

## COMUNICAZIONI

- Farmaci oppiacei nella terapia del dolore	pag. 03
- Rifiuti sanitari: delibera applicativa provinciale	pag. 06
- ONAOSI: comunicato della Giunta Esecutiva	pag. 18
- ONAOSI contributi 2004: attendere i bollettini di pagamento	pag. 18
- XXV premio letterario per medici	pag. 19
- Giochi mondiali per medici	pag. 19
- Sirchia: proroga divieto per la clonazione umana	pag. 19
- Società Medico Chirurgica Roveretana	pag. 20
- ENPAM "medici senza età"	pag. 20
- Medici per la Gran Bretagna	pag. 22
- Il Comune di Fondo cerca Odontoiatra	pag. 22
- Medico fiscale per Valsugana e Primiero	pag. 22
- Concorso "Smetti (di fumare) e vinci"	pag. 23
- Rimborso specialità anni 83-91: sentenza del Consiglio di Stato	pag. 26
- Direttive provinciali su Medicina e pratiche non convenzionali	pag. 31
- Mancato compenso specializzandi: azione legale CUMI-AISS	pag. 31

## ENPAM

- Riduzione interessi legali	pag. 31
------------------------------	---------

## ODONTOIATRIA

- Approccio al paziente con patologie internistiche	pag. 32
---	---------

## CONVEGNI – CONGRESSI

- AMCLI – Le infezioni gastroenteriche	pag. 42
- Il valore diagnostico del dato di laboratorio	pag. 45
- Malattie rare – un problema emergente	pag. 48

## RICORDIAMO

pag. 48
---------



## ESPLICAZIONE DELLA CIRCOLARE 4 novembre 2003, n. 800 Ministero della Salute

# I farmaci oppiacei nella terapia del dolore

*(vedi anche Medico Trentino 3/2003 pag. 5)*

### **PREMESSA**

Il trattamento del dolore da cancro rappresenta un grave problema di salute pubblica in tutto il mondo e si calcola che ogni anno siano 10 milioni i nuovi casi di cancro e 6 milioni le morti per questa malattia. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha evidenziato che la maggior parte dei casi di dolore oncologico potrebbe essere trattata applicando le opportune terapie che derivano dall'evoluzione delle conoscenze mediche.

Nonostante le indicazioni fornite dall'OMS i pazienti affetti da dolore severo non sempre sono curati con le opportune terapie farmacologiche e ciò costituisce una negazione del diritto degli individui di alleviare la propria sofferenza.

I governi dei singoli paesi hanno il dovere morale di garantire agli operatori gli strumenti per poter mettere in atto le indicazioni dell'OMS soprattutto nei paesi industrializzati dove le lacune dei trattamenti possono essere facilmente colmate con l'educazione del personale sanitario e agevolando l'accesso ai farmaci analgesici oppiacei.

Alla luce di recenti analisi sul consumo dei farmaci oppiacei, l'Italia risulta essere un paese che non risponde ai reali bisogni dei pazienti affetti da dolore severo in corso di patologie neoplastiche o degenerative negando loro il giusto sollievo in particolare nella fase terminale.

Al fine di facilitare la prescrizione e l'impiego dei farmaci oppiacei e di supportare gli operatori sanitari è stata emanata la legge 8 febbraio 2001, n.12, corredata da diversi decreti applicativi, il più recente dei quali è il Decreto Ministeriale del 4 aprile 2003.

Questo documento vuole porre l'attenzione sugli elementi di novità in materia di terapia del dolore.

### **CAMBIAMENTI INTRODOTTI CON IL DM 4 APRILE 2003**

Nuovo ricettario in triplice copia autocopiante stampato anche nelle versioni italiano-francese ed italiano tedesco atto alla prescrizione dei farmaci analgesici oppiacei compresi nell'allegato III-bis della legge 8 febbraio 2001, n.12 impiegati nella terapia del dolore in corso di patologia neoplastica o degenerativa;

Prescrizione senza obbligo di dover utilizzare le "tutte lettere" per scrivere la dose, il modo e il tempo di somministrazione e la quantità di confezioni. Per descrivere il dosaggio del medicinale prescritto, la posologia ed il numero di confezioni si possono utilizzare caratteri numerici e le normali contrazioni;

Eliminazione dell'obbligo di indicare l'indirizzo di residenza del paziente;

Eliminazione dell'obbligo, da parte del prescrittore, di conservare per sei mesi la copia della ricetta a sé destinata;

Prescrizione di medicinali contenenti buprenorfina in tutte le forme farmaceutiche.

I 10 farmaci compresi nell'allegato III-bis della legge 8 febbraio 2001, n.12

Buprenorfina  
Codeina  
Diidrocodone  
Fentanyl  
Idrocodone  
Metadone  
Morfina  
Ossicodone  
Ossimorfone  
Idromorfone

### **APPROVVIGIONAMENTO DEI RICETTARI AUTOCOPIANTI**

I ricettari autocopianti sono conservati presso le Aziende Unità Sanitarie Locali e successivamente distribuiti dalle stesse ai medici e ai veterinari secondo le esigenze di ciascuno.

Tutti i laureati in medicina e chirurgia e in medicina veterinaria, abilitati alla professione, devono ritirare il ricettario autocopiante presso la AUSL a cui fanno riferimento. Il ricettario autocopiante è sempre personale del medico o del veterinario, è utilizzato anche per prescrizioni che originano in strutture sanitarie convenzionate con il SSN ed è valido su tutto il territorio nazionale.

Le AUSL, in accordo con gli Assessorati alla sanità, possono definire specifiche procedure per ottimizzare il sistema di distribuzione nel proprio territorio, fermo restando che i ricettari autocopianti sono spediti dall'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato di Roma al sito di riferimento individuato da ciascuna Regione e Provincia Autonoma.

A tal proposito si invitano le ASLL a dare le necessarie informazioni circa i siti dove i medici e i veterinari devono ritirare i ricettari autocopianti, questo anche attraverso il coinvolgimento degli Ordini Professionali e quant'altro ritenuto opportuno.

I ricettari autocopianti stampati ai sensi del DM 24 maggio 2001 e distribuiti dall'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato alle regioni, alle ASLL e agli operatori sanitari, possono essere utilizzati fino a completo esaurimento delle scorte. Per la loro compilazione si rispetteranno le norme d'uso del DM 4/4/03. La diffusione dei ricettari autocopianti stampati ai sensi del DM 4 aprile 2003 avverrà in modo graduale, pertanto si prevede la contemporanea presenza delle due tipologie di ricettari nel territorio nazionale, cosa che non deve costituire elemento di perplessità.

### **RESPONSABILITA' DEL MEDICO**

Il nuovo corpo normativo è proteso a fornire la necessaria assistenza sanitaria indispensabile nel trattamento delle gravissime patologie accompagnate da dolore severo, assistenza che costituisce spesso l'ultimo rimedio a tutela della dignità umana.

Tra i principi fondamentali della Costituzione, infatti, c'è la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e della collettività. E' compito del SSN rispondere alle esigenze ed al bisogno di salute della popolazione attuando le misure più adeguate (legge 833/78, art.1).

La ratio della legge 8 febbraio 2001, n.12 è quella di agevolare la prescrizione e favorire l'uso dei farmaci oppiacei per alleviare le sofferenze di quei pazienti affetti da gravi forme di dolore severo.

A tal fine diventa indispensabile che il medico sia in possesso del ricettario in triplice copia autocopiante, strumento indispensabile alla corretta applicazione della norma legislativa in quanto obbligatorio per la prescrizione dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore.

### **OBBLIGHI DEL FARMACISTA**

Si ritiene di dover fornire delle delucidazioni riguardo al periodo di conservazione delle ricette autocopianti ed in generale delle ricette da conservarsi a cura del farmacista, come giustificativo dello scarico sul registro di entrata e uscita delle sostanze stupefacenti e psicotrope di cui all'art. 60 del D.P.R.309/90. Il comma 2 dell'art. 63 del D.P.R. 309/90 detta che " I registri devono essere conservati, da parte degli enti e delle imprese autorizzati alla fabbricazione, per la durata di dieci anni a datare dal giorno dell'ultima registrazione. Detto termine è ridotto a cinque anni per le officine che impiegano sostanze stupefacenti o psicotrope, per i commercianti grossisti e per i farmacisti".

Il comma 1 dell'art.67 del D.P.R. 309/90 detta che " In caso di perdita o sottrazione dei registri, di loro parti o dei relativi documenti giustificativi, gli interessati, entro ventiquattro ore dalla constatazione, devono farne denuncia scritta alla più vicina autorità di pubblica sicurezza e darne comunicazione al Ministero della sanità (adesso Ministero della salute)".

Dal combinato di quanto sopra riferito si deduce che il periodo di conservazione delle ricette (cinque anni) è connesso al periodo di conservazione del registro.

Il decreto ministeriale 4 aprile 2003, all'art. 4, specifica quanto sopra riferito, prevedendo che " Il farmacista, dopo averle spedite, deve conservare per cinque anni, a partire dal giorno dell'ultima registrazione nel registro di entrata e uscita, le ricette che prescrivono medicinali compresi nelle tabelle I, III e

IV di cui all'art. 14 del D.P.R. 309/90 di cui deve essere tenuto in evidenza il movimento di entrata e uscita sull'apposito registro, ai sensi dell'art. 60 del D.P.R. citato". (omississ)

### **ASSISTENZA OSPEDALIERA ED ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA**

Le più recenti norme legislative rivolgono particolare attenzione ai pazienti in dimissione dal ricovero ospedaliero, che possono ricevere la quantità di medicinale necessaria per continuare la terapia, e ai nuovi sistemi di assistenza domiciliare integrata.

In particolare la legge 16 novembre 2001, n.405, art. 8 (Particolari modalità di erogazione di medicinali agli assistiti), detta che le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, anche con provvedimenti amministrativi, hanno facoltà di assicurare l'erogazione diretta da parte delle aziende sanitarie dei medicinali necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale e di disporre, al fine di garantire la continuità assistenziale, che la struttura pubblica fornisca direttamente i farmaci, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, sulla base di direttive regionali, per il periodo immediatamente successivo alla dimissione dal ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale.

Nello specifico, I farmaci compresi nell'allegato III-bis possono essere trasportati e consegnati al domicilio del paziente da:

Personale sanitario che opera nei distretti sanitari di base o nei servizi territoriali o negli ospedali pubblici o accreditati.

Infermieri professionali che effettuano servizi di assistenza domiciliare nell'ambito dei distretti sanitari di base o nei servizi territoriali delle ASLL.

Familiari del paziente, opportunamente identificati dal medico o dal farmacista ospedaliero.

Coloro i quali trasportano i medicinali, nella quantità da consegnare, devono avere una certificazione medica che ne prescrive la posologia e l'utilizzazione al domicilio del paziente.

La certificazione deve essere prodotta su carta intestata. Non si deve utilizzare la ricetta autocopiante in quanto i medicinali descritti nella certificazione non saranno dispensati dalla farmacia aperta al pubblico. L'assistenza domiciliare integrata è la formula assistenziale che, attraverso l'intervento di più figure professionali sanitarie e sociali, realizza a domicilio del paziente un progetto assistenziale unitario, limitato o continuativo nel tempo.

L'obiettivo è il miglioramento della qualità della vita del paziente e l'umanizzazione del trattamento, in un contesto familiare certamente più idoneo, in particolare per il paziente anziano.

L'ADI si inserisce nella rete dei servizi territoriali delle ASL, da cui dipendono gli operatori sanitari che offrono le loro prestazioni.

Gli analgesici oppiacei prescritti dal medico di famiglia, di sua iniziativa o in accordo con gli specialisti coinvolti nelle cure al malato, al paziente in ADI, devono essere forniti dalla farmacia ospedaliera della ASL.

Al fine di fornire una corretta interpretazione della nuova norma, la Direzione Generale della Valutazione dei medicinali e della farmacovigilanza in collaborazione con la "Commissione in materia di terapia del dolore" ha predisposto il documento "Come utilizzare i farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore" destinato agli operatori sanitari, disponibile nel sito del Ministero della salute, [www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it), pubblicato sul Bollettino d'informazione dei farmaci (BIF n. 3-4 di maggio-agosto 2003) e già inviato alle Amministrazioni periferiche ed alle organizzazioni di categoria.

Tale documento potrà subire aggiornamenti qualora dovesse essere necessario.

Si confida nella sensibilità delle amministrazioni locali affinché siano decise le procedure per rendere attuative le disposizioni normative nazionali.

Si porta a conoscenza di tutti gli operatori interessati che la legge 16 gennaio 2003, n.3 "Disposizioni ordinamentali in materia di pubblica amministrazione", art. 44 ha reso nuovamente efficaci le previsioni di cui agli articoli 46 (Approvvigionamento e somministrazione a bordo delle navi mercantili), 47 (Approvvigionamento e somministrazione nei cantieri di lavoro) e 48 (Approvvigionamento per le necessità di pronto soccorso) del D.P.R. 309/90, già abrogati dalla legge n.12/01.

## Delibera applicativa della Giunta Provinciale

# Direttive per la corretta gestione dei rifiuti sanitari

Si comunica che in data 30 dicembre la Giunta provinciale ha approvato la deliberazione n. 3499 avente ad oggetto la corretta gestione dei rifiuti sanitari. Detto provvedimento revoca la precedente deliberazione n. 4403 del 24 aprile 1998 avente medesimo oggetto. testo della della delibera: Reg.delib.n. 3499 Prot. n. 464/S025

VERBALE DI DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA PROVINCIALE

LA GIUNTA PROVINCIALE

(omissis)

d e l i b e r a

- 1) di approvare le direttive per la corretta gestione dei rifiuti sanitari, quali risultano formulate nel documento allegato alla presente deliberazione, della quale forma parte integrante e sostanziale;
- 2) di revocare la precedente deliberazione n. 4403 di data 24 aprile 1998 avente ad oggetto "Approvazione di direttive per la corretta gestione dei rifiuti sanitari";
- 3) di incaricare il Dipartimento Salute e Attività sociali, sentita l'Agenzia provinciale per la protezione dell'ambiente, di predisporre eventuali indicazioni tecnico operative per la gestione dei rifiuti sanitari;
- 4) di disporre la pubblicazione del presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione Trentino – Alto Adige.

### 1. DISPOSIZIONI NORMATIVE DI RIFERIMENTO

La disciplina inerente la gestione dei rifiuti sanitari è dettata dai seguenti atti normativi:

- decreto legislativo 5 febbraio 1997, n. 22, (Attuazione delle direttive 91/156/CEE sui rifiuti, 91/689/CEE sui rifiuti pericolosi e 94/62/CE sugli imballaggi e sui rifiuti da imballaggio), e successive modifiche ed integrazioni;
- decreto del Presidente della Repubblica 15 luglio 2003, n. 254, (Regolamento recante disciplina della gestione dei rifiuti sanitari, a norma dell'art. 24 della legge 31 luglio 2002, n. 179). La legge n. 179 del 2002 (Disposizioni in materia ambientale), aveva stabilito all'art. 24, rubricato "Smaltimento dei rifiuti sanitari", che con regolamento da emanare entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore della stessa legge, ai sensi dell'art. 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400 e successive modificazioni, su proposta del Ministro dell'ambiente e della tutela del territorio, di concerto con il Ministro della salute, sono disciplinate le modalità di smaltimento dei rifiuti sanitari, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, sulla base di criteri di semplificazione e di contenimento delle spese.

Ai sensi dell'art. 16 del regolamento ora citato, dalla sua entrata in vigore, sono abrogati:

- il decreto ministeriale 26 giugno 2000, n. 219, (Regolamento recante la disciplina per la gestione dei rifiuti sanitari, ai sensi dell'art. 45 del decreto legislativo 5 febbraio 1997, n. 22);
- l'art. 2, comma 1 bis, della legge 16 novembre 2001, n. 405;
- l'art. 45 del decreto legislativo 5 febbraio 1997, n. 22;
- decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285 (Approvazione del regolamento di polizia mortuaria) e successive modificazioni ed integrazioni;
- decreto ministeriale 28 settembre 1990 (Norme di protezione dal contagio professionale da HIV nelle strutture sanitarie ed assistenziali pubbliche e private);
- testo unico delle leggi provinciali in materia di tutela dell'ambiente dagli inquinamenti, approvato con decreto del Presidente della Giunta provinciale 26 gennaio 1987, n. 1-41/Legisl..

### 2. DEFINIZIONE E CLASSIFICAZIONE DEI RIFIUTI SANITARI

#### 2.1. Definizione

Ai sensi dell'art. 2, comma 1, lettera a), del decreto del Presidente della Repubblica 15 luglio 2003, n. 254, di seguito denominato d.P.R. n. 254 del 2003, per rifiuti sanitari si intendono i rifiuti:

- elencati a titolo esemplificativo negli allegati I e II dello stesso regolamento;
- che derivano da strutture pubbliche e private individuate ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421", di seguito denominato d.lgs. n. 502 del 1992, che svolgono

attività medica e veterinaria di prevenzione, di diagnosi, di cura, di riabilitazione e di ricerca ed erogano le prestazioni di cui alla legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale), di seguito denominata l. n. 833 del 1978.

*Un rifiuto, per essere qualificato come "sanitario", deve pertanto possedere contemporaneamente tutti i seguenti requisiti:*

- 1) essere elencato, sia pure a titolo esemplificativo, negli allegati I (tipologie di rifiuti sanitari e loro classificazione) o II (rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo) al d.P.R. n. 254 del 2003;
- 2) derivare da strutture pubbliche e private individuate ai sensi del D.L. 502 del 1992, le quali:
  - 2a) *svolgano attività medica e veterinaria di prevenzione, di diagnosi, di cura, di riabilitazione e di ricerca e*
  - 2b) erogano le prestazioni di cui alla l. n. 833 del 1978: vale a dire le prestazioni erogate dalle U.S.L. concernenti prevenzione, cura, riabilitazione e medicina legale.

Si ritiene che il nuovo regolamento, in analogia a quanto previsto per la definizione generale di rifiuto, postuli una nozione complessa di rifiuto sanitario:

- a) da un lato, esso reca una definizione oggettiva, ancorché non esaustiva, delle varie tipologie di rifiuti sanitari;
- b) dall'altro rimarca una definizione soggettiva, laddove configura il rifiuto come sanitario se deriva da strutture pubbliche e private individuate ai sensi del d.lgs. n. 502 del 1992, che svolgono, come già detto, attività medica e veterinaria di prevenzione, di diagnosi, di cura, di riabilitazione e di ricerca ed erogano le prestazioni di cui alla l. n. 833 del 1978.

Ai sensi dell'art. 14 della l. n. 833 del 1978, rientrano tra i compiti delle strutture sanitarie la prevenzione delle malattie fisiche e psichiche; l'assistenza medico generica ed infermieristica, domiciliare ed ambulatoriale; l'assistenza medico-specialistica ed infermieristica, ambulatoriale e domiciliare, per le malattie fisiche e psichiche; l'assistenza ospedaliera per le stesse malattie; la riabilitazione.

Ai sensi dell'art. 25 della medesima legge, le prestazioni curative comprendono l'assistenza medico-generica, specialistica, infermieristica, ospedaliera e farmaceutica.

Per prevenzione si intende l'individuazione, l'accertamento ed il controllo dei fattori di nocività, di pericolosità e di deterioramento negli ambienti di vita e di lavoro; la comunicazione e diffusione dei dati accertati; l'indicazione delle misure idonee all'eliminazione dei fattori di rischio ed al risanamento di ambienti di vita e di lavoro; la profilassi degli eventi morbosi; la verifica della compatibilità dei piani urbanistici con le esigenze di tutela dell'ambiente e della salute della popolazione e dei lavoratori.

Per cura si intende l'assistenza medico-generica, specialistica, infermieristica, ospedaliera e farmaceutica. Le prestazioni medico-generiche, pediatriche, specialistiche e infermieristiche vengono erogate in forma sia ambulatoriale sia domiciliare. L'assistenza medico-generica e pediatrica è prestata dal personale dipendente o convenzionato del Servizio sanitario nazionale operante nelle U.S.L. o nel Comune di residenza del cittadino. Le prestazioni medico-specialistiche, ivi comprese quelle di diagnostica strumentale e di laboratorio, sono fornite presso gli ambulatori e i presidi delle U.S.L. oppure da gabinetti specialistici, da ambulatori e da presidi convenzionati ai sensi della l. n. 833 del 1978. L'assistenza ospedaliera è prestata attraverso ospedali pubblici oppure altri istituti convenzionati.

Per riabilitazione si intendono le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa, erogate dalle U.S.L. attraverso i propri servizi oppure mediante convenzioni con istituti esistenti.

La l. n. 833 del 1978 ed il successivo d.lgs. 502 del 1992 contemplano la possibilità di erogare le prestazioni curative nelle strutture pubbliche del Servizio sanitario o in altre strutture pubbliche o private convenzionate o abilitate. Parimenti prevede l'art. 26 della l. n. 833 del 1978 con riferimento alle prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali.

Per quanto riguarda le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), definite come strutture nelle quali, in forma residenziale, sono organizzati servizi socio-assistenziali integrati a prevalente valenza sanitaria, gestite da soggetti pubblici e privati, esse trovano regolazione, sul piano dell'ordinamento provinciale, nell'art. 16 della legge provinciale 28 maggio 1998, n. 6 (Interventi a favore degli anziani e delle persone non autosufficienti o con gravi disabilità).

Le RSA assolvono ad una duplice funzione: socio-assistenziale e sanitaria. Infatti le RSA sono principalmente strutture sanitarie, nelle quali vengono erogate prestazioni sanitarie, quali assistenza sanitaria medica ed infermieristica generale e specialistica e trattamenti riabilitativi per il mantenimento ed il miglioramento dello stato di salute.

I rifiuti originati dalle prestazioni sanitarie erogate nell'ambito delle RSA, pertanto, rientrano nella disciplina stabilita dal d.P.R. n. 254 del 2003.

## 2.2 Classificazione dei rifiuti sanitari

Rifiuti sanitari non pericolosi: ai sensi dell'art. 2, comma 1, lettera b) del d.P.R. n. 254 del 2003, i rifiuti sanitari non pericolosi sono i rifiuti sanitari non compresi tra i rifiuti pericolosi di cui al d.lgs. n. 22 del 1997.

L'allegato D del d.lgs. n. 22 del 1997 contiene l'elenco tassativo e non meramente esemplificativo dei rifiuti individuati come pericolosi nell'ambito del territorio nazionale e comunitario, elenco identico a quello contenuto nella decisione 94/904/CE ("Decisione del Consiglio del 22 dicembre 1994 che istituisce un elenco di rifiuti pericolosi ai sensi dell'art. 1, paragrafo 4, della direttiva 91/689/CEE relativa ai rifiuti pericolosi) la quale è stata abrogata e sostituita, a decorrere dal 1° gennaio 2002, dalla decisione 2000/532/CE del 3 maggio 2000 e da tre decisioni successive (decisioni 2001/118/CE, 2001/119/CE e 2001/573/CE) che hanno apportato ulteriori modifiche all'elenco dei rifiuti.

Va precisato che sono rifiuti sanitari non pericolosi, ad esempio, i rifiuti taglienti inutilizzati (C.E.R. 180101 o 180201), costituiti da aghi, siringhe, lame, rasoï qualificati come rifiuti speciali.

Rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo: ai sensi dell'art. 2, comma 1, lettera c), del d.P.R. n. 254 del 2003 sono i rifiuti sanitari elencati a titolo esemplificativo nell'allegato II del d.P.R. n. 254 del 2003, compresi tra i rifiuti pericolosi contrassegnati con un asterisco "\*" nell'allegato A della Dir. Min. 9 aprile 2002 del Ministero dell'ambiente e della tutela del territorio.

Sono rifiuti di varia natura e provenienza, in prevalenza allo stato liquido, il cui "rischio" prevalente è quello chimico.

In questa categoria è possibile ricomprendere i liquidi di sviluppo e fissaggio derivanti dall'uso di apparecchiature radiologiche, i liquidi derivanti da attività laboratoristica, sostanze contenenti mercurio (es. termometri rotti), altre sostanze derivanti da attività laboratoristica o da preparazione di prodotti farmaceutici.

Elenco esemplificativo dei rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo di cui all'allegato II al d.P.R. n. 254 del 2003

CER	Denominazione
18 01 08 *	Rifiuti sanitari che richiedono particolari sistemi di gestione. Medicinali citossici e citostatici dal settore sanitario o da attività di ricerca collegate
18 02 07 *	Rifiuti sanitari che richiedono particolari sistemi di gestione. Medicinali citossici e citostatici dal settore veterinario o da attività di ricerca collegate
18 01 06 *	Sostanze chimiche di scarto, dal settore sanitario o da attività di ricerca collegate, pericolose o contenenti sostanze pericolose ai sensi dell'art. 1 della decisione Europea 2001/118/CE
18 02 05 *	Sostanze chimiche di scarto, dal settore veterinario o da attività di ricerca collegate, pericolose o contenenti sostanze pericolose ai sensi dell'art. 1 della decisione Europea 2001/118/CE
18 01 10 *	Rifiuti di amalgama prodotti da interventi odontoiatrici
13 01 01 *	Oli per circuiti idraulici contenenti PCB
13 01 09 *	Oli minerali per circuiti idraulici, clorurati
13 01 10 *	Oli minerali per circuiti idraulici, non clorurati
13 01 11 *	Oli sintetici per circuiti idraulici
13 01 12 *	Oli per circuiti idraulici facilmente biodegradabili
13 01 13 *	Altri oli per circuiti idraulici
09 01 04 *	Soluzioni fissative
09 01 01 *	Soluzioni di sviluppo e attivanti a base acquosa
17 06 01 *	Materiali isolanti contenenti amianto
20 01 21 *	Lampade fluorescenti
16 06 01 *	Batterie al piombo
16 06 02 *	Batterie al nichel-cadmio
16 06 03 *	Batterie contenenti mercurio

Rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo: ai sensi dell'art. 2, comma 1, lettera d), del d.P.R. n. 254 del 2003 i rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo sono i seguenti rifiuti sanitari individuati dalle voci 18.01.03 (rifiuti sanitari da maternità, diagnosi e prevenzione delle malattie negli uomini) e 18.02.02 (rifiuti

sanitari da ricerca, diagnosi, trattamento e prevenzione delle malattie negli animali) nell'allegato A della Dir.Min. 9 aprile 2002:

1. tutti i rifiuti che provengono da ambienti di isolamento infettivo nei quali sussiste un rischio di trasmissione biologica aerea, nonché da ambienti dove soggiornano pazienti in isolamento infettivo affetti da patologie causate da agenti biologici di gruppo 4 di cui all'allegato XI del Decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626- di attuazione delle direttive 89/391/CEE, 89/654/CEE, 89/655/CEE, 89/656/CEE, 90/269/CEE, 90/270/CEE, 90/394/CEE, 90/679/CEE, 93/88/CEE, 95/63/CE, 97/42/CE, 98/24/CE, 99/38/CE e 99/38/CE riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro- e successive modificazioni, di seguito denominato d.lgs. n. 626 del 1994;
2. i rifiuti elencati a titolo esemplificativo nell'allegato I del d.P.R. n. 254 del 2003 che presentano almeno una delle seguenti caratteristiche:
  - 2a) provengano da ambienti di isolamento infettivo e siano venuti a contatto con qualsiasi liquido biologico secreto od escreto dei pazienti isolati;
  - 2b) siano contaminati da:
    - 2b1) sangue o altri liquidi biologici che contengono sangue in quantità tale da renderlo visibile;
    - 2b2) feci o urine, nel caso in cui sia ravvisata clinicamente dal medico che ha in cura il paziente una patologia trasmissibile attraverso tali escreti;
    - 2b3) liquido seminale, secrezioni vaginali, liquido cerebro-spinale, liquido sinoviale, liquido pleurico, liquido peritoneale, liquido pericardio o liquido amniotico;
3. i rifiuti provenienti da attività veterinaria che:
  - 3a) siano contaminati da agenti patogeni per l'uomo o per gli animali;
  - 3b) siano venuti a contatto con qualsiasi liquido biologico secreto od escreto per i quali sia ravvisato, dal medico veterinario competente, un rischio di patologia trasmissibile attraverso tali liquidi.

Rifiuti da esumazioni ed estumulazioni: ai sensi dell'art. 2, comma 1, lettera e), del d.P.R. n. 254 del 2003 sono i seguenti rifiuti costituiti da parti, componenti, accessori e residui contenuti nelle casse utilizzate per inumazione o tumulazione:

1. assi e resti delle casse utilizzate per la sepoltura;
2. simboli religiosi, piedini, ornamenti, mezzi di movimentazione della cassa (es. maniglie);
3. avanzi di indumenti, imbottiture e similari;
4. resti non mortali di elementi biodegradabili inseriti nel cofano;
5. resti metallici di casse (es. zinco, piombo).

Rifiuti derivanti da altre attività cimiteriali: ai sensi dell'art. 2, comma 1, lettera f), del d.P.R. n. 254 del 2003 i rifiuti derivanti da altre attività cimiteriali sono i seguenti rifiuti derivanti da attività cimiteriali:

1. materiali lapidei, inerti provenienti da lavori di edilizia cimiteriale, terre di scavo, smurature e similari;
2. altri oggetti metallici o non metallici asportati prima della cremazione, tumulazione od inumazione.

Rifiuti sanitari assimilati ai rifiuti urbani: ai sensi dell'art. 2, comma 1, lettera g), del d.P.R. n. 254 del 2003 i rifiuti sanitari assimilabili ai rifiuti urbani sono i seguenti rifiuti sanitari (sempreché non rientrino tra i rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo e i rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo) assoggettati al regime giuridico e alle modalità di gestione dei rifiuti urbani:

1. i rifiuti derivanti dalla preparazione dei pasti provenienti dalle cucine delle strutture sanitarie;
2. i rifiuti derivanti dall'attività di ristorazione e i residui dei pasti provenienti dai reparti di degenza delle strutture sanitarie, esclusi quelli che provengono da pazienti affetti da malattie infettive per i quali sia ravvisata clinicamente, dal medico che li ha in cura, una patologia trasmissibile attraverso tali residui;
3. vetro, carta, cartone, plastica, metalli, imballaggi in genere, materiali ingombranti da conferire negli ordinari circuiti di raccolta differenziata, nonché altri rifiuti non pericolosi che per qualità e quantità siano assimilati agli urbani ai sensi dell'art. 21, comma 2, lettera g), del d.lgs. n. 22 del 1997;
4. la spazzatura;
5. indumenti e lenzuola monouso e quelli di cui il detentore intende disfarsi;
6. i rifiuti provenienti da attività di giardinaggio effettuata nell'ambito delle strutture sanitarie;
7. i gessi ortopedici e le bende, gli assorbenti igienici anche contaminati da sangue esclusi quelli dei degenti infettivi, i pannolini pediatrici ed i pannoloni, i contenitori e le sacche utilizzate per le urine;
8. i rifiuti sanitari a solo rischio infettivo assoggettati a procedimento di sterilizzazione, effettuato ai sensi dell'art. 2, comma 1, lettera m) del d.P.R. n. 254 del 2003, a condizione che lo smaltimento avvenga in

impianti di incenerimento per rifiuti urbani. Lo smaltimento in discarica è sottoposto alle condizioni di cui all'art. 11, comma 1, lettera c) del d.P.R. n. 254 del 2003. In caso di smaltimento, per incenerimento o smaltimento in discarica, al di fuori dell'ambito territoriale ottimale, la raccolta ed il trasporto di questi rifiuti non è soggetta a privativa.

Rifiuti sanitari che richiedono particolari sistemi di gestione: ai sensi dell'art. 2, comma 1, lettera h), del d.P.R. n. 254 del 2003 i rifiuti sanitari che richiedono particolari sistemi di gestione sono le seguenti tipologie di rifiuti sanitari:

- 1 a) farmaci scaduti o inutilizzabili;
- 1 b) medicinali citossici e citostatici per uso umano o veterinario ed i materiali visibilmente contaminati che si generano dalla manipolazione ed uso degli stessi;
2. organi e parti anatomiche non riconoscibili di cui al punto 3 dell'allegato I al presente regolamento;
3. piccoli animali da esperimento di cui al punto 3 dell'allegato I al regolamento;
4. sostanze stupefacenti e altre sostanze psicotrope.

Rifiuti speciali, prodotti al di fuori delle strutture sanitarie, che come rischio risultano analoghi ai rifiuti pericolosi a rischio infettivo: ai sensi dell'art. 2, comma 1, lettera i) del d.P.R. n. 254 del 2003 i rifiuti speciali, prodotti al di fuori delle strutture sanitarie, che come rischio risultano analoghi ai rifiuti pericolosi a rischio infettivo sono i rifiuti speciali di cui al d.lgs. n. 22 del 1997, prodotti al di fuori delle strutture sanitarie, con le caratteristiche di cui all'art. 2, comma 1, lettera d), quali ad esempio quelli prodotti presso laboratori di analisi microbiologiche di alimenti, di acque o di cosmetici, presso industrie di emoderivati, istituti estetici e similari, ad esclusione degli assorbenti igienici.

*Si tratta di una previsione normativa che estende la disciplina dei rifiuti sanitari in generale a quei rifiuti che - provenendo da attività e da strutture diverse da quella sanitaria - non potrebbero qualificarsi rifiuti sanitari, e tuttavia presentano il "rischio infettivo".*

### **3. GESTIONE DEI RIFIUTI SANITARI**

Allo scopo di garantire elevati livelli di tutela dell'ambiente e della salute pubblica e controlli efficaci, i rifiuti sanitari vanno gestiti in modo da diminuirne la pericolosità, favorirne il reimpiego, il riciclaggio e il recupero e da ottimizzarne la raccolta, il trasporto e lo smaltimento.

In termini previsionali generali, l'art. 1, comma 4, del d.P.R. n. 254 del 2003 stabilisce che "le strutture sanitarie devono provvedere alla gestione dei rifiuti prodotti secondo criteri di sicurezza, nel rispetto dei principi stabiliti dal d.lgs. n. 22 del 1997 e dal presente regolamento".

I criteri di gestione dei rifiuti sanitari sono sintetizzati dall'art. 4 del d.P.R. n. 254 del 2003, ai sensi del quale alle attività di deposito temporaneo, raccolta, trasporto, recupero, smaltimento, intermediazione e commercio dei rifiuti sanitari, dei rifiuti da esumazioni ed estumulazioni e dei rifiuti provenienti da altre attività cimiteriali si applicano – in relazione alla classificazione di tali rifiuti come urbani, assimilati agli urbani, speciali, pericolosi e non pericolosi – le norme regolamentari e tecniche attuative del d.lgs. 22 del 1997, ivi compresa la speciale disciplina stabilita dal d.P.R. n. 254 del 2003. Il capo II del regolamento in parola reca una dettagliata disciplina dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo - che rappresentano la fonte di maggiore preoccupazione sotto il profilo igienico-sanitario -, dettando, all'art. 8, prescrizioni puntuali per la gestione e lo smaltimento di tali categorie di rifiuti sanitari.

#### **3.1. Rifiuti sanitari non pericolosi e rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo**

*Il d.P.R. n. 254 del 2003 definisce i rifiuti sanitari non pericolosi ed i rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo ma non entra nel merito della gestione degli stessi.*

Le modalità di gestione dei rifiuti sanitari pericolosi non sono diverse da quelle previste per qualsiasi rifiuto speciale pericoloso prodotto al di fuori della struttura sanitaria. Pertanto, la disciplina di tali tipologie di rifiuti è, in generale, contemplata dal d.lgs. n. 22 del 1997.

In particolare, di seguito si specificano alcuni adempimenti od obblighi posti dalla normativa citata in capo al produttore ed al gestore.

Deposito temporaneo: il deposito temporaneo è un concetto innovativo stabilito dal d.lgs. n. 22 del 1997 all'art. 6, comma 1, lettera m), che lo definisce come "raggruppamento dei rifiuti effettuato, prima della raccolta, nel luogo in cui sono prodotti" ad una serie di condizioni tecniche specifiche che sono di seguito elencate dalla medesima norma.

Collocandosi in una fase precedente rispetto alle operazioni di gestione in senso stretto, il deposito temporaneo non necessita di una preventiva autorizzazione, a condizione che siano rispettati i limiti relativi alle quantità massime di sostanze presenti di cui all'art. 6, comma 1, lettera m), punto 1, ed inoltre siano osservati i seguenti limiti temporali o quantitativi:

- per i rifiuti non pericolosi: qualora nel corso dell'anno siano stati prodotti più di 20 metri cubi di rifiuti non pericolosi, essi devono essere asportati con cadenza non superiore a 3 mesi. Se nel corso dell'anno i quantitativi di rifiuti non pericolosi prodotti non superano i 20 metri cubi, l'asportazione deve avvenire con cadenza almeno annuale ed in ogni caso la frequenza di asportazione deve essere tale da consentire che l'insieme di rifiuti posti in deposito temporaneo non superi mai il quantitativo di 20 metri cubi;
- per i rifiuti pericolosi: qualora nel corso dell'anno siano stati prodotti più di 10 metri cubi di rifiuti pericolosi, essi devono essere asportati con cadenza non superiore a 2 mesi. Se nel corso dell'anno i quantitativi di rifiuti pericolosi prodotti non superano i 10 metri cubi l'asportazione deve avvenire con cadenza almeno annuale ed in ogni caso la frequenza di asportazione deve essere tale da consentire che l'insieme di rifiuti posti in deposito temporaneo non superi mai il quantitativo di 10 metri cubi.

Altre fasi di gestione dei rifiuti pericolosi: a seconda della tipologia di rifiuto e dello stato fisico, sono possibili operazioni di recupero (es. rigenerazione o recupero di solventi, rigenerazione degli acidi e delle basi) o operazioni di smaltimento (es. trattamento chimico-fisico-biologico, incenerimento, conferimento in discarica per i rifiuti allo stato solido). Si tratta di operazioni di gestione dei rifiuti che devono essere preventivamente autorizzate dalle pubbliche amministrazioni competenti.

Va ricordato che per quanto riguarda il trasporto, l'art. 15, comma 3, del d.lgs. 22 del 1997 afferma che durante la raccolta ed il trasporto i rifiuti pericolosi, fra i quali vanno annoverati anche i rifiuti sanitari pericolosi, devono essere imballati ed etichettati in conformità alle norme vigenti in materia.

Adempimenti amministrativi: per quanto riguarda i rifiuti sanitari non pericolosi, gli articoli 11 e 12 del d.lgs. n. 22 del 1997, limitano l'obbligo della tenuta dei registri di carico e scarico solo nei confronti dei produttori di rifiuti speciali non pericolosi derivanti da lavorazioni industriali e artigianali, esclusi perciò i rifiuti non pericolosi provenienti da attività sanitaria. I medesimi articoli stabiliscono, invece, l'obbligo della tenuta dei registri di carico e scarico e della comunicazione annuale al Catasto a carico di tutti "gli enti e imprese che producono rifiuti pericolosi".

L'obbligo riguarda, perciò, tutti i rifiuti pericolosi che sono prodotti da attività imputabili ad "Enti", cioè a complessi organizzati di persone e cose dotati di autonoma soggettività rispetto alle persone che ne fanno parte, o da attività svolte in forma d'impresa, cioè da attività economiche esercitate professionalmente ed organizzate al fine della produzione o dello scambio di beni e servizi (art. 2082 del codice civile).

Di per sé l'esercizio della professione intellettuale quale quella del medico, pur dando luogo ad una prestazione di servizi sia dal punto di vista pratico che economico, non costituisce mai impresa, escludendo l'art. 2238, comma 2, del codice civile l'applicazione delle disposizioni relative all'imprenditore nei confronti dell'esercente una professione intellettuale. In tal senso si è espressamente pronunciato il Ministro dell'Ambiente con la circolare prot. n. 3402/V del 14 dicembre 1999.

Sono pertanto esclusi dall'obbligo della tenuta dei registri di carico e scarico e della comunicazione al catasto i rifiuti sanitari pericolosi prodotti nell'esercizio di una professione intellettuale non inquadrata in una organizzazione d'impresa (singoli professionisti, medici generici, medici di famiglia, anche se si avvalgono della collaborazione di ausiliari).

Diversa è la situazione se l'esercizio della professione intellettuale costituisce elemento di una più ampia attività organizzata, come nel caso del medico che gestisce una casa di cura o un poliambulatorio. Sono infatti assoggettati all'obbligo della tenuta dei registri di carico e scarico e della comunicazione al catasto i rifiuti sanitari pericolosi prodotti da:

- enti (complessi organizzati di persone e cose aventi autonoma soggettività di diritto);
- attività sanitarie erogate da professionisti nell'ambito di una organizzazione d'impresa (ad esempio, cliniche, poliambulatori ecc.).

Va evidenziato inoltre che, ai sensi dell'art. 4, comma 2, del d.P.R. n. 254 del 2003, qualora l'attività del personale sanitario delle strutture pubbliche e private che erogano le prestazioni di cui alla l. n. 833 del 1978 e dal d.lgs. n. 502 del 1992 siano svolte all'esterno delle stesse, si considerano luogo di produzione dei rifiuti sanitari le strutture medesime ai sensi dell'art. 58, comma 7-ter, del d.lgs. n. 22 del 1997. Tale ultima disposizione prevede che "i rifiuti provenienti da attività di manutenzione o assistenza sanitaria si considerano prodotti presso la sede o il domicilio del soggetto che svolge tali attività" precisando così la nozione di luogo di produzione quale definito dall'art. 6, lettera i), del d.lgs. n. 22 del 1997 come "uno o più stabilimenti o siti

infrastrutturali collegati tra loro all'interno di un'area delimitata in cui si svolgono le attività di produzione dalle quali originano i rifiuti”.

Ulteriore deroga alla nozione di “luogo di produzione” (peraltro rientrante in quella espressamente contemplata e consentita dal d.lgs. n. 22 del 1997) è quella disposta dal comma 3 dell'art. 4, là dove prevede che si considerano prodotti presso le strutture sanitarie di riferimento i rifiuti sanitari, con esclusione di quelli assimilabili agli urbani, prodotti presso gli ambulatori decentrati dell'azienda sanitaria di riferimento.

Per quanto riguarda le operazioni di gestione dei rifiuti sanitari, deve essere effettuata la comunicazione annuale di cui all'art. 11, comma 3, del D.Lgs. n. 22 del 1997 e deve essere compilato il registro di carico e scarico nei casi e secondo le modalità stabilite dagli articoli 11, comma 3, e 12 del medesimo D.Lgs. n. 22 del 1997. Indicazioni specifiche per la compilazione dei registri di carico e scarico sono contenute nel D.M. 1° aprile 1998, n. 148 (Regolamento recante approvazione del modello dei registri di carico e scarico dei rifiuti ai sensi degli articoli 12, 18, comma 2, lettera e), e comma 4, del decreto legislativo 5 febbraio 1997, n. 22).

Per quanto riguarda il trasporto dei rifiuti, l'art. 15, comma 1, del d.lgs. n. 22 del 1997 stabilisce che “durante il trasporto effettuato da enti o imprese i rifiuti sono accompagnati da un formulario di identificazione dal quale devono risultare, in particolare, i seguenti dati:

- a) nome ed indirizzo del produttore e del detentore;
- b) origine, tipologia e quantità del rifiuto;
- c) impianto di destinazione;
- d) data e percorso dell'istradamento;
- e) nome ed indirizzo del destinatario.

L'art. 15, comma 2, del d.lgs. n. 22 del 1997 prevede inoltre che “il formulario di identificazione di cui al comma 1 deve essere redatto in quattro esemplari, compilato, datato e firmato dal detentore dei rifiuti, e controfirmato dal trasportatore. Una copia del formulario deve rimanere presso il detentore, e le altre tre, controfirmate e datate in arrivo dal destinatario, sono acquisite una dal destinatario e due dal trasportatore, che provvede a trasmetterne una al detentore. Le copie del formulario devono essere conservate per cinque anni”.

In particolare, come deroga all'obbligo della compilazione dei formulari per l'identificazione dei rifiuti trasportati, l'art. 15, comma 4, del d.lgs. n. 22 del 1997 stabilisce che “le disposizioni di cui al comma 1 non si applicano al trasporto di rifiuti urbani effettuato dal soggetto che gestisce il servizio pubblico, né ai trasporti di rifiuti che non eccedono la quantità di trenta chilogrammi al giorno o di trenta litri al giorno effettuati dal produttore dei rifiuti stessi”.

Indicazioni specifiche per la compilazione dei formulari di identificazione sono contenute nel D.M. 1° aprile 1998, n. 145 (Regolamento recante la definizione del modello e dei contenuti del formulario di accompagnamento dei rifiuti ai sensi degli articoli 15, 18, comma 2, lettera e), e comma 4, del decreto legislativo 5 febbraio 1997, n. 22).

Per quanto riguarda il trasporto dei rifiuti alla struttura pubblica o privata nei casi in cui l'attività del personale sanitario sia svolta all'esterno della stessa, l'art. 4, comma 2, del d.P.R. n. 254 del 2003 specifica che “il conferimento di tali rifiuti dal luogo in cui è effettuata la prestazione alla struttura sanitaria avviene sotto la responsabilità dell'operatore sanitario che ha fornito la prestazione, in tempo utile per garantire il rispetto dei termini di cui all'art. 8”, ossia dei termini massimi di durata del deposito temporaneo.

**Raccolta differenziata e recupero:** l'art. 5 del d.P.R. n. 254 del 2003, stabilisce che “ai fini della riduzione del quantitativo dei rifiuti sanitari da avviare allo smaltimento, deve essere favorito il recupero di materia delle seguenti categorie di rifiuti sanitari, anche attraverso la raccolta differenziata:

- a) contenitori in vetro di farmaci, di alimenti, di bevande, di soluzioni per infusione privati di cannule o di aghi ed accessori per la somministrazione, esclusi i contenitori di soluzioni di farmaci antiblastici o visibilmente contaminati da materiale biologico, che non siano radioattivi ai sensi del decreto legislativo 17 marzo 1995, n. 230, e non provengano da pazienti in isolamento infettivo;
- b) altri rifiuti di imballaggio in vetro, di carta, di cartone, di plastica, o di metallo, ad esclusione di quelli pericolosi;
- c) rifiuti metallici non pericolosi;
- d) rifiuti di giardinaggio;
- e) rifiuti della preparazione dei pasti provenienti dalle cucine delle strutture sanitarie;
- f) liquidi di fissaggio radiologico non deargentati;
- g) oli minerali, vegetali e grassi;
- h) batterie e pile;

- i) toner;
- l) mercurio;
- m) pellicole e lastre fotografiche”.

Gli obiettivi delle raccolte differenziate sono:

- la riduzione delle masse dei rifiuti da avviare allo smaltimento attraverso l'incremento delle attività finalizzate al recupero;
  - la riduzione della pericolosità del rifiuto attraverso la separazione delle frazioni particolarmente inquinanti.
- Il secondo comma dell'art. 5, stabilisce che le Regioni (Provincia autonoma di Trento) possono incentivare il recupero dei rifiuti sanitari da parte delle strutture sanitarie ai sensi dell'articolo 4 del d.lgs. n. 22 del 1997. L'art. 4, comma 4, del d.lgs. n. 22 del 1997 stabilisce a questo proposito che “le autorità competenti promuovono e stipulano accordi e contratti di programma con i soggetti economici interessati al fine di favorire il riutilizzo, il riciclaggio ed il recupero dei rifiuti, con particolare riferimento al reimpiego di materie prime e di prodotti ottenuti dalla raccolta differenziata con la possibilità di stabilire agevolazioni in materia di adempimenti amministrativi nel rispetto delle norme comunitarie ed il ricorso a strumenti economici”.

### **3.2. Rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo**

I primi due commi dell'art. 8 del d.P.R. n. 254 del 2003 descrivono dettagliatamente le modalità di esercizio delle operazioni di deposito temporaneo, di movimentazione interna alla struttura sanitaria, di deposito preliminare, di raccolta e di trasporto dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo.

Imballaggi per la raccolta ed il trasporto: per i rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo è prescritto dall'art. 8 del d.P.R. n. 254 del 2003 che il deposito temporaneo, la movimentazione interna alla struttura sanitaria, il deposito preliminare, la raccolta ed il trasporto debbano essere effettuati utilizzando apposito imballaggio a perdere, anche flessibile, recante la scritta “Rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo” ed il simbolo del rischio biologico ovvero, se si tratta di rifiuti taglienti o pungenti, apposito imballaggio rigido a perdere, resistente alla puntura, recante la scritta “Rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo taglienti e pungenti”, contenuti entrambi nel secondo imballaggio rigido esterno, eventualmente riutilizzabile previa idonea disinfezione ad ogni ciclo d'uso, recante la scritta “Rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo” che deve essere realizzato in un colore idoneo a distinguerlo dagli imballaggi utilizzati per il conferimento degli altri rifiuti.

La normativa non specifica né la qualità del materiale con cui costruire l'imballaggio esterno, né le caratteristiche di resistenza agli urti, né le specifiche tecniche su cui misurare/testare tale grado di resistenza a fronte di urti o sollecitazioni esterne connesse o causate dalla movimentazione e trasporto del rifiuto.

In ogni caso il prodotto/imballaggio esterno dovrà:

- a) essere rigido e non flessibile (riutilizzabile o non);
- b) garantire:
  - la resistenza agli urti;
  - la resistenza alle sollecitazioni provocate nelle fasi della movimentazione e del trasporto;
  - l'idoneità allo scopo di impedire la fuoriuscita e/o il contatto degli addetti e/o di terzi con il materiale a rischio infettivo.

*Per queste ragioni, i rifiuti sanitari a rischio infettivo vanno posti in contenitori a perdere flessibili, con adeguate caratteristiche di resistenza e dotati di un sistema di chiusura che eviti la fuoriuscita accidentale di contenuto, e richiusi in un secondo contenitore di materiale rigido e resistente, munito di chiusura ermetica.*

Ai sensi dell'art. 8, comma 3, lett. a), del d.P.R. n. 254 del 2003, il deposito temporaneo può avere una durata massima di cinque giorni decorrenti dal momento della chiusura del contenitore, chiusura che deve avvenire con frequenza e con modalità tali da non comportare rischi per la salute.

Nel caso in cui il contenuto fosse costituito da sostanze ad alta percentuale di liquidi, sarà necessario provvedere ad utilizzare un doppio sacco di contenimento interno. Ogni perdita di liquido dovrà essere prontamente trattata in modo adeguato con idonei disinfettanti.

I rifiuti infetti non possono essere compattati prima del trattamento finale in quanto questo processo può danneggiare la confezione e disperdere il contenuto.

Per lo stesso motivo i contenitori devono essere maneggiati con cura e custoditi in modo da evitare di arrecare qualsiasi danno all'involucro.

La gestione dei rifiuti costituiti da materiale tagliente, che il d.P.R. n. 254 del 2003 tratta come rifiuto sanitario pericoloso a rischio infettivo coerentemente con il decreto ministeriale 28 settembre 1990 (Norme di prevenzione dal contagio professionale da HIV nelle strutture sanitarie ed assistenziali pubbliche e private), è di fondamentale importanza soprattutto nella prevenzione delle malattie, in particolar modo per gli addetti alla raccolta di rifiuti, basti pensare che aghi, bisturi, ecc., se mal conferiti, possono facilmente lacerare i conte-

nitore in cartone. In alternativa, quando il rifiuto tagliente è costituito da materiale mai usato (ad es. per scadenza raggiunta), le modalità di gestione sono quelle previste per i rifiuti sanitari non pericolosi e possono essere considerati dei rifiuti recuperabili essendo costituiti da metalli in lega.

Per ragioni di sicurezza ambientale e di tutela degli operatori appare indispensabile che sia messo loro a disposizione un piccolo contenitore a perdere rigido e, come tale, resistente alla puntura, opportunamente predisposto per la raccolta degli oggetti taglienti e pungenti (lame di bisturi, aghi, ecc.), recante appunto la scritta "Rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo taglienti e pungenti", il quale verrà sigillato ed introdotto nel contenitore principale. Quest'ultimo, una volta raggiunto il quantitativo idoneo, verrà a sua volta sigillato ed inviato allo smaltimento.

Deposito temporaneo: ai sensi dell'art. 8, comma 3, lettera a), del d.P.R. n. 254 del 2003, il deposito temporaneo di rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo deve essere effettuato in condizioni tali da non causare alterazioni che comportino rischi per la salute e può avere una durata massima di cinque giorni dal momento della chiusura del contenitore.

Nel rispetto dei requisiti di igiene e sicurezza e sotto la responsabilità del produttore, tale termine è esteso a trenta giorni per quantitativi inferiori a 200 litri. Quindi, per quanto attiene i rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo, il termine del deposito temporaneo è di cinque giorni decorrenti dalla chiusura del contenitore, anche qualora tale operazione avvenga presso sedi ambulatoriali decentrate ovvero presso i luoghi in cui si compiono le prestazioni sanitarie all'esterno della struttura. Per tutte le altre tipologie di rifiuti pericolosi non a rischio infettivo e non pericolosi valgono le prescrizioni per il deposito temporaneo definite all'art. 6 del d.lgs. n. 22 del 1997.

Con specifico riferimento ai rifiuti prodotti a livello ambulatoriale, considerato che in modo esplicito la norma è intervenuta a prescrivere che la durata massima del deposito temporaneo decorre dalla chiusura del contenitore, si suggerisce che il contenitore sia di modeste dimensioni, sia al fine di assicurare condizioni tali da non causare alterazioni che comportino rischi per la salute, sia allo scopo di escludere oggettivamente qualsiasi ipotesi o configurazione di un deposito temporaneo presso l'ambulatorio.

Anche se non è presente alcuna indicazione normativa al riguardo, si ritiene opportuno che, nell'ottica della corretta gestione igienico-sanitaria dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo, si inserisca nell'ambito della buona pratica operativa la previsione della condotta consistente nell'obbligatoria apposizione sul contenitore della data della chiusura.

Altre fasi di gestione dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo: l'art. 8, comma 3, lettera b), del d.P.R. n. 254 del 2003 ribadisce che le operazioni di deposito preliminare, raccolta e trasporto dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo restano sottoposte al regime generale dei rifiuti pericolosi, e quindi al disposto degli artt. 9, 12, 15, 27 e 28, del d.lgs. n. 22 del 1997 e delle relative norme provinciali di recepimento contenute nel testo unico delle leggi provinciali in materia di tutela dell'ambiente dagli inquinamenti (d.P.G.P. 26 gennaio 1987, n. 1-41/Leg.).

Ai sensi dell'art. 8, comma 3, lettera c), del d.P.R. n. 254 del 2003, se i rifiuti pericolosi a rischio infettivo sono destinati ad impianti di incenerimento, il trasporto deve essere effettuato nel più breve tempo tecnicamente possibile.

Il deposito preliminare dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo non deve superare i cinque giorni salvo diverso termine fissato con apposita autorizzazione che può prevedere l'utilizzo di sistemi di refrigerazione.

L'art. 10 del d.P.R. n. 254 del 2003 prevede in generale che i rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo devono essere smaltiti mediante termodistruzione in impianti autorizzati ai sensi del d.lgs. n. 22 del 1997.

I rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo che presentano anche altre caratteristiche di pericolo di cui all'allegato I del d.lgs. n. 22 del 1997 devono essere smaltiti esclusivamente in impianti per rifiuti pericolosi mentre i rifiuti sanitari pericolosi a solo rischio infettivo possono essere smaltiti, nel rispetto delle disposizioni di cui al decreto del Ministro dell'ambiente 19 novembre 1997, n. 503 (Regolamento recante norme per l'attuazione delle direttive 89/369/CEE e 89/429/CEE concernenti la prevenzione dell'inquinamento atmosferico provocato dagli impianti di incenerimento dei rifiuti urbani e la disciplina delle emissioni e delle condizioni di combustione degli impianti di incenerimento di rifiuti urbani, di rifiuti speciali non pericolosi, nonché di taluni rifiuti sanitari) e successive modifiche:

- a) in impianti di incenerimento di rifiuti urbani e in impianti di incenerimento di rifiuti speciali, a condizione che i rifiuti siano introdotti direttamente nel forno senza essere prima mescolati con altre categorie di rifiuti. È ammesso il caricamento alla bocca del forno contemporaneo con altre categorie di rifiuti;
- b) in impianti di incenerimento dedicati.

Gli addetti devono effettuare le operazioni di caricamento al forno senza manipolare direttamente i rifiuti evitando in tal modo qualsiasi movimentazione che possa arrecare loro un rischio infettivo.

I rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo non soggiacciono all'obbligo di disinfezione ma eventualmente possono essere sottoposti a sterilizzazione secondo le modalità prescritte dall'art. 7 del d.P.R. n. 254 del 2003. In tale ultima evenienza, l'art. 11 del d.P.R. n. 254 del 2003 prevede forme di smaltimento "agevolate".

L'art. 7 del d.P.R. n. 254 del 2003 disciplina la sterilizzazione dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo. Per sterilizzazione si intende quel processo fisico o chimico in grado di eliminare qualsiasi forma vivente sporigena ed asporigena (abbattimento della carica microbica tale da garantire un SAL non inferiore a 10 alla -6).

La sterilizzazione è effettuata in impianti autorizzati ai sensi degli artt. 27 e 28 del d.lgs. n. 22 del 1997 (artt. 84 e 86 del T.U.L.P.). Tali impianti di sterilizzazione sono, ad ogni effetto di legge, impianti di gestione di rifiuti e, come tali, sono soggetti alle ordinarie procedure amministrative in materia di gestione di rifiuti.

Gli impianti di sterilizzazione localizzati all'interno del perimetro della struttura sanitaria non devono essere autorizzati ai sensi degli artt. 27 e 28 suddetti, purché trattino esclusivamente rifiuti prodotti dalla struttura stessa. Anche i rifiuti sanitari che non sono stati prodotti dalla struttura sanitaria dove è ubicato l'impianto di sterilizzazione si considerano come se fossero stati ivi prodotti, a condizione che siano stati materialmente prodotti in strutture sanitarie decentrate (rispetto a quella dove è ubicato l'impianto di sterilizzazione) e che queste siano organizzativamente e funzionalmente collegate con quella dove è ubicato l'impianto di sterilizzazione.

L'attivazione degli impianti di sterilizzazione localizzati all'interno delle strutture sanitarie deve essere preventivamente comunicata alla Provincia (Agenzia provinciale per la protezione dell'ambiente) ai fini dell'effettuazione dei controlli periodici.

Presso l'impianto di sterilizzazione, fermo restando l'obbligo della tenuta dei registri di carico e scarico di cui all'art. 12 del d.lgs. n. 22 del 1997, deve essere tenuto anche un registro con fogli numerati progressivamente nel quale, ai fini dell'effettuazione dei controlli, devono essere riportati: il numero di identificazione del ciclo di sterilizzazione, la quantità giornaliera e tipologia di rifiuti sottoposti al processo di sterilizzazione, la data del processo di sterilizzazione.

Le operazioni di deposito temporaneo, deposito preliminare, messa in riserva, raccolta e trasporto dei rifiuti sanitari sterilizzati, secondo la regola generale di cui all'art. 9, comma 2, del d.P.R. n. 254 del 2003, sono sottoposte al regime giuridico ed alle norme tecniche che disciplinano la gestione dei rifiuti urbani.

L'art. 9, comma 1, del d.P.R. n. 254 del 2003 stabilisce che i rifiuti sanitari a solo rischio infettivo, una volta sterilizzati e sottoposti al regime giuridico ed alle norme tecniche che disciplinano la gestione dei rifiuti urbani, devono essere raccolti e trasportati con il codice CER 20 03 01, previa utilizzazione di appositi imballaggi a perdere, anche flessibili, di colore diverso da quelli utilizzati per i rifiuti urbani e per gli altri rifiuti sanitari assimilati, recanti, ben visibile, l'indicazione indelebile "rifiuti sanitari sterilizzati" alla quale dovrà essere aggiunta la data della sterilizzazione.

Per tali rifiuti è stabilita la raccolta ed il trasporto separatamente dai rifiuti urbani quando siano smaltiti al di fuori dell'ambito territoriale ottimale (ATO) presso impianti di incenerimento di rifiuti urbani o discariche di rifiuti non pericolosi. In tal caso la raccolta ed il trasporto di questi rifiuti non è soggetta a privativa.

Qualora i rifiuti sanitari sterilizzati vengano avviati in impianti di produzione di combustibile derivato da rifiuti (CDR) o avviati in impianti che utilizzano rifiuti sanitari sterilizzati come mezzo per produrre energia, e come tali non siano assimilabili agli urbani, la loro raccolta e trasporto dovrà avvenire separatamente dai rifiuti urbani utilizzando il codice CER 191210. Per questi ultimi rifiuti come pure per quelli smaltiti fuori dell'ATO è previsto che le operazioni di movimentazione interna alla struttura sanitaria, di deposito temporaneo, di raccolta e trasporto, di deposito preliminare e di messa in riserva avvengano utilizzando appositi imballaggi a perdere, anche flessibili, di colore diverso da quelli utilizzati per i rifiuti urbani e per gli altri rifiuti sanitari assimilati, recanti, ben visibile, l'indicazione indelebile "rifiuti sanitari sterilizzati" alla quale dovrà essere aggiunta la data della sterilizzazione. Le operazioni di deposito temporaneo, raccolta e trasporto, messa in riserva e deposito preliminare sono soggetti alle disposizioni tecniche che disciplinano la gestione dei rifiuti speciali non pericolosi.

A livello locale l'art. 63 bis del testo unico delle leggi provinciali in materia di tutela dell'ambiente dagli inquinamenti (d.P.G.P. 26 gennaio 1987, n. 1-41/Legisl.) ribadisce che la sterilizzazione dei rifiuti sanitari effettuata presso le strutture sanitarie pubbliche o private e gli studi medici che li hanno prodotti non sia soggetta al regime autorizzativo previsto dalla parte III dello stesso decreto sulla gestione dei rifiuti.

Adempimenti amministrativi: per quanto riguarda gli adempimenti amministrativi si rinvia a quanto esposto nel capitolo relativo alla gestione dei rifiuti sanitari pericolosi.

### **3.3. Rifiuti da esumazioni ed estumulazioni**

Ai sensi dell'art. 3 del d.P.R. n. 254 del 2003, si definiscono

parti anatomiche riconoscibili: gli arti inferiori, superiori, le parti di essi, di persona o di cadavere a cui sono stati amputati;

resti mortali: gli esiti dei fenomeni cadaverici trasformativi conservativi risultanti dalla incompleta scheletrizzazione di un cadavere per effetto di mummificazione, saponificazione, codificazione, decorso il periodo di ordinaria inumazione o tumulazione, pari, rispettivamente, a 10 e 20 anni.

Stando a quanto disposto dall'art. 3, comma 2, del d.P.R. n. 254 del 2003, per la sepoltura in cimitero o la cremazione di parti anatomiche riconoscibili, le autorizzazioni al trasporto, inumazione, tumulazione o cremazione sono rilasciate dall'Azienda provinciale per i servizi sanitari. Le parti anatomiche riconoscibili che siano state amputate sono avviate a sepoltura o a cremazione a cura della struttura sanitaria che ha curato la persona amputata. Peraltro la persona amputata può chiedere espressamente che la parte anatomica riconoscibile sia tumulata, inumata o cremata con diverse modalità, nel qual caso la richiesta dovrà essere espressa ed inoltrata all'ufficio preposto dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, tramite la struttura sanitaria di cura e ricovero, entro le 48 ore dalla amputazione.

Per la sepoltura in cimitero o la cremazione di resti mortali, è il competente ufficio del comune in cui sono esumati o estumulati a rilasciare le autorizzazioni al trasporto, inumazione, tumulazione o cremazione. Per la cremazione dei resti mortali si prescinde dal richiedere la documentazione di cui all'art. 79, commi 4 e 5 del d.P.R. 10 settembre 1990, n. 285, recante "Approvazione del regolamento di polizia mortuaria".

Nonostante si configurino come rifiuti urbani (art. 7, comma 2, lett. f, del D.Lgs. n. 22 del 1997), il d.P.R. n. 254 del 2003 all'art. 12, comma 1, prescrive che i rifiuti da esumazioni ed estumulazioni debbano essere raccolti separatamente dagli altri rifiuti urbani.

Il servizio di smaltimento di tali rifiuti, come degli altri provenienti da attività cimiteriale, dovrà basarsi su quanto previsto sia dal d.P.R. n. 254 del 2003, sia dal regolamento comunale ai sensi dell'art. 21 del D.Lgs. n. 22 del 1997.

L'art. 12, comma 3, del d.P.R. n. 254 del 2003 contiene norme tecniche atte a disciplinare il deposito di rifiuti da esumazione ed estumulazione, attività possibile qualora si verifichino le seguenti condizioni:

1. siano svolte in apposita area confinata individuata dal Comune all'interno del cimitero;
2. le operazioni si rendano necessarie per garantire una maggiore razionalità del sistema di raccolta e trasporto;
3. i rifiuti siano adeguatamente racchiusi negli appositi imballaggi a perdere flessibili, di colore distinguibile da quelli utilizzati per la raccolta delle altre frazioni di rifiuti urbani prodotti all'interno dell'area cimiteriale e recanti la scritta "Rifiuti urbani da esumazioni ed estumulazioni".

Con lo stesso imballaggio i rifiuti in oggetto devono essere raccolti e trasportati.

I rifiuti da esumazione ed estumulazione devono essere avviati al recupero o smaltiti in impianti autorizzati ai sensi degli articoli 27 e 28 del D.Lgs n. 22 del 1997 (artt. 84 ed 86 del T.U.L.P.) per lo smaltimento dei rifiuti urbani, in conformità ai regolamenti comunali ex art. 21, comma 2, lettera d) dello stesso decreto, ai sensi del quale i Comuni disciplinano la gestione dei rifiuti urbani con appositi regolamenti che, nel rispetto dei principi di efficienza, efficacia ed economicità, stabiliscono in particolare le norme atte a garantire una distinta ed adeguata gestione dei rifiuti urbani pericolosi e dei rifiuti da esumazione ed estumulazione di cui all'art. 7, comma 2, lettera f).

Ai sensi dell'art. 12, comma 6, del d.P.R. n. 254 del 2003, i rifiuti costituiti da assi e resti delle casse utilizzate per la sepoltura e gli avanzi di indumenti, imbottiture e similari, qualora non abbiano subito un preventivo trattamento di taglio o triturazione, possono essere avviati a discarica soltanto previo inserimento degli stessi in apposito imballaggio a perdere, anche flessibile.

### **3.4. Rifiuti derivanti da altre attività cimiteriali**

*Per i rifiuti provenienti da altre attività cimiteriali, l'art. 13 del d.P.R. n. 254 del 2003 dispone che i materiali lapidei, gli inerti provenienti da lavori di edilizia cimiteriale, le terre di scavo, smurature e similari possono essere riutilizzati all'interno della stessa struttura cimiteriale senza necessità di autorizzazioni ai sensi del d.lgs. n. 22 del 1997, come pure avviati a recupero o smaltiti in impianti per rifiuti inerti. Nella gestione di questi rifiuti devono essere favorite le operazioni di recupero, in particolare, di altri oggetti metallici o non metallici asportati prima della cremazione, tumulazione o inumazione.*

### **3.5. Rifiuti sanitari assimilati ai rifiuti urbani**

Sono classificati rifiuti sanitari assimilati ai rifiuti urbani i rifiuti sanitari elencati all'art. 2, comma 1, lettera g), del d.P.R. n. 254 del 2003 a condizione che non si configurino come rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo o come rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo.

La disposizione di cui all'art. 2, lettera g), n. 8), del d.P.R. n. 254 del 2003 definisce le condizioni per l'assimilazione agli urbani dei rifiuti sanitari a solo rischio infettivo assoggettati ad un procedimento di sterilizzazione effettuato ai sensi della lettera m) dello stesso articolo.

La categoria dei rifiuti sanitari di cui all'art. 2, lettera g), n. 8), del d.P.R. n. 254 del 2003, per poter rientrare in quella degli assimilati agli urbani, deve rispondere ai seguenti requisiti contestualmente:

- 1) deve trattarsi di rifiuti sanitari a solo rischio infettivo;
- 2) deve essere stata assoggettata a procedimento di sterilizzazione effettuato ai sensi dell'art. 2, comma 1, lettera m) del d.P.R. n. 254 del 2003;
- 3) lo smaltimento deve avvenire in impianti di incenerimento per rifiuti urbani.

L'eventuale smaltimento in discarica come rifiuto urbano non pericoloso è ammesso, previa autorizzazione del presidente della provincia, se nel territorio provinciale di produzione del rifiuto non sono presenti in numero adeguato al fabbisogno né impianti di produzione di CDR, né impianti che utilizzano i rifiuti sanitari sterilizzati come mezzo per produrre energia, né impianti di termodistruzione.

### **3.6. Rifiuti sanitari che richiedono particolari sistemi di gestione**

L'art. 14 del d.P.R. n. 254 del 2003 stabilisce che i rifiuti di cui all'art. 2, comma 1, lett. h), devono essere smaltiti in impianti di incenerimento. Rientrano nella categoria prevista dall'art. 14 i seguenti rifiuti:

- 1a) farmaci scaduti o inutilizzabili;
- 1b) medicinali citotossici e citostatici per uso umano o veterinario ed i materiali visibilmente contaminati che si generano dalla manipolazione ed uso degli stessi;
2. organi e parti anatomiche non riconoscibili di cui al punto 3 dell'allegato I al presente regolamento;
3. piccoli animali da esperimento di cui al punto 3 dell'allegato I al presente regolamento;
4. sostanze stupefacenti e altre sostanze psicotrope.

Per i chemioterapici antitumorali è espressamente previsto dall'art. 14, comma 1, del d.P.R. n. 254 del 2003 che, nelle more del recepimento della direttiva 2000/76/CE, il loro smaltimento possa avvenire negli impianti di incenerimento già autorizzati per i rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo.

I farmaci sono rifiuti chimici che per la loro composizione e provenienza devono essere destinati all'incenerimento insieme ai rifiuti sanitari. In questo caso, i contenitori per rifiuti sanitari possono essere utilizzati anche per lo smaltimento di questi rifiuti ed il contenitore esterno reccherà ben visibile anche la scritta "Farmaci scaduti".

A seguito della Decisione della Commissione 2000/532/CE, che ha introdotto nuovi specifici codici, i medicinali citotossici e citostatici sono inseriti dal 1° gennaio 2002 nell'elenco tra i rifiuti pericolosi, mentre le altre tipologie di medicinali rimangono non pericolose. Comunque, sia i farmaci non pericolosi che quelli pericolosi, in base al d.P.R. n. 254 del 2003, debbono essere avviati obbligatoriamente a termodistruzione.

I rifiuti di cui ai punti 2 e 3 dell'art. 2, comma 1, lettera h), del d.P.R. n. 254 del 2003, vale a dire, gli organi e parti anatomiche non riconoscibili e i piccoli animali da esperimento di cui al punto 3 dell'allegato I allo stesso d.P.R. n. 254 del 2003 devono essere gestiti con le stesse modalità di cui ai rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo.

Le sostanze stupefacenti e le altre sostanze psicotrope devono essere avviate allo smaltimento in impianti di incenerimento autorizzati ai sensi del D.Lgs. n. 22 del 1997. Per le altre fasi di gestione di questi ultimi rifiuti valgono le disposizioni di cui al "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza", approvato con Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309.

### **3.7. Altri rifiuti speciali**

Per i rifiuti di cui all'art. 2, comma 1, lettera i), del d.P.R. n. 254 del 2003, vale a dire per i rifiuti speciali prodotti al di fuori delle strutture sanitarie che come rischio risultano analoghi ai rifiuti pericolosi a rischio infettivo, esclusi gli assorbenti igienici, l'art. 15 dello stesso decreto espressamente prescrive che debbano essere gestiti con le stesse modalità dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo.

## Comunicato della Giunta Esecutiva

*In data 30 gennaio u.s. si è riunita la Giunta Esecutiva della Fondazione ONAOSI presieduta dal Presidente Dr. Aristide Paci* Nel corso della seduta il Presidente Paci ha informato i componenti della Giunta che al neo consigliere Dott. Luca Bertani, rappresentante dell'Ordine dei Medici Veterinari della provincia di Perugia, nel quadro degli incarichi e deleghe ai membri di Giunta, è stata assegnata la delega per gli Istituti Maschili della Fondazione finalizzata ad una supervisione delle varie attività organizzative.

La Giunta ha approvato una serie di provvedimenti relativi al personale inerenti adempimenti vari previsti dalle disposizioni contrattuali vigenti, come tra l'altro l'erogazione del premio aziendale di risultato per l'anno 2003, nonché le nuove disposizioni in materia di privacy e protezione dei dati personali.

La Giunta Esecutiva ha preso visione, esprimendo la propria soddisfazione, di due progetti strategici per il futuro della Fondazione: la nuova banca dati relativa all'anagrafe di tutti i contribuenti obbligatori, nonché del progetto di nuovo servizio per gli iscritti relativo al Settore Turismo e Tempo Libero che sarà operativo nei prossimi mesi. Si tratta del primo di una serie di nuovi servizi che l'Onaosi intende mettere a disposizione dei propri contribuenti rafforzando la propria missione nell'ottica della "Casa comune dei sanitari italiani".

La Giunta Esecutiva, nella stessa seduta, ha disposto l'adeguamento economico di alcuni contributi erogati agli studenti universitari assistiti ospiti nelle Strutture della Fondazione.

Inoltre, sono stati stanziati circa € 373.000,00 per finanziare 32 nuove richieste di borse di studio aggiuntive presso scuole di specializzazione dell'area medica, da destinare a giovani assistiti Onaosi in 17 atenei diversi della Repubblica Italiana, con alcuni dei quali si avvia per la prima volta questa collaborazione. Attualmente sono già 42 le ragazze e i ragazzi assistiti Onaosi che usufruiscono di questa straordinaria opportunità per il loro futuro professionale.

In attuazione della Convenzione quadro con l'Università degli studi di Perugia, è stata approvata la convenzione con la Scuola di Specializzazione per le professioni legali "Lorenzo Migliorini" che, nell'anno 2004, svolgerà le proprie lezioni – cui potranno partecipare, quali uditori, assistiti, ospiti e dipendenti dell'ONAOSI - presso gli Istituti Maschili.

Sono stati approvati vari interventi economici a sostegno di soggetti disabili assistiti dalla Fondazione che fanno salire a 98 il numero complessivo in essere di interventi per questo specifico settore.

La Giunta Esecutiva ha adottato, inoltre, altri provvedimenti relativi all'ordinaria gestione dell'attività.

Si rende noto, inoltre, che il giorno successivo, sabato 31 gennaio 2004, si è riunito il Consiglio di Amministrazione della Fondazione ONAOSI che ha esaminato, tra l'altro, nel corso della seduta l'ipotesi di assetto gestionale della Casa Albergo Sanitari Anziani.

*Successivamente il Consiglio di Amministrazione, in coerenza con quanto già precedentemente deliberato ha affidato ad uno dei più affermati Studi attuariali l'incarico di redigere il bilancio tecnico triennale per determinare la quota contributiva per il 2005. Si tratta di verificare con elementi tecnico scientifici alcune ipotesi di modifica ed adeguamento della quote e delle sue modalità di applicazione sollecitate da qualche organizzazione di categoria. Alla luce dei risultati dello studio e delle compatibilità di bilancio il Consiglio di Amministrazione nei prossimi mesi riesaminerà l'intero problema, in tempo utile per la comunicazione ai contribuenti della quota per l'anno 2005.*

### IMPORTANTE

#### **Contribuzione obbligatoria Onaosi 2004: attendere le richieste di pagamento**

Continuano a pervenire richieste di adesione e versamenti in conseguenza dell'obbligo di contribuzione esteso dal 31/7/2003 a tutti gli iscritti agli ordini professionali dei medici chirurghi, odontoiatri, farmacisti e veterinari. Al riguardo si conferma che la quota individuale è stata determinata in misura notevolmente inferiore al passato ed è integralmente deducibile ai fini fiscali, e si precisa che per adempiere non è necessaria alcuna formalità burocratica

Sarà cura della Fondazione inviare, nei prossimi mesi, all'indirizzo dei sanitari non pubblici dipendenti apposita richiesta di pagamento, per regolarizzare l'anno 2004 e il rateo del 2003, con modalità del tutto simili a quelle già conosciute per adempiere agli obblighi verso i rispettivi enti di previdenza. Sarà possibile pagare, per chi lo desidera, in due rate.

Per i dipendenti da pubbliche amministrazioni continua la modalità della trattenuta in busta .

**Invitiamo, in particolare, tutti i sanitari che non dipendono da pubbliche amministrazioni, A NON INVIARE richieste di adesione e relativi versamenti direttamente alla Fondazione e di attendere la predetta comunicazione.**

## LEGA CONTRO I TUMORI in collaborazione con ASSOCIAZIONE MEDICI SCRITTORI ITALIANI

### XXV Premio letterario Nazionale per medici

La Lega contro i tumori, sez. di Parma, indice per il 2004 la XXV edizione del Premio Letterario Nazionale di narrativa aperto a tutti i medici che dovrebbe svolgersi entro il mese di settembre.

I racconti dovranno tassativamente contemplare, sia pure nell'ambito della più ampia libertà creativa ed interpretativa, la tematica inerente ad una situazione di carattere neoplastico, non dovranno esprimere tanto passaggi medico-tecnici quanto suscitare attraverso l'originalità, il contenuto dei pensieri, l'espressione letteraria e le immagini, stati d'animo per un coinvolgimento alla lotta contro i tumori.

Al 1° classificato verrà assegnato un premio di € 1.500,00, al 2° di € 1.000,00 e al 3° di € 500,00. I premi dovranno essere ritirati personalmente, altrimenti l'importo sarà devoluto alle opere benefiche della LILT. Gli attestati potranno essere ritirati da persona delegata o spediti con spese a carico del destinatario. I nomi dei componenti la Giuria verranno comunicati al momento della premiazione.

Gli elaborati non dovranno superare le otto facciate, spazio due e dovranno risultare inediti e mai premiati in altri concorsi, corredati dalle generalità dell'autore, indirizzo e numero di telefono. Gli scritti che non rispondessero integralmente ai suddetti requisiti saranno cestinati.

La quota di partecipazione è di € 30,00 da versare con assegno o vaglia postale intestato a: Lega contro i tumori, sez. di Parma e dà diritto a partecipare personalmente e gratuitamente alla cena nella stessa serata.

Le opere concorrenti, in numero di 10 copie, dovranno essere inviate alla Lega contro i tumori, sez. di Parma - via Gramsci, 14 - 43 1 00 Parma - entro e non oltre il 31 maggio 2004 (della data di spedizione farà fede il timbro postale).

Luogo e data della premiazione verranno comunicati successivamente a mezzo raccomandata a tutti i partecipanti. Orientativamente l'incontro dovrebbe avvenire al Circolo di Lettura e Conversazione in Parma - Via M.Melloni n.4 il giorno 10 settembre, alle ore 17,30.

#### AI MEDICI CHE PRATICANO SPORT

### Giochi Mondiali della Medicina e della Sanità

I Giochi Mondiali della Medicina e della Sanità (Garmisch-Partenkirchen - Germania, dal 10 al 17 luglio 2004), giunti alla XXV. ma edizione, **offrono ai Medici che praticano sport**, la possibilità di gareggiare con i Colleghi Sanitari di tutto il mondo.

Un Simposio Internazionale consente anche un aggiornamento professionale di medicina, fisioterapia e terapia nello sport.

Le discipline sportive sono 23 (atletica, nuoto, ciclismo, tennis, golf, calcio, -calcetto, basket, pallavolo, tiro fucile, judo).

*Per informazioni sul programma, modalità di partecipazione, sistemazione logistica, ecc., contattare:*

*Dott. Giovanni Giovannini  
Delegato JMM per l'Italia  
Telefono 057278688  
Fax 0572771535*

### Sirchia, proroga divieto per la clonazione umana

No alla clonazione umana in Italia. Sono pubblicate in Gazzetta Ufficiale di venerdì 14 febbraio 2004 due ordinanze del ministero della Salute, che prorogano fino al 30/06/04 i precedenti divieti. All'indomani dell'annuncio di scienziati sud-coreani e americani, riusciti per la prima volta a clonare 30 embrioni umani a scopo terapeutico, nel nostro Paese viene ribadito il bando a "qualsiasi forma di sperimentazione e di intervento, comunque praticata, finalizzata anche indirettamente alla clonazione umana".

## Società Medico Chirurgica Roveretana

### Assemblea annuale



Nel dicembre scorso si è tenuta, presso l'Aula magna dell'Ospedale S. Maria del Carmine, l'assemblea annuale della Società Medico Chirurgica Roveretana.

Il Presidente uscente, dr. Giorgio Rossi, Primario dell'Unità Operativa di Neurologia, ha ripercorso il triennio della sua presidenza ricordando le molteplici iniziative che la Società Medico Chirurgica ha organizzato. Ultima di queste "L'atelier d'arte", mostra di arte figurativa, cinematografica, letteraria e musicale resa possibile grazie al contributo di vari artisti, tutti operatori della sanità della Vallagarina.

L'assemblea ha quindi proceduto alla elezione delle cariche sociali per il triennio 2004/2006. Quale nuovo Presidente è risultato eletto il dr. Fulvio Campolongo, Primario

dell'Unità Operativa di Chirurgia Maxillo Faciale dell'Ospedale S. Chiara di Trento. Il dr. Campolongo, ricordando i dieci anni di attiva partecipazione al Direttivo della Società, ha tracciato il programma del prossimo triennio. La Società Medico Chirurgica Roveretana, fondata nel 1940 con lo scopo di aggregare per l'aggiornamento scientifico il piccolo gruppo dei medici della Vallagarina, ha visto negli anni la necessità di modificare tale funzione e svolgere un ruolo diverso. La Società Medico Chirurgica Roveretana si propone pertanto di essere non solo luogo di aggiornamento e aggregazione tra medici ospedalieri e medici del territorio, ma intende aprirsi alla popolazione stabilendo quel dialogo che sembra tanto necessario ai giorni nostri. A tal scopo saranno organizzati momenti di approfondimento di tematiche sanitarie che vedranno coinvolti diversi componenti della Società civile.

## Lettera del presidente, Eolo Parodi, agli Ordini

### ENPAM - "progetto medici senza età"

Caro collega,

*Vorrei porre la Tua attenzione su una problematica che suscita molti interrogativi: cosa vuol dire per un medico uscire dal mondo del lavoro? come sarà la qualità della vita che gli si prospetta?*

*La decisione di "andare in pensione" può essere assunta da indicatore di vecchiaia, come una dichiarata volontà di smettere o come il risarcimento di una sopravvenuta incapacità di continuare a lavorare.*

*Spesso, però, la decisione risponde a puri calcoli di convenienza tra il costo che si paga restando in servizio e l'entità dell'assegno vitalizio garantito, nel caso di cessazione della propria attività.*

*Oggi il sistema che fissa i limiti di età lavorativa riguarda tutti, dipendenti e professionisti, fra loro molti medici. E allora alla domanda: andando in pensione si smette di essere medici? Certamente no, anzi con l'allungamento della vita media al medico si prospettano tanti anni in cui continuare a sentirsi utile e al servizio dei malati.*

*Eppure riceviamo molte lettere da colleghi che, deposto il camice, si sentono improvvisamente privi del proprio ruolo e senza quella funzione sociale che la professione gli aveva garantito.*

*A tale proposito l'E.N.P.A.M. ha deciso di intervenire creando una banca dati dei medici italiani in pensione, o prossimi alla pensione, i quali vogliono offrire la propria esperienza lavorativa ed il loro tempo libero, a titolo esclusivamente volontario e in stretta collaborazione con le autorità (Ministero degli Affari Esteri, Protezione civile, Ministero della Salute) e le Organizzazioni Non Governative (ONG) impegnate in progetti sanitari nazionali e internazionali*

Cordialmente,

Il Presidente

Prof. Eolo Parodi

## Modello di adesione al progetto MEDICI SENZA ETA'

Nome e cognome dott. \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita      città e provincia \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza C.A.P. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_

Altri recapiti: tel. Casa \_\_\_\_\_ tel. Ufficio \_\_\_\_\_

cellulare \_\_\_\_\_

Laurea in medicina e  
chirurgia,                      conseguita c/o l'università \_\_\_\_\_

Specializzazione in              nell'anno \_\_\_\_\_  
conseguita c/o l'università \_\_\_\_\_  
nell'anno \_\_\_\_\_

Specializzazione in              conseguita c/o l'università \_\_\_\_\_  
nell'anno \_\_\_\_\_

Storia professionale \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Interessi e hobby: \_\_\_\_\_

Disponibile a recarsi all'estero	Disponibile come Tutor	Disponibile per progetti in Italia
SI      NO	SI      NO	SI      NO

Tempo che si desidera mettere a disposizione su base volontaria per eventuali progetti \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

LINGUE STRANIERE (Livelli: nulla, poche parole, scarso, sufficiente, buono, ottimo, madre lingua)

Inglese  
Livello \_\_\_\_\_  
Francese  
Livello \_\_\_\_\_  
Spagnolo  
Livello \_\_\_\_\_

Con riferimento alla Legge n.675 del 31.12.96, acconsento al trattamento dei dati personali

## Appello del NHS

# Cercasi medici disposti a lavorare in Gran Bretagna

Ottime possibilità per i "General Practitioner" (medici di famiglia), la cui retribuzione media nel 2001 è stata di 99.000 euro.

Ricercati anche specialisti in psichiatria, istopatologia, radiologia clinica, anestesia, chirurgia ortopedica, oftalmologia, medicina interna. L'Ufficio analisi verifica implementazione politiche per l'impiego della Provincia di Perugia, tramite il Servizio Eures, ha attivato una ricerca e selezione del personale per il NHS, il servizio sanitario britannico. L'iniziativa è finanziata interamente dal Governo britannico, e la necessità di medici si rivolge a varie specializzazioni in tutto il territorio del Paese.

Le specializzazioni con il maggior numero di posti disponibili sono: medicina generale, psichiatria, istopatologia, radiologia clinica, anestesia, chirurgia ortopedica, oftalmologia, medicina interna. Il NHS offre condizioni d'impiego che prevedono: retribuzioni e condizioni nazionali (vale a dire stesse retribuzioni e condizioni in ogni parte della Inghilterra), 6 settimane all'anno di ferie, più le festività pubbliche e fino a 40 giorni di congedo per studio ogni 3 anni.

Ai "General Practitioner" (medici di famiglia) si offre inoltre il diritto ad esercitare privatamente senza perdere la propria retribuzione dell'NHS, contratti di lavoro permanenti, ma si possono negoziare contratti a tempo determinato.

Il candidato ideale, interessato a lavorare nel Regno Unito, dovrebbe conoscere la lingua inglese a livello "intermediate". In caso di necessità, verranno impartite lezioni di lingua per migliorare il livello di conoscenza. L'équipe del NHS preposta alle assunzioni organizzerà, grazie al contributo della rete EURES Italiana, seminari regionali per i medici interessati a conoscere le possibilità di lavoro nel Regno Unito. Per informazioni e invio del curriculum:

[www.internationalrecruitment.nhs.uk](http://www.internationalrecruitment.nhs.uk),  
[www.britain.it](http://www.britain.it) e [www.welfare.gov.it/eures](http://www.welfare.gov.it/eures).

### **Il Comune di Fondo chiede la riapertura dello Studio odontoiatrico.**

Il Comune di Fondo comunica ai medici dentisti la sua richiesta di aprire uno Studio odontoiatrico in zona.

A tal riguardo precisa che, fino all'anno scorso, era attivo a Fondo lo studio di un medico dentista che ha però chiuso la propria attività senza essere sostituito.

Tale studio, adeguato per lo svolgimento dell'attività odontoiatrica, è ancora disponibile.

Il bacino di utenza del servizio è molto ampio e copre tutta la zona dell'Alta Valle di Non spingendosi fino a S. Felice in Senale, già Provincia di Bolzano.

### **Distretti Valsugana e Primiero. Ricerca di un medico fiscale.**

La direzione di distretto ha urgente necessità di conferire un incarico di medico fiscale presso il distretto bassa Valsugana e Tesino

Qualora un medico fosse interessato al conferimento di tale incarico si chiede cortesemente di telefonare al numero 0461. 755267 chiedendo del dottor Gianfranco Apruzzese o della dottoressa Delia Morelli al fine di concordare un incontro presso la direzione del distretto

## L'Ordine dei Medici di Trento in prima linea nella lotta contro il fumo. 2° Concorso "Smetti (di fumare) e vinci"

### **Il 40% dei concorrenti del 2003 è non ha ripreso a fumare**

Anche quest'anno l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento parteciperà al concorso internazionale "Smetti e Vinci" promosso dall'organizzazione mondiale della sanità e che coinvolge oltre 100 Stati.

Tra i numerosi sponsor trentini dell'iniziativa non poteva certo mancare l'Ordine dei Medici di Trento che, come già nell'edizione del 2002, ha offerto un concreto contributo istituendo un premio del valore di 500 euro in buoni libro di carattere medico scientifico che verranno assegnati al vincitore per la categoria "**operatori sanitari**", estratto con procedura notarile tra i soli concorrenti trentini.

Nella scorsa edizione del concorso il Trentino si era collocato al secondo posto per tasso di adesione di persone in relazione alla popolazione residente e quest'anno ci sono tutte le condizioni per un miglioramento di posizione.

Le iscrizioni, come da regolamento qui allegato, si apriranno il 2 aprile 2004 e si **chiuderanno improrogabilmente il 2 maggio** prossimo.

L'iniziativa in Italia è giunta ormai alla sua quarta edizione e si rivolge a quel **60% di fumatori** che almeno una volta si sono detti: "**vorrei smettere di fumare!**".

**L'iniziativa offre l'occasione giusta** per "abbandonare la sigaretta" e con un pizzico di fortuna vincere anche dei premi.

**La dimostrazione dell'efficacia di questa iniziativa è che il 40% circa dei partecipanti del precedente concorso è ancora astinente.**

Il concorso non è solo un momento di sensibilizzazione, ma anche un'occasione originale mirata alla lotta al tabagismo anche nella nostra categoria professionale.

A tale proposito, ricordiamo anche l'impegno del 2003 quando attraverso ben 4 edizioni di un corso di formazione per medici di medicina generale sul counselling del paziente fumatore, l'Ordine è riuscito a formare oltre 80 colleghi su tutto il territorio provinciale che hanno potuto così inserire nel loro bagaglio professionale anche queste importanti competenze.

Ulteriori informazioni sono disponibili presso il **Servizio Educazione alla Salute tel. 0461/364534**.

Inoltre l'Istituto Superiore di Sanità - Osservatorio fumo, alcool e droga - ha messo a disposizione di Smetti & Vinci il **numero verde 800 554088**, attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 10.00 alle ore 16.00 per ulteriori informazioni riguardanti il concorso e per il sostegno degli aspiranti ex-fumatori.

Al termine delle quattro settimane verranno estratti i vincitori e il comitato organizzatore effettuerà una verifica attraverso il testimone e due test non invasivi e assolutamente indolori, uno per misurare il valore di monossido di carbonio nel respiro, l'altro la quantità di cotinina presente nelle urine. Per il Trentino, la premiazione avverrà presso l'Auditorium S. Chiara di Trento il **31 Maggio** in occasione della **Giornata Mondiale senza Tabacco**.

*Nella pagina seguente è riportato il modulo di adesione*

## SCHEDA DI PARTECIPAZIONE

### PARTECIPANTE AL CONCORSO

COGNOME E NOME: \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA:     SESSO  M  F

RESIDENZA: \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_ COMUNE: \_\_\_\_\_

PROV.: \_\_\_\_\_ REGIONE: \_\_\_\_\_

OPERATORE SANITARIO:  SI  NO  PROFESS. \_\_\_\_\_

TELEFONO: CASALAVORO \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

NUMERO TEL. CELLULARE: \_\_\_\_\_

SONO REPERIBILE NEL SEGUENTE ORARIO \_\_\_\_\_

SIGARETTE (O SIGARI) FUMATE AL GIORNO: \_\_\_\_\_

FUMO DA:  ANNI

PRECEDENTI TENTATIVI DI SMETTERE:

NESSUNO  1-2  3 o +

M'IMPEGNO A PARTECIPARE OSSERVANDO LE REGOLE DEL CONCORSO.

FIRMA DEL CONCORRENTE \_\_\_\_\_

### TESTIMONE DEL PARTECIPANTE

COGNOME E NOME: \_\_\_\_\_

INDIRIZZO: \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

N° TELEFONO: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

REPERIBILE NEL SEGUENTE ORARIO \_\_\_\_\_

FIRMA DEL TESTIMONE \_\_\_\_\_

**Compilare e spedire, (anche via fax o e-mail) a:**  
Servizio Educazione alla Salute  
Via G. Gilli 2 - 38100 Trento  
fax 0461/364699 E-mail: [edusal@mail.apss.tn.it](mailto:edusal@mail.apss.tn.it)

I responsabili del trattamento dei dati forniti sono il Coordinatore nazionale del Concorso e l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento. Ai richiedente competono i diritti previsti dall'art. 13 della legge n. 675/96, e quindi potrà accedere ai propri dati chiedendone la correzione, l'integrazione e - ricorrendone gli estremi di legge - la cancellazione o il blocco.

## 10 CONSIGLI PER SMETTERE

La maggior parte delle ricadute avviene nei primi tre mesi. Per superare la voglia di fumare in questo periodo sono assai utili alcuni accorgimenti

- 1 Smetti completamente da un giorno all'altro. Decidi il giorno in cui vuoi smettere (nel caso del nostro concorso, la data è il 2 maggio 2004). Smettere gradualmente riduce le probabilità di successo
- 2 Fai sparire ogni pacchetto di sigarette, ogni accendino e tutti gli oggetti che possono ricordarti il fumo: è noto che la sigaretta o il pacchetto superstiti sono spesso la causa della ricaduta.
- 3 Cerca l'aiuto e il sostegno dei familiari e dei colleghi di lavoro. Informali che hai deciso di smettere e chiedi la loro collaborazione.
- 4 Individua tutte le circostanze che associavi alla sigaretta (caffè/sigaretta, pausa lavoro/sigaretta, TV/sigaretta) e mantieni alta la tua attenzione in queste occasioni. Impara ad affrontarle in modo nuovo, scoprendo altri motivi di piacere.
- 5 Se la voglia di fumare è forte (la "crisi", in realtà, dura solo 3-5 minuti), fai alcune profonde inspirazioni e ripassa o rileggi le ragioni che ti hanno indotto a smettere.
- 6 La difficoltà a rilassarsi o a concentrarsi e altri disturbi sono legati alla dipendenza da nicotina e durano poche settimane. Vengono ridotti dalla terapia con farmaci: chiedi consiglio al tuo medico di fiducia o al farmacista. E' dimostrato che una adeguata terapia raddoppia le probabilità di successo.
- 7 Cerca di frequentare ambienti in cui non si fuma e di evitare per i primi tempi la compagnia di fumatori.
- 8 Aumenta l'attività sportiva o motoria. Mangia leggero, consuma molta frutta e verdura, evita l'alcool e comunque non preoccuparti dell'alimentazione sino a che non avrai smesso di fumare completamente.
- 9 L'eventuale tendenza a ingrassare può essere tenuta sotto controllo: è dovuta per lo più al fatto che si tende a sostituire la sigaretta con il cibo. Ricorda che si ingrassa nel lungo periodo e che l'eventuale aumento di peso è reversibile. Fatti consigliare dal tuo medico o da personale qualificato.
- 10 E' vero che la maggior parte dei fumatori smette solo dopo alcuni tentativi, ma ricorda che ogni tentativo è diverso dal precedente e questo potrebbe essere quello buono.



Iniziativa di comunicazione a cura del Servizio Innovazione e formazione per la salute della Provincia Autonoma di Trento

ISCRIVITI ENTRO  
IL 2 MAGGIO 2004



# CONCORSO INTERNAZIONALE A PREMI PER DIVENTARE NON-FUMATORI

VINCI FANTASTICI VIAGGI  
E MOLTISSIMI ALTRI PREMI



Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari  
Provincia Autonoma di Trento



Provincia Autonoma di Trento  
alle Politiche per la salute



## LA DIPENDENZA DAL FUMO

Smettere di fumare non è certo facile, ma 10 milioni di italiani ci sono già riusciti. Molti ce l'hanno fatta da soli, altri si sono rivolti a strutture qualificate per ottenere il supporto e gli strumenti adeguati per avere successo.

### DOVE TROVARE AIUTO

Per ottenere informazioni più dettagliate sul concorso e sui metodi per smettere di fumare puoi telefonare al numero verde dell'Istituto Superiore di Sanità 800 55 40 88 attivo dal lunedì al venerdì dalle 10.00 alle 16.00, oppure puoi contattare direttamente le seguenti strutture:

**Centro alcologia Pergine Valsugana**  
tel. 0461/515263

**Centro alcologia Borgo Valsugana**  
tel. 0461/753861

**Centro alcologia Riva del Garda**  
tel. 0464/582670

**Centro alcologia Tione**  
tel. 0465/339730

**Centro alcologia Cavalese**  
0462/232374

**Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori - Trento**  
tel. 0461/922733

**Associazione AMA - Auto mutuo aiuto**  
Trento tel. 0461/239640  
Rovereto tel. 0464/435849

**Servizio Educazione alla Salute - Trento**  
tel. 0461/364534

Se disponi di un collegamento Internet, nel sito [www.smettievinci.it](http://www.smettievinci.it) potrai trovare moltissime informazioni pratiche per smettere di fumare e potrai inoltre iscriverti al concorso attraverso posta elettronica.

## REGOLAMENTO

Per partecipare al concorso e all'estrazione dei premi finali, dovrai ritagliare e **spedire entro il 2 maggio 2004** questa scheda al Servizio Educazione alla Salute (per posta, fax o posta elettronica). In caso di spedizione postale, farà fede il timbro.

La scheda, pena la nullità, dovrà contenere obbligatoriamente tutti i dati richiesti relativi sia al fumatore/concorrente che al testimone. Il testimone, scelto dal concorrente, avrà il compito di vigilare e aiutare il partecipante nell'impresa di smettere di fumare.

Possono partecipare tutti i fumatori maggiorenni e residenti in Trentino che fumano ogni giorno da almeno un anno.

Tutti i concorrenti si impegnano a smettere di fumare dal 2 al 29 maggio 2004 (per 4 settimane).

L'estrazione dei nominativi vincenti verrà eseguita in ottemperanza alla legge in vigore. I vincitori verranno avvisati con raccomandata AR.

Al termine delle 4 settimane, i vincitori del concorso locale estratti tra i residenti verranno premiati a Trento, in occasione della "Giornata Mondiale senza Tabacco" che si terrà il 31 maggio. Contemporaneamente tutti i partecipanti concorreranno all'estrazione dei premi nazionali.

Il vincitore del primo **premio nazionale** (viaggio alle Seychelles per 2 persone) parteciperà inoltre all'estrazione del premio europeo di \$ 2500 e del premio mondiale di \$ 10.000 messi in palio dal Ministero della Sanità Finlandese tra i 100 paesi partecipanti.

L'Organizzatore, in base alle regole internazionali del concorso, potrà effettuare la verifica attraverso il testimone. I vincitori verranno sottoposti a due semplici test innocui e indolori, per accertare l'astensione dal fumo durante le quattro settimane indicate (misurazione del monossido di carbonio nell'aria espirata e della cotinina nelle urine).

L'Azienda Sanitaria di Trento e il Comitato Organizzatore nazionale si riservano la possibilità di contattare i partecipanti anche in tempi successivi alla chiusura del concorso al fine di verificare l'efficacia dell'intervento.

## IL CONCORSO SMETTI&VINCI

Il 25% della popolazione adulta italiana fuma e oltre la metà vorrebbe smettere. Se sei uno di loro approfitta del grande concorso internazionale "Smetti & Vinci". Con un pizzico di fortuna potrai vincere favolosi premi, ma il premio più importante è una grande vittoria per la tua salute.

### MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE

Partecipare al concorso è facile. Dovrai solo smettere di fumare per un periodo di quattro settimane, a partire dal 2 maggio 2004.

I vincitori verranno sorteggiati fra chi riuscirà nell'impresa e verranno premiati il 31 maggio in occasione della "Giornata Mondiale senza Tabacco". In questo pieghevole troverai il regolamento e la scheda con le modalità di partecipazione al concorso.

### ABBANDONARE LA SIGARETTA

Sul retro di questo stampato troverai numerosi suggerimenti su come migliorare le tue probabilità di successo e "resistere" almeno per quattro settimane...e forse anche di più. Il tuo medico di fiducia e gli altri operatori sanitari che sostengono l'iniziativa potranno personalizzare questi consigli e suggerirti le migliori strategie per abbandonare definitivamente la sigaretta.

## PREMI NAZIONALI E INTERNAZIONALI

**Superpremio Internazionale**  
10.000 \$

**Superpremio europeo**  
2.500 \$

**Premi nazionali**

**Viaggio alle Isole Seychelles per 2 persone più altri bellissimi premi**

**Premi locali**

**1° viaggio in soggiorno marino del Mediterraneo per 2 persone (una sett.);**

**2° soggiorno in villaggio italiano per 2 persone (una settimana);**

**3° abbonamento ???**

**Agli operatori sanitari è inoltre riservato un premio offerto dall'Ordine dei Medici e Odontoiatri di Trento.**



**Sentenza del Consiglio di Stato che ribadisce i criteri necessari per ottenere il rimborso**

## **Medici specialisti 1983/91: richiesta di borsa di studio**

*Il Consiglio di Stato con la **Sentenza N.445/04** ha respinto il ricorso di un medico specialista, ribadisce i requisiti necessari per chiedere e ottenere il rimborso della frequenza della Scuola di Specialità fra gli anni 1983 e il 1991, quando, secondo la normativa europea disattesa in Italia, era prevista una Borsa di studio da corrispondersi agli specializzandi (norma entrata a regime in Italia dopo il 1991).*

*Di seguito si riporta il testo della sentenza evidenziando i punti di interesse generale:*

Sentenza N.445/04

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Consiglio di Stato in sede giurisdizionale (Sezione Sesta)

ha pronunciato la seguente

DECISIONE

sul ricorso in appello proposto da .. rappresentato e difeso dagli avv.ti Carmelo Casarano e Leonardo Laudisa ed elettivamente domiciliato in Roma via della Giuliana n. 63 presso lo studio dell'avv. Guido Crastolla; contro

il Ministero della Sanità e il Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica in persona dei Ministri pro tempore rappresentati e difesi dall'Avvocatura Generale dello Stato presso i cui uffici sono domiciliati per legge in Roma alla via dei Portoghesi n. 12; per l'annullamento della sentenza del Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio – Sez. 3 n. 1983 del 2002; Visto il ricorso con i relativi allegati; Visto l'atto di costituzione in giudizio dell'appellato; Viste le memorie prodotte dalle parti a sostegno delle rispettive difese; Visti gli atti tutti della causa; Alla camera di consiglio del giorno 11 novembre 2003 relatore il Consigliere Giancarlo Montedoro. Udito l'avv. dello Stato Aiello; Ritenuto e considerato in fatto e in diritto quanto segue:

FATTO

Con appello il ricorrente, già medico specializzando in discipline fra quelle riconosciute dall'UE, impugnava la sentenza del Tar del Lazio Sezione III bis indicata in epigrafe, con la quale era stato dichiarato inammissibile il ricorso con il quale egli aveva chiesto l'annullamento del silenzio rifiuto formatosi a seguito dell'invio della raccomandata del 14/5/2001, del D.M. del 17/12/1991, emanato dal Ministero della Salute e dal Ministero per l'Università e la Ricerca Scientifica in attuazione del d.lgs. n. 257/1991, e del D.M. 28/12/1991 del Ministero per l'Università e la Ricerca Scientifica. Le doglianze del ricorrente, riproposte in grado di appello, sono relative all'esclusione dagli effetti previsti dal d.lgs. n.257/1991 in qualità di medico specializzando, in discipline ricomprese tra quelle riconosciute dalla UE ed in particolare il silenzio serbato dalle amministrazioni resistenti in ordine alla richiesta di corresponsione di borsa di studio in esito alla sua partecipazione ai corsi di specializzazione in questione.

Si sono costituite chiedendo la reiezione dell'appello le amministrazioni resistenti. In particolare eccependo: 1) la tardività dell'appello; 2) l'inammissibilità del rito del silenzio per l'accertamento di una pretesa sostanziale; 3) nel merito l'inapplicabilità immediata delle direttive comunitarie che disciplinano la materia de qua agitur, specie in relazione al difetto di prova del rispetto delle condizioni previste dalle direttive, non bastando il conseguimento del diploma ma la prova della conformità dei corsi alle disposizioni contenute nella normativa comunitaria, prova che difetta in considerazione dei vincoli introdotti dal d.lgs. n. 257/1991, quali il divieto di esercitare attività libero professionali o di avere rapporti di lavoro incompatibili con la frequenza dei corsi (attività non precluse prima del recepimento delle direttive comunitarie).

## DIRITTO

Il ricorso è infondato. In primo luogo deve essere qualificata la domanda ed individuato il rito applicabile. Il primo motivo di appello è incentrato sull'erroneità del rito del silenzio applicato dal Tar del Lazio, rilevando che l'azione, pur formalmente proposta impugnando il silenzio rifiuto, in pratica era rivolta all'accertamento di un comportamento inadempiente della pubblica amministrazione, con riferimento ad un obbligo patrimoniale impostole dall'ordinamento, e, quindi, diretta ad ottenere una pronuncia di condanna al pagamento di una somma determinata.

Il giudice di primo grado ha ritenuto che la domanda patrimoniale in tal modo proposta non potesse essere introdotta con il rito del silenzio, ed ha, pertanto dichiarato inammissibile il ricorso, peraltro, poi si è pronunciato anche nel merito rigettando il ricorso anche per la sua tardività (nella parte in cui impugna il D.M. 14/2/2000), nonché per la sua infondatezza per difetto di prova della sussistenza, nel corso frequentato, delle condizioni prescritte dalla normativa comunitaria per la retribuitività della frequenza e dell'attività formativa, ed, in ultimo, per la decorrenza del termine prescrizione quinquennale.

L'appello sostiene che l'applicabilità del rito del silenzio ha determinato un'illegittima compressione della domanda, che non sarebbe stata decisa nella sua interezza. Osserva il Collegio che, nella specie, non si è verificata alcuna compressione della domanda o meglio alcuna violazione del principio di correlazione fra chiesto e pronunciato poiché la sentenza, resa in camera di consiglio, in realtà esamina anche diffusamente il merito della controversia e non si limita affatto a rilevare l'inammissibilità del ricorso.

Va peraltro rilevato che l'appello è stato, in considerazione della precisazione effettuata dall'appellante con il primo motivo di ricorso, convertito in rito ordinario e chiamato e discusso all'udienza pubblica del 11-11-2003. La conversione del rito è sempre possibile quando non ne derivino limitazioni o violazioni dei diritti fondamentali delle parti ed in primis del diritto di agire e contraddire, sicché al fine di operare la conversione del rito è necessario che vi sia integrità del contraddittorio e che non risulti lesa il diritto di difesa di alcuna delle parti.

Ciò si ricava ad es. dalla giurisprudenza in tema di conversione del giudizio di ottemperanza in giudizio ordinario (cfr. Cons. giust. amm. sic., sez. giurisdiz., 29-06-1989, n. 238 secondo cui le particolarità del rito del giudizio d'ottemperanza, tolte quelle costituite da relitti storici (quale quello secondo cui il ricorso andrebbe proposto al presidente del collegio giudicante e non al collegio), si riducono alla necessità di una preventiva messa in mora dell'amministrazione inottemperante, messa in mora, che oltre tutto in conformità dei principi giurisprudenziali in tema di formazione del silenzio-rifiuto, non costituisce un momento indefettibile, come atto a sé stante della vicenda processuale; pertanto, devono essere ammesse la conversione del ricorso normale in ricorso per ottemperanza e, simmetricamente, la conversione del ricorso per ottemperanza in ricorso normale).

Ma va considerata anche la possibilità di conversione del rito nel caso della sentenza in forma semplificata; in tal senso si è espressa la Sezione ritenendo che, secondo un pacifico insegnamento giurisprudenziale, maturato con riguardo all'omologa fattispecie di cui all'art. 19 d.l. n. 67/1997, convertito dalla l. n. 135/1997, può affermarsi, anche con riguardo a quanto ormai previsto in via generale dall'art. 21, 9° comma, l. n. 1034/1971, introdotto dalla l. n. 205/2000, che il potere di operare la conversione del rito è esercitabile ex officio, anche in caso di mancata prestazione dell'assenso o addirittura del dissenso delle parti, in presenza dei presupposti dell'integrità del contraddittorio, e della maturità dell'istruttoria che consentano di soddisfare, senza incisione del diritto di difesa, l'esigenza di accelerazione processuale tenuta presente dal legislatore (C. Stato, sez. VI, 26-06-2001, n. 3463).

Quanto poi alla circostanza per cui in primo grado non è stato seguito, come sarebbe stato opportuno, il rito ordinario anziché il rito del silenzio, chiamando la causa all'udienza pubblica per la trattazione delle domande di accertamento presentate unitamente alla domanda per il silenzio rifiuto, nessuna invalidità ne deriva che imponga l'annullamento della sentenza ed il rinvio al giudice di primo grado. In proposito Cass., sez. I, 12-07-2002, n. 10143 ha statuito che quando la legge imponga la introduzione del giudizio con citazione anziché con ricorso e l'adozione del rito ordinario anziché

quello camerale, il fatto che il giudizio erroneamente sia introdotto con ricorso e si svolga col rito camerale non comporta la invalidità del giudizio stesso, per il principio della conversione degli atti nulli che abbiano raggiunto il loro scopo (art. 156 c.p.c.), quando dall'erronea inversione non sia derivato un concreto pregiudizio per alcuna delle parti relativamente al rispetto del contraddittorio, all'acquisizione delle prove e, più in generale, a quant'altro possa aver impedito o anche soltanto ridotto la libertà di difesa consentita nel giudizio ordinario.

Da ciò deriva il rigetto del primo motivo di ricorso di appello che, denunciando l'erronea applicazione dell'art. 2 della legge n. 205 del 2000 mirava ad ottenere l'annullamento della sentenza di primo grado. Passando agli ulteriori profili della lite, in primo luogo va rilevato che la giurisdizione del giudice amministrativo sussiste, in base al d.lgs. n. 80/1998, (art. 33 del d.lgs. quale modificato dall'art. 7 della legge n. 205/2000) poiché la formazione del medico europeo è da qualificare come servizio pubblico, consistendo in un'attività di istruzione svolta dalla pubblica amministrazione per fornire ai partecipanti ai corsi di specializzazione un'utilità di carattere strumentale, da spendere nell'esercizio della professione in qualunque luogo dell'Unione.

In proposito va anche menzionata la giurisprudenza della Cassazione che ha escluso la natura subordinata del rapporto del medico specializzando con l'amministrazione (si è quindi ritenuto che non è inquadrabile nell'ambito del rapporto di lavoro subordinato né rientra fra le ipotesi della cosiddetta parasubordinazione (art. 409, n. 3, cod. proc. civ.) l'attività svolta dai medici iscritti a scuole di specializzazione nell'ambito delle strutture sanitarie nelle quali la specializzazione viene effettuata, non potendosi ravvisare una relazione sinallagmatica di corrispettività fra la suddetta attività e gli emolumenti previsti a favore degli specializzandi (qualificati come borse di studio dall'art. 6 del decreto legislativo 8 agosto 1991 n. 257 di attuazione della Direttiva del Consiglio C.E.E. n. 76 del 1982); la suddetta attività consiste, infatti, in prestazioni finalizzate essenzialmente a consentire la formazione teorica e pratica del medico specializzando e non già a procacciare utilità alle strutture sanitarie nelle quali essa si svolge, per cui gli emolumenti per esso previsti sono sostanzialmente destinati a sopperire alle sue esigenze materiali in relazione all'attuazione dell'impegno a tempo pieno per l'apprendimento e la formazione; né rileva in contrario il fatto che la citata Direttiva C.E.E. abbia previsto, per la formazione a tempo pieno dei medici specializzandi, il riconoscimento di un'adeguata remunerazione, atteso che essa vincola gli Stati membri limitatamente al risultato da raggiungere, e non già in ordine alla forma ed ai mezzi da adottare. (Cass- Sez. I, sent. n. 9789 del 16-09-1995, Gozza c. Università di Padova).

Nel merito va dichiarata la prescrizione, trattandosi di somme dovute in sei rate bimestrali ex lege n. 257/1991 ed annualmente ex lege n. 370/1999 (per citare le norme da assumere a parametro nel presente giudizio in cui l'appellante invoca l'applicabilità diretta del diritto comunitario per estendere i presupposti legislativamente previsti dalla normativa interna per accedere a dette prestazioni). Si tratta in sostanza di somme dovute con cadenza annuale o inferiore all'anno, per le quali è quindi applicabile l'art. 2948 n. 4 cod. civ. come rilevato dal Tar nella sentenza impugnata e non la prescrizione decennale come sostenuto dall'appellante. Né vale invocare – come avviene nell'atto di appello – la giurisprudenza sull'applicabilità del termine decennale formatasi in materia di spettanze retributive dovute al pubblico dipendente che ritiene applicabile il termine decennale solo nel caso in cui la stessa amministrazione debba riconoscere e determinare quantitativamente la sussistenza del diritto vantato, previo accertamento delle condizioni necessarie per la sua liquidazione, mentre i crediti derivanti da disposizioni di legge sono sottoposti a prescrizione quinquennale prevista dall'art. 2948 c.c. (ex plurimis C. Stato, sez. IV, 06-10-2001, n. 5293).

Infatti non vi è alcun procedimento di riconoscimento del diploma da effettuarsi da parte dell'amministrazione ai fini del riconoscimento della borsa di studio che è dovuta in dipendenza di mere circostanze di fatto quali la frequenza di un corso avente le caratteristiche previste dalla normativa comunitaria, accertabili direttamente dal giudice. L'appellante, non avendo a suo favore un giudicato di quelli considerati dalla normativa, non è nelle condizioni stabilite dalla

**art. 11 della legge 19 ottobre 1999 n. 370 che regola la corresponsione di borse di studio agli specializzandi medici ammessi alle scuole negli anni 1983-1991:**

1. *Ai medici ammessi presso le università alle scuole di specializzazione in medicina dall'anno accademico 1983-1984 all'anno accademico 1990-1991, destinatari delle sentenze passate in giudicato del tribunale amministrativo regionale del Lazio (sezione I-bis), numeri 601 del 1993, 279 del 1994, 280 del 1994, 281 del 1994, 282 del 1994, 283 del 1994, tenendo conto dell'impegno orario complessivo richiesto agli specializzandi dalla normativa vigente nel periodo considerato, nonché del tempo trascorso, il Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica corrisponde per tutta la durata del corso una borsa di studio annua onnicomprensiva di lire 13.000.000. Non si dà luogo al pagamento di interessi legali e di importi per rivalutazione monetaria.*  
*Il diritto alla corresponsione della borsa di studio è subordinato all'accertamento da parte del Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica delle seguenti condizioni:*
  - a) *frequenza di un corso di specializzazione in base alla normativa prevista dal decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1982, n. 162, per l'intera durata legale del corso di formazione;*
  - b) *impegno di servizio a tempo pieno, attestato dal direttore della scuola di specializzazione;*
  - c) *mancato svolgimento per tutta la durata del corso di specializzazione di qualsiasi attività libero-professionale esterna, nonché di attività lavorativa anche in regime di convenzione o di precarietà con il Servizio sanitario nazionale.*
2. *Non può essere corrisposta la borsa di studio per gli anni in cui ne è stata percepita un'altra, a qualsiasi titolo e per qualsiasi importo, quale che sia il soggetto erogatore. È escluso dalla borsa di studio di cui al comma 1:*
  - a) *chi non abbia concluso il corso di specializzazione, ovvero non abbia recuperato i periodi di sospensione di cui all'articolo 5, comma 3, del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257;*
  - b) *chi abbia sospeso la frequenza dei corsi per motivi diversi da quelli previsti dalla lettera a*
3. *Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, da pubblicare nella Gazzetta Ufficiale, sono determinati il termine entro il quale, a pena di decadenza, deve essere trasmessa l'istanza di corresponsione delle borse di studio previste dal presente articolo, lo scaglionamento dei pagamenti, le modalità di inoltro, di sottoscrizione e di autocertificazione secondo la normativa vigente in materia, nonché l'effettuazione di controlli a campione non inferiori al 10 per cento delle istanze presentate. A tale fine è autorizzata la spesa di lire 83 miliardi per l'anno 1999, di lire 48 miliardi per l'anno 2000 e di lire 25 miliardi per l'anno 2001”.*

**Il successivo D.M. 14 febbraio 2000, di attuazione della legge n. 370/1999,**

*ha stabilito le modalità di presentazione della domanda per il riconoscimento della borsa di studio. Ivi, all'art. 1, è stabilito che:*

1. *Gli aventi diritto alla corresponsione della borsa, individuati ai sensi dell'art. 11, comma 1, della legge 19 ottobre 1999, n. 370, sono tenuti a presentare apposita domanda in carta semplice, con firma autografa.*
2. *Le istanze dovranno pervenire al Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica - Dipartimento per l'autonomia universitaria e gli studenti - Ufficio IV - Piazzale Kennedy, 20 - 00144 Roma, entro tre mesi dalla data di pubblicazione del presente decreto nella Gazzetta Ufficiale, a pena di decadenza. Le domande potranno essere inviate mediante spedizione postale a mezzo raccomandata, o con altro mezzo delle poste e telegrafi. A tal fine farà fede la data dell'ufficio postale accettante. Le domande potranno essere consegnate tramite altri mezzi di spedizione (es. corriere espresso), o mediante consegna a mano, in busta chiusa, all'ufficio accettazione del Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica (dal lunedì al sabato dalle ore 8,30 alle 13,30). In tal caso, farà fede la data di accettazione del predetto ufficio.*

3. *Per consentire l'accertamento amministrativo di cui all'art. 11, comma 2, della legge 19 ottobre 1999, n. 370, e la conseguente corresponsione della borsa di studio, gli aventi diritto devono corredare la domanda con apposita certificazione, in carta semplice, in originale o copia autenticata, oppure presentare una dichiarazione sostitutiva, rilasciata ai sensi della legge 15 maggio 1997, n. 127 e del decreto del Presidente della Repubblica 20 ottobre 1998, n. 403, che attesti quanto segue:*
- a) nome e cognome (le donne coniugate devono indicare nell'ordine, il cognome da nubile, il nome, il cognome acquisito con il matrimonio), luogo e data di nascita, residenza, codice fiscale, eventuale recapito che il richiedente elegge ai fini della corrispondenza, nonché eventuale recapito telefonico (ogni eventuale variazione del recapito dovrà essere tempestivamente comunicata all'ufficio a cui è stata indirizzata l'istanza);*
  - b) scuola di specializzazione frequentata, con indicazione della relativa università;*
  - c) durata legale della scuola di specializzazione, indicazione dell'anno accademico di iscrizione e di quello di specializzazione;*
  - d) eventuali cause di interruzione della frequenza del corso di specializzazione, con indicazione dei periodi di sospensione;*
  - e) molte ore di frequenza effettivamente osservate, per ciascun anno, per attività didattiche teoriche e pratiche;*
  - f) mancato svolgimento, per tutta la durata del corso, di qualsiasi attività libero professionale esterna, nonché di attività lavorativa anche in regime di convenzione o di precarietà con il Servizio sanitario nazionale;*
  - g) borse di studio percepite durante il corso di formazione, a qualsiasi titolo e per qualsiasi importo, con indicazione del soggetto erogatore e degli importi percepiti in ciascun anno, gli aventi diritto devono, ai sensi dell'art. 11, comma 2, punto b), della legge 19 ottobre 1999, n. 370, corredare la domanda con un attestato del direttore della scuola di specializzazione che indichi l'impegno di servizio a tempo pieno. Nel caso in cui il direttore della scuola dichiari l'impossibilità da parte dell'amministrazione universitaria di attestare tale condizione, l'interessato, consapevole delle responsabilità civili e penali cui va incontro in caso di dichiarazione mendace, dovrà presentare apposita dichiarazione scritta di aver svolto per tutta la durata del corso attività a tempo pieno."*

L'appellante invoca la diretta rilevanza del fatto della frequenza del corso e dell'ottenimento del diploma alla luce della normativa comunitaria.

La domanda, in sostanza, è basata sulla applicabilità diretta del diritto comunitario, di cui si asserisce il carattere incondizionato e preciso, e sulla richiesta di disapplicazione della normativa interna con esso incompatibile, ed è, pertanto, fondata su mere circostanze di fatto (la frequenza ai corsi, l'ottenimento del diploma) che si assumono rilevanti ai fini del sorgere del diritto patrimoniale.

Ne consegue anche sotto questo profilo l'applicabilità del termine di prescrizione quinquennale e non decennale.

Sussistono giusti motivi per compensare le spese del giudizio.

P.Q.M.

Il Consiglio di Stato in sede giurisdizionale, Sezione Sesta, respinge il ricorso in appello indicato in epigrafe.

Compensa tra le parti le spese di giudizio.

Ordina che la presente decisione sia eseguita dall'Autorità amministrativa. Così deciso in Roma, il giorno 11 novembre 2003 dal Consiglio di Stato in sede giurisdizionale - Sez. VI -, riunito in Camera di Consiglio, con l'intervento dei Signori:

Giorgio GIOVANNINI Presidente Alessandro PAJNO Consigliere Chiarenza MILLEMAGGI COGLIANI Consigliere Giuseppe ROMEO Consigliere Giancarlo MONTEDORO Consigliere Est.

**DELIBERA DELLA GIUNTA PROVINCIALE****Direttive in tema di «Medicina e pratiche non convenzionali» nell'ambito del Servizio Sanitario provinciale**

LA GIUNTA PROVINCIALE DELIBERA QUANTO SEGUE:

- 1) di dare atto che le "Medicine e pratiche non convenzionali" non sono soggette all'obbligo di autorizzazione sanitaria secondo le procedure disciplinate dal decreto legislativo n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni e dall'articolo 43 della legge provinciale n. 3/98;
- 2) di disporre che il titolare della struttura in cui avviene l'esercizio delle "Medicine e pratiche non convenzionali" debba richiedere l'attestazione di idoneità igienico-sanitaria come in premessa esposto, qualora tra le prestazioni erogate siano contemplati trattamenti invasivi, eseguiti cioè con tecniche di natura chirurgica o comunque con interventi sottocutanei;
- 3) di dare atto che l'attestazione di idoneità igienico-sanitaria di cui al precedente punto 2) accerta il rispetto dei requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi specifici per le strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale o studio professionale, come stabiliti dalla normativa per l'autorizzazione sanitaria delle medesime, nell'allegato al regolamento di esecuzione di cui all'articolo 43, comma 2, della legge provinciale 23 febbraio 1998, n. 3 - DPGP 27 novembre 2000 n. 30-48/Leg, e successive modifiche ed integrazioni.
- 4) di disporre che l'Azienda provinciale per i servizi sanitari provveda ad effettuare gli interventi di vigilanza e controllo inerenti le situazioni di cui al precedente punto 2);
- 5) di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Trentino-Alto Adige/Südtirol.

**Fondazione E.N.P.A.M.****Riduzione degli interessi legali**

Con Decreto del Ministro dell'Economia e delle Finanze primo dicembre 2003, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 10 dicembre 2003, numero 286, la misura del saggio degli interessi legali è stata ridotta dal 3% al 2,5%, in ragione d'anno, con decorrenza 1° gennaio 2004.

La variazione del saggio di interesse rende ancora più convenienti i piani di ammortamento dei riscatti (laurea, specializzazione, allineamento, servizio militare civile, ecc.).

L'ente provvederà al ricalcolo di tutti i piani di ammortamento in essere per riscatti e condono previdenziale per inadempienze contributive.

**Mancata retribuzione agli specializzandi  
CUMI-AISS verso un'azione legale**

La CUMI-AISS propone un'azione legale in favore degli specialisti in formazione per la mancata applicazione del decreto legislativo 368/1999 che prevede:

- l'adeguamento del compenso alla retribuzione minima del personale Medico dipendente dal SSN e al caro vita
- i contributi previdenziali
- la tutela della malattia
- la copertura assicurativa per rischi professionali contro terzi
- l'esercizio della libera professione

La segreteria organizzativa nazionale raccoglierà i nominativi ed i recapiti dei colleghi che vogliono aderire al ricorso comunicando, successivamente, agli interessati le modalità e i costi di partecipazione.

Sede Nazionale – Via Livorno 36 – 00162 ROMA Tel.06/44254168 – Fax:06/44254160

www.cumiaiss.it e-mail: cumiaiss@cumiaiss.it

Dipartimento di Odontostomatologia  
Commissione Albo Odontoiatri Ordine - Medici Chirurghi e - Odontoiatri - Trento

**Il trattamento del paziente con patologie di interesse internistico in  
odontoatria  
Approccio al paziente con patologie di internistiche**

*A cura Dott Christian Bacci  
UOM Odontostomatologia Borgo Valsugana*

*Anamnesi accurata*

*Età*

*Sesso*

*Patologia di base*

*Farmaci assunti (Fumo, Alcool)*

*Sviluppo mentale*

*Aspettativa di vita*

*Esami strumentali*

*Radiologia odontoiatrica*

*Esami ematologici*

*Pressione arteriosa*

*Diagnosi odontoiatrica*

*Consulto con l'internista*

*Piano di trattamento*

*Consenso informato*

**Approccio al paziente con patologie di internistiche**

- *Quantificare il rischio relativo alla patologia di base di base e/o ai farmaci assunti*
- *Quantificare l'urgenza del trattamento odontoiatrico*
  - *DECISO CIO'*
- *Trattare il pz*
- *Demandare ad una struttura ospedaliera*

**Classificazione di rischio secondo l'American Society of Anesthesiologist (ASA)**

“Quantifica” la difficoltà di trattamento di un paziente:

1. ASA I: Pz sano. Normale, in buona salute, nessun disturbo organico, fisiologico, biochimico o psichiatrico
2. ASA II: Pz con patologia controllata; presenza di una lieve malattia sistemica senza nessuna limitazione funzionale
3. ASA III: Pz con patologia scompensata; presenza di una malattia sistemica grave con limitazione funzionale di grado moderato
4. ASA IV: Pz in pericolo di vita; presenza di una malattia sistemica grave che costituisce un pericolo costante per la sopravvivenza
5. ASA V: Pz moribondo; paziente moribondo, la cui sopravvivenza non è garantita per 24 ore

## Infarto del miocardio

- *Recente: <3 mesi (ASA III o IV)*
- *Posticipare se possibile*
- *Demandare*
- *Pregresso e stabile (ASA II)*
- *Trattare ma:*

### Attenzione ai farmaci assunti

- Anticoagulanti (vedi capitolo a riguardo)
- Ridurre lo stress

### Sedazione con benzodiazepine ev e/o per os

- Ipnovel 5-15 mg endovena (farmaco per uso ospedaliero)
- En 20-40 gtt sublinguali, 5-10 mg ev
- Valium 20-40 gtt sublinguali, 5-10 mg ev
- Ambiente tranquillo confortevole
- Monitorizzare pressione e frequenza cardiaca
- Ridurre l'impiego di vasocostrittore (vedi capitolo a riguardo)

## Angina Pectoris

### Stabile (ASA II)

- *Trattare*

### Attenzione ai farmaci assunti

- Anticoagulanti
- Ridurre lo stress
- Ambiente tranquillo confortevole
- Sedazione cosciente con benzodiazepine per os o ev
- Eventuale premedicazione con Carvasin 5-10 mg (1cpr) sublinguale
- Se è presente dolore anginoso in situazioni di stress o di sforzo modesto
- Monitorizzare pressione e frequenza cardiaca
- Ridurre l'impiego di vasocostrittore (vedi capitolo a riguardo)

### Instabile (ASA III, IV)

- *Demandare*

## Patologie broncopolmonari

- Broncopneumopatia cronica ostruttiva
- Bronchite cronica
- Enfisema polmonare
- Asma bronchiale

*NB: Consultare l'internista e/o il medico curante per quantificare la gravità della patologia*

Quantificare il rischio:

- Insufficienza respiratoria lieve ASA I, II: trattare
- Insufficienza respiratoria moderata ASA II: trattare

**Attenzione ai farmaci assunti:**

- *Se in terapia cronica con corticosteroidi: raddoppiare la dose abituale prima del trattamento odontoiatrico*
- *Possibilità di interazioni con antibiotici*
- Ridurre lo stress
- Monitorizzare pressione e frequenza cardiaca
- Ridurre l'impiego di vasocostrittore (vedi capitolo a riguardo)
- Possibili interazioni con i broncodilatatori
- Insufficienza respiratoria grave ASA III, IV
- Demandare

**Asma bronchiale**

DEMANDARE se è presente dispnea al momento del trattamento

TRATTARE se non è presente dispnea:

- Somministrare broncodilatatore in via profilattica se il pz è in terapia cronica di mantenimento :Broncovaleas o Ventolin: 2 spruzzi

Se in terapia cronica con corticosteroidi:

- Raddoppiare la dose abituale prima del trattamento odontoiatrico
- Ridurre l'impiego di vasocostrittore
- Possibili allergie ai conservanti
- Possibili interazioni con i broncodilatatori
- Ridurre l'uso di salicilati
- Possibili allergeni
- Utilizzare paracetamolo (Efferalgan 500mg)
- Eseguire test allergici se asma su base allergica
- Farmaci pronti:
  - Bentelan 4 mg ev, Flebocortid 500 mg ev
  - Adrenalina 0,5 mg 1:1000 (1mg/1ml) im

**Progressi episodi allergici**

- Eseguire una ACCURATA anamnesi:
- le vere reazioni allergiche sono rarissime
- Far eseguire test allergici fornendo le tubofiale anestetiche che si utilizzeranno
- Impiegare anestetici in fiala e NON in tubofiala
- Gli anestetici, per poter essere conservati nelle tubofiale necessitano di conservanti potenziali allergeni
- Eventualmente premedicare con cortisonico (25 mg di Deltacortene la mattina)
- Farmaci pronti:
  - Adrenalina 0,5 mg 1:1000 (1mg/1ml) im
  - Cortisone (Bentelan 4mg ev, Flebocortid 500mg ev)

## Diabete

- *Scompensato ASA III, IV*
- *Demandare*
- *Compensato ASA II*
- *Trattare: attenzione a*
  - Tipo I o II
  - Patologie concomitanti
  - Ridurre l'impiego di vasocostrittore (vedi capitolo a riguardo)
  - Glicemia
  - Sconsigliate tetracicline
  - Sconsigliati corticosteroidi
  - Trattare preferibilmente la mattina dopo colazione e insulina (Tipo I)
  - Se glicemia <250 mg/dl trattare
  - >250 mg/dl inviare all'internista (out of range)
  - pericolo di crisi iperglicemica (chetoacidosi)
  - In chirurgia orale consigliata terapia antibiotica (vedi scheda)

## Patologie dell'emostasi

### Primarie

- Emofilia A e B *Demandare chirurgia*
- Malattia di Von Willebrand *Demandare chirurgia*
- Trombocitopenia *Valutare emocromo: se piastrine <100000 demandare chirurgia*
- Trombocitopenia *Valutare emocromo: se piastrine <100000 demandare chirurgia*

### Farmaco-indotte

- Salicilati *Trattare*
- Dicumarolici *Valutare INR*
- Eparine *Valutare INR e PTT*

## Trattamento con anticoagulanti orali (TAO)

### INR (Internation Normalized Ratio)

#### 1.8 trattare

- Conservativa
- Endodonzia
- Ortodonzia
- Igiene
- Protesi
- Chirurgia orale (estrazioni singole semplici)
- demandare
- Chirurgia orale (estrazioni multiple, con lembo, lembi parodontali, impianti)

#### <2.5 trattare

- Conservativa
- Endodonzia
- Ortodonzia
- Igiene
- Protesi

#### demandare

- Chirurgia orale

## Pazienti Oncologici

### Radioterapia Testa-Collo

- Attendere 2 anni per grosse riabilitazioni protesiche
- Trattare
- Attenzione ai possibili decubiti delle protesi mobili
- Evitare infezioni di origine endodontica
- Curare scrupolosamente la prevenzione
- Demandare la chirurgia orale

### Radioterapia altre sedi

- Trattare

### Chemioterapia

- Attendere 3 mesi
- Controllo emocromo + piastrine
- Trattare

NB: Potenziali immunodepressi

## Paziente Iperteso

- Valutare ASA:  
*Iperensione arteriosa è definita per:*  
*diastolica >90 mmhg e/o sistolica >140 mmhg*
- Pressione arteriosa sistolica >200 mmhg, o diastolica >100 mmhg non trattare inviare a internista per modulare la terapia
- Controllare assunzione regolare dei farmaci
- Monitorizzare pressione e frequenza cardiaca
- Ridurre stress

## Paziente Ipoteso

- Valutare ASA
- Monitorizzare pressione e frequenza cardiaca
- Ridurre stress

## Pazienti con protesi articolari

- Trattare

NB: NON Necessaria profilassi antibiotica

## Pazienti portatori di pacemaker

- Trattare

NB:

- NO ablatore ultrasonico e piezoelettrico
- NO elettrobisturi
- NON Necessaria profilassi antibiotica
- SI ablatore sonico
- SI pulp tester
- SI radiografico

**Profilassi endocardite batterica**

*Raccomandazioni dell'American Heart Association (AHA) 1997:*

**Profilassi endocardite batterica**

*Raccomandazioni dell'American Heart Association (AHA) 1997:*

**Profilassi endocardite batterica****Insufficienza renale - Dialisi**

- Attenzione ai farmaci assunti
- Antipertensivi
- Anticoagulanti
- Antiaggreganti
- Patologie odontoiatriche
- Xerostomia
- Parodontite
- Canale radicolare obliterato
- Alterazioni dello smalto
- Controllare PA
- Valutare emocromo
- Trattare il giorno prima della dialisi per smaltire i farmaci impiegati

**Disfunzioni surrenaliche****Iperfunzionalità corticosurrenalica - Morbo di Cushing**

- Buona emostasi
- Tecnica chirurgica corretta!
- Guarigione ritardata delle ferite
- Potenziale immunodepresso

**Insufficienza corticosurrenalica - Morbo di Addison**

- Profilassi cortisonica
- Monitorizzare pressione
- Potenziale immunodepresso
- Ridurre lo stress

**Disfunzioni tiroidee****Ipertiroidismo**

- Ridurre lo stress
- Monitorizzare pressione arteriosa
- Controllo delle infezioni

**Ipotiroidismo**

- Ridurre lo stress
- NO BENZODIAZEPINE
- Monitorizzare pressione arteriosa
- Controllo delle infezioni

### Paziente sottoposto a trapianto d'organo

- Visita odontoiatrica per bonifica prima del trapianto
- Possibilità di ipertrofia gengivale da immunomodulatori (ciclosporina)
- Copertura antibiotica

### Paziente in gravidanza

- Cercare di posticipare
- NO vasocostrittori (vedi capitolo)
- Ridurre l'uso di farmaci, specie nel I e III trimestre
- Usare farmaci "sicuri"
- Amoxicillina
- Macrolidi
- Paracetamolo
- Farmaci controindicati:
- Aminoglicosidi (tossicità VIII nervo cranico)
- tetracicline (pigmentazioni dentarie, alterazioni scheletriche)
- cloramfenicolo (depressione midollare)
- metronidazolo (potere mutageno)
- Aspirina
- Prilocaina
- NO amalgama (Decreto Ministeriale 10/10/2001, GU n° 261 del 9/11/01)

### L'uso del vasocostrittore in associazione all'anestetico locale nel paziente "a rischio"

- Il limite massimo di adrenalina è 500 µg che in concentrazione 1:200000 equivale a 100 tubofiale
- In un minuto, in condizioni di stress, le surreni producono 100 µg di adrenalina endogena, corrispondenti a 20 Tubofiale 1:200000
- Anche in un paziente "a rischio" la dose di 200 µg è tollerata (40 tubofiale)
- Quindi, l'uso del vasocostrittore è consigliato se consente di ottenere un miglior controllo del dolore (migliorando e prolungando l'effetto anestetico) e una riduzione dei tempi operativi (effetto emostatico)

#### ATTENZIONE!:

NO iniezione intravasale (aspirare sempre!)

NO iniezione intraligamentosa

NO iniezione intrapulpale

Unico, RILEVANTE dubbio:

- interpretazione medico-legale in caso di contenzioso
- Altre patologie

***Fondamentale resta sempre e comunque IL CONSULTO con il medico curante, con l'internista e con la struttura odontoiatrica ospedaliera***

**Note di Terapia:****USO DEGLI ANTIBIOTICI IN CHIRURGIA ORALE**

- Profilassi:
- Prevenzione dell'instaurarsi di una patologia infettiva in seguito ad un intervento chirurgico
- Terapia:
- Eliminazione di una patologia infettiva in atto

**Come si sceglie l'antibiotico?**

- Anamnesi ed esame obiettivo
- Terapia mirata
- Coltura e antibiogramma
- Costi e tempi elevati (laboratorio analisi)
- Massima efficacia
- Minimo danno
- Terapia empirica
- In base allo spettro d'azione e alla sede di infezione
- Inefficace se sono presenti resistenze
- Efficacia variabile
- Rapido
- Concentrazione nel sito
- Via di somministrazione più semplice
- Gravità dell'infezione
- Tollerabilità

**ATTENZIONE:**

- Resistenze
- Penetrazione nell'osso e in una raccolta saccata è molto bassa:
- La terapia di un ascesso odontogeno è l'incisione e il drenaggio
- Evitare l'abuso
- Terapie brevi a dosaggio pieno
- Ampio spettro d'azione
- ricca e complessa microbiologia del cavo orale
- tutte le infezioni odontostomatologiche sono multi-batteriche
- Conoscere
- Farmacodinamica
- Farmacocinetica
- Penetrazione nei tessuti

**Quando somministrare l'antibiotico**

- Patologie sistemiche:
- Immunodepressi
- Leucemici
- Sieropositivi
- Tossicodipendenti
- Defedati
- Trattamento antitumorale
- Recenti terapie antibiotiche
- Recenti ospedalizzazioni
- Uremici
- Alcolisti
- Diabetici
- Corpi estranei:

- Traumi
- Impianti
- Innesti autologhi (?)
- Patologie locali:
  - Flogosi suppurativa
  - Flogosi non suppurativa
- Scarsa igiene orale
- Fumo
- Farmaci
  - alcol
  - corticosteroidi
- Durata dell'intervento
- Comunicazioni oro-sinusal, oro-nasali
- Manovre a rischio per lesioni nervose

### **Rischio infettivo postoperatorio: classificazione delle ferite chirurgiche**

- **PULITE:** Rischio infettivo < 5%
  - non traumatiche
  - senza infiammazione
  - senza drenaggi
  - senza difetti di tecnica chirurgica
- **PULITO-CONTAMINATE:** Rischio infettivo < 10%
  - con difetto lieve di tecnica chirurgica
  - con drenaggi meccanici
- **CONTAMINATE\*:** Rischio infettivo = 15-20%
  - ferite traumatiche recenti
  - con incisione chirurgica di regioni sede
  - di flogosi acuta non purulenta
- **SPORCHE ed INFETTE\*:** Rischio infettivo > 30%
  - ferita traumatica con ritenzione di tessuto devitalizzato, corpi estranei....
  - presenza di una raccolta purulenta in sede di intervento

### **Come somministrare l'antibiotico**

- Profilassi (One shot therapy)
  - Clorexidina 0,2% per 30 sec prima dell'intervento
  - 2g amoxicillina per os 1 ora prima
  - 600 mg clindamicina per os 1 ora prima (allergici alla penicillina)
- Ultra short term therapy
  - Clorexidina 0,2% per 30 sec prima dell'intervento
  - 2g amoxicillina per os 1 ora prima + 1g 6 ore dopo
  - 600 mg clindamicina per os 1 ora prima + 300mg 6 ore dopo (allergici alla penicillina)
- Short term therapy
  - Clorexidina 0,2% per 30 sec prima dell'intervento
  - 2g amoxicillina per os 1 ora prima + 1g 12-24-36-48 ore dopo
  - 600 mg clindamicina per os 1 ora prima + 300mg 12-24-36-48 ore dopo (allergici alla penicillina)
- Terapia
  - 2g amoxicillina per os 1 ora prima + 1g ogni 12 ore per 5-6 giorni dopo
  - 600 mg clindamicina per os 1 ora prima + 300mg ogni 12 ore per 5-6 giorni dopo (allergici alla penicillina)
- **NON è indicato cominciare la somministrazione dell'antibiotico dopo l'intervento!**

## Bibliografia

- Farzad P, Andersson L, Nyberg J. Dental implant treatment in diabetic patients. *Implant Dent* 2002;11(3):262-7
- Klammt J, Kruger HU, Thoma C. [Dental local anesthesia in patients with diabetes mellitus] *Stomatol DDR* 1978 Sep;28(9):654-6
- Devlin H, Garland H, Sloan P. Healing of tooth extraction sockets in experimental diabetes mellitus. *J Oral Maxillofac Surg* 1996 Sep;54(9):1087-91
- Nevins ML, Karimbux NY, Weber HP, Giannobile WV, Fiorellini JP. Wound healing around endosseous implants in experimental diabetes. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1998 Sep-Oct;13(5):620-9
- Fiorellini JP, Nevins ML, Norkin A, Weber HP, Karimbux NY. The effect of insulin therapy on osseointegration in a diabetic rat model. *Clin Oral Implants Res* 1999 Oct;10(5):362-8
- Balshi TJ, Wolfinger GJ. Dental implants in the diabetic patient: a retrospective study. *Implant Dent* 1999;8(4):355-9
- Abdulwassie H, Dhanrajani PJ. Diabetes mellitus and dental implants: a clinical study. *Implant Dent* 2002;11(1):83-6
- Morris HF, Ochi S, Winkler S. Implant survival in patients with type 2 diabetes: placement to 36 months. *Ann Periodontol* 2000 Dec;5(1):157-65
- Belmont MJ; Behar PM; Wax MK. Atypical presentations of actinomycosis. *Head Neck*, 21(3):264-8 1999 May
- Salisbury PL 3rd, Caloss R Jr, Cruz JM, Powell BL, Cole R, Kohut RI. Mucormycosis of the mandible after dental extractions in a patient with acute myelogenous leukemia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997 Mar;83(3):340-4
- Sykes LM, Sukha A. Potential risk of serious oral infections in the diabetic patient: a clinical report. *J Prosthet Dent* 2001 Dec;86(6):569-73
- Little JW. Recent advances in diabetes mellitus of interest to dentistry. *Spec Care Dentist* 2000 Mar-Apr;20(2):46-52
- Wahl MJ. Myths of dental surgery in patients receiving anticoagulant therapy. *J Am Dent Assoc* 2000 Jan;131(1):77-81
- Rosenberg P, Gisvold SE, Flaatten H. Guidelines for anesthesia care in the Nordic Countries. *Acta Anesth Scand* 36: 741-744, 1992.
- Consensus Conference "Valutazione anestesologica ed esami preoperatori" Ufficio VRQ Ospedale Niguarda, Milano, 1997
- Alexander RE. Eleven myths of dentoalveolar surgery. *J Am Dent Assoc* 1998 Sep;129(9):1271-9  
Comment in: *J Am Dent Assoc*. 1998 Nov;129(11):1526.
- Miller CS, Leonelli FM, Latham E. Selective interference with pacemaker activity by electrical dental devices. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998 Jan;85(1):33-6
- Somacarrera ML, Lucas M, Cuervas-Mons V, Hernandez G. Oral care planning and handling of immunosuppressed heart, liver, and kidney transplant patients. *Spec Care Dentist* 1996 Nov-Dec;16(6):242-6
- Bolton-Maggs, Paula H B, Pasi, K John Haemophilias A and B. *Lancet*; 5/24/2003, Vol. 361 Issue 9371
- E Zanon, F Martinelli, C Bacci, GP Cordioli, A Girolami. Safety of dental extraction among consecutive patients on oral anticoagulant treatment managed using a specific dental management protocol *Blood Coagulation and Fibrinolysis* 2003, 14:27-30
- Rose LF, Mealey B, Minsk L, Cohen DW. Oral care for patients with cardiovascular disease and stroke. *J Am Dent Assoc*. 2002 Jun;133 Suppl:37S-44S.
- Bazile A, Bissada NF, Nair R, Siegel BP. Periodontal assessment of patients undergoing angioplasty for treatment of coronary artery disease. *J Periodontol*. 2002 Jun;73(6):631-6.
- Atherton GJ, McCaul JA, Williams SA. Medical emergencies in general dental practice in Great Britain. Part 1: Their prevalence over a 10-year period. *Br Dent J*. 1999 Jan 23;186(2):72-9.

## Informazioni Generali

### Patrocini

Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento  
Ordine dei Medici Provincia Autonoma di Trento

### Sede del Corso

Sala Conferenze MART  
Museo di Arte Moderna e Contemporanea di Trento e Rovereto  
Corso Bettini 43  
38068 Rovereto (TN)  
Tel 0464438887

### Come raggiungere la sede

**Treno:** Linea Bolzano-Brennero fermata Rovereto, dalla stazione percorrere Corso Rosmini fino a Piazza Rosmini, imboccare quindi a sinistra Corso Bettini. Dopo circa 200 metri sulla destra si incontra la sede del Mart.

**Automobile:** Autostrada A22 – Uscita Rovereto nord e seguire le indicazioni per il Museo MART.

### Attestato

Al termine del corso verrà rilasciato un attestato di partecipazione. I crediti ECM saranno spediti successivamente.

Per avere diritto ai crediti è obbligatorio frequentare il 100% delle ore di formazione e aver:

- completato i dati richiesti ai fini ECM contenuti nella scheda di iscrizione;
- completato e consegnato la Scheda di Valutazione dell'evento Formativo e il Questionario di apprendimento.

### Crediti ECM

L'evento formativo è stato accreditato per le seguenti categorie professionali e discipline:

### MEDICO, BIOLOGO

Microbiologia e Virologia - Igiene, epidemiologia e sanità pubblica - Patologia clinica

### VETERINARIO

Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche - Igiene prod., trasf., commercial., conserv. e tras. Alimenti di origine animale e derivati - Sanità animale

### TECNICO SANITARIO DI LABORATORIO BIOMEDICO

## Informazioni Generali

Le infezioni gastroenteriche rappresentano un importante problema per la salute pubblica, sia per l'elevata morbilità in particolari fasce di popolazione, sia per l'aumento di resistenze agli antimicrobici nei patogeni enterici, sia infine in termini di costi sociali. Molte di queste infezioni sono trasmesse dagli alimenti a dal contatto con un ambiente contaminato.

Se sono quindi importanti la diagnosi e la cura, che coinvolgono in prima persona microbiologi e clinici, è altrettanto importante una costante attività di sorveglianza e controllo (allevamenti, alimenti, territorio) che ha lo scopo di prevenire i rischi per la salute pubblica e di garantire il più possibile salubrità dell'ambiente e sicurezza alimentare. Non meno importante è la conoscenza epidemiologica della situazione territoriale che permette, tra le altre cose, un costante monitoraggio e rappresenta una imprescindibile fonte di indicazioni per indirizzare e finalizzare energie e conoscenze di tutti gli operatori coinvolti.

Queste attività di sorveglianza, controllo, ricerca e cura, vedono coinvolte numerose figure professionali, dal laborarista all'igienista, dal veterinario al clinico all'epidemiologo. E' proprio nella logica del coinvolgimento di tutte queste professionalità che si vuole organizzare questo incontro per mettere a confronto lo stato dell'arte e le problematiche in campi così diversi e, a volte, lontani.

Il corso si propone di:

- Fornire un quadro generale sulle gastroenteriti , affrontando l'argomento da diversi punti di vista
- Fornire un aggiornamento sulle attività di sorveglianza condotte in Italia dalle reti EnterNet ed EnterVet sia a livello nazionale che locale

### Segreteria Scientifica

#### Anna Maria Cali

Delegato regionale AMCLI –tel. 3402580396  
email: [annamariacali@tin.it](mailto:annamariacali@tin.it)

#### Patrizio Caciagli

Laboratorio di Microbiologia e Immunologia Ospedale S. Chiara Trento tel 0461.903270

#### Alfredo Caprioli

Laboratorio di Medicina Veterinaria Istituto Superiore di Sanità Roma tel.06.4990272



Associazione Microbiologi Clinici Italiani  
**Sezione regione Trentino Alto Adige**

## Corso di Aggiornamento LE INFEZIONI GASTROENTERICHE L'UOMO, GLI ANIMALI, L'AMBIENTE

**Sabato, 24 aprile 2004**

Sono statii richiesti i crediti ECM  
(Educazione Continua in Medicina)  
per la categoria professionale dei

**Biologi, Medici, Veterinari,**

**Tecnici Sanitari di Laboratorio Biomedico**

Sala Conferenze MART

Museo di Arte Moderna e Contemporanea di  
Trento e Rovereto

Corso Bettini 43  
**Rovereto (TN)**

## Elenco Docenti e Moderatori

**Paolo Benedetti** - Divisione di Malattie infettive Ospedale S.Bortolo Vicenza  
**Alberto Beffa** - Direzione Igiene e Sanità Pubblica Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento  
**Fabio Branz** - Reparto di Malattie Infettive Ospedale S.Chiera Trento  
**Patrizio Caciagli** - Direttore Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio APSS di Trento  
**Alfredo Caprioli** - Laboratorio di Medicina Veterinaria Istituto Superiore di Sanità Roma  
**Valter Carraro** - Unità Operativa Igiene Pubblica APSS di Trento  
**Carlo Costanzi** - Servizio Organizzazione e Qualità dei Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento  
**Italo Dell' Eva** - Laboratorio di Igiene Epidemiologia e Sanità Pubblica APSS di Trento  
**Palma Dellefoglie** - Reparto di Malattie Infettive Ospedale S.Chiera Trento  
**Nunzia Di Palma** - Unità Operativa di Pediatria Ospedale S.Chiera Trento  
**Giovanni Farina** - Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie area 5 Trento  
**Ida Luzzi** - Laboratorio di Batteriologia Medica Istituto Superiore di Sanità Roma  
**Ludwig Moroder** - Agenzia Provinciale per la Protezione dell'Ambiente Bolzano  
**Claudio Pasolli** - Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie area 5 Trento  
**Giampietro Pellizzer** - Divisione di Malattie Infettive Ospedale S.Bortolo Vicenza  
**Antonia Ricci** - Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie area 4 Padova  
**Franco Maria Ruggeri** - Ultrastrutture Istituto Superiore di Sanità Roma  
**Josef Simeoni** - Servizio di Igiene e Sanità Pubblica Bolzano  
**Rossella Sartori** - Laboratorio di Microbiologia e Immunologia Ospedale S.Chiera Trento

## Programma

**8.30** Registrazione partecipanti  
**8.45** Indirizzo di benvenuto e Introduzione  
**Carlo Favaretti** Direttore Generale APSS di TN  
**Enrico Magliano** Presidente AMCLI

**1. Sessione - Moderatori: C. Costanzi, J. Simeoni**  
**9.00** La rete ENTER-NET- Sorveglianza delle infezioni enteriche in Italia – **A. Caprioli**  
**9.30** Sorveglianza degli enterobatteri patogeni in provincia di Trento nel periodo 1993 – 2003  
**I. Dell'Eva**  
**10.00** Sorveglianza epidemiologica degli enterobatteri patogeni nella provincia di Bolzano – **L. Moroder**  
**10.30** Le tossinfezioni alimentari in provincia di Trento: aspetti epidemiologici e linee guida per la gestione dei casi – **V. Carraro**  
**11.00** La rete ENTER-VET: sorveglianza delle salmonellosi in ambito veterinario – **A. Ricci**  
**11.30** L'attività dell'istituto zooprofilattico sperimentale delle Venezie, area di Trento, per la sanità animale e l'ispezione degli alimenti di origine animale  
**C. Pasolli, G. Farina**  
**12.00** Confronto/Dibattito sui temi di Sorveglianza ed epidemiologia- **Conduttore: Alberto Beffa**  
**13.00-14.30** Colazione di lavoro

**Il Sessione - Moderatori: P. Caciagli, N. Di Palma**  
**14.30** Le gastroenteriti infettive batteriche: eziologia, clinica e terapia  
**P. Benedetti, G. P. Pellizzer**  
**15.00** Il razionale della diagnostica di laboratorio delle gastroenteriti – **I. Luzzi**  
**15.30** Le gastroenteriti acute virali: agenti eziologici tradizionali ed emergenti  
**F. M. Ruggeri**  
**16.00** Clostridium difficile: nuove evidenze cliniche e trend diagnostici – **P. Dellefoglie, R. Sartori**  
**16.30** Confronto/Dibattito sui temi di clinica, diagnostica e terapia-  
**Conduttore: Fabio Branz**  
**17.30** Test di verifica dell'apprendimento e chiusura lavori – **A. Cali**

## Informazioni Generali

### Costi

La quota di iscrizione è di:

Laureati (Medicino Biologia Veterinaria)

€ 36,00 (30,00+ 6,00 IVA 20%) per i **Soci AMCLI**

€ 72,00 (60,00 +12,00 IVA 20%) per i non Soci.

Tecnici Sanitari di Laboratorio Biomedico

€ 18,00 (15,00+ 3,00 IVA 20%) per i **Soci AMCLI**

€ 36,00 (30,00 +6,00 IVA 20%) per i non **Soci**.

**I Soci AMCLI dovranno essere in regola con la quota 2004.**

Tale quota è comprensiva di insegnamento teorico e pratico, materiale didattico, colazione di lavoro.

### Modalità di iscrizione

Chi desidera partecipare dovrà inviare la scheda allegata alla Segreteria Organizzativa **entro e non oltre il 23 marzo 2004**, allegando copia dell'avvenuto pagamento.

E' consigliabile contattare la Segreteria Organizzativa per accertarsi della disponibilità dei posti.

Il Corso è riservato ad un massimo di 150 partecipanti. Le iscrizioni verranno accettate in ordine di arrivo, sino ad esaurimento dei posti disponibili (se complete del pagamento della quota d'iscrizione). In caso di rinuncia dell'iscrizione dopo il termine verrà trattenuto il 50% della quota versata purchè comunicata prima dell'inizio del corso.

### Intestazione Fattura

Se la fattura è intestata a un Ente esente da IVA, si prega di allegare regolare delibera rilasciata dall'Ente, l'articolo di esenzione e l'indirizzo a cui inviare la fattura (se diverso dall'intestazione). I dati indicati saranno utilizzati conformemente alla legge 675/96.

### Segreteria Organizzativa

AMCLI

Via C. Farini 81, 20159 Milano

Tel. 02 66801190 – fax 02 69001248

Iscrizioni: [sonia.nicotra@amcli.it](mailto:sonia.nicotra@amcli.it)

e-mail: [sonia.nicotra@amcli.it](mailto:sonia.nicotra@amcli.it)

**CONFERMA DI ISCRIZIONE**  
**Corso di Aggiornamento**  
**LE INFEZIONI GASTROENTERICHE L'UOMO, GLI ANIMALI, L'AMBIENTE**  
**Rovereto (TN), 24 aprile 2004**

**(DA RINVIARE ALLEGANDO COPIA DEL PAGAMENTO – FAX 02-69001248) – entro il 23/3/04**

La quota di iscrizione è di:

- *Tecnici Sanitari di Laboratorio Biomedico*  
€ 18,00 (15,00+ 3,00 IVA 20%) per i **Soci AMCLI**  
€ 36,00 (30,00 +6,00 IVA 20%) per i non **Soci**.

- *Laureati (Medici o Biologi o Veterinari)*  
€ 36,00 (30,00+ 6,00 IVA 20%) per i **Soci AMCLI**  
€ 72,00 (60,00 +12,00 IVA 20%) per i non **Soci**

**I Soci AMCLI dovranno essere in regola con la quota 2004.**

Tale quota è comprensiva di insegnamento teorico e pratico, materiale didattico, colazione di lavoro.

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**LUOGO DI RESIDENZA O PRIVATO:** Via \_\_\_\_\_ Numero civico \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

**LUOGO DI LAVORO:**

Ente \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

**Categoria professionali\*:**

- Medico
- Biologo

**Disciplina di appartenenza\*:**

- Microbiologia e Virologia
- Igiene, epidemiologia e sanità pubblica
- Patologia Clinica

**Categoria professionali\*:**

- Veterinario

**Disciplina di appartenenza\*:**

- Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche*
- Igiene prod., trasf., commercial., conserv. e tras. Alimenti di origine animale e derivati*
- Sanità animale*

**Categoria professionali:**

- Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico

Altra disciplina (specificare): \_\_\_\_\_

Quale conferma d'iscrizione al corso allego la quota d'iscrizione

- Assegno bancario intestato ad AMCLI
- Copia Bonifico bancario a favore di AMCLI (Banca Intesa - ag. 12 Milano - c/c 000014984102 – ABI: 03069 - CAB: 09474 – CIN: W)
- Copia bollettino di conto corrente postale intestato ad AMCLI nr. 18714204 indicando sul retro **"iscrizione al corso di Rovereto, 24/4/04 - nome e cognome del partecipante"**

**INTESTAZIONE FATTURA (E'obbligatorio compilarla)**

- intestate la fattura a mio nome (come risulta dai dati sopra indicati)
  - intestate la fattura all'indirizzo indicato di seguito (per l'intestazione a enti o Aziende vedere modalità d'iscrizione)
- Ente o Cognome e Nome (per i privati) \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

C.F./P.I. \_\_\_\_\_

ESENTE IVA in base all'art \_\_\_\_\_

I dati indicati saranno utilizzati conformemente alla legge 675/96

**NOTE: \*Selezionare un'unica opzione**



Con la collaborazione di  
SIBioC – Società Italiana di Biochimica Clinica e Biologia Molecolare Clinica

*Corso di aggiornamento*

# **IL VALORE DIAGNOSTICO DEL DATO DI LABORATORIO**

**BOLZANO 3 giugno 2004**

Questa iniziativa intende rivolgersi agli operatori di laboratorio con l'obiettivo di chiarire come si possa trasformare il dato di laboratorio in informazione clinica. Riteniamo che tale obiettivo corrisponda a una esigenza reale, in un momento in cui, da un lato, l'informazione assume un ruolo critico nel processo decisionale (non solo, ma certamente anche nel settore della sanità) e, dall'altro lato, la crescente disponibilità di strumenti informatici ci permette un'oggettiva ottimizzazione dell'informazione stessa.

I passaggi critici del procedimento diagnostico presi in considerazione includono:

- a) le caratteristiche di prestazione dei metodi e l'affidabilità diagnostica dei risultati,
- b) i criteri di classificazione clinica dei risultati stessi,
- c) le variabili di campionamento della popolazione dei dati di riferimento,
- d) i margini di incertezza dell'informazione diagnostica,
- e) gli eventuali vantaggi della combinazione dei risultati.

Per ciascuno di questi punti verranno illustrati gli schemi di base, includendovi gli approcci statistici, utilizzando esemplificazioni pratiche nonché il coinvolgimento interattivo dei partecipanti mediante simulazioni di situazioni reali su sistemi informatizzati.

## **PROGRAMMA**

- Ore 14.30    Considerazioni introduttive: i passaggi critici del procedimento diagnostico  
*Renzo Malvano*
- Ore 15.00    Prestazioni dei metodi e affidabilità dei risultati (incluso: classificazione dei risultati, variabili di campionamento)  
*Andrea Chiecchio, Giulio Vignati*
- Ore 16.00    L'incertezza dell'informazione diagnostica, la combinazione dei risultati (o saggi singoli e saggi combinati)  
*Andrea Chiecchio, Giulio Vignati*
- Ore 17.00    Esempificazioni interattive di situazioni pratiche  
*Andrea Chiecchio, Renzo Malvano, Giulio Vignati*
- Ore 18.00    Conclusioni (incluso: socializzazione dell'informazione e metanalisi)  
*Renzo Malvano*
- Ore 18.30    Termine del corso



## Informazioni Generali

---

### SEDE DEL CORSO

A.S. di Bolzano  
Sala Riunioni  
Padiglione Polifunzionale  
Via Lorenz Boehler 5, Bolzano

### QUOTE DI ISCRIZIONE

**Socio SIBioC / ELAS** € 40,00 + IVA = **€ 48,00**  
*\* in regola con il pagamento della quota associativa 2004*

**Non Socio** € 60,00 + IVA = **€ 72,00**

### MODALITA' DI PARTECIPAZIONE

Chi desidera partecipare deve segnalare la propria presenza inviando la scheda di iscrizione e copia dell'avvenuto pagamento alla segreteria organizzativa. Il numero dei posti è limitato. Le iscrizioni verranno accettate secondo l'ordine di arrivo alla segreteria. E' possibile iscriversi anche on line al sito Internet [www.biomedica.net](http://www.biomedica.net)

### RINUNCE

Per le rinunce che perverranno alla Segreteria Organizzativa fino a 7 giorni prima dell'inizio del corso verrà rimborsato il 50% della quota d'iscrizione. Dopo tale data non è previsto alcun tipo di rimborso. Inoltre non saranno rimborsate quote di iscrizioni non usufruite, per le quali non sia pervenuta la relativa rinuncia entro i termini stabiliti. In qualsiasi momento è comunque possibile sostituire il nominativo dell'iscritto.

### ATTESTATO

Ai partecipanti sarà rilasciato un attestato di partecipazione valido per l'inserimento nel curriculum formativo.

### CREDITI ECM

Sono stati richiesti i crediti ECM (Educazione Continua in Medicina - Programma Nazionale per la formazione continua degli operatori della Sanità) per le seguenti categorie professionali:

- Medici, Biologi, Chimici: in fase di valutazione
- Tecnici: in fase di valutazione

Discipline accreditate: Patologia Clinica

Per avere diritto ai crediti è obbligatorio frequentare il 100% del totale delle ore di formazione.

### SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

**Biomedica srl**  
Sig.na Francesca Franzosi  
Via C. Farini 81 – 20159 Milano  
Tel. 02/69001316 int. 220 Fax 02/69001311  
e-mail: [francesca.franzosi@biomedica.net](mailto:francesca.franzosi@biomedica.net)  
sito Internet [www.biomedica.net](http://www.biomedica.net)

**LIONS CLUB ITALIA****MALATTIE RARE: UN PROBLEMA EMERGENTE**

Conferenza-dibattito

**16 marzo 2004 ore 20:15**

presso la sala conferenze dell'Ospedale "S. Camillo" di Trento, via Giovannelli, 19

A Di Palma ( Direttore U.O. Pediatria):

*L'entità del problema e gli attuali aspetti legislativi*

A. Burlina ( Dipartimento di Pediatria, Università di Padova):

*Malattie rare: malattie metaboliche ereditarie*

S. Belli ( Responsabile Consultorio Genetico, annesso all'U.O. Pediatria):

*Malattie rare: malattie cromosomiche*

C. Giannelli ( Direttore NPI Trento):

*Malattie rare: aspetti neurologici*

Dott.ssa V Agostini

Dott. C. Dilberis

Presidente Lions club Trento del Concilio

Presidente Lions club Trento Clesio

RICORDIAMO

**Dott. Aldo GIRARDI**

Nato il 05 luglio 1947    Deceduto il 18 dicembre 2003

**Dott. Giovanni TODARO**

Nato il 18 marzo 1923    Deceduto il 12 febbraio 2004