

ATTIVITÀ DELL'ORDINE

- Lettera del nuovo Presidente dott. Fabio Branz pag. 3
- Lettera del Presidente uscente Paolo Barbacovi pag. 5
- Giornata del medico e dell'odontoiatra 2003 pag. 6
- Decisioni mediche di fine vita – pubblicazione su Lancet pag. 6
- Premio "G.Gherson" pag. 7

LETTERA AL BOLLETTINO

- MMG-dentista: una figura inaccettabile? Pag. 9

COMUNICAZIONI

- Gestione dei rifiuti sanitari: testo del DPR pag. 11
- Concorso letterario "un medico che scrive" pag. 27
- Requisiti minimi per strutture e ambulatori pag. 28
- Nuova associazione ricerca malattie neurogenetiche rare pag. 40
- Borse di studio provinciali per specializzandi pag. 41
- Doping: modifiche al DM 15.10.2002 pag. 41
- FAIM: polizza malattia/infortunio per medici pag. 42
- Azimut: proposta di pensione integrativa pag. 43
- Club medici: polizza professionale agevolata pag. 44

ODONTOIATRIA

- Radioprotezione: attuazione della direttiva pag. 45

CONVEGNI – CONGRESSI

- Corso di perfezionamento in Bioetica pag. 46
- Prevenzione eventi cerebro vascolari - Studi Ascott e Allhat pag. 48
- Congresso Internazionale "Prospettive in Cardiologia" pag. 49
- Le strutture psichiatriche nel processo di trasformazione pag. 55
- La brachiterapia nel cancro della prostata pag. 56

Il Dott. Barbacovi, candidato alle elezioni provinciali, lascia la carica di Presidente

Ridistribuzione delle cariche nel Consiglio Direttivo dell'Ordine - Nuovo presidente il Dott. Fabio Branz

Il Dott. Paolo Barbacovi, Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Trento dal 1997, si è dimesso dalla carica nel mese di settembre 2003, in seguito alla decisione di candidare nelle elezioni politiche provinciali del 26 ottobre 2003. Le ragioni della decisione e i suoi saluti sono stati diffusi attraverso una lettera personale del Dott. Barbacovi, recapitata a tutti gli iscritti dell'Ordine.

Ho già avuto modo di esprimere la mia stima e la mia simpatia per il Dott. Barbacovi nel primo numero del 2003 del Bollettino.

Mi limito pertanto a salutarlo e ringraziarlo per l'impegno profuso per il nostro organo istituzionale e per tutta la classe medica e odontoiatrica trentina.

*Dott. Pierluigi Amadori
Direttore del "Medico Trentino"*

Le dimissioni del Presidente dottor Paolo Barbacovi, contestualmente seguite dalle dimissioni di tutte le altre cariche hanno determinato il rinnovo delle cariche ordinistiche. Nuovo Presidente è stato eletto il sottoscritto, già Vicepresidente, il dottor Marco Clerici già segretario è stato eletto Vicepresidente e il dottor Massimo Corradini è stato eletto Segretario e ha quindi lasciato la sua precedente carica di Tesoriere sostituito dal dottor Fulvio Spagnoli. Il dottor Paolo Barbacovi è rimasto comunque Consigliere.

Risulta ben evidente che le modifiche delle cariche sono avvenute nel solco della massima continuità rispetto alla precedente situazione. In modo particolare voglio qui ribadire che la linea scelta un anno fa dal gruppo di colleghi che si presentò e venne eletto alle elezioni del novembre 2002 rimane imm modificata.

Ricordo alcuni punti che sostanziavano la scelta di impegnarsi nella gestione dell'Ordine per il triennio 2002-2005:

1. Si ribadisce con forza l'orientamento per una medicina basata sui principi dell'universalità e della solidarietà come unica scelta possibile per assicurare il fondamentale diritto di tutti i cittadini alla tutela e promozione della salute. L'Ordine continuerà ad essere promotore di iniziative che sollecitino scelte politico-istituzionali coerenti con questi principi;
2. La tutela dell'indipendenza e della dignità della professione:
 - a) Continuerà la discussione critica su informazione e sanità, in collaborazione con i giornalisti e con i loro rappresentanti istituzionali;
 - b) La collaborazione con le istituzioni della sanità pubblica continuerà con lo spirito costruttivo che ha caratterizzato questi ultimi anni, tuttavia l'Ordine non mancherà di esercitare la sua funzione di tutela degli iscritti dipendenti pubblici o convenzionati nel caso in cui sorgano contrasti con valenza etico-deontologica;
 - c) L'attività istituzionale di controllo sugli iscritti e la funzione disciplinare saranno svolte con la massima trasparenza e puntualità possibili;

- d) Sarà un mio impegno rendere l'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri sempre più accessibile ai cittadini per favorire un'azione di maggiore comprensione e conciliazione nelle controversie con i professionisti iscritti.
3. La presenza femminile fra gli iscritti si fa sempre più cospicua, le colleghe sono tuttavia ancora molto sottorappresentate sia nei livelli medio-alti della dirigenza professionale che all'interno dell'istituzione ordinistica. E' obiettivo di questo Consiglio Direttivo perseguire azioni culturali e politiche che modifichino questo stato di cose appoggiando e incoraggiando in modo particolare le colleghe che si vorranno impegnare in questa direzione;
4. L'Educazione Continua in Medicina impegnerà l'Ordine sia come provider nel campo della formazione etico-deontologica, sia come gestore della Formazione Specifica in Medicina Generale, sia come ente certificatore dei crediti formativi.

Con questi impegni di base il Consiglio Direttivo e la nuova Presidenza intendono proseguire il lavoro iniziato un anno fa, la collaborazione di tutti gli iscritti darà la forza necessaria a perseguire gli obiettivi che ci siamo posti e che hanno visto un'adesione pressoché unanime in occasione delle ultime elezioni del novembre 2002.

Il Presidente dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri
della Provincia di Trento
dottor Fabio Branz

LETTERA DEL PRESIDENTE USCENTE DOTT. PAOLO BARBACOVÌ

Care Colleghe e cari Colleghi ,

ho chiesto ospitalità al Direttore del nostro bollettino per trasmetterVi un saluto di commiato ed un ringraziamento al termine del mio mandato di Presidente che, come sapete, si è concluso con le mie dimissioni volontarie presentate al Consiglio Direttivo nel momento in cui ho deciso di candidarmi alle elezioni provinciali.

I sette anni che ho trascorso alla guida del nostro Ordine sono stati importanti sia come esperienza professionale che di vita. Ho avuto la possibilità di conoscere più a fondo la nostra professione nei suoi contenuti tecnici e, soprattutto, etici e deontologici ed ho potuto anche "toccare con mano" i tanti risvolti umani che, nel bene come nel male, sono parte integrante di una professione dai rilevanti contenuti relazionali.

Il compito del medico non è più delimitato al campo del "sanare " e del "lenire dolorem" ma si espande in una sfera più ampia che comprende interventi preventivi, informativi ed educativi richiesti da una società che è diventata più consapevole dei propri diritti e più attenta ai determinanti della salute e della malattia che non sono sempre in relazione con la medicina.

Il nostro ruolo sociale si è trasformato ed il nostro operare è più complesso e richiede una maggior comprensione delle dinamiche socio politiche di un mondo in perenne trasformazione ed all'interno del quale si realizzano le tante condizioni, anche sociali ed economiche, che possono portare alla malattia, al disagio, alla disabilità.

La necessità di tutelare la salute per il tramite di un sistema sanitario pubblico equo e solidale è una scelta di civiltà che spero sia irreversibile. La concreta applicazione dei principi generali per il mezzo di aziende sanitarie, oggettivamente deputate a far quadrare anche i bilanci finanziari, porta però con sé il rischio della dipendenza della nostra professione da dettami non deontologici.

Questo è un rischio reale che dobbiamo avere ben presente e che dobbiamo contrastare con forza. La libertà e l'indipendenza della professione medica è un antidoto fondamentale, non va intesa come un bene solo per i medici ma rappresenta una garanzia per i cittadini pazienti a fronte di sempre possibili derive economicistiche del sistema sanitario.

La presenza di un Ordine professionale sempre più autorevole e politicamente forte è uno strumento di garanzia a questo fine, oltre che di tutela del medico contro le sempre possibili ingerenze politiche e/o aziendali tendenti a trasformarlo da professionista responsabile in fedele servitore.

Sono certo che il Collega Presidente dott. Fabio Branz assieme al Consiglio Direttivo opererà in questa direzione e gli trasmetto il mio saluto fraterno assieme all'augurio di buon lavoro. A Voi tutti i più cari saluti ed un ringraziamento per avermi concesso l'onore di rappresentarVi

Il Collega Paolo Barbacovi

Giornata del medico e dell'odontoiatra – 2003

Sabato 22 novembre 2003, alle ore-11-03 presso la Sala Conferenze Gianpio Adami Via Valentina Zambra, 10 sede dell'Ordine Trento, si terrà la tradizionale "giornata del medico e dell'odontoiatria" momento celebrativo e commemorativo per i tutti i medici ed odontoiatri della provincia Il programma prevede gli interventi del presidente e delle autorità politiche sanitarie, la consegna delle medaglie d'oro ai medici al cinquantesimo anno di laurea e il giuramento di Ippocrate per i colleghi iscritti al nostro ordine lo scorso anno.

La tavola rotonda proposta quest'anno ci sembra di particolare interesse per la sua profonda valenza umanitaria, oltre che medica

Il programma proposto è il seguente:

Ore 9.00 *Saluto del Presidente dell'Ordine dott. Fabio Branz*

Ore 9.15 *Saluto delle Autorità*

Ore 9.30-11.15 *"La medicina e il diritto alla salute: i medici trentini nel sud del mondo"*

Moderatore: dott. Enzo Zecchini

- Dott. Mauro Previdi : " Un chirurgo all'Ospedale Comboni Clinic in Ghana"
- Dott. Claudio Zucchelli: " Un medico nello sviluppo rurale del Brasile"
- Dott. Enrico Bertè: " Ala-Kipengere: dialogo di amicizia per lo sviluppo di una piccola comunità africana"
- Dott. Dino Pedrotti: " La neonatologia trentina per l'assistenza perinatale in Vietnam"
- Dott. Giuliano Tasini: "Luisa Guidotti Hospital: medici missionari che sfidano le nostre coscienze".
- Dott. Enzo Zecchini: " Medico e gestione di un'organizzazione di cooperazione sanitaria internazionale"

Conclusioni e dibattito

Ore 11.15 *Consegna delle medaglie d'oro per i 50 anni di laurea*

Ore 11.50 *Presentazione dei neoiscritti e cerimonia del "Giuramento di Ippocrate"*

Ore.12.15 *Aperitivo*

"Decisioni di fine vita nella pratica medica: scelte e comportamenti"

Studio EURELD (European Study on End of Life Decisions)

In merito all'indagine internazionale: "Decisioni di fine vita nella pratica medica: scelte e comportamenti" si informa che i dati relativi alla prima fase dello studio sono stati recentemente pubblicati sulla rivista The Lancet (Lancet 2003;362:345-350). Si fa presente inoltre che è disponibile la versione italiana dello stesso articolo sul sito internet Epicentro: www.epicentro.iss.it. Si ringraziano nuovamente tutti i Colleghi che hanno consentito la buona riuscita dell'indagine.

Silva Franchini
Osservatorio Epidemiologico
Direzione Promozione ed Educazione alla Salute.
Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
tel. 0461/364610
fax. 0461/364645
E-Mail: franchini.s@mail.apss.tn.it

3[^] EDIZIONE

PREMIO “GEMMA GHERSON”
ETICA E PRATICA MEDICA
DELL’ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI TRENTO
e con la collaborazione della
FONDAZIONE PEZCOLLER di TRENTO

L'intreccio tra il quotidiano della pratica medica e le problematiche dell'etica e del diritto è sempre più stretto e complesso, sia come vissuto all'interno della professione, che nell'opinione pubblica originando sovente situazioni di contrasto e di ulteriore preoccupazione.

Questo Ordine Provinciale dei Medici ritiene che sia opportuno stimolare negli operatori sanitari, in particolare nei medici, uno specifico impegno di ricerca sulle esperienze di vita professionale nelle quali il palese conflitto di valori, di doveri, di diritti o la “novità” della situazione abbiano reso difficile e problematica la scelta.

Il premio è un'occasione per i professionisti sanitari di rendere note le loro esperienze, i quesiti etici sorti dalla loro pratica e le riflessioni sulla stessa. E' forte la speranza che dibattere e divulgare questi argomenti possa alleviare il peso di certe decisioni e portare a risposte sempre più condivise in ambito professionale, sociale ed individuale.

Il premio ad una ricerca nell'area di “Etica e pratica medica”, alla sua terza edizione, è riservato ai Medici ed Odontoiatri iscritti agli Ordini d'Italia. L'allargamento dall'ambito provinciale a quello nazionale è stato possibile anche grazie alla partecipazione della Fondazione Pezcoller, sostenuta dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Trento e Rovereto, che ha permesso di aumentare la consistenza economica del premio.

Oggetto del bando

Preparazione di un lavoro originale di ricerca e riflessione su temi concreti che coinvolgono direttamente il ruolo del medico e della medicina nei diversi contesti in cui si svolge l'attività medica, quando nel processo decisionale i valori (del vivere, del morire, della vita nella società), i doveri (del professionista, del cittadino, dell'essere umano), i diritti delle persone coinvolte o la “novità” della situazione abbiano reso difficile e problematica la scelta.

Modalità operative

1. Possono **partecipare** al bando tutti gli iscritti agli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri. I lavori presentati possono essere frutto di collaborazione con altri operatori socio sanitari o associazioni di malati ove il medico abbia avuto un ruolo importante.
2. Indicazioni per la stesura del testo.

Il testo deve contenere:

- titolo (conciso e descrittivo),
- nome e cognome per esteso dell'autore principale (che deve essere un medico iscritto a un Ordine Italiano),
- nome, cognome e qualifica dei co autori,
- un riassunto con breve descrizione della questione esaminata, di come è stata affrontata, dei risultati emersi e le conclusioni degli autori,
- qualche parola chiave.

Articolazione del testo:

- Il testo, scritto in italiano, non deve indicativamente superare le 80.000 battute (bordi a 2,5 cm, carattere Times New Roman. Car.12. spaziatura doppia>). Tabelle, grafici e illustrazioni allegate a parte.
- i lavori con carattere di “testimonianze” che trattano di casi clinici concreti e dei problemi etici che pongono, è opportuno siano articolati in: Introduzione, Caso clinico, Discussione-conclusioni, Bibliografia,
- i lavori di ricerca più complessi devono indicare: Introduzione, Materiali e metodi, Risultati, Discussione-conclusioni, Bibliografia.

3. I lavori dovranno essere originali e non ancora pubblicati. I lavori ammessi potranno essere pubblicate sul Bollettino dell'Ordine di Trento e rimarranno di proprietà degli autori per eventuali successive pubblicazioni.
4. La valutazione dei lavori avverrà in due tempi:
 - a) una valutazione di pertinenza che porterà all'esclusione dei lavori non rispondenti alle condizioni ed agli obiettivi del bando, affidata al giudizio insindacabile della Commissione di Bioetica dell'Ordine,
 - b) una valutazione del merito della ricerca per identificare i vincitori affidata al giudizio insindacabile di una Commissione Scientifica Nazionale , nominata dall'Ordine di Trento.
5. I tre lavori migliori saranno premiati:

1° classificato €[2.600.-]
2° classificato €[1.600.-]
3° classificato €.....[1.000.-]

6. I lavori, in triplice copia e su dischetto (file Word), dovranno pervenire, tramite Raccomandata **entro e non oltre il 31 maggio 2004** al seguente indirizzo:

**Commissione di Bioetica dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della
Provincia di Trento
Via Valentina Zambra, 16 - 38100 TRENTO**

7. La presentazione dei lavori premiati avverrà in una riunione pubblica: l'annuale “Giornata del Medico e dell'Odontoiatra” prevista per l'autunno del 2004.

Per ulteriori chiarimenti contattare la segreteria dell'Ordine di Trento (tel. 0461/825094, dalle ore 9 alle ore 14 dal lunedì al venerdì) e-mail info@ordinemedicitn.org

IL PRESIDENTE
dott. Fabio Branz

Lettera dal Presidente della Commissione odontoiatri

Medico di Medicina Generale – dentista: una figura inaccettabile?

Non conosco un ginecologo che faccia il dentista....

...un ortopedico che faccia il dentista...

...un cardiologo che faccia il dentista...

...un neurologo che faccia il dentista...

...un oncologo che faccia il dentista...

...un ematologo che faccia il dentista...

...un infettologo che faccia il dentista...

...un pediatra che faccia il dentista...

...un urologo che faccia il dentista...

...un nefrologo che faccia il dentista...

....

...so di tanti “medici condotti “(termine forse arcaico) che fanno il dentista...

non conosco un dentista che faccia il ginecologo

...un dentista che faccia l’ortopedico...

...un dentista che faccia il cardiologo...

...un dentista che faccia il neurologo...

...un dentista che faccia l’oncologo...

...un dentista che faccia l’ematologo...

...un dentista che faccia l’infettologo...

...un dentista che faccia il pediatra...

...un dentista che faccia l’urologo...

...un dentista che faccia il nefrologo...

...

so di tanti dentisti che fanno i “medici condotti”...

Mi sorge spontanea una domanda: fare il dentista è così “poco impegnativo” che contemporaneamente posso fare il medico condotto? oppure è fare il medico condotto che è così “poco impegnativo” da poter fare contemporaneamente il dentista? O....?

Mi sono laureato in Medicina e chirurgia a Bologna nell’ottanta. Dal secondo anno di Università, (non avevo ancora dato anatomia) sono stato studente frequentatore nella Clinica Odontoiatrica in San Vitale... Ho lavorato nei reparti di parodontologia, protesi, chirurgia, urgenze, conservativa ed endodonzia per sei anni, poi mi sono specializzato in Odontostomatologia. Sono stato, quindi, in Clinica dal ’74 all’83. Leggo riviste specializzate nazionali e straniere, seguo una decina di corsi di aggiornamento all’anno, sono socio attivo dell’Accademia Italiana di Conservativa con la quale organizzo in prima persona corsi e congressi, visito Università straniere e centri di ricerca tutto questo per mantenermi aggiornato e comprendere le continue evoluzioni di materiali e tecniche.

Non mi considero un medico preparato... ma ho sempre fatto il possibile per essere un dentista preparato.

Sono quindi 28 anni che mi occupo di “denti”, ho studiato e lavorato in tutti i reparti della Clinica, esclusa Ortodonzia (materia che ho approfondito e studiato negli anni 90 con corsi privati) Nonostante ciò oggi nella mia pratica quotidiana mi dedico solo alla Conservativa e all'Endodonzia.

Sono sempre di più i dentisti che si dedicano ad una sola branca dell'odontoiatria: protesisti, implantologi e parodontologi, ortodontisti, endodontisti... ci si è resi conto che è difficile mantenere un'aggiornamento adeguato in tutte le specialità . Dall'altra parte ci sono medici condotti che fanno i dentisti e dentisti che fanno i condotti!

Sappiamo tutti che l'ECM non funziona ancora bene, ma il giorno che funzionerà questi condotti dovranno dimostrare il loro aggiornamento in medicina e anche in odontoiatria? o basterà , essendo condotti, la medicina? e allora che dentisti saranno? e che medici saranno i dentisti che fanno i condotti?

Sono 20 anni che l'Università di Odontoiatria prepara tecnicamente e teoricamente dei Professionisti che poi faranno i dentisti; ma i medici affermano: noi abbiamo una preparazione medica alle spalle che loro non hanno... sarà anche vero, ma la preparazione tecnica? Tutti ci ricordiamo il nostro esame di Odontoiatria: la prova pratica consisteva nel riconoscere le pinze da estrazione e differenziare le superiori dalle inferiori, la teoria era un testo di poche centinaia di pagine che si studiavano in alcuni giorni e poi via, appena laureati si mettevano a fare i dentisti con l'odontotecnico che insegnava loro a lavorare in bocca! tanto, una volta, erano i barbieri che facevano i dentisti! e poi noi medici abbiamo “una preparazione alle spalle”.

Migliaia di dentisti che oggi lavorano in Italia non sono specialisti in Odontostomatologia e hanno cominciato così. Facevano gli anestesisti, i condotti, i chirurghi... e... a tempo libero i dentisti; ma molti di loro si sono convinti che “la doppia professione” non era una cosa possibile. Hanno colmato le lacune universitarie con studio, corsi, congressi, riviste ed hanno raggiunto una professionalità eccellente; ma, soprattutto hanno smesso di fare gli anestesisti, i condotti o i chirurghi ed hanno deciso di fare i dentisti e basta, la maggioranza di questi ha optato per l'iscrizione unica all'Albo degli Odontoiatri ben sapendo che non è possibile fare contemporaneamente il medico e il dentista.

Essere medico e seguire i pazienti è una professione difficile e che richiede tempo e impegno, ma essere dentisti non è diverso: l'Odontoiatria non è più la Cenerentola della Medicina, è una professione difficile, che richiede un impegno, una preparazione ed un aggiornamento continuo.

Oggi su pressioni dell'UE si sta cercando di chiarire la situazione: un medico laureato prima dell'istituzione dell'Università di Odontoiatria può' continuare a fare il dentista, è un suo diritto, ma se ha deciso di fare il dentista deve fare solo quello e non anche il condotto e se decide di fare il condotto non può' più fare il dentista. Reputo sia una legge giusta che riconosce la dignità alla professione di odontoiatra ma anche a quella del medico, eppure delle associazioni mediche si oppongono a questa normativa, rispolverano il termine di medico stomatologo... con “tanta preparazione alle spalle!”

Fortunatamente questa situazione si risolverà da sola in quindici- venti anni visto che i medici con diritto di fare i dentisti saranno in pensione e solo i laureati in odontoiatria potranno lavorare come dentisti. Ma è triste vedere che solo il tempo risolverà questa questione che avremmo potuto e dovuto risolvere noi.

Andrea Graffer

P.S. mi scuso con i tanti medici condotti che fanno con passione e competenza il loro lavoro, e solo quello.

La Commissione Odontoiatri si associa.

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 15 luglio 2003, n.254 Regolamento recante disciplina della gestione dei rifiuti sanitari a norma dell'articolo 24 della legge 31 luglio 2002, n. 179. Capo I Disposizioni generali IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA (omissis)

E m a n a

il seguente regolamento:

Art. 1. Finalita' e campo di applicazione

1. Il presente regolamento disciplina la gestione dei rifiuti sanitari e degli altri rifiuti di cui al comma 5, allo scopo di garantire elevati livelli di tutela dell'ambiente e della salute pubblica e controlli efficaci.
2. Sono esclusi i microrganismi geneticamente modificati di cui al decreto legislativo 12 aprile 2001, n. 206, recante attuazione della direttiva 98/81/CE che modifica la direttiva 90/219/CE concernente l'impiego confinato di microrganismi geneticamente modificati. Sono altresì esclusi i materiali normati dal regolamento (CE) n. 1774/2002 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 3 ottobre 2002, recante norme sanitarie relative ai sottoprodotti di origine animale non destinati al consumo umano, quali le carcasse degli animali da esperimento, le carcasse intere e le parti anatomiche, provenienti dall'attività diagnostica degli Istituti zooprofilattici sperimentali delle facoltà di medicina veterinaria ed agraria e degli Istituti scientifici di ricerca. Sono invece disciplinati dal presente regolamento i piccoli animali da esperimento ed i relativi tessuti e parti anatomiche, provenienti da strutture pubbliche e private, individuate ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, 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.
3. Le autorità competenti e le strutture sanitarie adottano iniziative dirette a favorire in via prioritaria la prevenzione e la riduzione della produzione dei rifiuti. I rifiuti sanitari devono essere gestiti in modo da diminuirne la pericolosità, da favorirne il reimpiego, il riciclaggio e il recupero e da ottimizzarne la raccolta, il trasporto e lo smaltimento. A tale fine devono essere incentivati: a) l'organizzazione di corsi di formazione del personale delle strutture sanitarie sulla corretta gestione dei rifiuti sanitari, soprattutto per minimizzare il contatto di materiali non infetti con potenziali fonti infettive e ridurre la produzione di rifiuti a rischio infettivo; b) la raccolta differenziata dei rifiuti sanitari assimilati agli urbani prodotti dalle strutture sanitarie; c) l'ottimizzazione dell'approvvigionamento e dell'utilizzo di reagenti e farmaci per ridurre la produzione di rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo e di rifiuti sanitari non pericolosi; d) l'ottimizzazione dell'approvvigionamento delle derrate alimentari al fine di ridurre la produzione di rifiuti alimentari; e) l'utilizzo preferenziale, ove tecnicamente possibile, di prodotti e reagenti a minore contenuto di sostanze pericolose; f) l'utilizzo preferenziale, ove tecnicamente possibile, di plastiche non clorurate; g) l'utilizzo di tecnologie di trattamento di rifiuti sanitari tendenti a favorire il recupero di materia e di energia.
4. Le strutture sanitarie devono provvedere alla gestione dei rifiuti prodotti secondo criteri di sicurezza, nel rispetto dei principi stabiliti dal decreto legislativo 5 febbraio 1997, n. 22, e successive modificazioni, e dal presente regolamento. Le strutture sanitarie pubbliche devono, altresì, provvedere alla gestione dei rifiuti prodotti secondo criteri di economicità.
5. I rifiuti disciplinati dal presente regolamento e definiti all'articolo 2, comma 1, sono: a) i rifiuti sanitari non pericolosi; b) i rifiuti sanitari assimilati ai rifiuti urbani; c) i rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo; d) i rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo; e) i rifiuti sanitari che richiedono particolari modalità di smaltimento; f) i rifiuti da esumazioni e da estumulazioni, nonché i rifiuti derivanti da altre attività cimiteriali, esclusi i rifiuti vegetali provenienti da aree cimiteriali; g) i rifiuti speciali, prodotti al di fuori delle strutture sanitarie, che come rischio risultano analoghi ai rifiuti pericolosi a rischio infettivo, con l'esclusione degli assorbenti igienici. *Avvertenza: Il testo delle note qui pubblicato e' stato redatto dall'amministrazione competente per materia, ai sensi dell'art. 10, comma 3, del testo unico delle disposizioni sulla promulgazione delle leggi, sull'emanazione dei decreti del Presidente della Repubblica e sulle pubblicazioni ufficiali della Repubblica italiana, approvato con D.P.R. 28 dicembre 1985, n. 1092, al solo fine di facilitare la lettura delle disposizioni di legge alle quali e' operato il rinvio. Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi qui trascritti. Note alle premesse: - L'art. 87, comma quinto, della Costituzione conferisce al Presidente della Repubblica il potere di promulgare le leggi e di emanare i decreti aventi valore di legge e i regolamenti. - La legge 8 luglio 1986, n. 349, recante «Istituzione del Ministero dell'ambiente e norme in materia di danno ambientale» e' pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 15 luglio 1986, n. 162, s.o. - Il decreto legislativo 5 febbraio 1997, n. 22, recante «Attuazione delle direttive 91/156/CEE sui rifiuti, 91/689/CEE sui rifiuti pericolosi e 94/62/CE sugli imballaggi e sui rifiuti di imballaggio», e' pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 15 febbraio 1997, n. 38, s.o. - L'art. 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400, recante: «Disciplina dell'attivita' di Governo e ordina-*

mento della Presidenza del Consiglio dei Ministri», pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 12 settembre 1988, n. 214, s.o., e' il seguente: «2. Con decreto del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei Ministri, sentito il Consiglio di Stato, sono emanati i regolamenti per la disciplina delle materie, non coperte da riserva assoluta di legge prevista dalla Costituzione, per le quali le leggi della Repubblica, autorizzando l'esercizio della potesta' regolamentare del Governo, determinano le norme generali regolatrici della materia e dispongono l'abrogazione delle norme vigenti con effetto dall'entrata in vigore delle norme regolamentari.». - Il decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, recante: «Definizione ed ampliamento delle attribuzioni della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano ed unificazione, per le materie ed i compiti di interesse comune delle regioni, delle province e dei comuni, con la Conferenza Stato-citta' ed autonomie locali», e' pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 30 agosto 1997, n. 202. - Il decreto del Ministro dell'ambiente 26 giugno 2000, n. 219, recante: «Regolamento concernente la disciplina per la gestione dei rifiuti sanitari ai sensi dell'art. 45 del decreto legislativo 5 febbraio 1997, n. 22, e' pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 4 agosto 2000, n. 181. - L'art. 24 della legge 31 luglio 2002, n. 179, recante: «Disposizioni in materia ambientale», pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 13 agosto 2002, n. 189, e' il seguente: «Art. 24 (Smaltimento dei rifiuti sanitari). - 1. Con regolamento da emanare entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, ai sensi dell'art. 17, comma 2, 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 modalita' 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. 2. Con effetto dalla data di entrata in vigore del regolamento di cui al comma 1 sono abrogate le norme, anche di legge, regolatrici delle materie indicate nel regolamento stesso.». - Il regolamento (CE) n. 1774/2002 del Parlamento europeo e del Consiglio del 3 ottobre 2002 recante norme sanitarie relative ai sottoprodotti di origine animale non destinati al consumo umano, e' pubblicato nella G.U.C.E. 10 ottobre 2002, n. L 273. Note all'art. 1: - Il decreto legislativo 12 aprile 2001, n. 206, recante: «Attuazione della direttiva 98/81/CE che modifica la direttiva 90/219/CE concernente l'impiego confinato di microrganismi geneticamente modificati», e' pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 1° giugno, n. 126, s.o. - Per il regolamento CE 1774/2002 del Parlamento europeo e del Consiglio del 3 ottobre 2002 si veda nelle note alle premesse. - Il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante: «Ri-

ordine della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421», e' pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 30 dicembre 1992, n. 305, s.o. - La legge 23 dicembre 1978, n. 833, recante: «Istituzione del Servizio sanitario nazionale», e' pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 28 dicembre 1978, n. 360, s.o. - Per il decreto legislativo 5 febbraio 1997, n. 22, si veda nelle note alle premesse.

Art. 2. Definizioni

1. Ai fini del presente regolamento si intende per: a) rifiuti sanitari: i rifiuti elencati a titolo esemplificativo, negli allegati I e II del presente regolamento, che derivano da strutture pubbliche e private, individuate ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, che svolgono attivita' 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; b) rifiuti sanitari non pericolosi: i rifiuti sanitari che non sono compresi tra i rifiuti pericolosi di cui al decreto legislativo 5 febbraio 1997, n. 22; c) rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo: i rifiuti sanitari elencati a titolo esemplificativo nell'allegato II del presente regolamento, compresi tra i rifiuti pericolosi contrassegnati con un asterisco "*" nell'allegato A della direttiva del Ministero dell'ambiente e della tutela del territorio in data 9 aprile 2002; d) rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo: i seguenti rifiuti sanitari individuati dalle voci 18.01.03 e 18.02.02 nell'allegato A della citata direttiva in data 9 aprile 2002: 1) tutti i rifiuti che provengono da ambienti di isolamento infettivo nei quali sussiste un rischio di trasmissione biologica aerea, nonche' da ambienti ove 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, e successive modificazioni;
2. i rifiuti elencati a titolo esemplificativo nell'allegato I del presente regolamento 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 quantita' 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 pericardico o liquido amniotico;
3. i rifiuti provenienti da attivita' 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 il quale sia ravvisato, dal medico veterinario competente, un rischio di patologia trasmissibile attraverso tali liquidi; e) rifiuti da esumazione ed estumulazione: i seguenti rifiuti costi-

tuiti 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 e mezzi di movimentazione della cassa (ad esempio maniglie); 3) avanzi di indumenti, imbottiture e similari; 4) resti non mortali di elementi biodegradabili inseriti nel cofano; 5) resti metallici di casse (ad esempio zinco, piombo); f) rifiuti derivanti da altre attività cimiteriali: 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; g) rifiuti sanitari assimilati ai rifiuti urbani: i seguenti rifiuti sanitari, qualora non rientrino tra quelli di cui alle lettere c) e d), 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 per quantità siano assimilati agli urbani ai sensi dell'articolo 21, comma 2, lettera g), del decreto legislativo 5 febbraio 1997, n. 22; 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 e 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 della lettera m), a condizione che lo smaltimento avvenga in impianti di incenerimento per rifiuti urbani. Lo smaltimento in discarica e' sottoposto alle condizioni di cui all'articolo 11, comma 1, lettera c). 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 e' soggetta a privativa; h) rifiuti sanitari che richiedono particolari sistemi di gestione: le seguenti categorie di rifiuti sanitari: 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; i) rifiuti speciali, prodotti al di fuori delle strutture sanitarie, che come rischio risultano analoghi ai rifiuti pericolosi a rischio infettivo: i rifiuti speciali, di cui al decreto legislativo 5 febbraio 1997, n. 22, prodotti al di fuori delle strutture sanitarie, con le caratteristiche di cui all'articolo 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. Sono esclusi gli assorbenti igienici; l) disinfezione: drastica riduzione della carica microbica effettuata con l'impiego di sostanze disinfettanti; m) sterilizzazione: abbattimento della carica microbica tale da garantire un S.A.L. (Sterility Assurance Level) non inferiore a 10⁻⁶. La sterilizzazione e' effettuata secondo le norme UNI 10384/94, parte prima, mediante procedimento che comprenda anche la triturazione e l'essiccamento ai fini della non riconoscibilità e maggiore efficacia del trattamento, nonché della diminuzione di volume e di peso dei rifiuti stessi. Possono essere sterilizzati unicamente i rifiuti sanitari pericolosi a solo rischio infettivo. L'efficacia viene verificata secondo quanto indicato nell'allegato III del presente regolamento. La sterilizzazione dei rifiuti sanitari a rischio infettivo e' una facoltà esercitabile ai fini della semplificazione delle modalità di gestione dei rifiuti stessi; n) sterilizzatrici: apparecchiature dedicate esclusivamente alla sterilizzazione dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo. L'efficacia del procedimento di sterilizzazione ed i metodi per dimostrarla, sono stabiliti dalla norma UNI 10384/94, parte prima, sulla base delle prove di convalida in essa stabilite. Note all'art. 2: - Per il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, si veda nelle note all'art. 1. - Per la legge 23 dicembre 1978, n. 833, si veda nelle note all'art. 1. - Per il decreto legislativo n. 22/1997 si veda nelle note alle premesse. - L'allegato A della direttiva del Ministero dell'ambiente e della tutela del territorio 9 aprile 2002, recante: «Indicazioni per la corretta e piena applicazione del regolamento comunitario n. 2557/2001 sulle spedizioni di rifiuti ed in relazione al nuovo elenco dei rifiuti», pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 10 maggio 2002, n. 108 (supplemento ordinario n. 102), reca: «Elenco dei rifiuti istituito conformemente all'art. 1, lettera a), della direttiva 75/442/CEE relativa ai rifiuti e all'art. 1, paragrafo 4, della direttiva 91/689/CEE relativa ai rifiuti pericolosi. - I rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo individuati dalle voci 18.01.03 e 18.02.02 nell'allegato A della citata direttiva del Ministero dell'ambiente e della tutela del territorio del 9 aprile 2002, sono i seguenti: «18.01.03 * rifiuti che devono essere raccolti e smaltiti applicando precauzioni particolari per evitare infezioni 18.02.02 * rifiuti che devono essere raccolti e smaltiti applicando precauzioni

particolari per evitare infezioni». - Gli agenti biologici di gruppo A, di cui all'allegato XI del decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, e successive modificazioni sono i seguenti: «Allegato XI ELENCO DEGLI AGENTI BIOLOGICI CLASSIFICATI 1. Sono inclusi nella classificazione unicamente gli agenti di cui è noto che possono provocare malattie infettive in soggetti umani. I rischi tossico ovvero allergico eventualmente presenti sono indicati a fianco di ciascun agente in apposita colonna. Non sono stati presi in considerazione gli agenti patogeni di animali e piante di cui è noto che non hanno effetto sull'uomo. In sede di compilazione di questo primo elenco di agenti biologici classificati non si è tenuto conto dei microrganismi geneticamente modificati. 2. La classificazione degli agenti biologici si basa sull'effetto esercitato dagli stessi su lavoratori sani. Essa non tiene conto dei particolari effetti sui lavoratori la cui sensibilità potrebbe essere modificata da altre cause quali malattia preesistente, uso di medicinali, immunità compromessa, stato di gravidanza o allattamento, fattori dei quali è tenuto conto nella sorveglianza sanitaria di cui all'art. 95. 3. Gli agenti biologici che non sono stati inclusi nei gruppi 2, 3, 4 dell'elenco non sono implicitamente inseriti nel gruppo 1. Per gli agenti di cui è nota per numerose specie la patogenicità per l'uomo, l'elenco comprende le specie più frequentemente implicate nelle malattie, mentre un riferimento di carattere più generale indica che altre specie appartenenti allo stesso genere possono avere effetti sulla salute dell'uomo. Quando un intero genere è menzionato nell'elenco degli agenti biologici, è implicito che i ceppi e le specie definiti non patogeni sono esclusi dalla classificazione. 4. Quando un ceppo è attenuato o ha perso geni notoriamente virulenti, il contenimento richiesto dalla classificazione del ceppo parentale non è necessariamente applicativo a meno che la valutazione del rischio da esso rappresentato sul luogo di lavoro non lo richieda. 5. Tutti i virus che sono già stati isolati nell'uomo e che ancora non figurano nel presente allegato devono essere considerati come appartenenti almeno al gruppo due, a meno che sia provato che non possono provocare malattie nell'uomo. 6. Taluni agenti classificati nel gruppo tre ed indicati con doppio asterisco (**) nell'elenco allegato possono comportare un rischio di infezione limitato perché normalmente non sono veicolati dall'aria. Nel caso di particolari attività comportanti l'utilizzazione dei suddetti agenti, in relazione al tipo di operazione effettuata e dei quantitativi impiegati può risultare sufficiente, per attuare le misure di cui ai punti 2 e 13 dell'allegato XII ed ai punti 2, 3, 5 dell'allegato XIII, assicurare i livelli di contenimento ivi previsti per gli agenti del gruppo 2. 7. Le misure di contenimento che derivano dalla classificazione dei parassiti si applicano unicamente agli stadi del ciclo dei parassiti che possono essere infettivi per l'uo-

mo. 8. L'elenco contiene indicazioni che individuano gli agenti biologici che possono provocare reazioni allergiche o tossiche, quelli per i quali è disponibile un vaccino efficace e quelli per i quali è opportuno conservare per almeno dieci anni l'elenco dei lavoratori che hanno operato in attività con rischio di esposizione a tali agenti. Tali indicazioni sono: A: possibili effetti allergici; D: l'elenco dei lavoratori che hanno operato con detti agenti deve essere conservato per almeno dieci anni dalla cessazione dell'ultima attività comportante rischio di esposizione; T: produzione di tossine; V: vaccino efficace disponibile». - La lettera g) del comma 2 dell'art. 21 del decreto legislativo n. 22/1997 è la seguente: «2. I comuni disciplinano la gestione dei rifiuti urbani con appositi regolamenti che, nel rispetto dei principi di efficienza, efficacia ed economicità, stabiliscono in particolare: a)-f) (omissis); g) l'assimilazione per qualità e quantità dei rifiuti speciali non pericolosi ai rifiuti urbani ai fini della raccolta e dello smaltimento sulla base dei criteri fissati ai sensi dell'art. 18, comma 2, lettera d). Sono comunque considerati rifiuti urbani, ai fini della raccolta, del trasporto e dello stoccaggio, tutti i rifiuti provenienti dallo spazzamento delle strade ovvero, di qualunque natura e provenienza, giacenti sulle strade ed aree pubbliche o sulle strade ed aree private comunque soggette ad uso pubblico o sulle strade marittime e lacuali e sulle rive dei corsi d'acqua.».

Art. 3. Parti anatomiche riconoscibili e resti mortali derivanti da attività di esumazione ed estumulazione omissis

Art. 4. Gestione dei rifiuti sanitari, dei rifiuti da esumazioni ed estumulazioni e dei rifiuti provenienti da altre attività cimiteriali.

1. Fatto salvo quanto previsto dai seguenti articoli, 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 decreto legislativo 5 febbraio 1997, n. 22, che disciplinano la gestione dei rifiuti.
2. Nel caso in cui l'attività del personale sanitario delle strutture pubbliche e private che erogano le prestazioni di cui alla legge n. 833 del 1978, e al decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modificazioni, sia svolta all'esterno delle stesse, si considerano luogo di produzione dei rifiuti sanitari le strutture medesime, ai sensi dell'articolo 58, comma 7-ter, del decreto legislativo n. 22 del 1997. 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'articolo 8.

3. Si considerano altresì prodotti presso le strutture sanitarie di riferimento i rifiuti sanitari, con esclusione di quelli assimilati agli urbani, prodotti presso gli ambulatori decentrati dell'azienda sanitaria di riferimento.
4. Ai fini della semplificazione delle procedure e del contenimento della spesa sanitaria, per favorire lo smaltimento dei rifiuti sanitari sterilizzati in impianti di termodistruzione con recupero energetico e per assicurare il servizio di gestione dei rifiuti sanitari alle migliori condizioni di mercato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono stipulare accordi di programma tra loro, con le strutture sanitarie e i medici convenzionati con le stesse e con i soggetti privati interessati.
5. Le regioni, secondo criteri concordati tra lo Stato e le regioni ai sensi del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, istituiscono sistemi di monitoraggio e di analisi dei costi e della congruità dei medesimi relativamente alla gestione e allo smaltimento dei rifiuti sanitari e trasmettono, annualmente, anche in forma informatica, al fine della loro elaborazione, i dati risultanti da dette attività all'Osservatorio nazionale sui rifiuti che, successivamente, li comunica ai Ministeri dell'ambiente e della tutela del territorio e della salute. Il sistema di monitoraggio, istituito dalle regioni, può stabilire gli obiettivi minimi di recupero dei rifiuti prodotti che le strutture sanitarie sono tenute a raggiungere. *Note all'art. 4:* - Per il decreto legislativo n. 22/1997 si veda nelle note alle premesse. - Per la legge n. 833 del 1978 si veda nelle note all'art. 1. - Per il decreto legislativo n. 502 del 1992 si veda nelle note all'art. 1. - L'art. 58, comma 7-ter del decreto legislativo n. 22/1997, e' il seguente: «7-ter. 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». - Per il decreto legislativo n. 281/1997 si veda nelle note alle premesse.

Art. 5. Recupero di materia dai rifiuti sanitari

1. 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 del-

la 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.

2. Le regioni incentivano il recupero dei rifiuti sanitari da parte delle strutture sanitarie ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 5 febbraio 1997, n. 22. Ai medesimi fini i comuni possono stipulare apposite convenzioni con le strutture sanitarie. *Note all'art. 5:* - Il decreto legislativo 17 marzo 1995, n. 230, recante: «Attuazione delle direttive 81/618/EURATOM, 90/641/EURATOM, 93/3/EURATOM e 96/29/EURATOM in materia di radiazioni ionizzanti» e' pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 13 giugno 1995, n. 136, s.o. - L'art. 4 del decreto legislativo n. 22/1997 e' il seguente: «Art. 4 (Recupero dei rifiuti). - 1. Ai fini di una corretta gestione dei rifiuti le autorità competenti favoriscono la riduzione dello smaltimento finale dei rifiuti attraverso: a) il reimpiego ed il riciclaggio; b) le altre forme di recupero per ottenere materia prima dai rifiuti; c) l'adozione di misure economiche e la determinazione di condizioni di appalto che prevedano l'impiego dei materiali recuperati dai rifiuti al fine di favorire il mercato dei materiali medesimi; d) l'utilizzazione principale dei rifiuti come combustibile o come altro mezzo per produrre energia. 2. Il riutilizzo, il riciclaggio e il recupero di materia prima debbono essere considerati preferibili rispetto alle altre forme di recupero. 3. Al fine di favorire e incrementare le attività di riutilizzo, di riciclaggio e di recupero le autorità competenti ed i produttori promuovono analisi dei cicli di vita dei prodotti, eco-bilanci, informazioni e tutte le altre iniziative utili. 4. 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.».

Art. 6. Acque reflue provenienti da attività sanitaria

1. Lo scarico di acque reflue provenienti da attività sanitarie e' disciplinato dal decreto legislativo 11 maggio 1999, n. 152, e successive modificazioni.
2. Feci, urine e sangue possono essere fatti confluire nelle acque reflue che scaricano nella rete fognaria. *Nota all'art. 6:* - Il decreto legislativo 11 maggio 1999, n. 152, e successive modificazioni, recante: «Disposizioni sulla tutela delle acque dell'inquinamento e recepimento della direttiva 91/271/CEE concernente il trattamento delle acque reflue urbane e della direttiva 91/676/CEE relativa alla protezione delle acque dall'inquinamento provocato dai nitrati provenienti da fonti agricole», e' pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 29 maggio 1999,

n. 124, s.o. Capo II Rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo

Art. 7. Sterilizzazione dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo

1. La sterilizzazione dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo e' effettuata in impianti autorizzati ai sensi degli articoli 27 e 28 del decreto legislativo 5 febbraio 1997, n. 22, e successive modificazioni.
2. Gli impianti di sterilizzazione localizzati all'interno del perimetro della struttura sanitaria non devono essere autorizzati ai sensi degli articoli 27 e 28 del decreto legislativo n. 22 del 1997, a condizione che in tali impianti siano trattati esclusivamente rifiuti prodotti dalla struttura stessa. A tali fini si considerano prodotti dalla struttura sanitaria dove e' ubicato l'impianto di sterilizzazione anche i rifiuti prodotti dalle strutture sanitarie decentrate ma organizzativamente e funzionalmente collegate con la stessa.
3. Il direttore o il responsabile sanitario e il gestore degli impianti di sterilizzazione localizzati all'interno delle strutture sanitarie sono responsabili dell'attivazione degli impianti e dell'efficacia del processo di sterilizzazione in tutte le sue fasi.
4. L'attivazione degli impianti di sterilizzazione localizzati all'interno delle strutture sanitarie deve essere preventivamente comunicata alla provincia ai fini dell'effettuazione dei controlli periodici.
5. Il direttore o il responsabile sanitario o i soggetti pubblici istituzionalmente competenti devono procedere alla convalida dell'impianto di sterilizzazione prima della messa in funzione degli stessi o, se si tratta di impianti gia' in esercizio, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente regolamento, secondo i criteri e per i parametri previsti dall'allegato III. La convalida deve essere ripetuta ogni ventiquattro mesi, e comunque ad ogni intervento di manutenzione straordinaria dell'impianto, e la relativa documentazione deve essere conservata per cinque anni presso la sede della struttura sanitaria o presso l'impianto e deve essere esibita ad ogni richiesta delle competenti autorita'.
6. L'efficacia del processo di sterilizzazione deve essere verificata e certificata secondo i tempi, le modalita' ed i criteri stabiliti nell'allegato III da parte del direttore o responsabile sanitario o dal responsabile tecnico.
7. Gli impianti di sterilizzazione sono sottoposti ad adeguati controlli periodici da parte delle autorita' competenti.
8. Fatto salvo l'obbligo di tenuta dei registri di carico e scarico di cui all'articolo 12 del decreto legislativo n. 22 del 1997, e successive modificazioni, presso l'impianto di sterilizzazione deve essere tenuto un registro con fogli numerati progressivamente nel quale, ai fini dell'effettuazione dei controlli, devono essere riportate le seguenti informazioni: a) numero di identificazione del ciclo di steri-

lizzazione; b) quantita' giornaliera e tipologia di rifiuti sottoposti al processo di sterilizzazione; c) data del processo di sterilizzazione. Note all'art. 7: - Gli articoli 27 e 28 del decreto legislativo n. 22/1997, sono i seguenti: «Art. 27 (Approvazione del progetto e autorizzazione alla realizzazione degli impianti di smaltimento e di recupero dei rifiuti). - 1. I soggetti che intendono realizzare nuovi impianti di smaltimento o di recupero di rifiuti, anche pericolosi, devono presentare apposita domanda alla regione competente per territorio, allegando il progetto definitivo dell'impianto e la documentazione tecnica prevista per la realizzazione del progetto stesso dalle disposizioni vigenti in materia urbanistica, di tutela ambientale, di salute e di sicurezza sul lavoro, e di igiene pubblica. Ove l'impianto debba essere sottoposto alla procedura di valutazione di impatto ambientale statale ai sensi della normativa vigente, alla domanda e' altresì allegata la comunicazione del progetto all'autorita' competente ai predetti fini ed il termine di cui al comma 3 resta sospeso fino all'acquisizione della pronuncia sulla compatibilita' ambientale ai sensi dell'art. 6, comma 4, della legge 8 luglio 1986, n. 349, e successive modifiche ed integrazioni. 2. Entro trenta giorni dal ricevimento della domanda di cui al comma 1, la regione nomina un responsabile del procedimento e convoca una apposita conferenza cui partecipano i responsabili degli uffici regionali competenti, e i rappresentanti degli enti locali interessati. Alla conferenza e' invitato a partecipare anche il richiedente l'autorizzazione o un suo rappresentante al fine di acquisire informazioni e chiarimenti. 3. Entro novanta giorni dalla sua convocazione, la conferenza: a) procede alla valutazione dei progetti; b) acquisisce e valuta tutti gli elementi relativi alla compatibilita' del progetto con le esigenze ambientali e territoriali; c) acquisisce, ove previsto dalla normativa vigente, la valutazione di compatibilita' ambientale; d) trasmette le proprie conclusioni con i relativi atti alla giunta regionale. 4. Per l'istruttoria tecnica della domanda la regione puo' avvalersi degli organismi individuati ai sensi del decreto-legge 4 dicembre 1993, n. 496, convertito, con modificazioni, dalla legge 21 gennaio 1994, n. 61. 5. Entro trenta giorni dal ricevimento delle conclusioni della conferenza, e sulla base delle risultanze della stessa, la giunta regionale approva il progetto e autorizza la realizzazione dell'impianto. L'approvazione sostituisce ad ogni effetto visti, pareri, autorizzazioni e concessioni di organi regionali, provinciali e comunali. L'approvazione stessa costituisce, ove occorra, variante allo strumento urbanistico comunale, e comporta la dichiarazione di pubblica utilita', urgenza ed indifferibilita' dei lavori. 6. Nel caso in cui il progetto approvato riguardi aree vincolate ai sensi della legge 29 giugno 1939, n. 149 e del decreto-legge 27giugno 1985, n. 312, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 agosto 1985, n. 431, si applicano le disposizioni di cui al comma 9 dell'art. 82 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, come modificato dal decre-

to-legge 27 giugno 1985, n. 312, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 agosto 1985, n. 431. 7. Le regioni emanano le norme necessarie per disciplinare l'intervento sostitutivo in caso di mancato rispetto del termine complessivo di cui ai commi 2, 3 e 5. 8. Le procedure di cui al presente articolo si applicano anche per la realizzazione di varianti sostanziali in corso di esercizio, che comportano modifiche a seguito delle quali gli impianti non sono piu' conformi all'autorizzazione rilasciata. 9. Contestualmente alla domanda di cui al comma 1 puo' essere presentata domanda di autorizzazione all'esercizio delle operazioni di smaltimento e di recupero di cui all'art. 28. In tal caso la regione autorizza le operazioni di smaltimento e di recupero contestualmente all'adozione del provvedimento che autorizza la realizzazione dell'impianto.». «Art. 28 (Autorizzazione all'esercizio delle operazioni di smaltimento e recupero). - 1. L'esercizio delle operazioni di smaltimento e di recupero dei rifiuti e' autorizzato dalla regione competente per territorio entro novanta giorni dalla presentazione della relativa istanza da parte dell'interessato. L'autorizzazione individua le condizioni e le prescrizioni necessarie per garantire l'attuazione dei principi di cui all'art. 2, ed in particolare: a) i tipi ed i quantitativi di rifiuti da smaltire o da recuperare; b) i requisiti tecnici, con particolare riferimento alla compatibilita' del sito, alle attrezzature utilizzate, ai tipi ed ai quantitativi massimi di rifiuti ed alla conformita' dell'impianto al progetto approvato; c) le precauzioni da prendere in materia di sicurezza ed igiene ambientale; d) il luogo di smaltimento; e) il metodo di trattamento e di recupero; f) i limiti di emissione in atmosfera, che per i processi di trattamento termico dei rifiuti, anche accompagnati da recupero energetico, non possono essere meno restrittivi di quelli fissati per gli impianti di incenerimento dalle direttive comunitarie 89/369/CEE del Consiglio dell'8 giugno 1989, 89/429/CEE del Consiglio del 21 giugno 1989, 94/67/CE del Consiglio del 16 dicembre 1994, e successive modifiche ed integrazioni; g) le prescrizioni per le operazioni di messa in sicurezza, chiusura dell'impianto e ripristino del sito; h) le garanzie finanziarie; i) l'idoneita' del soggetto richiedente. 2. (Omissis). 3. L'autorizzazione di cui al comma 1 e' concessa per un periodo di cinque anni ed e' rinnovabile. A tale fine, entro centottanta giorni dalla scadenza dell'autorizzazione, deve essere presentata apposita domanda alla regione che decide prima della scadenza dell'autorizzazione stessa. 4. Quando a seguito di controlli successivi all'avviamento degli impianti questi non risultino conformi all'autorizzazione di cui all'art. 27, ovvero non siano soddisfatte le condizioni e le prescrizioni contenute nell'atto di autorizzazione all'esercizio delle operazioni di cui al comma 1, quest'ultima e' sospesa, previa diffida, per un periodo massimo di dodici mesi. Decorso tale termine senza che il titolare abbia provveduto a

rendere quest'ultimo conforme all'autorizzazione, l'autorizzazione stessa e' revocata. 5. Fatti salvi l'obbligo della tenuta dei registri di carico e scarico da parte dei soggetti di cui all'art. 12, ed il divieto di miscelazione, le disposizioni del presente articolo non si applicano al deposito temporaneo effettuato nel rispetto delle condizioni stabilite dall'art. 6, comma 1, lettera m). 6. Il controllo e l'autorizzazione delle operazioni di carico, scarico, trasbordo, deposito e maneggio di rifiuti in aree portuali sono disciplinati dalle specifiche disposizioni di cui alla legge 28 gennaio 1994, n. 84. L'autorizzazione delle operazioni di imbarco e di sbarco non puo' essere rilasciata se il richiedente non dimostra di avere ottenuto agli adempimenti di cui all'art. 16, nel caso di trasporto transfrontaliero di rifiuti 7. Gli impianti mobili di smaltimento o di recupero, ad esclusione della sola riduzione volumetrica, sono autorizzati, in via definitiva dalla regione ove l'interessato ha la sede legale o la societa' straniera proprietaria dell'impianto ha la sede di rappresentanza. Per lo svolgimento delle singole campagne di attivita' sul territorio nazionale l'interessato, almeno sessanta giorni prima dell'installazione dell'impianto, deve comunicare alla regione nel cui territorio si trova il sito prescelto le specifiche dettagliate relative alla campagna di attivita', allegando l'autorizzazione di cui al comma 1 e l'iscrizione all'Albo nazionale delle imprese di gestione dei rifiuti, nonche' l'ulteriore documentazione richiesta. La regione puo' adottare prescrizioni integrative oppure puo' vietare l'attivita' con provvedimento motivato qualora lo svolgimento della stessa nello specifico sito non sia compatibile con la tutela dell'ambiente o della salute pubblica.». - L'art. 12 del decreto legislativo n. 22/1997, e' il seguente: «Art. 12 (Registri di carico e scarico). - 1. I soggetti di cui all'art. 11, comma 3, hanno l'obbligo di tenere un registro di carico e scarico, con fogli numerati e vidimati dall'Ufficio del registro, su cui devono annotare le informazioni sulle caratteristiche qualitative e quantitative dei rifiuti, da utilizzare ai fini della comunicazione annuale al catasto. Le annotazioni devono essere effettuate: a) per i produttori almeno entro una settimana dalla produzione del rifiuto e dallo scarico del medesimo; b) per i soggetti che effettuano la raccolta e il trasporto almeno entro una settimana dalla effettuazione del trasporto; c) per i commercianti e gli intermediari almeno entro una settimana dalla effettuazione della transazione relativa; d) per i soggetti che effettuano le operazioni di recupero e di smaltimento entro ventiquattro ore dalla presa in carico dei rifiuti. 2. Il registro tenuto dagli stabilimenti e dalle imprese che svolgono attivita' di smaltimento e di recupero di rifiuti deve, inoltre, contenere: a) l'origine, la quantita', le caratteristiche e la destinazione specifica dei rifiuti; b) la data del carico e dello scarico dei rifiuti ed il mezzo di trasporto utilizzato; c) il metodo di trattamento impiegato. 3. I registri sono tenuti presso ogni impianto di produzione, di stoccaggio, di recu-

pero e di smaltimento di rifiuti nonche' presso la sede delle imprese che effettuano attivita' di raccolta e trasporto, e presso la sede dei commercianti e degli intermediari. I registri integrati con i formulari relativi al trasporto dei rifiuti sono conservati per cinque anni dalla data dell'ultima registrazione, ad eccezione dei registri relativi alle operazioni di smaltimento dei rifiuti in discarica, che devono essere conservati a tempo indeterminato ed al termine dell'attivita' devono essere consegnati all'autorita' che ha rilasciato l'autorizzazione. 3-bis. I registri di carico e scarico relativi ai rifiuti prodotti dalle attivita' di manutenzione delle reti e delle utenze diffuse svolte dai soggetti pubblici e privati titolari di diritti speciali o esclusivi ai sensi della direttiva 93/38/CE attuata con il decreto legislativo 17 marzo 1995, n. 158, che installano e gestiscono, direttamente o mediante appaltatori, reti ed impianti per l'erogazione di forniture e servizi di interesse pubblico, possono essere tenuti, nell'ambito della provincia dove l'attivita' e' svolta, presso le sedi di coordinamento organizzativo o altro centro equivalente comunicato preventivamente alla provincia medesima. 4. I soggetti la cui produzione annua di rifiuti non eccede le 5 tonnellate di rifiuti non pericolosi ed una tonnellata di rifiuti pericolosi, possono adempiere all'obbligo della tenuta dei registri di carico e scarico dei rifiuti anche tramite le organizzazioni di categoria interessate o loro societa' di servizi che provvedono ad annotare i dati previsti con cadenza mensile, mantenendo presso la sede dell'impresa copia dei dati trasmessi. 5. Le informazioni contenute nel registro sono rese in qualunque momento all'autorita' di controllo che ne fa richiesta. 6. In attesa dell'individuazione del modello uniforme di registro di carico e scarico e degli eventuali documenti sostitutivi, nonche' delle modalita' di tenuta degli stessi, continuano ad applicarsi le disposizioni vigenti che disciplinano le predette modalita' di tenuta dei registri. 6-bis. Sono esonerati dall'obbligo di cui al comma 1 i consorzi di cui agli articoli 40, 41, 47 e 48 del presente decreto e i consorzi di cui all'art. 9-quinquies del decreto-legge 9 settembre 1988, n. 397, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 novembre 1988 n. 475, e all'art. 11 del decreto legislativo 27 gennaio 1992, n. 95.»

Art. 8 Deposito temporaneo, deposito preliminare, raccolta e trasporto dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo

1. Per garantire la tutela della salute e dell'ambiente, il deposito temporaneo, la movimentazione interna alla struttura sanitaria, il deposito preliminare, la raccolta ed il trasporto dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo devono essere effettuati utilizzando apposito imballaggio a perdere, anche flessibile, recante la scritta «Rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo» e il simbolo del rischio biologico o, se si tratta di rifiuti ta-

glienti 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».

2. Gli imballaggi esterni di cui al comma 1 devono avere caratteristiche adeguate per resistere agli urti ed alle sollecitazioni provocate durante la loro movimentazione e trasporto, e devono essere realizzati in un colore idoneo a distinguerli dagli imballaggi utilizzati per il conferimento degli altri rifiuti.
3. Fatte salve le disposizioni di cui ai commi 1 e 2: a) 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 puo' avere una durata massima di cinque giorni dal momento della chiusura del contenitore. Nel rispetto dei requisiti di igiene e sicurezza e sotto la responsabilita' del produttore, tale termine e' esteso a trenta giorni per quantitativi inferiori a 200 litri. La registrazione di cui all'articolo 12, comma 1 del decreto legislativo 5 febbraio 1997, n. 22, deve avvenire entro cinque giorni; b) le operazioni di deposito preliminare, raccolta e trasporto dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo restano sottoposte al regime generale dei rifiuti pericolosi; c) per i rifiuti pericolosi a rischio infettivo destinati agli impianti di incenerimento l'intera fase di trasporto deve essere effettuata nel piu' breve tempo tecnicamente possibile; d) il deposito preliminare dei medesimi non deve, di norma, superare i cinque giorni. La durata massima del deposito preliminare viene, comunque, fissata nel provvedimento di autorizzazione, che puo' prevedere anche l'utilizzo di sistemi di refrigerazione. Nota all'art. 8: - Il comma 1 dell'art. 12 del decreto legislativo n. 22/1997, e' riportato nelle note all'art. 7.

Art. 9. Deposito temporaneo, deposito preliminare, messa in riserva, raccolta e trasporto dei rifiuti sanitari sterilizzati

1. I rifiuti sanitari sterilizzati di cui all'articolo 2, comma 1, lettera g), numero 8), assimilati ai rifiuti urbani, devono essere raccolti e trasportati con il codice CER 20 03 01, 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 dovra' essere aggiunta la data della sterilizzazione.
2. Le operazioni di raccolta e trasporto dei rifiuti sanitari sterilizzati, assimilati ai rifiuti urbani, di cui al comma 1 del presente articolo, sono sottoposte al regime giuridico ed alle norme tecniche che disciplinano la gestione dei rifiuti urbani.
3. I rifiuti sanitari sterilizzati di cui all'articolo 2, comma 1, lettera g), numero 8), assimilati ai rifiuti urbani, smaltiti fuori

dell'ambito territoriale ottimale (ATO) presso impianti di incenerimento di rifiuti urbani o discariche di rifiuti non pericolosi, devono essere raccolti e trasportati separatamente dai rifiuti urbani.

4. I rifiuti sanitari sterilizzati, non assimilati ai rifiuti urbani in quanto avviati in impianti di produzione di combustibile derivato da rifiuti (CDR) od avviati in impianti che utilizzano i rifiuti sanitari sterilizzati come mezzo per produrre energia, devono essere raccolti e trasportati separatamente dai rifiuti urbani utilizzando il codice CER 19 12 10.
5. Le operazioni di movimentazione interna alla struttura sanitaria, di deposito temporaneo, di raccolta e trasporto, di deposito preliminare, di messa in riserva dei rifiuti sanitari sterilizzati, di cui ai commi 3 e 4, devono essere effettuati 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.
6. Alle operazioni di deposito temporaneo, raccolta e trasporto, messa in riserva, deposito preliminare dei rifiuti sanitari sterilizzati di cui ai commi 3 e 4 si applicano le disposizioni tecniche che disciplinano la gestione dei rifiuti speciali non pericolosi.
7. In caso di smaltimento dei rifiuti sanitari sterilizzati assimilati ai rifiuti urbani in regioni diverse da quelle dove gli stessi sono prodotti si applicano le condizioni di cui all'articolo 5, comma 5, del decreto legislativo 5 febbraio 1997, n. 22. Nota all'art. 9: - Il comma 5 dell'art. 5 del decreto legislativo n. 22/1997, e' il seguente: «5. Dal 1° gennaio 1999 e' vietato smaltire i rifiuti urbani non pericolosi in regioni diverse da quelle dove gli stessi sono prodotti, fatti salvi gli accordi regionali o internazionali esistenti alla data di entrata in vigore del presente decreto. Eventuali nuovi accordi regionali potranno essere promossi nelle forme previste dalla legge 8 giugno 1990, n. 142, qualora gli aspetti territoriali e l'opportunità tecnico-economica di raggiungere livelli ottimali di utenza servita lo richiedano.».

Art. 10. Smaltimento dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo

1. I rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo devono essere smaltiti mediante termodistruzione in impianti autorizzati ai sensi del decreto legislativo 5 febbraio 1997, n. 22, con le modalità di cui ai commi 2 e 3.
2. I rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo che presentano anche altre caratteristiche di pericolo di cui all'allegato I del decreto legislativo n. 22 del 1997, devono essere smaltiti solo in impianti per rifiuti pericolosi.
3. 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, e successive modificazioni: a) in impianti di incenerimento di rifiuti urbani e in impianti di incenerimento di rifiuti speciali. Essi sono introdotti direttamente nel forno, senza prima essere mescolati con altre categorie di rifiuti. Alla bocca del forno e' ammesso il caricamento contemporaneo con altre categorie di rifiuti; b) in impianti di incenerimento dedicati.

4. Le operazioni di caricamento dei rifiuti al forno devono avvenire senza manipolazione diretta dei rifiuti. Per manipolazione diretta si intende una operazione che generi per gli operatori un rischio infettivo. Nota all'art. 10: - L'allegato «I» al decreto legislativo n. 22/1997, e' il seguente: «Allegato I CARATTERISTICHE DI PERICOLO PER I RIFIUTI H1 "Esplosivo": sostanze e preparati che possono esplodere per effetto della fiamma o che sono sensibili agli urti e agli attriti più del dinitrobenzene; H2 "Comburente": sostanze e preparati che, a contatto con altre sostanze, soprattutto se infiammabili, presentano una forte reazione esotermica; H3-A "Facilmente infiammabile": sostanze e preparati: liquidi il cui punto di infiammabilità e' inferiore a 21 °C (compresi i liquidi estremamente infiammabili), o che a contatto con l'aria, a temperatura ambiente e senza apporto di energia, possono riscaldarsi e infiammarsi, o solidi che possono facilmente infiammarsi per la rapida azione di una sorgente di accensione e che continuano a bruciare o a consumarsi anche dopo l'allontanamento della sorgente di accensione, o gassosi che si infiammano a contatto con l'aria a pressione normale, o che, a contatto con l'acqua o l'aria umida, sprigionano gas facilmente infiammabili in quantità pericolose; H3-B Infiammabile: sostanze e preparati liquidi il cui punto di infiammabilità e' pari o superiore a 21 °C e inferiore o pari a 55 °C; H4 "Irritante": sostanze e preparati non corrosivi il cui contatto immediato, prolungato o ripetuto con la pelle o le mucose può provocare una reazione infiammatoria; H5 "Nocivo": sostanze e preparati che, per inalazione, ingestione o penetrazione cutanea, possono comportare rischi per la salute di gravità limitata; H6 "Tossico": sostanze e preparati (comprese le sostanze e i preparati molto tossici) che, per inalazione, ingestione o penetrazione cutanea, possono comportare rischi per la salute gravi, acuti o cronici e anche la morte; H7 "Cancerogeno": sostanze e preparati che, per inalazione, ingestione o penetrazione cutanea, possono produrre il cancro o aumentarne la frequenza; H8 "Corrosivo": sostanze e preparati che, a contatto con tessuti vivi, possono esercitare su di essi un'azione distruttiva; H9 "Infettivo": sostanze contenenti microrganismi vitali o loro tossine, conosciute o ritenute per buoni motivi come cause di malattie nell'uomo o in altri organismi viventi; H10 "Teratogeno": sostanze e preparati che, per inalazione, ingestione o penetrazione cutanea, possono produrre malformazioni congenite non ereditarie o aumentarne la frequenza; H11 "Mutageno": sostanze e preparati che, per inalazione, ingestione o penetrazione cutanea, possono produrre difetti genetici ereditari o aumentarne la frequenza; H12 So-

stanze e preparati che, a contatto con l'acqua, l'aria o un acido, sprigionano un gas tossico o molto tossico; H13 Sostanze e preparati suscettibili, dopo eliminazione, di dare origine in qualche modo ad un'altra sostanza, ad esempio ad un prodotto di lisciviazione avente una delle caratteristiche sopra elencate; H14 "Ecotossico": sostanze e preparati che presentano o possono presentare rischi immediati o differiti per uno o più settori dell'ambiente. Note. 1. L'attribuzione delle caratteristiche di pericolo "tossico" (e "molto tossico"), "nocivo", "corrosivo" e "irritante" e' effettuata secondo i criteri stabiliti nell'allegato VI, parte I.A e parte II.B della direttiva 67/548/CEE del Consiglio, del 27 giugno 1967, concernente il ravvicinamento delle disposizioni legislative, regolamentari ed amministrative relative alla classificazione, all'imballaggio e all'etichettatura delle sostanze pericolose, nella versione modificata dalla direttiva 79/831/CEE del Consiglio. 2. Per quanto concerne l'attribuzione delle caratteristiche "cancerogeno", "teratogeno" e "mutageno" e riguardo all'attuale stato delle conoscenze, precisazioni supplementari figurano nella guida per la classificazione e l'etichettatura di cui all'allegato VI (parte II D) della direttiva 67/548/CEE, nella versione modificata dalla direttiva 83/467/CEE della Commissione. Metodi di prova. I metodi di prova sono intesi a conferire un significato specifico alle definizioni di cui all'allegato I. I metodi da utilizzare sono quelli descritti nell'allegato V della direttiva 67/548/CEE, nella versione modificata dalla direttiva 84/449/CEE della Commissione o dalle successive direttive della Commissione che adeguano al progresso tecnico la direttiva 67/548/CEE. Questi metodi sono basati sui lavori e sulle raccomandazioni degli organismi internazionali competenti, in particolare su quelli dell'OCSE.». - Il decreto del Ministro dell'ambiente 19 novembre 1997, n. 503, recante: «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' pubblicata nella Gazzetta Ufficiale - serie generale - n. 23 del 29 gennaio 1998.

Art. 11. Smaltimento dei rifiuti sanitari sterilizzati

1. I rifiuti sanitari sterilizzati: a) possono essere avviati in impianti di produzione di CDR o direttamente utilizzati come mezzo per produrre energia; b) nel rispetto delle disposizioni del decreto del Ministro dell'ambiente 19 novembre 1997, n. 503, e successive modificazioni, possono essere smaltiti in impianti di incenerimento di rifiuti urbani o in impianti di incenerimento di rifiuti speciali alle stesse condizioni economiche adottate per i rifiuti urbani;

c) qualora nella regione di produzione del rifiuto non siano presenti, in numero adeguato al fabbisogno, ne' impianti di produzione di CDR, ne' impianti che utilizzano i rifiuti sanitari sterilizzati come mezzo per produrre energia, ne' impianti di termodistruzione, previa autorizzazione del presidente della regione, possono essere sottoposti al regime giuridico dei rifiuti urbani e alle norme tecniche che disciplinano lo smaltimento in discarica per rifiuti non pericolosi. L'autorizzazione del presidente della regione ha validita' temporanea sino alla realizzazione di un numero di impianti di trattamento termico adeguato al fabbisogno regionale. Nota all'art. 11: - Per il decreto del Ministro dell'ambiente 19 novembre 1997, n. 503, si veda nelle note all'art. 10. Capo III Rifiuti da esumazione e da estumulazione, rifiuti derivanti da altre attivita' cimiteriali, esclusi i rifiuti vegetali provenienti da aree cimiteriali, e rifiuti sanitari che richiedono particolari modalita' di smaltimento.

Art. 12. Rifiuti da esumazione e da estumulazione omissis

Art. 13. Rifiuti provenienti da altre attivita' cimiteriali omissis

Art. 14. Categorie di rifiuti sanitari che richiedono particolari sistemi di gestione e smaltimento

2. I rifiuti di cui all'articolo 2, comma 1, lettera h), devono essere smaltiti in impianti di incenerimento. Nelle more del recepimento della direttiva 2000/76/CE, lo smaltimento dei chemioterapici antitumorali puo' avvenire negli impianti di incenerimento gia' autorizzati per i rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo.

3. I rifiuti di cui all'articolo 2, comma 1, lettera h), numeri 2) e 3), devono essere gestiti con le stesse modalita' dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo. 3. Le sostanze stupefacenti e le altre sostanze psicotrope di cui all'articolo 2, comma 1, lettera h), numero 4), devono essere avviate allo smaltimento in impianti di incenerimento autorizzati ai sensi del decreto legislativo 5 febbraio 1997, n. 22. Il deposito temporaneo, il trasporto e lo stoccaggio sono esclusivamente disciplinati dal decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309. Note all'art. 14: - La direttiva 2000/76/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 4 dicembre 2000 sull'incenerimento dei rifiuti e' pubblicata nella Gazzetta Ufficiale delle Comunita' europee n. L 332/91 del 28 dicembre 2000. - Il decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, recante: «Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza» e' pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 31 ottobre 1990, n. 255 (s.o.).

Art. 15. Gestione di altri rifiuti speciali

1. I rifiuti speciali, prodotti al di fuori delle strutture sanitarie, che come rischio risultano analoghi ai rifiuti pericolosi a ri-

schio infettivo, ai sensi dell'articolo 2, comma 1, lettera d), devono essere gestiti con le stesse modalità dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo. Sono esclusi gli assorbenti igienici. Capo IV Disposizioni finali

Art. 16. Abrogazioni

- A decorrere dalla data di entrata in vigore del presente regolamento sono abrogati: a) il decreto del Ministro dell'ambiente, di concerto con il Ministro della sanità, in data 26 giugno 2000, n. 219; b) l'articolo 2, comma 1-bis, della legge 16 novembre 2001, n. 405; c) l'articolo 45 del decreto legislativo 5 febbraio 1997, n. 22. Note all'art. 16: - Il decreto del Ministro dell'ambiente, di concerto con il Ministro della sanità 26 giugno 2000, n. 219, abrogato dal presente regolamento, recava: «Regolamento recante la disciplina per la gestione dei rifiuti sanitari, ai sensi dell'art. 45 del decreto legislativo 5 febbraio 1997, n. 22, ed e' pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 4 agosto 2000, n. 181. - L'art. 45 del decreto legislativo 5 febbraio 1997, n. 22, abrogato dal presente regolamento, recava: «Rifiuti sanitari». - Si riporta l'art. 2 del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347 (Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria), pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 19 settembre 2001, n. 218, e convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, legge 16 novembre 2001, n. 405 (Gazzetta Ufficiale 17 novembre 2001, n. 268), come modificato dal presente regolamento: «Art. 2 (Disposizioni in materia di spesa nel settore sanitario). - 1. Le regioni adottano le iniziative e le disposizioni necessarie affinché le aziende sanitarie ed ospedaliere, nell'acquisto di beni e servizi, aderiscano alle convenzioni stipulate ai sensi dell'art. 26 della legge 23 dicembre 1999, n. 488, e dell'art. 59 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, ovvero ad altri strumenti di contenimento della spesa sanitaria approvati dal CIPE, su parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome. Le regioni, inoltre, prevedono con legge le sanzioni da applicare nei confronti degli amministratori che non si adeguino. Le regioni, in conformità alle direttive tecniche stabilite dal Ministro per l'innovazione e le tecnologie, di concerto con i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze, adottano le opportune iniziative per favorire lo sviluppo del commercio elettronico e semplificare l'acquisto di beni e servizi in materia sanitaria. 1-bis. (Abrogato). 2. Le aziende sanitarie ed ospedaliere possono decidere, con proprio provvedimento, di non aderire alle convenzioni solo per singoli acquisti per i quali sia dimostrata la non convenienza. Tali provvedimenti sono trasmessi al collegio sindacale ed alla regione territorialmente competente per consentire l'esercizio delle funzioni di sorveglianza e di controllo. 3. Le regioni, attraverso le proprie strutture ed unità di controllo, attivano sistemi informatizzati per la raccolta di dati ed informazioni riguardan-

ti la spesa per beni e servizi, e realizzano, entro il 31 dicembre 2001, l'Osservatorio regionale dei prezzi in materia sanitaria, rendendo disponibili i relativi dati su un apposito sito internet. 4. Nel monitoraggio della spesa sanitaria relativa alle singole regioni si attribuisce separata evidenza: a) agli acquisti effettuati al di fuori delle convenzioni e per importi superiori ai prezzi di riferimento; b) alla spesa complessiva per il personale del comparto sanità, ivi compreso il personale dirigente, superiore al livello registrato nell'anno 2000, fatti salvi gli incrementi previsti dai rinnovi contrattuali. 5. (Omissis). 5-bis. Al comma 3 dell'art. 15-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono aggiunte, prima delle parole: "Sono soppressi" le seguenti: "A far data dal 1° febbraio 2002". 6. All'art. 85, comma 3, della legge 23 dicembre 2000, n. 388, sono apportate le seguenti modificazioni: a) le parole: "A decorrere dal 1° gennaio 2002" sono sostituite dalle seguenti: "Dal 1° gennaio 2003"; b) le parole: "dal 1° gennaio 2003" sono sostituite dalle seguenti: "dal 1° gennaio 2004".

Art. 17. Responsabile della struttura sanitaria e del cimitero

- Al responsabile della struttura sanitaria pubblica o privata e del cimitero e' attribuito il compito di sovrintendere alla applicazione delle disposizioni del presente regolamento, fermo restando quanto previsto dagli articoli 10 e 51 del decreto legislativo 5 febbraio 1997, n. 22, con l'osservanza degli obblighi derivanti dalle disposizioni vigenti in materia di prevenzione incendi. Note all'art. 17: - Gli articoli 10 e 51 del decreto legislativo n. 22/1997 sono i seguenti: «Art. 10 (Oneri dei produttori e dei detentori). - 1. Gli oneri relativi alle attività di smaltimento sono a carico del detentore che consegna i rifiuti ad un raccoglitore autorizzato o ad un soggetto che effettua le operazioni individuate nell'allegato B al presente decreto, e dei precedenti detentori o del produttore dei rifiuti. 2. Il produttore dei rifiuti speciali assolve i propri obblighi con le seguenti priorità: a) autosmaltimento dei rifiuti; b) conferimento dei rifiuti a terzi autorizzati ai sensi delle disposizioni vigenti; c) conferimento dei rifiuti ai soggetti che gestiscono il servizio pubblico di raccolta dei rifiuti urbani, con i quali sia stata stipulata apposita convenzione; d) esportazione dei rifiuti con le modalità previste dall'art. 16 del presente decreto. 3. La responsabilità del detentore per il corretto recupero o smaltimento dei rifiuti e' esclusa: a) in caso di conferimento dei rifiuti al servizio pubblico di raccolta; b) in caso di conferimento dei rifiuti a soggetti autorizzati alle attività di recupero o di smaltimento, a condizione che il detentore abbia ricevuto il formulario di cui all'art. 15 controfirmato e datato in arrivo dal destinatario entro tre mesi dalla data di conferimento dei rifiuti al trasportatore, ovvero alla scadenza del predetto termine abbia provveduto a dare comunicazione alla provincia della mancata ricezione del formulario. Per le spedizioni transfrontaliere di rifiuti

tale termine e' elevato a sei mesi e la comunicazione deve essere effettuata alla regione.». «Art. 51 (Attivita' di gestione di rifiuti non autorizzata). 1. Chiunque effettua una attivita' di raccolta, trasporto, recupero, smaltimento, commercio ed intermediazione di rifiuti in mancanza della prescritta autorizzazione, iscrizione o comunicazione di cui agli articoli 27, 28, 29, 30, 31, 32 e 33 e' punito: a) con la pena dell'arresto da tre mesi ad un anno o con l'ammenda da lire cinque milioni a lire cinquanta milioni se si tratta di rifiuti non pericolosi; b) con la pena dell'arresto da sei mesi a due anni e con l'ammenda da lire cinque milioni a lire cinquanta milioni se si tratta di rifiuti pericolosi. 2. Le pene di cui al comma 1 si applicano ai titolari di imprese ed ai responsabili di enti che abbandonano o depositano in modo incontrollato i rifiuti ovvero li immettono nelle acque superficiali o sotterranee in violazione del divieto di cui all'art. 14, commi 1 e 2. 3. Chiunque realizza o gestisce una discarica non autorizzata e' punito con la pena dell'arresto da sei mesi a due anni e con l'ammenda da lire cinque milioni a lire cinquanta milioni. Si applica la pena dell'arresto da uno a tre anni e dell'ammenda da lire dieci milioni a lire cento milioni se la discarica e' destinata, anche in parte, allo smaltimento di rifiuti pericolosi. Alla sentenza di condanna o alla decisione emessa ai sensi dell'art. 444 del codice di procedura penale consegue la confisca dell'area sulla quale e' realizzata la discarica abusiva se di proprieta' dell'autore o del compartecipe al reato, fatti salvi gli obblighi di bonifica o di ripristino dello stato dei luoghi. 4. Le pene di cui ai commi 1, 2 e 3 sono ridotte della meta' nelle ipotesi di inosservanza delle prescrizioni contenute o richiamate nelle autorizzazioni nonche' nelle ipotesi di inosservanza dei requisiti e delle condizioni richiesti dalle iscrizioni o comunicazioni. 5. Chiunque, in violazione del divieto di cui all'art. 9, effettua attivita' non consentite di miscelazione di rifiuti e' punito con la pena di cui al comma 1, lettera b). 6. Chiunque effettua il deposito temporaneo presso il luogo di produzione di rifiuti sanitari pericolosi, con violazione delle prescrizioni di cui all'art. 45, e' punito con la pena dell'arresto da tre mesi ad un anno o con la pena dell'ammenda da lire cinque milioni a lire cinquanta milioni. Si applica la sanzione amministrativa pecuniaria da lire cinque milioni a lire trenta milioni per i quantitativi non superiori a duecento litri. 6-

bis. Chiunque viola gli obblighi di cui agli articoli 46, commi 6-bis, 6-ter e 6-quater, 47, commi 11 e 12, e 48, comma 9, e' punito con la sanzione amministrativa pecuniaria da lire cinquecentomila a lire tre milioni. 6-ter. I soggetti di cui all'art. 48, comma 2, che non adempiono all'obbligo di partecipazione ivi previsto entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione sono puniti: a) nelle ipotesi di cui alla lettera a) del comma 2 dell'art. 48, con la sanzione amministrativa pecuniaria di lire 50 mila per tonnellata di beni in polietilene importati o prodotti ed immessi sul mercato interno; b) nelle ipotesi di cui alla lettera b) del comma 2 dell'art. 48, con la sanzione amministrativa pecuniaria di lire diecimila per tonnellata di beni in polietilene importati o prodotti ed immessi sul mercato interno; c) nelle ipotesi di cui alle lettere c) e d) del comma 2 dell'art. 48, con la sanzione amministrativa pecuniaria di lire 100 per tonnellata di rifiuti di beni in polietilene. 6-quater. Le sanzioni di cui al comma 6-ter sono ridotte della meta' nel caso di adesione effettuata entro il sessantesimo giorno dalla scadenza del termine di cui all'alinea del medesimo comma 6-ter. 6-quinquies. I soggetti di cui all'art. 48, comma 2, sono tenuti a versare un contributo annuo superiore a lire centomila. In caso di omesso versamento di tale contributo essi sono puniti: a) nelle ipotesi di cui alla lettera a) del comma 2 dell'art. 48, con la sanzione amministrativa pecuniaria di lire 50 mila per tonnellata di beni in polietilene importati o prodotti ed immessi sul mercato interno; b) nelle ipotesi di cui alla lettera b) del comma 2 dell'art. 48, con la sanzione amministrativa pecuniaria di lire 10 mila per tonnellata di beni in polietilene importati o prodotti ed immessi sul mercato interno; c) nelle ipotesi di cui alle lettere c) e d) del comma 2 dell'art. 48, con la sanzione amministrativa pecuniaria di lire 100 per tonnellata di rifiuti di beni in polietilene.».

Art. 18. Oneri finanziari 1.

- Le pubbliche amministrazioni, ivi incluse le regioni interessate, provvedono all'attuazione del presente regolamento nell'ambito delle proprie attivita' istituzionali e delle risorse di bilancio allo scopo finalizzate. Le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono ad attuare le finalita' di cui al presente decreto, secondo quanto previsto dallo statuto speciale e dalle relative norme di attuazione. Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sara' inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana

TIPOLOGIE DI RIFIUTI SANITARI E LORO CLASSIFICAZIONE

(elenco esemplificativo)

Composizione	Tipo rifiuto	Regime giuridico
1. Rifiuti a rischio infettivo di cui all'art. 2, comma 1, lettera d) C.E.R. 1801030 o 180202	Assorbenti igienici, pannolini pediatrici e pannoloni	Pericolosi a rischio infettivo
	Bastoncini cotonati per colposcopia e pap-test	
	Bastoncini oculari non sterili	
	Bastoncini oftalmici di TNT	
	Cannule e drenaggi	
	Cateteri (vescicali, venosi, arteriosi per drenaggi pleurici, ecc.) raccordi, sonde	
	Circuiti per circolazione extracorporea	
	Cuvette monouso per prelievo biptico endometriale	
	Deflussori	
	Fleboclisi contaminate	
	Filtri di dialisi. Filtri esausti provenienti da cappe (in assenza di rischio chimico)	
	Guanti monouso	
	Materiale monouso: vials, pipette, provette, indumenti protettivi mascherine, occhiali, telini, lenzuola, calzari, seridrape, soprascarpe, camici	

Materiale per medicazione (garze, tamponi, bende, cerotti, lunghette, maglie tubolari)	
Sacche (per trasfusioni, urina stomia, nutrizione parenterale)	
Set di infusione	
Sonde rettali e gastriche	
Sondini (nasografici per broncoaspirazione, per ossigenoterapia, ecc.)	
Spazzole, cateteri per prelievo citologico	
Speculum auricolare monouso	
Speculum vaginale	
Suturatrici automatiche monouso	
Gessi o bendaggi	
Denti e piccole parti anatomiche non riconoscibili	
Lettiere per animali da esperimento	
Contenitori vuoti	
Contenitori vuoti di vaccini ad antigene vivo	
Rifiuti di gabinetti dentistici	
Rifiuti di ristorazione	
Spazzatura	

1-bis Rifiuti provenienti dallo svolgimento di attività di ricerca e di diagnostica battereologica C.E.R. 180103 o 180202	 Piastre, terreni di colture ed altri presidi utilizzati in microbiologia e contaminati da agenti patogeni	 Pericolosi a rischio infettivo

2. Rifiuti taglienti C.E.R. 180103 o 180202	Aghi, siringhe, lame, vetri, lancette pungidito, venflon, testine, rasoi e bisturi monouso	 Pericolosi a rischio infettivo

2-bis Rifiuti taglienti inutilizzati C.E.R. 180101 o 180201	Aghi, siringhe, lame, rasoi	 Non pericolosi

3. Organi e parti anatomiche non riconoscibili - Piccoli animali da esperimento C.E.R. 180103 o 180202	Tessuti, organi e parti anatomiche non riconoscibili. Sezioni di animali da esperimento	Rifiuti sanitari che richiedono particolari sistemi di gestione. Pericolosi a rischio infettivo

4. Contenitori vuoti, in base al materiale costitutivo dell'imballaggio va assegnato un codice C.E.R. della categoria 1501: 150101 - 150102 - 150103 - 150104 - 150105 - 150106 - 150107 - 150109	Contenitori vuoti di farmaci, di farmaci veterinari, dei prodotti ad azione disinfettante, di medicinali veterinari prefabbricati, di premiscele per alimenti medicamentosi, di vaccini ad antigene spento, di alimenti e di bevande, di soluzioni per infusione	 Assimilati agli urbani se conformi alle caratteristiche di cui all'art. 5 del presente regolamento

5. Farmaci scaduti o inutilizzabili C.E.R. 180109 o 180208	Farmaci scaduti o di scarto, esclusi i medicinali citotossici e citostatici	Rifiuti sanitari che richiedono particolari sistemi di gestione. Non Pericolosi

6. Sostanze chimiche di scarto C.E.R. 180107 o 180206	Sostanze chimiche di scarto, dal settore sanitario e veterinario o da attività di ricerca collegate, non pericolose o non contenenti sostanze pericolose ai sensi dell'art. 1 della decisione Europea 2001/118/CE	 Non Pericolosi

Allegato II
(art. 2, comma 1, lettera a))

RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI NON A RISCHIO INFETTIVO
(elenco esemplificativo)

Denominazione	C.E.R.
Rifiuti sanitari che richiedono particolari sistemi di gestione. Medicinali citotossici e citostatici dal settore sanitario o da attivita' di ricerca collegate....	180108
Rifiuti sanitari che richiedono particolari sistemi di gestione. Medicinali citotossici e citostatici dal settore veterinario o da attivita' di ricerca collegate....	180207
Sostanze chimiche di scarto, dal settore sanitario o da attivita' di ricerca collegate, pericolose o contenenti sostanze pericolose ai sensi dell'art. 1 della decisione Europea 2001/118/CE....	180106
Sostanze chimiche di scarto, dal settore veterinario o da attivita' di ricerca collegate, pericolose o contenenti sostanze pericolose ai sensi dell'art. 1 della decisione Europea 2001/118/CE....	180205
Rifiuti di amalgama prodotti da interventi odontoiatrici....	180110
Oli per circuiti idraulici contenenti PCB....	130101
Oli minerali per circuiti idraulici, clorurati....	130109
Oli minerali per circuiti idraulici, non clorurati....	130110
Oli sintetici per circuiti idraulici....	130111
Oli per circuiti idraulici, facilmente biodegradabili....	130112
Altri oli per circuiti idraulici....	130113
Soluzioni fissative....	090104
Soluzioni di sviluppo e attivanti a base acquosa....	090101
Materiali isolanti contenenti amianto....	170601
Lampade fluorescenti....	200121
Batterie al piombo....	160601
Batterie al nichel-cadmio....	160602
Batterie contenenti mercurio....	160603

Allegato III
(art. 2, comma 1, lettera m))

**CONVALIDA E VERIFICA DELL'EFFICACIA DELL'IMPIANTO
E DEL PROCESSO DI STERILIZZAZIONE**

1. La convalida dell'impianto di sterilizzazione deve essere effettuata secondo i criteri e i parametri previsti nella norma UNI 10384/94 Parte I e successive modifiche ed integrazioni.

2. L'efficacia dell'impianto e del processo di sterilizzazione nel corso della gestione ordinaria devono essere verificate con cadenza trimestrale e comunque non oltre i 100 cicli di utilizzo dell'impianto, ove lo stesso abbia un elevato ritmo di utilizzo, mediante l'impiego di bioindicatori adeguati al processo di sterilizzazione usato. Il numero di bioindicatori dovrà essere almeno 1 ogni 200 litri di volume utile di camera della sterilizzazione, con un minimo di tre. Tali bioindicatori dovranno essere conformi alle norme CEN serie 866. I suddetti controlli devono essere effettuati sotto il controllo del responsabile sanitario e nel caso di impianti esterni alla struttura sanitaria sotto il controllo del responsabile tecnico. La documentazione relativa alla registrazione dei parametri di funzionamento dell'impianto deve essere conservata per almeno cinque anni ed esibita su richiesta delle competenti autorità'.

Il gruppo di medici di famiglia bergamaschi, che per suggerimento di un loro compianto collega, Walter Baraldi, misero a disposizione certe loro competenze mutualistiche per iniziative intese a valorizzare la professione medica

bandisce

IL PREMIO LETTERARIO NAZIONALE DI NARRATIVA:

"Un medico che scrive"

6° edizione

con il Patrocinio dell'Ordine dei Medici di Bergamo e della Associazione Medici Scrittori Italiani (A.M.S.I.).

(Informazioni: Dr. Valentino Venturi – Via Milazzo, 14 – BG - tel.035/240553)

Publicata sul BUR n. 26 /01 luglio 03

Autorizzazione alla costruzione, modificazione e all'esercizio delle strutture sanitarie

Sul Bollettino Ufficiale della Regione Trentino Alto Adige Südtirol n. 26 di data 1 luglio 2003 sono stati pubblicati i criteri di verifica dei requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni sanitarie.

A partire dal 1 luglio 2003 tutte le strutture ambulatoriali private attualmente in esercizio dovranno presentare domanda di nuova autorizzazione al comune territorialmente competente entro il 29 dicembre 2003. Le rimanenti strutture sanitarie e/o socio sanitarie, già in esercizio, dovranno presentare analoga istanza, entro il medesimo termine, al Servizio Attività di Gestione Sanitaria della Provincia Autonoma di Trento.

L'**autorizzazione** delle strutture sanitarie e/o socio sanitarie è il provvedimento mediante il quale la Pubblica Amministrazione legittima in ragione dell'accertata presenza di specifici requisiti previsti dalla normativa, una struttura pubblica o privata alla apertura e all'esercizio in essa di attività sanitarie e/o socio sanitarie.

L'**autorizzazione** è necessaria per:

- la costruzione di nuove strutture sanitarie e/o socio sanitarie o la modificazione di quelle esistenti;
- l'esercizio di attività sanitaria e/o socio sanitaria.

Nelle pagine seguenti viene riportato il testo del BUR n. 26 di data 1 luglio 2003.

I modelli di domanda **per il rilascio dell'autorizzazione** alla costruzione di nuove strutture, per la modificazione di quelle esistenti e di autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria e socio sanitaria (artt. 4 e 5 Regolamento di esecuzione dell'art. 43 della l.p. 3/98) e le istruzioni per la loro compilazione sono disponibili online in versione Word e Acrobat al sito di Trentinosanità http://www.trentinosalute.net/context_auto_acc01.asp?ID_LINK=243&area=76

[BO39030133186|S020|]

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA PROVINCIA

13 agosto 2003, n. 22-143/Leg.

(Registrato alla Corte dei Conti il 16.9.2003, registro 1, foglio 10)

Modificazioni del decreto del Presidente della Giunta provinciale 27 novembre 2000, n. 30-48/Leg. recante: «Disciplina in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private ai sensi dell'art. 43 della legge provinciale 23 febbraio 1998, n. 3»

IL PRESIDENTE

- visto l'art. 53 del decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1972, n. 670, recante "Approvazione del testo unico delle leggi costituzionali concernenti lo Statuto speciale per il Trentino-Alto Adige", ai sensi del quale il Presidente della Giunta provinciale emana, con proprio decreto, i regolamenti deliberati dalla Giunta;

- visto l'art. 54, comma 1, punto 1, del medesimo decreto del Presidente della Repubblica, secondo il quale alla Giunta provinciale spetta la deliberazione dei regolamenti per la esecuzione delle leggi approvate dal Consiglio provinciale;
- visto l'articolo 43, della legge provinciale 23 febbraio 1998, n. 3, a mente del quale e per i fini di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.:
 - i requisiti minimi delle strutture sanitarie pubbliche e private sono stabiliti con apposito regolamento di esecuzione;
 - con regolamento di esecuzione sono disciplinate le modalità per la concessione dell'accreditamento, per l'effettuazione di controlli periodici sul possesso dei requisiti e per l'eventuale revoca dell'accreditamento concesso.
- visto il decreto del Presidente della Giunta provinciale 27 novembre 2000 n. 30-48/Leg. (Disciplina in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private ai sensi dell'art. 43 della legge provinciale 23 febbraio 1998, n. 3);
- vista la deliberazione della Giunta provinciale n. 1943 di data 11 agosto 2003, con la quale è stato approvato lo schema di regolamento concernente: "Modificazioni al decreto del Presidente della Giunta provinciale 27 novembre 2000, n. 30-48/Leg. recante: "Disciplina in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private ai sensi dell'art. 43 della legge provinciale 23 febbraio 1998, n. 3";

emana

il seguente regolamento

Art. 1

Modificazione dell'articolo 18 del decreto del Presidente della Giunta provinciale 27 novembre 2000, n. 30-48/Leg.

1. Nell'articolo 18 del decreto del Presidente della Giunta provinciale 27 novembre 2000, n. 30-48/Leg. il comma 1 è sostituito dal seguente:

"1. Ferma restando l'immediata applicazione dei requisiti minimi in caso di costruzione di nuove strutture e di modificazione di quelle esistenti, in sede di prima applicazione del presente regolamento le strutture pubbliche in esercizio e le strutture private autorizzate ai sensi della vigente normativa devono essere adeguate ai requisiti minimi di cui al presente regolamento entro tre anni dalla data di pubblicazione della deliberazione della Giunta provinciale di approvazione dei criteri di verifica del possesso dei requisiti medesimi."

Art. 2

Modificazione della Parte prima dell'allegato al decreto del Presidente della Giunta provinciale 27 novembre 2000, n. 30-48/Leg.

1. All'allegato al decreto del Presidente della Giunta provinciale 27 novembre 2000 n. 30-48/Leg., nella Parte prima, dopo il numero 3.7.2, sono inseriti i seguenti:

"3.8. Ambulatorio chirurgico

Per ambulatorio chirurgico (o ambulatorio per interventi chirurgici) si intende la struttura intra od extraospedaliera nella quale sono eseguite prestazioni di chirurgia ambulatoriale ovvero procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive o semi-invasive, nelle situazioni che non richiedono ricovero ordinario o a ciclo diurno; tali procedure possono essere eseguite in anestesia locale o loco-regionale e non necessitano di un'osservazione post-operatoria prolungata.

3.8.1. Requisiti minimi strutturali

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate.

La dotazione minima di ambienti per l'ambulatorio chirurgico, oltre a quanto previsto per l'assistenza specialistica ambulatoriale, è la seguente:

- locale/spazio per la sosta del paziente al termine della prestazione chirurgica;
- locale/spazio spogliatoio per il personale;

- locale/spazio per la preparazione del personale alla prestazione chirurgica;
- uno o più locali/spazi per il lavaggio, la disinfezione, il confezionamento e la sterilizzazione dello strumentario chirurgico e degli altri presidi utilizzati;
- armadi per il deposito del materiale sterile e dello strumentario chirurgico.

Nei locali ove si svolgono attività sanitarie i pavimenti e le pareti fino ad una altezza di due metri devono essere lavabili e disinfettabili.

3.8.2. *Requisiti minimi impiantistici e tecnologici*

La dotazione minima impiantistica e tecnologica per l'ambulatorio chirurgico, oltre a quanto previsto per l'assistenza specialistica ambulatoriale, è la seguente:

- lettino tecnico o tavolo operatorio;
- lampada scialitica o altro sistema di illuminazione del campo operatorio;
- apparecchiature per il lavaggio, il confezionamento, la disinfezione e la sterilizzazione dello strumentario chirurgico e degli altri presidi utilizzati.

3.8.3. *Requisiti minimi organizzativi*

In ogni ambulatorio chirurgico, oltre a quanto previsto per l'assistenza specialistica ambulatoriale, sono formalizzate e applicate le seguenti procedure (cartacee o informatizzate) riguardanti:

- il consenso informato;
- l'esecuzione delle procedure chirurgiche maggiormente invasive o rischiose;
- la gestione delle emergenze;
- la compilazione del registro chirurgico ambulatoriale;
- il lavaggio, il confezionamento, la disinfezione e la sterilizzazione dello strumentario chirurgico e degli altri presidi utilizzati;
- la prevenzione del rischio infettivo per i pazienti e il personale.

3.9. **Ambulatorio odontoiatrico**

Per ambulatorio odontoiatrico si intende la struttura intra od extraospedaliera nella quale sono eseguite prestazioni odontoiatriche.

3.9.1. *Requisiti minimi strutturali*

Le dimensioni dei locali e degli spazi dell'ambulatorio odontoiatrico devono essere adeguate alla tipologia e al volume delle attività svolte.

La dotazione minima di ambienti per l'ambulatorio odontoiatrico, oltre a quanto previsto per l'assistenza specialistica ambulatoriale, è la seguente:

- un locale/spazio spogliatoio per il personale;
- un locale/spazio per la preparazione del personale alla prestazione odontoiatrica;
- un locale per l'esecuzione delle prestazioni odontoiatriche, che garantisca il rispetto della privacy dell'utente;
- uno o più locali/spazi per il lavaggio, la disinfezione, il confezionamento e la sterilizzazione dello strumentario e degli altri presidi utilizzati.

Nei locali ove si svolgono attività sanitarie i pavimenti e le pareti fino ad una altezza di due metri devono essere lavabili e disinfettabili.

3.9.2. *Requisiti minimi impiantistici e tecnologici*

L'ambulatorio odontoiatrico deve disporre di attrezzature, presidi medico-chirurgici e arredi in relazione alle specifiche attività svolte.

3.9.3. *Requisiti minimi organizzativi*

Oltre a quanto previsto per l'assistenza specialistica ambulatoriale, in ogni ambulatorio odontoiatrico sono formalizzate ed applicate le seguenti procedure riguardanti:

- il consenso informato;
- l'esecuzione delle prestazioni odontoiatriche maggiormente invasive o rischiose;
- la gestione delle emergenze;
- la compilazione della scheda ambulatoriale;
- il lavaggio, il confezionamento, la disinfezione e la sterilizzazione dello strumentario e degli altri presidi utilizzati;
- la prevenzione del rischio infettivo per i pazienti e il personale.

3.10. Centro dialisi

I centri dialisi sono strutture ambulatoriali finalizzate ad erogare i trattamenti sostitutivi ai pazienti affetti da insufficienza renale in fase uremica.

I centri dialisi possono essere collocati in ambito sia ospedaliero che extraospedaliero.

Le tipologie dei centri dialisi sono le seguenti:

- *Centri Dialisi di Riferimento*, ad elevata assistenza, annessi ad unità operative ospedaliere di nefrologia;
- *Centri Periferici ad Assistenza Limitata*, situati presso strutture ospedaliere ovvero presso strutture poliambulatoriali, funzionalmente aggregati ad un centro di riferimento ed afferenti alla responsabilità organizzativa e gestionale del medesimo centro di riferimento;
- *Centri Dialisi Ambulatoriali*.

3.10.1. *CENTRO DI RIFERIMENTO (CDR)*

3.10.1.1. *Requisiti minimi strutturali del Cdr*

Il Cdr deve essere collocato in modo tale da consentire un facile accesso dei pazienti e dei mezzi di soccorso e di trasporto.

I locali e gli spazi devono essere correlati, per numero e dimensioni, alla tipologia e al volume delle attività erogate e devono prevedere almeno la seguente dotazione minima:

- locale/i per lo svolgimento delle terapie dialitiche con annessi spogliatoi e servizi igienici per i pazienti distinti da quelli per il personale;
- locale per visite e medicazioni;
- spazio di lavoro per il personale di assistenza;
- locale magazzino per lo stoccaggio del materiale per dialisi;
- locale per il deposito delle apparecchiature di riserva e gli interventi di manutenzione;
- locale per l'allocazione dell'impianto di preparazione dell'acqua e stoccaggio disinfettanti chimici;
- locale e attrezzature per il trattamento dialitico di pazienti affetti da patologie altamente infettive (HbsAg pos., HIV etc.);
- locale/spazi per l'effettuazione della dialisi peritoneale;
- locale/spazi per l'addestramento dei pazienti alla dialisi domiciliare;
- uno o più locali/spazi per il lavaggio, la disinfezione e la sterilizzazione delle apparecchiature e dei presidi utilizzati;
- locale/spazi per il deposito del materiale sporco.

Nei locali ove si svolgono attività sanitarie i pavimenti e le pareti fino ad una altezza di due metri devono essere lavabili e disinfettabili.

In sala dialisi deve essere consentito:

- il passaggio agevole di un carrello medicazione;
- l'assistenza al paziente su 3 lati;
- il monitoraggio costante dei pazienti da parte del personale infermieristico.

3.10.1.2. Requisiti minimi impiantistici del CdR

Presso il CdR devono essere assicurate:

- temperatura interna invernale e estiva compresa tra 20-24 gradi C;
- umidità relativa estiva e invernale 40-60%;
- efficaci condizioni di illuminazione e di ventilazione;
- continuità elettrica;
- adeguato trattamento dell'acqua per la dialisi mediante osmosi inversa o biosmosi o mediante demineralizzatori;
- possibilità di sterilizzazione chimica e/o termica dell'impianto di distribuzione dell'acqua.

3.10.1.3. Requisiti minimi tecnologici del CdR

Il CdR dispone di attrezzature e di presidi medico-chirurgici in relazione ai volumi ed alle tipologie delle prestazioni erogate. La dotazione minima deve prevedere:

- sistema pesa paziente per ogni posto dialisi;
- preparatore singolo automatico per ogni posto dialisi (monitor per dialisi) con controllo automatico dell'ultrafiltrato, più un numero di monitor per dialisi di riserva pari ad almeno 1/3 dei posti letto;
- monitor-defibrillatore;
- carrello con farmaci e presidi per la gestione dell'emergenza;
- frigorifero a temperatura controllata per la conservazione di farmaci;
- strumentazioni tecniche e presidi per il trattamento del paziente acuto;
- attrezzature dedicate al trattamento dialitico di pazienti portatori di patologie trasmissibili per via parenterale;
- attrezzature per dialisi peritoneale;
- apparecchiature per l'effettuazione della dialisi domiciliare.

3.10.1.4. Requisiti minimi organizzativi del CdR

Presso il CdR devono sussistere i seguenti requisiti minimi organizzativi:

- presenza di 2 infermieri per i primi 6 pazienti presenti nella seduta dialitica, ed uno aggiuntivo per ogni ulteriori 3 pazienti presenti;
- addestramento del personale infermieristico su tutte le metodiche dialitiche disponibili nel servizio;
- formazione del personale sulle problematiche riguardanti le principali patologie infettive correlate;
- presenza del servizio attivo o pronta disponibilità medica ed infermieristica nelle 24 ore per l'esecuzione di trattamenti dialitici d'urgenza;
- presenza di personale medico di nefrologia durante le sedute dialitiche;
- addestramento ed aggiornamento periodico del personale medico ed infermieristico, compreso quello da avviare alle strutture decentrate ad assistenza limitata (CAL);
- addestramento dei pazienti domiciliari;
- effettuazione degli accertamenti sierologici sui pazienti e della profilassi delle infezioni virali;
- effettuazione di analisi periodiche, chimiche e batteriologiche, per garantire le caratteristiche di qualità dell'acqua deionizzata e del liquido di dialisi;
- supporto alle attività di trapianto renale.

Presso il CdR sono formalizzate e applicate le seguenti procedure riguardanti:

- la selezione del paziente al trattamento dialitico;
- la raccolta del consenso informato del paziente;
- la predisposizione del piano di trattamento per ciascun paziente;
- la redazione per ciascun paziente di una scheda dialitica;
- la corretta esecuzione di tutte le prestazioni dialitiche effettuabili nel centro;
- il lavaggio, la disinfezione e la sterilizzazione delle apparecchiature e dei presidi utilizzati;
- la gestione delle eventuali situazioni di urgenza-emergenza;
- l'effettuazione tempestiva degli accertamenti di laboratorio per il monitoraggio e la gestione delle urgenze;
- la corretta conservazione dei farmaci e del materiale utilizzato.

3.10.2. CENTRO AD ASSISTENZA LIMITATA (CAL)

3.10.2.1. Requisiti minimi strutturali del CAL

Il CAL deve essere collocato in modo tale da consentire un facile accesso dei pazienti e dei mezzi di soccorso e di trasporto.

I locali e gli spazi devono essere correlati, per numero e dimensioni, alla tipologia e al volume delle attività erogate, e devono prevedere almeno la seguente dotazione minima:

- locale/i per lo svolgimento delle terapie dialitiche con annessi spogliatoi e servizi igienici per i pazienti distinti da quelli per il personale;
- locale per visite e medicazioni;
- spazio di lavoro per il personale di assistenza;
- locale magazzino per lo stoccaggio del materiale per dialisi;
- locale per il deposito delle apparecchiature di riserva e gli interventi di manutenzione;
- locale per l'allocazione dell'impianto di preparazione dell'acqua e stoccaggio disinfettanti chimici;
- uno o più locali/spazi per il lavaggio, la disinfezione e la sterilizzazione delle apparecchiature e dei presidi utilizzati;
- locale/spazi per il deposito del materiale sporco.

Nei locali ove si svolgono attività sanitarie i pavimenti e le pareti fino ad una altezza di due metri devono essere lavabili e disinfettabili.

In sala dialisi deve essere consentito:

- il passaggio agevole di un carrello medicazione;
- l'assistenza al paziente su 3 lati;
- il monitoraggio costante dei pazienti da parte del personale infermieristico.

3.10.2.2. Requisiti minimi impiantistici del CAL

Presso il CAL devono essere assicurate:

- temperatura interna invernale e estiva compresa tra 20-24 gradi C;
- umidità relativa estiva e invernale 40-60%;
- efficaci condizioni di illuminazione e di ventilazione;
- continuità elettrica;
- adeguato trattamento dell'acqua per la dialisi mediante osmosi inversa o biosmosi o mediante demineralizzatori;
- possibilità di sterilizzazione chimica e/o termica dell'impianto di distribuzione dell'acqua.

3.10.2.3. Requisiti minimi tecnologici del CAL

Il CAL dispone di attrezzature e di presidi medico chirurgici in relazione ai volumi ed alle tipologie delle prestazioni erogate. La dotazione minima deve prevedere:

- sistema pesa paziente per ogni posto dialisi;
- preparatore singolo automatico per ogni posto dialisi (monitor per dialisi) con controllo automatico dell'ultrafiltrato, più un numero di monitor per dialisi di riserva pari ad almeno 1/4 dei posti letto;
- monitor-defibrillatore;
- carrello con farmaci e presidi per la gestione dell'emergenza;
- frigorifero a temperatura controllata per la conservazione di farmaci;
- apparecchiature per esami di laboratorio semplici (emocromo, emogasanalisi, elettroliti), ad esclusione dei centri situati in ambito ospedaliero.

3.10.2.4. Requisiti minimi organizzativi del CAL

Presso il CAL devono sussistere i seguenti requisiti minimi organizzativi:

- presenza di 2 infermieri per i primi 6 pazienti presenti nella seduta dialitica, ed uno aggiuntivo per ogni ulteriori 3 pazienti presenti;
- addestramento del personale infermieristico su tutte le metodiche dialitiche disponibili nel servizio;
- formazione del personale sulle problematiche riguardanti le principali patologie infettive correlate;

- supervisione garantita dal centro di riferimento;
- presenza di personale medico nefrologo - messo a disposizione dal centro di riferimento - in funzione dei volumi e della tipologia di attività erogata;
- collegamento telefonico con il centro di riferimento;
- procedure concordate con i centri di riferimento per le eventuali necessità di trasferimento-presenza in carico di pazienti in funzione della variazione del quadro clinico o di urgenze cliniche, tecniche od organizzative;
- assistenza tecnica per le apparecchiature tramite il centro di riferimento o con rapporto contrattuale presso struttura esterna;
- effettuazione degli accertamenti sierologici sui pazienti e della profilassi delle infezioni virali;
- effettuazione di analisi periodiche, chimiche e batteriologiche, per garantire le caratteristiche di qualità dell'acqua deionizzata e del liquido di dialisi;
- funzionamento per almeno 3 giorni/settimana, con modalità organizzative atte a salvaguardare le esigenze di programmazione dei trattamenti dialitici.

Presso il CAL sono formalizzate e applicate le seguenti procedure riguardanti:

- la selezione del paziente al trattamento dialitico;
- la raccolta del consenso informato del paziente;
- la predisposizione del piano di trattamento per ciascun paziente;
- la redazione per ciascun paziente di una scheda dialitica;
- la corretta esecuzione di tutte le prestazioni dialitiche effettuabili nel centro;
- il lavaggio, la disinfezione e la sterilizzazione delle apparecchiature e dei presidi utilizzati;
- la gestione delle eventuali situazioni di urgenza-emergenza, incluso il trasferimento del paziente in struttura di ricovero in caso di necessità;
- l'effettuazione tempestiva degli accertamenti di laboratorio per il monitoraggio e la gestione delle urgenze;
- la corretta conservazione dei farmaci e del materiale utilizzato.

3.10.3. CENTRO DIALISI AMBULATORIALE (CDA)

3.10.3.1. Requisiti minimi strutturali del CDA

Il CDA deve essere collocato in modo tale da consentire un facile accesso dei pazienti e dei mezzi di soccorso e di trasporto.

I locali e gli spazi devono essere correlati, per numero e dimensioni, alla tipologia e al volume delle attività erogate, e devono prevedere almeno la seguente dotazione minima:

- locale/i per lo svolgimento delle terapie dialitiche con annessi spogliatoi e servizi igienici per i pazienti distinti da quelli per il personale;
- locale per visite e medicazioni;
- spazio di lavoro per il personale di assistenza;
- locale magazzino per lo stoccaggio del materiale per dialisi;
- locale per il deposito delle apparecchiature di riserva e gli interventi di manutenzione;
- locale per l'allocatione dell'impianto di preparazione dell'acqua e stoccaggio disinfettanti chimici;
- uno o più locali/spazi per il lavaggio, la disinfezione e la sterilizzazione delle apparecchiature e dei presidi utilizzati;
- locale/spazi per il deposito del materiale sporco.

Nei locali ove si svolgono attività sanitarie i pavimenti e le pareti fino ad una altezza di due metri devono essere lavabili e disinfettabili.

In sala dialisi deve essere consentito:

- il passaggio agevole di un carrello medicazione;
- l'assistenza al paziente su 3 lati;
- il monitoraggio costante dei pazienti da parte del personale infermieristico.

3.10.3.2. Requisiti minimi impiantistici del CDA

Presso il CDA devono essere assicurate:

- temperatura interna invernale e estiva compresa tra 20-24 gradi C;
- umidità relativa estiva e invernale 40-60%;
- efficaci condizioni di illuminazione e di ventilazione;

- continuità elettrica;
- adeguato trattamento dell'acqua per la dialisi mediante osmosi inversa o biosmosi o mediante demineralizzatori;
- possibilità di sterilizzazione chimica e/o termica dell'impianto di distribuzione dell'acqua.

3.10.3.3. Requisiti minimi tecnologici del CDA

Il CDA dispone di attrezzature e presidi medico chirurgici in relazione ai volumi ed alle tipologie delle prestazioni erogate. La dotazione minima deve prevedere:

- sistema pesa paziente per ogni posto dialisi;
- preparatore singolo automatico per ogni posto dialisi (monitor per dialisi) con controllo automatico dell'ultrafiltrato, più un numero di monitor per dialisi di riserva pari ad almeno 1/4 dei posti letto;
- monitor-defibrillatore;
- carrello con farmaci e presidi per la gestione dell'emergenza;
- frigorifero a temperatura controllata per la conservazione di farmaci;
- apparecchiature per esami di laboratorio semplici (emocromo, emogasanalisi, elettroliti), ad esclusione dei centri situati in ambito ospedaliero.

3.10.3.4. Requisiti minimi organizzativi del CDA

Presso il CDA devono sussistere i seguenti requisiti minimi organizzativi:

- presenza di 2 infermieri per i primi 6 pazienti presenti nella seduta dialitica, ed uno aggiuntivo per ogni ulteriori 3 pazienti presenti;
- addestramento del personale infermieristico su tutte le metodiche dialitiche disponibili nel servizio;
- formazione del personale sulle problematiche riguardanti le principali patologie infettive correlate;
- direttore del centro, in possesso di specializzazione in nefrologia o disciplina equipollente;
- presenza continua, durante i turni di dialisi, di personale medico specialista in nefrologia, o disciplina equipollente, ovvero con documentata esperienza almeno triennale in servizi di nefrologia/dialisi;
- effettuazione degli accertamenti sierologici sui pazienti e della profilassi delle infezioni virali;
- effettuazione di analisi periodiche, chimiche e batteriologiche, per garantire le caratteristiche di qualità dell'acqua deionizzata e del liquido di dialisi;
- funzionamento per almeno 3 giorni/settimana, con modalità organizzative atte a salvaguardare le esigenze di programmazione dei trattamenti dialitici.

Presso il CDA sono formalizzate e applicate le seguenti procedure riguardanti:

- la selezione del paziente al trattamento dialitico;
- la raccolta del consenso informato del paziente;
- la predisposizione del piano di trattamento per ciascun paziente;
- la redazione per ciascun paziente di una scheda dialitica;
- la corretta esecuzione di tutte le prestazioni dialitiche effettuabili nel centro;
- il lavaggio, la disinfezione e la sterilizzazione delle apparecchiature e dei presidi utilizzati;
- la gestione delle eventuali situazioni di urgenza-emergenza, incluso il trasferimento del paziente in struttura di ricovero in caso di necessità;
- l'effettuazione tempestiva degli accertamenti di laboratorio per il monitoraggio e la gestione delle urgenze;
- la corretta conservazione dei farmaci e del materiale utilizzato."

Art. 3

*Aggiunta della Parte quarta nell'allegato al decreto del Presidente della Giunta provinciale
27 novembre 2000, n. 30-48/Leg.*

1. Nell'allegato al decreto del Presidente della Giunta provinciale 27 novembre 2000, n. 30-48/Leg., dopo la Parte terza, è aggiunta la seguente:

"PARTE QUARTA

- 1. Requisiti minimi, strutturali, tecnologici e organizzativi per studi odontoiatrici, studi medici e di altre professioni sanitarie soggetti ad autorizzazione sanitaria.**

1.1. STUDIO ODONTOIATRICO

Per studio odontoiatrico si intende la struttura extraospedaliera attrezzata per erogare prestazioni odontoiatriche.

1.1.1. Requisiti minimi strutturali ed impiantistici

Lo studio odontoiatrico deve possedere i requisiti previsti dalle normative vigenti, in particolare per quanto attiene a:

- protezione antisismica;
- protezione antincendio;
- protezione acustica;
- sicurezza elettrica e continuità elettrica;
- sicurezza anti-infortunistica e igiene dei luoghi di lavoro;
- protezione delle radiazioni ionizzanti;
- eliminazione delle barriere architettoniche;
- smaltimento dei rifiuti;
- condizioni microclimatiche;
- impianti di distribuzione dei gas e materiali esplosivi.

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate.

La dotazione minima degli ambienti è la seguente:

- un locale per l'accettazione, le attività amministrative e l'attesa;
- un locale per l'esecuzione delle prestazioni odontoiatriche, che garantisca il rispetto della privacy dell'utente;
- un servizio igienico;
- un locale/spazio spogliatoio per il personale;
- un locale/spazio per la preparazione del personale alla prestazione odontoiatrica;
- un locale/spazio per il deposito del materiale sporco;
- uno o più locali/spazi per il lavaggio, la disinfezione, il confezionamento e la sterilizzazione dello strumentario e degli altri presidi utilizzati;
- un locale/spazio per il deposito del materiale pulito.

In tutti i locali dello studio odontoiatrico devono essere assicurate efficaci condizioni di illuminazione e di ventilazione.

Nei locali ove si svolgono attività sanitarie i pavimenti e le pareti fino ad una altezza di due metri devono essere lavabili e disinfettabili.

1.1.2. Requisiti minimi tecnologici

Lo studio odontoiatrico deve disporre di attrezzature, presidi medico-chirurgici e arredi in relazione alle specifiche attività svolte. Deve inoltre disporre di un kit per la gestione delle emergenze.

1.1.3. Requisiti minimi organizzativi

Lo studio odontoiatrico predisporre materiale informativo a disposizione dell'utenza che specifichi la tipologia delle prestazioni erogate, i professionisti responsabili, gli orari di apertura e le modalità di accesso.

Presso lo studio odontoiatrico è formalizzato e applicato un piano per la manutenzione ordinaria e straordinaria di ciascuna apparecchiatura biomedica utilizzata.

Presso lo studio odontoiatrico sono formalizzate e applicate le seguenti procedure riguardanti:

- il consenso informato;
- l'esecuzione delle prestazioni odontoiatriche maggiormente invasive o rischiose;
- la gestione delle emergenze;
- la registrazione delle prestazioni effettuate;
- la conservazione delle registrazioni cliniche;
- la gestione dei farmaci e degli altri presidi soggetti a scadenza;
- il lavaggio, il confezionamento, la disinfezione e la sterilizzazione dello strumentario e degli altri presidi utilizzati e per il controllo di tali processi;
- la prevenzione del rischio infettivo per i pazienti e il personale.

Non è prescritta la nomina del Direttore sanitario.

1.2. STUDIO MEDICO E DI ALTRE PROFESSIONI SANITARIE SOGGETTO AD AUTORIZZAZIONE

Per studio medico e di altre professioni sanitarie, soggetto ad autorizzazione, si intende la struttura o il luogo fisico extraospedaliero attrezzato per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o comunque attività che comportino un rischio per la sicurezza del paziente.

1.2.1. *Requisiti minimi strutturali ed impiantistici*

Lo studio medico e di altre professioni sanitarie deve possedere i requisiti previsti dalle normative vigenti, in particolare per quanto attiene a:

- protezione antisismica;
- protezione antincendio;
- protezione acustica;
- sicurezza elettrica e continuità elettrica;
- sicurezza anti-infortunistica e igiene dei luoghi di lavoro;
- protezione delle radiazioni ionizzanti;
- eliminazione delle barriere architettoniche;
- smaltimento dei rifiuti;
- condizioni microclimatiche;
- impianti di distribuzione dei gas e materiali esplosivi.

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate.

La dotazione minima degli ambienti è la seguente:

- uno o più locali/spazi per l'attesa, l'accettazione e le attività amministrative;
- un servizio igienico;
- un locale/spazio spogliatoio per il personale;
- un locale/spazio per la preparazione del personale alla prestazione sanitaria;
- un locale per l'esecuzione delle prestazioni sanitarie, che garantisca il rispetto della privacy dell'utente;
- un locale/spazio per il deposito del materiale sporco;
- uno o più locali/spazi per il lavaggio, la disinfezione, il confezionamento e la sterilizzazione dello strumentario chirurgico e degli altri presidi utilizzati;
- un locale/spazio per il deposito del materiale pulito.

In tutti i locali dello studio professionale devono essere assicurate efficaci condizioni di illuminazione e di ventilazione.

Nei locali ove si svolgono attività sanitarie i pavimenti e le pareti fino ad una altezza di due metri devono essere lavabili e disinfettabili.

1.2.2. *Requisiti minimi tecnologici*

Lo studio medico e di altre professioni sanitarie deve disporre di attrezzature, presidi medico-chirurgici e arredi in relazione alle specifiche attività svolte. Deve inoltre disporre di un kit per la gestione delle emergenze.

1.2.3. *Requisiti minimi organizzativi*

Lo studio medico e di altre professioni sanitarie predispone materiale informativo a disposizione dell'utenza che specifichi la tipologia delle prestazioni erogate, i professionisti responsabili, gli orari di apertura e le modalità di accesso.

Presso lo studio medico e di altre professioni sanitarie è formalizzato e applicato un piano per la manutenzione ordinaria e straordinaria di ciascuna apparecchiatura biomedica utilizzata.

Presso lo studio medico e di altre professioni sanitarie sono formalizzate e applicate le seguenti procedure riguardanti:

- il consenso informato;
- l'esecuzione delle procedure maggiormente invasive o rischiose;
- la gestione delle emergenze;
- la registrazione delle prestazioni effettuate;

- la gestione dei farmaci e degli altri presidi soggetti a scadenza;
- il lavaggio, il confezionamento, la disinfezione e la sterilizzazione dello strumentario e degli altri presidi utilizzati e per il controllo di tali processi;
- la prevenzione del rischio infettivo per i pazienti e il personale.

Non è prescritta la nomina del Direttore Sanitario.”.

Il presente decreto sarà pubblicato nel “Bollettino Ufficiale” della Regione.
È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Trento, 13 agosto 2003

IL PRESIDENTE DELLA PROVINCIA
L. DELLAI

NOTE

Avvertenza

Note redatte dal Servizio Attività di Gestione Sanitaria con la collaborazione del Servizio Legislativo della Giunta provinciale al solo fine di facilitare la lettura: restano invariati valore ed efficacia del regolamento e degli atti trascritti.

Nota all'art. 1

L'art. 18 del decreto del Presidente della Giunta provinciale 27 novembre 2000 n. 30-48/Leg. recita ora:

“Art. 18

Adeguamento ai requisiti minimi delle strutture già in esercizio

1. Ferma restando l'immediata applicazione dei requisiti minimi in caso di costruzione di nuove strutture e di modificazione di quelle esistenti, in sede di prima applicazione del presente regolamento le strutture pubbliche in esercizio e le strutture private autorizzate ai sensi della vigente normativa devono essere adeguate ai requisiti minimi di cui al presente regolamento entro tre anni dalla data di pubblicazione della deliberazione della Giunta provinciale di approvazione dei criteri di verifica del possesso dei requisiti medesimi.

2. Entro centottanta giorni dalla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Trentino-Alto Adige dei criteri di cui all'articolo 17, comma 3, del presente regolamento, i titolari o legali rappresentanti delle strutture di cui al comma 1 che intendono ottenere il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie in base al presente regolamento, debbono presentare al Comune o alla Provincia apposita domanda di autorizzazione, allegando idonea autocertificazione che documenti la situazione delle rispettive strutture in relazione ai requisiti minimi, nonché il programma degli adeguamenti eventualmente necessari ed il termine di ultimazione dei medesimi da stabilire comunque entro quello di cui al comma 1.

3. In caso di necessità ed ove ciò sia possibile, con atto motivato il Sindaco e la Provincia, per quanto di rispettiva competenza, possono eccezionalmente prorogare il termine degli adeguamenti, per un sola volta e comunque entro quello massimo di cui al comma 1, ovvero stabilire in ogni momento specifiche prescrizioni per adeguamenti ulteriori, fissando un congruo termine per l'ultimazione degli stessi, anch'esso eccezionalmente e motivatamente prorogabile una sola volta.

4. Sulla base delle domande di cui al comma 2, il Sindaco e la Provincia, per quanto di rispettiva competenza, rilasciano o negano l'autorizzazione, previa verifica del possesso dei requisiti minimi.

5. In via transitoria e per il periodo di un anno dalla pubblicazione dei criteri di cui all'art. 17, comma 3, il termine per l'adozione dei provvedimenti inerenti l'autorizzazione sanitaria, di cui all'articolo 8, comma 1, è fissato in giorni centottanta dal ricevimento della domanda.

6. Le strutture autorizzate o accreditate ai sensi del presente regolamento sono tenute all'osservanza delle disposizioni vigenti in materia di pubblicità sanitaria.

Nota all'art. 2

L'allegato al decreto del Presidente della Giunta provinciale 27 novembre 2000 n. 30-48/Leg. (Disciplina in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private ai sensi dell'art. 43 della LP 23 febbraio 1998 n. 3) è composto da tre parti:

<i>Parte prima</i>	Requisiti minimi generali organizzativi, strutturali e tecnologici e requisiti minimi specifici per le strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno e in regime residenziale a ciclo continuativo o diurno.
<i>Parte seconda</i>	Requisiti minimi per i servizi di assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso.
<i>Parte terza</i>	Requisiti minimi specifici per gli stabilimenti idrotermali e fitobalneoterapici.

In particolare la *parte prima* è suddivisa in cinque paragrafi.
Il *terzo paragrafo* definisce i

Requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi specifici per le strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale e a sua volta è suddiviso in sottoparagrafi relativi a:

- 3.1 Assistenza specialistica ambulatoriale
- 3.2 Servizi di medicina di laboratorio
- 3.3 Attività di diagnostica per immagini
- 3.4 Presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale
- 3.5 Centri ambulatoriali di riabilitazione
- 3.6 Centro di salute mentale
- 3.7 Consultorio familiare

Con la modifica risultano aggiunti i sottoparagrafi che riguardano le seguenti strutture:

- 3.8 Ambulatorio chirurgico
- 3.9 Ambulatorio odontoiatrico
- 3.10 Centro dialisi

Nota all'art. 3

L'allegato al decreto del Presidente della Giunta provinciale 27 novembre 2000 n. 30-48/Leg. (Disciplina in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private ai sensi dell'art. 43 della LP 23 febbraio 1998 n. 3) è composto da tre parti:

Parte prima Requisiti minimi generali organizzativi, strutturali e tecnologici e requisiti minimi specifici per le strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno e in regime residenziale a ciclo continuativo o diurno.

Parte seconda Requisiti minimi per i servizi di assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso.

Parte terza Requisiti minimi specifici per gli stabilimenti idrotermali e fitobalneoterapici.

Con la modifica risulta aggiunta la

PARTE QUARTA

1. **REQUISITI MINIMI, STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI PER STUDI ODONTOIATRICI, STUDI MEDICI E DI ALTRE PROFESSIONI SANITARIE SOGGETTI AD AUTORIZZAZIONE SANITARIA.**

1.1 Studio odontoiatrico

1.2 Studio medico e di altre professioni sanitarie soggetto ad autorizzazione



ASSOCIAZIONE INTERNAZIONALE RING 14 PER LA RICERCA SULLE MALATTIE NEUROGENETICHE RARE – ONLUS

In data 30 maggio 2003 si è costituita a Reggio Emilia l'associazione di volontariato ONLUS "Associazione Internazionale RING 14" per la ricerca sulle malattie neurogenetiche rare2.

RING 14 è una malattia neurogenetica rara che porta con sé sintomi principalmente di tipo neurologico (epilessia difficilmente trattabile e ritardo psicomotorio) fino ad allargarsi ad una gamma di sintomatologie che spaziano dai disturbi cardiaci alla retinite pigmentosa, dal linfedema ai disturbi gastroesofagei.

L'Associazione è nata per volontà di un gruppo di genitori con bambini affetti da tale patologia.

Il nostro progetto:

Che tutte le famiglie di bambini con cromosoma Ring 14 non si sentano più sole

Che la nostra Associazione diventi un grande motore di sviluppo della ricerca e dello studio di questa malattia.

Tutti insieme potremo fare vivere meglio i nostri figli ed essere più serene e consapevoli noi famiglie!

Obiettivi e scopi della nostra Associazione:

- 1) Ricerca e mettere in contatto tra di loro tutte le famiglie con bambini affetti dalla malattia RING 14 perché trovino nell'Associazione un valido punto di riferimento.
- 2) Creare la prima "Banca Dati" medico/scientifica su questa malattia.
- 3) Formulare un percorso/protocollo di indagine medica per la sindrome RING14 ed approfondire a livello genetico e molecolare le correlazioni fra clinica e genetica.
- 4) Promuovere in campo sociale, politico e scientifico tutte le iniziative di pubblicizzazione e sensibilizzazione relative alla malattia RING 14.
- 5) Raccogliere fondi al fine di promuovere la ricerca scientifica, anche attraverso l'istituzione di borse di studio per una corretta cura della sintomatologia legata al RING 14, e per lo sviluppo delle potenzialità fisiche, mentali ed espressive delle persone affette da tale patologia.
- 6) Istituire una rete di consulenti formata da medici, ricercatori, operatori sanitari, interessati alle problematiche legate alla patologia RING 14.

Struttura dell'Associazione

Attualmente l'Associazione è formata da 20 soci, cinque dei quali componenti il Consiglio Direttivo.

La sede legale è a Reggio Emilia, Via Victor Marie Hugò n. 34. Tel 0522/322607 – Fax: 0522/324835 –email : info@ring14.com – web: www.ring14.com . La sede operativa sarà dislocata a partire dal 2004 presso l'Unità di Neuropsichiatria Infantile dell'Ospedale Santa Maria di Reggio Emilia diretta dal Dott. Giustina

Borse di studio a favore dei medici specializzandi residenti in provincia di Trento

Facendo seguito al protocollo d'intesa in atto con l'Università degli Studi di Verona, Padova e Udine in ordine alla formazione specialistica del personale medico e tenuto conto di quanto indicato nel "Piano dell'attività di formazione del personale dei servizi sanitari" approvato dalla Giunta provinciale nella seduta del 17 ottobre u.s., si comunica che anche per l'anno accademico 2003/2004, si è previsto di finanziare n. 20 borse di studio a favore dei laureati medici residenti da almeno due anni nella provincia di Trento (1 novembre 2001), meglio collocati tra gli idonei nelle graduatorie di ammissione alle Scuole di Specializzazione delle Facoltà di Medicina e Chirurgia delle università sopra richiamate, con le seguenti distribuzioni:

- Udine n.2 borse di studio
- Padova n.5. borse di studio
- Verona n.13 borse di studio

Per questi interventi si farà riferimento ai fabbisogni di medici specialisti determinati, per la Provincia di Trento, con delibera di Giunta Provinciale n.2446 di data 17 ottobre 2003

Gli interessati possono rivolgersi a:

Assessorato alle politiche sociali e alla salute

Via Gilli, 4, 38100 Trento.

Telefono 0461 494150 - Fax 0461 494177

e-mail: ass.politichesociali@provincia.tn.it - www.trentinosalute.net

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 10 luglio 2003.

Modifiche al decreto ministeriale 15 ottobre 2002 recante «Approvazione della lista dei farmaci, sostanze biologicamente o farmacologicamente attive e delle pratiche mediche, il cui impiego è considerato *doping*, ai sensi della legge 14 dicembre'2000, n. 376».

Pubblicato sul

Supplemento ordinario alla "GAZZETTA UFFICIALE" n222 del 24 sett. 2003 – Serie generale

F.A.I.M.**Fondo di Assistenza Integrativa per i Medici****COMUNICATO STAMPA**

*La nuova iniziativa del FAIM
per i Medici Chirurghi, Odontoiatri, Veterinari e Farmacisti titolari
particolarmente rivolta a chi esercita la professione in uno Studio privato.*

il FAIM - Fondo di Assistenza Integrativa per i Medici, organizzazione no-profit, riconosce ai propri Associati, forzatamente assenti dalla attività professionale a seguito di un evento accidentale che comporti applicazione di gessatura o bende gessate o ricovero (anche in regime di Day Hospital), delle indennità forfetarie per supplire al "mancato guadagno" di:

€ 258.23 (Lire 500.000) per ogni giorno di ricovero per 360 giorni per evento;

€ 129.11 (Lire 250.000) per ogni giorno di applicazione di gesso o bende gessate per 100 giorni per evento.

La quota associativa annuale è di € 196,25 (Lire 380.000)

Con una quota supplementare di € 53,00 saranno comprese le Assistenze previste dalla Società specializzata Filo Diretto.

Dopo un mese dall'iscrizione, ogni Associato potrà richiedere, previa presentazione del "Questionario Sanitario" e con adeguamento della quota associativa, l'erogazione delle indennità anche a seguito di malattia o parto cesareo.

Sul sito www.faimed.it sono riportati il testo del nostro Regolamento e delle Assistenze.

Per iscriversi al FAIM:

- chiamare il nostro Numero Verde 800-881528
- attraverso il sito Internet: www.faimed.it
- inviare per posta o via fax 06-85352921 il Modulo di Adesione (scaricabile dal nostro sito).

Le prestazioni erogate dal FAIM sono garantite dal Gruppo Assicurativo Winterthur

Gabriele Celestini
388-6165791

Numero verde 800 881528

Via Donatello, 79 - 00196 Roma - tel. 06 85.55.700 fax 06 8535.2921 - C.F. 97059710588
www.faimed.it e-mail: faimed@faimed.it

costituito in Roma il 30 giugno 1988 innanzi al Notaio Marco Cordero di Montezemolo



Azimut Previdenza

Azimut Previdenza è il fondo pensione aperto proposto da Azimut per chi vuole garantirsi una *pensione integrativa*.

È gestito dallo stesso team che segue i fondi comuni della Società. Chi sottoscrive Azimut Previdenza può contare sull'esperienza dei Partner Azimut, che lo assisteranno nella scelta dell'indirizzo di investimento (linea conservativa, linea bilanciata, linea crescita), tenendo conto della situazione complessiva del portafoglio di investimenti, dell'età del risparmiatore, della situazione familiare e della propensione al rischio.

IL VANTAGGIO FISCALE

Con l'adesione a un fondo pensione si ha diritto a dedurre dal reddito i contributi, per un importo pari al **12% del reddito complessivo, fino ad un massimo di 5.164,57 €**

Per fare un **esempio del vantaggio fiscale**, un lavoratore autonomo con un reddito di 40.000 € potrà dedurre **4.800 €** (12% di 40.000 €).

Pagherà dunque le imposte solo su 35.200 € Un bel risparmio che rende ancora più conveniente questo tipo di investimento.

CONTRIBUZIONE - TRATTAMENTO FISCALE

Contribuzione a carico del lavoratore autonomo e/o libero professionista

Deducibile dal reddito complessivo nella misura del 12% con il limite assoluto di 5.164,57 €

Contribuzione a carico del lavoratore dipendente

La deduzione compete per un importo complessivamente non superiore al doppio del TFR destinato alla forma pensionistica, e comunque entro i limiti del 12% del reddito complessivo e di 5.164,57 €

Contribuzione per familiari a carico

Deducibili innanzitutto dalla persona a carico fino a capienza di 2.840,51 € (reddito massimo del contribuente che può essere considerato "a carico") senza tenere conto del limite del 12%; l'eccedenza può essere dedotta dal soggetto a cui questi è a carico, e per quest'ultima sempre con il limite del 12% e di 5.164,57 €

LA CONTRIBUZIONE

La misura della contribuzione è decisa dall'iscritto al momento dell'adesione come percentuale del reddito da lavoro dipendente o autonomo e può essere successivamente modificata.

LA PRESTAZIONE

L'ammontare della prestazione finale dipende dalla **consistenza del capitale accumulato**. Tale importo dipenderà a sua volta, dall'entità dei **versamenti effettuati**, dal **rendimento del capitale** e dal **tempo di permanenza** nel piano. Il capitale maturato verrà trasferito ad una compagnia assicurativa come premio unico e convertito in una rendita rivalutabile. Sarà possibile scegliere tra diverse forme di rendita, a seconda delle proprie esigenze. Sarà inoltre consentito il riscatto di una parte del capitale maturato, ma per un importo non superiore al 50%. Occorre tuttavia considerare che se si preleva più di 1/3, in forma di capitale, l'imposta su tutto l'ammontare del capitale sarà quella ordinaria

LE LINEE DI INVESTIMENTO

LINEA CONSERVATIVA

Finalità: Rivalutazione del capitale investito. Gestione prudente per chi ha l'obiettivo di salvaguardare il rendimento e consolidare il patrimonio; adatta a una persona ormai prossima alla pensione.

Orizzonte dell'investitore - breve-medio periodo (3/5 anni). **Rischio** - basso

LINEA BILANCIATA

Finalità: Rivalutazione del capitale in un periodo medio-lungo. Indicata per coloro che perseguono una duplice finalità: sfruttare le opportunità offerte dai mercati azionari e proteggere il capitale da possibili minusvalenze.

Orizzonte dell'investitore - medio-lungo periodo (5/10 anni). **Rischio** - medio.

LINEA CRESCITA

Finalità: Rivalutazione del capitale nel lungo periodo; indicata per coloro che, avendo davanti a sé ancora molti anni di attività, ricercano elevati tassi di crescita del capitale e sono disposti ad accettare nel breve periodo possibili minusvalenze in seguito alle oscillazioni tipiche dei mercati azionari.

Orizzonte dell'investitore - lungo periodo (10/15 anni). **Rischio** - medio-alto

Il partner Azimut MAURO FACCHINELLI è a disposizione, per consigliare la migliore pianificazione dell'integrazione pensionistica, presso l'Agenzia di Trento, in via Brennero Centro Polifunzionale Tridente 21, tel. 0461-828723. e-mail mauro.facchinelli@azimut.it

Club Medici - LA POLIZZA PROFESSIONALE PIU'CONVENIENTE D'ITALIA

SPECIALIZZAZIONI CHIRURGICHE - Durata decennale

Garanzie principali:

- **Garanzia postuma di 10 anni**, secondo i termini di prescrizione previsti dalla legge
- Conduzione dello studio
- Mancata acquisizione del consenso informato
- Danni estetici e fisionomia
- Atti invasivi a scopo diagnostico e terapeutico

Massimali e premi annui

Specializzazione	€ 500.000	€1.000.000
Chirurgia generale ed altre specialità chirurgiche	€ 980,00	€ 1,190,00
Anestesia, Cardio chirurgia, Chirurgia Pediatrica, Maxillo-facciale	€ 1,280,00	€ 1,560,00
Ginecologia senza interventi	€ 680,00	€ 750,00
Ginecologia con interventi	€ 1,640,00	€ 1,920,00
Chirurgia Plastica	€ 1,820,00	€ 2,140,00

N.B.: è possibile sottoscrivere anche massimali fino a €3.000. 000. Sono previsti sconti di tariffa per dipendenti pubblici con rapporto in esclusiva

SPECIALIZZAZIONI NON CHIRURGICHE - Durata decennale

Garanzie principali:

- Copertura per danno imputabile a negligenza, imprudenza, imperizia, e colpa grave
- Danni estetici e fisionomici
- Copertura postuma e copertura pregressa
- Conduzione dello studio principale

Massimali e premi annui

Specializzazione	€520.000	€1.035.000	€1.550.000	€2.000.000
Medico generico	€ 250,00	€300,00	€350,00	€400,00
Specialista senza interventi	€420,00	€500,00	€600,00	€700,00
Radiologo - Servizio 118	€650,00	€800,00	€950,00	€1,110,00
Medicina Estetica	€750,00	€900,00	€1.050,00	€1.200,00

N.B.: sono previsti ulteriori sconti di tariffa per gli iscritti SUMAI ANAAO, CUMI-AISS

MEDICI DENTISTI ED ODONTOIATRI - Durata decennale

Medici Odontoiatri	€516.000	€775.000	€1032.000	€1.549.000
Senza Implantologia	€ 388,00	€450,00	€491,00	€543,00
Con Implantologia	€491,00	€620,00	€672,00	€724,00

MEDICI DENTISTI ED ODONTOIATRI - Durata annuale

Medici Odontoiatri	€520.000	€1.035.000	€1.550.000	€2.000.000
Senza Implantologia	€ 550,00	€650,00	€780,00	€900,00
Con Implantologia	€908,00	€1073,00	€1.287,00	€1.485,00

**tariffe riferite a premi annui finiti, comprensive dell'estensione ai danni estetici e fisionomici*

Inoltre, a tariffe estremamente competitive, Polizza Tutela Giudiziaria - Infortuni - Sanitaria - ecc.

Per informazioni: Tel. 06.86.07.891 (alla partenza del messaggio di benvenuto digitare 206 oppure 207) Email: assicurati@clubmedici.it

ATTUAZIONE DELLA DIRETTIVA 97/43 IN MATERIA DI PROTEZIONE SANITARIA CONTRO I PERICOLI DELLE RADIAZIONI IONIZZATE CONNESSE A ESPOSIZIONI MEDICHE

A cura della Commissione Odontoiatri.

Si informa gli iscritti all'albo Odontoiatri che l'Azienda Sanitaria provinciale dal mese agosto ha dato avvio ad un protocollo in merito al decreto legislativo del 26 maggio 2000, n. 187, il quale definisce i principi generali della radioprotezione delle persone per quanto riguarda le esposizioni mediche a:

- esposizione di pazienti dell'ambito di diagnosi o trattamento medico
- esposizione di persone nell'ambito della sorveglianza sanitaria professionale
- esposizione di persone nell'ambito di programmi di screening sanitario
- esposizione di persone che partecipano volontariamente a programmi di ricerca medica
- esposizione di persone nell'ambito di procedure medico-legali
- esposizione di persone che coscientemente e volontariamente, al di fuori della propria occupazione assistono persone sottoposte a esposizioni mediche.

In quanto responsabili degli apparecchi radiografici secondo l'art. 5 del Dlgs anche gli esercenti l'odontoiatria devono adempiere ai principi di giustificazione, di ottimizzazione e valutazione delle dosi alla popolazione citati nel decreto legislativo.

ARTICOLO 3: PRINCIPIO DI GIUSTIFICAZIONE

L'esposizione di ciascuna radiografia a scopo diagnostico deve essere giustificata valutando il rapporto rischio beneficio per il paziente.

ARTICOLO 4: PRINCIPIO DI OTTIMIZZAZIONE

L'esposizione delle radiografie deve essere ottimizzata impiegando al meglio le apparecchiature disponibili, il materiale sensibile, mediante posizionamenti ottimali e proteggendo adeguatamente i pazienti. Le apparecchiature devono soddisfare i requisiti di qualità protocollati, i materiali sensibili devono avere la massima sensibilità compatibile con le esigenze diagnostiche e devono essere impiegati secondo le indicazioni del produttore.

ARTICOLO 12: VALUTAZIONE DELLE DOSI ALLA POPOLAZIONE

L'esercente ed il responsabile dell'impianto radiologico, per quanto di rispettiva competenza provvedono affinché le indagini e i trattamenti con radiazioni ionizzanti vengano registrati singolarmente, anche in forma sintetica.

Università degli Studi di Padova
formazione post laurea

Corso di perfezionamento in bioetica

Padova

17 gennaio - 25 giugno 2004

MOTIVAZIONI

Il corso si colloca all'interno delle iniziative formative post - laurea, istituite dall'Università degli Studi di Padova ed è pensato per rispondere sia ai bisogni di una globale crescita culturale e di una maggiore consapevolezza critica, sia ai bisogni di una operativa ricaduta professionale.

In rapporto a questioni come quelle bioetiche, che coinvolgono categorie di sapere diversi e toccano temi di grande impatto emotivo, cresce la richiesta di strumenti che aiutino a istruirle in maniera adeguata, sottraendole al rischio sia della contrapposizione ideologica sia di una loro utilizzazione in termini sensazionalistici. Una tale richiesta è in particolare espressa da chi è tenuto ad acquisire una certa competenza bioetica

E' il caso di: Professionisti operanti all'interno dei servizi socio - sanitari, la cui pratica quotidiana sempre più affronta problemi e dilemmi di natura morale; Operatori professionali che in vari settori: sanità, ambiente, comunicazione, formazione gestiscono iniziative che toccano aspetti bioetici; Figure professionali e non, a vario titolo coinvolte nelle attività di comitati etici all'interno delle istituzioni sanitarie.

A questi due ordini di bisogni formativi, di natura più culturale i primi, più professionalizzanti i secondi, se ne aggiunge un terzo destinato a diventare sempre più rilevante a partire dall'introduzione di corsi universitari dedicati alla bioetica: presso la facoltà di Scienze della Formazione, la facoltà di Scienze Politiche, la facoltà di Medicina. In continuità con questo livello di formazione bioetica di base, il corso di perfezionamento intende fornire l'opportunità di un sistematico confronto interdisciplinare e interprofessionale, requisito necessario per affrontare ogni questione bioetica.

OBIETTIVI

Il Corso intende fornire gli strumenti per:

comprendere lo scenario entro cui si sviluppa la bioetica;

istruire il discorso bioetico in tutta l'estensione delle sue dimensioni, quelle biomediche ed ecologiche, quelle etico-giuridiche e quelle antropologiche e politiche;

analizzare i problemi etici posti dalla gestione dei nuovi poteri d'intervento sulla vita, con particolare riferimento ai nuovi poteri sviluppati sul fronte della vita nascente, della vita morente e della struttura genetica;

conoscere e discutere criticamente le diverse tradizioni etiche impegnate nel dibattito bioetico, con particolare riferimento ai principi etico-normativi che ad esse si ispirano;

organizzare l'analisi etica e i processi decisionali relativi a casi e contesti della pratica clinica;

conoscere i principali testi di riferimento per l'attività deliberativa all'interno dei Comitati etici.

CONTENUTI

Introduzione al Corso e visita al Teatro Anatomico del Bo

Primo modulo

- La bioetica e il paradigma della responsabilità (**sessione pubblica** di apertura)
- Morale e diritto in bioetica: orientamenti a confronto.
- Il ruolo del principio di tolleranza nel dibattito su aborto e eutanasia.
- I fini della medicina all'epoca della tecnica: il caso dei trapianti e della fecondazione assistita.

Secondo modulo

- Le qualificazioni personali all'inizio della vita: dimensioni biologiche, etiche e giuridiche nel dibattito sullo statuto dell'embrione umano.
- Le qualificazioni personali alla fine della vita: dimensioni biologiche, etiche e giuridiche nel dibattito sui criteri di morte cerebrale.

Terzo modulo

- Il "consenso informato" e i suoi aspetti clinici, etico-giuridici e sociali.

- I Comitati di etica per la pratica clinica: laboratorio **in collaborazione con** il Comitato di Bioetica del Dipartimento di Pediatria.
- I Comitati di etica per la sperimentazione biomedica: laboratorio **in collaborazione con** l'Osservatorio Nazionale dei Comitati etici per la sperimentazione clinica, Ministero della salute
- Salute e diritto alla salute: il Piano Socio-sanitario della Regione Veneto. **Sessione pubblica in collaborazione con** la Commissione Regionale per la Bioetica.

Quarto modulo

- Teorie e metodi del giudizio bioetico: giornata seminariale **in collaborazione con** il Dipartimento di Filosofia.
- Questioni etiche nel contesto delle terapie intensive neonatali: *sessione clinica*.
- Questioni etiche nel contesto delle cure palliative: *sessione clinica*.
- Questioni etiche nel contesto delle terapie a lungo termine: *sessione clinica*.

Quinto modulo

- Salute e biotecnologie tra ricerca, regole e mercato.
- Applicazioni diagnostiche della nuova genetica.
- Applicazioni terapeutiche della nuova genetica.

Conclusioni

- Dignità umana e principio di precauzione: via europea alla bioetica? **sessione pubblica**.

METODI

Nel Corso verranno utilizzati diversi metodi, tutti comunque finalizzati a promuovere e valorizzare l'interazione e la discussione sia con i docenti, sia tra i corsisti. Le attività formative, perciò, prevedono:

- lezioni e relativa discussione;
- tavole rotonde;
- sessioni bibliografiche;
- discussione di casi clinici;
- analisi di protocolli sperimentali;
- proiezioni di film.

Note organizzative

Titolo richiesto

Laurea o diploma delle facoltà di Scienze Politiche, Medicina e Chirurgia, Giurisprudenza, Lettere e Filosofia, Scienze della Formazione, Psicologia, Medicina Veterinaria, Farmacia, Scienze Matematiche Fisiche e Naturali, Economia, Scienze Statistiche, laurea o diploma in Scienze Infermieristiche; altre lauree o diplomi equivalenti ritenuti adeguati dal Collegio dei docenti.

Tassa e scadenze

Importo Tassa: Euro 464,72

Presentazione domanda: entro 15. 11. 2003

Numero massimo di scritti: 50

Selezione

Autocertificazione nella domanda del titolo richiesto e di altri titoli indicati nel curriculum. Selezione sulla base dei titoli presentati, ove le domande superino i posti disponibili.

Impegno richiesto

Circa 90 ore in incontri settimanali di quattro ore ciascuno, da venerdì 17 gennaio a venerdì 25 giugno 2004.

Crediti assegnati

Crediti universitari: 20.

Sono stati chiesti al Ministero della Sanità i crediti per l'Educazione Continua in Medicina, ECM

Adempimenti richiesti

Frequenza obbligatoria con margine massimo del 20% di assenze giustificate.

Verifica finale

Relazione scritta.

Struttura a cui i candidati invieranno le domande di preiscrizione

Università di Padova. Dipartimento di Diritto Comparato.

Via VIII Febbraio, 2, 35122, Padova.

Tel. + 390498273461

Le domande possono essere spedite a mezzo posta o consegnate direttamente alla Segreteria del Dipartimento.

Per bando, moduli iscrizione e pagamento, consulta il sito:

www.unipd.it studenti - dopo la laurea - corsi di perfezionamento

GESTIONE DEL PAZIENTE NELLA PREVENZIONE DEGLI EVENTI CARDIO-CEREBROVASCOLARI: STUDI ASCOT E ALLHAT

CANTINE ROTARI - MEZZOCORONA (TN) 08/11/2003

Organizzatori: Dott. S.Inchiostro – Dott.ssa A.Marzano – 1°Divisione di Medicina – OC S.Chiara-Trento

Indirizzo e-mail: LAURA_FOTI@IT.SENTRIXHEALTH.COM

programma

09.15	13.15	Plenaria	La gestione del paziente nella prevenzione degli eventi Cardio-Cerebrovascolari: le evidenze degli Studi ALLHAT e ASCOT	
09.15	09.55		Pressione Arteriosa e assetto lipidico: epidemiologia, Linee Guida e gestione territoriale	Dr. S. Inchiostro
09.55	10.35		I Grandi Trial con statine nella prevenzione degli eventi Cardio-Cerebrovascolari	Dr.ssa A. Marzano
10.35	11.15		Pressione Arteriosa ed eventi Cardio-Cerebrovascolari: cosa è acquisito?	Dr. W. Pitscheider
11.15	11.45		Il significato dei risultati dello Studio ALLHAT	Dr. S. Inchiostro
11.45	12.15		I risultati dello Studio ASCOT: nuovi scenari e nuove evidenze	Dr.ssa A. Marzano
12.15	12.45		Il rischio CV Globale: indicazioni per una appropriata valutazione	Dr. R. Frizzi
12.45	13.15		Discussione - Gli Esperti rispondono	Dr. S. Inchiostro - Dr.ssa A. Marzano

III International Symposium/III Simposio Internazionale
PERSPECTIVES ON CARDIOLOGY
PROSPETTIVE IN CARDIOLOGIA

President/Presidente
Giuseppe Vergara, Rovereto (Italy)

Museo di Arte Moderna e Contemporanea di Trento e Rovereto (MART)
Rovereto (TN) Italy
20-22 November 2003

Segreteria scientifica
Divisione di Cardiologia
Ospedale S.Maria del Carmine
Piazzale S.Maria, 6
38068 Rovereto (TN) Italy
Tel 0464/453312
Fax 0464/420428

Segreteria organizzativa
O.I.C. S.r.l.
Viale G. Matteotti, 7
50121 Firenze
Tel 055/50351
Fax 055/5001912
E-mail: rovereto@oic.it

Accreditato ECM

Presentare un evento scientifico vuoi dire illustrarne gli scopi. Questo III simposio "PROSPETTIVE in CARDIOLOGIA", in linea con le precedenti due edizioni, si propone come occasione di aggiornamento per i Cardiologi del Sistema Sanitario Nazionale (operanti in strutture ospedaliere o sul territorio) ed i medici di famiglia su specifici temi in Aritmologia, Malattia Coronarica e Scompenso Cardiaco, temi in cui essi sono protagonisti diretti o "mediatori" tra pazienti ed erogatori di prestazioni ad alta tecnologia. Non deve infatti trarre in inganno, per quel che riguarda il target del Simposio, la trattazione, tra gli altri, di argomenti di elevata specializzazione (ad esempio: ablazione transcatetere, interventistica coronarica, resincronizzazione cardiaca): sono infatti il cardiologo clinico ed il medico di famiglia i "mediatori" tra domanda ed offerta di prestazioni cardiologiche ad elevato contenuto tecnologico e solo la conoscenza di indicazioni, risultati e complicanze può guidare le loro scelte verso la soddisfazione dei bisogni, scopo primario di ogni sistema sanitario.

Il Simposio ritorna in questa terza edizione a Rovereto dopo la parentesi della seconda edizione svoltasi a Riva dei Garda e lo scenario prestigioso del Museo di Arte Moderna di Trento e Rovereto (MART) ne sarà la degna cornice.

Con l'augurio che ogni partecipante possa trovare nel corso del Simposio adeguate risposte alle motivazioni alla base della sua partecipazione, auguro a tutti buon lavoro.

Giuseppe Vergara

Nelle pagine seguenti è riportato il programma in dettaglio

Sessione 1 09.00 10.20 Plenaria TAVOLA ROTONDA: LA LOTTA ALLA MORTE IMPROVVISA Parte I			
09.00	09.15	Dimensione del problema, cause e meccanismi	B Dr. Massimo Zoni Berisso
09.15	09.30	Come individuare i soggetti a rischio: a livello di popolazione	B Prof. Davos Miljicic
09.30	09.45	Come individuare i soggetti a rischio: a livello di sottogruppi	B Dr.ssa Maria Teresa La Rovere
09.45	10.00	Le strategie di intervento pre evento	B Dr. Alessandro Proclemer
10.00	10.20	Domande & risposte	D M. Zoni Berisso, D. Miljicic, M.T. La Rovere, A. Proclemer
Sessione 2 10.20 11.40 Plenaria TAVOLA ROTONDA: LA LOTTE ALLA MORTE IMPROVVISA: parte II			
10.20	10.35	Le strategie di intervento post evento	B Dr. Giuseppe Vergara
10.35	10.50	La defibrillazione precoce sul territorio: modelli e risultati	B Prof. Pier Antonio Ravazzi
10.50	11.05	Impianto di ICD in prevenzione primaria e defibrillazione precoce sul territorio: analisi costo-efficacia	B Dr. Antonello Vincenti
11.05	11.20	Gli attori coinvolti: chi deve fare cosa	B Dr. Umberto Guiducci
11.20	11.40	Domande & risposte	D G. Vergara, P.A. Ravazzi, A. Vincenti, U. Guiducci
Sessione 3 11.50 13.10 Plenaria TAVOLA ROTONDA: Le nuove tecnologie danno un sostanziale valore aggiunto nel trattamento dei pazienti? Come possono essere complementari con i trattamenti			
11.50	12.05	Il ruolo clinico del defibrillatore "duale": possono le terapie atriali ridurre le aritmie ventricolari?	B Helmut Puerfellener MD
12.05	12.20	Trattamento farmacologico ottimale nei pazienti con Malattia del nodo del seno e fibrillazione atriale portatori di pace maker.DDRP	B Dr. Natale Marrazzo
12.20	12.35	Il mappaggio con il sistema di navigazione non fluoroscopico Localisa nelle varie procedure ablative	B Dr. Domenico Catanzariti
12.35	12.50	La discriminazione dinamica con algoritmo "Wavelets"	B Herwing Schmidinger MD
12.50	13.10	Domande & Risposte	D H. Puerfellener, N. Marrazzo, D. Catanzariti, H. Schmidinger
Sessione 4 13.30 14.30 Plenaria Presentazione e discussione casi clinici con sistema interattivo			
13.30	14.30	Presentazione e discussione casi clinici sui temi della giornata con sistema interattivo	F Dr. Giuseppe Vergara
Sessione 5 15.00 16.35 Plenaria TAVOLA ROTONDA: FIBRILLAZIONE ATRIALE			

15.00	15.15	Conversione a ritmo sinusale: quando e come	B	Dr. Rocco Mario Polimeni
15.15	15.30	Controllo del ritmo e della frequenza: quando e come	B	Dr. Diran Iqjdbashian
15.30	15.45	Apparecchi impiantabili: quando e come	B	Dr. Giuseppe Inama
15.45	16.00	Ablazione transcatterete: quando e come	B	Dr. Franz X. Rothinger
16.00	16.15	Ablazione transcatterete durante intervento cardiocirurgia: quando e come	B	Dr. Roberto Mantovan
16.15	16.35	Domande & risposte	D	Polimeni, D. Iqjdbashian, G. Inama, F. Rothinger, R. Mantovan
Sessione 6 16.35 17.00 Plenaria LEZIONE MAGISTRALE				
16.35	17.00	Ablazione transcatterete della fibrillazione atriale: più domande che risposte?	A	Gerhard Hindricks MD
Sessione 7 17.15 18.15 Plenaria TAVOLA ROTONDA: ABLAZIONE TRANSCATTERETE				
17.15	17.30	Ablazione atipica del flutter atriale: approccio metodologico avanzato e predittori di outcome	B	Anders Kirstein Pedersen MD
17.15	17.30	Flutter atriale tipico e postinzionale	B	Dr. Domenico Catanzariti
17.30	17.45	Il mappaggio con sistema Localisa per la guida delle lesioni lienari sinistre nella fibrillazione atriale	B	Dr. Mariano Rillo
17.45	18.00	Tachicardie ventricolari idiopatiche e secondarie a cardiopatia strutturale: approccio metodologico e predittore di outcome	B	Josef Kautzner MD
18.00	18.15	Domande & risposte	D	D. Catanzariti, A. Pedersen, M. Rillo, J. Kautzner
Sessione 8 18.35 19.00 Plenaria LEZIONE MAGISTRALE				
18.35	19.00	E' morto lo studio elettrofisiologico "puro e semplice"?	A	Christof Geller MD
Giornata 2				
Sessione 9 09.00 09.55 Plenaria TAVOLA ROTONDA:INTERVENTISTICA CORONARICA				
09.00	09.15	La valutazione funzionale della stenosi coronarica tra clinica e ricerca	B	Dr. Edoardo Verna
09.15	09.30	La restenosi dopo PTCA: dimensioni del problema e meccanismi	B	Dr. Antonio Fiscella
09.30	09.45	Interventistica coronarica e diabete	B	Dr. Franco Maria Bovenzi

09.45	09.55	Domande & risposte	D	E. Verna, A. Fiscella, F. Bovenzi
Sessione 10 09.55 10.50 Plenaria TAVOLA ROTONDA: CAUSE RARE DI MORTE IMPROVVISA				
09.55	10.10	La sindrome del QT breve: una nuova causa di morte improvvisa	B	Dr. Fiorenzo Gaita
10.10	10.25	La morte improvvisa nell'atleta: screening inadeguato, fatalità o doping?	B	Prof. Francesco Furlanello
10.25	10.40	La sindrome "detta" di Brugada	B	Dr. Bortolo Martini
10.40	10.50	Domande & risposte	D	F. Gaita, F. Furlanello, B. Martini
Sessione 11 11.00 12.20 Plenaria TAVOLA ROTONDA: SCOMPENSO CARDIACO: parte I				
11.00	11.15	La necessità di una rete	B	Dr. Maurizio Porcu
11.15	11.30	I complessi rapporti tra fibrillazione atriale e scompenso	B	Dr. Sabino Scardi
11.30	11.45	I nuovi inotropi possono "rilanciare" una vecchia terapia?	B	Dr. Giuseppe Cacciatore
11.45	12.00	Scompenso cardiaco e cardiocirurgia	B	Dr. Angelo Graffigna
12.00	12.20	Domande & Risposte	D	M. Porcu, S. Scardi, G. Cacciatore, A. Graffigna
Sessione 12 12.20 13.00 Plenaria STRUMENTO OBIETTIVO DI MONITORAGGIO NEL PAZIENTE SCOMPENSATO				
12.20	12.35	Sensori emodinamici impiantabili	B	Prof. Gianni Plicchi
12.35	12.50	La diagnostica nei devices per il pacing biventricolare	B	Dr. Giovanni Luca Botto
12.50	13.00	Domande & Risposte	D	G. Plicchi, G.L. Botto
Sessione 13 13.30 14.30 Plenaria Presentazione e discussione casi clinici con sistema interattivo				
13.30	14.30	Presentazione e discussione casi clinici sui temi della giornata con sistema interattivo	F	Dr. Giuseppe Vergara
Sessione 14 15.00 16.15 Plenaria TAVOLA ROTONDA : SINDROMI CORONARICHE ACUTE: parte I				
15.00	15.15	La UTIC come perno di tutte le sindromi coronariche acute...e non solo	B	Dr. Antonio Mafri

15.15	15.30	La terapia ripervasiva farmacologica nell'infarto miocardico acuto STE: modelli organizzativi e monitoraggio della efficacia	B	Dr. Giuseppe Di Pasquale
15.30	15.45	La terapia ripervasiva meccanica nell'infarto miocardico acuto STE	B	Dr. Michele Galli
15.45	16.00	Alla ricerca di sinergie nella terapia antitrombotica: il Clopidogrel	B	Dr. Diego Ardissino
16.00	16.15	Domande & Risposte	D	A. Mafri, G. Di Pasquale, M. Galli, D. Ardissino
Sessione 15 16.15 17.30 Plenaria				
TAVOLA ROTONDA: ANGIOPLASTICA PRIMARIA. MODELLI ORGANIZZATIVI				
16.15	16.35	Trasferimento del paziente ad un Centro di riferimento	B	Dr. Francesco Di Pede
16.35	16.55	Trasferimento dell'emodinamista al Centro senza interventistica	B	Dr. M. Margheri
16.55	17.15	Angioplastica primaria: guardiamo i risultati piuttosto che il volume	B	Timoth Sanborn
17.15	17.30	Domande & risposte	D	F. Di Pede, M. Magheri, T. Sanborn
Sessione 16 17.45 19.00 Plenaria				
TAVOLA ROTONDA: SINDROMI CORONARICHE ACUTE: parte II				
17.45	18.00	Angina instabile-Infarto miocardico NoSTE: stratificazione del rischio	B	Dr. Salvatore Pirelli
18.00	18.15	Angina instabile-Infarto miocardico NoSTE: la scelta della terapia antitrombotica ed antiplastrica per la stabilizzazione della placca	B	Dr. Walter Pitscheider
18.15	18.30	Angina instabile- Infarto miocardico NoSTE: l'approccio invasivo: selezione dei pazienti e timing	B	Dr. Marino Scherillo
18.30	18.45	Miogenesi ed angiogenesi nelle sindromi coronariche acute: solo un sogno?	B	Dr. Francesco Mauri
18.45	19.00	Domande & risposte	D	G. Pirelli, W. Pitscheider, M. Scherillo, F. Mauri
Giornata 3				
Sessione 17 09.00 10.15 Plenaria				
TAVOLA ROTONDA: TELECARDIOLOGIA: FRA SOGNO E REALTA'				
09.00	09.15	La teleelettrocardiografia: applicazioni cliniche in differenti scenari	B	Dr. Fulvio Cozzi
09.15	09.30	La teleelettrocardiografia	B	Dr. Giuseppe Gullace
09.30	09.45	La tele cardiaoangiografia	B	Dr. Massimo Pantaleoni
09.45	10.00	Il Telecontrollo di pace makers e defibrillatori	B	Dr. Werner Rahue

10.00	10.15	Domande & Risposte	D	F. Cozzi, G. Gullace, M. Pantaleoni, W. Rahue
TAVOLA ROTONDA: LA TERAPIA "ELETTRICA" CON DEVICES IMPUTABILI NELLO SCOMPENSO CARDIACO: TRA ATTUALITA' E PROSPETTIVE				
Sessione 18 10.15 Plenaria				
10.15	10.30	Nuovi strumenti e cateteri per l'incannulazione del seno coronarico per la stimolazione biventricolare	B	Dr. Gian Franco Pistis
10.30	10.45	Dopo il COMPANION: sempre più resincronizzazione con back up ICD?	B	Dr. Antoni Curnis
10.45	11.00	prevenzione primaria e secondaria necessitano dello stesso tipo di device?	B	Dr. Maurizio Lunati
11.00	11.15	Utilità di tissue doppler imaging nella selezione e nel follow-up dei pazienti candidati a resincronizzazione cardiaca	B	Dr. Gerardo Ansalone
11.15	11.30	La stimolazione sotto-soglia nello scompenso cardiaco: stato dell'arte e prospettive	B	Michael Wolzt MD
11.30	11.50	Domande & Risposte	D	G.F. Pistis, A. Curnis, M. Lunati, G. Ansalone, M. Wolzt
Sessione 19 11.50 13.10 Plenaria				
FOCUS ON				
11.50	12.05	L'ecografia vascolare: una finestra aperta sulle arterie. Perché il cardiologo deve occuparsene?	B	Dr. Giancarlo Bellieni
12.05	12.20	L'ipertensione polmonare primitiva: nuove prospettive	B	Dr. Antonello Gavazzi
12.20	12.35	L'embolia polmonare	B	Dr. Pietro Zonzin
12.35	12.50	Lo stroke criptogenetico: implicazioni per il cardiologo	B	Dr. Stefano Urbinati
12.50	13.10	Domande & Risposte	D	G. Bellieni, A. Gavazzi, P. Zonzin, S. Urbinati

La Direzione della U.O. 3 di Psichiatria in collaborazione con il Distretto Alta Valsugana intende organizzare un convegno dal titolo.

"Le strutture psichiatriche: tra storia e prospettive ad un anno dal superamento dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale"

Nelle nostre aspettative l'incontro non dovrebbe avere un carattere celebrativo di un evento comunque importante nel panorama psichiatrico e sociale ma rappresentare un momento di studio ed approfondimento scientifico dei processi di trasformazione nella cultura e nella clinica della sofferenza mentale e della cronicità psichiatrica.

Il convegno si svolgerà a Pergine Valsugana il 28 novembre 2003 con il seguente programma:

ore 9,30

- saluto dell'Assessore alle Politiche Sociali e Sanità della Provincia Autonoma di Trento
- saluto del dott. Carlo Favaretti - Direttore Generale dell' APSS
- saluto dei dott. Francesco Venturini - Direttore dei Distretto Alta Valsugana

ore 9,45

- dott. Alfredo Vivaldelli - Direttore U.O. 3 di Psichiatria: Introduzione del convegno

Chairman: prof. Giorgio Maria Ferlini - docente alla Facoltà di Psicologia dell'Università degli Studi di Padova, ex Direttore dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Pergine

ore 10,00

- dott. Rodolfo Taiani - Responsabile della Biblioteca dei Museo Storico in Trento: *"Una storia di vinti.- l'ex Ospedale Psichiatrico di Pergine in una prospettiva storica"*

ore 10,30

- dott.ssa Roberta Arcaini - Servizio Beni Librari ed Archivistici della PAT: *"L'archivio storico per non perdere i percorsi della clinica"*

ore 11,00 Break

ore 11,30

- dott. Arrigo Andrenacci - Funzionario Direzione Cura e Riabilitazione APSS: *"Passaggi istituzionali per il superamento dell'Ospedale Psichiatrico"*

ore 12,00

- dott. Renzo Anderle Sindaco dei Comune di Pergine Valsugana: *"Pergine ed i nuovi spazi"*

ore 12,30 Pausa pranzo

ore 14,30

- dott. Alfredo Vivaldelli - Direttore U.O. 3 di Psichiatria: *"La clinica della cronicità psicotica"*

ore 15,00

- dott. Carlo Ancona - Presidente di Sezione presso il Tribunale di Trento: *"Nuove strutture, nuove responsabilità per gli operatori?"*

ore 15,30

- dott.ssa Raffaella Sabetta - responsabile Residenze Psichiatriche U.O. 3 di Psichiatria: *"Un nuovo modo di operare nelle strutture nate dal superamento dell'Ospedale Psichiatrico"*

ore 16,00

- dott. Giacomo Dimarco - Coordinatore dei Dipartimento di Psichiatria: *"La quotidianità come strumento del cambiamento"*

ore 16,30

- Tavola rotonda: *"La conservazione al servizio dei processi"*.

Integrazione alla precedente comunicazione del 52° Convegno della Società degli Urologi del Nord Italia: la brachiterapia nel cancro prostatico

Nello scorso numero del Bollettino, nella sezione "Convegni-Congressi" è stato dato ampio spazio al 52° Convegno della Società degli Urologi del Nord Italia, organizzato dalla Divisione di Urologia dell'OC S.Chiera. ma era stato involontariamente omissivo il riferimento ad un importante evento formativo compreso nel congresso stesso e relativo alla brachiterapia delle neoplasie prostatiche.

La brachiterapia o radioterapia interstiziale nel carcinoma della prostata organo confinato, rappresenta per un selezionato gruppo di pazienti affetti da questa neoplasia, una modalità di trattamento, con intenti di radicalità ma di modesta invasività.

Tramite l'infissione nella ghiandola per via transperineale di semi radioattivi (di solito Iodio o Palladio) si ottiene una distribuzione "conformazionale" della dose radiante necessaria per la copertura dell'intero parenchima prostatico.

La brachiterapia con impianti di semi permanenti nasce negli Stati Uniti parecchi anni addietro e ha stimolato nell'ultimo decennio un rinnovato interesse tanto che attualmente un terzo circa dei Pazienti affetti dalla neoplasia e indirizzabili a trattamento radicale, vengono curati con questa tecnica.

Sull'onda dei brillanti risultati clinici ottenuti negli Stati Uniti anche in Europa ed in Italia alcuni centri hanno iniziato ad applicare tale procedura.

Premessa indispensabile affinché si possa compiutamente utilizzare la brachiterapia nel trattamento del carcinoma della prostata, è il poter disporre di una Equipe integrata composta da Urologi, Radioterapisti e Fisici Sanitari.

E' quanto avvenuto presso l'Ospedale S.Chiera di Trento ove questa collaborazione

ha radici storiche pluridecennali grazie allo spirito di collaborazione pluridisciplinare di Urologi e Radioterapisti (in primis Roberto Pedrotti e Claudio Valdagni) ed alla sensibilità dell'Azienda Sanitaria, che ha creduto fin dall'inizio in questo progetto. Si è potuto così dare vita ad un centro che dal maggio 2000 ha raggiunto un bagaglio di esperienza in termini di numero di trattamenti che non ha eguali negli ospedali pubblici italiani.

Con queste premesse in occasione del 52° Convegno della Società degli Urologi del Nord Italia, organizzato dalla Divisione di Urologia del nostro Ospedale e tenuto a Trento dal 16 al 18 ottobre 2003, è stato realizzato un Corso precongressuale avente per tema **"La brachiterapia nel trattamento del carcinoma della prostata localizzato: un approccio multidisciplinare"** e secondo la nostra conoscenza a tutt'oggi formalmente inedito nel nostro paese.

All'interno del Corso stesso si è potuto assistere, in collegamento televisivo diretto con la Sala Operatoria, ad un impianto **"live"** di semi di ¹²⁵I Rapid Strand.

I risultati clinici a lungo termine pubblicati da parte dei Centri stranieri, che hanno per primi attuato questo procedimento terapeutico, sono molto incoraggianti sia in termini di efficacia terapeutica che di qualità di vita: le richieste sono pertanto in costante incremento.

Il Centro di Brachiterapia operante all'interno del Santa Chiara, è divenuto un punto di riferimento per i tanti Colleghi, Urologi, Radioterapisti e Fisici Sanitari che si in Italia vogliono dedicarsi a tale tecnica ed effettua con continuità trattamenti non solo a favore di Pazienti della Provincia di Trento, ma, ed in maggior misura, di Pazienti provenienti da aree extraprovinciali