



FNOMCeO

*Il Presidente
della Commissione per gli iscritti
all'Albo degli Odontoiatri*

RESP. PROC. DOTT. M. POLADAS
RESP. ISTR. DOTT.SSA S. BUONPANE

**AI PRESIDENTI DELLE COMMISSIONI PER GLI
ISCRITTI ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI**

INDIRIZZI E-MAIL: PERSONALI; ORDINI

FNOMCEO 26/05/11
RGP.0004538 2011
CI. 01.09.01/1

Oggetto : Esercizio abusivo delle Professioni Sanitarie -Interrogazione Parlamentare-Risposta Ministro della Salute

Cari Colleghi,

il fenomeno dell'abusivismo delle professioni sanitarie è stato oggetto di una interrogazione parlamentare al Ministro della Salute a conferma della sempre maggiore sensibilità del mondo della politica alla repressione di questo reato che costituisce un indubbio attentato alla tutela della pubblica salute.

Nell'allegarVi copia della esauriente risposta del Ministro, tengo a sottolineare che lo stesso Prof. Fazio, ha ufficialmente dichiarato che le lacune normative che attualmente non permettono una efficace repressione dell'abusivismo potranno essere colmate "in occasione della adozione dei decreti legislativi previsti per la riforma degli Ordini e delle Professioni, al fine di garantire anche norme più stringenti contro l'abusivismo professionale stesso.

E'opportuno evidenziare che l'iter parlamentare del disegno di legge di iniziativa governativa sulla riforma degli Ordini e delle Professioni, già approvata dal Consiglio dei Ministri in data 10 Marzo 2011, ha iniziato il proprio iter parlamentare come risulta dagli allegati verbali delle riunioni del 18 e del 25 Maggio della XII Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati.

Cordiali saluti

All. Vari


Giuseppe Renzo

NEGRO. - *Al Ministro della salute.* - Per sapere - premesso che:

nelle ultime settimane, gli organi di stampa si sono occupati del caso di Matteo Politi, trentenne veronese che avrebbe curato oltre trecento pazienti senza avere né il titolo, né la competenza di medico chirurgo;

sul caso è stata aperta un'indagine giudiziaria, al fine di verificare presso quali strutture sanitarie M.P. abbia prestato il proprio servizio e quali documentazioni fossero state presentate dal presunto medico per attestare le proprie qualifiche professionali;

le indagini sono state estese anche al restante personale operante presso le strutture sanitarie del veronese presso cui ha prestato la propria attività M.P., al fine di verificare in particolare i titoli professionali dei medici riconducibili a cooperative esterne;

il problema dell'abusivismo medico sembra infatti interessare soprattutto quelle società e cooperative cui le strutture pubbliche spesso appaltano servizi strumentali all'attività istituzionale, quali ad esempio l'utilizzo dei mezzi di soccorso legati al sistema di emergenza territoriale 118; l'articolo 38 del codice penale punisce chiunque eserciti abusivamente una professione per la quale è richiesto una speciale abilitazione dello Stato. Lo stesso articolo 33 della Costituzione prevede l'esame di stato per l'abilitazione all'esercizio delle professioni. Tale abilitazione appare tanto più necessaria nell'ambito medico, in quanto il diritto alla salute è espressamente configurato dall'articolo 32 come un diritto fondamentale del singolo ed interesse della collettività;

in Italia, ogni anno, circa mille persone sono sottoposte a processo per esercizio abusivo della professione; l'attività ispettiva è svolta in primo luogo dai Nas e dalla Guardia di finanza; il Nas nel 2009 ha denunciato 1.170 persone per esercizio abusivo della professione medica, di cui 450 falsi odontoiatri;

è molto difficile quantificare il numero effettivo dei soggetti che esercitano abusivamente la professione medica e più in generale le professioni sanitarie: **per i «falsi» odontoiatri le stime si aggirano intorno ai circa 15.000 abusivi (contro i 56.000 regolari)**; per i medici la percentuale tra abusivi e regolari appare più ridotta (10-15 mila abusivi a fronte dei 340.000 iscritti all'ordine); l'identificazione dei falsi medici, odontoiatri o infermieri comporta un impegno spesso cospicuo di investigatori e mezzi, ma le pene previste continuano ad essere esigue (sei mesi di detenzione o una multa di 516.000 euro);

è necessario adottare tempestivamente misure di controllo sull'effettiva diffusione del fenomeno, al fine di salvaguardare il legittimo affidamento dei pazienti e prevenire ulteriori danni alla salute; in particolare, sarebbe opportuno riflettere su un possibile coinvolgimento delle aziende sanitarie locali e degli stessi comuni nell'attività di monitoraggio sul territorio -:

quali iniziative il Ministro interrogato intenda intraprendere o abbia avviato al fine di contrastare il fenomeno dell'abusivismo medico e garantire il legittimo affidamento dei pazienti nell'esercizio della libera scelta del medico curante.

(4-09278)

Risposta. - *Per quanto riguarda il preoccupante, e sempre in crescita, fenomeno dell'abusivismo delle professioni sanitarie,*

si segnala che il Ministero della salute, già nel 2007, con il disegno di legge atto Senato n. 1142, al fine di garantire, in tutta sicurezza, il legittimo affidamento dei pazienti nell'esercizio della libera scelta del medico curante, intendeva rendere effettivo l'obbligo di informazione dei professionisti sanitari nei confronti dei cittadini.

Al riguardo, veniva proposta l'introduzione, nell'ordinamento italiano, dell'obbligo di cui sopra, in quanto, in un sistema come quello nazionale, in cui il consenso informato è parte integrante della corretta prestazione sanitaria, mancano norme di tutela del cittadino, vale a dire regole certe che, prima ancora che il paziente sia informato sulla diagnosi, la cura, la terapia e i rischi ad esse

connessi, lo informino correttamente ed esaustivamente sulla figura professionale e sulle relative competenze del sanitario a cui egli si affida.

Con lo schema di provvedimento normativo sopra citato, veniva sancito l'obbligo, per tutti gli esercenti le professioni sanitarie in regime libero professionale, di informare compiutamente l'utente in merito all'abilitazione posseduta, avendo cura di comunicare la sussistenza dell'iscrizione, ove prevista, al relativo ordine o albo, nonché di specificare quali siano le attività svolte e l'esatta qualifica professionale.

Lo specifico adempimento, previsto per il professionista, era quello di indossare un cartellino munito di fotografia, indicante le generalità, la professione sanitaria e l'eventuale data e numero di iscrizione all'ordine, mentre per la struttura sanitaria ove egli operava, si indicava l'obbligo di esporre un cartello riportante l'attività svolta e la relativa declaratoria di competenze per tutti i professionisti presenti.

Analoga disciplina veniva ipotizzata anche per l'altra categoria di operatori della sanità, vale a dire gli esercenti un'arte ausiliaria delle professioni sanitarie, mediante la previsione di obblighi di informazione, esenzioni parziali e possibilità di interventi migliorativi.

Nello schema predisposto, erano previste anche delle sanzioni per i professionisti, in caso di mancato rispetto delle disposizioni sopra evidenziate.

Proprio perché, nell'ambito delle professioni sanitarie, il fenomeno dell'esercizio abusivo è sempre stato considerato preoccupante, si intendeva, in tal modo, prevenire e reprimere gli eventi criminosi stabilendo che, anche qualora il fatto non costituisse reato, l'esercizio di una professione sanitaria o di un'arte ausiliaria della professione sanitaria, senza la prescritta abilitazione o autorizzazione, fosse soggetto a una sanzione amministrativa pecuniaria, particolarmente pesante, oltre alla confisca delle apparecchiature utilizzate.

Con gli stessi intendimenti si voleva reprimere il fenomeno dell'utilizzo di strutture di comodo, intestate o utilizzate da professionisti abilitati, usate, però, per l'esercizio professionale da soggetti privi dei requisiti.

Infatti, la sanzione prevista per il trasgressore era estesa anche al professionista abilitato il quale permetteva lo svolgimento della prestazione abusiva, anche in sua assenza, all'interno di locali di cui aveva la disponibilità.

Al fine di garantire effettività alla tutela dell'utente lesa dalla prestazione abusivamente erogata da chi non è abilitato, si interveniva, con il suddetto schema, anche sul piano civilistico della fattispecie di cui trattasi, prevedendo la nullità del contratto stipulato fra l'utente e l'esercente abusivo, con conseguente diritto del primo alla restituzione di quanto pagato, fatto salvo, comunque, il diritto al risarcimento del danno eventualmente subito.

Tuttavia, pur essendo stato registrato un generale riscontro favorevole alla proposta normativa, non si è arrivati alla approvazione del disegno di legge atto Senato n. 1142.

Pertanto questo Ministero intende colmare la lacuna normativa in occasione della adozione dei decreti legislativi previsti per la riforma degli ordini e delle professioni, al fine di garantire anche norme più stringenti contro l'abusivismo professionale.

Giova a riguardo segnalare che sta per essere avviato l'iter parlamentare di un disegno di legge di iniziativa governativa,

che ha ottenuto la deliberazione definitiva del Consiglio dei ministri in data 10 marzo 2011.

Il Ministro della salute: Ferruccio Fazio.

*Delega al Governo per il riassetto della normativa in materia di sperimentazione clinica e per la riforma degli ordini delle professioni sanitarie, nonché disposizioni in materia sanitaria. (Seguito dell'esame e rinvio) ... **

UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI

AVVERTENZA

XII Commissione - Resoconto di mercoledì 25 maggio 2011

SEDE REFERENTE

Mercoledì 25 maggio 2011. - Presidenza del presidente Giuseppe PALUMBO. - Interviene il ministro della salute Ferruccio Fazio.

La seduta comincia alle 14.40.

Delega al Governo per il riassetto della normativa in materia di sperimentazione clinica e per la riforma degli ordini delle professioni sanitarie, nonché disposizioni in materia sanitaria.

C. 4274 Governo.

(Seguito dell'esame e rinvio).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento, rinviato, da ultimo, nella seduta del 18 maggio 2011.

Anna Margherita MIOTTO (PD) chiede alla Presidenza che i deputati del suo gruppo che intendono intervenire nel dibattito possano iscriversi a parlare nella prossima seduta dedicata all'esame del provvedimento.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, pur ritenendo che la richiesta della collega Miotto possa senz'altro essere accolta, invita i deputati che intendessero farlo ad intervenire anche nella seduta odierna.

Lucio BARANI (PdL), a nome del suo gruppo, esprime la sua condivisione per la relazione svolta nella scorsa seduta dalla collega De Nichilo Rizzoli, che ha ampiamente illustrato il significativo articolato del disegno di legge in esame, finalizzato ad assicurare una migliore funzionalità del Servizio sanitario nazionale, a potenziare la ricerca scientifica e farmacologica, a garantire la sicurezza delle cure, nonché ad introdurre norme per la sburocratizzazione del settore sanitario, misure queste tutte a vantaggio della salute dei cittadini e di una migliore fruizione dei servizi sanitari pubblici.

Auspica, in conclusione, che il provvedimento possa seguire un *iter* celere e giungere rapidamente a conclusione.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia quindi il seguito dell'esame ad altra seduta.

Storico

XII Commissione - Resoconto di mercoledì 18 maggio 2011

SEDE REFERENTE

Mercoledì 18 maggio 2011. - Presidenza del presidente Giuseppe PALUMBO. - Interviene il ministro della salute Ferruccio Fazio.

La seduta comincia alle 14.

Delega al Governo per il riassetto della normativa in materia di sperimentazione clinica e per la riforma degli ordini delle professioni sanitarie, nonché disposizioni in materia sanitaria.

C. 4274 Governo.

(Esame e rinvio).

La Commissione inizia l'esame del provvedimento.

Melania DE NICHILLO RIZZOLI (PdL), *relatore*, ricorda che il disegno di legge in esame, con la varietà dei temi affrontati, interviene in particolari e rilevanti settori della materia sanitaria, in continua evoluzione dal punto di vista delle innovazioni tecnico-scientifiche, come la sperimentazione clinica dei medicinali, la ricerca sanitaria, la sicurezza delle cure, le professioni sanitarie, la sanità elettronica, i registri di rilevante interesse sanitario e le cure termali, nell'ottica di assicurare ai cittadini un'assistenza sempre più appropriata e qualificata in relazione ai loro bisogni di salute, tramite una maggiore funzionalità e flessibilità del Servizio sanitario nazionale.

Il provvedimento si compone di quattordici articoli suddivisi in quattro Capi; il più corposo è il Capo I, relativo alla sperimentazione clinica e all'attività di ricerca. Esaminando nel dettaglio i contenuti delle singole disposizioni, evidenzia che l'articolo 1 reca una delega per il riassetto e la semplificazione della normativa in materia di sperimentazione clinica dei medicinali per uso umano, che produrrà ricadute positive sul piano occupazionale e sul livello di qualità che l'attività di ricerca determina. Gli obiettivi principali da conseguire con l'adozione dei decreti attuativi riguardano: la riduzione del numero dei comitati etici, lasciandone almeno uno per regione e negli IRCCS presenti sul territorio; l'individuazione dei requisiti dei centri autorizzati alla conduzione di sperimentazioni dalla Fase 0 alla Fase IV; l'identificazione dei meccanismi di creazione e gestione di una rete di eccellenza nella ricerca di Fase 0 e Fase I; in particolare, potranno essere identificati i requisiti minimi per i centri che intendono svolgere studi di Fase 0 e Fase I; la semplificazione degli adempimenti meramente formali per le richieste di autorizzazioni per avviare gli studi clinici; l'individuazione delle procedure di segnalazione delle reazioni avverse in sperimentazione clinica e l'istituzione di una banca dati nazionale dedicata a tale scopo; la ridefinizione dei ruoli delle autorità competenti indicate dal decreto legislativo n. 211 del 2003, in analogia con tutti gli altri Paesi dell'Unione europea; la realizzazione di meccanismi di valutazione delle *performance* delle Aziende sanitarie, la possibilità di istituire un portale per il cittadino, la gestione telematica di tutta la documentazione connessa alle ricerche attraverso l'Osservatorio nazionale della sperimentazione clinica; la facoltà per le università di istituire corsi di formazione in conduzione e gestione di studi clinici; l'aggiornamento degli operatori nell'ambito del programma Educazione continua in medicina; la riformulazione dell'apparato sanzionatorio vigente per assicurare, alla luce dell'esperienza maturata, una migliore corrispondenza tra infrazioni e sanzioni.

Sempre nel capitolo della ricerca, segnala che l'articolo 2 ha lo scopo di circoscrivere la percentuale del finanziamento dei progetti di ricerca sanitaria presentati da giovani ricercatori di età inferiore ai quaranta anni, nell'ambito dei fondi destinati alla ricerca finalizzata, e contestualmente introduce, attraverso una modifica all'articolo 12-*bis* del decreto legislativo n. 502 del 1992, una novità in tale settore, prevedendo le modalità per consentire al singolo ricercatore di completare il progetto di ricerca avviato qualora venga meno il rapporto con la struttura presso la quale il suddetto progetto è stato avviato.

L'articolo 3 consente a ciascun IRCCS di determinare l'esclusività o meno della prestazione del direttore scientifico; il rapporto di lavoro del direttore scientifico si differenzierà dunque da quello del direttore generale e amministrativo, che hanno invece per legge un rapporto esclusivo. Nel caso

di rapporto non esclusivo, l'assunzione dell'incarico comporta la riduzione del 30 per cento della retribuzione rispetto a quella prevista per il direttore scientifico con rapporto di lavoro esclusivo. L'articolo prevede infine, per il personale degli IRCCS di diritto privato, allo scopo di assicurarne una migliore funzionalità operativa, l'esenzione dai limiti di anzianità di servizio previsti dall'articolo 26 del decreto del Presidente della Repubblica n. 76 del 1979, fermo restando il rispetto delle vigenti disposizioni in materia di mobilità verso il Servizio sanitario nazionale.

L'articolo 4 introduce il divieto di atti di sequestro e pignoramento presso terzi a valere sui fondi destinati al finanziamento della ricerca sanitaria, corrente e finalizzata, svolta dagli enti destinatari dei finanziamenti di cui agli articoli 12 e 12-bis del decreto legislativo n. 502 del 1992.

L'articolo 5 potenzia l'Istituto nazionale per le malattie infettive «Lazzaro Spallanzani» di Roma, cui sono destinati 45 milioni di euro per realizzare il progetto e la messa a regime dell'unità per alto isolamento, per fronteggiare eventuali situazioni di emergenza biologica.

Altro importante settore di riordino è quello del Capo II, dedicato alle professioni sanitarie. In particolare, l'articolo 6 reca una norma di delega diretta al riassetto e riordino della vigente normativa, risalente alla legge istitutiva degli ordini del 1946, per la disciplina degli ordini, degli albi e delle federazioni nazionali delle professioni sanitarie di medico chirurgo, medico veterinario, farmacista e odontoiatra, allo scopo di pervenire ad un sistema più aderente alle esigenze dei cittadini e di assicurarne la funzionalità. I decreti legislativi di attuazione della delega dovranno prevedere, per tali enti pubblici non economici sottoposti alla vigilanza del Ministero della salute, le loro funzioni e quelle delle relative federazioni nazionali con autonomia delle singole professioni. Tra i compiti assegnati ai predetti enti figurano l'aggiornamento degli albi, elenchi e registri delle rispettive professioni, la valutazione delle attività di formazione continua, il rafforzamento dei codici deontologici, la trasparenza della comunicazione, l'istituzione di specifici organi disciplinari e la definizione di idonee procedure a garanzia dell'autonomia e terzietà del giudizio disciplinare, l'obbligo per i professionisti di iscrizione alle gestioni previdenziali e un'idonea copertura assicurativa per responsabilità professionale. Tra i criteri di delega merita, inoltre, di esser segnalata l'obbligatorietà dell'iscrizione agli albi, anche per i pubblici dipendenti, e la costituzione di uno specifico ordine per la professione odontoiatrica.

L'articolo 7 riguarda il tema della sicurezza delle cure. Tale disposizione si prefigge di promuovere presso le strutture sanitarie sistemi di segnalazione degli «eventi avversi» per la gestione del rischio clinico, con relative analisi, per individuare le problematiche organizzative che concorrono a generare tali eventi nelle strutture sanitarie. Le regioni e le aziende sanitarie, nell'ambito dei programmi di formazione, dovranno attribuire priorità a specifici programmi di formazione per diffondere la cultura della sicurezza delle cure e ridurre i rischi emersi dai sistemi di segnalazione, ciò allo scopo di migliorare la qualità dei servizi sanitari erogati e la sicurezza dei pazienti.

L'articolo 8 contiene una delega per il riordino della normativa dell'intero settore delle attività idrotermali attraverso l'elaborazione, con decreto del Presidente della Repubblica da emanare entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge, di un testo unico meramente compilativo.

L'articolo 9 mira a superare un'incongruenza in materia di accesso ai concorsi per il personale dirigenziale odontoiatra, attraverso l'abrogazione delle attuali norme che indicano il diploma di specializzazione in odontoiatria quale requisito necessario per accedere al profilo professionale dirigenziale di odontoiatra del Servizio sanitario nazionale, sul presupposto che la laurea in odontoiatria sia di per sé una laurea specialistica e, quindi, la previsione anche della specializzazione costituisce un ulteriore requisito ingiustificato.

L'articolo 10 riguarda la prestazione di servizi da parte delle farmacie. La disposizione intende specificare che le attività di autocontrollo di prima istanza sono non solo quelle di carattere strettamente chimico-analitiche, ma anche quelle che richiedono l'utilizzo di dispositivi strumentali semplici; essa, inoltre, prevede l'estensione ai fisioterapisti delle previsioni per l'attività del personale infermieristico contenute nel decreto legislativo n. 153 del 2009, sui nuovi servizi erogati dalle farmacie.

L'articolo 11 interviene sul regio decreto n. 1265 del 1934, testo unico delle leggi sanitarie, che prevede il principio della non cumulabilità delle professioni sanitarie, al fine di evitare situazioni di conflitto d'interessi. Principio, questo, plausibile nel 1934, quando le professioni erano solo quelle di medico, di farmacista e di veterinario, ma non più attuale oggi, considerato che le professioni sanitarie sono oltre venticinque. Pertanto, la norma conferma il divieto di compresenza in farmacia solo per le professioni di medico e di farmacista, mentre il divieto è eliminato per le altre professioni, con l'effetto di favorire il processo di trasformazione della farmacia in presidio socio-sanitario del territorio.

Altro rilevante settore è quello interessato dal Capo III, concernente la sanità elettronica. L'articolo 12, in particolare, prevede l'istituzione presso ogni regione e provincia autonoma del fascicolo sanitario elettronico (FSE), consistente nell'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito, in modo da rendere univoca la disciplina anche per le regioni, tenuto conto altresì dell'esigenza, più volte manifestata dal Garante per la protezione dei dati personali, di un intervento normativo che individui cautele, specifiche garanzie e responsabilità, nonché alcuni diritti. I dati personali, trattati nel rispetto della normativa in materia di tutela della *privacy*, saranno utilizzati non solo per fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, ma anche di studio e ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico e di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria. Con successivo decreto del Ministro della salute, di concerto con gli altri Ministri competenti, sentita la Conferenza Stato-regioni e acquisito il parere del Garante della *privacy*, saranno stabiliti i contenuti del Fascicolo sanitario elettronico, le modalità e le regole di accesso, nonché le garanzie e le misure di sicurezza da adottare.

L'articolo 13 prevede l'istituzione, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, di sistemi di sorveglianza e, di registri di mortalità, di patologia e di impianti protesici, a fini di ricerca scientifica in ambito medico, biomedico ed epidemiologico. In campo epidemiologico, per «sorveglianza» o per «sistemi di sorveglianza» si intende l'attività connessa alla raccolta, gestione e studio di ogni dato o informazione utile alla valutazione di un rischio per la salute o di una particolare malattia o di una condizione di salute, di rilevante impatto sul governo sanitario. I «registri» rappresentano, invece, una famiglia di banche-dati che sta assumendo importanza sempre maggiore, consistendo in elenchi di eventi, quali una malattia o una condizione, con dati prevalentemente quantitativi.

La citata previsione consente anche un controllo della spesa, in quanto proprio attraverso tali sistemi sarà possibile monitorare l'evoluzione delle più importanti patologie di interesse sanitario e, conseguentemente, razionalizzare i successivi interventi, che non potranno non incidere positivamente anche sui costi dell'assistenza sanitaria. La norma prevede, altresì, per le regioni la facoltà di istituire registri di patologia, di mortalità e di impianti protesici di rilevanza regionale. Infine, il Capo IV reca disposizioni in materia di servizi trasfusionali; con l'articolo 14 si intende, infatti, apportare un'integrazione all'articolo 4 del decreto legislativo 20 dicembre 2007, n. 261, allo scopo di superare la situazione di conflittualità determinatasi tra medici trasfusionisti da un lato e specialisti della medicina di laboratorio dall'altro, nell'esecuzione degli esami di validazione biologica delle unità di sangue e degli emocomponenti, prevedendo la possibilità, nel rispetto della potestà di programmazione e organizzazione propria delle regioni, che i servizi trasfusionali possano affidare a laboratori pubblici autorizzati e accreditati l'esecuzione dei predetti esami di validazione biologica, consentendo, in tal modo, di dare flessibilità al sistema, senza modificare gli assetti organizzativi esistenti.

Il ministro Ferruccio FAZIO, dopo aver ringraziato l'onorevole De Nichilo Rizzoli per l'esauriente relazione, rileva come quello in esame sia il primo disegno di legge di ampio respiro presentato dal Governo in materia sanitaria nella legislatura in corso. Ricorda, altresì, come su tale provvedimento sia stato acquisito il parere favorevole della Conferenza Stato-regioni, il che consente di ritenere che

i profili relativi al riparto costituzionale di competenze tra i diversi livelli di Governo siano stati adeguatamente affrontati e risolti.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia quindi il seguito dell'esame ad altra seduta.

La seduta termina alle 14.30.