

AESERNIA MEDICA

Bollettino Provinciale dell'Ordine
dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Isernia

Anno IX, n. 2 - 3, 2002 - Trimestrale



L'Angelus - Jean François Millet - (1857-1859)

AESERNIA MEDICA

Bollettino Provinciale dell'Ordine
dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Isernia

Consiglio Direttivo

Franco Carugno, Presidente
Vanda Mazza, v. Presidente
Mario Testa
Lucio De Bernardo
Iva Di Cristinzi
Antonia Evangelista
Corrado Del Buono
Anna Morcone
Carmela Rinaldi
Vincenzo Carone

Collegio Revisori

Eustachio Coia, Presidente
Luciano D'Agostino
Ersilia De Marco
Filomena Di Nunzio

Commissione Odontoiatri

Mario Testa, Presidente
Davide Tagliaferri
Danilo Cané
Giovanni Angelone
Trino Di Cristinzi

Direttore responsabile

Natalino Paone

Coordinamento editoriale

Luciano D'Agostino

Comitato scientifico

Angelo Trabassi
Carlo Olivieri
Costantino Kniahynicki

Comitato di redazione

Fernando Crudele
Mario Testa
Miche Notario
Alfredo Volpacchio

Segreteria di redazione

Mara Ionata

SOMMARIO

Editoriale	2
Piano Sanitario	3
Leggi e Decreti	5
Pagina E.N.P.A.M.	21
Attualità	22
Bollettino Scientifico	30
Comunicati FNOMCeO	43
Avvisi e Notizie	52

Editoriale

LA SANITÀ DEL FUTURO SECONDO SIRCHIA

Al forum di Cernobbio sono stati illustrati dal Ministro Sirchia, alla luce del PSN, doti ed iter virtuosi per una sanità da reinterpretare.

Tre soli precetti per un'alchimia di successo:

Etica, Qualità, Razionalizzazione.

La piattaforma culturale, presentata al fine di favorire la sintonia con il PSN 2002-2004, prevede:

a. esercizio della professione mai disgiunto dal rispetto delle norme etiche;

b. operato professionale sempre in regime di qualità: ECM da intendere come vessillo della nuova sanità;

c. partecipazione attiva all'organizzazione di un'assistenza dai connotati di efficacia, efficienza e di appropriatezza di utilizzo delle risorse.

La sollecitazione e' stata rivolta anche a dirigenti e funzionari aziendali sui quali incombono la lotta agli sprechi e la costruzione di un sistema competitivo, a livello regionale, nazionale nonché europeo, che guardi ai bisogni essenziali dei cittadini.

Il volto nuovo della sanità dovrà fondarsi su una maggiore comunicazione a tutti i livelli: Istituzioni, pazienti, medici, diverse componenti del SSN.

Il Ministro ha inoltre ribadito l'impegno personale non solo per il mantenimento, ma soprattutto per il miglioramento d'immagine del SS pubblico attraverso la ricerca della certificazione di qualità delle strutture secondo standard internazionali, l'abbattimento delle liste d'attesa e la riduzione dell'incidenza degli errori medici.

La visione del Ministro Sirchia sembra, differire rispetto a quelle dei ministri che lo hanno preceduto, quando viene attribuita al SSN capacità di autoriforma fondata sulle competenze e sulla buona volontà di tutti gli operatori della sanità.

Franco Carugno

Piano Sanitario Nazionale 2002-2004

I PROGETTI OBIETTIVO DEL NUOVO PIANO SANITA- RIO NAZIONALE 2002-2004

Progetto 1 - "Attuare l'Accordo sui Livelli Essenziali ed Appropriati di Assistenza"

Il primo Progetto Obiettivo del PIANO SANITARIO NAZIONALE riguarda l'applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), vale a dire le prestazioni e i servizi che il SSN è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o in compartecipazione, grazie alle risorse raccolte attraverso il sistema fiscale.

Progetto 2 - "Creare una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili"

Il secondo importante obiettivo è quello di creare una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili. La cronicità e la vecchiaia non sono stati finora affrontati nel nostro Paese con la dovuta attenzione e con i dovuti strumenti, si ritiene che questo obiettivo sia ormai indifferibile: la popolazione anziana cresce continuamente e con essa crescono le pluripatologie e le invalidità.

Progetto 3 - "Garantire e monitorare la qualità dell'assistenza sani-

taria e delle tecnologie biomediche"

Sempre più frequentemente emerge in sanità l'intolleranza dell'opinione pubblica verso disservizi e incidenti, che originano dalla mancanza di un sistema di garanzia di qualità e che vanno dagli errori medici alle lunghe liste d'attesa, alle evidenti duplicazioni di compiti e servizi, alla mancanza di piani formativi del personale strutturati e documentati, alla mancanza di procedure codificate, agli evidenti sprechi.

Progetto 4 - "Potenziare i fattori di sviluppo (o "capitali") della sanità"
Le organizzazioni complesse utilizzano tre forme di "capitale": umano, sociale e fisico.

Il "capitale umano", ossia il personale del Servizio Sanitario Nazionale, è quello che presenta aspetti di maggiore delicatezza. La Pubblica Amministrazione, che gestisce la maggior parte dei nostri ospedali, non rivolge sufficiente attenzione alla motivazione del personale e alla promozione della professionalità e molti strumenti utilizzati a questo scopo dal privato sono sconosciuti.

Progetto 5 - "Realizzare una formazione permanente di alto livello in medicina e sanità"

Il recente accordo in Conferenza Stato-Regioni del 20 dicembre 2001 ha sancito in maniera positiva la convergenza di interesse tra Ministero della Salute e Regioni

nella pianificazione di un programma nazionale che, partendo dal lavoro compiuto dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua, si estenda capillarmente così da creare una forte coscienza della autoformazione e dell'aggiornamento professionale estesa a tutte le categorie professionali impegnate nella sanità.

Progetto 6 - "Ridisegnare la rete ospedaliera ed i nuovi ruoli per i Centri di Eccellenza e per gli altri Ospedali"

Per molti anni l'Ospedale ha rappresentato nella sanità il principale punto di riferimento per medici e pazienti diventando un elemento di sicurezza e di fiducia per la popolazione, che ha portato l'Italia a realizzare ben 1.440 Ospedali, di dimensioni e potenzialità variabili. Attualmente, invece, nasce la necessità di portare al domicilio del paziente le cure di riabilitazione e quelle palliative con assiduità e competenza, e di realizzare forme di ospedalizzazione a domicilio con personale specializzato.

Progetto 7 - "Potenziare i Servizi di Urgenza ed Emergenza"

Il sistema dell'emergenza sanitaria, con i Dipartimenti di Urgenza ed Emergenza (IDEA) di I e II livello, risulta costituito da:

- un sistema di allarme sanitario assicurato dalla centrale operativa, alla quale affluiscono tutte le richieste di intervento sanitario in emergenza tramite il numero unico

telefonico nazionale (118);

- un sistema territoriale di soccorso costituito da idonei mezzi di soccorso distribuiti sul territorio;

- una rete di servizi e presidi funzionalmente differenziati e gerarchicamente organizzati.

Un aspetto che necessita un approfondito esame è relativo al problema di disincentivare gli accessi impropri al Pronto Soccorso, da parte di cittadini che vi accedono di propria iniziativa, saltando le tappe del medico di medicina generale o dei presidi territoriali.

Progetto 8 - "Promuovere la ricerca biomedica e biotecnologica e quella sui servizi sanitari"

Il convincimento che le sfide più importanti si possano vincere soltanto con l'aiuto della ricerca e dei suoi risultati spinge a considerare il finanziamento della ricerca un vero e proprio investimento e la sua organizzazione un obiettivo essenziale.

Progetto 9 - "Promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute"

Alimentazione non corretta, attività fisica e tabagismo gli argomenti in primo piano anche se la pianificazione e la realizzazione di efficaci campagne di comunicazione da parte delle Istituzioni si scontra con l'affollamento di messaggi sui mass media, sostenuto da forti investimenti delle aziende a fini commerciali.

I fondi pubblici non possono competere con le somme a disposizione delle imprese private e ciò minimizza l'impatto e i risultati delle campagne di comunicazione istituzionale.

Progetto 10 - "Promuovere un corretto uso dei farmaci e la farmacovigilanza"

L'impiego razionale dei medicinali rappresenta un obiettivo prioritario e strategico del Piano Sanitario Nazionale, per il ruolo che il farmaco riveste nella tutela della salute. L'attuazione del Programma Nazionale di Farmacovigilanza, costituisce lo strumento attraverso il quale valutare costantemente il profilo di beneficio-rischio dei farmaci, e garantire la sicurezza dei pazienti nell'assunzione dei medicinali. Più in generale, bisogna puntare sul buon uso del farmaco.

Leggi e Decreti

DISEGNO DI LEGGE N° 933/2002 AL SENATO: SPECIALIZZANDI 1983/1991 CON DIRITTO AL PAGAMENTO

Un disegno di legge n° 933/2002 del Senato - se approvato - potrebbe rimettere in corsa per un riconoscimento economico retroattivo i Medici entrati in Specialità tra il 1982 e il 1990, che non abbiano ricevuto alcun compenso in relazione al periodo di formazione.

Tale disegno di legge prevederebbe per questi Medici un riconoscimento economico pari a 7.000 Euro per ogni anno di Specialità frequentato.

Infatti secondo la Corte di Giustizia Europea chi si è specializzato tra il 1983 e il 1991 doveva essere pagato. La Corte di Giustizia Europea (Sezione IV - sentenza del 3 ottobre 2000) aveva riconosciuto a un gruppo di oltre 600 Medici Specializzati presso l'Università di Padova il diritto a una adeguata retribuzione per l'attività svolta durante la formazione anche se prestata in anni in cui l'ordinamento italiano ancora non la prevedeva; la normativa comunitaria del 1982 che regola la questione, pur se recepita in Italia solo nell'anno 1991, era comunque in vigore sino dalla sua emanazione in sede UE, da cui il diritto.

Anche il TAR del Lazio accogliendo il ricorso ha già riconosciuto a

100 Medici pugliesi, che avevano frequentato i Corsi di Specializzazione post laurea fra il 1983 e il 1991, il diritto al rimborso per l'opera svolta durante il periodo della frequenza alla Scuola di Specialità. Il provvedimento allo studio dovrebbe quindi sanare questa situazione creatasi peraltro per inadempienze del Governo italiano.

Già in precedenza era stato consigliato, seppur decorsi i termini di prescrizione, l'inoltro di una domanda al Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica, al Ministero della Sanità e alla Università in cui è stata conseguita la Specializzazione, facendo riferimento alla pronuncia della Corte di Giustizia Europea, sia per interrompere i termini di prescrizione, sia nella previsione di qualche nuovo provvedimento di sanatoria, dato che lo Stato italiano è stato inadempiente per diversi anni nei riguardi di una norma comunitaria. Pertanto per chi non avesse inviato la suddetta domanda è consigliabile ora inviare una richiesta di pagamento -a mezzo raccomandata a.r.- al Ministro del Tesoro ed al Ministro della Salute. Infatti il Disegno Legge che è stato presentato il 6 dicembre 2001, prevederebbe il pagamento di una borsa di studio di 7.000 Euro per ogni anno di frequenza della Scuola di Specializzazione, a sanatoria della mancata applicazione della Direttiva CEE, per gli Specializzati che abbiano presentato domanda entro la data dell'eventuale approvazione della Legge.

*Circolare 5 marzo 2002, n. 448
del Ministero della Salute nella
GU n. 110 del 13-5-2002*

IL PROGRAMMA DELLA COMMISSIONE ECM PER IL PROSSIMO TRIENNIO

- A. Attuazione della formazione intra-aziendale
- B. Applicazione graduale dell'obbligo formativo
- C. Attuazione della formazione a distanza
- D. Passaggio dall'accreditamento degli eventi, all'accertamento dei provider
- E. Controllo sulla qualità degli eventi, dei provider e del programma generale
- F. Utilizzazione dei crediti per la conferma della validità dell'esame di abilitazione professionale
- G. Valorizzazione dei crediti come titoli di carriera.

PROGRAMMA NAZIONALE PER LA FORMAZIONE CONTINUA

Dal 1 gennaio 2002 è iniziata, per tutti gli operatori sanitari, la fase a regime della formazione continua disciplinata dagli articoli i 6-bis, i 6-ter e i 6-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni. La Commissione nazionale per la formazione continua è stata costituita con decreto ministeriale 5 luglio 2000; è in corso il decreto di ricostituzione della stessa a seguito del decreto-legge 7 febbraio 2002, n. 8, che ne ha modificato la composizione.

La Commissione nazionale, sentiti gli organismi federativi degli ordini e collegi professionali, le società scientifiche, le associazioni professionali, le organizzazioni sindacali di categoria e quelle confederali, nonché esperti del settore della formazione, ha elaborato un Programma nazionale per la formazione continua (F.C.M.) tenendo conto anche delle esperienze degli altri Paesi dell'Unione europea e degli Stati più avanzati.

Il programma, completamente informatizzato, opera tramite l'apposito sito Web ministeriale E.C.M. (ecm.sanita.it). Il programma è stato sperimentato per oltre un anno ed ora ha iniziato ad essere pienamente operativo limitatamente agli eventi formativi residenziali.

Gli obiettivi formativi di interesse nazionale, individuati dalla Commissione nazionale, sono stati definiti in un accordo fra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, che è stato sancito dalla Conferenza Stato-regioni nella seduta del 20 dicembre 2001. L'accordo è pubblicato nel sito ministeriale.

I criteri per la definizione del contributo alle spese previsto dall'art. 92, comma 5, della legge n. 388/2000 sono stati stabiliti con decreto del Ministro della salute 27 dicembre 2001, in corso di perfezionamento. Il decreto è riportato nel sito ministeriale.

Il programma ECM può, pertanto, ritenersi ormai delineato e disponibile per tutti gli operatori sanitari, anche se l'esperienza e le ulteriori fasi sperimentali certamente con-

tribuiranno a meglio definirlo in tutti i suoi aspetti.

Si riassumono brevemente gli aspetti più rilevanti del programma ECM.

Le fasi del programma - Per agevolare la realizzazione del programma ECM la Commissione ha ritenuto essenziale un passaggio graduale dalla attuale formazione autogestita (ossia rimessa alla responsabilità del singolo professionista e non vincolata ad obiettivi nazionali e regionali) a quella disciplinata dal decreto legislativo n. 502/1992 e finalizzata ad obiettivi predefiniti.

Pertanto, considerata la estrema complessità e rilevanza del programma ECM, il numero dei soggetti ai quali è destinato e le sue caratteristiche che peculiari, che non hanno corrispondenza in nessun Paese, la Commissione ne ha previsto la realizzazione attraverso "tappe" "autonome e progressive", che sono parti dello stesso progetto.

La prima "tappa" del programma è riservata agli eventi formativi residenziali, per i quali è stata già effettuata una sufficiente sperimentazione (oltre un anno).

La seconda "tappa" del programma concernerà le "attività formative a distanza". L'inizio della tale fase a regime è stato differito al secondo semestre del 2002 in quanto la formazione a distanza necessita di una ulteriore specifica fase sperimentale. Tale fase sperimentale potrà essere congruamente avviata nel primo semestre del 2002 in modo da concluderla nel secondo semestre dell'anno.

La "tappa" conclusiva del programma concernerà l'accreditamento dei provider (ossia delle società scientifiche e degli altri soggetti pubblici e privati che svolgono attività di formazione continua). L'accreditamento dei provider, che costituirà l'asse portante del programma ECM, richiede tempi di realizzazione più lunghi.

I requisiti, i criteri e le procedure per l'accreditamento saranno definiti nel corso del 2002; gli accreditamenti potranno iniziare nel corso del 2003. L'accreditamento dei provider (e la conseguente assegnazione diretta da parte degli stessi dei crediti formativi) impone, infatti, una adeguata valutazione di tutti gli aspetti che lo caratterizzano. Infatti la "delega" ai singoli provider di provvedere all'attribuzione dei crediti richiede, a fronte dell'autonomia agli stessi riconosciuta, un sistema di garanzie non tanto in materia di requisiti e di verifica della loro sussistenza nel tempo, quanto e soprattutto in materia di strumenti per la verifica della qualità dell'offerta formativa e della correttezza dei comportamenti; strumenti che sono tuttora allo studio della Commissione in quanto, fra l'altro, le esperienze degli altri Paesi sono solo in parte utili per essere trasferite nel nostro Paese.

Inizio "fase a regime" della formazione residenziale - La prima tappa del programma è stata circoscritta alla formazione residenziale che è patrimonio comune di tutte le categorie professionali e che è quella più sperimentata. La data di inizio formale della fase a regime per gli

eventi residenziali è stata fissata al 1 gennaio 2002 con riferimento alle richieste di accreditamento degli eventi formativi che si svolgeranno a partire dal 1 aprile 2002.

Soggetti coinvolti - A partire dal 1 gennaio 2002, il programma dell'ECM è applicato a tutte le categorie professionali sanitarie (dipendenti, convenzionati o libero professionisti) e cioè a circa 800.000 professionisti, è escluso dall'obbligo dell'ECM il personale sanitario che frequenta, in Italia e all'estero, corsi di formazione post-base propri della categoria professionale di appartenenza (corso di specializzazione, corso di formazione specifica in medicina generale, dottorato di ricerca, master, laurea specialistica) per tutti gli anni compresi nell'impegno formativo.

Sono esclusi, altresì, dall'obbligo dell'E.C.M., i soggetti che usufruiscono delle disposizioni in materia di tutela della gravidanza di cui alla legge 30 dicembre 1971, n. 1204, e successive modificazioni, nonché in materia di adempimento del servizio militare di cui alla legge 24 dicembre 1986, n. 958, e successive modificazioni, per tutto il periodo in cui usufruiscono o sono assoggettati alle predette disposizioni.

procedure - Fermo restando che l'accreditamento degli eventi formativi inizia a partire dal 1 gennaio 2002, è stato stabilito in generale: che le richieste di accreditamento devono essere prodotte almeno novanta giorni prima dalla data di inizio dell'evento (e non prima comunque di centottanta

giorni); che la richiesta sarà pubblicata automaticamente nel sito Web ministeriale in una apposita sezione denominata "eventi in attesa di accreditamento"; che di norma entro un mese dal la richiesta (se il provider ha rispettato tutte le prescrizioni per l'accreditamento) l'evento sarà pubblicato nel sito Web ministeriale unitamente al punteggio attribuito all'evento in una apposita sezione denominata "eventi accreditati e crediti attribuiti".

Crediti formativi - I crediti per il primo quinquennio sono stati fissati in complessivi 150 (come già previsto dalla Commissione nella fase sperimentale) con un obbligo progressivo di acquisizione di crediti a partire da 10 per il primo anno fino a 50 per il quinto anno (10-20-30-40-50), con un minimo annuale di almeno il 50% del debito formativo previsto per l'anno e con un massimo annuale del doppio del debito formativo previsto per l'anno.

Fermo restando che, nella fase a regime, anche per uniformità con i sistemi più avanzati degli altri Paesi, il numero dei crediti da raccogliersi da parte del singolo operatore sarà di 150 in tre anni, la Commissione per la formazione continua ha ritenuto più opportuno attuare, nella fase di avvio, una progressione nel numero di crediti acquisibili annualmente in un programma quinquennale così definito:

2002: crediti 10 (per un impegno temporale di 8/10 ore di formazione residenziale: 1/2 giorni di e.c.m.); 2003:

crediti 20 (per un impegno temporale di 15/24 ore di formazione residenziale: 2/3 giorni di e.c.m.); 2004:

crediti 30 (per un impegno temporale di 25/35 ore di formazione residenziale: 3/4 giorni di e.c.m.); 2005:

crediti 40 (per un impegno temporale di 30/45 ore di formazione residenziale: 4/6 giorni di e.c.m.); 2006:

crediti 50 (per un impegno temporale di 38/62 ore di formazione residenziale: 6/8 giorni di e.c.m.).

La progressione dei crediti tiene conto del fatto che per l'anno 2002 la fase di acquisizione dei crediti inizia ad aprile, che la formazione a distanza sarà attivata nel secondo semestre dell'anno 2002 e che per molte categorie non esiste allo stato una offerta formativa sufficiente e che è prevedibile un progressivo adeguamento dell'offerta formativa stessa per tutte le categorie.

Il numero dei crediti, che ciascuna categoria deve conseguire ogni anno e nel quinquennio, è uguale per tutte le categorie.

Valutazione eventi - La valutazione degli eventi residenziali e delle altre forme di attività formativa sarà effettuata con i criteri pubblicati nel sito Web del Ministero della salute.

Contribuzione-Il contributo previsto dal l'art. 92, comma 5, della legge n. 388/2000, è necessariamente correlato alle varie tipologie di eventi e attività formative (eventi e attività residenziali o a distanza, ecc.) e dei provider (aziende sanitarie pubbliche e private, società scientifiche, ecc.).

La Commissione ha, quindi, ritenuto di definire i criteri per la determinazione dei contributi contestualmente alla disciplina di accreditamento dei vari eventi e attività formative nonché dei provider. Conseguentemente in questa fase, nella quale sono accreditati esclusivamente i singoli eventi formativi residenziali, la Commissione nazionale si è limitata a definire i criteri per la determinazione dei contributi per gli eventi residenziali.

Per gli eventi residenziali il contributo è stato fissato in rapporto al numero dei crediti formativi attribuiti all'evento partendo dalla misura minima fissata dalla legge, Euro 258,23, pari a L. 500.000, fino alla misura massima di Euro 774,69, pari a L. 1.500.000.

Centri formativi ECM - La Commissione nazionale per la formazione continua ha ritenuto che, per la realizzazione del programma ECM, sia essenziale il ruolo delle aziende sanitarie (pubbliche e private) e la contestuale creazione di una rete territoriale di centri di formazione. La necessità di disporre di un numero di eventi formativi sufficiente a soddisfare le esigenze formative di circa 800.000 utenti rende, infatti, urgente la disponibilità di un numero adeguato di sedi di formazione, quanto più possibile articolate nel territorio, così da ridurre al minimo gli spostamenti dal luogo di lavoro, i disagi correlati ed i relativi oneri economici.

È importante che ogni azienda ospedaliera, distretto sanitario o struttura sanitaria di consistenza adeguata e, comunque, ogni struttura pubblica o privata che sia inte-

ressata alla erogazione di eventi formativi, e che quindi sia disposta a chiederne l'accreditamento alla Commissione nazionale, predisponga:

le sedi ove fare svolgere le attività seminariali, di gruppo, di discussione, di lezione relative alla formazione continua; un programma plurimensile (con cadenza almeno trimestrale) che garantisca a tutte le categorie di personale dipendente o comunque, anche se non dipendente, interessato, e soprattutto residente nel territorio vicinior, di poter accedere alle diverse attività e di ottenere quindi i relativi crediti formativi.

I vantaggi di questa "territorializzazione della formazione continua sono evidenti:

il personale dispone di attività formative in loco;

si attua un considerevole risparmio nel rimborso di spese di viaggio e di soggiorno;

le attività formative si svolgono nell'ambito delle ore obbligatorie di formazione previste dai contratti di lavoro; le attività formative possono essere offerte dalla azienda ad altre strutture che potrebbero essere interessate all'acquisto di pacchetti predisposti in altre sedi e da altre strutture;

le competenze per le attività formative, sia di docenza che tutoriali, possono essere in buona parte reperite tra il personale stesso;

i programmi possono corrispondere più direttamente ai bisogni formativi del personale, il quale può bene contribuire alla individuazione dei bisogni formativi e delle forme di aggiornamento ritenute

più utili o urgenti;
diverse aziende viciniori possono consorzarsi, suddividendosi i compiti della produzione di eventi formativi, e condividendoli per i loro utenti;

il controllo della qualità della formazione diviene più agevole.

I centri formativi aziendali ossia l'organizzazione intraaziendale della formazione continua anticiperà, così, il passaggio alla terza fase del sistema nazionale di formazione continua, nella quale saranno accreditati dalla Commissione nazionale non più i singoli eventi, ma i provider, ai quali sarà delegata la assegnazione dei crediti formativi.

La attivazione della rete territoriale della formazione continua offrirà enormi vantaggi anche per le regioni, in quanto proprio in questi centri territoriali si svolgerà la formazione relativa agli obiettivi formativi regionali previsti dalla legge.

Per favorire l'attivazione della rete territoriale è stato previsto che i Centri di formazione aziendale possano utilizzare lo strumento del "progetto formativo, costituito da più eventi, anche di diversa tipologia, caratterizzati da uno specifico ed unitario obiettivo e dai medesimi destinatari.

Infine, va ricordato che la attivazione dei centri territoriali di formazione non esclude, ove ritenuto opportuno, la sopravvivenza delle forme più tradizionali di formazione (congressi, ecc.).

Ciò premesso, si ritiene opportuno, anche per evitare errate interpretazioni delle determinazioni finora

assunte dalla Commissione nazionale e per assicurare la massima regolarità nello svolgimento del programma ECM a garanzia sia degli organizzatori che degli operatori, ribadire alcuni aspetti dell'attuale fase di attuazione del programma ECM:

la fase sperimentale relativa agli eventi formativi residenziali ed a distanza si è definitivamente conclusa il 31 dicembre 2001;

per gli eventi formativi residenziali la fase a regime è iniziata il 1 gennaio 2002;

la possibilità di acquisizione dei crediti è iniziata con gli eventi formativi residenziali che si svolgeranno a partire dall'aprile 2002;

per gli eventi formativi a distanza la fase a regime inizierà dopo una ulteriore fase di sperimentazione, limitata ad alcune aziende sanitarie, che si concluderà nel secondo semestre del 2002;

la data della fase di inizio a regime della formazione a distanza, che non è stata ancora fissata dalla Commissione, sarà tempestivamente comunicata nel sito ministeriale;

nella fase sperimentale conclusa nel 2001 sono stati accreditati esclusivamente gli eventi residenziali e le specifiche attività formative a distanza e non anche gli organizzatori degli eventi e delle attività (provider);

anche nell'attuale fase a regime continuano ad essere accreditati esclusivamente i singoli eventi formativi residenziali e non anche gli organizzatori degli stessi;

la "registrazione dell'organizzatore", ossia la procedura prevista per

ottenere la utenza e la password è finalizzata a consentire esclusivamente l'accreditamento degli eventi e delle attività formative da parte dell'organizzatore stesso;

la "registrazione dell'organizzatore" non è assimilabile a nessun effetto all'"accreditamento delle società scientifiche e dei soggetti pubblici e privati" disciplinato dall'art. 1 6-ter del decreto legislativo n. 502/1992;

lo "accreditamento" dei provider sarà possibile solo dopo che la Commissione nazionale per la formazione continua avrà stabilito, come prescrive la legge, i requisiti per l'accreditamento dei provider e dopo l'accertamento del possesso dai parte dei provider stessi dei predetti requisiti; la "registrazione" e la partecipazione di un organizzatore di eventi e attività formative al programma di formazione continua (fase sperimentale e fase a regime) non conferisce all'organizzatore stesso alcun diritto o pretesa a chiedere ed ottenere successivamente lo "accreditamento" come provider;

i crediti attribuiti nella fase sperimentale (sia alle attività formative residenziali sia ad alcune attività formative a distanza) non sono validi ai fini dell'acquisizione dei crediti formativi prescritti per il primo quinquennio del programma ECM (2002/2006), anche se, ovviamente, possono essere richiamati nel proprio curriculum professionale o documentati ad altri fini. Gli organizzatori di eventi formativi devono far presente quanto susposto anche nelle loro iniziative promozionali e nei rapporti con i

singoli utenti. Eventuali comportamenti in contrasto costituiscono motivo ostativo all'accreditamento degli eventi residenziali proposti ed al successivo accreditamento degli organizzatori stessi.

Per quanto concerne il controllo sulla qualità degli eventi dei providers e del programma degli eventi stessi, esso verrà realizzato da appositi referees appartenenti alle società scientifiche rappresentative delle diverse professioni, sia singole che associate in strutture di tipo federativo, quali la FISM (Federazione delle società medico-scientifiche italiane).

Nel futuro prossimo i crediti saranno necessari per validare l'esame di abilitazione professionale e come titolo di carriera.

Disegno di Legge n. 708

NUOVE NORME IN TEMA DI RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DEL PERSONALE SANITARIO

*d'iniziativa del senatore Antonio
Tomassini comunicato alla
Presidenza il 6 giugno 2001
(TESTO APPROVATO DALLA
COMMISSIONE IGIENE E
SANITÀ DEL SENATO NELLA
SEDUTA DEL
15 MAGGIO 2002)*

Art. 1.

(Reponsabilità per danni occorsi in strutture sanitarie ospedaliere)

1. La responsabilità civile per danni a persone causate dal personale sanitario medico e non medico, oc-

corsi in una struttura ospedaliera pubblica o privata, è sempre a carico della struttura stessa.

2. La responsabilità riguarda tutte le prestazioni erogate dalle strutture ospedaliere pubbliche ivi incluse le attività ambulatoriali, diagnostiche e le attività intramoenia. Fanno eccezione quelle escluse totalmente dai livelli essenziali di assistenza ex allegato 2 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001. La responsabilità riguarda inoltre tutte le prestazioni fornite dalle strutture ospedaliere private accreditate.

3. La struttura ospedaliera può avviare azione disciplinare contro i dipendenti responsabili del danno qualora il fatto sia stato commesso con dolo o colpa grave. Solo in caso di dolo può essere avviata azione di rivalsa nei confronti dei sanitari responsabili.

Art. 2.

(Assicurazione obbligatoria delle strutture sanitarie ospedaliere)

1. Tutte le strutture sanitarie ospedaliere pubbliche e private non possono esercitare l'attività se non sono coperte, ai sensi della presente legge, dall'assicurazione per la responsabilità civile nei confronti degli assistiti.

2. Per l'adempimento dell'obbligo di cui al comma 1, il contratto deve essere stipulato con qualsiasi impresa autorizzata all'esercizio dell'assicurazione della responsabilità civile con massimali idonei a garantire la copertura assicurativa della responsabilità civile di tutti gli operatori sanitari.

Art. 3.

(Azione giudiziaria per il risarcimento del danno)

1. Il danneggiato a seguito di prestazioni sanitarie ricevute in strutture per le quali, ai sensi della presente legge, vi è l'obbligo dell'assicurazione obbligatoria, ha azione diretta per il risarcimento del danno nei confronti dell'assicuratore, entro i limiti delle somme per le quali è stata stipulata l'assicurazione.

2. La domanda di risarcimento, inviata tramite raccomandata con avviso di ricevimento, deve essere corredata da idonea documentazione medica.

3. L'assicuratore, entro novanta giorni dalla domanda di risarcimento, comunica al danneggiato la misura della somma offerta, ovvero indica i motivi per i quali non ritiene di fare alcuna offerta; nello stesso periodo di tempo il danneggiato è tenuto ad acconsentire agli accertamenti, ai controlli e alle verifiche che si rendano necessarie.

4. In caso di postumi non ancora consolidati, la richiesta e l'offerta potranno avere carattere provvisorio. L'offerta definitiva deve essere comunicata entro novanta giorni dalla data in cui il danneggiato informa l'assicuratore riguardo il consolidamento dei postumi.

5. Se il danneggiato dichiara di accettare la somma offertagli, l'assicuratore deve provvedere al pagamento entro venti giorni dal ricevimento per iscritto dell'accettazione.

6. Qualora la somma offerta sia inferiore a quella richiesta e il danneggiato non si dichiara soddisfatto

del risarcimento, l'impresa deve comunque corrispondere tale somma entro venti giorni. Tale somma verrà imputata nella liquidazione definitiva del danno.

Art. 4.

(Arbitrato)

1. In mancanza di accordata le parti, la controversia può essere deferita, su proposta del danneggiato e previo accettazione della controparte, ad un collegio arbitrale.
2. La volontà del danneggiato di deferire ad un collegio arbitrale l'eventuale contenzioso deve essere esplicitata al momento dell'invio della domanda di risarcimento di cui all'articolo 3, comma 2. L'assicuratore è tenuto a comunicare l'accettazione o il diniego del deferimento al collegio arbitrale nella comunicazione di cui all'articolo 3, comma 3.
3. Il collegio arbitrale è composto da tre membri, dei quali due designati da ciascuna delle parti con forme e modalità di cui all'articolo 810 del codice di procedura civile.
4. Il procedimento, il lodo e le impugnazioni devono essere svolti in conformità agli articoli 816 e seguenti del codice di procedura civile. Il procedimento si conclude nel termine di novanta giorni da quello in cui è avvenuta l'ultima accettazione da parte degli arbitri, salvo che le parti, di comune accordo, concordino un termine diverso.

Art. 5.

(Pronuncia secondo equità)

1. Qualora la causa venga deferita a un collegio arbitrale, le parti, di

comune accordo, possono chiedere agli arbitri di decidere secondo equità. Contro tale decisione non sono ammessi mezzi di impugnazione.

Art. 6.

(Albi degli arbitri e dei consulenti tecnici d'ufficio per vertenze sulla responsabilità professionale del personale sanitario)

1. Entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge in ciascuna Regione e Provincia Autonoma è costituito un Albo degli arbitri e dei consulenti tecnici d'ufficio per le vertenze riguardanti la responsabilità professionale del personale sanitario.
2. Ogni Regione e Provincia Autonoma stabilisce le modalità per la costituzione e l'aggiornamento dell'Albo avendo cura di garantire un'idonea e qualificata rappresentanza di esperti di tutte le specializzazioni mediche e delle professioni sanitarie non mediche, anche con il coinvolgimento delle relative società scientifiche.

Art. 7.

(Nomina degli arbitri e dei consulenti tecnici d'ufficio)

1. In tutte le cause di responsabilità professionale dei sanitari, la nomina del terzo arbitro ai sensi degli articoli 809 e 810 del codice di procedura civile e dei consulenti tecnici d'ufficio ai sensi dell'articolo 61 del codice di procedura civile deve essere effettuata tra persone iscritte all'albo di cui all'articolo 6.
2. È possibile il conferimento dell'incarico ad un consulente o arbi-

tro iscritto in Albo di altra Regione. Per il conferimento di incarichi a persone non iscritte in alcun Albo il giudice, qualora non vi sia accordo tra le parti, deve chiedere l'autorizzazione al Presidente del tribunale competente indicando i motivi della scelta. Il Presidente, se ritiene fondati i motivi, provvede con ordinanza.

3. Qualora la vertenza riguardi una materia specialistica, ciascuna parte ha diritto di chiedere con apposita istanza che la nomina avvenga tra gli iscritti agli albi regionali con specifica competenza che abbiano l'annotazione nella disciplina oggetto del contenzioso.

4. In caso di controversie sulla sussistenza dei requisiti di cui al comma 3, ovvero su quale sia la disciplina specialistica oggetto del giudizio, decide il giudice con ordinanza.

Come cambia la legge sulla privacy:

semplificazioni nel trattamento dei dati e significativa depenalizzazione dei vari casi

NESSUNA NOTIFICA AL GARANTE

Il decreto legislativo 28 dicembre 2001 n. 467, modificando in alcuni punti la Legge generale 31 dicembre 1996 n. 675 che disciplina il trattamento dei dati personali, ha introdotto alcune semplificazioni in virtù delle quali intere categorie di persone saranno sgravate da gran parte degli obblighi legati all'applicazione della normativa sul-

la protezione dei dati, evitando sia di pagare i costi a essi legati sia di subire le pesanti conseguenze sino ad oggi previste in caso di inosservanza.

Da sottolineare l'attribuzione di nuovi e più penetranti poteri al Garante per il quale sarà d'ora in poi più facile prescrivere ai diversi titolari le cautele che è necessario adottare per rispettare la legge provvedendo a disporre il blocco o a vietare i trattamenti non consentiti. Con la previsione che il mancato rispetto di tali provvedimenti porti all'applicazione di pesanti sanzioni penali. Ma la novità di maggior rilievo è rappresentata dalla nuova disciplina delle notificazioni. Sino ad oggi, infatti, la regola generale prevedeva, per ogni soggetto che utilizzava dati riferibili ad una persona identificata o identificabile, l'obbligo di notificare al Garante tale trattamento, specificandone le principali caratteristiche. Le notificazioni confluivano in un registro generale dei trattamenti, tenuto dal Garante e posto a disposizione di tutti gli interessati. Questi ultimi, interrogandolo, potevano risalire al nome e all'indirizzo dei soggetti che presumibilmente possedevano informazioni che li riguardavano e, sulla base di ciò, rivolgersi ad essi soprattutto al fine di esercitare i diritti previsti dall'art. 13 della Legge 675 (accesso ai dati, aggiornamento, rettifica o, in certi casi, cancellazione degli stessi ecc.).

Con il nuovo decreto, in principio generale viene completamente rovesciato: nessuno deve notificare al Garante i trattamenti effettuati, a

meno che questi non siano suscettibili di recare pregiudizio ai diritti o alle libertà dell'interessato, in ragione delle relative modalità o della natura dei dati. A determinare i casi in cui tale pericolo esiste effettivamente - e quindi deve essere fatta la notifica - sarà un regolamento approvato con Decreto del Presidente della Repubblica su deliberazione del Consiglio dei Ministri (art. 3 Dlgs. 467/01). Pertanto una prima conseguenza sarà data dal fatto che il "registro generale dei trattamenti" non sarà più "generale" in quanto conterrà solamente i trattamenti più "pericolosi". In compenso, però, la sua minor ampiezza lo renderà finalmente operativo e quindi utile per i cittadini.

Altre semplificazioni riguardano il contenuto delle notifiche, nelle quali potrà essere indicato anche il nome di uno solo dei responsabili eventualmente designati dal titolare, colui cioè che si dovrà occupare di rispondere alle richieste previste dal più volte richiamato articolo 13. Tale novità interessa soprattutto le aziende o gli enti di grandi dimensioni che, generalmente, nominano più responsabili e dove questi ultimi sono soggetti ad un continuo avvicendamento negli incarichi (sino ad oggi tali modifiche comportavano la necessità di una nuova notifica). Da segnalare, infine, che le sanzioni penali, precedentemente previste per i casi di omessa o incompleta notifica sono state trasformate in semplici sanzioni amministrative, mentre resta regolato dal diritto penale il comportamento di chi dichiara il falso nelle notificazioni.

Trattamento dei dati

Molte le novità anche per quanto attiene al trattamento dei dati sensibili. Sono state, infatti, introdotte alcune rilevanti fattispecie in cui queste delicatissime informazioni possono essere trattate senza il consenso degli interessati (in genere è invece previsto un assenso in forma scritta), basandosi unicamente su una autorizzazione del Garante. Il nuovo decreto legislativo, con l'art. 8, modificando ancora una volta il testo dell'art. 22 della Legge 675/96, ha previsto che dietro autorizzazione del Garante e senza il consenso degli interessati, le associazioni, gli enti o gli organismi senza scopo di lucro a carattere politico, filosofico, religioso o sindacale, le confessioni e le comunità religiose potranno utilizzare - ovviamente solo per il perseguimento di finalità lecite - tutti i dati sensibili degli aderenti o dei soggetti che in relazione a tali finalità hanno contatti regolari. Ciò purché tali informazioni personali non siano comunicate o diffuse fuori dal relativo ambito. Spetterà a ciascun ente determinare con proprio provvedimento - da emanare entro il 30 giugno 2002 - idonee garanzie per i trattamenti effettuati.

Il secondo gruppo di trattamenti di dati sensibili per i quali non sarà richiesto il consenso scritto degli interessati, riguarda l'ipotesi in cui l'utilizzo dei dati è necessario per la salva-guardia della vita o dell'incolumità fisica dell'interessato o di un terzo, nel caso in cui l'interessato non può prestare consen-

so per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere. Naturalmente, spetterà all'autorizzazione del Garante il compito di definire più nel dettaglio i paletti entro cui debbono realizzarsi i trattamenti indicati.

Trasferimento all'estero

Da ultimo, si sottolinea che il nuovo decreto legislativo ha voluto rendere estremamente più facili i trasferimenti di dati personali all'estero, eliminando ogni vincolo per le comunicazioni dirette all'interno dell'Unione Europea e alleggerendo in modo significativo quelle verso i Paesi extra UE. Ciò anche stabilendo un più stretto parallelismo con le esenzioni che si sono viste in materia di notifiche.

Dalla esposizione delle più importanti novità introdotte con il richiamato Dlgs 467/O1, emerge il rafforzamento del ruolo del Garante non solo per la molteplicità dei casi in cui l'Autorità sarà chiamata a definire nel dettaglio di regime a cui sono sottoposti alcuni trattamenti, ma anche perché il Garante potrà prescrivere ai diversi titolari le misure necessarie per una corretta applicazione della legge. E, in caso di mancato adeguamento alle stesse, vietare o disporre il blocco del trattamento, con la previsione della reclusione da tre mesi a due anni in caso di inosservanza. Da evidenziare la rimozione delle sanzioni, sia per l'opportuna depenalizzazione di un gran numero di fattispecie, sia per la previsione dei casi in cui ai titolare viene offerta

la possibilità di regolarizzare il proprio comportamento, evitando le sanzioni penali (il riferimento è al "ravvedimento operoso" introdotto in materia di misure di sicurezza nel nuovo testo dell'art. 36 della Legge 675/96 dall'art. 14 del Dlgs 467/2001.

LA SENTENZA - OBBLIGO PER IL MEDICO DI INFORMARE L'AUTORITÀ GIUDIZIARIA IN CASO DI LESIONI GRAVI O GRAVISSIME PER VIOLAZIONE DELLE LEGGI ANTINFORTUNISTICHE

a cura del Dipartimento di
Medicina e Sanità Pubblica
Università degli Studi dell'Insubria

CASSAZIONE PENALE - SEZ. VI, SENT. N. 5949/ 1998 PRES. D'ASARO - REL. CORTESE

"Nel caso di lesioni gravi o gravissime riportate dal lavoratore subordinato nel corso della prestazione lavorativa, la possibilità di violazione di norme antinfortunistiche è in re ipsa e comporta di conseguenza l'obbligo di referto di cui all'art. 365 c.p. per il sanitario che intervenga a prestare la propria assistenza, senza che lo stesso debba accertare se e quale violazione si sia in concreto verificata.

Quanto all'elemento soggettivo del reato, esso potrà escludersi solo quando l'agente abbia la certezza piena dell'inesistenza di qualunque possibilità di violazione di norme antinfortunistiche."

La citata sentenza riguarda un

aspetto importante della professione sanitaria:

l'obbligo per il medico di informare l'Autorità Giudiziaria in caso di lesioni personali gravi o gravissime per violazione delle leggi antinfortunistiche.

Il referto, come è noto, è "l'atto obbligatorio con il quale ogni esercente una professione sanitaria comunica all'Autorità Giudiziaria quei casi in cui ha prestato la propria assistenza ad opera e che possono presentare i caratteri di un delitto perseguibile d'ufficio." Poiché la comunicazione della notizia criminis è fondamentale per la più rapida attivazione della "macchina della giustizia", il nostro Codice prevede gravi sanzioni per l'inadempiente: "chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza ad opera in casi che possono rappresentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio, omette o ritarda di riferire all'autorità indicata., è punito con la multa fino a L. 1.000.000. Questa disposizione non si applica quando il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale. (Art 365 c.p.)

Naturalmente, per incorrere nella fattispecie di reato considerato da tale articolo di legge, è necessario il dolo da parte del sanitario.

Le lesioni personali, essendo delitti contro l'incolumità individuale, se dolose richiedono il referto solo se lievi, gravi o gravissime; se colpose, non sussiste tale obbligo e si procede a querela della persona offesa. Nell'attuale panorama norma-

tivo, come questa autorevole sentenza della Suprema Corte ci rammenta con notevole incisività, se le lesioni personali colpose si verificano per omissione delle misure di prevenzione obbligatorie contro gli infortuni e le malattie professionali ovvero per violazione delle norme sull'igiene del lavoro, secondo quanto stabilito dall'articolo 590 c.p., esse si configurano come delitto perseguibile d'ufficio e, quindi, scaturisce il conseguente obbligo da parte del sanitario competente di stilare il referto. Infatti, la tutela della salute e della integrità psicofisica dei lavoratori gode di uno speciale interesse da parte del legislatore se è vero che sono state promulgate: le Leggi speciali in materia di lavoro che disciplinano la prevenzione degli infortuni e l'igiene sul lavoro (Di. 27 aprile 1955, n. 547; D.R.R. 7 gennaio 1956 n. 164.) e l'art. 437 c.p. intitolato "Rimozione od omissione dolosa di cautele contro gli infortuni sul lavoro."

Pertanto, configurandosi da parte del medico che presta la propria assistenza in caso di infortunio sul lavoro anche solo il sospetto, e non solo la certezza o il fondato convincimento quindi, di trovarsi di fronte a uno dei casi sanzionati dagli articoli ricordati, egli dovrà svolgere la dovuta attività di refertazione. In caso contrario si troverebbe nella situazione delineata dall'art. 365 c.p.: omissione di referto.

Or dunque, come i dati statistici in materia di infortuni sul lavoro ci rammentano, non è evento infrequente che, alla base del fatto in

esame da parte del sanitario, ci sia una violazione delle normativa citata anche se è ben difficile, oltre che improbabile, che il medico sappia precisare con certezza quale norma specifica delle leggi antinfortunistiche sia stata realmente disattesa. È infatti concretamente impossibile, anche per il più preparato e serio professionista chiarire se, nella effettiva determinazione dell'evento, abbiano avuto più peso, per esempio, le infrazioni alle disposizioni su scale, pavimenti, parapetti o piuttosto quelle concernenti i macchinari elettrici, termici o gli impianti a gas. Inoltre, come è doveroso ricordare questo è un compito che spetta ad altri, ai tecnici e al magistrato che condurranno le indagini sul fatto. Pertanto, come puntualizza la sentenza a proposito delle lesioni gravi o gravissime riportate durante l'attività lavorativa, essendo la possibilità - concetto squisitamente statistico - di inottemperanza delle Leggi speciali sulla sicurezza del lavoro alla base dell'evento in esame, il sanitario si limiterà a stilare il referto, lasciando ad altri l'accertamento di quale forma di inadempienza ad esse si tratti.

La sentenza in esame chiarisce che, a proposito dell'elemento soggettivo del reato di omissione di referto, cioè della colpevolezza, intesa come l'atteggiamento psicologico del soggetto agente che volontariamente trasgredisce la legge penale" 2, essa è esclusa se il professionista sanitario ha la certezza piena che le leggi antinfortunistiche non sono state violate. Tuttavia è evidente che tale certezza non ci

potrà mai essere; tant'è vero che la Corte poco prima afferma che la possibilità di violazione delle norme citate è in re ipsa, cioè nel fatto stesso. Pertanto qualora fosse contestato al sanitario di aver stilato il referto in caso di infortunio senza che vi fossero gli estremi e di aver violato con questo atto il diritto alla privacy e alla riservatezza, egli potrà difendersi rifacendosi proprio a questa sentenza, che chiaramente stabilisce che il medico in questo caso è tenuto a dare comunicazione all'Autorità Giudiziaria.

Omar Ferrara

Cassazione: "Deve seguire la fase post-operatoria"

QUANDO IL CHIRURGO È GENTILUOMO

Il perdono chiesto dal primario chirurgo dell'ospedale di Abano Terme ai parenti della donna morta per una setticemia provocata da alcune garze dimenticate nell'addome apre un nuovo capitolo della lunga storia degli errori medici. Poiché sono rarissimi i casi in cui il medico ammette di aver sbagliato, queste scuse sono un segnale forte che non deve essere sottovalutato ma piuttosto considerato come un sincero atto di umiltà dovuto da chi esercita una professione che spesso presenta rischi altissimi. La storia è vecchia di un anno: la paziente era affetta da tumore e le era stato asportato l'utero. All'inizio il quadro generale della donna sembrava migliorare, ma poi le sue condizioni peggiorarono. Du-

rante un secondo intervento chirurgico, si scoprì che alcune garze, dimenticate nell'addome, avevano provocato la setticemia che qualche tempo dopo ne determinò la morte.

Un'inchiesta penale accerterà le responsabilità alle quali questa volta il medico che ha commesso l'errore non intende sottrarsi. Le scuse rivolte alla famiglia della paziente non sono però soltanto un'ammissione di colpa. Esse rappresentano la volontà e la disponibilità a risarcire il danno provocato, forse da disattenzione forse da altri fattori imponderabili, quando medici e pazienti si trovano l'uno di fronte all'altro in una sala operatoria. E contrastano fortemente con l'atteggiamento, purtroppo diffuso, di quegli operatori che tendono a non ammettere i loro errori, ma ad addossarne la conseguenza sulle spalle di altri. Un costume che la Corte di Cassazione ha fortemente stigmatizzato in una sentenza recente con la quale ha chiarito addirittura e in modo esemplare che le responsabilità di un chirurgo non si esauriscono con l'uscita del paziente dalla camera operatoria.

Su di lui incombono infatti obblighi di vigilanza e sorveglianza sia diretta che indiretta anche nella fase post operatoria. La Corte ha ribadito che il chirurgo non è tenuto solo a quella diligenza che è propria del buon padre di famiglia. La legge impone infatti il rispetto di tutte le regole e gli accorgimenti che nel loro insieme costituiscono la conoscenza della professione medica. Ed ancora: poiché un intervento chirurgico

presenta tutte le caratteristiche tipiche della responsabilità contrattuale, il medico deve provare che l'eventuale suo inadempimento è stato incolpevole. Ovvero, in caso di errore o di complicazioni postoperatorie, deve provare che la sua prestazione implicava la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà.

Una sentenza che forse sarebbe passata inosservata tra le tante che la Cassazione pronuncia ogni giorno sul fronte della responsabilità del medico. E che invece, alla luce delle scuse chieste da un altro medico, anche lui primario chirurgo come il primo, acquista un significato tutto particolare. E sta ad indicare come possono essere diversi i comportamenti degli operatori sanitari. L'uno pronto ad ammettere le sue colpe e l'altro a rifiutare di seguire le conseguenze postoperatorie di un suo paziente. Due mondi diversi, due modi di intendere il rapporto medico-paziente: distanti anni luce sono forse il prodotto della tante anomalie del nostro sistema sanitario.

DECRETO LEGGE OMNIBUS

Manovra di razionalizzazione della spesa farmaceutica e di riforma della professione

Sono state varate dal Consiglio dei Ministri il 05.07.2002, in attesa di ratifica parlamentare, le disposizioni di contenimento della spesa farmaceutica.

Il risparmio, previsto ed atteso, è di 1,8 miliardi di euro.

Il Decreto riguarda:

A. L'approntamento entro il

30.09.2002 da parte della CUF di un nuovo prontuario terapeutico, sulla base del criterio costo efficacia.

Il SSN rimborserà:

1) Farmaci di pari efficacia ad un prezzo medio ponderato del 70-80%

2) Farmaci, contenenti principi attivi con coperti da brevetto, al valore più economico

B. L'abolizione delle limitazioni inerenti le anticipazioni di tesoreria per le regioni durante il primo semestre di ogni anno.

Il disegno di legge concerne anche il riordino del rapporto di lavoro dei medici del SSN.

Le novità, in attesa del vaglio della conferenza stato regioni, prevedono:

- L'abrogazione della norma di irreversibilità di scelta tra rapporto esclusivo-non esclusivo con il SSN.

- La permanenza in servizio fino a 70 anni, con pensionamento a 72 anni per i dirigenti di struttura complessa (2 anni in più da dedicare a formazione, insegnamento, ricerca).

- Il mancato riconoscimento dell'indennità di esclusività di rapporto (circa 17 milioni lordi) a coloro i quali opteranno per il part time (extramoenia).

- Identica possibilità di carriera, per i medici che sceglieranno le due diverse tipologie di rapporto.

- Lo svolgimento, da parte degli esclusivisti, in assenza di conflitto d'interesse, della libera professione al di fuori dell'orario di lavoro e della struttura ospedaliera.

F.C.

Pagina E.N.P.A.M.

ABROGAZIONE DELL'ESONERO DAL PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO DEL 2% AL FONDO LIBERA PROFESSIONE (QUOTA B) DELL'ENPAM PER GLI ULTRASANTACINQUENNI

La linea di demarcazione è il 29 giugno 2001, coloro che hanno compiuto 65 anni entro tale data e che hanno già provveduto a presentare all'ENPAM la richiesta di esonero ovviamente sono a posto; coloro che, pur trovandosi con gli stessi requisiti non hanno però presentato la richiesta di esonero possono inoltrarla comunque anche adesso.

I medici che hanno compiuto i 65 anni dopo il 29 giugno 2001 non possono in alcun modo richiedere l'esonero dal pagamento del contributo del 2% (sempre in presenza di reddito da libera professione medica od odontoiatrica)

Si è dovuta cambiare la regola dell'ENPAM in quanto è scaduta la norma transitoria INPS (art. 4 Decreto Interministeriale 282/96) che permetteva dopo i 65 anni l'esonero dal pagamento all'INPS dei versamenti contributivi a favore dell'apposita gestione separata (cosiddetta 10%) sui redditi da lavoro autonomo.

La Legge 335/95 ed i successivi

decreti stabiliscono, infatti, che tutti i redditi da lavoro autonomo sprovvisti di contributo previdenziale obbligatorio devono pagare il contributo previdenziale all'INPS. L'ENPAM pertanto ha dovuto abrogare la norma di esonero dal pagamento del contributo del 2% sui redditi libero-professionali per gli ultrasessantacinquenni, per evitare agli stessi medici ed odontoiatri il versamento del contributo del 10% all'INPS.

Attualità

LE LINEE GUIDA DELLA FNOMCeO SU MEDICINE E PRATICHE NON CONVENZIONALI

Le Medicine e le pratiche non convenzionali" ritenute in Italia come rilevanti da un punto di vista sociale sia sulla base delle indicazioni della Risoluzione n. 75 del Parlamento europeo del 29 maggio 1997 e della Risoluzione n. 1206 del Consiglio d'Europa del 4 novembre 1999 che sulla base della maggiore frequenza di ricorso ad alcune di esse da parte dei cittadini oltre che degli indirizzi medici non convenzionali affermatasi in Europa, negli ultimi decenni, sono:

- 1) Agopuntura
- 2) Fitoterapia
- 3) Medicina Ayurvedica
- 4) Medicina Antroposofica
- 5) Medicina Omeopatica
- 6) Medicina Tradizionale Cinese
- 7) Omotossicologia
- 8) Osteopatia
- 9) Chiropratica

L'esercizio delle suddette medicine e pratiche non convenzionali è da ritenersi a tutti gli effetti atto medico e pertanto si ritiene:

- essere le medicine esercitabili e le pratiche gestibili - in quanto atto medico - esclusivamente da parte dei medici chirurghi ed odontoiatri in pazienti suscettibili di trarne vantaggio dopo un'adeguata informazione e l'acquisizione di esplicito consenso consapevole;
- essere il medico chirurgo e l'o-

dentoiatra gli unici attori sanitari in grado di individuare pazienti suscettibili di un benefico ricorso a queste medicine e pratiche, in quante sole il medico chirurgo e l'odontoiatra sono abilitati all'atto diagnostico, che consente la corretta discriminazione fra utilità e vantaggio del ricorso consapevole a trattamenti non convenzionali;

- essere in questa impostazione il medico chirurgo e l'odontoiatra gli unici in grado di evitare che le medicine e le pratiche non convenzionali vengano proposte e prescritte a pazienti senza possibilità di vantaggio, sottraendoli alle disponibili terapie scientificamente accreditate, sulle quali dovrà essere sempre aggiornato attraverso l'Ecm;

- essere il medico chirurgo e l'odontoiatra gli unici soggetti legittimati a effettuare diagnosi, a predisporre il relativo piano terapeutico e a verificare l'attuazione dello stesso sul paziente;

- essere dovere della Fnomceo e di tutti gli Ordini provinciali, perseguire nei metodi dovuti e con tempestività, denunciando all'autorità competente chiunque, non medico, eserciti le suddette medicine e pratiche non convenzionali;

- essere dovere della Fnemcee e di tutti gli Ordini provinciali perseguire disciplinarmente quei medici chirurghi e odontoiatri che non rispettano, a norma del vigente Codice Deontologico, le regole sopra richiamate o che svolgono attività di prestanomismo a copertura di prestazioni da parte di non medici relativamente alle medicine e alle pratiche non convenzionali sopra elencate;

- essere opportuna la costituzione a livello nazionale Fnomceo di una banca-dati sulla legislazione internazionale, nazionale e regionale dedicata alle medicine e alle pratiche non convenzionali anche su segnalazione dei singoli Ordini provinciali;

- di richiedere con forza, per far corrispondere alla consistente domanda di medicine e pratiche non convenzionali, un carente sviluppo di sistemi preposti alla tutela dell'efficacia e sicurezza, la costituzione di una Agenzia Nazionale composta da soggetti istituzionali quali: il Ministero della Salute, le Regioni, il Murst e la Fnemceo.

Tra i compiti principali da affidare a tale Organismo, che potrebbe articolarsi in analoghe strutture regionali, sono da prevedersi:

1. l'individuazione e la regolamentazione delle attività relative alle singole medicine e pratiche non convenzionali;

2. la promozione della ricerca di base e applicata, secondo le regole di buona pratica clinica, nelle aree esclusive e soprattutto in quelle integrate favorendo la conoscenza dei principi e dell'uso appropriato delle medicine e pratiche non convenzionali nella cultura medica, avvalendosi di finanziamenti propri e derivanti da soggetti pubblici e privati in ambito nazionale ed europeo;

3. il monitoraggio e l'informazione, attraverso relazioni semestrali/annuali alle Istituzioni responsabili della tutela della salute, sull'uso appropriato, efficace e sicuro delle medicine e pratiche non convenzionali;

4. la regolamentazione dei percorsi formativi attraverso:

a) l'individuazione dei criteri per l'adozione degli ordinamenti didattici;

b) la definizione dei criteri e dei requisiti per l'accreditamento dei soggetti pubblici e privati coinvolti nelle attività di formazione;

5. la sollecitazione, alle Istituzioni competenti, a predisporre tutti quei provvedimenti di carattere normativo o regolamentare utili al perseguimento dei propri scopi istitutivi;

- sollecitare il Parlamento ad attivarsi affinché si pervenga ad una modifica normativa sulla pubblicità sanitaria, su proposta della Fnomceo, con l'inserimento di norme specifiche per il settore;

- sollecitare le Autorità competenti ad attivarsi al fine dell'inserimento delle voci, relative alle prestazioni professionali rese nell'esercizio delle medicine e pratiche non convenzionali sopra elencate, all'interno della Tariffa minima nazionale degli onorari per le prestazioni medico-chirurgiche ed odontoiatriche (Dpr. 17 febbraio 1992), che, peraltro, necessita di una sostanziale e globale revisione;

- prevedere l'istituzione presso gli Ordini provinciali dei Medici chirurghi e degli Odontoiatri di un registro suddiviso in sezioni per ciascuna delle medicine e pratiche non convenzionali sopra elencate. L'inserimento nel registro dei medici chirurghi e degli odontoiatri è subordinato alla individuazione di criteri che verranno stabiliti con atti di indirizzo e coordinamento della Fnomceo, in collaborazione con le scuole e le Società Scientifiche

accreditate dalla Fnomceo stessa, nella distinzione di ruoli e funzioni.

La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri chiede con forza un urgente e indifferibile intervento legislativo del Parlamento, al fine dell'approvazione di una normativa specifica concernente le Medicine e le pratiche non convenzionali sulla base di quanto contenuto nel presente documento.

BIOETICA

EUTANASIA

Il 1° Aprile 2002 l'Olanda si è espressa favorevolmente sull'eutanasia attiva.

Gli obblighi per i sanitari olandesi, che eventualmente praticeranno l'eutanasia, possono sintetizzarsi in poche norme da rispettare per non essere perseguibili:

- assicurare al paziente le cure dovute (stabilite dalla legge);
- informare il paziente sulla situazione e sulle prospettive;
- accertarsi che la richiesta di morire sia volontaria, la decisione lucida e ben valutata;
- verificare che il paziente sia senza speranza e la sofferenza insopportabile;
- confrontarsi con il parere, in forma scritta, di un altro medico;
- garantire che l'eutanasia o il suicidio assistito vengano praticati secondo le cure dovute.

Immediata e' giunta la stigmatizzazione del contenuto del testo della legge da parte del Presidente della

FNOMCeQ Giuseppe del Barone che ha commentato negativamente il ruolo attivo, attribuito dalla normativa al medico, nel procurare la morte del paziente, ed ha precisato anche che i legislatori, nell'approvare la legge, si sono resi responsabili di una sottovalutazione dei continui progressi, in tema di terapia del dolore, cure oggi in grado di restituire al malato terminale quella dignità di cui ha diritto ogni essere umano.

Al coro degli oppositori, man mano, si sono aggiunte le voci del Comitato Permanente dei Medici Europei e soprattutto di insigni bioetici di posizione laica e cattolica che, seppur con argomentazioni diverse, sono stati concordi nell'esprimere il proprio parere negativo sul provvedimento. Riporto brevemente solo alcune delle posizioni sull'argomento apparse su alcune riviste (*Il Giornale del Medico*) onde ulteriormente favorire la nostra riflessione.

Il Prof. Giovanni Berlinguer, ex Presidente del Comitato Nazionale di Bioetica e membro del Comitato di Bioetica dell'Unesco, ha affermato che "ogni persona ha il diritto di decidere per se stessa, ha la disponibilità della propria vita: può rifiutare le cure, lasciarsi morire o suicidarsi. Questo non significa che possa delegare ad un altro la possibilità di ucciderla, in questo senso la vita è sacra ed inviolabile....La maggioranza delle persone non richiede al medico di essere aiutata a morire, ma di essere aiutata a vivere, a lenire la sofferenza, e non vuole essere lasciata sola senza comprensione e affetto... Il

medico può fornire informazioni e spiegazioni,... ma non può procurare la morte. Questo introdurrebbe una lesione del rapporto medico-paziente che è basato sulla fiducia che il curante agisca sempre per la vita e la salute."

Inoltre Berlinguer ha espresso timori circa il fatto che, nel nostro Paese, la ricerca continua dell'ottimizzazione delle risorse del SSN possa divenire ulteriore occasione di persuasione all'eutanasia tra gli anziani, perché essi rappresentano un costo pesante per il SSN. Ha infine sottolineato che in Italia la legge sull'eutanasia non ci sarà a breve perché la popolazione non è d'accordo.

Monsignor Elio Sgreccia, ordinario di bioetica all'Università Cattolica di Roma, membro del Comitato Nazionale per la Bioetica, ha commentato: "Questa legge depenalizza l'eutanasia e il suicidio assistito ed equivale quindi ad una loro approvazione. Siamo contrari non solo per fede religiosa, ma in base all'etica razionale per cui la vita non può essere soppressa né da parte del soggetto né da parte di altri. Il diritto alla vita ha valore non solo individuale, ma anche sociale in quanto è fondamento di tutti gli altri diritti....Occorre assistere il paziente nel rispetto della sua dignità, evitando l'accanimento terapeutico, come previsto anche dal codice deontologico....E' necessario distinguere tra cure ordinarie che vanno somministrate sempre (tra le quali l'idratazione e l'alimentazione artificiale) e cure straordinarie (sproporzionate, onerose e di dubbia efficacia) alle quali non sono

tenuti né il medico, né i familiari, né il paziente. Le cure palliative invece vanno praticate perché assicurano sollievo dalla sofferenza sia fisica che psicologica.....Ritengo che dietro la richiesta di morire ci sia una richiesta d'aiuto"

Le poche e flebili voci a sostegno dell'eutanasia riconoscono nella legge olandese un atto di civiltà, perché fondante sul valore dell'autodeterminazione, il cui riconoscimento di giustizia basterebbe a rendere l'eutanasia atto lecito.

Senza aggiungere ulteriori commenti, termino riportando il pensiero del Dott. Cricelli Presidente Nazionale SIMG: bisogna considerare che nessun atto legislativo in materia di eutanasia attiva potrà mai bastare per rendere applicabile la legge (in Italia), perché ci si dovrà affidare alle coscienze individuali delle persone, nel rispetto delle volontà del paziente e del credo medico.

F.C.

Opinione pubblica divisa sull'eutanasia. La legge approvata di recente in Olanda ha acceso il dibattito in tutta Europa

Risvolti etici, filosofici e religiosi

E ORA L'EUTANASIA...

di Roberto Martinelli

L'entrata in vigore in Olanda della legge sull'eutanasia ha riaperto il dibattito su un tema tra i più delicati e difficili che riguardano le professioni sanitarie. E ancora una volta il tema della "Dolce Morte"

ha suscitato polemiche e dissensi ed è stato riproposto all'attenzione della Federazione nazionale dei medici italiani. Come nel passato, le opinioni manifestate dagli osservatori più attenti sono state discordanti. Umberto Veronesi ha detto che una tale scelta può essere considerata quasi un atto di carità. Rita Levi Montalcini ha osservato che quando si è giunti alla fine e si soffre, l'eutanasia è l'unico rimedio ed è giusto chiedere una morte dignitosa. Per il Cardinale Ersilio Tonini, invece, la legge olandese è una ferita gravissima all'umanesimo europeo poiché tocca il principio dell'intangibilità della vita umana.

Accanimento terapeutico

La stragrande maggioranza dei medici sostiene però che se ci fosse in Italia una normativa precisa, tutte sarebbe più facile e ciascuno potrebbe fare le sue scelte di ordine deontologico nel rispetto delle regole morali e giuridiche. Allo stato dell'attuale legislazione, invece, l'interruzione delle cure è prevista solo quando esse vengono considerate vero e proprio accanimento terapeutico. Esiste però una proposta di legge presentata alla Camera da Giuliano Pisapia e che trae spunto dall'iniziativa premessa dall'associazione Exit per l'affermazione del diritto ad una morte dignitosa, del diritto cioè di ciascun individuo di scegliere le modalità dell'interruzione della propria sopravvivenza, nel caso di patologie non curabili e pervenute alla fase terminale.

Il deputato ha osservato nella sua

relazione di essere ben consapevoli delle delicate implicazioni di carattere etico, filosofico e religioso che un tema di questo genere porta inevitabilmente con sé, a fronte delle quali lo strumento normativo rivela tutti i propri limiti. Ed ha riconosciuto con grande onestà che la sua iniziativa non può e non vuole dare una risposta a dilemmi etici e filosofici, ma intende soltanto porre il problema all'attenzione del Parlamento per impedire che esso, anziché affrontato, sia puramente e semplicemente rimosso.

Proposta di legge

Giuliano Pisapia ha spiegato che la sua proposta punta assai più semplicemente a riconoscere la possibilità di scegliere le modalità della fine della propria esistenza, nel caso di patologie non curabili e in fase terminale. E ciò in conformità al diritto a non essere sottoposti a trattamenti sanitari senza il proprio consenso, sancito dall'articolo 32 della Costituzione secondo il quale la legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana. Tale principio è d'altra parte ribadito dal codice di deontologia medica e dalla Convenzione europea per la protezione dei diritti umani e della dignità dell'essere umano riguardo all'applicazione della biologia e della medicina, firmata ad Oviedo il 4 aprile 1997 e resa esecutiva dalla legge 28 marzo 2001 n. 154. Come dire che la legge, semmai sarà approvata, sarà solo un punto di partenza, non certo un punto di arrivo. Perché - ha osservato il suo relatore - non si può "dare per leg-

ge una risposta a domande alle quali non può che rispondere la coscienza di ciascuno, sulla base dei propri convincimenti etici, filosofici e religiosi, ma soltanto offrire un contributo al confronto e alla discussione".

La proposta di legge è composta di tre articoli e prevede il diritto di ciascun individuo di scegliere di interrompere la propria sopravvivenza nel caso di malattie con prognosi infausta e in fase terminale, mediante un'apposita dichiarazione di volontà, revocabile in qualunque momento. E' prevista naturalmente una specifica ipotesi di non punibilità per i delitti di omicidio del consenziente e di aiuto al suicidio.

Sondaggio

Secondo un sondaggio di due anni fa, su 680 medici interpellati, ben 139 avevano ricevuto dai loro pazienti richiesta di eutanasia. Ma solo sedici avevano ammesso di aver praticato l'eutanasia.

Ma la realtà è forse molto diversa e basta scorrere le cronache dei giornali per rendersi conto di quanto il problema sia sentito e coinvolga in prima persona non soltanto la classe medica ma le famiglie dei malati terminali. Sono numerosissimi infatti i casi di "eutanasia" operata dai parenti che poi hanno dovuto rispondere davanti ai giudici di omicidio del consenziente.

Corte Europea

Ma se l'Olanda ha varato una apposita normativa e se il nostro paese comincia ad affrontare il problema sul piano legislativo, la Corte

Europea è stata investita della questione da una cittadina inglese Diane Pretty, malata terminale di sclerosi che ha chiesto ai giudici di Strasburgo di morire con dignità. Nel Regno Unito infatti è consentita l'interruzione della terapia somministrata senza la volontà del paziente. Ed è invece vietata l'eutanasia attiva. La donna si era rivolta ai giudici del suo paese e per tre volte la richiesta di porre fine alle sue sofferenze era stata respinta. Difficile dire quali saranno le conseguenze della sentenza della Corte Europea sui giudici e sulle legislazioni dei paesi che aderiscono all'UE ma che regolano in maniera diversa quello che impropriamente viene definito una sorta di suicidio assistito, ma che in realtà è cosa assai diversa e che attiene alla professionalità e alla coscienza morale del medico.

In soli tre articoli

PROGETTO DI LEGGE

Art. 1

1. Ogni persona capace di intendere e di volere ha il diritto di scegliere di interrompere volontariamente la propria sopravvivenza nel caso di malattia con prognosi infausta e pervenuta alla fase terminale.

Art. 2.

1. La scelta prevista dall'articolo 1 deve risultare da una dichiarazione scritta avente data certa e con sottoscrizione autenticata nelle forme di legge, che diviene vincolante e rimane valida anche nel caso in cui il firmatario abbia perso la propria

capacità di intendere e di volere.

2. In caso di ricovero ospedaliero la dichiarazione è allegata alla cartella clinica. Se la dichiarazione è resa durante il ricovero, la sottoscrizione è autenticata dal direttore sanitario dell'azienda ospedaliera.

3. Nella dichiarazione deve essere indicato un fiduciario incaricato di dare attuazione alle disposizioni in essa contenute nel caso di sopravvenuta incapacità del dichiarante. Se il fiduciario per qualsiasi motivo non adempie all'incarico, il giudice tutelare, su segnalazione di chiunque abbia conoscenza della situazione, provvede alla nomina di un nuovo fiduciario.

4. La dichiarazione è revocabile in qualunque tempo anche oralmente.

Art. 3.

1. Non è punibile per i delitti previsti dagli articoli 579 e 580 del codice penale chi attua le disposizioni contenute nella dichiarazione di cui all'articolo 2 della presente legge.

"NO" DEI MEDICI EUROPEI ALL'EUTANASIA

Il 16 Marzo 2002 nel corso della riunione del Comitato Permanente dei Medici Europei (CPME) organismo che rappresenta 1.400.000 medici bianchi, è stata approvata una mozione sull'assistenza al malato terminale (che di seguito riportiamo), presentata dalla delegazione italiana guidata da Michele Olivetti e composta da Giuseppe Del Barone, Salvatore Amato, Francesco Losurdo, Giuseppe Renzo e Alberto Volponi.

Tale mozione ha ottenuto il voto

favorevole di 5 delle 17 Nazioni aderenti al CPME, con il voto di astensione, per ragioni formali, della Danimarca e il voto contrario dell'Olanda che ha depenalizzato le pratiche di buona morte in casi rigorosamente selezionati."

Le motivazioni alla base della risoluzione approvata in sede europea, - ha commentato il presidente della FNOMCeO Giuseppe del Barone - dimostrano, ove ce ne fosse ancora bisogno, l'estrema contrarietà dei medici verso ogni tipo di intervento propriamente eutanasico. Giova inoltre ricordare - ha aggiunto Del Barone - che i principi espressi nella risoluzione europea sono parte integrante del nostro codice di deontologia medica approvato, nell'ultima stesura nel 1998".

ASSISTENZA AL MALATO TERMINALE RISOLUZIONE SU EUTANASIA E ACCANIMENTO TERAPEUTICO

In caso di malattie a prognosi sicuramente infausta e/o pervenute alla fase terminale e tenuto conto della decisione del paziente adeguatamente informato, il medico, con l'équipe terapeutica, deve limitare la sua opera alla terapia, compresa se necessaria la terapia palliativa al fine di:

- Sollevare o risparmiare sofferenze non necessarie;
- Fornire al malato i trattamenti appropriati per migliorare e preservare per quanto possibile, la qualità della vita.

In caso di compromissione dello

stato di coscienza del paziente, il medico deve proseguire nella terapia di sostegno vitale finché ritenuta ragionevolmente utile.

Il medico deve astenersi dall'ostinazione in trattamenti, da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità della vita; tale ostinazione si configurerebbe come vero e proprio accanimento terapeutico, in particolare se il paziente ha formulato precise istruzioni i cui diritti di accettare o rifiutare un trattamento devono essere rispettati.

Il medico, su richiesta del malato o di chiunque altro, non deve effettuare o far effettuare trattamenti diretti a provocare la morte.

Qualsiasi decisione inerente le situazioni illustrate non deve essere condizionata da opportunità di ordine economico, sociale o di altro tipo bensì esclusivamente finalizzata al conforto della sofferenza e alla tutela della qualità di vita dei malati.

PAESI ADERENTI AL CPME: Austria, Belgio, Danimarca, Francia, Finlandia, Germania, Grecia, Italia, Irlanda, Islanda, Lussemburgo, Norvegia, Paesi Bassi, Portogallo, Spagna, Svezia, Regno Unito.

PAESI OSSERVATORI: Cipro, Estonia, Repubblica Ceca, Polonia, Slovacchia, Slovenia, Ungheria.

FNOMCeO - Segreteria della Presidenza

Roma, 3 aprile 2002

Bollettino Scientifico

L'EMBOLIA POLMONARE

M.L. Di Palma, F. Caliendo
U.O. di Anestesia e Rianimazione
A.S.L. Pentria, 2 - Isernia

2° INCONTRO INTERREGIONALE di Anestesia, Rianimazione
e Terapia del Dolore in
"Terra Sancti Benedicti"
Cassino, 5 Maggio 2001

INTRODUZIONE

L'Embolia dell'arteria polmonare è la brusca occlusione completa o incompleta dell'arteria o di uno dei suoi rami a causa di un corpo estraneo in circolazione nel sangue. Si manifesta in genere dopo i 50 anni di età, con una incidenza mas-

sima tra i 65 e i 75 anni; secondo alcuni autori le donne sarebbero più colpite.

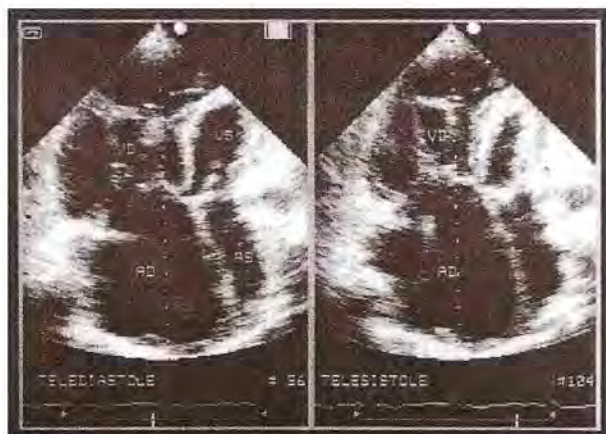
La flebotrombosi nel territorio della vena cava inferiore e in particolare delle vene profonde del polpaccio è all'origine della maggior parte delle embolie polmonari.

Il sospetto di E.P. posto in base al quadro clinico di esordio è rinforzato dalla presenza di fattori di rischio:

età avanzata, immobilizzazione prolungata, scompenso cardiaco congestizio, malattie neoplastiche, recente intervento chirurgico, disturbi emocoagulativi, gravidanza e periodo postpartum, ecc.

Una volta posto il sospetto di E.P. la conferma diagnostica può venire solo dalla dimostrazione della presenza di un'ostruzione al flusso nel sistema arterioso polmonare.

Segni patognomonici possono



L'ecocardiogramma: ha confermato il sospetto diagnostico (dilatazione del ventricolo dx, PAP aumentata, visualizzazione del trombo nelle cavità cardiache).

essere presenti e suggestivi anche in esami eseguiti di routine.

ECG: onda S in D1, onda Q e onda T negativa in D3 (aspetto definito S1Q3T3); deviazione assiale destra maggiore di 90°; blocco di branca destra.

T negative in VI-V4 (è l'alterazione più comune e meglio correlata con la gravità del quadro clinico: la normalizzazione dell'onda T dopo trombolisi è indice di evoluzione favorevole).

Basso voltaggio del QRS nelle derivazioni periferiche.

EMOGASANALISI: ipossiemia e ipocapnia almeno nella fase iniziale, la cui genesi va ricercata nella iperventilazione.

DOSAGGIO DEI D-DIMERI: sono elevati in tutte le condizioni trombotiche nelle quali avviene una degradazione dei ponti di fibrina ad opera della proteolisi promossa dalla plasmina endogena.

Questo test possiede una bassa specificità (è positivo nel 55% dei pazienti con patologia coagulativa senza E.P. ma ha un valore predittivo negativo del 91,4%).

ANGIOGRAFIA POLMONARE: valuta l'estensione del circolo arterioso polmonare occluso, non è scevra da rischi (0,5-1%) di reazione a mezzi di contrasto:

è un'indagine invasiva, non eseguibile al letto del malato, non è indicato in situazione di emergenza, nel paziente emodinamicamente instabile o in stato di shock.

ECOCARDIOGRAFIA costituisce il metodo più rapido e sensibile per

identificare il sovraccarico ventricolare destro da E.P.

Stima le pressioni polmonari, definisce la posizione del setto interventricolare e rivela la presenza di trombi intracardiaci.

L'esito positivo dell'ecocardiogramma in presenza di un contesto clinico suggestivo, conferma la diagnosi di E.P. e autorizza ad iniziare una terapia trombolitica.

SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUSORIA E VENTILATORIA: spesso non eseguibile nel malato critico.

In presenza di addensamenti parenchimali del polmone visibili alla rx-grafia, la sua positività non è predittiva di E.P.

ECODOPPLER venoso per rileva-



RX Torace

re la presenza di una trombosi venosa profonda degli arti inferiori.

RADIOGRAFIA DEL TORACE

Nella maggior parte dei casi integrando le informazioni cliniche, i dati derivanti dalle indagini diagnostiche, è possibile giungere alla diagnosi di E.P.

TERAPIA:

Terapia di supporto, (ventilazione, vasocostrittori sistemici, vasodilatatori polmonari).

Terapia anticoagulante e fibrinolitica.

Filtri cavali.

CASISTICA CLINICA:

Abbiamo esaminato 1831 cartelle cliniche di altrettanti pazienti ricoverati nel reparto di Rianimazione e terapia intensiva dell'Ospedale di Isernia dal 10 ottobre 1991 al 30 marzo 2001.

ci siamo soffermati su 21 pazienti dimessi con diagnosi di embolia polmonare.

L'età dei pazienti era compresa tra

45 e 85 anni, età media 70,8, mediana 74.

15 pazienti erano di sesso femminile, 6 di sesso maschile.

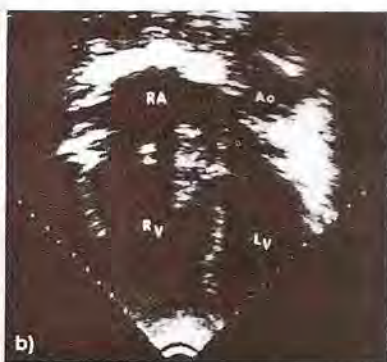
La sintomatologia clinica premiente era rappresentata da dispnea con segni di insufficienza respiratoria acuta più o meno grave.

In 12 dei pazienti ricoverati fu necessaria la ventilazione artificiale.

9 pazienti presentavano un grado di insufficienza respiratoria tale da richiedere solo ossigenoterapia con maschera di Venturi.

L'insufficienza respiratoria importante che ha richiesto intubazione e ventilazione artificiale si è anche accompagnata al quadro clinico di maggior impegno emodinamico e ad alterazioni della coagulazione.

Solo uno dei pazienti ricoverati sottoposto a ventilazione artificiale, maschio e di anni 80, è sopravvissuto all'evento acuto fu trasferito nel reparto di medicina dopo 40



Ecodoppler venoso per rilevare la presenza di una trombosi venosa profonda degli arti inferiori.

giorni di ricovero in rianimazione (mostra scintigrafia ed esami emogasanalitici)

I PERCORSI DIAGNOSTICI:

Nel nostro ospedale non è possibile eseguire l'angiografia polmonare. La radiografia del torace in qualche caso ha mostrato i segni tipici per la diagnosi.

L'ECG a volte ci ha mostrato le caratteristiche alterazioni (S1 Q3T3).

L'ecocardiogramma: ha confermato il sospetto diagnostico (dilatazione del ventricolo dx, PAP aumentata, visualizzazione del trombo nelle cavità cardiache).

Le scintigrafie polmonari quando sono state eseguite nei pazienti senza alterazioni radiologiche hanno sempre confermato la diagnosi.

Il dosaggio dei D-dimeri è risultato molto elevato nell'unico caso in cui ci è stato possibile dosarlo.

TERAPIA

terapia sintomatica di supporto, (ventilazione artificiale, infusione di amine-dop, dob, nor-)

eparina sodica e.v (bolo da 5000 U I + 25000 U.I./die U.I.die) oppure eparina calcica s.c. (5000UI s.c.in due sommin. die).

1 fibrinolisi con Urochinasi e 1 fibrinolisi con Alteplase in 2 pazienti con impegno emodinamico importante e ecocardiogramma positivo.

successivamente anticoagulanti per via orale monitorizzando i parametri della coagulazione.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI:

11 pazienti sono deceduti tra il 1° e l'11° giorno di ricovero. 10 pazienti sono sopravvissuti all'evento acuto e sono stati trasferiti nei reparti di medicina (5), di cardiologia (2), di chirurgia (2) ortopedia (1).

I pazienti con sospetto diagnostico di E.P. ricoverati in Rianimazione sono in condizioni cliniche molto gravi.

Quelli con insufficienza respiratoria tale da richiedere il supporto respiratorio hanno un tasso di mortalità molto elevato (91,6%)

Nella nostra casistica solo 1 dei 12 pazienti intubati e ventilati è sopravvissuto all'evento acuto.

La terapia fibrinolitica quando è stata effettuata (2 casi) non ha sortito buoni risultati.

Non abbiamo mai inserito dei filtri cavali.

LA PAGINA DELLE MEDICINE NON CONVENZIONALI

Al fine di contribuire ad una migliore conoscenza da parte della classe medica delle medicine N.C., vista anche l'apertura alle stesse da parte della FNOMCeO ai fini dei doverosi atti di gestione e di controllo dell'esercizio della materia e dell'imminente regolamentazione legislativa, il Bollettino accoglierà periodicamente articoli e contributi atti anche a favorire la nostra ri-

flessione. Si precisa che non è intenzione di alcuno pubblicizzare le suddette M.N.C. e che ogni Medico dovrà rifarsi alle linee guida emanate dalla F.N.O.M. oltre che al rispetto delle norme di Legge e del Codice Deontologico.

POSTUROLOGIA ED ORL

Negli ultimi anni si è assistiti ad una evoluzione e una crescente tendenza alla legittimazione delle medicine alternative, tra le quali ricordiamo l'agopuntura, l'omeopatia, l'omotossicologia, l'ayurvedica, l'iridologia, la riflessologia plantare, la posturologia. La legittimazione si deve anche al crescente interesse e all'esponenziale numero di persone che vi si avvicinano. E' di questi giorni la notizia che il governo è intenzionato, entro breve termine, a regolamentarne la pratica tramite una legge che ne definisca precisamente le figure professionali abilitate, e facendo capire che a breve periodo tali attività potranno diventare materia di insegnamento nelle facoltà Pubbliche, individuandone i docenti, i percorsi formativi, i limiti didattici. Tra queste discipline, la Posturologia è quella che vanta il numero più consistente di addetti, non solo in Italia, ma nell'intera Comunità Europea. Il successo di questa affermazione sta nel fatto che essa riesce a dare spiegazioni a molte sindromi disfunzionali in cui predomina il sintomo dolore, chiarendone la causa e mettendo a punto

una terapia non farmacologica, che spessissimo raggiunge il miglior confort per il paziente, cioè l'analgesia. Il grosso limite di questa disciplina è che pur avendo il merito di documentati successi terapeutici, a tutt'oggi, nonostante in Letteratura e su Internet siano stati pubblicati una notevole mole di lavori, circa 42.000, ebbene non esiste un solo lavoro che spieghi il suo funzionamento su basi scientifiche. Questo atteggiamento di critica deve essere inteso come un impulso allo studio e alla sperimentazione. La Postura studia i rapporti tra le varie componenti del corpo e lo spazio al fine di raggiungere un equilibrio che risponda a criteri di economia, funzionalità e confort. Per relazionarsi con l'ambiente in cui vive, l'essere umano utilizza gli esorecettori primari, che sono: gli occhi, intesi nella funzione propriocettiva della oculomotricità, il vestibolo, inteso nella fluidità dell'endolinfa, l'apparato stomatognatico, inteso nella occlusione, respirazione e fonazione, ed infine la pianta dei piedi. Due di questi recettori appartengono alla branca specialistica ORL, cioè il vestibolo e l'apparato stomatognatico. Esistono poi esorecettori secondari ed endorecettori. Tra questi ultimi ricordiamo quelli situati nelle articolazioni, nella giuntura neuromuscolare, nello spessore dei tendini (corpuscoli del Pacini, apparato del Golgi, fusi neuromuscolari). Il loro fine è quello di tenere costantemente informate le strutture corti-

cali circa la variazione dei parametri tridimensionali (più il parametro tempo, che è fondamentale nella elaborazione della risposta) delle masse muscolari, tendinee, ossee, connettivali, per far seguire poi l'output di risposta per i necessari adeguamenti muscolari. Nella sfera ORL il cambiamento della postura, per es., può avvenire per l'instaurarsi di una respirazione orale. Da qualsiasi causa provenga, essa realizzerà delle modificazioni alle strutture implicate nei meccanismi della deglutizione, respirazione e fonazione. Infatti l'alterata posizione della lingua, più bassa del normale, durante la prima fase della deglutizione, realizzerà una spinta frontale con modifica dell'arco anteriore dentale. Il massiccio facciale tenderà alla anteriorizzazione e il rachide cervicale perderà la sua fisiologica lordosi. Molte altre modificazioni sono facilmente osservabili attraverso l'esecuzione di Rx cefalometrica cranica, (metodica che va preferita rispetto alla classica radiografia del profilo rinofaringeo in laterale, povera di elementi, semeiologici) ed implicano la posizione dell'osso ioide, che può subire addirittura delle torsioni con conseguente tensione della muscolatura sovra e sottoioidea a danno delle strutture craniali e toraciche su cui essi si inseriscono. Oppure si può realizzare un iposviluppo del volume dei seni mascellari. Normalmente essi ricevono una spinta in accrescimento grazie all'ingresso dell'aria che vi penetra

durante la fase espiratoria. La parete superiore del seno mascellare forma la parete inferiore dell'orbita. Una sua ipoplasia non permette una corretta espansione del globo oculare e questo può essere alla base di deficit rifrattivi su base astigmatica per modificazione della forma e della lunghezza dei muscoli estrinseci. La rotazione dell'osso ioide crea delle asimmetrie di tensione muscolare anche a livello della glottide, alterandone la dinamica cordale che spesso si traduce in produzione di noduli delle ccvv vere. E' infatti abbastanza costante il rilevamento di patologia nodulare cordale in pazienti con deficit della respirazione nasale; non è sempre vero che la patologia nodulare cordale si sviluppa per ipercinesia delle ccvv, per malmenage cordale o per abitudinarietà a traumi vocali. La visita Posturale ha lo scopo di individuare quale dei recettori presenta problemi di funzionamento. Molto spesso è sufficiente modificare l'entrata del recettore per ottenere il riequilibrio automatico delle strutture ad esso collegate. Una di queste terapie si avvale dell'utilizzo, sotto la pianta del piede, di plantari proriocettivi ad effetto dinamico, che stimolano le catene muscolari ascendenti, riequilibrando le asimmetrie dei vari segmenti del corpo e quindi la postura. In questo caso l'organo che più si avvantaggia dell'effetto curativo è il rachide, principalmente nei casi di scoliosi vere ed asimmetrie del bacino. Ma anche nei

casi di valgismo o varismo delle ginocchia o dei piedi. Con questo sistema semplice, naturale ed economico si ottiene, in una altissima percentuale di casi, la scomparsa del sintomo dolore ed un riallineamento delle strutture osteomuscolari. Le tensioni cervicali generate da disfunzioni dell'ATM, quasi sempre espressione di malocclusione, che rappresentano problematiche posturali senza basi organiche, vengono trattate non con terapia farmacologica ma con presidi ortesici endoorali per decontrarre la muscolatura masticatoria. Lo stesso discorso vale per il bruxismo. E' auspicabile un interessamento sempre maggiore della "Scienza" a questo tipo di approccio alternativo e complementare al paziente, perché questa impostazione permette di analizzare la disfunzione di un organo od apparato. Spesso infatti l'alterata funzione è alla base della malattia.

G. C.

I TUMORI CARCINOIDI DELL'APPENDICE: DESCRIZIONE DI UN CASO CLINICO INCIDENZA, ASPETTI CLINICI E RIFLESSI MEDICO LEGALI.

Autori: *Dott. S. Falvo.* (medico militare) *D.ssa S. Primerano* (medico legale)

Introduzione

I tumori carcinoidi originano dalle cellule enterocromoaffini e sono così definiti poiché oltre ad essere maligni hanno un andamento torpido ed una spiccata diffusione metastatica.

Essi rappresentano un gruppo eterogeneo di neoplasie a carattere secernente a varia localizzazione così come riportato in Tabella I.

Tabella I

CARCINOIDI A SEDE INTESTINALE 90% DEI CASI	• Appendicolari 45% • Ileo terminale 30% • Retto 11% • Stomaco, duodeno, cieco, diverticolo di Meckel, colon, vie biliari, pancreas circa 2%
	• In ordine decrescente: • Albero bronchiale • Ovaio¹
CARCINOIDI A SEDE NON INTESTINALE 10% DEI CASI	

Il termine carcinoidi venne coniato da Oberndorfer proprio per significare la subdola e torpida malignità, ma nel contempo l'estrema capacità infiltrante in un contesto di attività secernente.

Da un punto di vista anatomicopatologico occorre precisare che si parla anche di APUDOMI per si-

gnificare che si tratta di tumori derivati dalle cellule APUD di cui sono molto ricchi i tessuti elencati in tab. 1.

Generalmente tali neoformazioni sono macroscopicamente sessili, di piccole dimensioni (1-3 cm), giallastri, a localizzazione sottomucosa, con sviluppo intratissutale, ma anche endoluminale (es. stomaco) ed in tal caso con aspetto polipoidale, ulcerante e causa di occlusioni ed enterorragie.

A livello appendicolare si accrescono fino al peritoneo e si manifestano di solito con quadri simili ad appendicite acuta.

Rara e paradigmatica è la multipla localizzazione tipica dell' ileo terminale ovvero quella associata ad altri tumori maligni intestinali. Tipica è, invece, la consistente azione fibroconnettivale peritoneale da reazione alla diffusione dei metaboliti del carcinoide.

Le metastasi sono a carico dei linfonodi mesenterici e possono indurre volvoli o ischemie da compressione delle arterie. Sede principale metastatica è il fegato, seguono scheletro e polmoni: tale fatto è correlabile con i vari tipi di sede iniziale del carcinoide così come riassunto in tabella 2 che tendono a favorire tale suddetta diffusione a distanza.

Tabella 2

CIECO	71%
COLON	52%
ILEO	33%
APPENDICE	2%

Istologicamente si repertano piccole cellule poligonali cumuliformi o colonniformi, con tipici aspetti pseudoacinosi e pseudoghiandolare esocrino.

Hanno un diverso colore (vedasi tabella 3) a seconda della reazione ai colori con i sali d'argento.

Tabella 3
Varianti Istochimiche

Argentaffini	ileo, cieco ed appendice
Argirofili	stomaco, pancreas, bronchi
Non affini ai sali d'argento	retto

La cellula carcinoide produce un eccesso di serotonina (5HT) con inversione della fisiologica produzione di sostanze a partire dal precursore ovvero il triptofano. Ne deriva un incremento tissutale ed ematico di 5HT ed un'elevata escrezione urinaria del suo metabolita il 5HIAA (5 idrossi indol acetico).

Nota: si rappresenta che le cellule enterocrosoafimi utilizzano il 99% del triptofano alimentare per la sintesi della nicotinamide e l'1% in 5HT: nelle situazioni da carcinoide tale rapporto viene modificato e si inverte in 34% di nicotinamide e 66% di 5HT.

La serotonina ha molteplici effetti biologici (concentrazione sulla muscolatura liscia intestinale, bronchiale, sull'app. cardiovascolare, sulla cute, eccitante sul SNC e su quello neurovegetativo) che so-

no alla base della Sindrome da Carcinoide che possiede, comunque alcune varianti spiegabili come un deficit di sintesi di 5HT per carenza od esaurimento di enzimi specifici.

In alcuni carcinoidi (stomaco e bronchi) sono stati accertati una elevata produzione di istamina e callicreina; recentemente è stata

documentata una grossa sintesi di PGs; più raramente di altre sostanze ormonali quali ACTH ed MSH.

Da un punto di vista clinico il carcinoide è tipico della V decade di vita ad eccezione della sede appendicolare (0,5 - 1 %) ove spesso rappresenta un riscontro accidentale. Le manifestazioni cliniche sono riassunte in tabella 4.

Tabella 4

Da effetto diretto locale tumorale o metastatico	✓	dolori addominali non specifici.
	✓	alvo irregolare (diarrea c/o stipsi)
	✓	tenesmo
	✓	calo ponderale
	✓	occlusione/subocclusione intestinale
	✓	emorragie digestive
Secondari all'azione delle amine attive = Sindrome da Carcinoide	Sintomi Cutanei	Flush (vampata) al volto, collo, tronco, cui segue cianosi. Dura 5-10 min e si può ripetere più volte nella giornata o se scatenato da emozioni, affaticamento, assunzione di cibi caldi o alcool.
	Sintomi a carico dell'addome	Iperperistalsi, borborigmi, dolori crampiformi, diarrea acquosa, alta frequenza di ulcere peptiche.
	Sintomi respiratori	Broncospasmo con accessi asmatici
	Sintomi Cardio Vascolari	Endocardite fibrosa al cuore destro, stenosi della polmonare stenosi con insufficienza tricuspidale.
	Turbe Neuropsichiche	Eccitabilità nervosa consensuale alle crisi vasomotorie. Sincopi in sede di riscontro laparotomico.
	Sintomi da deficit di Vit. PP	✓ pellagra da ridotta sintesi di acido nicotinico per il prevalente uso di triptofano nella sintesi di serotonina.

Nel caso dei carcinoidi appendicolari la sintomatologia può essere del tutto silente e manifestarsi unicamente come accesso flogistico indi pervenire come tale solo al momento chirurgico.

Tuttavia, la prognosi non è obbligatoriamente infausta sempre che, però, venga eseguita una accurata toilette peritoneale con contestuale resezione delle anse coinvolte dal processo proliferativo: molto importante in tali casi è il precoce riconoscimento macroscopico di tali affezioni e la immediata diagnosi differenziale con altre patologie tipiche dell'appendice (mucocele e cistoadenoma).

Caso Clinico

Un giovane soggetto, sottoposto ad intervento di appendicectomia, venne nuovamente ricoverato, dopo circa un mese, richiamato dai chirurghi, presso il medesimo nosocomio in quanto dall'esame istologico del pezzo operatorio era emerso che trattavasi di un tumore carcinoidale e non di una semplice flogosi appendicolare.

Al soggetto, asintomatico nel senso della suddetta diagnosi anatomicopatologica, vennero effettuati tutti gli accertamenti del caso, ma attesa la natura della patologia in essere non restò che reintervenire chirurgicamente.

Difatti il soggetto venne sottoposto ad emicolectomia destra con I infoadenectomia mesenterica radicale e periaortica con anastomosi trasverso - cecale latero laterale

antiperistaltica.

Dopo la degenza ed i controlli routinari il giovane paziente ha effettuato gli screening rituali ed il relativo follow up che hanno escluso ulteriori fenomeni patologici..

Considerazioni medico legali

Il caso clinico sopra riassunto è importante in quanto significativo di un corretto atteggiamento da parte dei sanitari curanti.

In particolare si sottolinea che la puntuale utilizzazione dei mezzi a disposizione (esame biptico dell'appendice asportata) ha consentito di riconoscere immediatamente una condizione patologica ben più grave di quella originaria.

In assoluto le appendicopatie sono tipiche dell'epoca giovanile: tale affezione colpisce lo 0,1 - 0,2 % della popolazione, soprattutto nelle aree non rurali, ed in definitiva il 10% dei soggetti con età superiore ai due anni.

Considerato che la frequenza dei tumori carcinoidi appendicolari è dello 0,5 - 1% si può approssimare un rapporto tra questa affezione con le appendicopatie di 0,5/1:10.

Tale dato, in considerazione dei numeri globali, è certamente significativo e da non sottovalutare ai fini di una corretta esecuzione dell'atto medico.

La necessità di proporre casi clinici anche in termini di riflessi medico legali è oggi sempre più urgente e compatibile in quanto la condotta del medico è sotto gli occhi di tutti e nel contempo si è in-

staurata una sorta di moda e di convinzione sociale secondo cui "nel dubbio" è sempre meglio chiarire anche se in sede giudiziaria.

Tali aspetti culturali ed ambientali hanno prodotto una sequela di procedimenti giudiziari che, oltre ad avere inciso sulle scelte di politica sanitaria, fanno parlare, a sproposito ed in modo del tutto superficiale, di mal asanità.

In tale ottica il medico, o meglio il suo operato, diviene, comunque, facilmente un capro espiatorio cui vengono imposti carichi operativi ed assicurativi non sempre congrui agli obblighi legali e deontologici. Per brevità si rammenta che il medico nella propria attività è soggetto a due tipi di responsabilità, civile e penale, con distinti focus di tutela (il paziente in ambito civile, la collettività nel settore penale), ma che hanno molti punti in contatto anche nel senso di elaborazioni giurisprudenziali ampiamente comuni.

Nell'ambito civilistico la responsabilità va inquadrata sotto la forma contrattuale (art. 1218 e 1176 - 20 comma del codice civile) e quella extracontrattuale o "aquilina" a mente dell'art. 2043 del codice civile.

A mente della suddetta legislazione l'obbligazione del medico è nei mezzi e non nel risultato: al sanitario è fatto obbligo di utilizzare tutti i migliori mezzi terapeutici (Nota: con tale termine si intendono in senso più compiuto e corretto, anche i mezzi di diagnosi utilizzabili)

forniti dalle attuali conoscenze scientifiche al fine di conseguire il massimo risultato terapeutico anche se poi questo potrebbe non realizzarsi.

Tuttavia la Corte di Cassazione più volte ha ridotto il confine tra obbligazione di mezzi e di risultati ribadendo che, comunque, la diligenza di un sanitario non può essere solo quella inedia e generica (la classica diligenza del buon padre di famiglia), ma più coerentemente tecnica all'attività che si svolge: in altre parole non devono configurarsi eventuali atteggiamenti di imperizia o negligenza.

Tale corrente è, inoltre, resa più pregnante se si considera che in tale ambito non esiste differenziazione tra classi di colpa: se errore vi è stato tale resta e deve essere perseguito perché si è, comunque, prodotto un danno ad un bene tutelato.

Nota: In effetti la differenziazione tra colpa- lieve grave ricompare ma solo ai fini della quantificazione dell'entità del risarcimento.

Tuttavia l'art. 2236 del codice civile consente di graduare la colpa in virtù del principio che si parla di colpa lieve solo nei casi in cui la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà.

In altre parole la colpa grave si concretizza nei casi in cui si sia agito con imprudenza e/o con imperizia e/o si è adottata una condotta negligente.

Nell'ambito della responsabilità extracontrattuale l'onere della prova della colpa del soggetto agente

e dell'ingiusto danno causato è a carico del danneggiato e tale fatto è l'elemento differenziale con l'altro tipo di responsabilità (quello contrattuale).

Anche in tal caso è fondamentale che venga provato il nesso di causalità tra evento antecedente (pre hoc - condotta ed azione dell'agente) e danno ingiusto (post hoc) in un contesto di valutazione di causalità efficiente (condotte non consoni alle leggi naturali che fanno sì che un danno si manifesti in modo certo secondo un meccanismo di riproducibile causa effetto) o di causalità probabilistica (ovvero la probabilità di causare un danno è intrinseca alla non consona utilizzazione di mezzi od operati tecnicamente e scientificamente non corretti).

Nel campo della responsabilità professionale la tipologia di inquadramento nei vari settori (civile, aquilina e penale) sfuma dall'uno all'altro settore in un contesto di situazione di punti di contatto per cui ad esempio non è difficile affermare che non si può escludere la responsabilità penale se viene associata una responsabilità di tipo ex aquiliana.

Ovviamente vale comunque sempre il principio della retta operosità sia in termini di mezzi che di azione per cui sarà sempre da dover valutare il nesso di causalità caso per caso.

In tale contesto non si può tacere il quantum previsto dal 20 comma dell'art. 40 del Codice penale e cioè che non impedire un evento,

chi aveva l'obbligo di impedirlo, equivale ad averlo causato.

Dopo tale breve riepilogo della responsabilità professionale occorre sottolineare che nel caso clinico riportato è stato adoperato dai sanitari curanti un giusto, mirato e scientificamente idoneo atteggiamento professionale sia in termini di mezzi che di risultati che, in definitiva, hanno procurato un effetto positivo nei confronti di un soggetto affetto da un male ben più grave di quello originario.

La necessità di imparare tali lezioni di buona sanità, sicuramente quotidiane e taciute dagli strilloni di turno in casi di malasana, importa anche la metodica ricerca di mantenere un costante e coerente livello di conoscenza nell'ambito del proprio settore.

Tutti i professionisti, tra cui i medici, non possono tramutarsi in semplici prestatori di azioni tecniche (d'opera), ma devono rimanere fermamente coinvolti nella gestione dei vari casi clinici considerandoli sempre per quelli che sono salvo poi farli divenire e farli diventare un fatto tipicamente statistico dopo l'operato.

In altre parole, se nel caso in esame non si fosse effettuata una corretta descrizione del pezzo operatorio (appendice) ed un consensuale esame biotico si sarebbe verificato non già un fenomeno di "usuale" malasana giornalistica, ma la negazione dei principi naturali e generali che regolano l'operato dei medici.

Questa esperienza ci ha insegnato

che, in fondo, non esistono solo diagnosi facili o difficili, ma anche affezioni subdole che, seppur rare, non possono essere sconosciute in quanto prevedibili sia per scienza che per possibilità di mezzi terapeutici e di diagnosi.

Tra questi passaggi si concretizza e si materializza il centro di gravità della problematica relativa alla responsabilità professionale: nessun codice (etico, deontologico, giuridico) e nessun atteggiamento di difesa professionale possono diventare un protocollo di comportamento corretto.

Tali elementi (i codici e le leggi) devono rappresentare validi sussidi di cui tener conto nell'espressione della propria professionalità, ma la responsabilità di un sanitario anticipa gli eventi se essa si basa sulla naturale legge dell' *homo hominis* servire.

L' End state, in definitiva, è quello di utilizzare tutta la propria professionalità e responsabilità quale motore nell' azione quotidiana che deve essere tesa non solo a procurare i benefici terapeutici, ma anche, e forse soprattutto, una elevazione della cultura sanitaria nell' immenso mare umanitario.

Nota: Centro di gravità = caratteristica capacità dalla quale si traggono gli elementi indispensabili per una ottimizzazione degli atti professionali.

End State = stato o situazione che deve essere raggiunta ottenendo una soluzione in termini favorevoli.

Bibliografia

1. G. LENTI: Medicina Interna - Manuale Pratico per medici e studenti. Ed.

Minerva Medica;

2. C. RUGARLI: Manuale di Medicina Interna Sistematica. Masson Ed.;
3. G. LANZA: Anatomia Patologica Sistematica. Piccin Ed.;
4. G. FAVILLI: Patologia Generale. Casa Ed. Ambrosiana;
5. Enciclopedia Medica Italiana. USES Ed. Scientifiche Firenze;
6. G. CECCARELLI: Manuale di Patologia Chirurgia Piccin Ed.;
7. W. MONTORSI, A. PERACCHIA, P. PIETRI Semeiotica chirurgica. Ed. Minerva Medica;
8. F. LENZI A. CANIGGI: Manuale di Semeiotica Medica. Ed. Minerva Medica;
9. L. GALLONI: Patologia Chirurgica. Casa Ed. Ambrosiana;
10. P. ZANGANI, G. SCIAUDONE, V.M. PALMIERI et altri AA.: Medicina Legale e delle Assicurazioni Morano Ed.;
11. L. MACCHIARELLI, T. FEOLA: Medicina Legale. Ed. Minerva Medica;
12. U. TEODORI: Trattato di Patologia Medica. SEU Roma;
13. C. PIANA, L. TAMOS: La responsabilità professionale del medico nei recenti sviluppi della giurisprudenza; Giornale italiano del medico di famiglia, p. 12 - 15, Vol. I, N. 3, Settembre 2001;
14. Volume 6 Collana Medico Giuridica diretta da G. Cannavò: SUB IUDICE, La responsabilità professionale del medico. Centro Studi Cesare Gerin - Associazione Medico Giuridica M. Gioia.
15. R. KROME: Appendicite Acuta: non sempre una diagnosi facile - Il ruolo fondamentale dell'anamnesi e dell'esame obiettivo. Stampa Medica P. 48 - 50, 462 (2), 1989.

Comunicati della FNOMCeO

*Federazione Nazionale
degli Ordini dei Medici chirurghi
e degli Odontoiatri*

RIVALUTAZIONE RENDITE DEI MEDICI COLPITI DA MALATTIE E LESIONI CAUSATE DAI RAGGI X E SOSTANZE RADIOATTIVE.

Il decreto 20 novembre 2001 "Rivalutazione delle rendite in favore dei medici colpiti da malattie e da lesioni causate dall'azione dei raggi X e delle sostanze radioattive, con decorrenza 1° luglio 2001" - pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 24 del 29 gennaio 2002 - in attuazione all'art. 5 della legge n. 251/1982, stabilisce la retribuzione annua per la liquidazione, corrisposta dall'INAIL, delle rendite a favore dei medici colpiti da malattie e da lesioni causate dall'azione dei raggi X e delle sostanze radioattive e dei loro superstiti.

La retribuzione stessa viene rivalutata annualmente in relazione alle variazioni intervenute su base nazionale, nelle retribuzioni iniziali, comprensive della indennità integrativa speciale, dei medici radiologi ospedalieri.

Il decreto in esame fissa in L. 72.574.000= la retribuzione annua, per la liquidazione delle rendite di cui all'oggetto, con effetto dal 10 luglio 2001.

*IL PRESIDENTE
Giuseppe Del Barone*

*Federazione Nazionale
degli Ordini dei Medici chirurghi
e degli Odontoiatri*

COMUNICATO STAMPA

L'ECM DEVE VEDERE I MEDICI PROTAGONISTI: LO RICONFERMA IL COMITATO CENTRALE DELLA FNOMCEO

Il Comitato Centrale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri nella seduta del 26 gennaio 2002 ha riconfermato la totale contrarietà sul documento approvato dalla Conferenza Stato-Regioni che di fatto esautora gli Ordini professionali dalla gestione del Programma di Educazione Medica Continua (FCM).

Ciò risulta tanto più grave in considerazione del fatto che in sede di Commissione Nazionale per l'ECM sono stati individuati e garantiti a Ordini e Collegi precisi spazi di responsabilità, come del resto risulta dai verbali delle riunioni, tanto che, a parere del Comitato Centrale, sembra quasi che il mancato accoglimento delle richieste della Commissione Nazionale sia da addebitarsi ad una non perfetta trasmissione alla Conferenza Stato-Regioni di quanto opportunamente determinato dalla stessa Commissione ECM.

Il Comitato Centrale della FNOMCeO nel riconfermare che l'impegno della categoria medica è fina-

lizzato a garantire trasparenza, equità, ed efficacia al Programma di educazione medica continua, ribadisce il ruolo fondamentale e insostituibile degli Ordini e dei Collegi quali garanti della qualità professionale dei propri iscritti nell'esclusivo interesse della salute dei cittadini.

Il Comitato Centrale nel sostenere l'azione del Presidente della Federazione Giuseppe del Barone tesa a verificare, nelle prossime settimane, la reale disponibilità del Governo e delle Regioni a riconoscere il suddetto ruolo, ribadisce che la qualità delle soluzioni prospettate, nonché il livello delle garanzie date erga omnes, costituiranno il metro di valutazione sulla base del quale si darà corso a quanto già ufficialmente prospettato circa le eventuali dimissioni dei rappresentanti FNOMCeO in seno alla Commissione Nazionale ECM. Un atto forte della cui gravità il Comitato Centrale è perfettamente consapevole ma che vuole rappresentare la denuncia di un vero e proprio esproprio dei diritti e doveri assegnati dalla legge all'istituzione ordinistica, evitando che la Formazione Continua diventi un rito burocratico gestito al di fuori delle Professioni che hanno il solo obiettivo della qualità delle cure.

*Federazione Nazionale
degli Ordini dei Medici chirurghi
e degli Odontoiatri*

COMUNICATO STAMPA

Dichiarazione del Presidente dei medici Giuseppe Del Barone

LA FNOMCeO CONDIVIDE LO SCHEMA DI REGOLAMENTO SUL PROFILO PROFESSIONALE DELL'OTTICO

"I medici italiani accolgono con favore il giudizio positivo espresso dal Consiglio Superiore di Sanità sullo schema di regolamento che individua la figura e il relativo profilo professionale dell'ottico - ha detto il Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Giuseppe Del Barone.

Il testo - che recepisce alcune osservazioni a suo tempo avanzate dalla FNOMCeO - definisce in modo corretto il nuovo ambito professionale che, nonostante il riordino in laurea breve, appartiene pur sempre all'area tecnica circoscritta ~ confezionamento e alla vendita di dispositivi per la correzione dei difetti visivi.

Posso capire il disappunto degli ottici - ha continuato Del Barone - che speravano in una qualche forma di sanatoria che avrebbe di fatto dilatato le loro competenze, ma la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, garante della salute

dei cittadini, non avrebbe consentito a dei tecnici, seppur specializzati nel proprio campo, di sconfinare nell'attività di diagnosi o nella formulazione di terapie come l'individuazione dei presidi per la correzione e la riabilitazione dei difetti della vista, attività questa riservata alla professionalità e competenza del medico specialista.

Auspicio - ha concluso Del Barone - che lo schema di regolamento approvato dal Consiglio Superiore di Sanità possa essere definitivamente approvato dal Ministro competente, dando completezza al riordino di questa nuova professione ed allineando così l'Italia al resto dell'Europa"

*Federazione Nazionale
degli Ordini dei Medici chirurghi
e degli Odontoiatri*

COMUNICATO STAMPA

Il Presidente della FNOMCeO Del Barone richiama l'attenzione della scienza sugli aspetti etici e morali delle ricerche sulla procreazione e sui diritti del bambino

UTERO ARTIFICIALE - QUALI LE CONSEGUENZE PER IL NASCITURO?

"Nel campo della fecondazione assistita la realtà sta superando di gran lunga la fantasia - ha esordito il Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici

Chirurghi e degli Odontoiatri Giuseppe Del Barone - commentando le notizie provenienti da oltre oceano sulla creazione in laboratorio dell'utero artificiale.

"Se da un lato possiamo condividere le finalità della ricerca volte a garantire una maternità alle donne infertili - ha aggiunto il Presidente dei medici italiani - dall'altro non possiamo non chiederci quali dovranno essere i confini oltre i quali la scienza non deve avventurarsi.

La fecondazione artificiale già pone in seconda piano la figura classica del padre, l'utero artificiale in un prossimo futuro potrà surrogare il ruolo della madre, tanto che viene spontaneo chiedersi se la scienza, in questa frenetica "rincorsa dell'impossibile", non abbia di fatto perso di vista l'identità del nascituro ed i suoi sacrosanti diritti e non abbia sottovalutato i possibili risvolti sull'equilibrio psicofisico di una nuova vita, frutto dell'alchimia di laboratorio e non dell'amore fra due persone.

Senza voler negare il ruolo fondamentale della ricerca, che ha permesso negli ultimi anni risultati insperati in campo medico, dobbiamo sottolineare con forza la necessità di procedere ad una riflessione approfondita su gli aspetti futuri della procreazione che possa dare risposte certe e condivise ai tanti interrogativi di carattere etico che emergono di fronte a tecniche e procedure che sembrano voler sovvertire le leggi stesse della natura e l'abitudine alla procreazione".

*Federazione Nazionale
degli Ordini dei Medici chirurgi
e degli Odontoiatri*

COMUNICATO STAMPA

*Riuniti presso la sede della Fnom-
ceo i rappresentanti delle Federa-
zioni Nazionali degli Ordini e dei
Collegi Professionali*

LE PROFESSIONI SANITARIE RIVENDICANO CON FORZA IL LORO RUOLO NEL PRO- GRAMMA DI FORMAZIONE CONTINUA

Il Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Giuseppe Del Barone ha riunito i rappresentanti degli Ordini e dei Collegi delle professioni sanitarie per un confronto sugli ultimi sviluppi del programma di Educazione Medica Continua (BCM) che dal 1° gennaio interessa i medici, gli odontoiatri e tutte le altre categorie sanitarie.

Nel corso dell'incontro è stato stigmatizzato il contenuto del documento approvato lo scorso 20 dicembre dalla Conferenza Stato-Regioni che, pur prevedendo "adeguate forme di partecipazione degli Ordini e dei Collegi Professionali" di fatto ha esautorato gli stessi Ordini e Collegi dai processi per la verifica della qualità della formazione professionale degli iscritti.

Di fronte a questo grave atteggiamento di forza messo in atto dalle

Regioni, i rappresentanti dei circa 900 mila operatori della sanità (medici, farmacisti, veterinari, psicologi, infermieri, ostetriche, tecnici di radiologia) hanno posto le basi per avviare tutta una serie di iniziative, non solo a livello politico, volte a riaffermare un ruolo che lo stesso ordinamento giuridico assegna loro, a salvaguardia della salute dei cittadini. Ciò nell'attesa di conoscere gli esiti della richiesta di incontro urgente al Presidente del Consiglio Silvio Berlusconi, e il Presidente della Conferenza dei Presidenti Regionali Enzo Ghigo, formalizzata nei giorni scorsi nella speranza di riportare il confronto sul piano di una più fattiva collaborazione e ridefinire ruoli e competenze nel campo della formazione continua.

I professionisti della salute rivolgono inoltre un appello ai cittadini affinché pongano la giusta attenzione su quanto oggi espresso dagli addetti ai lavori, in particolare sulle loro preoccupazioni nei confronti di una sanità di esclusiva pertinenza regionale, quindi frammentata, dove le stesse Regioni potranno offrire un servizio sanitario commisurato alle loro disponibilità di bilancio, determinando così sul territorio nazionale livelli di assistenza sanitaria non omogenei con grave sperequazione tra i cittadini.

*Federazione Nazionale
degli Ordini dei Medici chirurghi
e degli Odontoiatri*

COMUNICATO STAMPA

*Il Presidente della FNOMCeO
mette in guardia circa i rischi deri-
vanti dal clamore per le ultime ac-
quisizioni medico scientifiche*

DEL BARONE: OCCORRE RAFFORZARE LA POLITICA DELLE DONAZIONI

Il Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Giuseppe Del Barone di fronte ai nuovi progressi della medicina realizzati oltre oceano, come la clonazione di maiali transgenici che apre nuove prospettive sul fronte dei trapianti e la possibilità delle cellule cardiache di rigenerarsi "riparando", di fatto, il cuore malato, ha messo in guardia sul rischi derivanti da notizie riportate dalla stampa con troppa enfasi.

"Non vorrei - ha dichiarato Del Barone - che questi indubbi passi avanti, sul fronte della salute resi noti forse con eccessivo clamore possano in qualche modo contribuire a disincentivare le donazioni, già piuttosto carenti soprattutto al sud del Paese, che rimangono a tutt'oggi l'unica via per far fronte alla sempre crescente richiesta di trapianti d'organo.

Per questo condivido pienamente il monito lanciato dal Ministro Sirchia di evitare i facili entusiasmi e di continuare sulla strada della ricerca senza diminuire la portata delle donazioni, che rappresentano una possibilità terapeutica ormai consolidata oltre che un atto di amore e di solidarietà".

Ovviamente lo stesso ragionamento vale per chi pensasse che il rigenero delle cellule cardiache possa essere sostitutivo delle terapie tradizionali."

*Federazione Nazionale
degli Ordini dei Medici chirurghi
e degli Odontoiatri*

COMUNICATO STAMPA

*Il Presidente della FNOMCeO di-
sapprova l'eventualità di consen-
tire anche al biologi di intervenire
sui pazienti*

DEL BARONE: IL PRELIEVO EMATICO DEVE ESSERE EFFETTUATO SOLO IN PRE- SENZA DEL MEDICO

Il Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri Giuseppe Del Barone ha espresso parere negativo su alcune iniziative politiche, ancora in fase di definizione, che se avviate interesserebbero molto da vicino la salute dei cittadini.

La prima, sarebbe prevista nel de-

creto legge resosi necessario per tamponare l'emergenza di riferimenti e che consentirebbe, secondo quanto dichiarato dal Senatore Tomassini, anche ai biologi di effettuare prelievi ematici: "É una ipotesi che i medici respingono con fermezza" ha dichiarato Del Barone - perché siamo di fronte ad un atto medico e come tale deve essere effettuato da personale in possesso delle competenze professionali idonee a fronteggiare eventuali situazioni di emergenza. Non a caso - ha continuato il Presidente della FNOMCeO - nei centri prelievi, dove operano infermieri professionali, è sempre presente un medico responsabile pronto ad intervenire in caso di necessità".

Il Presidente dei medici italiani ha voluto poi commentare la notizia secondo la quale il Sottosegretario della Sanità Cesare Cursi si sarebbe fatto promotore di una serie di incontri con alunni delle scuole medie e superiori, presente un noto calciatore o una star dello sport, per mettere in guardia i giovani contro il rischio del doping e dell'assunzione incontrollata di farmaci nel corso di attività sportiva amatoriale. "É una iniziativa senza dubbio meritoria - ha dichiarato Del Barone - che dimostra la sensibilità del Sottosegretario verso la salute dei giovani. Sorprende però che la stessa sensibilità non sia stata dimostrata da altri autorevoli esponenti di governo come il Ministro della Pubblica Istruzione Letizia Moratti alla quale ho recente-

mente rinnovato la proposta già avanzata al suo predecessore Tullio De Mauro, di prevedere al fianco dei docenti la figura di un medico, preparato per specifica formazione, in grado di informare i giovani sulla realtà sanitaria che li circonda, insegnando loro i comportamenti da tenere, ma ancor più quelli da evitare, sull'importanza dei farmaci ma anche sulla loro nocività, formandoli in materia di igiene e di difesa dell'ambiente".

*Federazione Nazionale
degli Ordini dei Medici chirurghi
e degli Odontoiatri*

MODIFICA ESAMI DI STATO DI ABILITAZIONE ALL'ESER- CIZIO DELLA PROFESSIONE DI MEDICO-CHIRURGO

È stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 299 del 27 dicembre 2001 il Decreto 19 ottobre 2001, n. 445, che reca: "Regolamento concernente gli esami di Stato di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo: Modifica del Decreto ministeriale 9 settembre 1957 e successive modificazioni e integrazioni", per il quale la FNOMCeO aveva espresso, su richiesta del Ministero dell'Università e della Ricerca, parere positivo,

É da premettere, innanzitutto, che il Decreto in esame entrerà in vigore due anni dopo la sua pubblicazione: 28 dicembre 2003.

Ritengo utile richiamare la Vostra attenzione su alcune disposizioni del provvedimento che direttamente richiamano il coinvolgimento dei nostri Ordini provinciali, oltre che della Federazione.

Il decreto stesso precisa che gli esami di Stato di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo sono ammessi i laureati in medicina e chirurgia sia che abbiano conseguito la laurea prima della riforma di cui alla legge n. 127/1997, sia quelli con la "laurea specialistica" (46/S) di cui al decreto ministeriale 28 novembre 2000.

L'esame di Stato consiste in un tirocinio pratico e in una prova scritta (che si svolge, due volte l'anno), cui si può accedere nella prima sessione utile dopo superamento di una prova pratica consistente in un tirocinio clinico di tre mesi svolto: un mese presso un reparto di medicina, un mese presso un reparto di chirurgia e un mese presso un medico di medicina generale convenzionato con il S.S.N. e avente i requisiti di cui al comma 3 dell'art. 27 del decreto legislativo n. 368/1999 che detta: un'anzianità di almeno 10 anni di attività convenzionale, la titolarità di un numero di assistiti almeno pari alla metà del massimale, oltre che operare in uno studio professionale accreditato ai sensi del comma 3 dell'art. 26 del citato decreto legislativo.

Il tirocinio pratico è organizzato dalle università attraverso convenzioni con le strutture del Servizio

sanitario nazionale, nonché con gli Ordini provinciali dei medici chirurghi e degli odontoiatri, qualora si svolga al di fuori delle strutture universitarie.

Il docente universitario o il dirigente medico e il medico di medicina generale titolari della formazione del corso del tirocinio pratico dovranno certificare la frequenza e valutare con motivato giudizio, espresso con punteggio numerico, la preparazione dei candidati. Il Decreto n. 445/2001 dispone, ancora, l'istituzione di due Commissioni incaricate, con compiti diversi, del corretto espletamento delle prove scritte:

- Commissione nazionale - nominata con decreto del Ministero dell'Università, con durata in carica di tre anni e con compiti valutativi - composta da:

- a) due professori ordinari;
- b) due professori associati confermati;
- c) quattro medici chirurghi designati dalla Federazione nazionale dell'Ordine medici chirurghi e degli odontoiatri;

ha il compito di predisporre i quesiti a risposta multipla relativamente alle:

1) conoscenze di base nella prospettiva della loro successiva applicazione professionale, con particolare riguardo ai meccanismi fisiopatologici e alle conoscenze riguardanti la clinica, la prevenzione e la terapia;

2) capacità del candidato nell'applicare le conoscenze biomediche e

cliniche alla pratica medica e nel risolvere questioni di deontologia professionale e di etica medica. La prova include domande su problemi clinici afferenti alle aree di medicina e di chirurgia e delle relative specialità, della pediatria, dell'ostetricia e ginecologia, della diagnostica di laboratorio e strumentale e della sanità pubblica;

- Commissione presso l'Università: presso ciascuna delle sedi universitarie individuate con decreto del Ministro dell'Università per lo svolgimento delle prove scritte è nominata - con nomina rettorale - una commissione incaricata: di assicurare la regolarità dell'espletamento delle prove di esame, di vigilanza, di verbalizzazione, di attribuzione al singolo candidato di un voto finale - somma dei punteggi conseguiti nella prova pratica e nelle due parti della prova scritta - nonché di predisporre un elenco finale degli idonei da trasmettere al rettore; la Commissione suddetta è composta di almeno 4 membri, di cui almeno due docenti della facoltà di medicina e due medici indicati dall'Ordine dei medici chirurghi della provincia ove ha sede l'Ateneo.

Il Decreto in esame, infine, dispone l'abrogazione e la disapplicazione di alcune disposizioni contenute nel Decreto ministeriale 9 settembre 1957 e successive modifiche.

*IL PRESIDENTE
Giuseppe Del Barone*

*Federazione Nazionale degli
Ordini dei Medici Chirurghi e
degli Odontoiatri*

COMUNICATO STAMPA

*Il Presidente della FNOMCeO Del
Barone commenta le novità conte-
nute nel Dpef*

NO AD OGNI TIPO DI MUTUA SOSTITUTIVA DEL SSN

Perplessità e prudenza sono state espresse dal Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Giuseppe Del Barone nei confronti delle novità in campo sanitario introdotte dal documento di programmazione economico - finanziaria presentato in Parlamento. In particolare Del Barone avanza dubbi sul ruolo che dovranno ricoprire le previste "mutue integrative e/o sostitutive".

"Dobbiamo partire dall'assunto - ha dichiarato il Presidente dei medici italiani - che il SSN basato sui principi di solidarietà ed equità va difeso ad ogni costo perché, anche se perfettibile, rappresenta comunque uno strumento di tutela della salute della collettività che in tanti ci invidiano".

Per quanto riguarda l'introduzione delle "mutue" potremmo essere d'accordo solo nel caso in cui queste ultime dovranno svolgere un ruolo "integrativo" soprattutto nella assistenza degli anziani, dei disabili o dei malati cronici. Diversamente sarebbe del tutto inaccetta-

bile un loro ruolo di tipo "sostitutivo" che finirebbe per penalizzare le fasce sociali meno abbienti a cui verrebbe garantita solo una assistenza di serie B", sfilando i presupposti del SSN.

"Vedremo in seguito quale sarà la reale portata del provvedimento, ma una cosa è certa - ha concluso Del Barone - qualora questo ritorno al passato si traducesse in un atto prodromico per l'ingresso massiccio delle assicurazioni nel sistema sanitario, allora il mio giudizio e quello dei medici italiani sarebbe di pieno dissenso".

FNOMCeO

COMUNICAZIONE N. 108

Sigg. Presidenti degli Ordini Prov. dei Medici e degli Odontoiatri

Sigg. Presidenti delle Commissioni per gli Iscritti all'Albo degli Odontoiatri

Cari Presidenti,

Il decreto-legge n. 138 dell'8 luglio u.s. pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 158 dell'8 luglio 2002 - recante "Interventi urgenti in materia tributaria, di privatizzazioni, di contenimento della spesa farmaceutica e per il sostegno dell'economia anche nelle aree svantaggiate", dispone modifiche ad alcune norme che interessano anche la nostra professione e l'attività dei nostri Ordini.

In particolare, l'art. 3 "Potenziamento dell'attività di riscossione dei tributi e sistema di remunerazione del servizio nazionale della riscossione" modifica norme in

materia di riscossione dei tributi, allo scopo di potenziare l'attività di recupero coattivo del gettito tributario da parte dei concessionari, modificando, altresì, per il biennio 2002 - 2003, il sistema di remunerazione del servizio nazionale della riscossione.

Il Capo IV - RAZIONALIZZAZIONE E CONTENIMENTO DELLA SPESA FRAMACEUTICA - Art. 9:

"Finanziamento della spesa sanitaria e prontuario" abroga alcune norme e ne modifica altre riferite alla spesa sanitaria e al prontuario dei farmaci rimborsabili dal servizio sanitario nazionale.

Sono abrogati:

- il comma 4-quarter dell'art. 1 del D.-L. n. 17/2001, convertito nella legge n. 129/2001, che testualmente recita "Con effetto dall'anno 2001, le anticipazioni di cui all'art. 13, comma 6, del decreto legislativo n. 56/2000, possono essere concesse dal Ministro del Tesoro, bilancio e dalla programmazione economica limitatamente al primo semestre di ciascun anno": tale abrogazione è diretta ad evitare, limitando al primo semestre di ciascun anno la possibilità delle anticipazioni di tesoreria, una carenza di liquidità per le Regioni;

- Il comma 8 dell'art. 36 della legge n. 449/1997 "Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica", che recita "I medicinali con prezzo conforme alla disciplina del prezzo medio europeo prevista dal presente articolo sono collocati nelle classi di rimborsabilità appli-

cate alle corrispondenti categorie terapeutiche omogenee".

Lo stesso articolo prevede che il comma 1 dell'art. 7 del decreto-legge n. 347/2001, convertito nella legge n. 405/2001 sia sostituito dal seguente: "I medicinali aventi uguale composizione in principi attivi, nonché forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio, numero di unità posologiche e dosi unitarie uguali, sono rimborsabili al farmacista dal Servizio sanitario nazionale fino alla concorrenza del prezzo più basso del corrispondente prodotto disponibile nel normale ciclo distributivo regionale, sulla base di apposite direttive definite dalla regione; tale disposizione non si applica ai medicinali coperti da brevetto sul principio attivo".

In buona sostanza, le disposizioni contenute nell'articolo hanno l'obiettivo di contenere la spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale a carico del S.S.N. entro un limite predeterminato, che per l'anno 2002, non può superare il tetto stabilito, con l'art. 5 della citata legge n. 405/2001, nel 13 per cento della spesa sanitaria complessiva. Per raggiungere tale obiettivo, il Ministro della Salute, su proposta della Commissione Unica del Farmaco, dovrà provvedere annualmente - per l'anno in corso entro il 30 settembre - a redigere l'elenco dei farmaci rimborsabili dal S.S.N.

Cordiali saluti

*Il Presidente
Giuseppe Del Barone*

Avvisi e Notizie

Il via della Camera

NESSUN TAGLIO DEL PREZZO DEI FARMACI SE COSTANO MENO DI 5 EURO

Non verranno "tagliati" i prezzi dei farmaci, rimborsabili dal Ssn, che costano meno di 5 euro. La Camera ha infatti approvato la scorsa settimana una modifica all'articolo 3 del decreto per il contenimento della spesa pubblica, che riduce del 50% il prezzo di vendita al pubblico dei farmaci rimborsati dal servizio sanitario nazionale. La modifica prevede che la riduzione non tocchi le specialità con prezzi inferiori a 5 euro. Così viene confermato che il taglio del prezzo dei farmaci varrà solo fino al 2002. Con un altro emendamento approvato a grande maggioranza all'articolo 3 del DL viene inoltre stabilito che i convegni e i congressi scientifici dovranno essere dimezzati solo quelli organizzati all'estero; mentre nessun taglio del 50% né per numero né per finanziamenti, per l'organizzazione di congressi e convegni in Italia da parte delle industrie farmaceutiche. L'Aula ha inoltre approvato un emendamento che stabilisce di abbreviare la copertura brevettuale complementare di 6 mesi l'anno dal 2004. Inizialmente il decreto riduceva la durata di brevetti di un anno nel 2002 e di

2 anni ogni anno dal 2003, per allineare l'Italia all'Unione Europea.

Infortuni e personale sanitario

UN COSTO FINO A 1600 MLD DI LIRE ALL'ANNO

Dai 1400 ai 1600 mld di lire l'anno. E' questo il costo economico degli infortuni che avvengono in ambiente sanitario, con una spesa di circa 75 mln di lire per ogni infortunato. Il dato, illustrato ad un convegno che si è svolto nell'ambito del Forum della Pubblica Amministrazione, deriva dall'ultima ricerca condotta dall'Inail e non ancora pubblicata. Le cause sono essenzialmente ambienti di lavoro (scale e pavimenti), le punture accidentali con aghi infetti, lo spostamento dei pazienti e i mezzi di trasporto. «Il rischio biologico dovuto alla puntura con aghi infetti è sempre attribuibile ad un errore», ha spiegato Francesco Testa, direttore generale dell'Asl I di Caserta e vicepresidente Fiaso, l'organismo che riunisce buona parte delle aziende sanitarie ed ospedaliere Italiane. «Un nostro studio, condotto nelle varie strutture fra il 1994 e il 1999, ha evidenziato» continua Testa «come nel 66% dei casi le esposizioni percutanee siano attribuibili a punture accidentali. Per quanto riguarda invece l'esposizione mucocutanea, il 50% delle volte avviene per contaminazione congiuntivale. Il dato eclatante»

ha aggiunto «è che l'80% delle punture accidentali sono evitabili, basta usare aghi e cateteri di sicurezza e informare correttamente gli operatori sui rischi di esposizione». Le patologie a cui più frequentemente vanno incontro coloro che svolgono pratiche mediche sono soprattutto i virus delle epatiti C, B e l'Hiv: ogni anno infatti, sono attese 70 mila esposizioni ma ne viene notificato solo il 60%. «Va comunque riconosciuta una crescente attenzione delle aziende di fronte al problema della sicurezza, anche se si tratta di una sensibilità a macchia di leopardo», dichiara Antonio Moccaldi, direttore generale dell'Ispesl. Ma oltre al rischio biologico» ha aggiunto «bisogna ricordare che c'è ancora molto da fare nei confronti del rischio chimico, come ad esempio quello a cui sono esposti coloro che preparano i farmaci antitumorali, al rischio fisico dovuto alle radiazioni - Ionizzanti e a quello rappresentato dalle sale operatorie. Anche se in buona parte sono state messe a norme» ha concluso «rappresentano ancora una criticità del sistema e per questo l'Ispesl ha elaborato delle linee guida che, nei prossimi giorni, dovranno ricevere l'ok dal Consiglio superiore di Sanità».

Medicina del Turismo

**SALUTE A RISCHIO PER UN
MILIONE E MEZZO
DI ITALIANI ALL'ANNO**

Su circa 18 milioni gli italiani che, ogni anno, scelgono mete internazionali per i loro viaggi, ben 1 milione e mezzo rischia di incappare, nel corso della vacanza, in virus, infezioni e problemi di salute più o meno gravi. «Chi opta per queste mete» ha spiegato Walter Pasini, direttore del centro di riferimento Oms per la medicina del turismo e presidente del Congresso mondiale di medicina del turismo svoltosi a Firenze «spesso incappa nella diarrea del viaggiatore, un disturbo debilitante e pericoloso soprattutto per la salute dei bambini, che colpisce dal 30% all'80% dei vacanzieri». In particolare, per chi sceglie l'Africa il pericolo rimane la malaria: dati dell'Oms segnalano 300 milioni di casi nel mondo, con 3 milioni di morti. «Secondo l'istituto superiore di sanità, in Italia sono circa 1.200 i nuovi casi ogni anno» ha aggiunto Pasini «ma il trend è in aumento». Nei Caraibi, in Africa e in Asia la minaccia alla salute si chiama «dengue». La febbre gialla, invece, è localizzata nell'Africa sub-sahariana e nella parte settentrionale del Sud America. «Non bisogna dimenticare» ha avvertito Pasini «colera, epatite A e B, che colpiscono rispettivamente 1 viaggiatore su 300 e 1 su 1000».

**CONCERTO DI BENEFICIEN-
ZA 09 MAGGIO 2002**

L'Ordine di Medici della Prov. di Isernia, portando avanti delle iniziative di carattere sociale e ricreativo, si è fatto promotore ed organizzatore di una serata avvenuta il giorno 09 Maggio 2002 presso il locale «Cantieri Culturali Le Cave» di Isernia nell'ambito della manifestazione «Una Voce al bisogno». Scopo della manifestazione è stato quello di raccogliere fondi per l'acquisto di arredi a favore della comunità portatori di Handicap si è scelto di comunicare attraverso la musica. La serata prevedeva un Buffet freddo di benvenuto a base di prodotti tipici della cucina locale (in particolare è stata gradita la frittata di Montaquila e la «Panon-da» di Miranda). Successivamente sul palco si sono esibiti un gruppo di Medici che hanno cantato canzoni di Musica leggera. Hanno avuto così l'opportunità di farsi valere ed apprezzare utilizzando strumenti diversi da quelli soliti della propria professione, infine si è esibito il complesso di musica etnicopopolare «Il Tratturo anni Ottanta» in un concerto della durata di ottanta minuti. Dopo una assenza di circa 20 anni dalle scene della musica internazionale, per l'occasione il Gruppo ha riproposto parte del repertorio di loro produzione, in forma riarrangiata e musicalmente più conforme alle tendenze attuali. Il successo è stato clamoroso, forte della presenza nel complesso

di musicisti del calibro di Piero Ricci, Enzo Di Luozzo, Nicola Iorio, Alfonso Guglielmi, Davide Fiorelli. Hanno assistito alla manifestazione 500 persone. Ha onorato la serata la presenza di personalità Civili e Politiche e rappresentanti di altri Ordini di Medici.

I Medici erano rappresentati da: Gabriella Liberatore, Annarita

Cilione, Roberta Mascio, Luigia Di Palma, Corrado Del Buono, Liberato Di Lullo, Giancarlo Bucci, Cosmo Antenucci. Vanna Antonelli. Un sentito ringraziamento va a tutti loro per l'impegno dimostrato e complimenti per le qualità espresse.

Alberto Pisano

Le Commissioni Odontoiatriche degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri delle province di Isernia, di Campobasso e di Benevento, in collaborazione con l'ANDI, organizzano

*il 14/09/02 presso il Circolo della Vela,
Termoli, via Rio Vivo 31/a 86025 Termoli.*

LA GIORNATA ODONTOIATRICA DEL MOLISANNIO

"Medicina legale in Odontoiatria"

Ore 9:30 - Saluto delle autorità e presentazione del convegno;

ore 10:00 - Dott. Daleffe: Progetto Odontoiatria Legale;

ore 10:30 - Dott. Scarpelli: Il comportamento dell'odontoiatra, come prevenire il contenzioso;

ore 11:30 - Prof. Introna: La responsabilità professionale odontoiatrica;

ore 12:00 - Break;

ore 12:30 - Dott. Calcioni: Organizzazione degli studi odontoiatrici.

Crediti formativi E.C.M.

Evento assegnato in valutazione.

Per informazioni e prenotazioni telefonare a OCR. Tel. 0865/3212

Dato l'interesse dell'argomento si riporta la lettera che un Gruppo di Medici Fiorentini ha inviato alla Regione Toscana e per conoscenza agli Ordini Prov.li Toscani

SOSTITUZIONI DI MEDICINA GENERALE E GUARDIA MEDICA

Siamo un gruppo di medici che hanno già svolto il corso di formazione specifica in medicina generale nel biennio 1998-2000 (e nei bienni anteriori): con la presente vogliamo richiamare la Vostra attenzione a quanto disposto dall'art. 19, comma 11 della Legge n. 448 del 28-12-2001, laddove viene stabilito che "i laureati in medicina e chirurgia abilitati, anche durante la loro iscrizione ai corsi di specializzazione o ai corsi di formazione specifica in medicina generale possono sostituire a tempo determinato medici di medicina generale convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale ed essere iscritti negli elenchi della guardia medica notturna e festive e della guardia medica turistica, ma occupati solo in caso di carente disponibilità di medici già iscritti negli elenchi della guardia medica notturna e festiva e della guardia medica turistica".

Ciò si rende necessario, perché risulta a tutt'oggi che i medici, che hanno frequentato il corso di medicina generale e già iscritti, nonostante la loro disponibilità, siano pretermessi nell'assegnazione de-

gli incarichi, e gli siano preferiti coloro che devono ancora terminare i suddetti corsi, anche se già iscritti nella graduatoria regionale della medicina generale.

Inoltre, vorremmo sapere se le sostituzioni di medicina generale e di guardia medica e turistica, svolte da chi frequenta corsi di formazione o di specializzazione, conferiscono punteggio e per quanti giorni all'anno sia possibile svolgere le suddette sostituzioni pur avendo obbligo di frequenza nei suddetti corsi di formazione e percependo borse di studio.

Si invita pertanto gli Organi preposti della Regione Toscana a vigilare sulla corretta attuazione di quanto disposto "ex lege", anche e soprattutto al fine di impiegare negli incarichi i medici che ne hanno diritto secondo normativa.

Valga la presente ad ogni effetto di legge.