AESERNIA MEDICA

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

Anno VIII, n. 2, 2001 - Trimestrale

Rabano Mauro, miniatura del "De Rerum Naturis".
Apollo che istruisce nell'arte della medicina suo figlio Euscolapio

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
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

Leggi e Decreti 3

Sentenze 16

Bollettino Scientifico 22

Comunicati FNOMCeO 34

Lettere all'Ordine 39

Avvisi e Notizie 43

Carissimo Orazio 47

Anno VIII, n. 2, 2001 - Trimestrale - Autorizzazione Tribunale di Isernia n. 39

Stampa: Litotipografia F. Ciolfi - Cassino

Editoriale

E' TEMPO DI AUGURI!

E' tempo di auguri natalizi per tutti, di felicitazione e di buon lavoro al Governatore del Molise dott. Angelo Michele Iorio e ai neoeletti consiglieri regionali.
Li attende un difficile, ma possibile compito:
il regionalismo della Sanità sembra essere il banco di prova delle immanenti tensioni federaliste.
L'imperativo categorico sarà per tutti contribuire alla ricerca di una formula che renda possibile la coniugazione di scelte economiche ottimali, giusto, realistico e compatibile arretramento dalla posizione monopolistica del pubblico nella produzione di servizi, governo della tutela della salute correlato all'adeguamento dei livelli essenziali di assistenza e al delisting, la capillarizzazione degli ambiti di governo e di gestione.
Sarà doveroso inoltrarsi in un percorso dialettico che parta dalla visione di una politica sanitaria complessiva incentrata sui bisogni e sul ruolo che altri fattori (ambiente, alimentazione etc.) esercitano sulla salute e non necessariamente in misura prevalente sul potenziamento strutturale e sull'offerta.
Sarà inevitabile che si ricerchino soluzioni al soddisfacimento delle esigenze locali, al superamento delle diversità di offerta sanitaria tra regioni, all'ottimizzazione della spesa e che infine perseguano la lungimirante logica delle collaborazioni tra livelli amministrativi, di governo e assistenziali.
Non potrà accadere diversamente. Il diritto di cittadinanza si onora solo investendo le limitate risorse in obiettivi di qualità.
Auspicando l'avvento di una "devolution senza ansie", in attesa della quale inoltro l'offerta di una fattiva collaborazione istituzionale, come avviene in Toscana dove, a livello regionale, opera in via consultiva un Consiglio dei Sanitari di nomina ordinistica, rinnovo i più cordiali auguri.

Franco Carugno

Leggi e Decreti

REVISIONE DEI FARMACI
Sulla Gazzetta Ufficiale - Serie generale - n° 97 del 27 aprile 2001 è stato pubblicato il Decreto 9 febbraio 2001 del Ministero della Sanità (Commissione unica dei farmaco) "Modifiche al decreto ministeriale 27 gennaio 2000, concernente il programma di revisione per il biennio 2000-2001 di medicinali registrati da più di dieci anni, ai sensi dell'art. 4 della legge 14 ottobre 1999, n° 362".

SICUREZZA SUL LAVORO
Sulla Gazzetta Ufficiale - Serie generale - n° 99 del 30 aprile 2001 è stata pubblicata la circolare della Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento della Funzione Pubblica 20 aprile 2001, n° 5/2001 "Modifiche al decreto legislativo 19 settembre 1994, n° 626, titolo VI, "uso delle attrezzature munite di video terminali".

INQUADRAMENTO CONVENZIONATI
Sulla Gazzetta Ufficiale - Serie generale - n° 103 del 5 maggio 2001 è stato pubblicato il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 8 marzo 2001 "Criteri per la valutazione, ai fini dell'inquadramento nei ruoli della dirigenza sanitaria, del servizio prestato dagli specialisti ambulatoriali, medici e delle altre professionalità sanitarie, dai medici della guardia medica, dell'emergenza territoriale e della medicina dei servizi in regime convenzionale". Con la Comunicazione n° 64 del 9 maggio 2001 la FNOMCeO ha reso noto che il decreto dà attuazione a precise disposizioni di legge, in particolare le leggi finanziarie n°449 del 1997 e n° 448 del 1998. Il decreto è importante in materia di valutazione dell'anzianità di servizio prestato in regime convenzionale dai professionisti interessati.

ASSUNZIONI NELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE
Sulla Gazzetta Ufficiale - Serie generale - n° 109 del 12 maggio 2001 è stato pubblicato il Decreto del Presidente della Repubblica 30 marzo 2001 "Programmazione semestrale delle assunzioni nelle pubbliche amministrazioni" che ha "contingentato" il numero delle assunzioni nella pubblica amministrazione nel corrente semestre.

SOCCORSI SANITARI NELLE CATASTROFI
Sul Supplemento ordinario n° 116 alla Gazzetta Ufficiale Serie generale n° 109 del 12 maggio 2001 è stato pubblicato un comunicato della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Protezione Civile "Comunicato relativo al decreto del Ministro dell'interno delegato per il coordinamento della protezione civile 13 febbraio 2001, concernente: Adozione dei "Criteri di massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi" (Decreto pubblicato nella Gazzetta Ufficiale - Serie Generale - n° 81 del 6 aprile 2001).

CURE PALLIATIVE

Sulla Gazzetta Ufficiale - Serie generale - n° 110 del 14 maggio 2001 è stato pubblicato l'Accordo 19 aprile 2001 della Conferenza unificata (ex articolo 8 del Dlgs 28 agosto 1997, n° 281) "Accordo tra il ministro della Sanità, le Regioni, le Province, i Comuni e le Comunità montane, sul documento di iniziative per l'organizzazione della rete dei servizi delle cure palliative".

DISPOSITIVI MEDICI

Sul Supplemento ordinario n° 117 alla Gazzetta Ufficiale Serie generale - n° 110 del 14 maggio 2001 è stato pubblicato il Decreto del Ministero dell'industria del commercio e dell'artigianato "Secondo elenco riepilogativo di norme armonizzate, adottate ai sensi dell'art. 3 del decreto legislativo 14 dicembre 1992, n° 507, concernente l'attuazione della direttiva 90/385/CEE in materia di dispositivi medici impiantabili attivi e ai sensi dell'art. 6, comma 2, del decreto legislativo 24 febbraio 1997, n° 46, concernente l'attuazione della direttiva 93/42/CEE in materia di dispositivi medici" aprile 2001, n° 120 "Utilizzo dei defibrillatori semiautomatici in ambiente extraospedaliero". Con la Comunicazione n° 48 del 18 aprile 2001 la FNOMCeO ha precisato che la legge consente l'uso del defibrillatore semiautomatico in sede extraospedaliera, nell'ambito del sistema di emergenza 118, anche al personale sanitario non medico, oltre che al personale non sanitario con formazione specifica in attività di rianimazione cardio-polmonare. Con successivo decreto del Ministro della Sanità saranno indicati i criteri con cui le regioni e le province autonome dovranno disciplinare il rilascio, da parte delle ASL e delle aziende ospedaliere, dell'autorizzazione all'utilizzo extraospedaliero dei defibrillatori da parte del personale sopra citato.

ATTIVITA' SPORTIVA

Sulla Gazzetta Ufficiale - Serie generale - n° 89 del 17 aprile 2001 è stato pubblicato il Decreto 4 aprile 2001" Integrazione del decreto ministeriale 18 febbraio 1982, concernente norme per la tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica e del decreto ministeriale 13 marzo 1995, concernente norme sulla tutela sanitaria degli sportivi professionisti"

LEGGE SULL'ALCOL

Sulla Gazzetta Ufficiale - Serie generale - n° 90 del 18 aprile 2001 è stata pubblicata la Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol correlati. Con la Comunicazione n° 55 del 26 aprile 2001 la FNOMCeO ha precisato alcuni aspetti della legge. Gli interessati possono prenderne visione presso gli Uffici dell'Ordine.

SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO NAZIONALE

Sulla Gazzetta Ufficiale - Serie generale - n° 90 del 18 aprile 2001 è stato pubblicato il Provvedimento

22 febbraio 2001 "Accordo quadro tra il Ministro della sanità, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano per lo sviluppo del nuovo Sistema informativo sanitario nazionale. Accordo ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n° 281 "Sul Supplemento ordinario n° 85 alla Gazzetta Ufficiale Serie generale - n° 90 del 18 aprile 2001 è stato pubblicato il Decreto 16 febbraio 2001 del Ministero della Sanità "Nuovi modelli di rilevazione economici del Sistema informativo sanitario"

LEGGE PRIVACY

Sulla Gazzetta Ufficiale - Serie generale - n° 91 del 19 aprile 2001 è stata pubblicata la Legge 24 marzo 2001, n° 127 "Differimento del termine per l'esercizio della delega prevista dalla legge 31 dicembre 1996, n° 676, in materia di trattamento dei dati personali". La legge in questione prevede l'emanazione di alcuni decreti legislativi con disposizioni integrative in materia di trattamento dei dati personali e anche l'emanazione di un testo unico in materia.

ISCRIZIONI SOTTO CONDIZIONE ALL'UNIVERSITA'

Sulla Gazzetta Ufficiale - Serie generale - n° 92 del 20 aprile 2001 è stata pubblicata la Legge 27 marzo 2001, n° 133 "Norme relative all'iscrizione ai corsi universitari". Con Comunicazione n° 57 del 26 aprile 2001 la FNOMCeO ha precisato che questa legge è una sanatoria per quegli studenti che, ammessi con riserva da una pronuncia del TAR a un corso universitario a numero programmato, si sono visti revocare tale possibilità dal diniego del Consiglio di Stato.

ACCERTAMENTI OCULISTICI

Sulla Gazzetta Ufficiale - Serie generale - n° 93 del 21 aprile 2001 è stata pubblicata la Legge 3 aprile 2001, n° 138 "Classificazione e quantificazione delle minorazioni visive e norme in materia di accertamenti oculistici".

ANTIDOPING

Sulla Gazzetta Ufficiale - Serie generale - n° 96 del 26 aprile 2001 è stato pubblicato il Decreto 12 marzo 2001 del Ministero della Sanità "Composizione della Commissione per la vigilanza e il controllo sul doping e per la tutela della salute nelle attività sportive".

MATERNITA' E PATERNITA'

Sul Supplemento ordinario n° 93/1 alla Gazzetta Ufficiale Serie generale - n° 96 del 26 aprile 2001 è stato pubblicato il Decreto Legislativo 26 marzo 2001, n° 151 "Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e paternità a norma dell'articolo 15 della legge 8 marzo 2000, n° 53". Sui congedi parentali, astensione facoltativa e indennità l'INPS ha emanato la circolare n° 73 del 26 marzo 2001 e la n° 82 del 2 aprile 2001.

LEGGE SULL'ELETTROSMOG
- Sulla Gazzetta Ufficiale - Serie generale - n° 55 del 7 marzo 2001 è stata pubblicata la Legge 22 febbraio 2001, n° 36 "Legge quadro sulla protezione delle esposizioni a campi elettrici, magnetici ed elettromagnetici".

DONAZIONI DI MIDOLLO OSSEO
Sulla Gazzetta Ufficiale - Serie generale - n° 62 del 15 marzo 2001 è stata pubblicata la Legge 6 marzo 2001, n° 52 "Riconoscimento del Registro nazionale italiano dei donatori di midollo osseo". Con Comunicazione n° 34 del 21 marzo 2001 la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO) ha precisato che la legge regola la ricerca del donatore compatibile e la donazione di midollo osseo. Gli interessati possono prendere visione della comunicazione presso gli Uffici dell'Ordine.

INTERNET
Sulla Gazzetta Ufficiale - Serie generale - n° 65 del 19 marzo 2001 è stata pubblicata la Circolare della Presidenza del Consiglio dei Ministri (Dipartimento della Funzione Pubblica) 13 marzo 2001, n° 3/2001 "Linee guida per l'organizzazione, l'usabilità e l'accessibilità dei siti web delle pubbliche amministrazioni".

MONITORAGGIO MEDICINALI
- Sulla Gazzetta Ufficiale - Serie generale n°70 del 24 marzo 2001 è stato pubblicato il Provvedimento del Ministero della Sanità (Commissione Unica del Farmaco) 31 gennaio 2001 "Monitoraggio clinico dei medicinali erogabili a totale carico del Servizio sanitario nazionale" ai sensi dell'art. I, comma 4, del decreto legge 21 ottobre 1996, n° 536, convertito dalla legge 23 dicembre 1996, n° 648.

TARIFFE SPETTANTI ALL'ISTITUTO SUPERIORE PER LA SICUREZZA SUL LAVORO
Sulla Gazzetta Ufficiale - Serie generale - n° 61 del 28 marzo 2001 è stato pubblicato il Decreto del Ministero della Sanità 9 marzo 2001 "Determinazione delle tariffe spettanti all'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro per prestazioni rese a richiesta e ad utilità dei soggetti interessati".

REVISIONE NUOVO CODICE DELLA STRADA DIABETOLOGIA
Sulla Gazzetta Ufficiale - Serie generale - n° 76 del 31 marzo 2001 è stata pubblicata la legge n° 85 del 22 marzo 2001 "Delega al Governo per la revisione del nuovo codice della strada", relativa ai principi ed ai criteri direttivi ai quali il Governo dovrà attenersi per l'emanazione di uno o più decreti legislativi finalizzati all'emanazione di disposizioni integrative e correttive del nuovo codice della strada. L'art. 3 della legge modifica la precedente normativa, stabilendo che i medici specialisti dell'unità sanitaria locale che devono effettuare

l'accertamento dei requisiti psichici e fisici dei soggetti affetti da diabete sono quelli dell'area della diabetologia e malattie del ricambio". Ad avviso della Federazione la dizione "area" sembra da intendere nel senso di "branca ".

DONAZIONI DI SANGUE

Sulla Gazzetta Ufficiale - Serie generale - n° 78 del 3 aprile sono stati pubblicati il Decreto del Ministero della Sanità - Decreto 25 gennaio 2001 "Caratteristiche e modalità per la donazione di sangue e di emocomponenti"e il Decreto 26 gennaio 2001 "Protocolli per l'accertamento della idoneità del donatore di sangue e di emocomponenti. Con la Comunicazione n° 44 dell'11 aprile 2001 la FNOMCeO ha precisato che il decreto 25 gennaio 2001 dispone che il ricevente la trasfusione di sangue o di emocomponenti, preventivamente informato degli eventuali rischi in cui può incorrere, è tenuto ad esprimere per iscritto il proprio consenso o dissenso. Gli interessati possono prendere visione presso gli Uffici dell'Ordine della comunicazione che non pubblichiamo integralmente per motivi di spazio.

PART TIME

Sulla Gazzetta Ufficiale - Serie generale - n° 80 del 5 aprile 2001 è stato pubblicato il Decreto legislativo 26 febbraio 2001, n° 100 "Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 25 febbraio 2000, n° 61, recante attuazione della direttiva 97/ 81/CE relativa all'accordo-quadro sul lavoro a tempo parziale concluso dall'UNICE, dal CEEP e dalla CES". Sulla attuazione di questa direttiva il Ministero del Lavoro ha emanato la circolare n° 46 del 30 aprile 2001. Sul part-time per i medici segnaliamo una battuta d'arresto dopo l'accordo (coda contrattuale) pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale - Serie generale - n° 54 del 6 marzo 2001 che consentiva il part-time ai medici per motivi di comprovata necessità, come già indicato nel precedente numero del Bollettino. Infatti la sentenza n° 1367/2001 della IV sezione del Consiglio di Stato preclude in via di principio al personale della dirigenza medica l'applicazione di un rapporto di lavoro part-time..

COMPORTAMENTO DIPENDENTI PUBBLICI

Sulla Gazzetta Ufficiale - Serie generale - n° 80 del 5 aprile 2001 è stata pubblicata la legge 27 marzo 2001 n°97 recante "Norme sul rapporto tra procedimento penale e procedimento disciplinare ed effetti del giudicato penale nei confronti dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche". Con la Comunicazione n° 56 del 26 aprile 2001 la FNOMCeO ha precisato il rilievo di questa legge per gli effetti che il giudicato penale avrà nei confronti dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni. Sulla Gazzetta Ufficiale - Serie generale - n° 84 del 10 aprile 2001 è stato pubblicato il Decreto 28 novembre 2000 della Presidenza del

Consiglio dei Ministri (Dipartimento della Funzione Pubblica) "Codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni". In tema di pubblica amministrazione sulla Gazzetta Ufficiale - Serie generale - n° 87 del 13 aprile 2001 è stato pubblicato il Decreto del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica del 14 marzo 2001 "Criteri e modalità per la riduzione degli spazi adibiti ad uffici pubblici". Sulla Gazzetta Ufficiale - Serie generale - n° 106 del 9 maggio 2001 infine è stato pubblicato il Decreto legislativo 30 marzo 2001, n° 165 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche".

LEGGE SUL FUMO

Sulla Gazzetta Ufficiale - Serie generale - n° 85 dell'II aprile 2001 è stata pubblicata la Circolare 28 marzo 2001, n° 4 del Ministero della Sanità "Interpretazione ed applicazione delle leggi vigenti in materia di divieto di fumo". Con la Comunicazione n° 50 del 19 aprile 2001 la FNOMCeO ha precisato che la circolare ministeriale cita la normativa vigente in materia di fumo nei locali aperti al pubblico. Inoltre si ricorda che i dirigenti preposti alle strutture amministrative e di servizio sono tenuti a individuare i locali dove apporre i cartelli di divieto, completi delle indicazioni fissate dalla direttiva (divieto di fumo, indicazione della norma che impone il divieto, sanzioni applicabili, nominativo del funzionario/i individuato e nominato con atto formale dal dirigente preposto alla struttura cui spetta vigilare sull'osservanza del divieto, accertare e procedere alla contestazione delle infrazioni e verbalizzarle. Un paragrafo a parte della circolare è riservato alle disposizioni per l'applicazione delle sanzioni, sia riferite all'accertamento dell'infrazione, sia per quanto riguarda le modalità di pagamento della contravvenzione.

IMMIGRAZIONE E STRANIERI

Sul Supplemento ordinario n° 119 alla Gazzetta Ufficiale Serie generale - n° 112 del 16 maggio 2001 è stato pubblicato il Decreto del Presidente della Repubblica 30 marzo 2001 "Approvazione del documento programmatico, per il triennio 2001 - 2003, relativo alla politica dell'immigrazione e degli stranieri nel territorio dello Stato, a norma dell art.3 della legge 6 marzo 1998, n° 40.

INFORMATICA NELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

Sulla Gazzetta Ufficiale - Serie generale - n° 113 del 17 maggio 2001 è stata pubblicata la circolare 7 maggio 2001 n° 28 dell'Autorità per l'informatica nella pubblica amministrazione relativa a regole tecniche per le modalità di trasmissione di documenti protocollati tra le pubbliche amministrazioni. In merito ai codici identificativi idonei per la verifica del valore della chiave pubblica è stata poi pubblicata la circolare 18 maggio 2001

della stessa Autorità sulla Gazzetta Ufficiale - Serie generale - n° 120 del 25 maggio 2001.

CURE PALLIATIVE

Sulla Gazzetta Ufficiale - Serie generale n° 114 del 18 maggio 2001 è stato pubblicato il Decreto 27 aprile 2001 del ministero della Sanità "Istituzione del corso pilota", a carattere nazionale, di alta qualificazione teorico pratica in cure palliative.

PSICOTERAPIA

Sulla Gazzetta Ufficiale - Serie generale - n° 118 del 23 maggio 2001 sono stati pubblicati quattro decreti del 27 aprile 2001 del MURST per la conferma del riconoscimento di istituti abilitati ad istituire corsi di specializzazione in psicoterapia. Altri due decreti del 27 aprile 2001 relativi ad altri due centri sono stati pubblicati sulla Gazzetta Ufficiale - Serie generale - n°120 del 25 maggio 2001.

DEONTOLOGIA E BIOETICA

Sulla Gazzetta Ufficiale - Serie generale - n° 65 del 19 marzo 2001 è stata pubblicata l'Ordinanza 1 marzo 2001 del Ministero della Sanità "Proroga dell'efficacia dell'ordinanza 1° giugno 1999 relativa a disposizioni in materia di trapianto, importazione ed esportazione di organi e tessuti. Sulla stessa Gazzetta è stata pubblicata una "errata corrige" formale sull'Ordinanza 22 dicembre 2000 relativa alla proroga dell'efficacia dell'ordinanza 5 marzo 1997 sul divieto di pratiche di donazione umana o animale.

Sulla Gazzetta Ufficiale - Serie generale - n° 95 del 24 aprile 2001 è stata pubblicata la Legge 28 marzo 2001, n° 145 "Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano riguardo all'applicazione della biologia e della medicina: Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina, fatta ad Oviedo il 4 aprile 1997, nonché del Protocollo addizionale del 12 gennaio 1998, n° 168, sul divieto di donazione di esseri umani. Con Comunicazione n° 58 del 26 aprile 2001 la FNOMCeO ha precisato che questa legge delega il Governo ad adottare, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della stessa, uno o più decreti legislativi, occorrenti per adeguare, se del caso, l'ordinamento giuridico italiano ai principi e alle norme della "Convenzione" e del "Protocollo"

Decreto Ministeriale della Sanità 22-3-2001

PROROGATA LA VALIDITÀ DELL'ELENCO DELLE PATOLOGIE PER LE CURE TERMALI

Il primo comma dell'articolo 4 della Legge n° 323 del 24-10-2000 "Riordino del settore termale" dispone che "con Decreto del Ministro della Sanità, da emanare entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della legge stessa, sono indi-

viduate le patologie per il cui trattamento è assicurata l'erogazione delle cure termali a carico del Servizio Sanitario Nazionale".
Il Ministro della Sanità, con proprio Decreto del 22 marzo 2001 "Individuazione delle patologie per il cui trattamento é assicurata, ai sensi dell'articolo 4 comma 1 della Legge 24-10- 2000 n° 323, l'erogazione delle cure termali a carico del Servizio Sanitario Nazionale" - D.M. pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n° 152 del 3 luglio 2001- ha prorogato la validità dell'elenco delle patologie, per le quali è assicurata l'erogazione delle cure termali a carico del Servizio Sanitario Nazionale, indicato nel Decreto del Ministro della Sanità del 15-12-1994 che si riporta sotto in riquadro.
Tale proroga che potrà valere al massimo fino al 31 dicembre 2005, si è resa necessaria in considerazione che il Consiglio Superiore della Sanità ha espresso il parere che l'individuazione delle patologie di cui trattasi debba essere effettuata sulla base di studi scientifici "la cui qualità si dovrà riflettere anche nella pubblicazione su riviste internazionali con referaggio e ad alto fattore di impatto".

ELENCO DELLE PATOLOGIE CHE POSSONO TROVARE REALE BENEFICIO DALLE CURE TERMALI

* **Decreto Ministro Sanità 15-12-1994** (Gazzetta Ufficiale 9-3-1995 n 57)

* **Malattie reumatiche:**
- osteoartrosi ed altre forme degenerative;
- reumatismi extra articolari.

* **Malattie delle vie respiratorie:**
- sindromi rinosinusitiche-bronchiali croniche;
- bronchiti croniche semplici o accompagnate a componente ostruttiva (con esclusione dell'asma e dell'enfisema avanzato, complicato da insufficienza respiratoria grave o da cuore polmonare cronico).

* **Malattie dermatologiche:**
- psoriasi (esclusa la forma pustolosa eritrodermica);
- eczema e dermatite atopica (escluse le forme acute vescicolari ed essudative);
- dermatite seborroica ricorrente.

* **Malattie ginecologiche:**
- sclerosi dolorosa del connettivo pelvico di natura cicatriziale e involutiva;
- leucorrea persistente da vaginiti croniche aspecifiche o distrofiche.

* **Malattie O. R. L. (apparato otorinolaringoiatrico):**
- rinopatia vasomotoria;
- faringolaringiti croniche;
- sinusiti croniche;
- stenosi tubariche;
- otiti catarrali croniche;
- otiti croniche purulente non colesteatomatose.

* **Malattie dell'apparato urinario:**
- calcolosi delle vie urinarie e sue recidive.

* **Malattie vascolari:**
- postumi di flebopatie di tipo cronico.

* **Malattie dell'apparato gastroenterico:**
- dispepsia di origine gastroenterica e biliare; sindrome dell'intestino irritabile nella varietà con stipsi.

Decreto 18 maggio 2001 n° 279

REGOLAMENTO DI ISTITUZIONE DELLA RETE NAZIONALE DELLE MALATTIE RARE ED ESENZIONE DALLA PARTECIPAZIONE ALLE SPESE

Il Decreto Legislativo n° 124/1998 (articolo 5, commi 1° e 5°): "Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime di esenzione, a norma dell'articolo 59 comma 50 della Legge 27 dicembre 1997 n° 449" dispone che il Ministro della Sanità, con distinti regolamenti, individua rispettivamente le condizioni di malattie croniche o invalidanti e le malattie rare che danno diritto all'esenzione. La precedente comunicazione FNOMCeO n° 102 del 25/7/2001 dava notizie circa il Regolamento di aggiornamento dell'elenco delle malattie croniche e invalidanti.
Il Decreto 18 maggio 2001 n° 279 - pubblicato sul Supplemento Ordinario n° 180/L alla Gazzetta Ufficiale n° 160 del 12 luglio 2001 - reca il "Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie...".
L'allegato 1, che forma parte integrante del Regolamento stesso, reca l'elenco delle malattie e dei gruppi di malattie rare per le quali è riconosciuto il diritto all'esenzione.
Il Regolamento in esame disciplina innanzitutto le modalità di esenzione dalla partecipazione al costo per le prestazioni di assistenza sanitaria delle malattie rare e stabilisce altresì specifiche forme di tutela per i soggetti affetti da tali malattie.
Per assicurare la tutela dei soggetti affetti da malattie rare è istituita la "Rete nazionale" per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapia delle malattie stesse. La "Rete" e costituita da presidi accreditati - preferibilmente ospedalieri - appositamente individuati dalle Regioni. Con Decreto del Ministro della Sanità, nell'ambito di tali presidi, sono individuati -con le modalità prescritte nel Decreto- I "Centri interregionali" di riferimento per le malattie rare che assicurano, ciascuno per la zona di propria competenza, le seguenti funzioni:
- la gestione del Registro interregionale, coordinata con i registri territoriali e con il "Registro nazionale" (istituito presso l'Istituto Superiore di Sanità per raccogliere dati anagrafici, anamnestici, clinici etc. ai fini di studio e di ricerca nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali);
- lo scambio delle informazioni e della documentazione con gli altri Centri interregionali e con gli Organismi internazionali

- il coordinamento dei presidi della Rete per garantire la tempestiva diagnosi e l'appropriata terapia;
- **la consulenza e il supporto ai Medici del Servizio Sanitario Nazionale in ordine alle malattie rare e alla disponibilità di farmaci appropriati per il loro trattamento;**
- **la collaborazione alle attività formative degli Operatori Sanitari e del volontariato;**
- l'informazione ai cittadini e alle Associazioni dei malati e dei loro familiari.

Il Medico Specialista del Servizio Sanitario Nazionale, in base alle informazioni del Centro interregionale, invia l'assistito con sospetto diagnostico di malattia rara ai presidi della "Rete" in grado di garantire la diagnosi di malattia rara o di gruppo di malattie. Lo stesso assistito cui sia stata accertata da un presidio della Rete una malattia rara può chiedere all'Azienda/Unità Sanitaria Locale di residenza, il riconoscimento del diritto all'esenzione. La prescrizione delle prestazioni erogabili in regime di esenzione reca l'indicazione, unicamente in forma codificata, della malattia rara riconosciuta.

Le Aziende/U.S.L. devono provvedere a comunicare ai Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta i contenuti del Regolamento in titolo e le specifiche modalità di applicazione.

Si reputa opportuno evidenziare che il **Decreto n° 279/2001, all'articolo 9 "Norme finali e transitorie", dispone che i soggetti riconosciuti esenti ai sensi del Decreto n° 329/1999** - di cui alla citata comunicazione FNOMCeO n° 102/2001 - affetti da malattie elencate nei commi 1 e 3 dell'articolo in esame, hanno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo delle prestazioni e secondo le modalità previste all'articolo 6 del Decreto in oggetto.

Si richiama infine l'attenzione sull'allegato 2, che fa parte integrante del medesimo Decreto n° 279/2001, che modifica alcune condizioni di esenzione e ne abroga altre, già inserite nell'allegato 1 del Regolamento di cui al Decreto Ministeriale 28 maggio 1999 n° 329.

Decreto 21-5-2001 n 296

AGGIORNATO L'ELENCO DELLE MALATTIE CRONICHE E INVALIDANTI

Il 19 luglio 2001 sulla Gazzetta Ufficiale n° 166 è stato pubblicato il Decreto Ministeriale 21 maggio 2001 n° 296: "Regolamento di aggiornamento del Decreto Ministeriale 28 maggio 1999 n° 329 recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti ai sensi dell'articolo 5 - comma 1, lettera a- del Decreto Legislativo 29 aprile 1998 n° 124".

Il Decreto 21-5-2001 modifica e aggiorna - secondo quanto previsto dalla Legge n° 449/1997 - l'allegato 1 al Decreto n° 329/1999, conformemente all'allegato al suddetto Decreto n° 296/2001, di cui fa

parte integrante.
Importante sottolineare la disposizione contenuta nel Decreto stesso, per cui gli assistiti - già in possesso di attestato di esenzione - hanno diritto a fruire delle nuove "prestazioni in esenzione", per le condizioni e le malattie individuate nel citato nuovo allegato 1, a partire dalla data di entrata in vigore del Decreto (3-8-2001).
Come disposto dal precedente D.M. n° 329/1999, le Aziende/Unità Sanitarie Locali provvederanno alla comunicazione agli assistiti, già titolari di attestato di esenzione circa l'aggiornamento delle nuove prestazioni in esenzione
Le stesse Aziende ASL assicureranno la comunicazione direttamente ai Medici di Medicina Generale e ai Pediatri di Libera Scelta sul contenuto delle nuove disposizioni e sulle modalità di applicazione delle stesse.

Decreto 31-5-2001

APPROVATO IL REGOLAMENTO DELL'AGENZIA PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

Nel Supplemento Ordinario n° 181 alla Gazzetta Ufficiale n° 160 dell 2 luglio 2001 è stato pubblicato il Decreto 31 maggio 2001 recante Approvazione del regolamento dell'Agenzia per i Servizi Sanitari regionali".
L'Agenzia è stata istituita con Decreto Legislativo n° 266 del 30 giugno 1993, che all'articolo 5 dispone: "E' istituita una Agenzia dotata di personalità giuridica e sottoposta alla vigilanza del Ministero della Sanità, con compiti di supporto delle attività regionali, di valutazione comparativa dei costi e dei rendimenti dei servizi resi ai cittadini e di segnalazioni di disfunzioni e sprechi nella gestione delle risorse personali e materiali e nelle forniture, di trasferimento dell'innovazione e delle sperimentazioni in materia sanitaria ...
- omissis.
Il Regolamento, approvato con il Decreto in esame, detta precise norme per il funzionamento degli Organi dell'Agenzia stessa, l'organizzazione dei servizi, l'ordinamento del personale e la gestione amministrativo-contabile
Gli Organi della "Agenzia", Ente con personalità giuridica di diritto pubblico, sono: il Presidente del Consiglio di Amministrazione, il Consiglio di Amministrazione, il Direttore e il Collegio dei Revisori dei Conti.
Il Regolamento in oggetto prevede che l'organizzazione dei servizi di articoli in non più di otto sezioni, siano riferite ai seguenti settori di attività:
- monitoraggio della spesa sanitaria;
- livelli di assistenza
- organizzazione dei servizi sanitari;
- qualità e accreditamento;
- innovazione, sperimentazione e sviluppo;
- documentazione, informazione e comunicazione;

- affari generali e personale della "Agenzia";
- ragioneria ed economato della "Agenzia".

Decreto 8-6-2001

ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA RELATIVA AI PRODOTTI DESTINATI A UN'ALIMENTAZIONE PARTICOLARE

Nella Gazzetta Ufficiale n° 154 del 5-7-2001 è stato pubblicato il Decreto 8 giugno 2001 "Assistenza sanitaria integrativa relativa ai prodotti destinati ad una alimentazione particolare", in quanto lo stesso contiene norme che hanno ricadute sull'attività dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta.
Il Decreto in esame, modifica e amplia il campo delle malattie per le quali è necessaria una alimentazione particolare, già indicate nel Decreto 1-7-1982 che pertanto viene abrogato.
Le malattie elencate dal Decreto 8 giugno 2001, per le quali l'erogazione di prodotti particolari rientra nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, sono:
- malattie metaboliche congenite;
- fibrosi cistica o malattia fibrocistica del pancreas o mucoviscidosi, di cui alla Legge n° 548/1993;
- morbo celiaco, compresa la variante clinica della dermatite erpetiforme.
Le patologie indicate nel precedente capoverso devono essere accertate e certificate dai Centri di riferimento individuati dalle Regioni, che possono stabilire modalità organizzative e erogative, nonché tetti di spesa mensili per le singole patologie; il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta (salva diversa disciplina regionale), sulla base di detta certificazione, prescriverà i prodotti destinati a una alimentazione particolare, inclusi in un Registro Nazionale, la cui istituzione è prevista dal Decreto stesso.
Il Decreto in esame dispone inoltre l'erogazione di sostituti del latte materno per i nati da madri sieropositive per HIV, fino al compimento del sesto mese di età.
Il Medico di Medicina Generale e il Pediatra di Libera Scelta, sulla base della certificazione rilasciata da uno Specialista del Servizio Sanitario Nazionale dipendente o convenzionato, prescriverà i sostituti del latte materno, anch'essi inclusi nel sopracitato Registro Nazionale, a favore dei nati da madri sieropositive.

Decreto Legge 18-9-2001 no 347

INTERVENTI URGENTI IN MATERIA DI SPESA SANITARIA

In attuazione dell'Accordo Stato-Regioni in materia sanitaria, approvato l'8/8/2001 - pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n° 207 del 6/9/2001- il Governo ha emanato il Decreto Legge 18 settembre 2001 n 347 "**Interventi urgenti in mate-**

ria di spesa sanitaria", pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n 218 del 19 settembre 2001.

Il provvedimento riveste carattere di urgenza constatata l'insufficienza dei finanziamenti destinati al Servizio Sanitario Nazionale rispetto ai limiti fissati nell'Accordo Stato- Regioni del 8 agosto 2001 e considerata altresì l'urgenza di porre in essere interventi di contenimento rispetto all'evoluzione in atto della spesa sanitaria, consentendo alle Regioni di adottare, sia dal punto di vista organizzativo, sia da quello finanziario i provvedimenti che risultino indispensabili ai fini della realizzazione delle economie di gestione.

Giova sottolineare, del Decreto Legge in esame, in particolare:

* l'articolo 2 che contiene disposizioni in materia di spesa nel settore sanitario, rafforzando la vigente disciplina (articoli 59 e 87 della Legge n° 388/2000 "legge finanziaria 2001") in materia di acquisti di beni e servizi, nonchè in materia di monitoraggio delle prescrizioni mediche, farmaceutiche, specialistiche e ospedaliere.

L'articolo in esame detta anche modifiche all'articolo 85 della citata Legge finanziaria 2001 "**Compartecipazione dei cittadini al costo delle prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale", prorogando la decorrenza prevista al 1° gennaio 2002 al "1° gennaio 2003" (partecipazione ridotta da Lire 70.000 a Lire 23.000) e quella prevista al 1° gennaio 2003 al "1° gennaio 2004" (Abolizione di ogni forma di partecipazione degli assistiti al costo delle predette prestazioni);**

* l'articolo 3 che rafforza la potestà legislativa delle Regioni, detta norme in materia di Presidi Ospedalieri per garantirne l'equilibrio economico, per individuare provvedimenti di riequilibrio, per determinare le misure a carico dei Direttori Generali in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi; dispone che le Regioni adottino lo standard di dotazione media di 5 posti letto per mille abitanti di cui l'1 per mille riservato alla riabilitazione e alla lungodegenza; individua infine soluzioni relativamente al personale in esubero per effetto di detta ristrutturazione;

* l'articolo 5 che indica, a decorrere dall'anno 2002, l'onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale per l'assistenza farmaceutica fissato, a livello nazionale e per singola Regione, entro il 13% della spesa sanitaria complessiva;

* gli articoli 6-7-8-9 e 10 che dettano disposizioni, tutte riferite alle "misure in materia di farmaci", dirette alla realizzazione dell'obiettivo fissato dall'articolo 5 sopra espresso.

La FNOMCeO si riserva di tenere informati gli Ordini sull'iter della conversione in legge del provvedimento in oggetto.

Sentenze

Cassazione - Una sentenza innovativa sulla responsabilità professionale dei medici

LA CAUSALITÀ C'È SOLO AL 100%

La colpa sussite se l'omissione ha certamente provocato la morte

Il mancato intervento del medico può: essere considerato causa della morte del paziente solo se la condotta omessa avrebbe impedito o ritardato il decesso con probabilità "vicine a cento". Questo il principio stabilito nella sentenza n° 1688/2000 della sezione IV della Cassazione, secondo cui, in materia di responsabilità medica, può dirsi che una condotta colposa sia stata causa di un evento solo in quanto essa sia condizione necessaria del suo verificarsi.

La sentenza appare significativa perché ribadisce l'orientamento ispirato a un maggiore garantismo per la classe medica, già avviato da qualche tempo: dal 1998 circa, numerose decisioni dei giudici di legittimità hanno, infatti, affermato l'esigenza di un accertamento del nesso causale da eseguirsi in modo rigoroso e certo in ogni caso specifico. Ma il principio in questione si segnala di grande importanza soprattutto perché supera decisamente precedenti posizioni assunte dalla stessa Cassazione, le quali avevano ritenuto sufficiente, ai fini della dimostrazione del rapporto di causalità, anche "poche o limitate probabilità" di salvezza del paziente (si ricorda la sentenza del 12 luglio 1991 in cui si ritennero bastevoli probabilità pari al 30%). La decisione si distacca anche - per la specificità delle conclusioni cui perviene in tema di quantificazione della percentuale di probabilità da riscontrare (che stabilisce chiaramente in entità "vicina a cento") - da altri pregressi orientamenti, pur ispirati a criteri di verifica più rigorosi che richiedevano "serie e apprezzabili", o "rilevanti", o "elevate" probabilità di successo della prestazione omessa, ma che rimanevano indeterminati e vaghi. La vicenda che ha dato luogo all'affermazione del principio in commento vedeva un medico di pronto soccorso imputato di omicidio colposo per non aver disposto il ricovero di un paziente e, comunque, per non averlo tenuto in osservazione sebbene l'emo-gas avesse evidenziato "ipossia, ipercapnia e alcalosi metabolica", sicché il malato, rinviato al proprio domicilio, "era stato privato di tutte le terapie idonee a prevenire e a fronteggiare la crisi cardiorespiratoria a seguito della quale era deceduto". Il pretore di Milano, in primo grado, aveva ritenuto che, pur essendo gravemente censurabile il comportamento del medico, non fossero però emersi elementi che consentissero di affermare, con certezza, la derivazione causale della morte del

paziente dalle omissioni del sanitario, essendo rimasta dubbia l'idoneità dei trattamenti terapeutici omessi a scongiurare il decesso o a spostarlo nel tempo. La corte d'appello di Milano perveniva viceversa all'affermazione della responsabilità dell'imputato, ritenendo che sulla base delle conclusioni del medico legale - secondo il quale potevano ravvisarsi probabilità di sopravvivenza inferiori al 50%, ma non irrilevanti - si riscontravano quelle "serie e apprezzabili possibilità di successo dell'intervento omesso" che giustificherebbero il riconoscimento del nesso di causalità. La Corte di cassazione ha censurato l'esattezza del ragionamento della sentenza di appello, rilevando che nel caso di specie le percentuali richiamate, non superiori al 50%, "sono ben lontane dalla "quasi certezza" e dall'essere "vicine a cento", come vogliono la scienza, la logica e come, conseguentemente, deve volere il diritto". Aggiunge la sentenza che "un ordine di grandezze lontane da cento significa l'impossibilità di sapere se il paziente è morto per la mancanza di cure, e quindi per l'omissione, o invece, per il residuo 50% di ragioni che, nonostante le cure, lo avrebbero potuto condurre ugualmente a morte" e il giudice non può attribuire oggettivamente un fatto a qualcuno "ove sia consapevole che l'evento può non essere stato cagionato da una certa condotta".

Va infine segnalato che la sentenza richiama il testo del progetto preliminare di riforma del codice penale, recentemente pubblicato dall'apposita commissione ministeriale, il quale, in tema di causalità omissiva, prevede che "non impedire un evento che si ha l'obbligo di impedire equivale a cagionarlo, se il compimento dell'attività omessa avrebbe impedito con certezza l'evento".

Gianfranco Iadecola

* * *

Corte Ue/Dentisti

ABOLITO L'OBBLIGO DI RESIDENZA

Ancora una volta l'Italia condannata dai giudici europei. Con la sentenza 18 gennaio 2001 (causa 162/1999) la Corte di giustizia delle Comunità europee ha stabilito che è fondato il ricorso della Commissione europea per la declaratoria di inadempimento da parte della Repubblica italiana, in relazione al mantenimento in vigore del decreto legislativo del capo provvisorio dello stato (Dlgs Cps) 233/1946, con cui si obbligano i dentisti che esercitano in Italia a risiedere nella circoscrizione dell'ordine professionale alla quale essi chiedono l'iscrizione, e dell'articolo 15 della legge 409/1985 secondo cui, in caso di trasferimento della residenza in un altro Stato membro, solo dentisti di cittadinanza italiana possono conservare l'iscrizione all'albo professionale di appartenenza.

Sulla prima censura la Corte ha

ritenuto che la legislazione italiana sia confusa e incompatibile con gli articoli 48 e 52 del Trattato. Quanto alla seconda censura, la Corte ha affermato che la cancellazione dall'albo professionale in caso di trasferimento all'estero della residenza, costituisce anch'essa una restrizione alla libertà di stabilimento e alla libera-circolazione dei lavoratori. Tale limitazione avrebbe l'effetto, per esempio, di rendere impossibile ai dentisti stabiliti e residenti in altro Stato di esercitare la loro professione in Italia, aprendovi un secondo gabinetto, oppure lavorandovi come dipendenti. Una violazione del diritto comunitario tanto più grave, in quanto discriminatoria, visto che ai residenti in Italia è consentito di mantenere l'iscrizione all'albo.

* * *

Non è attuabile con finalità di custodia del malato di mente

LIMITI DEL RICOVERO COATTO

La Corte d'Assise di Cagliari - assolvendo, con sentenza del 16/6/99, il primario di un servizio psichiatrico ingiustamente accusato del delitto di abbandono di incapace - ha affermato che il ricovero coatto in ospedale di infermi di mente può essere disposto esclusivamente quando esistono alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengono accettati dall'infermo e se non ci sono le condizioni e le circostanze che consentono di adottare tempestive e idonee misure sanitarie extraospedaliere.
Secondo la Corte il fondamento ideologico della Legge 180/78 (confluita nella 833/ 78) è costituito dall'equiparazione dell'infermo di mente agli altri malati e dall'abbandono dello stereotipo scientifico dell'intrinseca pericolosità dell'alienato psichico.
La Corte ha precisato che non può essere adottato un TSO ogni qualvolta un paziente riferisca o manifesti idee auto o eteroaggressive, altrimenti esso si trasformerebbe in una misura custodialistica fondata sulla pericolosità presunta del paziente psichiatrico.
Nel caso in cui, sull'esperienza dei criteri elaborati dalla scienza psichiatrica, venga invece diagnosticata la probabilità attuale e concreta che l'infermo di mente ponga in essere, a causa del sue accertate condizioni psichiche alterate, condotte dannose auto o etero dirette, mancata attuazione di un TSO ovvero la sua anticipata cessazione può configurare il delitto di abbandono di incapace (articolo 591 Codice penale). Perciò, il rifiuto della terapia consigliata, in assenza di condizioni di acuzie psicopatologica, non può giustificare un TSO usato impropriamente allo scopo di attuare i rimedi farmacologici ritenuti più idonei dal curante.

Sergio Fucci
da Giornate del Medico 12/03/2001

* * *

IL PRIMARIO DIROTTA? E' CONCUSSIONE

Commette il reato di concussione e non una semplice truffa il primario della Usl che costringe gli assistiti a pagare una visita privata, per accorciare l'attesa. Quando, cioè, fa capire loro che devono attendere tempi lunghissimi per accedere alle prestazioni del servizio sanitario, se prima non fanno una tappa nel suo studio privato. Il "ricatto" diventa ancora più grave quando, proprio dal primario, dipende la lunghezza dell'attesa. In questo caso, il dottore commette il reato di concussione e non quello meno grave di truffa.

La Cassazione penale, con la sentenza 18043 del 4 maggio (VI sezione), ha rigettato il ricorso di un sanitario, responsabile della sezione di radiologia di un ospedale della provincia di Brescia, che contava nella trasformazione del capo di imputazione in una fattispecie punita con meno severità. Al professionista, si contestava, innanzitutto, di aver alterato numerosi atti di impegnativa di medici di base o di specialisti, aggiungendovi la prescrizione di ulteriori esami non indicati nei certificati originali; di aver impartito agli impiegati disposizioni secondo le quali i pazienti provenienti da altre Usl dovevano sottoporsi a preventiva visita a pagamento da parte sua; e di aver indotto diversi pazienti a eseguire presso di lui esami strumentali a pagamento, in regime di libera attività professionale. Il sanitario, in sede di ricorso, non aveva contestato l'obiettività dei fatti, ma, riguardo all'accusa di concussione, sosteneva che mancasse uno degli elementi costitutivi del reato, ossia la costrizione. E che, semmai, si poteva configurare il reato di truffa. Ad avviso dei giudici di legittimità, in una situazione del genere, ci sono anche gli elementi della frode, ma soprattutto si rinvengono quelli del reato di cui all'art. 317 del codice penale. La Corte ha ricordato che la differenza fra truffa aggravata dalla prospettazione di un pericolo immaginario e concussione, consiste proprio nella natura del pericolo prefigurato. Nella prima ipotesi; dipende da fattori estranei; nella seconda è collegato alla volontà del soggetto attivo o di persone sulle quali quest'ultimo sia in grado di influire. Nel caso del primario, essendo lui a determinare la durata dell'attesa per accedere alle prestazioni sanitarie pubbliche (potendo ridurre i tempi al minimo o addirittura annullarli), privava dell'alternativa i pazienti. Non gli lasciava scelta. Il tutto, in considerazione dello stato di soggezione in cui si trovavano gli assistiti, preoccupati delle conseguenze a cui li esponeva il ritardo. Perciò, secondo la Cassazione, i giudici di merito hanno correttamente ravvisato, nella sua condotta, l'ipotesi di reato più grave.

Beatrice Dalia
da Sole 24 Ore Sanità
22-28 maggio 2007

CASSAZIONE

Sanitari ospedalieri - Danni derivanti a neonato da difettosa assistenza nelle fasi del parto - Primario - Responsabilità - Fattispecie.
Sanitari ospedalieri - Medico dipendente di struttura ospedaliera - Medico di fiducia - Inadeguatezza della struttura - Obbligo di informazione - Fattispecie.

Cassazione civile - Sez. III - 16 maggio 2000 n° 6318

In tema di responsabilità del primario ospedaliero per i danni derivanti a neonato da difettosa assistenza nelle varie fasi del parto, se è vero che costui non può essere chiamato a rispondere di ogni evento dannoso che si verifichi in sua assenza nel reparto affidato alla sua responsabilità, non essendo esigibile un controllo continuo ed analitico di tutte le attività terapeutiche che vi si compiono, tuttavia, la "responsabilità del malato" che gli attribuisce l'art. 7 d.p.r. 27 marzo 1969 n° 128, e, in particolare, la pratica sui degenti, prevista dalla stessa norma, degli "interventi diagnostici e terapeutici che ritenga di non affidare ai suoi collaboratori" gli impongono la puntuale conoscenza delle situazioni cliniche che riguardano i degenti, a prescindere dalle modalità della acquisizione di tale conoscenza (con visita diretta o interpello degli altri medici ed operatori sanitari), e la "vigilanza sull'attività del personale sanitario" implica quantomeno che il primario si procuri informazioni precise sulle iniziative intraprese dagli altri medici (o che questi intendono intraprendere) cui il paziente sia stato affidato, ed indipendentemente dalla responsabilità degli stessi, con riguardo a possibili, e non del tutto imprevedibili, eventi che possono intervenire durante la degenza del paziente in relazione alle sue condizioni, allo scopo di adottare i provvedimenti richiesti da eventuali esigenze terapeutiche; in tale quadro, anche la contingente mancanza di un'apparecchiatura necessaria, per quanto non imputabile al primario, non lo esime dal dovere di adottare, o controllare che siano adottati, i possibili accorgimenti sostitutivi, e di informare la paziente del maggior rischio connesso ad un parto che si svolga senza l'ausilio di detto strumento, e ciò anche in assenza, nella legislazione nazionale, di uno standard di riferimento degli strumenti di cui una struttura sanitaria pubblica deve necessariamente disporre (nella specie, i giudici di merito, con valutazione ritenuta corretta dalla suprema corte, avevano posto a carico di un primario della divisione di ostetricia di un ospedale le irreversibili menomazioni a carico del sistema nervoso centrale cagionate ad un neonato a seguito di grave asfissia al momento della nascita, addebitandogli la carenza di controlli, ed in particolare di un monitoraggio continuo - dovuta anche alla indisponibilità di

un cardiotocografo - durante il ricovero della partoriente e durante le varie fasi del parto, colposamente non accelerate in relazione alle particolarità del caso, determinate dalla immaturità del feto ed alla rottura anticipata della membrana).
In tema di responsabilità del medico dipendente di una struttura ospedaliera per i danni subiti da un neonato, partorito da donna della quale costui era medico di fiducia, per difetto di assistenza nelle varie fasi del parto, per quanto non possano essere a lui addebitate le carenze della struttura stessa, nè la condotta colposa di altri dipendenti dell'ospedale, a lui incombe, tuttavia, l'obbligo, derivante dal rapporto privatistico che lo lega alla paziente, di informarla della eventuale, anche solo contingente, inadeguatezza della struttura, tanto più se la scelta della stessa sia effettuata proprio in ragione dell'inserimento di quel medico in quella struttura, nonché di prestare alla paziente ogni attenzione e cura che non siano assolutamente incompatibili con lo svolgimento delle proprie mansioni di pubblico dipendente (nella specie, la suprema corte ha cassato, sul punto, la decisione della corte di merito che, in riforma della sentenza del giudice di primo grado, aveva escluso la responsabilità del medico di fiducia della partoriente nella causazione del danno neonatale sul rilievo che, avendo egli preso servizio poco prima dell'inizio del parto, non sarebbero stati a lui addebitabili né i precedenti interventi di altri sanitari, del tutto inadeguati alla particolarità del parto a rischio, né le carenze organizzative della struttura, e, in particolare la contingente indisponibilità del cardiotocografo da parte della stessa, senza indagare se detto medico di fiducia avrebbe dovuto, in ipotesi sconsigliare il ricovero presso quell'ospedale in relazione a detta carenza, recarsi in ospedale anche fuori del proprio orario di servizio, chiedere di essere informato dell'inizio e del decorso del travaglio, od usare altre cautele).

Una importante sentenza per i Chirurghi

"Il consenso non sempre è necessario"

Viene riportato da "Il Sole 24 Ore" di martedì 24 luglio 2001 una sentenza di notevole importanza: "il consenso non sempre è necessario".
Il Chirurgo che abbia ricevuto dal paziente il consenso solo per un piccolo intervento, se nel corso dell'operazione scopre un'altra patologia può asportare gli organi affetti anche se non c'è alcuna urgenza e senza consultare il diretto interessato.
Lo ha stabilito la Corte di Cassazione che ha esentato da responsabilità penale a un Medico che mentre operava una donna di 42 anni per asportarle una cisti ovarica aveva scoperto una massa tumorale e aveva asportato utero e ovaie.

Bollettino Scientifico

IL RUOLO DELLA MAMMOSCINTIGRAFIA CON MIBI-99mTc NELLA VALUTAZIONE DELL'ESTENSIONE LOCO-REGIONALE DEL CA DELLA MAMMELLA.

Giovanni Fabrizio*, Carmela Franchella**, Bice Monaco**, Enrico Beato**, Giovanni Flocco**, Antonio Campanelli*, Amedeo Fiore*, Mario Travaglini***
*UO Chirurgia OC G. Vietri-Larino
**Servizio di Medicina Nucleare OC S. Timoteo-Termoli
***Servizio di Anatomia Patologica OC S. Timoteo-Termoli

Si ringraziano per la collaborazione i TSRM: Annalisa Caccavone, Pietro De Luca, Gennaro Fabrizio e il tec. di Anat. Patologica: Anna Maria Mangione.

INTRODUZIONE

La Mammoscintigrafia (SMM) è una metodica che è stata recentemente introdotta nella pratica clinica per la valutazione delle lesioni della mammella quale procedura diagnostica di secondo livello nei casi di dubbia interpretazione agli esami tradizionali. Lo scopo di questo lavoro è quello di correlare il quadro scintigrafico con il reperto istologico per analizzare il ruolo della mammoscintigrafia nella valutazione dell'estensione della malattia nella fase pre-chirurgica, specialmente nelle "mammelle difficili", quali le mammelle cosiddette dense o quelle con cicatrici da pregressi interventi, di valutare la sua attendibilità nelle lesioni "non palpabili", verificandola anche nella individuazione delle forme multifocali e multicentriche Quest'ultima è da noi ritenuta cosa di notevole importanza, vista l'attuale evoluzione nei tumori infiltranti inferiori a 2cm di diametro (T1), verso una chirurgia sempre più conservativa sia sul parenchima mammario (quadrantectomia e tumorectomia, associata a Radioterapia post-operatoria o intraoperatoria) sia sui linfonodi ascellari (tecnica del "linfonodo sentinella" con conseguente astensione dalla linfoadenectomia ascellare se questo risulta esente da metastasi).

MATERIALI E METODI

Sono state studiate mediante SMM 45 pazienti non selezionate, in cui erano state evidenziate con la mammografia e con la ecografia 52 lesioni sospette o dubbie della mammella, in quanto la paziente presentava 3 lesioni, 6 pazienti ne presentavano 2, mentre in 1 paziente con secrezione dal capezzolo positiva per cellule neoplastiche, non si era evidenziata alcuna lesione alla mammografia e alla ecografia, seppure accurate e ripetute. A

tutte sono stati somministrati 740 MBq di Tc99m-MIBI nella vena del braccio controlaterale alla lesione e dopo 10 min sono state acquisite immagini statiche con la tecnica planare nella proiezione anteriore e nelle due laterali. L'interpretazione delle immagini è stata fatta usando una scala logaritmica dei grigi.
I criteri di interpretazione sono stati:
- un aumento focale di captazione del radiofarmaco nella mammella o in sede ascellare come reperto suggestivo per malignità;
- un uptake lieve ed omogeneo del tracciante nella mammella o nell'ascella come reperto normale.

RISULTATI

Con la suddetta metodica sono state individuate 35 lesioni (SMM+), di cui 27 tra le lesioni palpabili, mentre 14 lesioni sono state giudicate negative.(SMM-) di cui 11 tra quelle palpabili. Dopo l'esame istologico su biopsia escissionale, eseguita previo centraggio nelle lesioni non-palpabili e su quelle di piccole dimensioni, delle 35 lesioni positive alla SMM, 32 sono risultate Veri Positivi (VP) e 3 erano Falsi Positivi (FP). Delle 17 lesioni negative alla SMM, 1 era un Falso Negativo (FN) e 16 Veri Negativi (VN).

Pertanto nella nostra casistica l'accuratezza diagnostica della metodica è risultata pari al 92% con un Valore Predittivo Positivo (VPP) del 96% ed un Valore Predittivo Negativo (VPN) pari all'84%.

VP: VERI POSITIVI- FP: FALSI POSITIVI - FN: FALSI NEGATIVI- VN: VERI NEGATIVI

Tra le pazienti con SMM positiva, sono state individuate 6 forme con accumuli multipli del radionuclide, di cui 3 nello stesso quadrante (Ca multifocale), 2 in quadranti contigui (Ca multicentrico) e 1 in quadranti di entrambe le mammelle (Ca multicentrico bilaterale). In 3 casi la SMM ha confermato il sospetto mammografico ed ecografico di Ca multifocale. Nelle 2 pazienti con Ca multicentrico erano stati evidenziati, con ecografia e mammografia, singoli noduli con caratteri di eteroplasia, mentre negli altri quadranti della stessa mammella erano state segnalate lesioni non sospette. In entrambi i casi la SMM evidenziava iperaccumuli come da Ca multicentrico, che poi furono confermati dall'esame istologico
La paziente con Ca bilaterale era stata sottoposta un anno prima a biopsia escissionale di nodulo al QSE SX, risultato essere sede di Ca

TUTTE LE LESIONI

	Ca della mammella	lesioni benigne	totale
SMM+	32VP	3FP	35
SMM-	1FN	16VN	17
Totale	33	19	52

Lobulare in situ. Giunta alla ns osservazione per una lesione di dubbia interpretazione al QSI DX, è stata avviata prima della biopsia a SMM, che evidenziava iperaccumuli sia nel QSI di DX che tra quelli superiori di SX. La biopsia escissionale bilaterale previo centraggio, evidenziava a Destra un Ca tubulare e circostanti aspetti di papillomatosi atipica,radial, ecc, mentre a Sx rilevava un Ca duttale infiltrante con aspetti tubulari e aree di comedocarcinoma. L'esame istologico della conseguente mastectomia bilaterale faceva individuare un secondo Ca tubulare nella mammella DX, mentre a SX faceva rilevare più focolai di Ca lobulare in situ con aspetti pagetoidi. In aggiunta a questi 6 casi in cui il quadro mammoscintigrafico era chiaro e ben definito, vogliamo evidenziare quello di una paziente con secrezione mammaria positiva per cellule neoplastiche e con ecografia e mammografia negative, in cui si rilevava alla SMM due aree di modesto iperaccumulo retroareolare, che non ci permetteva una sicura diagnosi di lesione positiva, tanto più multipla, ma il cui reperto venne rivalutato sia dalla individuazione di una piccolissima lesione di 0,5 cm con la RMN, sia dal referto istologico di Ca duttale infiltrante con focolai multipli di Ca duttale in situ.

DISCUSSIONE

Nell'iter diagnostico delle lesioni della mammella la mammografia è la procedura di screening, ma alla sua elevata sensibilità non sempre corrisponde una specificità altrettanto significativa. Inoltre vi sono condizioni particolari che limitano l'attendibilità della metodica e la sua stessa sensibilità, come nel "seno denso", in cui l'esame non può non essere completato dall'ecografia.

Vi sono poi altre particolari condizioni in cui entrambe possono essere limitate, come nei casi di lesioni su cicatrici o in mammelle irradiate o con protesi. Infine vi sono, comunque, delle lesioni di dubbia interpretazione ad entrambe le indagini La SMM può avere un ruolo complementare per aumentare la sensibilità e specificità delle indagini non-invasive. In questo studio la SMM è stata inserita nella fase di stadiazione pre-chirurgica e prima della biopsia ed ha consentito di orientarsi verso l'ipotesi di eteroplasia in casi di dubbia interpretazione ad almeno uno o ad entrambi gli esami di base. Ma il dato che ci sembra rilevante è stata la conferma di 3 casi di Ca multifocale già formulata sulla scorta di eco e mammografia e la individuazione di 2 casi di Ca multicentrico e di 1 caso di Ca anche bilaterale, in cui l'orientamento diagnostico precedente alla indagine scintigrafica era per una forma sospetta, ma comunque unifocale . In questi casi il rilievo scintigrafico ha orientato il chirurgo ad eseguire due agobiopsie preoperatorie o ad allargare la biopsia escissionale verso il qua-

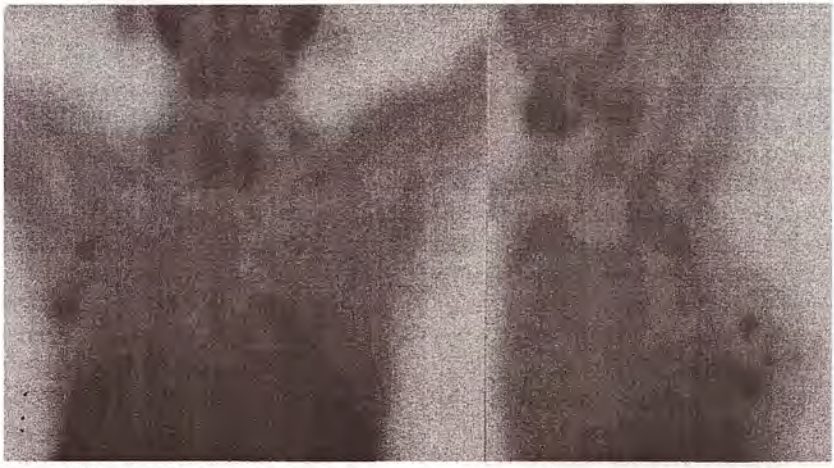
drante contiguo a quello della prima lesione sospetta. Inoltre è stato possibile prospettare alle pazienti, nella fase del colloquio per il consenso informato, la possibilità o la necessità di dovere eseguire un intervento chirurgico demolitivo invece di quello conservativo pianificabile sulla base dei soli dati mammografici e ecografici.

CONCLUSIONI

La SMM dovrebbe essere eseguita prima della biopsia quando le tecniche tradizionali non sono conclusive. Il riscontro con il suddetto esame di lesioni multifocali, multicentriche e bilaterali , anche quando queste non sono state individuate o sospettate alla mammografia e alla ecografia, può essere interpretato come un ulteriore stimolo ad allargare l'utilizzo della SMM. Infatti la presenza di multiple aree di ipercaptazione influenza in maniera determinante l'ulteriore programma diagnostico, costringendo ad eseguire biopsie multiple o allargando la biopsia escissionale programmata, e condiziona quello terapeutico, in quanto controindica un'intervento conservativo (Ca multicentrico), o spinge a essere più accurati e cauti nell'eseguirlo (Ca multifocale).

BIBLIOGRAFIA

1- Occhiato R. et alii: Scintigrafia mammaria con 99mTc-Sestamibi,



SMM:1 CASO CON DUE NODULI DUBBI ALLA MAMMOGRAFIA, DI CUI UNO SOSPETTO ALL'ECOGRAFIA, RISULTATO MULTICENTRICO ALLA SMM ANCHE CON CAPTAZIONE ASCELLARE

come supporto alle metodiche radiologiche nello studio delle lesioni mammarie. Radiol. Med. (1996) 91:581-584.
2- Khalkhali I. et alii: Scintimammography: the new role of Technetium-99m Sestamibi imaging for the diagnosis of breast carcinoma. -The Quarterly Journal of Nucl. Med. (1997)3:23 1-238
3- Khalkhali I. et alii: Scintimammoghraphy: The complementary role of Tc-99m Sestamibi prone breast imaging for the diagnosis of breast carcinoma. Radiology (1995)196:421-426.
4- Maublat J.C. et alii: In vitro uptake of Technetium-99m-Teboroxime in carcinoma cell lines and normal cells:comparison with Technetium-99m-Sestamibi and Thallium-201. J: Nucl. Medicine (1993)34:1949-1952.
5- Del Vecchio S. et alii: Fractional Retention of Technetium-99m-Sestamibi as an index of P-Glycoprotein expression in untrreated breast cancer patients. J. Nucl. Medicine (\1997) 38:1348-1351
6- Buscombe J.R. et alii: Scintigraphic imaging of breast cancer: a review. Nucl. Med. Communic.(1997)8:698-709
7- Kao C.H. et alii: The use of technetium-99m-methoxyisobutylisonitrile breast scintigraphy to evaluate palpable breast masses. Eur. J Nucl. Medicine(1994) 21: 432-436.
8- Khalkhali I. Et alii: Procedure guideline for breast scintigraphy. J. Nucl. Medicine (1999)7:1233-1235
9- Lam W.W.M. et alii: Detection of axillary lymph node metastases in breast carcinoma by technetium-99m Sestamibi breast scintigraphy, ultrasound and conventional mammography. (1996) 23: 498-503.
10- Maublant J. et alii: Technetium-99m-Sestamibi uptake in breast tumor and associated lymph nodes. J. Nucl. Medicine (1996) 37:922-925.

L'IDONEITÀ AL SERVIZIO MILITARE E LA VISITA DI LEVA: CURIOSITÀ, ATTUALI ORIENTAMENTI MEDICO LEGALI, RICONOSCIMENTO DEGLI STATI DI INVALIDITÀ E SVILUPPI FUTURI.

Autori: Dott. Salvatore Falvo (medico militare); Dott.ssa Savina Primerano (medico legale).

Introduzione e Quadro Normativo

L'obbligo di attendere al servizio militare è sancito dall'art. 52 della Costituzione Italiana (.. la difesa della Patria è un sacro dovere del cittadino. Il servizio militare è obbligatorio nei limiti e nei modi stabiliti dalla legge..) e dalle norme da essa scaturite, il D.P.R.237/64, la Legge 171/75, la Legge 958/86, che stabiliscono, tra l'altro, la riforma degli iscritti di leva per imperfezioni od infermità con visita medica o senza esame diretto della persona sulla base di attestazioni redatte dal Capo dell'Amministrazione Comunale oppure da certifi-

cati rilasciati dal Servizio di Medicina Legale od organo equipollente delle ASL.
Occorre precisare, però, che per talune patologie è previsto l'istituto della Rivedibilità ovvero la TNI (temporanea non idoneità) con una durata massima di un anno a significare la momentanea assenza dei requisiti psicofisici per l'espletamento del servizio di leva.
A latere dei suddetti provvedimenti medico legali di rivedibilità o riforma è prevista la possibilità della DISPENSA dal compiere il servizio di leva che è un atto amministrativo basato sia sulle valutazioni medico legali ottenute dall'iscritto di leva che su situazioni personali di quest'ultimo per condizioni familiari (es. genitori conviventi invalidi) e/o amministrative finanziarie.
Allo stato sono dispensati dal compiere il servizio di leva, preminentemente per valutazione medico legale con finalità di scarsa attitudine, tutti gli iscritti di leva che presentino un coefficiente alto nei parametri PS (psiche), AV (apparati vari), VS (visus) ed AU (udito),. AC (apparato cardiovascolare), AR (apparato respiratorio).
Da come sopra descritto è importante sottolineare che la definizione di idoneità al servizio militare (definibile come quella condizione necessaria per consentire ad un soggetto di espletare incarichi del servizio nelle FF.AA.) implica fattori medico legali sia di ordine generico che di tipo specifico.
I fattori generici implicano la previsione di una idoneità per una pluralità di incarichi (in ambito civile paragonabile alla c.d. capacità lavorativa generica o semispecifica), mentre quelli specifici sono relativi a determinate attività e comportamenti (es. uso delle armi, adattamento ambientale, osservanza della disciplina militare, rispetto delle gerarchie, etc) che corrispondono nella vita civile alla capacità lavorativa specifica.
In ogni caso l'idoneità al servizio militare si basa oltre che sul possesso di requisiti fisici e psichici, anche su fattori attitudinali e di preparazione professionali, non sempre disgiunti dai primi, mirati a far sì che un soggetto alle armi (sia di leva che per scelta) possa compiere il proprio servizio ottemperando alle attività richieste senza produrre danni a sé stessi od agli altri ottenendo un rendimento medio.

Elenco Imperfezioni ed infermità: curiosità storiche ed evoluzione attuale

Sin dall'antichità, seppur con i dovuti distinguo, si è sempre affrontato il problema dell'idoneità ai servizi armati ed alla guerra in un coacervo di situazioni contingenti per questo taluni popoli facevano riferimento al binomio idoneità - valorosità dell'individuo (vedasi le leggende ed i miti della mitologia greca), mentre altri utilizzavano i soggetti più abili solo dopo aver costretto i minorati fisici per un primo contrasto ed affaticamento

delle truppe nemiche.
Da un punto di vista più moderno e per quanto concerne, in senso lato, il popolo italiano il reale modo di intendere l'idoneità al servizio militare ha inizio nel 1824 con la redazione e pubblicazione del primo famoso Elenco Imperfezioni ed Infermità (E.I.I.) che presentava un carattere eminentemente statico e rigido dal punto di vista nosografico, mentre col passare del tempo si è sempre più tenuto conto della necessità di integrare il fattore somatico con quello psicoattitudinale.
In tal senso l'E.I.I. ha subito molteplici modificazioni ed infatti quello del 1824 comprendeva 2 paragrafi divenuti 3 in quello del 1834. Nel 1854 esso constava di due parti con note anche folkloristiche relative ai vizi di conformazione per regione". Quello del 1859 (Regno delle Due Sicilie) constava di tre parti: nella prima quelle malattie curabili presso Ospedali Civili per un periodo non superiore ai due mesi, nella seconda quelle malattie ricorrenti o dubbie da "chiarire" presso un Ospedale Civile e la terza parte le malattie da sicura riforma.
L'E.I.I. del 1892 è il primo dall'unificazione dell'Italia, cui seguono quelli applicati durante la I Guerra Mondiale (1909, 1914, 1917).
Nel 1923 l'E.I.I. mantiene due elenchi: quello "A " per tutti i militari e quello "B" per i soli sottufficiali e la truppa. Nel 1930 viene previsto per la prima volta il principio della equivalenza od equipollenza ripreso poi nel 1948 epoca in cui viene emanato il regolamento esecutivo del R.D. del 1930. Infine si arriva alla attuale stesura degli E.I.I. del 1964, 1982, 1995 e del 1999 (integrato nel 2000) improntato ad un accorpamento delle malattie in pochi articoli, e dove viene, inoltre, sancito una maggiore richiesta di integrazione di valutazione medico legale con le doti psicoattitudinali istituendo il cosiddetto Profilo Sanitario (CLAUV dal 1964 al 1982 e poi quello attualmente usato costituito da 9 voci di cui uno, quello AV, con 10 sottovoci) che standardizzano, caso per caso, la necessaria armonica sincronizzazione somato-attitudinali
L'E.I.I. dell'ultima edizione (D.M. 24.3.99 e D.M. 04.4.2000 n° 114) consta di 21 articoli di cui il n° 13 introduce ex novo anche dati relativi al sesso femminile ed in particolare le Patologie della Mammella ed amplia, ovviamente, l'art. 14 dedicato alle infermità dell'apparato urogenitale.
Importante segnalare che anche questo E.I.I. mantiene attuale la necessità di armonizzare il dato clinico e medico legale con il profilo psico attitudinale dei giovani, ma anche nell'art. 21 il concetto della equivalenza (ovvero per quelle imperfezioni ed infermità non specificate nell'elenco, ma che rendano palesemente il soggetto non idoneo al servizio militare) e quello del cumulo (ovvero la possibilità di cumulare patologie che prese sin-

golarmente non raggiungono il grado richiesto per la riforma, ma che considerate in CONCORSO tra loro rendano palesemente non idoneo al servizio militare.-

Organi medico legali militari e procedure

Le visite di leva vengono effettuate presso i Distretti Militari (per conto dei Consigli di Leva e degli Uffici Leva competenti per territorio) dai Gruppi Selettori in cui sono previsti sia il Nucleo Medico che il Nucleo dei Periti Selettori.

La durata di tale visita è di due giorni e prevede la effettuazione di visite mediche specialistiche (Rx torace, spirometria, visita oculistica, cardiologica, audiometrica, psichiatrica), la somministrazione di un test psicoattitudinale (Difesa test), la visita medica generale per la compilazione del Profilo Sanitario e l'attribuzione del provvedimento medico legale (idoneo, rivedibile/INI, riformato, ricovero in Osservazione presso l'Ospedale Militare competente per territorio) ed un colloquio con i periti selettori.

Il Profilo Sanitario si compone di 9 parametri di cui uno, AV, con 10 sottovoci (vedasi tabella annessa) con coefficienti di idoneità decrescente da 1 a 4.

In caso di imperfezione o infermità prevista dall'E.I.I. con articolo asteriscato si deve attuare il provvedimento medico legale della Rivedibilità, direttamente in sede di visita di leva da parte del Nucleo Medico oppure per visita presso il Reparto Osservazione Civili dell'Ospedale Militare competente per territorio: al termine di tale periodo (della durata massima di 360 giorni) l'iscritto di leva ripeterà l'intero iter della visita di leva ed otterrà un provvedimento medico legale (p.m.l.) definitivo (idoneo o riformato).

Laddove, invece, gli articoli dell'E.I.I. sono contrassegnati da due asterischi l'iscritto di leva affetto da quelle specifiche imperfezioni od infermità deve essere assolutamente valutato presso il Reparto Osservazione dell'Ospedale Militare competente che è l'unico organo medico legale militare deputato ad emettere il relativo p.m.l.

CARATTERISTICHE SOMATO-FUNZIONALI	PS		CO		AC		AR		AV		LS		LI		VS		AU	
COEFFICIENTE	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4
COEFFICIENTE IN LETTERE																		

TABELLA DI RIFERIMENTO PER I COEFFICIENTI 3 o 4 ATTRIBUITI AD "AV"
(barrare le voci relative agli apparati interessati segnando il coefficiente 3 o 4)

EM		EI		DG		UG		VP		CU		NR		SG		OC		OR	
3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4

Avverso al p.m.l. adottato in sede di visita di leva può essere proposto ricorso, previa congrua documentazione sanitaria, entro 30 giorni ed il soggetto viene risottoposto a visita medica presso il Reparto Osservazione Civili dell'Ospedale Militare competente per territorio. Superato il termine dei 30 giorni il ricorso può essere richiesto al Distretto Militare competente come richiesta di Nuovi Accertamenti Sanitari (NAS) e tale prassi può essere intrapresa dall'interessato fino al momento del recapito della Cartolina Precetto, ma in tali casi la valutazione spetta dapprima all'Ufficio Sanitario del Distretto Militare che emetterà un p.m.l. di ricovero in Reparto Osservazione Civili di ospedale Militare ovvero di idoneità al viaggio o di rigetto della domanda di NAS per la non sussistenza di validi motivi sanitari. Tale ultima possibilità si verifica se le infermità addotte dall'iscritto ricorrente non sono tali da modificare il Profilo Sanitario ottenuto in sede di visita di leva nei termini previsti dall'E.I.I. per ottenere la rivedibilità o la riforma.

Resta sempre, comunque, la possibilità di richiedere nuovi accertamenti sanitari al momento della visita di incorporamento presso l'Ente militare di incorporamento: tutte queste ampie possibilità di ricorso vanno di pari passo con l'obbligo dei sanitari militari di verificare continuativamente il mantenimento dei requisiti di idoneità al servizio militare nei termini previsti dalla Legge da parte degli iscritti giudicati idonei sia per adempiere i compiti generici che specifici del militare alle armi.

Di fatto in caso di perdita o di variazioni negative del profilo sanitario così come previsto dall'E.I.I. può essere adottato il p.m.l. di INI o di riforma, mentre nei casi di declassamento in uno dei Profili PS - AV - VS - AV - AC - AR viene adottato il provvedimento amministrativo della L.I.S.A.A.C. che consente al militare di leva di essere inviato in licenza senza assegni fino al momento del congedo del relativo scaglione di riferimento.

Il ricorso avverso al Profilo Sanitario attribuito in sede di visita di leva può essere richiesto sia per declassamento (ovvero se una infermità non è stata valutata secondo l'E.I.I.) che per riqualificazione cioè quando l'iscritto di leva ritiene di aver ricevuto una sottostima o sottovalutazione delle sue capacità fisiche e/o psicoattitudinali.

La Legge prevede, inoltre, le cosiddette Riforme senza visita nei casi di soggetti affetti da infermità od imperfezioni certificate dal Sindaco o dall'Ufficio di Medicina Legale od organo equipollente, le visite mediche domiciliari in caso di soggetti affetti da patologie che non consentono di allontanarlo dal proprio domicilio ed, infine, le visite mediche presso i Consolati ed Ambasciate Estere per i cittadini Italiani residenti all'estero.

Discussione e conclusioni

I dati finora riepilogati rendono conto che la visita di leva rappresenta un concreto impegno per la società sia nei termini dei singoli interessati (gli iscritti di leva) che di strutture interessate al corretto svolgimento di tale attività costituzionalmente prevista.

Non occorre, infatti, dimenticare che il primo passo di tale iter viene compiuto dagli Uffici Leva delle Amministrazioni Comunali che devono compilare le Liste di Leva (che comprendono tutti i soggetti che in un dato anno solare compiono i 17 anni) inviate poi agli Uffici Leva del Distretto Militare competente per Territorio che provvederà alla chiamata alla visita allorquando i soggetti compiranno i 18 anni. Inoltre, il Sindaco è impegnato anche a redigere eventuali certificazioni sanitarie attestanti gravi imperfezioni od infermità per i propri iscritti che poi saranno vagliati, per il relativo p.m.l., dai competenti Consigli di Leva.

Dal punto di vista medico l'impegno è massimo sia per la rilevanza sociale di tale evento) sia per gli obblighi di legge cui sono tenuti ad ottemperare.

La valutazione clinica è solo uno degli atti cui i medici militari sono chiamati a compiere in tale iter selettivo: niente può essere lasciato al caso atteso che le norme sanitarie in materia sono precise sia in termini di quantum previsto (nell'E.I.I.) che di procedure medico legali.

L'attività medico legale militare, lungi dall'essere meramente finalistica al servizio militare, ha riscontri sociali molto importanti sia dal punto di vista statistico sanitario che di inserimento nel mondo del lavoro, per non dimenticare l'importanza dell'attività preventiva che ne scaturisce.

In tal senso si sottolinea che è bastato paventare l'abolizione della visita di leva per fare insorgere la sanità civile contro tale provvedimento ravvisando il pericolo di perdere l'unico momento di accertamento dello stato di salute dei giovani maschi italiani sia dal punto di vista generico che per mirate patologie (urologiche, psichiche, cardiologiche, oculistiche, audiologiche etc).

D'altronde quanto sopra non può che essere sottoscritto atteso che molti giovani disconoscono problemi sanitari, ma talvolta anche il semplice rapporto con un medico e sempre più spesso solo per un assurdo e non giustificabile retaggio mentale negativo.

In ogni caso la visita medica di leva lungi dall'essere una prova di stress rappresenta anche un momento di crescita sociale e culturale oltre che di conoscenza dello stato di salute di una importante porzione della popolazione italiana.

La idoneità al servizio di leva comporta quanto meno il riconoscimento di una normale capacità lavorativa generica, cui si attribuisce anche il carattere della specificità se si considera che il giovane impara a conoscere meglio se stesso in senso

attitudinale e delle proprie inclinazioni.
La riforma costringe, per contro, il soggetto all'oscuro della propria situazione clinica ad effettuare accertamenti clinici ed eventuali atti terapeutici.
La peculiarità della visita medica di leva e, inoltre, quella di aver superato anche la tendenza del tempo attuale di provvedere in proprio alla cura della persona: anche il soggetto più sano solo durante quello screening di due giorni impara a conoscere se stesso sia in termini sanitari che psicologici.
Quanto sopra è da ricercarsi nel fatto che le procedure sono standardizzate e richiedono ai medici militari di attuare p.m.l. dopo aver valutato attentamente il soggetto in tutti i suoi aspetti clinici e non.
L'impegno medico legale e, pertanto, primario non solo in funzione dell'espletamento della visita di leva, ma anche per avvicinare il giovane alla vita di relazione con se stesso e con gli altri.
Come è noto il Legislatore ha proposto la "sospensione" (non l'abrogazione che implicherebbe modifiche costituzionali al già citato art. 52)della leva, ma a tutt'oggi non ha assolutamente fatto menzione alla eventuale abolizione della visita di leva per il suo valore sociale e morale.
L'auspicio è quello, invece, di continuare ad effettuare tale iter non solo per finalità proprie della Difesa (compilazione delle liste di Mobilitazione e Completamento), ma anche per continuare a monitorare sia clinicamente che medico legalmente la popolazione giovanile in un momento importante della vita di ciascun individuo.
Non ultimo, nell'ambito delle visite mediche di leva e per i soggetti con cartolina precetto, bisogna far menzione anche al delicato incarico di valutare medico legalmente i congiunti degli iscritti affetti da invalidità od infermità. Questa prassi, oltre ad avere un valore sociale, ha un indubbio significato medico legale atteso che la valutazione del congiunto malato ha una duplice finalità: da un lato la verifica del possesso delle infermità denunciate ed eventualmente già riconosciute dai competenti organi sanitari medico legali in sede civile, dall'altro la constatazione diretta della ridotta capacità lavorativa del soggetto in ogni sua forma (generica, semispecifica, specifica) con i relativi effetti socioeconomici (ad es. la dispensa dell'iscritto agli obblighi di leva se questi è di sostegno finanziario al nucleo familiare).
Infine è obbligo rappresentare come, anche nel campo della selezione per gli obblighi di leva, per l'Ufficiale Medico ed il complesso medico legale militare interessato nell'attuazione di tali prassi spettano oneri derivanti dalla responsabilità professionale che va inquadrata sotto la duplice ottica dello status giuridico del militare e di medico abilitato a svolgere tale professione.

Ciò si traduce, di fatto, nel dover attendere con lealtà e con professionalità ai propri impegni rispettando deontologicamente sia l'atto del giuramento di Ippocrate che quello di militare fedele allo Stato nell'interesse di adempiere una procedura costituzionalmente prevista salvaguardando gli interessi del singolo quale unità essenziale per soddisfacimento di un dovere sociale.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

1. Costituzione Italiana: art. 52;
2. DPR 237/64: Leva del reclutamento obbligatorio nell'Esercito, Marina ed Aeronautica;
3. Legge 171/75: Nuove norme per il servizio di leva;
4. Legge 958/86: Norme sul servizio militare di leva e sulla ferma di leva prolungata;
5. R.D. 17/11/1932: regolamento sul Servizio Sanitario Militare Territoriale;
6. Manuale di Medicina Legale Militare Vol. I Comando Corpo sanità dell'esercito Italiano 1995;
7. Manuale di Medicina Legale Militare Vol. II Comando Corpo sanità dell'esercito Italiano 1996;
8. Consigliere F.: L'importanza della medicina legale militare come medicina pubblica; Jura Medica n° 1/92, vol. 10;
9. Consigliere F.: Operatività attuale della Sanità militare dell'Esercito Italiano nel mondo del lavoro, incontro tra Sanità Militare e Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, Roma 23/3/1992;
10. Casarini A.: Il Corpo sanitario Militare e le sue vicende storiche, Giornale di Medicina Militare 75: 35-58; 1927;
11. Livi R.: Antropometria militare. Risultati dallo spoglio dei fogli sanitari dei militari delle classi 1859-63 eseguiti dall'ispettorato di Sanità Militare per ordine del Ministero della Guerra, Giornale di Medicina R.E. Roma 1896;
12. Circolari Ministero della Difesa (pubblicazione annuale): Istruzione per lo svolgimento delle operazioni di leva per i giovani iscritti nelle liste di leva della classe...;
13. Testo approvato in via definitiva dal Senato della Repubblica il 24 ottobre 2000, non ancora promulgato o pubblicato nella Gazzetta Ufficiale: Norme per l'istituzione del servizio militare professionale.

Comunicati della FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

CONTROLLO DELLA SPESA SANITARIA

Dichiarazione del Presidente della FNOMCeO Giuseppe Del Barone sui provvedimenti in atto in alcune Regioni

Preso atto che in alcune Regioni italiane, quali la Toscana, l'Emilia Romagna, l'Umbria e la Campania stanno per essere avviati provvedimenti volti ad arginare la spesa sanitaria,
il Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri on. Giuseppe Del Barone ha dichiarato: "Dinanzi all'atteggiamento di molte Regioni che hanno ritenuto opportuno avviare, in maniera del tutto autonoma, provvedimenti di controllo della spesa farmaceutica diversi tra loro per finalità ed entità, non può essere sottaciuto il rischio di veder in tal modo attivati su tutto il territorio nazionale livelli non omogenei di assistenza sanitaria. Mentre può essere condiviso - ha continuato Del Barone - l'obiettivo di educare il cittadino ad un uso corretto delle medicine, è decisamente inaccettabile che, come già avviene in Campania, al medico venga imposto di prescrivere il farmaco usando esclusivamente il nome della molecola delegando di fatto al farmacista la scelta del prodotto o della specialità medicinale. Con tale decisione - ha aggiunto il presidente della FNOMCeO - il medico è privato di uno dei suoi atti primari che è quello della scelta del prodotto da lui ritenuto più idoneo ad una terapia, con evidenti rischi per il malato, (soggetto del tutto sconosciuto al farmacista) e corre il rischio di essere ritenuto tra i responsabili dell'aumento incontrollato della spesa farmaceutica e di essere sempre più identificato come esponente della burocrazia sanitaria con gravi ripercussioni sul già delicato rapporto medico/paziente. Il tutto senza dimenticare i problemi derivanti dall'avvio anticipato della prescrizione dei farmaci generici e dalla riduzione da tre a due delle confezioni in caso di pluriprescrizione, diversamente da quanto stabilito dal Governo".

Le perplessità di Del Barone sul documento allo studio a Palazzo Chigi

TAGLI ALLA SANITÀ PUNITIVI PER I MEDICI

"Notevoli perplessità suscita, almeno ad una prima analisi, il documento contenente le misure che il Governo si appresta ad attuare in campo sanitario"- ha dichiarato il

Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Giuseppe Del Barone - che, accantonati i principi legati al concetto di prevenzione, e saltando completamente i passaggi intermedi, sembra focalizzarsi sui provvedimenti a carico di quei medici che superino il tetto di spesa".

Entrando nel merito delle disposizioni preannunciate da Palazzo Chigi, è sicuramente inaccettabile la fissazione dei budget individuali che ogni medico sarà chiamato a rispettare.

"Tornano in mente" - ha continuato il Presidente della FNOMCeO - gli anni delle Mutue in cui le prescrizioni erano regolate dalla appartenenza all'uno o all'altro Ente assistenziale, la quale cosa potrebbe forse essere riattivata costituendo in ogni Regione una specie di CUF, idonea anche a spostare i farmaci dall'una all'altra fascia di appartenenza, con il sanitario quasi impossibilitato a saperlo".

La FNOMCeO inoltre ritiene assurdo che il farmacista possa sostituire un farmaco prescritto dal medico e soprattutto che il paziente dimesso dall'Ospedale si veda prescritto un medicinale che abbia controindicazioni con eventuali farmaci già assunti su prescrizione del medico di famiglia. Emblematico il caso delle statine prescritte da un cardiologo ospedaliero a cui il paziente abbia taciuto di essere in cura con un fibrato, con gravi conseguenze per la sua salute.

"Altro punto discutibile, anche se potenzialmente accettabile, la prevista limitazione delle specialità prescrivibili stabilita senza una preventiva consultazione dei medici, la cui esperienza avrebbe sicuramente suggerito misure ancora più efficaci di controllo della spesa".

"A tale riguardo giova ricordare - ha continuato il Presidente Del Barone - che il Ministro, da me sollecitato, aveva promesso l'istituzione di una Commissione Nazionale ad hoc di cui a tutt'oggi non si hanno notizie".

"Appare infine del tutto inopportuna - ha concluso il Presidente Del Barone - l'intromissione delle Regioni chiamate a regolamentare i rapporti professionali tra medico e informatore scientifico, un contesto che riguarda esclusivamente i diretti interessati".

Il Presidente della FNOMCeO risponde ad un articolo pubblicato su Panorama

DEL BARONE: "NO" A POLVERONI SUI RAPPORTI TRA MEDICI E INDUSTRIA FARMACEUTICA

Dopo il caso Lipobay, le ritardate informazioni sugli effetti collaterali dei prodotti a base di cisapride, arriva oggi, attraverso le pagine del settimanale Panorama un nuovo "scandalo" che investirebbe i medici e farmacisti accusati di comparaggio.

L'articolo dal titolo "Uno scandalo in pillole" riporta le dichiarazioni del Presidente dell'Associazione Italiana degli informatori Scientifici Angelo De Rita, il quale accusa il grave degrado del settore per "attività di marketing esasperato" che troppo spesso sfocerebbero in veri e propri accordi sottobanco tra aziende produttrici di farmaci medici e farmacisti.
"Non possiamo generalizzare accuse così gravi - ha dichiarato il Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Giuseppe Del Barone - che se provate potrebbero portare il medico sotto procedimento disciplinare. Ma senza scartare il fatto che anche tra i medici, come in ogni categoria, possano esistere mele marce, non credo sia opportuno e corretto allargare il problema a dismisura come ha fatto il De Rita attraverso le pagine del settimanale.
Per questo motivo - ha aggiunto Del Barone - oggi stesso ho chiesto al Ministro della Salute Girolamo Sirchia di riattivare al più presto un tavolo di confronto composto da esponenti del Ministero, da rappresentanti ordinistici e sindacali dei medici e da rappresentanti della Farmindustria, al fine di stabilire, una volta per tutte, regole chiare di comportamento che restituiscano all'intero settore tutta quella serenità indispensabile per bene operare nell'interesse della salute del cittadino, evitando assurdi motivi di destabilizzazione nel rapporto tra medico e malato e nella fiducia di quest'ultimo verso le terapie prescritte.

DICHIARAZIONE DEL PRESIDENTE DELLA FNOMCEO GIUSEPPE DEL BARONE

"NO" DEI MEDICI ITALIANI ALLA RIPETIZIONE DEGLI ESAMI DI STATO

"Riscontro nelle dichiarazioni del Ministro Sirchia durante la recente audizione alla Commissione Affari Sociali della Camera alcuni lati oscuri che reputo opportuno puntualizzare- ha detto il Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Giuseppe Del Barone.
"Giudico infatti improponibile e forse legata ad una esuberanza dialettica, l'ipotesi secondo la quale" i crediti formativi costituiranno lo strumento necessario... ...per rinnovare l'esame di Stato dei medici che non può essere indefinito ma deve essere a termine". Come dire che dopo un certo periodo di tempo il medico, quasi costretto a ricominciare da capo, potrebbe dover relegare in soffitta tutto il bagaglio culturale acquisito nel corso di laurea e durante l'attività svolta negli anni.
Da queste affermazioni poco realistiche e punitive per i medici, - ha detto il Presidente della FNOMCeO - ho l'impressione che

il responsabile del Dicastero della Salute voglia risolvere a valle un problema che invece va affrontato e in modo serio, a monte e mai, eventualmente, per i soli medici.
Riaffermando la necessità di un programma di Educazione Continua, noi medici del resto siamo stati i primi a riconoscerne l'esigenza, occorrerà prima di tutto rendere più attuali i corsi di laurea al fine di formare adeguatamente il medico di domani, studiando e risolvendo il problema della disoccupazione e della pletora, assicurando corsi che diano piena valenza ai crediti formativi, i soli idonei a garantire l'aggiornamento e la preparazione dei medici che, attraverso la continuità dell'acquisizione delle nuove cognizioni, potranno assicurare al paziente una valida prestazione, piena anche di quella umanità propria dei sanitari italiani.

Incontro tra il Ministro Sirchia e il Presidente FNOMCeO Del Barone

IL PROGETTO ECM NON PREVEDE LA RIPETIZIONE DEGLI ESAMI DI STATO

* *Comunicato stampa del 20/9/2001 della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.*

I vari aspetti del progetto di Educazione Medica Continua/ECM sono stati al centro di un colloquio svoltosi al Ministero della Salute tra il Ministro Girolamo Sirchia e il Presidente della FNOMCeO Giuseppe Del Barone.
Il cordiale e proficuo scambio di vedute ha permesso tra l'altro di giungere a un chiarimento sulle notizie riportate da alcuni organi di stampa secondo le quali il Ministro Sirchia avrebbe ipotizzato la ripetizione periodica degli Esami di Stato per i medici.
A tale riguardo il Ministro ha affermato di essere stato frainteso sul concetto di validità dell'esame che abilita all'esercizio della Professione che è e rimarrà unico e ha ribadito che i percorsi formativi basati sul sistema dei "crediti', compatibili con l'attuale sistema di accesso alla professione, dovranno veramente assumere quel particolare significato di crescita culturale che tutti si aspettano, per garantire in modo uniforme su tutto il territorio nazionale prestazioni di qualità e al passo con le ultime acquisizioni mediche.
"Ho accolto con viva soddisfazione le dichiarazioni del Ministro -ha commentato Del Barone- e condivido pienamente la Sua volontà di incrementare e valorizzare il progetto di ECM che, se realizzato in modo appropriato, anche facendo tesoro delle proposte avanzate dalle categorie professionali interessate, porrà il nostro Paese all'avanguardia in Europa per quanto attiene l'impegno a tutela della salute dei cittadini".

Precisazioni dell'Autorità Garante del 31-8-2001

NORMATIVA SEMPLIFICATA PER I MEDICI NEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, SENSIBILI E ARCHIVIO MAGNETICO

* *Comunicazione n° 110 del 12/9/2001 della Federazione Nazionale degli Ordini.*

Il Garante per la protezione dei dati personali ha inviato la nota 31-8-2001, che di seguito si trascrive con preghiera di portarla a conoscenza degli Iscritti con i mezzi ritenuti più idonei.

"Continuano a pervenire a questa Autorità, da parte di singoli Medici, comunicazioni relative al possesso di archivi magnetici ai sensi della norma citata in oggetto. Al riguardo si fa sapere che l'articolo 43, comma 1°, della Legge 31 dicembre 1996 n° 675 ha abrogato tale adempimento, per cui la denuncia non deve essere più resa al Ministero degli Interni né tanto meno al Garante.

La Legge n° 675/86 ha previsto difatti, al comma 70, la notificazione del trattamento dei dati personali - che è cosa diversa dalla denuncia degli archivi magnetici - e comunque, ai sensi del comma 5/ter lettera F, i liberi professionisti iscritti in Albi o Elenchi Professionali, qualora utilizzino i dati per le sole finalità strettamente collegate all'adempimento di specifiche prestazioni, sono esonerati anche da quest'ultimo obbligo.

Atteso quanto sopra, nell'esclusivo interesse della Categoria, si chiede la cortese collaborazione di codesta Federazione Nazionale perché diffonda la presente informazione agli Ordini Provinciali e agli Iscritti al fine di sollevarli da adempimenti amministrativi non dovuti".

Isernia. La Fontana Fraterna.

Lettere all'Ordine

FONDAZIONE
Opera Nazionale Assistenza Orfani Sanitari Italiani

Ai Presidenti degli Ordini provinciali dei Farmacisti, Medici Chirurghi, Veterinari.

Ai Presidenti dell'E.N.P.A.F., dell'E.N.P.A.M., dell'E.N.P.A.V. e, p.c. Ai presidenti delle Federazioni Nazionali degli ordini dei Farmacisti, Medici Chirurghi, Veterinari.

Ogg: contribuenti obbligatori

Dirigente responsabile: dott. Stefano Chirico

Egregi colleghi,
in questo anno e mezzo di Presidenza dell'O.N.A.O.S.I. ho appurato che, più di una volta, orfani di sanitari deceduti non erano a conoscenza delle prestazioni della Fondazione, o, addirittura, dell'esistenza stessa dell'Opera, episodi di notevole gravità, dal momento che è inaccettabile che dei soggetti svantaggiati, già colpiti dalla perdita dei loro cari, non possano, per cause indipendenti dalla loro volontà, usufruire dell'assistenza cui hanno diritto.
Fatto è peraltro che l'O.N.A.O.S.I., nel mentre è a conoscenza delle generalità di tutti i contribuenti volontari - e può quindi intervenire tempestivamente nel caso di eventi luttuosi, non riesce, allo stato, nonostante gli sforzi compiuti, ad avere un monitoraggio continuo dei contribuenti obbligatori e, di conseguenza, dei potenziali aventi diritto alle sue prestazioni.
Considerato che ben difficilmente le pubbliche amministrazioni presso cui i sanitari prestano servizio daranno la loro collaborazione in materia, non resta pertanto che auspicare che una più stretta collaborazione tra gli enti di categoria possa evitare che i figli di nostri colleghi possano perdere il diritto dell'assistenza.
A tal fine Vi prego pertanto di portare immediatamente a conoscenza questa Fondazione dei sanitari dipendenti da pubbliche amministrazioni deceduti o cancellatisi volontariamente dagli Albi (nei casi di cui alle lettere d) ed e) del vigente Statuto dell'O.N.A.O.S.I.) e/o di rendere edotti gli orfani ed i figli (nelle medesime fattispecie) dei contribuenti obbligatori delle prestazioni cui hanno diritto in forza dell'art. 8 dello Statuto medesimo.

Certo della Vostra collaborazione, Vi invito a contattarmi per qualsiasi dubbio o richiesta di chiarimenti.

Per comodità di consultazione vengono riportati in calce gli artt. 6 ed 8 del vigente Statuto della Fondazione

Cordialmente.

Il Presidente
Dr. Aristide Paci

ART. 6

Soggetti assistiti

1. Hanno titolo alle prestazioni dell'Opera:

a) Gli orfani dei sanitari contribuenti obbligatori iscritti alla data del decesso
b) Oli orfani dei sanitari contribuenti volontari iscritti alla data del decesso;
c) Gli orfani di sanitari, non iscritti alla data del decesso, che abbiano versato il contributo obbligatorio o volontario per almeno 25 anni e che abbiano interrotto il servizio o la professione da cui derivava il requisito della contribuzione;
d) I figli di sanitari iscritti e dichiarati totalmente inabili all'esercizio della professione durante il periodo della contribuzione obbligatoria o volontaria;
e) I figli di sanitari contribuenti obbligatori cessati dal servizio anche per dimissioni volontarie con diritto al trattamento di quiescenza relativo al servizio svolto e che abbiano un minimo di 30 anni di servizio effettivo e che abbiano un minimo di 60 anni di età;
f) I figli di sanitari contribuenti volontari che abbiano versato il contributo annuale per almeno 30 anni e che abbiano un minimo di 60 anni di età.

ART. 8

Le prestazioni

1. L'opera assolve i propri fitti istituzionali mediante

a) ammissione nei propri istituti e nei propri collegi e centri di studio universitari
b) erogazioni in denaro a carattere ordinario e straordinario;
c) interventi integrativi diretti a favorire la formazione personale e professionale dei giovani anche con interventi speciali a favore dei giovani portatori di handicap;
d) eventuali convenzioni con le Università per le specializzazioni post-laurea;
e) ogni altra forma ritenuta dal Consiglio di Amministrazione idonea al conseguimento dei fini istituzionali o anche complementare o strumentale al conseguimento degli stessi.

ASSOCIAZIONE ITALIANA PARKINSONIANI

Sede Centrale - Via Zuretti, 35 - 20125 Milano

APERTURA SEDE APERTURA SEDE APERTURASEDE APERTURA SEDE

A.I.P. - SEZIONE DI CAMPOBASSO

Via Mazzini, 80 c/o P.le Sanitaria - Tel. e Fax 0874.482936 - 86100 CAMPOBASSO

Sono un parkinsoniano che da 16 anni combatte contro la malattia con tutte le sue forze e con caparbietà.
Molto devo all'A.I.P., che mi indica la strada giusta per controllare la malattia, tenendomi costantemente aggiornato con le sue pubblicazioni e le strutture della Sede Centrale.
L'Associazione conta oggi 20.000 iscritti e 25 Sezioni localizzate soprattutto nel Centro-Nord: fanno eccezione le sedi di Napoli - Bari - Palermo e Reggio Calabria.
Dopo tanto lavoro e con l'aiuto di un gruppo di amici posso finalmente annunciare l'avvenuta apertura di una Sezione A.I.P. **Molisana** a Campobasso. Perché la Sezione decolli è fondamentale informare i pazienti e i loro familiari dei servizi che l'Associazione può offrire, La Sede Centrale ha istituito servizi telefonici sia con la sede locale sia con il Centro Parkinson ed i rispettivi siti INTERNET. Ai sig.ri Medici chiedo sin da ora la loro disponibilità ad informare i propri assistiti.
Gli interessati troveranno in Sede persone serie e preparate che daranno loro tutti i chiarimenti possibili.
Qualora si tratti di soggetti impossibilitati a viaggiare i contatti potranno essere presi con persone di loro flducia(familiari) nel caso specifico saremo noi a recarci presso le loro abitazioni.
Con Osservanza

Il Coordinatore della Sezione
Giovanni Frate

ORARIO DI APERTURA DELLA SEDE

La Sezione è aperta il LUNEDÌ, il MERCOLEDÌ e il VENERDÌ dalle ore 11.00 alle ore 12.30

SITI INTERNET

I siti internet dell'Associazione e del Centro Parkinson sono i seguenti:
http://www.parkinson.it
http://www.parkinson.it/aip

SOS Parkinson - Tel. 0336735544 (risponde un neurologo 24 ore su 24)

BRITISH Schools of English
Sede di Isernia

Spett.le Ordine dei Medici - provincia di Isernia

Alla c.a. del Presidente

Oggetto: **CORSO DI LINGUA INGLESE**

In riferimento agli accordi telefonici, la presente per rimetterVi la ns. migliore offerta per un corso di lingua inglese, da svolgersi presso la Vs. sede.

Corso - "Pre-Intermediate" - 2° livello - inizio corso Dicembre

> Durata: 40 ore - frequenza una volta/settimana
> Orario: da concordare
> Costo: Lit. 300.000 / 154.94 euro + (Lit. 150.000/partecipante - tassa iscrizione e libri)
> Pagamento: Lit. 50.000 / 25.82 euro / mese

Corso di inglese con esame finale - inizio corso Dicembre
* 1° e 2° livello L. 850.000 / 438.99 euro 95 ore + Lit. 150.000 tassa d'iscrizione e libri
* 3° e 4° livello L. 1.000.000 / 516.46 euro 100 ore + Lit. 150.000 tassa d'iscrizione e libri

Cogliamo l'occasione per comunicarVi che la ns. scuola è l'unico Centro Esaminatore Trinity della provincia di Isernia.
Come noto, in Italia il Trinity è uno degli Enti Certificatori che ha sottoscritto il protocollo d'intesa con il Ministero della Pubblica Istruzione (com 08/aut del 24.01.2000) in virtù del quale è stato inserito nel nuovo protocollo siglato dal Ministro De Mauro con i Rettori delle Università il 2 maggio 2001.
V'informiamo inoltre che ci impegniamo a condurre in maniera continua il corso di lingua, con insegnanti qualificati di madre lingua, provvedendo all'eventuale sostituzione in caso di assenza.
Restiamo a Vs. completa disposizione per eventuali chiarimenti o comunicazioni.
In attesa di un Vs. riscontro, inviamo distinti saluti.

Isernia, 6 novembre 2001

Avvisi e Notizie

CORSO DI FORMAZIONE E DI AGGIORNAMENTO ETICO-DEONTOLOGICO PER OPERATORI SANITARI DEL MOLISE

Destinatari: medici ed operatori sanitari non medici.

Obiettivi: fornire ai corsisti l'aggiornamento sul dibattito etico - deontologico odierno e gli strumenti valutativi concreti per affrontare le situazioni etiche dilemmatiche. Per il corso sarà richiesto l'accreditamento ministeriale (ECM) a cura dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Isernia.

Promotori: Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Isernia.

In collaborazione con:
* Comitato etico Azienda ASL n° 2 Pentria di Isernia
* Centro Molisano di Bioetica e di Aiuto alla Vita
* ASL 2 Pentria
*ASL Agnone
Sede: Isernia, Sessano

Periodo di effettuazione: "Giornata del Medico" di fine anno 2001-2002-2003; gennaio - giugno 2002, ogni 21 giorni (11 gennaio, 1 e 22 febbraio, 15 marzo, 5 e 26 aprile, 17 maggio, 7 giugno). Per il biennio 2003-2004 le date verranno stabilite successivamente e con largo anticipo rispetto all'inizio dei corsi.

Modalità di svolgimento: il venerdì pomeriggio (19.00 - 21.00), composto da una parte espositiva e da un tempo di dibattito o di discussione sui casi clinici.

Relatori: docenti universitari qualificati nelle rispettive aree tematiche oggetto degli incontri.

Argomenti:

GIORNATA DEL MEDICO 2001
* Quale bioetica e quale deontologia medica oggi?

PERIODO GENNAIO - GIUGNO 2002
* Una metodologia di analisi etica in medicina?
* Codice deontologico e sanità aziendalizzata: problemi e questioni
* Deontologie professionali a confronto: la carta dei doveri del giornalista
* Allocazione delle risorse in sanità: questioni e problemi
* Miglioramento continuo della qualità in sanità: aspetti tecnici ed etici
* L'errore professionale: problema o risorsa?
* Tecnologia ed empatia nella medicina
* Le medicine non convenzionali

GIORNATA DEL MEDICO 2002
* Diritti dell'ammalato e diritti del medico: consenso ed autonomie a confronto

TEMI RELATIVI AL PERIODO GENNAIO - GIUGNO 2003
* Questioni etiche in geriatria
* Etica organizzativa in sanità: questioni e prospettive
* Dilemmi etico deontologici in terapia intensiva
* Il consenso informato in cardiologia
* Sperimentazione clinica e comitati di etica
* Problemi etico - deontologici in medicina d'immigrazione
* Questioni etiche in odontoiatria
* Consenso informato: i diritti del paziente, con particolare riguardo ai pazienti oncologici o terminali

GIORNATA DEL MEDICO 2003
* Medicina e diritto: l'etica medica in rapporto al diritto

TEMI RELATIVI AL PERIODO GENNAIO - GIUGNO 2004
* Questioni etiche in psichiatria e comportamenti a rischio
* Obiezione di coscienza in medicina
* La questione della "pillola del giorno dopo"
* Testamenti di vita: sfida o risorsa?
* Diritti dell'uomo e biomedicina
* La comunicazione in medicina: la relazione operatore sanitario - paziente
* L'assistenza domiciliare ai "pazienti cronici in evoluzione di malattia": questioni ed espenenze a confronto
* La medicina basata sulle prove di evidenza.

Durante il corso verrà distribuita bibliografia di riferimento ed alla fine del corso annuale verrà rilasciato l'attestato di partecipazione

Parte economica
L. 500.000 lorde comprensive delle spese di viaggio per ciascun relatore.

CAMBIA IL CERTIFICATO DI ASSISTENZA AL PARTO

Cambia il "certificato di assistenza al parto", ossia il documento che serve a rilevare dati e notizie in occasione di ogni nascita, per trarne indicazioni utili non solo a fini puramente statistici ma anche per i risvolti sanitari. Il regolamento che disciplina il nuovo certificato è contenuto nel decreto del ministero della Sanità 16 luglio 2001 n° 349, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale 218 del 19 settembre, e intitolato "Modificazioni al certificato di assistenza al parto, per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi di nascita, alla nati-mortalità ed ai nati affetti da malformazioni".
Il nuovo certificato è composto da varie sezioni, una per l'acquisizione di dati generali, la sezione A per le informazioni socio-demografiche sui genitori, la sezione B per

informazioni sulla gravidanza, la sezione C per notizie sul parto e sul neonato, la sezione D per informazioni sulle cause di nati-mortalità e la sezione E sulla eventuale presenza di malformazioni. Il certificato deve essere redatto entro dieci giorni dalla nascita dall'ostetrica o dal Medico che ha assistito al parto o dal Medico responsabile dell'unità operativa in cui è avvenuta la nascita per le sezioni A, B e C ed a cura del Medico accertatore per le sezioni D ed E. In caso di nascita a domicilio o comunque fuori da un istituto di cura pubblico o privato il certificato va consegnato dall'ostetrica o dal Medico che ha assistito al parto, entro dieci giorni, alla Usl competente per il luogo dove è avvenuto l'evento.

Università Ambrosiana

CORSO DI SPECIALIZZAZIONE IN ADOLESCENTOLOGIA CLINICA

La Scuola Italiana dl Adolescentologia dell'Università Ambrosiana con il patrocinio della Società Italiana di Adolescento-logia, della World Federation and Society of Adolescentology (WFSA), dell'Assessorato alla Sanità della Regione Lombardia promuove il XV Corso di specializzazione in Adolescentologia. Il Corso, rivolto a medici di famiglia, pediatri, medici scolastici e a medici di ogni specialità è finalizzato ad aumentare le capacità preventive, cliniche del medico per integrare e approfondire la prospettiva biologica della clinica e della ricerca con la prospettiva psicologica ed esistenziale dello sviluppo adolescenziale dell'età giovanile.
La Scuola Italiana di Adolescentologia rimane tutt'oggi l'unico centro di formazione Italiano ed Europeo a formare i medici all'Adolescentologia clinica, secondo un orientamento epistemologico attuale, sistematico, strutturato ed unitario. Il Corso di specializzazione è al momento attuale, l'unico curriculum formativo triennale ad essere riconosciuto idoneo dalla Società Italiana di Adolescentologia e dalla Federazione e Società Italiana di Adolescentologia per acquisire lo status di Membri e permette l'erogazione di Servizi sanitari per gli adolescenti.
il Corso permette l'acquisizione di crediti di formazione per il conseguimento dei Master in Counselling Medico, in Educazione alla salute, in didattica della metodologia clinica centrata sulla persona e del Dottorato di Ricerca in Adolescentologia clinica.

DURATA: il Corso ha durata triennale. Inizio corsi gennaio 2002.

SEDE: Ospedale S. Giuseppe di Milano, Via S. Vittore n°12.

PROGRAMMA:
I anno: teoria dell'adolescenza e metodologia clinica centrata sulla persona, auxologia e clinica auxo-

logica, psicologia dell'adolescente e psicobiologia dell'apprendimento, clinica del periodo adolescenziale e malattie croniche (dermatologia, ortopedia, traumatologia, ostetricia e ginecologia, malattie infettive, ematologia, neurologia, nefrologia), l'handicap nell'adolescenza, psicopatologia e turbe del comportamento, condotte tossicofile, psicoterapia e counselling, l'adolescente e lo sport, aspetti etici e sentimento religioso.

II anno: seminari clinici nelle varie discipline e workshops d'approfondimento metodologico.

III Anno: tirocinio clinico, preparazione di una cartella clinica.

Direttore: Prof. Giuseppe R. Brera

Corpo docente: ha una partecipazione internazionale

Lorena Azzi, Luciano Berti, Maurizio Bosio, Vittorio Brera, Imer P.Callegaro, Ugo Calzolari, Pablo Cascone, Mario Cocchi, Patrizia Furba, Cino Galluzzo, Paolo Garascia, Luigi Gargantini, Angelica Lupo, Virginio Maino, Mario Olivieri, Vincenzo Ovallesco, Italo M.Palleschi, Marco Pandolfi, Guglielmo Piazzi, Mariangela Porta, Assunto Quadrio, Antonino Romeo, Giovanni Spada, Roberto Vanini, Aldo Zanon.

DOMANDE:

devono essere inviate allegando le motivazioni all'iscrizione, curriculum, autocertificazione dei certificati di laurea e abilitazione in Medicina e Chirurgia e una fotografia formato tessera alla Segreteria del Dpt. di Adolescentologia dell'Università Ambrosiana, Sig.na Carolina Rubino Viale Romagna, 51 -20133 Milano

Per informazioni: tel. 02-26.66.880- fax 02.23.61.226

E-mail: dipado@unambro.it - Web: www.unambro.it - www.adolescence.org

Pietrabbondante. Il teatro italico.

Orazio Trivellini
Medico Chirurgo
01-01-1916 - 22-07-2001

In casa del Dr. Eliodoro Pirone spesso incontravo il Dr. Trivellini e con lui il Dr. Di Pietro.
Nelle parole e nei gesti di ognuno di loro il codice dell'amicizia.

L'amicizia non ha dimensioni di tempo e di spazio e quando il carro del tempo ferma il cammino dell'amico il ricordo, come una lampada magica, fa emergere la cara figura le sue e le nostre stagioni, la riconduce al presente e la ravviva.

* * *

Carissimo Orazio,

forse tutti si meraviglieranno di una lettera che resterà senza risposta, di una lettera mai scritta prima e scritta ora, solo perché alla mente ritornano delle immagini. Ma tutti sanno che è possibile comunicare con il mondo posto al di là dei nostri confini terreni dove hanno patria gli spiriti eletti. Non immaginavo mai, quando ti incontrai nell'ultima primavera in P.zza della Stazione, che non avrei mai più stretto la tua mano, che non avrei mai più parlato con te. Questo, in realtà, non accadeva spesso, però quel giorno nel quale piacevolmente indugiammo al sole, fu certamente quello nel quale anche ai miei anni, fu possibile raccogliere un testamento spirituale, rinnovare pensieri, conoscere il significato di esistenze particolari come la tua.
Parlammo di tutto o quasi, dell'età, ahimé, che a te, tuttavia, non faceva sentire il suo peso tranne che per quel ginocchio dolente che tradiva il tuo stato di benessere totale. Ci soffermammo, quasi estranei osservatori, a parlare della nostra vita quotidiana, della tua, soprattutto, vissuta intensamente, ricca di lotte, di gioie, di disinganni, di speranze.
"Guai se non ci fosse stata questa speranza a sorreggermi nella fatica di ogni giorno - mi dicesti - essa, specifica un tempo, ancor oggi mi sostiene, sì che ciò che mi resta da vivere è ancora un anelito a costruire, a guardare lontano".
Non avevamo la stessa età; tu più di me, di anni, ne avevi quei tanti che ti permisero di diventare il medico della mia famiglia e di me poco men che adolescente. E mentre tu mi parlavi io riandavo con la mente a quei terribili anni '50 nei quali l'aver imparato a digiunare, a soffrire il freddo per la recente guerra, non era servito al nostro fisico a difenderci dalle malattie. Tuttavia il dolore innocentemente sofferto e subito non aveva avuto la forza di soffocare la nostra speranza e la capacità di andare avanti. E tu, eri l'esempio di questo essere.
Quando noi piccoli di casa eravamo malati, io ricordo, ti aspettavamo sereni, sapevamo che ci avresti curato amandoci e ti ascoltavamo assorti mentre tu ti trattenevi con i nostri genitori a parlare delle tue

fatiche, dei tuoi sacrifici, delle tue rinunce. Ma non smettevi mai il sorriso e lo sguardo che esprimeva profonda umanità. Non so perché, ma quell'ultima volta che ho parlato con te, è stata proprio quella che mi ha fatto rievocare la tua immagine di medico di famiglia (o di famiglie, direi), di medico ospedaliero, di medico, comunque, dalla vita professionale intensa affrontata sempre con tenacia e abnegazione anche se gli anni passavano.
In quel nostro dire rievocasti i tempi nei quali non esistevano domeniche, non riposi sereni, non momenti di libertà assoluta che svincolassero la vita dalla vita professionale. Comunque, ti dicesti felice perché l'aver vissuto per buona parte della tua professione quella medicina "globale", aveva dato alla tua vita un significato espansivo che andava al di là della professione contingente.
Tornasti a parlare di quella medicina pura che di te, medico, aveva fatto una persona diversa, perché aveva riempito la tua anima delle ricchezze delle immagini, sì che mai la stessa tua professione - trasformatasi la medicina e lo spirito di essa - declinò sotto l'imperativo delle ecografie, delle diete, dei vaccini. E, mentre tu, con fare scherzoso, parlavi della tua vita non solo professionalmente lunga e mi inducevi a riflettere sul significato delle tue parole, io pensavo che i tuoi giorni non erano foglie solitarie su un ramo secco, ma frutti maturi da cogliere, di cui tutti noi dovremmo nutrirci, essendo essi fatti di storie e di scene che non finiscono, di frammenti archeologici, di talismani quasi che potrebbero rompere l'aridità tecnologica nella quale, quotidianamente, sprofonda la medicina d'oggi. Tu mi dicesti che non ti eri fatto vincere dall'arida tecnologia pur dovendo il nuovo metodo sostituire l'antico modo di fare medicina. E, nel tuo dire, ancor di più, ai miei occhi, apparivi quella persona che ora, oltrepassato il capolinea, estende la vita al di là della sua capsula temporale e le conferisce il carattere dell'indelebilità perché il ricordo di te dura per sempre, non ha capolinea.

Addio, Orazio! Non sei stato per noi mai troppo vecchio per lasciarci.

Vera