



Cartolina del 1900

SASSARI MEDICA

*Mensile dell'Ordine dei Medici
e degli Odontoiatri
della Provincia di Sassari*

SITO WEB: www.omceoss.it

E-MAIL: ordiness@tin.it

Anno XII - Numero 5

Direttore responsabile: Giuseppe Melis
Direttore editoriale: Agostino Sussarellu

Direzione, Redazione, Amministrazione:
07100 Sassari, via Cavour 71/B, Te-
lefono (079) 23.44.30 - Telefax (079)
23.22.28.

CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'OR-
DINE: *Presidente:* Agostino Sussarellu -
Vice Presidente: Angelo Deplano - *Se-
gretario:* Chiara Musio - *Tesoriere:* Ales-
sandro Arru - *Consiglieri:* Giancarlo
Bazzoni, Giovanni Biddau, Piero De-
logu, Carmelina Firinu, Renato Vittorio
Lai, Alessandra Lucaferri, Maria Madda-
lena Medde, Giovanni Padula, Mario Pa-
lermo, Bruno Piccinini, Margherita Pru-
neddu - *Revisori dei Conti:* *Presidente:*
Francesco Carboni; *Membri effettivi:* Ni-
cola Addis, Nadia Tola; *Membro sup-
plente:* Gianpaolo Vidili - *Commissione
per gli iscritti all'Albo Odontoiatri:* *Pre-
sidente:* Giovanni L. Meloni; *Compo-
nenti:* Alessandra Lucaferri, Bruno Pic-
cinini, Ines Mirte Putzu, Lucio Vicini

Registrazione n. 236 del 15-12-1989 Tri-
bunale di Sassari. Spedizione in abbona-
mento postale gr. III/50%. Proprietà: Or-
dine dei Medici di Sassari.

*Realizzazione editoriale ed esclusivista
per la pubblicità:* Tipografia TAS, Via
Predda Niedda, 43/D - 07100 Sassari -
Tel. (079) 26.22.21 - Fax 26.07.34.

Stampa: TAS srl - Sassari.

Sassari Medica è inviato gratuitamente a tutti gli
iscritti all'Ordine dei Medici della provincia di Sas-
sari e a tutti gli Ordini dei Medici d'Italia.

- 2** Sassari 1903-2003: il primo Codice
in Italia di etica e deontologia
- 5** Deontologia/L'importanza di un rapporto
corretto fra medici
- 7** Deontologia/Documento dell'Ordine
su norme comportamentali
- 11** Stampa e sanità: agopuntura
e corretta informazione
- 13** Polizze assicurative per la tutela
in sede giudiziaria
- 14** Le nuove disposizioni legislative
in materia di farmacovigilanza
- 15** Parere sull'abrogazione dell'Annotazione
per l'esercizio della professione odontoiatrica
- 17** 1/Sentenze. Anche il medico di guardia
che riposa è da considerarsi al lavoro
- 19** 2/Sentenze. Responsabilità professionale:
l'onere della prova spetta al medico inquisito
- 20** 3/Sentenze. La Cassazione
sulle pene detentive ai medici irreperibili
- 21** 4/Sentenze. Rischia il carcere
chi rifiuta la visita a domicilio
- 22** Tutela della riservatezza: disattese
le osservazioni della Federazione
- 23** Legge sulla privacy: articoli di interesse sanitario
- 35** Eventi e convegni organizzati dall'Ordine
e accreditati per il programma ECM
- 38** Altri eventi formativi

Sassari 1903-2003

Il primo Codice in Italia di etica e deontologia

Nel 1903, esattamente un secolo fa, la Sardegna era divisa in due grandi province, quella di Cagliari e quella di Sassari.

La nostra si estendeva sull'attuale territorio ed inoltre comprendeva anche Nuoro e il suo circondario.

La società sarda non era certo considerata evoluta ed anzi i Sardi venivano ahimè ritenuti una delle popolazioni più arretrate d'Italia.

In quell'anno la classe medica, anche se poco rappresentata, era diffusa su quell'immenso territorio grazie all'esistenza della figura del medico condotto.

I medici, da tempo, rivendicavano all'interno della società un ruolo di preminenza sulle questioni che riguardassero in qualche modo la salute pubblica, senza che da parte dello stato vi fosse alcun interesse a far ciò.

Da tempo si chiedeva l'istituzione di organismi per "la legale rappresentanza degli esercenti dell'arte salutare".

Si riportano quelle stesse parole con le quali fu presentato, nel 1909, il disegno di legge sull'istituzione degli Ordini dei Sanitari: "... Importa infatti sommamente ai sanitari che esistano organi legali, i quali da un canto tutelino i loro legittimi interessi professionali, e nel tempo stesso assicurino il decoroso esercizio della professione per tutti coloro che vi si dedicano".

Inoltre i medici, in quel periodo storico, erano particolarmente preoccupati per la diffusione dell'esercizio

abusivo della professione.

Sempre facendo riferimento alle parole di allora, si coglie una precisa esigenza: "...richiamare il potere alla vigilanza e alla repressione contro chi, senza titoli e senza responsabilità, alle spese dei creduli e del popolo ignorante, eserciti impunemente l'arte sanitaria".

In un quadro di tal genere, i medici della nostra provincia, in assenza di norme legislative, decisero, appunto nel 1903, di costituirsi in una libera società denominata "Ordine de' Medici della Provincia di Sassari".

Tale evento riveste una grande importanza, a maggior ragione se si considera che a quei tempi non erano istituzionalmente previste associazioni di sanitari, nè tanto meno Ordini professionali.

Solo molto più tardi, esattamente nel 1910, venne infatti emanata la legge 455 che fissava le norme per l'istituzione degli Ordini dei Medici, così come solo nel 1911 fu emanato il Regio Decreto riguardante il regolamento attuativo della predetta legge.

Nel costituirsi in "Società", i medici sassaresi provvidero altresì a stilare uno "statuto e regolamento" che fu "compilato dal Comitato provvisorio composto dei dottori Puggioni (presidente), Simon (segretario), Campodonico, Delogu, Devilla, Sanna." e che fu pubblicato nell'Aprile del 1903.

L'istituzione dell'Ordine aveva lo scopo di tutelare il decoro della classe medica, di difendere gli interessi

*Cento anni fa
i medici
di Sassari
costituivano
l'Ordine:
la legge
fu emanata
7 anni dopo*

professionali, di combattere l'esercizio abusivo della professione, anche denunciando quei sanitari che lo favorissero, di studiare le più opportune e vitali questioni sanitarie e di emettere su di esse il proprio parere, di farsi promotore di quelle iniziative "necessarie in favore della classe medica o della pubblica igiene", di esercitare un controllo sull'osservanza dello statuto e del cosiddetto Galateo da parte dei sanitari iscritti.

A tali scopi inizialmente individuati, dopo pochi mesi venne aggiunta la possibilità di accettare arbitrati su questioni che contrapponessero i medici, sia tra loro, soci o non soci che fossero, sia alle pubbliche amministrazioni, e sia ai clienti.

Veniva nel contempo sancito il concetto che l'Ordine sarebbe stato sempre estraneo a tutto ciò che non fosse di interesse professionale.

Nello scorrere di questo secolo molti di questi scopi sono rimasti di pertinenza degli Ordini, ed altri, giustamente, sono attualmente appannaggio di altre istituzioni quali i sindacati.

Sempre in quel lontano 1903, un'apposita commissione "composta dei dottori Usai, Dasara-Cao, Pugioni" compilò il "Codice di Etica e di Deontologia dell'Ordine dei Medici della provincia di Sassari", che a tutt'oggi risulta essere il più antico esempio di codificazione deontologica formulata da un Ordine dei Medici.

Per inciso, e a favore di chi fosse interessato al fatto, presso la biblioteca dell'Università degli Studi di Sassari è possibile reperire gli originali dello Statuto Istitutivo dell'Ordine dei Medici di Sassari, nonché del Codice di Etica e Deontologia del 1903.

Vi è anche conservata una pubblicazione del 1914 che riporta il testo

della legge istitutiva degli Ordini dei Medici, emanata nel 1910, il regolamento per l'esecuzione di tale legge, il regolamento interno dell'Ordine di Sassari, il Codice Deontologico del 1913, nonché un interessantissimo tariffario minimo per le prestazioni medico-chirurgiche.

Tale insieme di eventi è per noi estremamente gratificante e significativo e ci riempie di un comprensibile orgoglio, poiché il fatto in sé sta a dimostrare quanto la classe medica sassarese fosse culturalmente avanzata e quanto fosse sensibile ai problemi sia della categoria, sia della salute pubblica.

Scorrere questo vecchio libretto, non solo è particolarmente piacevole, ma è anche fonte di sorprese.

Per come esso è redatto, riesce inoltre a trasmettere, accanto a quel sapore di antico e di cavalleria ottocentesca, una spinta progressista che la classe medica, proprio all'interno delle varie revisioni del codice deontologico, e spesso in anticipo sulle norme legislative nazionali, riconosce e rivendica come proprie, in qualità di garante della salute pubblica.

Esso mostra una caratterizzazione particolare, è infatti suddiviso in capitoli, tre per l'esattezza: il primo tratta dei rapporti verso il pubblico e si compone di dodici articoli, il secondo ne comprende ben trentasette e parla dei doveri verso i colleghi, ed infine il terzo, composto di soli due articoli, riguarda i provvedimenti disciplinari.

Questa suddivisione, così apparentemente squilibrata, non deve sembrare un puro e semplice frutto di corporativismo, infatti, in un periodo in cui il paternalismo medico non era minimamente posto in discussione, il lungo capitolo sui doveri verso i colleghi nasconde tra le righe molti motivi di tutela dei pazienti, della

*Un convegno
il 17 ottobre
per ricordare
l'evento*

loro salute e della loro libertà di farsi curare.

Al contempo, il primo capitolo comprende al suo interno dei punti ancor'oggi di estrema attualità, e mi riferisco in particolare agli articoli tre e quattro in cui si afferma che nel dare gravi notizie il Medico deve usare "debiti modi" e che egli "non intraprenderà alcun atto operativo senza aver prima ottenuto il consenso dell'ammalato o delle persone dalle quali dipende".

Quale omaggio per quei colleghi che tanti anni fa sentirono non solo la necessità di costituire un organismo professionale privatistico, ma anche l'esigenza e l'opportunità di formulare un codice di autoregolamentazione, abbiamo ritenuto doveroso organizzare una cerimonia che rendesse tutto ciò di pubblica conoscenza.

La manifestazione, intitolata "Sas-

sari, 1903 – 2003: il primo Codice in Italia di Etica e Deontologia dei Medici", si terrà il giorno 17 Ottobre alle ore 16,00, presso l'Aula Magna dell'Università di Sassari.

Parteciperanno, oltre al Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici, illustri studiosi, quali Eugenia Tognotti, Angelo Fiori, Alessandro Bucarelli, Gianfranco Iadecola, Aristide Paci e Mario Oppes.

Per concludere, sento di dover riportare il primo articolo di un così vecchio e per certi versi così attuale codice: "Il sanitario sarà diligente, paziente e benevolo e conserverà sempre e scrupolosamente il segreto professionale.

Sarà affabile coi poveri, non mostrerà ossequio servile verso i ricchi e curerà gli uni e gli altri con la stessa abnegazione."

Agostino Sussarellu

PROGRAMMA DEL CONVEGNO

Sassari 17 ottobre Aula Magna dell'Università

Ore 16.00

Saluti del Presidente dell'OMCeO di Sassari, dott. Agostino Sussarellu

Saluti del Presidente della FNOMCeO, dott. Giuseppe Del Barone

Relazioni

Ore 16.15

Prof.ssa Eugenia Tognotti
Medici, malati, malattia nel primo codice deontologico in Italia

Ore 16.30

Prof. Angelo Fiori
Deontologia medica e responsabilità professional. Evoluzione storica.

Ore 16.45

Prof. Alessandro Bucarelli
Codice del 1903 antesignano di tante norme attuali

Ore 17.00

Dott. Gianfranco Iadecola
Norme deontologiche e legge penale: convergenze e divergenze

Ore 17.20

Dott. Aristide Paci
Valore del codice deontologico nella professione

Ore 17.45

Dott. Mario Oppes
Quale futuro per la deontologia medica

1/Deontologia professionale fra colleghi

L'importanza di un rapporto corretto fra medici

Cari colleghi, il documento che qui di seguito riportiamo non può che essere il risultato di una considerazione che ognuno di noi, nel momento in cui si è laureato, ha o avrebbe dovuto fare: fondamentale nella nostra professione prima di ogni altra cosa è il rapporto corretto fra noi medici.

In questi anni di impegno nell'Ordine come segretario, i problemi che si sono presentati più frequentemente sono stati quelli fra i vari colleghi e diverse volte fra medici di medicina generale e medici ospedalieri o universitari o specialisti convenzionati o fra medici di continuità assistenziale e di emergenza territoriale.

Spesso tali problemi sono stati risolti dal Presidente, e anche dalla sottoscritta, in maniera informale, altre volte è stato necessario un provvedimento ufficiale.

La prima cosa da sottolineare, che notano purtroppo anche i pazienti, è che effettivamente c'è spesso scarsa collaborazione fra di noi e soprattutto talvolta, in barba ad ogni codice deontologico, anche mancanza di rispetto fra i vari colleghi.

Mi è capitato di sentire personalmente o anche che un paziente mi riferisse che un medico commentasse negativamente l'operato di un altro medico e ovviamente ciò a scapito della professionalità di entrambi.

Altro problema frequente è che

spesso lo specialista, a cui si è inviato il paziente con un quesito clinico certo o sospetto, non invia una risposta scritta ma, fatta eventualmente diagnosi, la riferisce verbalmente al paziente con tutte le difficoltà immaginabili.

A questo proposito riferisco un episodio occorsomi durante l'edizione 2001 della giornata del medico: durante il rinfresco finale parlavo con una giovanissima collega specializzanda e il discorso cadde sul fatto che io come medico di medicina generale spesso non ricevevo risposta scritta dopo una visita urgente o dopo una visita, da me richiesta, con quesito clinico e il paziente non sapeva quindi riferirmi la diagnosi e a tal proposito riferii un caso emblematico che mi era capitato la mattina precedente.

La giovane collega cadde letteralmente dalle nuvole e mi disse che lei non sapeva che si dovesse scrivere una risposta circostanziata per il medico di medicina generale, che nessuno glielo aveva mai detto e che nessuno, nel suo reparto, lo faceva.

Le cose stanno proprio così, spesso si dimenticano i doveri e ci si ricorda solo dei propri diritti.

E' pur vero però che al contrario alcuni medici di medicina generale inviano i pazienti con richieste di esami o altri accertamenti senza un quesito clinico e ciò è senz'altro estremamente scorretto perché il collega specialista si trova a dover fare

un esame senza conoscere il sospetto diagnostico.

Altrettanto frequentemente capita che i colleghi del pronto soccorso, del 118 e della guardia medica si lamentino del fatto che i medici di medicina generale non siano reperibili, non compilino le schede di accesso ospedaliero e altro.

È anche vero che noi medici di medicina generale talvolta non telefoniamo ai colleghi ospedalieri o universitari o agli specialisti ambulatoriali, se è necessario qualche chiarimento sulla diagnosi o nella terapia del nostro paziente.

È però altrettanto vero che talvolta parlare con un collega è problematico e comunque purtroppo arrivano pochissime telefonate dai reparti o dagli specialisti ambulatoriali verso noi medici di medicina generale; anzi per la verità io stessa ricevo telefonate solo esclusivamente sempre dagli stessi colleghi.

Ricordo ancora la mia sorpresa quando dovetti telefonicamente chiedere notizie di un mio paziente ricoverato in un ospedale del Veneto, alla terza mia telefonata, essendo il medico occupato, mi chiesero il numero telefonico e appena libero il professore stesso mi telefonò chiedendomi scusa e promettendomi che comunque anche dopo una settimana, se non avesse disturbato (!!!) mi avrebbe richiamato (cosa che puntualmente fece) per ulteriori notizie del paziente.

Io ritengo che tale atteggiamento aldilà di ogni titolo accademico dovrebbe essere una regola, anzi un dovere fra noi colleghi; come è un dovere risolvere eventuali problemi o rinviare certe affermazioni solo in presenza del collega interessato e non davanti al paziente più o meno ignaro di quello che accade.

A tal proposito non sto a parlare delle continue modifiche di terapie che spesso osservo inviando un paziente da uno specialista o alle dimissioni da un reparto.

Ricordo ancora la battuta di un ottantenne che alla terza sostituzione di un farmaco durante dei controlli eseguiti nella stessa struttura ma con medici differenti, ridendo mi disse che potevamo provare con un altro medico e “fare la media”.

Per tutte queste ragioni, non come medico di medicina generale ma come segretario dell'Ordine dei Medici insieme al Presidente, estremamente convinti dell'importanza di questi e altri problemi deontologici, si è deciso di organizzare degli incontri con i rappresentanti sindacali delle varie categorie mediche e di un rappresentante della direzione sanitaria dell'ASL n°1 di Sassari, per sottoscrivere un documento che cercasse soprattutto di creare una collaborazione operativa fra tutti i colleghi anche basandosi su circolari dell'ASL e della Regione ma in primis su un corretto rapporto fra medici in base al nostro codice deontologico.

Chiara Musio

**ORARIO
DI RICEVIMENTO
DEL CONSULENTE
LEGALE DELL'ORDINE**

Il consulente legale dell'Ordine, l'avv. Vittore Davini, riceve tutti i martedì pomeriggio presso la sede dell'Ordine, previo appuntamento da stabilire al 079.234430

2/Deontologia professionale fra colleghi

Raccomandazioni sul comportamento approvate da Ordine e sindacati

“**R**accomandazioni per migliorare il comportamento deontologico tra colleghi in merito ai relativi compiti, alle prescrizioni farmacologiche e alle proposte di ricovero e accertamenti”.

Il ricovero ospedaliero può avvenire:

- A) Su proposta del medico di assistenza primaria (medicina di base) o del pediatra di libera scelta, con indicazione della diagnosi presunta o accertata, accompagnata dalla scheda di accesso o da una relazione clinica precisando la terapia domiciliare praticata.
- B) Su proposta dello specialista del reparto, il quale prescriverà direttamente, sugli appositi moduli, gli esami prericovero o preoperatori occorrenti (in questo caso esenti dal pagamento del ticket), senza necessità di ulteriore richiesta da parte del medico curante.

Il ricovero urgente può essere effettuato:

- A) Su proposta del medico del territorio: in tale circostanza è opportuno, successivamente al ricovero, un contatto telefonico del medico di assistenza primaria (medicina di base) o del pediatra di libera scelta con il medico del reparto, o l'invio, tramite i familiari, della scheda di accesso con relativa terapia domiciliare.
- B) Su accesso diretto del paziente al Pronto Soccorso: in tale evenienza si auspica, qualora insor-

gano difficoltà e comunque per avere notizie più precise sulla storia clinica del paziente, che sia il medico stesso del reparto a contattare il medico curante.

- C) Su proposta diretta dello specialista che in questo caso contatterà il reparto per dare ulteriori e opportune informazioni sul paziente.

Si fa presente la necessità per tutti i medici, di assistenza primaria (medicina di base), di pediatria di libera scelta, specialisti ed ospedalieri, di un recapito telefonico nel timbro personale o del reparto.

È scontato che, durante il ricovero del paziente, le richieste di prescrizioni farmacologiche non possono essere accettate dal medico di assistenza primaria (medicina di base) e dal pediatra di libera scelta.

Durante la degenza è auspicabile che vi siano contatti tra il medico del reparto e il medico curante del paziente.

Il medico del reparto alla dimissione dovrebbe:

- A) Predisporre una relazione clinica accurata per il medico curante, nella quale andranno indicati gli accertamenti clinici effettuati, le terapie eseguite e la terapia proposta.

Onde evitare di gravare sulla spesa farmaceutica, sarebbe opportuno sostituire i farmaci, assunti dal paziente precedentemente al ricovero, solo se strettamente necessario e preferibilmente parlarne con il medico curante.

*Le norme su
prescrizioni
farmacologiche,
proposte
di ricovero
e accertamenti*

B) Nella prescrizione della terapia, si suggerisce di formulare l'eventuale consiglio terapeutico indicando il nome del farmaco, la classe di appartenenza e/o le eventuali note, al fine di evitare problematiche fra il medico curante e il paziente.

C) Prescrivere la prima visita di controllo dopo il ricovero che, assieme agli accertamenti diagnostico-strumentali e alle prestazioni alla stessa collegati, sono esenti dal pagamento del ticket in quanto richiesti dal medico del reparto per completare la diagnosi di dimissione.

D) Prescrivere al paziente, su ricettario regionale, la terapia per il lasso di tempo necessario a prendere contatto col medico di assistenza primaria (medicina di base), tenendo inoltre presente che di sabato e in giornate prefestive questi è reperibile non oltre le ore 10.00.

Si ricorda che per legge, in caso di prescrizione di terapia con analgesici stupefacenti nei giorni suddetti, tali farmaci possono essere consegnati, massimo per tre giorni, prelevandoli dal reparto e scaricandoli nel registro dello stesso, con nota di consegna alla dimissione.

Si puntualizza che è *obbligo deontologico di tutti i medici* possedere i ricettari degli stupefacenti.

E) Se viene dimesso un paziente che ha necessità di "Assistenza domiciliare integrata", è indispensabile contattare il medico curante che, insieme all'équipe dell'ADI, dovrà programmare il passaggio diretto a tale tipo di assistenza.

F) Certificare l'eventuale malattia post ricovero, con relativa prognosi.

A questo proposito si ricorda che l'INPS accetta i certificati, su carta intestata, compilati sia dai

medici delle strutture pubbliche, sia dagli specialisti convenzionati.

Consulenze specialistiche:

A) Il medico di assistenza primaria (medicina di base) e il pediatra di libera scelta, nel richiedere una visita specialistica, devono sempre specificare, in maniera chiara e leggibile, la diagnosi certa o sospetta.

B) Lo specialista deve sempre rispondere al medico di fiducia, in maniera altrettanto chiara e leggibile, specificando diagnosi, eventuali proposte di esami e terapia consigliata.

Si suggerisce di formulare l'eventuale consiglio terapeutico indicando preferibilmente il nome del farmaco, la classe di appartenenza e/o le eventuali note. Nel caso di modifica necessaria della terapia, sarebbe utile motivare la sostituzione del farmaco e/o parlarne col medico curante.

Alla lettera, firmata in maniera leggibile, deve essere apposto il timbro personale o del reparto, con relativo recapito telefonico.

C) Lo specialista che deve richiedere ulteriori accertamenti necessari per la diagnosi, deve effettuare direttamente le prescrizioni comunicandole comunque al medico di fiducia nella lettera di risposta.

Qualora lo specialista sia un libero professionista, il medico di fiducia, nel prescrivere, secondo scienza e coscienza, gli esami indicati, barrerà la casella "Suggerito".

Si ricorda che in base ad una disposizione della Regione Sardegna, la TAC, la RNM e le scintigrafie sono esami che vanno prescritti dallo specialista della branca.

Attualmente non sono pervenute disposizioni secondo cui dette prescrizioni possano essere effettuate dai medici di assistenza primaria (medicina di base) o dai pediatri di libera scelta.

Non entrando nel merito di tale decisione regionale, si auspica che, per situazioni particolari, come nel caso di indicazioni di un libero professionista, o in altre circostanze, il medico curante effettui la prescrizione, sempre secondo scienza e coscienza, barrando la casella "Suggerito" e allegando la copia della richiesta dello specialista.

Tale comportamento eviterebbe disagi ai pazienti.

- D) Nel caso in cui il paziente presenti problemi particolari, sarebbe opportuno che lo specialista contatti il medico curante.
- E) La richiesta di visita di controllo, soprattutto se a breve distanza dalla prima, va effettuata direttamente dallo specialista. Fanno eccezione gli specialisti ambulatoriali convenzionati esterni, ai quali ciò è vietato.

Si ricorda che ogni relazione clinica e ogni referto medico va redatto in maniera chiara e leggibile o preferibilmente dattiloscritto.

Il documento è stato sottoscritto da **Sindacati**: ANAAO, Pintus Salvatore; ANPO, Cossu Gianfranco; CIMO, Manca Mauro; CUMI - AISS, Castiglia Nicola; FED. CISL Medici, Massimo Pellicano; FED. C G I L Medici, Chighine Arcangelo; UIL Medici FPL, Fois Silverio; FESMED, Multinu Angelo; FIMMG, Carossino Paolo; FIMP, Argiolas Lino; FESMED-ACOI, Vargiu Gian Paolo; NUOVA ASCOTI, Fadda Francesco; SIMGES, Coni Susy Ester; SNR, Riondino Antonio; SNAMI, Frassetto Michele; SUMAI, Testoni Diego; UMSPED, Addis Franco, **Ordine dei Medici** Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari, Agostino Sussarellu, Musio Chiara.

APPENDICE:

Riportiamo alcune norme del Regolamento dell'Accordo Collettivo

Nazionale per i medici di Medicina Generale, di assistenza primaria e di continuità assistenziale, (D.P.R. n. 270/2000) e del Regolamento dell'Accordo Collettivo Nazionale per i pediatri di libera scelta (D.P.R. n. 272/2000) importanti per chiarire i rapporti deontologici fra i colleghi.

Il medico di assistenza primaria (di medicina di base) e il pediatra di libera scelta:

- A) Presta la propria attività medica nel suo studio professionale che dovrà essere aperto cinque giorni alla settimana secondo un congruo orario determinato dal medico in relazione al numero e alle esigenze dei suoi assistiti.

In base all'Accordo Collettivo Nazionale e al recente Accordo Integrativo Regionale, il medico di assistenza primaria (medicina di base) potrà garantire una maggiore disponibilità sia ambulatoriale che telefonica aderendo a forme associative e ad attività integrative di assistenza.

- B) È disponibile sino alle ore 10.00 nelle giornate del sabato e dei giorni prefestivi.

Il medico incaricato per la continuità assistenziale (ex guardia medica):

- A) Deve far fronte alle problematiche urgenti gestibili a livello territoriale o domiciliare, nelle giornate festive e prefestive e in alcune fasce orarie.
- B) Il sanitario in servizio, al fine di assicurare la continuità assistenziale dovrebbe compilare il modulo informativo (allegato M del D.P.R. n. 270/2000) in duplice copia: una copia, da consegnare all'assistito, è destinata al medico di fiducia (o alla struttura sanitaria, in caso di ricovero), e l'altra copia viene acquisita agli atti del servizio.

Tale modulistica non è ancora a

disposizione dei medici di continuità assistenziale, ma si auspica che venga distribuita al più presto. Nel modulo dovranno essere indicati: sintomatologia del paziente, diagnosi, terapia, motivo di un eventuale ricovero, dovranno inoltre essere segnalati gli interventi che non presentano caratte-

ristiche d'urgenza.

A questo proposito, anche il medico curante, in caso di pazienti con problematiche particolari, dovrebbe lasciare presso il loro domicilio una scheda esplicativa in modo da semplificare l'accesso del medico di continuità assistenziale (ex guardia medica).

Osservazioni del Presidente dell'Ordine

Il nostro codice di Deontologia Medica, che tutti i medici sono tenuti a conoscere e a rispettare, si compone di settantanove articoli, dieci dei quali, dal 57 al 66, trattano dei rapporti con i colleghi.

In essi sono racchiuse le risposte a tutte le problematiche che possono sorgere tra sanitari, problematiche che ricadono spesso sul fruitore ultimo del nostro lavoro che altri non è se non il malato.

Controversie su interpretazioni di reali o presunti regolamenti, leggi o disposizioni, causano talvolta enormi problemi all'utenza ed ingenerano, quale conseguenza ultima, un notevole discredito per l'intera professione.

Sempre più spesso giungono all'Ordine lamenti sul comportamento di colleghi che appartengono indistintamente a tutte le variegate ramificazioni della nostra grande categoria, senza poterne escludere alcuna.

Questo fatto ci ha indotto a riunire presso i nostri uffici i Sindacati Medici, al fine di affrontare il problema e stendere un documento, condiviso da tutti, che contenesse precise indicazioni a cui i medici devono attenersi nell'espletamento della professione.

Dalla prima riunione è scaturita una commissione ristretta, coordinata dal nostro Segretario, Chiara Musio, che ha avuto l'incarico di compilare materialmente il documento in questione.

Una volta discusso nel corso di di-

verse riunioni, sempre presso i nostri uffici, il testo completo è stato approvato dal Consiglio dell'Ordine e sottoscritto da tutti i rappresentanti sindacali.

Tengo a sottolineare che se ciascuno di noi seguisse i dettami del Codice Deontologico, non sarebbe necessaria alcuna ulteriore precisazione, ma ahimè non sempre è così.

Abbiamo quindi pubblicato il testo di detto documento e sicuramente qualcuno avrà da ridire su quanto in esso riportato. Alcuni vi vedranno una sorta di imposizione, altri uno svilimento del loro ruolo, altri ancora ci accuseranno di aver venduto questa o quella specialità ad un'altra branca della medicina.

Niente di tutto ciò è vero: lo scopo ultimo di questo lavoro è quello di perseguire un livello comportamentale che conferisca nuova e miglior luce all'intera categoria.

Per concludere, attingo dai miei ricordi scolastici una delle meravigliose fiabe di Esopo, quella in cui si afferma che tutti gli uomini hanno indosso due bisacce, una anteriore, piccola, che contiene i difetti degli altri, ed un'altra posteriore, molto più grande, che contiene i propri, una specie di "Bertula".

Questo stato di cose fa sì che ognuno di noi possa vedere chiaramente i difetti altrui, ma che non veda assolutamente i propri.

Agostino Sussarellu

In margine alla morte di un turista

Una notizia... pungente: agopuntura e corretta informazione

“**P**orto Rotondo, turista muore dopo una seduta di agopuntura” così sui mass media è stata presentata la notizia che ha destato notevole sconcerto nell’opinione pubblica e creato un certo scompiglio tra coloro che sempre più numerosi si accostano fiduciosi a questa antichissima-nuova terapia.

La sera di domenica 31 agosto, Paolo Meloni, turista milanese ospite del residence Du Golf di Cugnana in Porto Rotondo, all’acuirsi di una fastidiosa patologia dolorosa che lo tormentava ormai da alcuni giorni, decideva di sottoporsi ad una seduta di agopuntura. La terapia era appena iniziata quando il paziente si accasciava per un improvviso collasso cardiocircolatorio, inutili risultavano i soccorsi prestati prontamente da due medici ospiti del residence, i sanitari del 118, malgrado i ripetuti tentativi di rianimarlo, non potevano altro che constatarne il decesso. Con il passare dei giorni lo svolgimento dei fatti è andato chiarendosi nei suoi vari aspetti, la morte del paziente è avvenuta per arresto cardiocircolatorio causato da un infarto miocardio acuto, come risulta dall’esame autoptico eseguito dal medico legale incaricato dalla Procura della Repubblica. Gli intensi dolori al torace e alla spalla, che avevano convinto il paziente a rivolgersi all’agopuntore, non erano altro che i segni non riconosciuti della patologia infartuale. La terapia con Agopuntura non ha avuto nessun ruolo nel decesso dello sfortunato turista.

Senza entrare in merito allo svolgimento dei fatti sui quali è ancora in

atto un’inchiesta da parte della magistratura, è possibile fare delle considerazioni sia sull’aspetto mediatico della notizia che sulla percezione nei mass media del ruolo dell’agopuntura nell’ambito del sistema sanitario del nostro paese.

Come spesso accade quando si parla di sanità, anche in questo caso, i mezzi di comunicazione hanno proposto la notizia nella forma estrema e sintetica che accende ed alimenta l’interesse dei lettori, il cui atteggiamento nei confronti di queste tematiche ad alto e diffuso impatto sociale è fortemente improntato a grande interesse e ad una dose elevata di emotività.

La maggior parte dei mass media, sia stampa che mezzi televisivi, hanno puntato su una titolatura che, sottolineando il possibile in ruolo dell’agopuntura come evento strettamente collegato alla morte del paziente, ha puntato a colpire l’immaginario del lettore.

Si generano così correnti sotterranee di ansia e paura che finiscono per investire il mondo dei pazienti o dei possibili fruitori di questa particolare terapia.

A fronte di una grande attenzione riguardo le modalità di svolgimento del fatto, che ha assunto la forma di un’attenta ed approfondita descrizione del comportamento del paziente, del suo entourage e dello stesso agopuntore, è stato totalmente assente sui media il parere di medici esperti in agopuntura. In Italia la FISA (Federazione Italiana delle Società di agopuntura), oltre che con i suoi vertici societari è ben

*La terapia
non ha avuto
alcun ruolo
nel decesso
avvenuto
per collasso
cardio
circolatorio*

presente nel territorio con i delegati regionali, ma anche in un gran numero di Ordini dei Medici sono presenti le Commissioni delle MNC. In questi ambiti sarebbe stato facile trovare voci esperte ed autorevoli che meglio di ogni altro potevano illustrare al grosso pubblico i numerosi impieghi terapeutici e i rarissimi (secondo la letteratura scientifica) effetti avversi dell'agopuntura.

Come molto spesso accade quando si parla di "malpractice" in sanità, la ridotta possibilità per i vari protagonisti di esprimere direttamente la propria opinione preclude la possibilità di elaborare soluzioni e risposte corrette per i problemi che di volta in volta emergono a partire dall'evento specifico.

Un problema che emerge da questa vicenda e che è stato completamente trascurato dai media è quello della formazione dell'agopuntore e dello status legale di questa figura sanitaria nel nostro paese.

Nella triste vicenda del turista di Porto Rotondo, l'improvvido e per alcuni versi sfortunato "operatore sanitario" che ha praticato l'agopuntura, è stato diversamente definito: "agopuntore" tout court, "esperto in agopuntura" "specialista in agopuntura". In tutti i casi ne è stata sempre sottolineata l'origine orientale, quasi che questo sia garanzia di capacità terapeutiche innate, almeno per quanto riguarda l'agopuntura e la medicina tradizionale cinese.

In realtà nel nostro paese per poter praticare legalmente l'agopuntura è necessario essere in possesso della laurea in medicina e chirurgia, aver conseguito la necessaria abilitazione alla professione medica ed essere iscritti all'Ordine dei Medici e Odontoiatri della provincia di residenza. La stessa Corte di Cassazione si è ripetutamente espressa in merito, con la condanna per esercizio abusivo della professione medica di imputati accusati di aver praticato l'agopun-

tura e l'omeopatia senza possedere la laurea in Medicina e Chirurgia (sentenze n° 7176 del 6/4/82 e n° 2652 del 25/2/99).

Nel nostro paese circa il 6% della popolazione ricorre all'agopuntura per dare una risposta ai propri problemi di salute, la maggior parte di questi pazienti si dimostra, come risulta da indagini demoscopiche, notevolmente soddisfatta da questa scelta terapeutica. L'agopuntura d'altra parte viene praticata in numerosi centri e ospedali pubblici, alcune Regioni l'hanno inserita a pieno titolo nel proprio piano sanitario regionale. Questo patrimonio ricco di professionalità e di esperienze deve essere tutelato con forza. E' auspicabile che ogni forma di abusivismo sanitario venga combattuta con decisione.

Le principali associazioni dei medici che praticano l'agopuntura riunite nella FISA (Federazione Italiana delle Società di Agopuntura), i singoli Ordini dei Medici e la stessa FNOMceO reclamano da tempo a gran voce una legge che finalmente regolamenti la pratica dell'agopuntura e delle MNC e che ne definisca i percorsi formativi.

Ai più può apparire strano che un semplice ago infisso correttamente in un punto ben preciso della superficie del corpo possa avere un effetto terapeutico così benefico, perché ciò accade in completa sicurezza per il paziente è necessario che la mano che utilizza l'ago sia quella che la medicina legale definisce "manu medica".

L'agopuntura, come ogni altra terapia, deve essere preceduta da una diagnosi, riservata esclusivamente al medico, la sola figura che può decidere secondo scienza e coscienza quando applicarla, nell'interesse ultimo di recuperare e mantenere la salute del paziente.

Convenzioni assicurative di Federazione ed ENPAM

Possibilità di stipulare polizze per la tutela giudiziaria

La Federazione Nazionale Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO) e l'ENPAM hanno stipulato una convenzione con due diverse compagnie assicurative per due differenti polizze per la tutela giudiziaria dei medici e degli odontoiatri.

Polizza tutela giudiziaria FNOMCeO – Winterthur

È rivolta a tutti i professionisti italiani, la possibilità di sottoscrivere, a titolo personale, una polizza denominata "Tutela Giudiziaria", al costo annuo di euro 30,00 cadauna.

La polizza prevede un massimale per sinistro pari a euro 26.000,00 e la decorrenza immediata della garanzia senza alcun vincolo sul numero di adesioni.

Sarà cura della Compagnia stessa prevedere una riduzione del premio annuo nel caso si dovesse superare il numero delle 25.000 adesioni.

A tal proposito la Compagnia Winterthur ha già messo a disposizione di tutti coloro che volessero sottoscrivere la polizza in questione, il seguente numero verde 800595959.

Per qualsiasi ulteriore chiarimento in merito alla presente iniziativa, ci si può rivolgere direttamente alla Compagnia Winterthur Assicurazioni S.p.a. nelle persone degli agenti generali Avv. Doria e Dr.ssa Bellisario.

Polizza tutela giudiziaria ENPAM – RAS

Tale polizza è proposta ai medici ed agli odontoiatri iscritti agli Ordini

Professionali quindi all'ENPAM. La relativa copertura assicurativa è subordinata al raggiungimento di 100.000 adesioni entro il 30/10/2003, salvo diversa decisione della Compagnia Informazioni dettagliate e modulistica operativa sono disponibili sullo specifico sito www.tutelalegalemedici.it sul sito Internet dell'ENPAM (www.enpam.it), e presso la Direzione generale Ras Tutela Giudiziaria S.p.A. (via Santa Sofia, 27 – 20122 MILANO).

Costo della Polizza 25,00 Euro all'anno.

In caso di attivazione della copertura, la decorrenza delle singole garanzie avrà effetto dalle ore 24 del 31/01/2004 fino alla stessa data dell'anno successivo. Una ulteriore comunicazione sul "Giornale della Previdenza", nonché sul sito Internet dell'Enpam e www.tutelalegalemedici.it, confermerà l'avvio della garanzia assicurativa, mentre il relativo versamento del premio di Euro 25,00 dovrà essere effettuato e decorrere dal 01/11/2003 secondo le indicazioni che verranno in seguito comunicate.

ORARIO DEGLI UFFICI DELL'ORDINE DI APERTURA AL PUBBLICO

Lunedì/Martedì/Mercoledì
Venerdì: dalle ore 11.00
alle ore 13.00
martedì ore 16.00-18.00
giovedì ore 11.00-15.30

Massimali e premi: le possibilità offerte dalle due compagnie

Recepisce le indicazioni dell'Unione Europea

Nuove disposizioni legislative in materia di farmacovigilanza

Il Ministero della Salute ha recentemente elaborato nuove disposizioni legislative in materia di farmacovigilanza (FV), che, in conformità con le modalità concordate a livello europeo, modificano e rendono più efficiente in Italia il sistema di sorveglianza delle reazioni avverse da farmaci (D. lgs. 8 aprile 2003 n. 95 emanato in attuazione della direttiva 200/38/CE).

Di fatto, gli aspetti sanzionatori finora in vigore non inducevano a segnalare ed erano difficilmente perseguibili.

La necessità di recepire la direttiva 2000/38 CE, concernente il ravvicinamento a livello europeo delle disposizioni legislative relative alle specialità medicinali, ha pertanto fornito l'occasione per una rivisitazione completa del decreto legislativo 44/97. È stato quindi elaborato un disposto normativo unico, con sostituzione ed abrogazione delle norme precedenti, al fine di ottimizzare la sorveglianza delle reazioni avverse ai medicinali da parte delle autorità sanitarie centrali e periferiche, delle aziende farmaceutiche e di tutti gli operatori sanitari, nell'ottica finale di rendere l'uso dei farmaci più sicuro per gli utilizzatori.

Le nuove norme, oltre a favorire una maggiore diffusione della cultura della farmacovigilanza, con la promozione da parte del Ministero e delle Regioni di formazione e informazione di medici e operatori del settore, si caratterizzano per due novità sostanziali:

1. l'abrogazione delle sanzioni penali in caso di violazione dell'obbligo di segnalazione da parte dei medici e degli altri operatori;
2. la modifica della tipologia delle reazioni avverse da segnalare.

Rispetto al primo punto, medici, farmacisti e operatori sanitari non sono dunque più soggetti a sanzioni. Esse però sono molto elevate in caso di violazione degli obblighi da parte dei titolari dell'autorizzazione all'immissione in commercio dei farmaci e per i responsabili della farmacovigilanza dell'Azienda farmaceutica; mentre i responsabili della FV delle strutture sanitarie rischiano sanzioni disciplinari.

Per quanto riguarda il secondo aspetto, ai medici e agli altri operatori sanitari verrà richiesto di segnalare soltanto eventi gravi o inattesi.

La segnalazione di tutti gli eventi, anche quelli non gravi, sarà richiesta nel caso di vaccini e farmaci specifici sottoposti a monitoraggio intensivo.

Per **evento avverso grave** si intende qualsiasi reazione che provoca la morte di un individuo, ne mette in pericolo la vita, ne richiede o prolunga l'ospedalizzazione, provoca disabilità o incapacità persistente o significativa, comporta una anomalia congenita oppure un difetto alla nascita.

L'evento inatteso è invece quella reazione avversa la cui natura, gravità o conseguenza non è coerente con il riassunto delle caratteristiche del prodotto.

*Le norme
rendono
più efficiente
il sistema
di sorveglianza
delle reazioni
avverse
da farmaci*

Per i laureati immatricolati dal 1980 al 1985

Abrogazione dell'Annotazione per la professione odontoiatrica

La FNOMCeO ha chiesto il parere del ministero della salute per quanto riguarda l'applicazione dell'art. 13 della legge 3 febbraio 2003, n. 14 relativo all'abrogazione dell'art. 5 della legge 24 luglio 1985, n. 409, che stabiliva l'annotazione ai fini dell'esercizio della professione odontoiatrica per i laureati in medicina e chirurgia in possesso di un diploma di specializzazione in campo odontoiatrico.

Come è noto gli specialisti in campo odontoiatrico immatricolati al corso di laurea in medicina negli anni accademici dal 1980-'81 al 1984-'85 potranno mantenere la contemporanea iscrizione all'Albo dei medici chirurghi e a quello degli odontoiatri come previsto dal recente decreto legislativo di attuazione della direttiva 2001-19 CEE (in corso di pubblicazione sulla G.U.).

L'allegato parere ministeriale non sembra lasciare dubbi sull'abrogazione dell'istituto dell'annotazione confermando, ovviamente, che i medici specialisti di cui sopra mantengono pienamente il diritto all'esercizio della professione odontoiatrica attraverso la doppia iscrizione.

Il parere ministeriale chiarisce anche che i laureati in medicina e chirurgia immatricolati al relativo corso anteriormente al 28.01.1980, anche specialisti in campo odontoiatrico, possono essere iscritti all'Albo degli odontoiatri ai sensi del combinato disposto degli artt. 4, comma 2 e 20

della legge 409/1985.

Infine, per i medici specialisti in campo odontoiatrico, immatricolati al corso di laurea successivamente all'anno accademico 1984-'85, il ministero conferma che si sta provvedendo d'intesa con la Commissione Europea a precisarne la posizione giuridica.

Nel rinviare ad un'ulteriore comunicazione (nel momento in cui il decreto legislativo di attuazione della direttiva 2001-19 sarà pubblicato sulla G.U.) i chiarimenti necessari per i vari adempimenti di competenza degli Ordini, la FNOMCeO ha inviato il parere ministeriale cui abbiamo fatto riferimento.

La richiesta di chiarimenti e di parere del ministero è stata inoltrata da Giuseppe Renzo e da Giuseppe Del Barone.

Risposta e parere del ministero della salute

Pubblichiamo il testo della risposta del ministero della salute alla richiesta di chiarimenti e di un parere da parte della FNOMCeO:

L'abrogazione dell'art. 5, della L. n. 409/1985, che prevedeva per i medici specialisti in campo odontoiatrico l'iscrizione all'Albo dei medici chirurghi, con apposita annotazione riguardante la specifica specializza-

zione, a parere dello scrivente, non ha affatto comportato per questa categoria di soggetti la perdita del diritto all'esercizio della professione di odontoiatra.

Infatti, i laureati in medicina e chirurgia, immatricolati al relativo corso anteriormente al 28 gennaio 1980, anche specialisti in campo odontoiatrico, possono essere iscritti all'Albo degli odontoiatri ai sensi del combinato disposto degli artt. 4, comma 2, e 20 della legge n. 409/1985.

I laureati in medicina e chirurgia, immatricolati negli anni accademici dal 1980/81 al 1984/85, se in possesso di un titolo di specializzazione

in odontoiatria, sono stati esonerati dallo svolgimento della prova attitudinale per l'iscrizione all'albo degli odontoiatri, come previsto dall'art. 1, D.M. 18 settembre 2000.

Infine, per i medici specialisti in campo odontoiatrico immatricolati al corso di laurea successivamente all'anno accademico 1984/85, si sta provvedendo, come è noto, d'intesa con la Commissione Europea, a precisarne la posizione giuridica.

Si resta a disposizione per ulteriori chiarimenti.

**Il direttore generale
dott. Claudio Mastrocola**

CENTRO DI MEDICINA DEL VIAGGIATORE

Presso il Servizio di Igiene Pubblica della A.S.L. n°1 di Sassari in via Amendola 55 p. terra, opera il **Centro di Medicina del Viaggiatore**, dove l'utente potrà ricevere informazioni sulla situazione sanitaria del paese che intende visitare, sui rischi per la propria salute e come prevenirli tramite idonei comportamenti o attraverso la somministrazione di vaccini specifici.

Il centro è autorizzato dal ministero della Salute a praticare la vaccinazione contro la **Febbre Gialla e al rilascio del Certificato di Vaccinazione Internazionale.**

Si riceve per appuntamento telefonando al seguente numero **079-2062869**

Quando gli è concessa una stanza

Il medico di guardia che riposa è da considerarsi al lavoro

Anche se l'ospedale mette a disposizione del medico in servizio di guardia una stanza in cui riposarsi quando il suo intervento non è richiesto, l'intera sua permanenza nella struttura deve essere ritenuta compresa nell'orario di lavoro. Perché è obbligato a restare a disposizione in un luogo determinato.

Con questa motivazione, la Corte di giustizia UE (sentenza del 9 settembre, causa C-151/02) ha dichiarato in contrasto con la normativa comunitaria il diritto del lavoro tedesco, laddove assimila a periodi di riposo i momenti di inattività del medico durante la guardia e prevede la compensazione soltanto dei periodi in cui l'interessato ha effettivamente svolto pratica professionale. Una prassi anomala: in Italia il turno del medico di guardia è calcolato sempre interamente nell'orario di lavoro.

Norbert Jaeger, assistente medico presso il reparto di chirurgia dell'ospedale di Kiel, in Germania, effettua regolarmente – in virtù di un accordo accessorio – servizi di guardia al pronto soccorso. La struttura ha messo a sua disposizione una stanza in cui gli è permesso dormire quando il suo intervento non è richiesto. I suoi servizi sono compensati in parte con la concessione di tempo libero, in parte con il versamento di retribuzioni aggiuntive. È stato pacificamente calcolato che i periodi in cui Jaeger è chiamato a svolgere un compito professionale rappresentano in media il 49% dei servizi di guardia.

Il medico si è rivolto al giudice,

sostenendo che, in base alla direttiva 93/104, sonnellini o no, la guardia effettuata deve essere integralmente considerata rientrante nell'orario di lavoro. Il Comune di Kiel, di contro, afferma che, secondo la giurisprudenza e la dottrina prevalente, le fasi di inattività durante la guardia devono essere ritenute periodi di riposo, ai sensi della legge tedesca sull'orario di lavoro. Gli Stati membri, sempre secondo il Comune, disporrebbero di un ampio margine di discrezionalità concesso dall'articolo 17, comma 2, della direttiva UE.

In primo grado, il giudice ha accolto il ricorso del medico. Il Land dello Schleswig Holstein ha rinviato la questione a Lussemburgo. Chiedendo anche se violi la direttiva UE una norma del diritto nazionale che consenta negli ospedali una riduzione del periodo di riposo di 11 ore, configurata in modo che i periodi relativi alle prestazioni rese durante la guardia o la reperibilità (che non superino la metà del periodo di riposo), vengano compensati con altri periodi.

La Corte europea ricorda innanzitutto l'obiettivo della direttiva 93/104 sull'orario di lavoro: garantire una migliore tutela della sicurezza e della salute dei lavoratori, assicurando loro pause e riposi adeguati. Nel merito, i giudici sottolineano che al medico di guardia spettano obblighi più onerosi rispetto a quello reperibile, perché «deve restare lontano dal suo ambiente familiare e sociale e beneficia di una mi-

La Corte di giustizia dell'UE ha riconosciuto i diritti di un medico tedesco

nore libertà di gestire il tempo in cui la sua attività professionale non è richiesta». Per questo, «un lavoratore a disposizione sul luogo indicato dal datore non può essere considerato a riposo nei periodi del suo servizio di guardia» in cui concretamente resta inattivo.

E non conta che abbia una stanza in cui «sonnecchiare». Il riposo necessario va quindi garantito calcolando come «orario di lavoro» l'intera permanenza del dottore in servizio.

Non è conforme al diritto comunitario la riduzione del periodo di ri-

poso di 11 ore giornaliere (tranne se ai lavoratori venisse concesso un riposo compensativo subito dopo i periodi lavorativi corrispondenti, in questo caso impossibile), a maggior ragione quando provoca il superamento del tetto massimo di 48 ore a settimana.

Per il signor Jaeger, è una vittoria su tutti i fronti. Per lo Stato tedesco, meno: secondo le prime stime di Berlino, l'adeguamento della legislazione interna, che interessa 20 mila medici, costerà circa due miliardi di euro.

(da Il Sole 24 Ore)



FORMIST

Istituto di Formazione Psicoterapica
e Professionale - Cagliari

Scuola di Specializzazione Quadriennale in Psicoterapia

ad indirizzo bionomico-autogeno
per Medici e Psicologi

SONO APERTE LE ISCRIZIONI

La Scuola è riconosciuta dal Ministero dell'Università con D.M. del 09/10/2001 - Rilascia il Diploma di specializzazione in psicoterapia equipollente al diploma rilasciato dalle corrispondenti Scuole di Specializzazione Universitarie (legge n. 401 del 29/12/2000)

Per informazioni rivolgersi al numero 070/494950 o al sito www.formist.it

La Cassazione sulla responsabilità professionale

Al medico inquisito spetta l'onere della prova

Sta al ginecologo “di fiducia” discolarsi per il parto sfociato in dramma. Come tutti gli altri medici chirurghi, il sanitario ha il dovere di provare che l’insuccesso del suo intervento, in un caso non particolarmente difficile, è stato incolpevole. La distribuzione dell’onere probatorio in campo contrattuale, di fatto, esonera il paziente dalla dimostrazione della responsabilità del dottore e sposta il carico processuale su chi ha impugnato bisturi o pinze. Nessuna eccezione, dunque, per i dottori scelti dalle mamme per far venire al mondo i loro bambini, quando la nascita si presenti senza complicazioni.

La sentenza n. 11316 della Cassazione, depositata nella cancelleria della terza sezione civile il 21 luglio scorso, si preoccupa di chiarire meglio i confini della colpa professionale del sanitario. In un lungo e articolato testo i giudici di legittimità riepilogano una serie di regole giurisprudenziali da applicare nel caso in cui i malati, o i loro parenti, lascino in tribunale il dottore.

Il caso all’attenzione degli alti magistrati riguardava un bimbo napoletano che, per aver sofferto di anossia alla nascita, era rimasto invalido al 100% per microencefalite e una tetraparesi spastica. La madre e il padre del piccolo erano riusciti a ottenere dal tribunale di Napoli la condanna al pagamento di quasi un miliardo e mezzo di lire del ginecologo che aveva assistito la madre durante il parto. L’esito in secondo grado si era capovolto e i genitori avevano presentato ricorso in Cassazione,

non potendo perdonare al professore campano, tra le altre cose, di essere venuto meno ai suoi doveri di assistenza, omettendo di effettuare – nonostante la disposta ossigenoterapia – gli opportuni controlli.

Dal canto suo, il ginecologo sosteneva che le «strazianti e irreversibili condizioni del neonato» erano da attribuirsi senza alcun dubbio a fattori genetici. In più, il dottore continuava a rimarcare i presunti confini del suo operato, declinando ogni responsabilità per quanto avvenuto nelle ore successive alla nascita. In pratica, secondo il medico, se colpa c’era, era della struttura sanitaria, ma non sua. Ma la Corte ha voluto dare ragione ai genitori del bambino.

Il fatto certo è che il piccolo avrebbe dovuto essere intubato dal ginecologo o sorvegliato dallo stesso medico in vista di un’intubazione che si poteva palesare necessaria o, ancora, essere trasferito d’urgenza – su iniziativa del professore – in un centro specializzato. Fermo restando che «compete al medico – tutte le volte che il caso affidatogli non sia di particolare complessità – provare che l’insuccesso del suo intervento è stato incolpevole e non al paziente dimostrarne la colpa», la Cassazione ha individuato una serie di questioni irrisolte che ora dovrà valutare la Corte di rinvio; non ultimo, il problema dei reali confini delle competenze del ginecologo, nella fase post-parto, in base a un risalente contratto di natura privatistica stipulato con la donna.

Beatrice Dalia
(da *Il Sole 24 Ore*)

*Per gli interventi
di routine
anche il
ginecologo
deve dimostrare
che non
ha colpa
dell'insuccesso*

La Cassazione e le responsabilità dei sanitari

Pene detentive ai medici irreperibili

Va in carcere il medico che, risultato irreperibile, costringa altri colleghi a intervenire, turbando ulteriori servizi. Una recente sentenza della Sesta sezione penale della Corte di cassazione (n. 33062/2003) precisa infatti le responsabilità del medico reperibile che disattende il suo compito.

La vicenda riguarda il caso di un sanitario del servizio di Igiene pubblica del polo di Imperia che, risultato irreperibile in occasione di due decessi, aveva reso necessario l'intervento di un collega della guardia medica con conseguente interruzione di questo servizio per due ore.

Rinviato a giudizio con l'accusa di interruzione di pubblico servizio, il medico era stato riconosciuto colpevole e condannato a 20 giorni di reclusione prima dal Tribunale di Imperia e, successivamente, dalla Corte d'appello di Genova, mentre il ricorso proposto dinanzi alla Cassazione è stato da questa rigettato. L'iter giudiziario offre alcuni peculiari spunti di riflessione: secondo il parere dei giudici, infatti, la contestata responsabilità trova fondamento nell'ipotesi prevista dall'articolo 340 del codice penale («Interruzione di un ufficio o servizio pubblico o di un servizio di pubblica necessità») non già per l'aver il medico disatteso i propri obblighi nei confronti del servizio di Igiene pubblica, ma per l'aver turbato il servizio di guardia medica, interrotto per due ore.

Particolarmente severa, ancora, la censura mossa dall'alta Corte in ordi-

ne all'elemento soggettivo del reato.

Se da un lato, infatti, la proposta di impugnazione mirava ad affermare, in via subordinata, una condotta viziata da colpa, la Corte di cassazione ha sancito il principio secondo il quale nella fattispecie dell'articolo 340 Cp, l'elemento soggettivo non consiste esclusivamente nel dolo diretto, rilevando anche il dolo indiretto o eventuale, fondato sulla consapevolezza delle conseguenze della propria azione od omissione.

Indipendentemente da altri profili di responsabilità e inerenti lo specifico rapporto di lavoro con l'azienda sanitaria, vale la pena di sottolineare che, da un punto di vista giuridico, l'evento non possiede in sé i crismi della responsabilità professionale medica propriamente detta.

Questa, infatti, viene a concretizzarsi allorquando la condotta del medico (viziata da dolo o colpa), risulta produttiva di danno per il paziente e, nel caso dell'accertamento necroscopico, non sembrano potersi identificare tali profili di danno.

In particolari situazioni, però, le diverse forme di responsabilità possono convergere: si pensi al caso del medico ospedaliero reperibile la cui assenza può indurre un ritardo diagnostico o terapeutico.

Appare chiaro per questo che la portata della citata sentenza della Cassazione travalica i limiti della pur mite pena comminata, offrendo la possibilità per un più organico dibattito sui temi della responsabilità in campo sanitario.

Carlo De Rosa
(Il Sole 24 Ore)

*Responsabilità
di un sanitario
non rintracciabile
che aveva
costretto
un collega
a intervenire*

La Cassazione e la guardia medica

Rischia il carcere chi rifiuta la visita a domicilio

Rischia il carcere il dottore in servizio di guardia medica che rifiuta la visita domiciliare in base a valutazioni superficiali delle condizioni del paziente. Lo ha stabilito la VI Sezione penale della Corte di cassazione (sentenza n. 34047 depositata ad agosto), annullando con rinvio la sentenza con cui la Corte d'appello di Palermo aveva assolto un medico siciliano accusato di aver rifiutato «atti d'ufficio». Una condotta perseguita con pene da sei mesi a due anni di reclusione.

La vicenda risale alla vigilia di Natale del 1998. Il sanitario – addetto alla guardia medica nel Comune di Castellana Sicula (Palermo) – aveva negato la visita domiciliare a un uomo di 64 anni che si era ferito alla coscia con un coltello da cucina.

Secondo il camice bianco, l'infortunio non meritava il suo spostamento perché i familiari del ferito – in particolare la moglie, che lo aveva chiamato – non sembravano particolarmente allarmati dalle condizioni del parente. A suo avviso, poi, per i punti di sutura era necessario rivolgersi a un ambulatorio «strutturato», nulla potendo la sua semplice valigetta per il pronto intervento. Il ferito presentava un quadro clinico particolare: malato di diabete, due mesi prima era stato colpito da un infarto. Dopo il taglio – poi curato al pronto soccorso con tre punti di sutura – erano seguiti un'emorragia e uno svenimento. Di qui la decisione dei parenti di denunciare il medico, che era stato giudicato colpevole dal tribunale di Termini Imerese.

A ribaltare il pronunciamento, sono stati i giudici di secondo grado, secondo

cui «la conoscenza del quadro clinico del paziente doveva essere collegata a un onere di diligenza dei familiari». In altre parole: se loro stessi non sembravano allarmati, non potevano pretendere che il medico percepisse la rilevanza della visita.

Non è d'accordo la Cassazione. Per i Supremi giudici, il dovere dei sanitari in servizio di guardia medica è quello di acquisire direttamente gli elementi necessari alla valutazione della gravità del caso. «Se è certo che il sanitario di guardia medica (e non un medico di famiglia) – si legge nella sentenza – richiesto di effettuare una visita domiciliare può discrezionalmente valutare l'urgenza sulla base della propria esperienza e dei sintomi descritti, è altrettanto certo che tale valutazione sommaria non può prescindere dalla conoscenza del quadro clinico del paziente e tantomeno essere collegato a un onere di diligenza dei familiari». Ora la Corte d'appello «dovrà quantificare la responsabilità penale» del medico.

Per Giuseppe Del Barone, presidente della FNOMCeO, il pronunciamento della Cassazione deve servire da spunto per una riorganizzazione dell'attività, altrimenti «il provvedimento rischia di paralizzare l'intero servizio». «Occorre tenere presente – afferma Del Barone – che la guardia medica in troppe realtà regionali risulta sottodimensionata, costretta a operare troppo spesso in strutture fatiscenti, in situazioni logistiche disagiate e senza quelle misure di sicurezza in grado di garantire l'incolumità dei medici addetti».

(da *Il Sole 24 Ore*)

*Prima
di negare
la visita
bisogna
approfondire
le valutazioni*

Lettera di Del Barone sul decreto legislativo

Riservatezza: disattese

le osservazioni della FNOMCeO

La pubblicazione del Dlgs 30 giugno 2003, n° 196, titolato “*Codice in materia di protezione dei dati personali*” sul supplemento n° 123 della G.U., ha portato molte novità nel mondo sanitario.

Il testo unico semplificherà l'informativa da rilasciare ai pazienti: essa andrà fornita “in forma chiara”, preferibilmente per iscritto, e riguarderà il trattamento dei dati nel suo complesso.

Il mondo sanitario, ha risposto con una netta opposizione alla pubblicazione del Dlgs, la FNOMCeO, nella figura del Presidente Del Barone, ha promesso battaglia, e altrettanto si può dire per i sindacati medici.

Pubblichiamo di seguito un sunto di tale decreto, contenente gli articoli di precipuo interesse medico.

Il Decreto Legislativo che riguarda la regolamentazione sulla tutela della riservatezza è stato pubblicato ed il testo originario non ha tenuto in nessun conto le osservazioni più volte avanzate dalla FNOMCeO.

Nella certezza che le norme prospettate coinvolgeranno massicciamente le Regioni il presidente della FNOMCeO ha scritto al presidente Ghigo, inviando la lettera anche a Fabio Gava, coordinatore degli assessori regionali alla sanità ed a tutti gli assessori delle regionali italiane, auspicando che gli argomenti adottati possano consentire una comune battaglia contro un decreto decisamente assurdo e punitivo per i medici.

Pubblichiamo la lettera.

“Illustre Presidente, il decreto legislativo inerente la “Regolamentazione delle norme sulla tutela della riservatezza” è già stato pubblicato (Dlgs. 376/2003 n. 196) nel Testo originario e *non ha tenuto in alcun conto* le osservazioni che questa Federazione ha ripetutamente formulato.

Le norme che fortemente ci preoccupano sono fra le altre – e penso sia bene ricordarlo – quelle contenute prevalentemente nell’art. 78 (*Informativa del medico generale e del pediatra*), nell’art. 81 (*Prestazione del consenso*), nell’art. 87 (*Medicinali a carico del Servizio Sanitario Nazionale*).

Tali norme coinvolgono pesantemente le Regioni. Basterebbe, infatti, pensare alla stampa di ricettari nei quali non dovrà essere leggibile l’identità del cittadino, con la conseguenza che evidenti problemi si creeranno sia nella erogazione dei farmaci che nel controllo del comportamento degli erogatori.

Analogamente le modalità di raccolta del consenso ingenereranno ulteriori difficoltà tra medici, amministrazioni e pazienti.

Sono quindi a chiederLe un incontro nell’ambito della Conferenza Stato-Regioni, onde esaminare la possibilità di soluzioni più idonee per evitare sia intralci all’Amministrazione che appesantimenti burocratici per i medici e i cittadini”.

*Appello
alle Regioni.
Problemi nella
formulazione
dei ricettari
e nell'erogazione
dei farmaci*

In vigore da gennaio 2004

Legge sulla privacy: articoli di interesse sanitario

Omissis...

TITOLO III

REGOLE GENERALI

PER IL TRATTAMENTO DEI DATI

CAPO I

REGOLE PER TUTTI I TRATTAMENTI

Art. 11 (Modalità del trattamento e requisiti dei dati)

1. I dati personali oggetto di trattamento sono:
 - a) trattati in modo lecito e secondo correttezza;
 - b) raccolti e registrati per scopi determinati, espliciti e legittimi, ed utilizzati in altre operazioni del trattamento in termini compatibili con tali scopi;
 - c) esatti e, se necessario, aggiornati;
 - d) pertinenti, completi e non eccedenti rispetto alle finalità per le quali sono raccolti o successivamente trattati;
 - e) conservati in una forma che consenta l'identificazione dell'interessato per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali essi sono stati raccolti o successivamente trattati.
2. I dati personali trattati in violazione della disciplina rilevante in materia di trattamento dei dati personali non possono essere utilizzati.

Art. 12 (Codici di deontologia e di buona condotta)

1. Il Garante promuove nell'ambito

delle categorie interessate, nell'osservanza del principio di rappresentatività e tenendo conto dei criteri direttivi delle raccomandazioni del Consiglio d'Europa sul trattamento di dati personali, la sottoscrizione di codici di deontologia e di buona condotta per determinati settori, ne verifica la conformità alle leggi e ai regolamenti anche attraverso l'esame di osservazioni di soggetti interessati e contribuisce a garantirne la diffusione e il rispetto.

2. I codici sono pubblicati nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana a cura del Garante e, con decreto del Ministro della giustizia, sono riportati nell'allegato A) del presente codice.
3. Il rispetto delle disposizioni contenute nei codici di cui al comma 1 costituisce condizione essenziale per la liceità e correttezza del trattamento dei dati personali effettuato da soggetti privati e pubblici.
4. Le disposizioni del presente articolo si applicano anche al codice di deontologia per i trattamenti di dati per finalità giornalistiche promosso dal Garante nei modi di cui al comma 1 e all'articolo 139.

Art. 13 (Informativa)

1. L'interessato o la persona presso la quale sono raccolti i dati personali sono previamente infor-

- mati oralmente o per iscritto circa:
- a) le finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati;
 - b) la natura obbligatoria o facoltativa del conferimento dei dati;
 - c) le conseguenze di un eventuale rifiuto di rispondere;
 - d) i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, e l'ambito di diffusione dei dati medesimi;
 - e) i diritti di cui all'articolo 7;
 - f) gli estremi identificativi del titolare e, se designati, del rappresentante nel territorio dello Stato ai sensi dell'articolo 5 e del responsabile. Quando il titolare ha designato più responsabili è indicato almeno uno di essi, indicando il sito della rete di comunicazione o le modalità attraverso le quali è conoscibile in modo agevole l'elenco aggiornato dei responsabili. Quando è stato designato un responsabile per il riscontro all'interessato in caso di esercizio dei diritti di cui all'articolo 7, è indicato tale responsabile.
2. L'informativa di cui al comma 1 contiene anche gli elementi previsti da specifiche disposizioni del presente codice e può non comprendere gli elementi già noti alla persona che fornisce i dati o la cui conoscenza può ostacolare in concreto l'espletamento, da parte di un soggetto pubblico, di funzioni ispettive o di controllo svolte per finalità di difesa o sicurezza dello Stato oppure di prevenzione, accertamento o repressione di reati.
 3. Il Garante può individuare con proprio provvedimento modalità semplificate per l'informativa fornita in particolare da servizi telefonici di assistenza e informazione al pubblico.
 4. Se i dati personali non sono raccolti presso l'interessato, l'informativa di cui al comma 1, comprensiva delle categorie di dati trattati, è data al medesimo interessato all'atto della registrazione dei dati o, quando è prevista la loro comunicazione, non oltre la prima comunicazione.
 5. La disposizione di cui al comma 4 non si applica quando:
 - a) i dati sono trattati in base ad un obbligo previsto dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria;
 - b) i dati sono trattati ai fini dello svolgimento delle investigazioni difensive di cui alla legge 7 dicembre 2000, n. 397, o, comunque, per far valere o difendere un diritto in sede giudiziaria, sempre che i dati siano trattati esclusivamente per tali finalità e per il periodo strettamente necessario al loro perseguimento;
 - c) l'informativa all'interessato comporta un impiego di mezzi che il Garante, prescrivendo eventuali misure appropriate, dichiara manifestamente sproporzionati rispetto al diritto tutelato, ovvero si riveli, a giudizio del Garante, impossibile.

Omissis...

Art. 15 (Danni cagionati per effetto del trattamento)

1. Chiunque cagiona danno ad altri per effetto del trattamento di dati personali è tenuto al risarcimento ai sensi dell'articolo 2050 del codice civile.

2. Il danno non patrimoniale è risarcibile anche in caso di violazione dell'articolo 11.

Art. 16 (Cessazione del trattamento)

1. In caso di cessazione, per qualsiasi causa, di un trattamento i dati sono:
 - a) distrutti;
 - b) ceduti ad altro titolare, purché destinati ad un trattamento in termini compatibili agli scopi per i quali i dati sono raccolti;
 - c) conservati per fini esclusivamente personali e non destinati ad una comunicazione sistematica o alla diffusione;
 - d) conservati o ceduti ad altro titolare, per scopi storici, statistici o scientifici, in conformità alla legge, ai regolamenti, alla normativa comunitaria e ai codici di deontologia e di buona condotta sottoscritti ai sensi dell'art. 12.
2. La cessione dei dati in violazione di quanto previsto dal comma 1, lettera b), o di altre disposizioni rilevanti in materia di trattamento dei dati personali è priva di effetti.

Art. 17 (Trattamento che presenta rischi specifici)

1. Il trattamento dei dati diversi da quelli sensibili e giudiziari che presenta rischi specifici per i diritti e le libertà fondamentali, nonché per la dignità dell'interessato, in relazione alla natura dei dati o alle modalità del trattamento o agli effetti che può determinare, è ammesso nel rispetto di misure ed accorgimenti a garanzia dell'interessato, ove prescritti.
2. Le misure e gli accorgimenti di

cui al comma 1 sono prescritti dal Garante in applicazione dei principi sanciti dal presente codice, nell'ambito di una verifica preliminare all'inizio del trattamento, effettuata anche in relazione a determinate categorie di titolari o di trattamenti, anche a seguito di un interpello del titolare.

Omissis...

TITOLO V TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI IN AMBITO SANITARIO

CAPO I PRINCIPI GENERALI

Art. 75 (Ambito applicativo)

1. Il presente titolo disciplina il trattamento dei dati personali in ambito sanitario.

Art. 76 (Esercenti professioni sanitarie e organismi sanitari pubblici)

1. Gli esercenti le professioni sanitarie e gli organismi sanitari pubblici, anche nell'ambito di un'attività di rilevante interesse pubblico ai sensi dell'articolo 85, trattano i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute:
 - a) con il consenso dell'interessato e anche senza l'autorizzazione del Garante, se il trattamento riguarda dati e operazioni indispensabili per perseguire una finalità di tutela della salute o dell'incolumità fisica dell'interessato;
 - b) anche senza il consenso dell'interessato e previa autorizzazione

del Garante, se la finalità di cui alla lettera a) riguarda un terzo o la collettività.

2. Nei casi di cui al comma 1 il consenso può essere prestato con le modalità semplificate di cui al capo II.
3. Nei casi di cui al comma 1 l'autorizzazione del Garante è rilasciata, salvi i casi di particolare urgenza, sentito il Consiglio superiore di sanità.

CAPO II MODALITÀ SEMPLIFICATE PER INFORMATIVA E CONSENSO

Art. 77 (Casi di semplificazione)

1. Il presente capo individua modalità semplificate utilizzabili dai soggetti di cui al comma 2:
 - a) per informare l'interessato relativamente ai dati personali raccolti presso il medesimo interessato o presso terzi, ai sensi dell'articolo 13, commi 1 e 4;
 - b) per manifestare il consenso al trattamento dei dati personali nei casi in cui ciò è richiesto ai sensi dell'articolo 76;
 - c) per il trattamento dei dati personali.
2. Le modalità semplificate di cui al comma 1 sono applicabili:
 - a) dagli organismi sanitari pubblici;
 - b) dagli altri organismi privati e dagli esercenti le professioni sanitarie;
 - c) dagli altri soggetti pubblici indicati nell'articolo 80.

Art. 78 (Informativa del medico di medicina generale o del pediatra)

1. Il medico di medicina generale o

il pediatra di libera scelta informano l'interessato relativamente al trattamento dei dati personali, in forma chiara e tale da rendere agevolmente comprensibili gli elementi indicati nell'articolo 13, comma 1.

2. L'informativa può essere fornita per il complessivo trattamento dei dati personali necessario per attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, svolte dal medico o dal pediatra a tutela della salute o dell'incolumità fisica dell'interessato, su richiesta dello stesso o di cui questi è informato in quanto effettuate nel suo interesse.
3. L'informativa può riguardare, altresì, dati personali eventualmente raccolti presso terzi, ed è fornita preferibilmente per iscritto, anche attraverso carte tascabili con eventuali allegati pieghevoli, includendo almeno gli elementi indicati dal Garante ai sensi dell'articolo 13, comma 3, eventualmente integrati anche oralmente in relazione a particolari caratteristiche del trattamento.
4. L'informativa, se non è diversamente specificato dal medico o dal pediatra, riguarda anche il trattamento di dati correlato a quello effettuato dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta, effettuato da un professionista o da altro soggetto, parimenti individuabile in base alla prestazione richiesta, che:
 - a) sostituisce temporaneamente il medico o il pediatra;
 - b) fornisce una prestazione specialistica su richiesta del medico e del pediatra;
 - c) può trattare lecitamente i dati nell'ambito di un'attività professio-

- nale prestata in forma associata;
- d) fornisce farmaci prescritti;
 - e) comunica dati personali al medico o pediatra in conformità alla disciplina applicabile.
5. L'informativa resa ai sensi del presente articolo evidenzia analiticamente eventuali trattamenti di dati personali che presentano rischi specifici per i diritti e le libertà fondamentali, nonché per la dignità dell'interessato, in particolare in caso di trattamenti effettuati:
- a) per scopi scientifici, anche di ricerca scientifica e di sperimentazione clinica controllata di medicinali, in conformità alle leggi e ai regolamenti, ponendo in particolare evidenza che il consenso, ove richiesto, è manifestato liberamente;
 - b) nell'ambito della teleassistenza o telemedicina;
 - c) per fornire altri beni o servizi all'interessato attraverso una rete di comunicazione elettronica.

Art. 79 (Informativa da parte di organismi sanitari)

1. Gli organismi sanitari pubblici e privati possono avvalersi delle modalità semplificate relative all'informativa e al consenso di cui agli articoli 78 e 81 in riferimento ad una pluralità di prestazioni erogate anche da distinti reparti ed unità dello stesso organismo o di più strutture ospedaliere o territoriali specificamente identificati.
2. Nei casi di cui al comma 1 l'organismo o le strutture annotano l'avvenuta informativa e il consenso con modalità uniformi e tali da permettere una verifica al riguardo da parte di altri reparti

ed unità che, anche in tempi diversi, trattano dati relativi al medesimo interessato.

3. Le modalità semplificate di cui agli articoli 78 e 81 possono essere utilizzate in modo omogeneo e coordinato in riferimento all'insieme dei trattamenti di dati personali effettuati nel complesso delle strutture facenti capo alle aziende sanitarie.
4. Sulla base di adeguate misure organizzative in applicazione del comma 3, le modalità semplificate possono essere utilizzate per più trattamenti di dati effettuati nei casi di cui al presente articolo e dai soggetti di cui all'articolo 80.

Art. 80 (Informativa da parte di altri soggetti pubblici)

1. Oltre a quanto previsto dall'articolo 79, possono avvalersi della facoltà di fornire un'unica informativa per una pluralità di trattamenti di dati effettuati, a fini amministrativi e in tempi diversi, rispetto a dati raccolti presso l'interessato e presso terzi, i competenti servizi o strutture di soggetti pubblici operanti in ambito sanitario o della prevenzione e sicurezza del lavoro.
2. L'informativa di cui al comma 1 è integrata con appositi e idonei cartelli ed avvisi agevolmente visibili al pubblico, affissi e diffusi anche nell'ambito di pubblicazioni istituzionali e mediante reti di comunicazione elettronica, in particolare per quanto riguarda attività amministrative di rilevante interesse pubblico che non richiedono il consenso degli interessati.

Art. 81 (Prestazione del consenso)

1. Il consenso al trattamento dei dati idonei a rivelare lo stato di salute, nei casi in cui è necessario ai sensi del presente codice o di altra disposizione di legge, può essere manifestato con un'unica dichiarazione, anche oralmente. In tal caso il consenso è documentato, anziché con atto scritto dell'interessato, con annotazione dell'esercente la professione sanitaria o dell'organismo sanitario pubblico, riferita al trattamento di dati effettuato da uno o più soggetti e all'informativa all'interessato, nei modi indicati negli articoli 78, 79 e 80.
2. Quando il medico o il pediatra fornisce l'informativa per conto di più professionisti ai sensi dell'articolo 78, comma 4, oltre quanto previsto dal comma 1, il consenso è reso conoscibile ai medesimi professionisti con adeguate modalità, anche attraverso menzione, annotazione o apposizione di un bollino o tagliando su una carta elettronica o sulla tessera sanitaria, contenente un richiamo al medesimo articolo 78, comma 4, e alle eventuali diverse specificazioni apposte all'informativa ai sensi del medesimo comma.

Art. 82 (Emergenze e tutela della salute e dell'incolumità fisica)

1. L'informativa e il consenso al trattamento dei dati personali possono intervenire senza ritardo, successivamente alla prestazione, nel caso di emergenza sanitaria o di igiene pubblica per la quale la competente autorità ha adottato un'ordinanza contingi-

bile ed urgente ai sensi dell'articolo 117 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.

2. L'informativa e il consenso al trattamento dei dati personali possono altresì intervenire senza ritardo, successivamente alla prestazione, in caso di:
 - a) impossibilità fisica, incapacità di agire o incapacità di intendere o di volere dell'interessato, quando non è possibile acquisire il consenso da chi esercita legalmente la potestà, ovvero da un prossimo congiunto, da un familiare, da un convivente o, in loro assenza, dal responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato;
 - b) rischio grave, imminente ed irreparabile per la salute o l'incolumità fisica dell'interessato.
3. L'informativa e il consenso al trattamento dei dati personali possono intervenire senza ritardo, successivamente alla prestazione, anche in caso di prestazione medica che può essere pregiudicata dall'acquisizione preventiva del consenso, in termini di tempestività o efficacia.
4. Dopo il raggiungimento della maggiore età l'informativa è fornita all'interessato anche ai fini della acquisizione di una nuova manifestazione del consenso quando questo è necessario.

Art. 83 (Altre misure per il rispetto dei diritti degli interessati)

1. I soggetti di cui agli articoli 78, 79 e 80 adottano idonee misure per garantire, nell'organizzazione delle prestazioni e dei servizi, il rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali e della dignità degli interessati, nonché del se-

greto professionale, fermo restando quanto previsto dalle leggi e dai regolamenti in materia di modalità di trattamento dei dati sensibili e di misure minime di sicurezza.

2. Le misure di cui al comma 1 comprendono, in particolare:
 - a) soluzioni volte a rispettare, in relazione a prestazioni sanitarie o ad adempimenti amministrativi preceduti da un periodo di attesa all'interno di strutture, un ordine di precedenza e di chiamata degli interessati prescindendo dalla loro individuazione nominativa;
 - b) l'istituzione di appropriate distanze di cortesia, tenendo conto dell'eventuale uso di apparati vocali o di barriere;
 - c) soluzioni tali da prevenire, durante colloqui, l'indebita conoscenza da parte di terzi di informazioni idonee a rivelare lo stato di salute;
 - d) cautele volte ad evitare che le prestazioni sanitarie, ivi compresa l'eventuale documentazione di anamnesi, avvenga in situazioni di promiscuità derivanti dalle modalità o dai locali prescelti;
 - e) il rispetto della dignità dell'interessato in occasione della prestazione medica e in ogni operazione di trattamento dei dati;
 - f) la previsione di opportuni accorgimenti volti ad assicurare che, ove necessario, possa essere data correttamente notizia o conferma anche telefonica, ai soli terzi legittimati, di una prestazione di pronto soccorso;
 - g) la formale previsione, in conformità agli ordinamenti interni delle strutture ospedaliere e territoriali, di adeguate modalità per informare i terzi legittimati in oc-

casione di visite sulla dislocazione degli interessati nell'ambito dei reparti, informandone previamente gli interessati e rispettando eventuali loro contrarie manifestazioni legittime di volontà;

- h) la messa in atto di procedure, anche di formazione del personale, dirette a prevenire nei confronti di estranei un'esplicita correlazione tra l'interessato e reparti o strutture, indicativa dell'esistenza di un particolare stato di salute;
- i) la sottoposizione degli incaricati che non sono tenuti per legge al segreto professionale a regole di condotta analoghe al segreto professionale.

Art. 84 (Comunicazione di dati all'interessato)

1. I dati personali idonei a rivelare lo stato di salute possono essere resi noti all'interessato o ai soggetti di cui all'articolo 82, comma 2, lettera a), da parte di esercenti le professioni sanitarie ed organismi sanitari, solo per il tramite di un medico designato dall'interessato o dal titolare. Il presente comma non si applica in riferimento ai dati personali forniti in precedenza dal medesimo interessato.
2. Il titolare o il responsabile possono autorizzare per iscritto esercenti le professioni sanitarie diversi dai medici, che nell'esercizio dei propri compiti intrattengono rapporti diretti con i pazienti e sono incaricati di trattare dati personali idonei a rivelare lo stato di salute, a rendere noti i medesimi dati all'interessato o ai soggetti di cui all'articolo 82,

comma 2, lettera a). L'atto di incarico individua appropriate modalità e cautele rapportate al contesto nel quale è effettuato il trattamento di dati.

CAPO III

FINALITÀ DI RILEVANTE INTERESSE PUBBLICO

Art. 85 (Compiti del Servizio sanitario nazionale)

1. Fuori dei casi di cui al comma 2, si considerano di rilevante interesse pubblico, ai sensi degli articoli 20 e 21, le finalità che rientrano nei compiti del Servizio sanitario nazionale e degli altri organismi sanitari pubblici relative alle seguenti attività:
 - a) attività amministrative correlate a quelle di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei soggetti assistiti dal Servizio sanitario nazionale, ivi compresa l'assistenza degli stranieri in Italia e dei cittadini italiani all'estero, nonché di assistenza sanitaria erogata al personale navigante ed aeroportuale;
 - b) programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria;
 - c) vigilanza sulle sperimentazioni, farmacovigilanza, autorizzazione all'immissione in commercio e all'importazione di medicinali e di altri prodotti di rilevanza sanitaria;
 - d) attività certificatorie;
 - e) l'applicazione della normativa in materia di igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro e di sicurezza e salute della popolazione;
 - f) le attività amministrative correlate ai trapianti d'organo e di tessuti, nonché alle trasfusioni di

sangue umano, anche in applicazione della legge 4 maggio 1990, n. 107;

- g) instaurazione, gestione, pianificazione e controllo dei rapporti tra l'amministrazione ed i soggetti accreditati o convenzionati del Servizio sanitario nazionale.

2. Il comma 1 non si applica ai trattamenti di dati idonei a rivelare lo stato di salute effettuati da esercenti le professioni sanitarie o da organismi sanitari pubblici per finalità di tutela della salute o dell'incolumità fisica dell'interessato, di un terzo o della collettività, per i quali si osservano le disposizioni relative al consenso dell'interessato o all'autorizzazione del Garante ai sensi dell'articolo 76.
3. All'identificazione dei tipi di dati idonei a rivelare lo stato di salute e di operazioni su essi eseguibili è assicurata ampia pubblicità, anche tramite affissione di una copia o di una guida illustrativa presso ciascuna azienda sanitaria e presso gli studi dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.
4. Il trattamento di dati identificativi dell'interessato è lecito da parte dei soli soggetti che perseguono direttamente le finalità di cui al comma 1. L'utilizzazione delle diverse tipologie di dati è consentita ai soli incaricati, preposti, caso per caso, alle specifiche fasi delle attività di cui al medesimo comma, secondo il principio dell'indispensabilità dei dati di volta in volta trattati.

Art. 86 (Altre finalità di rilevante interesse pubblico)

1. Fuori dei casi di cui agli articoli 76 e 85, si considerano di rile-

vante interesse pubblico, ai sensi degli articoli 20 e 21, le finalità, perseguite mediante trattamento di dati sensibili e giudiziari, relative alle attività amministrative correlate all'applicazione della disciplina in materia di:

- a) tutela sociale della maternità e di interruzione volontaria della gravidanza, con particolare riferimento a quelle svolte per la gestione di consultori familiari e istituzioni analoghe, per l'informazione, la cura e la degenza delle madri, nonché per gli interventi di interruzione della gravidanza;
- b) stupefacenti e sostanze psicotrope, con particolare riferimento a quelle svolte al fine di assicurare, anche avvalendosi di enti ed associazioni senza fine di lucro, i servizi pubblici necessari per l'assistenza socio-sanitaria ai tossicodipendenti, gli interventi anche di tipo preventivo previsti dalle leggi e l'applicazione delle misure amministrative previste;
- c) assistenza, integrazione sociale e diritti delle persone handicappate effettuati, in particolare, al fine di:
 - 1) accertare l'handicap ed assicurare la funzionalità dei servizi terapeutici e riabilitativi, di aiuto personale e familiare, nonché interventi economici integrativi ed altre agevolazioni;
 - 2) curare l'integrazione sociale, l'educazione, l'istruzione e l'informazione alla famiglia del portatore di handicap, nonché il collocamento obbligatorio nei casi previsti dalla legge;
 - 3) realizzare comunità-alloggio e centri socio riabilitativi;
 - 4) curare la tenuta degli albi degli enti e delle associazioni ed orga-

nizzazioni di volontariato impegnati nel settore.

2. Ai trattamenti di cui al presente articolo si applicano le disposizioni di cui all'articolo 85, comma 4.

CAPO IV

PRESCRIZIONI MEDICHE

Art. 87 (Medicinali a carico del Servizio sanitario nazionale)

1. Le ricette relative a prescrizioni di medicinali a carico, anche parziale, del Servizio sanitario nazionale sono redatte secondo il modello di cui al comma 2, conformato in modo da permettere di risalire all'identità dell'interessato solo in caso di necessità connesse al controllo della correttezza della prescrizione, ovvero a fini di verifiche amministrative o per scopi epidemiologici e di ricerca, nel rispetto delle norme deontologiche applicabili.
2. Il modello cartaceo per le ricette di medicinali relative a prescrizioni di medicinali a carico, anche parziale, del Servizio sanitario nazionale, di cui agli allegati 1, 3, 5 e 6 del decreto del Ministro della sanità 11 luglio 1988, n. 350, e al capitolo 2, paragrafo 2.2.2. del relativo disciplinare tecnico, è integrato da un tagliando predisposto su carta o con tecnica di tipo copiativo e unito ai bordi delle zone indicate nel comma 3.
3. Il tagliando di cui al comma 2 è apposto sulle zone del modello predisposte per l'indicazione delle generalità e dell'indirizzo dell'assistito, in modo da consentirne la visione solo per effetto di una momentanea separazione del

tagliando medesimo che risulti necessaria ai sensi dei commi 4 e 5.

4. Il tagliando può essere momentaneamente separato dal modello di ricetta, e successivamente riunito allo stesso, quando il farmacista lo ritiene indispensabile, mediante sottoscrizione apposta sul tagliando, per una effettiva necessità connessa al controllo della correttezza della prescrizione, anche per quanto riguarda la corretta fornitura del farmaco.
5. Il tagliando può essere momentaneamente separato nei modi di cui al comma 3 anche presso i competenti organi per fini di verifica amministrativa sulla correttezza della prescrizione, o da parte di soggetti legittimati a svolgere indagini epidemiologiche o di ricerca in conformità alla legge, quando è indispensabile per il perseguimento delle rispettive finalità.
6. Con decreto del Ministro della salute, sentito il Garante, può essere individuata una ulteriore soluzione tecnica diversa da quella indicata nel comma 1, basata sull'uso di una fascetta adesiva o su altra tecnica equipollente relativa anche a modelli non cartacei.

Art. 88 (Medicinali non a carico del Servizio sanitario nazionale)

1. Nelle prescrizioni cartacee di medicinali soggetti a prescrizione ripetibile non a carico, anche parziale, del Servizio sanitario nazionale, le generalità dell'interessato non sono indicate.
2. Nei casi di cui al comma 1 il medico può indicare le generalità dell'interessato solo se ritiene indispensabile permettere di risa-

lire alla sua identità, per un'effettiva necessità derivante dalle particolari condizioni del medesimo interessato o da una speciale modalità di preparazione o di utilizzazione.

Art. 89 (Casi particolari)

1. Le disposizioni del presente capo non precludono l'applicazione di disposizioni normative che prevedono il rilascio di ricette che non identificano l'interessato o recanti particolari annotazioni, contenute anche nel decreto-legge 17 febbraio 1998, n. 23, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 aprile 1998, n. 94.
2. Nei casi in cui deve essere accertata l'identità dell'interessato ai sensi del testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni, le ricette sono conservate separatamente da ogni altro documento che non ne richiede l'utilizzo.

CAPO V DATI GENETICI

Art. 90 (Trattamento dei dati genetici e donatori di midollo osseo)

1. Il trattamento dei dati genetici da chiunque effettuato è consentito nei soli casi previsti da apposita autorizzazione rilasciata dal Garante sentito il Ministro della salute, che acquisisce, a tal fine, il

parere del Consiglio superiore di sanità.

2. L'autorizzazione di cui al comma 1 individua anche gli ulteriori elementi da includere nell'informativa ai sensi dell'articolo 13, con particolare riguardo alla specificazione delle finalità perseguite e dei risultati conseguibili anche in relazione alle notizie inattese che possono essere conosciute per effetto del trattamento dei dati e al diritto di opporsi al medesimo trattamento per motivi legittimi.
3. Il donatore di midollo osseo, ai sensi della legge 6 marzo 2001, n. 52, ha il diritto e il dovere di mantenere l'anonimato sia nei confronti del ricevente sia nei confronti di terzi.

CAPO VI DISPOSIZIONI VARIE

Art. 91 (Dati trattati mediante carte)

1. Il trattamento in ogni forma di dati idonei a rivelare lo stato di salute o la vita sessuale eventualmente registrati su carte anche non elettroniche, compresa la carta nazionale dei servizi, o trattati mediante le medesime carte è consentito se necessario ai sensi dell'articolo 3, nell'osservanza di misure ed accorgimenti prescritti dal Garante nei modi di cui all'articolo 17.

Art. 92 Cartelle cliniche

1. Nei casi in cui organismi sanitari pubblici e privati redigono e conservano una cartella clinica in conformità alla disciplina applli-

cabile, sono adottati opportuni accorgimenti per assicurare la comprensibilità dei dati e per distinguere i dati relativi al paziente da quelli eventualmente riguardanti altri interessati, ivi comprese informazioni relative a nascituri.

2. Eventuali richieste di presa visione o di rilascio di copia della cartella e dell'acclusa scheda di dimissione ospedaliera da parte di soggetti diversi dall'interessato possono essere accolte, in tutto o in parte, solo se la richiesta è giustificata dalla documentata necessità:
 - a) di far valere o difendere un diritto in sede giudiziaria ai sensi dell'articolo 26, comma 4, lettera c), di rango pari a quello dell'interessato, ovvero consistente in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale e inviolabile;
 - b) di tutelare, in conformità alla disciplina sull'accesso ai documenti amministrativi, una situazione giuridicamente rilevante di rango pari a quella dell'interessato, ovvero consistente in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale e inviolabile.

Art. 93 (Certificato di assistenza al parto)

1. Ai fini della dichiarazione di nascita il certificato di assistenza al parto è sempre sostituito da una semplice attestazione contenente i soli dati richiesti nei registri di nascita. Si osservano, altresì, le disposizioni dell'articolo 109.
2. Il certificato di assistenza al parto o la cartella clinica, ove comprensivi dei dati personali che

rendono identificabile la madre che abbia dichiarato di non voler essere nominata avvalendosi della facoltà di cui all'articolo 30, comma 1, del decreto del Presidente della Repubblica 3 novembre 2000, n. 396, possono essere rilasciati in copia integrale a chi vi abbia interesse, in conformità alla legge, decorsi cento anni dalla formazione del documento.

3. Durante il periodo di cui al comma 2 la richiesta di accesso al certificato o alla cartella può essere accolta relativamente ai dati relativi alla madre che abbia dichiarato di non voler essere nominata, osservando le opportune cautele per evitare che quest'ultima sia identificabile.

Art. 94 (Banche di dati, registri e schedari in ambito sanitario)

1. Il trattamento di dati idonei a rivelare lo stato di salute contenuti in banche di dati, schedari, archivi o registri tenuti in ambito sanitario, è effettuato nel rispetto dell'articolo 3 anche presso banche di dati, schedari, archivi o registri già istituiti alla data di entrata in vigore del presente codice e in riferimento ad accessi di terzi

previsti dalla disciplina vigente alla medesima data, in particolare presso:

- a) il registro nazionale dei casi di mesotelioma asbesto-correlati istituito presso l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (Ispesl), di cui all'articolo 1 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 10 dicembre 2002, n. 308;
- b) la banca di dati in materia di sorveglianza della malattia di Creutzfeldt-Jakob o delle varianti e sindromi ad essa correlate, di cui al decreto del Ministro della salute in data 21 dicembre 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 8 del 10 gennaio 2002;
- c) il registro nazionale delle malattie rare di cui all'articolo 3 del decreto del Ministro della sanità in data 18 maggio 2001, n. 279;
- d) i registri dei donatori di midollo osseo istituiti in applicazione della legge 6 marzo 2001, n. 52;
- e) gli schedari dei donatori di sangue di cui all'articolo 15 del decreto del Ministro della sanità in data 26 gennaio 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 78 del 3 aprile 2001.

Omissis...

PER INFORMAZIONI

Per informazioni riguardanti convegni, scadenze, adempimenti connessi alla professione e ogni altra comunicazione agli iscritti è possibile consultare l'indirizzo del sito che è **www.omceoss.it**

L'Indirizzo di posta elettronica dell'Ordine è: **ordiness@tin.it**

Nei mesi di novembre e dicembre

Eventi organizzati dall'Ordine accreditati per il programma ECM

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari ha organizzato una serie di corsi di aggiornamento per i quali ha chiesto l'accreditamento presso il Ministero della Salute per il programma E.C.M. Si comunica che sono in fase di organizzazione altri due corsi di aggiornamento: uno sulle proteinurie e uno sulle ematurie che si svolgeranno nel corso del 2004. Si precisa che gli interessati agli eventi dovranno contattare, un mese prima di ciascun evento, la segreteria dell'Ordine per poter effettuare la preiscrizione.

Di seguito vengono riportati i programmi dei corsi già organizzati.

Il dolore: diagnosi, trattamento e cure palliative

Sassari 14-15 novembre 2003

Camera di Commercio, via Roma 74

Venerdì 14

Ore 15.00: Registrazione partecipanti; **Ore 15.30:** Inizio relazioni; Moderatore: dott. Agostino Sussarellu; **Ore 15.30:** dott. Salvatore Sallis: "*Cure Palliative: perché?*" **Ore 15.50:** dott. Tonio Sollai: "*Trattamento farmacologico del dolore neoplastico*"; **Ore 16.10:** dott. Roberto Pisano: "*Fisiopatologia del dolore neuropatico*"; **Ore 16.30:** Tavola rotonda: "*Il dolore "difficile": diagnosi e trattamento*"; Moderatore dott. To-

nio Sollai, partecipano: dott. Agostino Sussarellu, dott.ssa Chiara Musio, dott. Roberto Pisano; **Ore 18.00:** Dibattito; **Ore 19.00:** Fine lavori e firma uscita.

Sabato 15

Ore 8.30: Registrazione partecipanti; **Ore 9.00:** Inizio relazioni; Moderatore dott. Agostino Sussarellu; **Ore 9.00:** dott. Giancarlo Bazzoni: "*Trattamento non farmacologico del dolore con l'agopuntura*"; **Ore 9.30:** dott. Agostino Sussarellu: "*Trattamento non farmacologico del dolore con l'ipnosi*"; **Ore 10.00:** dott.ssa Chiara Musio: "*La prescrizione dei farmaci analgesici oppioidi nella terapia del dolore severo - normativa*"; **Ore 10.30 - 11.00:** Pausa; **Ore 11.00:** Tavola rotonda: "*Low-back Pain (La lombalgia)*"; Moderatore dott. Tonio Sollai, partecipano dott. Nicola Dau, dott. Roberto Pisano, dott. Agostino Sussarellu; **Ore 13.00:** Dibattito; **Ore 14.00:** Compilazione test verifica apprendimento; **Ore 14.30:** Fine lavori e firma uscita.

Le certificazioni in ambito sanitario

Sassari 5-6 dicembre 2003

Camera di Commercio, via Roma 74
Con la collaborazione di
INAIL Prov. di Sassari, INPS Provincia di Sassari, S.P.I.S.A.L. A.U.S.L. n. 1 Sassari, S.PRE.S.A.L. A.U.S.L. n. 2 Olbia

Venerdì 5 dicembre

Ore 15.00: Registrazione partecipanti; **Ore 16.00:** La “mission” dell’INAIL, dott. Gian Franco Spanu, Direttore INAIL sede di Sassari; **Ore 16.30:** *Le prestazioni assicurative*, dott. Carlo Enrico Manca, Sovrintendente Medico Regionale INAIL; **Ore 17.00:** *Danno biologico (D.Lgs n. 38/2000)*; dott. Patrizio Rossi, Dirigente Medico Legale 1° livello, Sovrintendenza Medica Generale INAIL; **Ore 17.30:** *La certificazione infortuni e malattie professionali*, dott. Sergio Testoni, Dirigente Medico Legale 2° livello INAIL sede di Sassari; dott.ssa Serena Ciaralli, Dirigente Medico Legale 1° livello INAIL sede di Sassari; **Ore 18.00:** *Ruolo e competenze dello S.P.I.S.A.L., ruolo del medico competente, A chi rivolgersi: come e quando*, dott.ssa Maria F. Mongiu, Responsabile Medico 2° settore S.P.I.S.A.L. – A.U.S.L. n. 1 Sassari; **Ore 18.30:** *La certificazione necroscopica*, dott. Mario Budroni, Responsabile del Centro multizonale di Osservazione Epidemiologica della A.U.S.L. n. 1 Sassari; dott. Pier Luigi Ruzzu, Responsabile Settore Medicina Legale Serv. Igiene Pubblica A.U.S.L. n. 1 Sassari; **Ore 19.00:** *Le implicazioni penali delle certificazioni sanitarie*, dott. Mariano Brianda, GIP Procura della Repubblica di Sassari; **Ore 19.30:** Dibattito, **Ore 20.30:** Chiusura lavori.

Sabato 6 dicembre

Ore 8.30: Registrazione partecipanti; **Ore 9.00:** La “mission” dell’INPS, dott. Antonello Angius, Direttore Provinciale INPS; **Ore 9.30:** *Aspetti economici e dati statistici della “malattia” in ambito INPS*, dott. Antonello Chelo, Dirigente 2° livello Coordinatore Sanitario INPS; **Ore 10.00:** *Il pensiero giuridico sui punti controversi della normativa*

sulla malattia indennizabile attraverso le sentenze delle Corti e dei Tribunali, dott.ssa N. Nemesi Ferrari, Dirigente 2° livello Coordinatore Regionale Medico Legale INPS; **Ore 10.30:** *Principi giuridici dell’indennità di malattia*, dott.ssa Lia De Zorzi, Dirigente 2° livello Coordinatore Centrale INPS; **Ore 11.00:** *La certificazione in ambito previdenziale*, dott.ssa Sogos Angela Maria, Dirigente 1° livello Medico Legale INPS, *La malattia del lavoratore*, Dott. Salvatore Scarduzio, Dirigente 1° livello Medico Legale INPS; **Ore 11.30:** *Aspetti medico legali della certificazione (legge sulla privacy - obbligo di referto per malattia professionale)*, dott. Daniele Cafini, Primario Direttore del Servizio di Medicina Legale AUSL Bergamo; **Ore 12.00:** Dibattito; **Ore 13.00:** Compilazione test verifica apprendimento; **Ore 13.30:** Chiusura lavori.

Le certificazioni in ambito sanitario**Tempio 5-6 dicembre 2003**

Stazione sperimentale del sughero via Limbara 9

Con la collaborazione di: INAIL Provincia di Sassari, INPS Provincia di Sassari, S.P.I.S.A.L. A.U.S.L. n. 1 Sassari, S.PRE.S.A.L. A.U.S.L. n. 2 Olbia.

Venerdì 5 dicembre

Ore 15.00: Registrazione partecipanti; **Ore 16.00:** La “mission” dell’INPS, dott. Antonello Angius, Direttore Provinciale INPS; **Ore 16.30:** *Aspetti economici e dati statistici della “malattia” in ambito INPS*, dott. Antonello Chelo, Dirigente 2° livello Coordinatore Sanitario INPS; **Ore 17.00:** *Il pensiero giuridico sui punti controversi della normativa*

sulla malattia indennizzabile attraverso le sentenze delle Corti e dei Tribunali, dott.ssa N. Nemesi Ferrari, Dirigente 2° livello Coordinatore Regionale Medico Legale INPS; **Ore 17.30:** *Principi giuridici dell'indennità di malattia*, dott.ssa Lia De Zorzi, Dirigente 2° livello Coordinatore Centrale INPS; **Ore 18.00:** *La certificazione in ambito previdenziale*, dott.ssa Sogos Angela Maria, Dirigente 1° livello Medico Legale INPS; *La malattia del lavoratore*, dott. Salvatore Scarduzio, Dirigente 1° livello Medico Legale INPS; **Ore 18.30:** *Aspetti medico legali della certificazione (legge sulla privacy - obbligo di referto per malattia professionale)*, Prof. Alessandro Bucarelli, Docente Cattedra di Medicina Legale e delle Assicurazioni della Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Sassari; **Ore 19.00:** *Le implicazioni penali delle certificazioni sanitarie*, dott. Valerio Cicalò, Procuratore della Repubblica di Tempio; **Ore 19.30:** Dibattito; **Ore 20.00:** Chiusura lavori.

Sabato 6 dicembre

Ore 8.30: Registrazione partecipanti; **Ore 9.00:** *La "mission" dell'INAIL*, dott. Gian Franco Spanu, Direttore INAIL sede di Sassari; **Ore 9.30:** *Le prestazioni assicurative*, dott. Carlo Enrico Manca, Sovrintendente Medico Regionale INAIL; **Ore 10.00:** *Danno biologico (D.Lgs n. 38/2000)*, dott. Patrizio Rossi, Dirigente Medico Legale 1° livello, Sovrintendenza Medica Generale INAIL; **Ore 10.30:** *La certificazione infortuni e malattie professionali*, dott. Sergio Testoni, Dirigente Medico Legale 2° livello INAIL sede di Sassari, dott.ssa Serena Ciaralli, Dirigente Medico Legale 1° livello INAIL sede di Sassari; **Ore 11.00:** *Ruolo e competenze dello S.PRE.-S.A.L., ruolo del medico competente,*

A chi rivolgersi: come e quando, dott.ssa Iolanda Mura, Dirigente Medico S.PRE.S.A.L. - A.U.S.L. n. 2 Olbia; dott. Piero Masia, Dirigente Medico S.PRE.S.A.L. - A.U.S.L. n. 2 Olbia; **Ore 11.30:** *La certificazione necroscopica*, dott. Mario Budroni, Responsabile del Centro multizonale di Osservazione Epidemiologica della A.U.S.L. n. 1 Sassari; **Ore 12.00:** Dibattito, **Ore 13.00:** *Completamento test verifica apprendimento*; **Ore 13.30:** Chiusura lavori.

Incontinenza urinaria e fecale nella donna fisiopatologia, costi sociali, qualità di vita e soluzioni

Sassari 12-13 dicembre 2003

Camera di Commercio, via Roma 74 Sassari - In collaborazione con la Scuola di specializzazione in Ginecologia Università di Sassari

Venerdì 12 dicembre 2003

Ore 14.30: Registrazione

1ª Sessione

Moderatori: prof. S. Dessole, prof. G. Dettori; **Ore 15.00:** prof. S. Dessole: *Qualità della vita e impatto sociale della donna incontinente*; **Ore 15.20:** prof. Montella: *Anatomia del pavimento pelvico*; **Ore 15.40:** dott. E. Donolo: *Fisiopatologia dell'incontinenza urinaria femminile da sforzo*; **Ore 16.00:** dott. Sau: *Fisiopatologia dell'incontinenza urinaria femminile da vescica iperattiva*; **Ore 16.20:** prof. Soro: *Fisiopatologia dell'incontinenza fecale*; **Ore 16.40:** *La donna incontinente: presentazione di casi clinici*; dott. Donolo: *Il punto di vista del ginecologo*; prof. Morgia: *Il punto di vista dell'urologo*; prof. A. Porcu: *Il punto di vista del coloproctologo*; dott. G. Sau: *Il punto di vista del neurologo*.

Ore 17.30 - 17.45: Pausa

2ª Sessione

Moderatori: prof. Morgia, prof. Trignano; **Ore 17.45:** *Diagnostica Strumentale*, dott.ssa Milia, dott. Guillot; *In Uroginecologia*, prof. Trignano; *In Coloproctologia*, prof. Meloni; *In Radiologia* **Ore 19.00:** Chiusura lavori prima giornata

Sabato 13 dicembre

Ore 8.30: Registrazione partecipanti
1ª Sessione

Moderatori: prof. Cherchi – prof. Melis; **Ore 09.00:** prof. P. Di Benedetto: *Terapia Medica e Riabilitativa*; **Ore 10.00:** *Tavola rotonda sulla Terapia Chirurgica*, prof. Melis; *Razionale del ginecologo*, prof. Morgia, Dr. Tedde: *Razionale dell'urologo*, prof. Dettori: *Razionale del coloproctologo*; **Ore 11.00 - 11.30:** Pausa; **Ore 11.30:** Infermiera Pensè: *Il ruolo del paramedico fisioriabilitatore nelle incontinenze fecali*; **Ore 12.00:** Dibattito; **Ore 12.30:** Compilazione del test di verifica dell'apprendimento. Chiusura lavori.

Altri eventi formativi

Attualità in tema di patologie vascolari

L'Azienda Unità Sanitaria Locale n° 1 – Sassari, (Presidio ospedaliero Sassari) Divisione Chirurgia Generale D'urgenza, organizza un incontro di aggiornamento per i medici di Medicina Generale dal titolo: "Attualità in tema di patologie vascolari". L'incontro avrà luogo il 15 novembre 2003 alle 17, nella Sala Consiliare del Comune di Bono e avrà per Moderatore dott. Attilio Gabbas, (direttore Dipartimento funzionale oncologia ematologica Nuoro).

Programma

Ore 17.00: Apertura dei lavori con saluto delle autorità; **Ore 17,30:** dott.ssa Rita Nonnis (Istituto di Patologia Chirurgica Università di Sassari), *Prevenzione e trattamento delle TVP*; **Ore 17,45:** dott. Luigi Arru (Div. Ematologia e Centro Trapianti Midollo Osseo Nuoro), *Neoplasia e Trombosi Venosa Profonda*; **Ore 18,00:** dott.ssa Rosanna Pes (Div. Cardiologia dell'Ospedale Civile di Sassari), *Diagnosi e trattamento dell'embolia polmonare*; **Ore 18,15:** dott.ssa Maria Antonietta Sale (Div. Chirurgia d'Urgenza dell'Ospedale Civile di Sassari), *Lo stent della carotide*; **Ore 18,30:** *Discussione delle relazioni*; **Ore 19,15:** Compilazione dei questionari di verifica ECM, rilascio attestati; **Ore 20,00:** Coffee Break.

L'iscrizione al congresso è gratuita. Le adesioni dovranno pervenire entro il 5 novembre. Le iscrizioni saranno accettate secondo ordine di arrivo fino ad esaurimento dei posti disponibili: 50 medici. Sarà possibile effettuare l'iscrizione in ambito congressuale, se ancora disponibili posti, alle ore 16,30.

E' stata inoltrata richiesta al Ministero della Salute per l'accREDITAMENTO ECM. Ad inizio lavori verranno consegnate le schede di valutazione finale da consegnare al termine della sessione.

Segreteria Scientifica dott. Maria Antonietta Sale - Divisione di Chirurgia d'Urgenza dell'Ospedale Civile di Sassari - Tel 0792061028

Agopuntura a Oristano

La Società Medico-Scientifica "VIDHUT", Scuola di Agopuntura dell'Ordine dei Medici di Oristano

comunica che sono aperte le iscrizioni per l'anno accademico 2003-21004. La Scuola, sorta nel 1998, propone dei corsi di studio della durata legale di quattro anni. I corsi teorico-pratici forniscono ai medici le conoscenze necessarie per la diagnosi e la pratica dell'agopuntura. Al termine di ogni anno accademico, saranno sostenuti esami di profitto e, alla fine dei quattro anni di corso, dopo la discussione di una tesi, verrà rilasciato un diploma, riconosciuto dalla FISA (Federazione Italiana Delle Società di Agopuntura), che permetterà l'iscrizione allo speciale Albo, predisposto dagli Ordini dei Medici. Le lezioni si svolgeranno ogni secondo e terzo week-end del mese e si terranno ad Oristano, in via Canalis n. 11, presso la sede dell'Ordine dei Medici, ed a Cagliari, in piazza Giovanni XXIII presso la Sala Conferenze dei Salesiani.

Segreteria Organizzativa: Andrea Pala (Ordine dei Medici di Oristano) - Tel. 0783.211171

Corso intensivo pratico di ipnosi

L'Azienda Ospedaliera "Ospedale San Carlo Borromeo" (Medicina I - Primario dr. M. Poli, Centro ambulatoriale medicina psicosomatica organizza l'11 Corso intensivo-pratico di ipnositerapia, sala conferenze Ospedale San Carlo Borromeo-Milano.

Il corso introduce all'uso terapeutico dell'ipnosi e avrà luogo nelle seguenti date: 24-25 ottobre, 21-22 novembre, 12-13 dicembre 2003, 16-17 gennaio, 20-21 febbraio, 19-20 marzo, 16-17 aprile 2004.

L'ipnosi costituisce una tecnica valida e moderna di trattamento, un ausilio non trascurabile nel trattamento di malattie organiche considerate dal punto di vista dell'unità

mente/corpo. Intervenedo sia sul corpo che sulla psiche l'ipnosi getta attualmente un ponte tra biologia, psichiatria e psicoanalisi.

Direzione: L. Merat, R. Weilbacher.

Docenti: L. Merati: medico psicologo clinico psicosomatista psicoterapeuta dirigente Centro medicina Psicosomatica A.O. Ospedale San Carlo Borromeo; R. Weilbacher: medico psichiatra psicoterapeuta; F. Barbageata: medico allergologo psicosomatista Centro medicina psicosomatica; R. Bernorio: medico ginecologo psicoterapeuta; C. Casula: psicologa psicoterapeuta; C. Casula: psicologa psicoterapeuta; E. Gandini: medico anestesista rianimatore A.O. Ospedale San Carlo Borromeo; A. Gandolfi: psicologa psicoterapeuta; A. Gonella: medico odontoiatra psicoterapeuta; V. Grecchi: psicologo psicoterapeuta; B. Mantellini medico psicoterapeuta Centro medicina psicosomatica; R. E. Perris: psicologo psicoterapeuta; M. Porreca: psicologa psicoterapeuta Centro medicina psicosomatica; M. Quarti: medico neurologo A.O. Ospedale San Carlo Borromeo; O. Venturini: psicologa psicoterapeuta; V. Zema: medico ostetrico ginecologo; P. Zivny: psicologo psicoterapeuta.

Programma

Cenni storici, teoria e tecnica della relazione ipnotica, ipnosi e stati di coscienza, metodologia e diagnostica ipnotica, ipnosi clinica, ipnosi ericksoniana, ipnosi e PNL, autoipnosi. Applicazioni in medicina, anestesio-logia, odontoiatria, ostetricia, ginecologia, sessuologia, dermatologia, psichiatria, medicina psicosomatica, nei disturbi del comportamento alimentare, nell'alcolismo, nel tabagismo, oncologia, ipnosi EMDR e DAP, regressione e progressione d'età, oniroterapia. Dimostrazioni ed esercitazioni.

Segreteria scientifica: L. Merati-Centro di medicina Psicosomatica A.O. "San Carlo Borromeo" - Via Pio II, 3 - 20153 Milano - Tel. 02.40222863 e-mail: luimera@tin.it

Segreteria organizzativa: Ufficio Relazioni con il Pubblico A.O. "San Carlo Borromeo" - Via Pio II, 3 - 20153 Milano - Fax 02.40222557 - Tel. 02.40222708.

Accreditamento ECM

La grande obesità fisiopatologia clinica e terapia

"La grande obesità: fisiopatologia, clinica e terapia" è il tema dell'ottavo convegno nazionale ANSISA, in programma a Verona il 28 e il 29 novembre. La grande obesità è una patologia dall'approccio complesso e specialistico, rappresenta un tema di grande attualità sia per la molteplicità delle problematiche connesse al suo trattamento che per la continua crescita dei casi riscontrati. La fisiopatologia, l'approccio clinico, le tecniche e indicazioni di chirurgia bariatrica sono tuttora oggetto di confronto e discussione nel tentativo di trovare linee guida condivise. Nel corso del convegno sono previste relazioni in seduta plenaria, una sessione poster ed una sessione comunicazioni. I soci ANSISA sono invitati a presentare in workshop dedicati dei casi clinici. Informazioni sul sito www.ansisa.it

Presidente del Convegno: dott. Roberto Sori.

Segreteria Scientifica: dott. Roberto Ostuzzi - Tel./Fax 0444.997985 e-mail vmpsinut@tin.it.

Segreteria Organizzativa: dna - design and advertising, Tel. 0444.966235 - Fax 0444.966231 e-mail l.pisoni@studiodna.it

ECM: È stata inoltrata la richiesta di

crediti formativi ECM per le categorie: medici, psicologi, dietisti.

Sede congressuale: Centro congressi Boscolo Hotel Leon d'Oro - Verona.

La Sanità militare e il sistema paese

A Forte Village resort-Santa Margherita di Pula (Cagliari) dal 23 al 25 ottobre è in programma un convegno nazionale dal titolo "Le grandi emergenze sanitarie: la sanità militare e il sistema paese".

Presidente del congresso: Tenente Colonnello medico dottor Salvatore Floris.

Segreteria Organizzativa: Kassiopea Group Via Mameli, 65 - 09124 Cagliari - Tel. 070.651242 Fax 070.656263 www.kassiopea-group.com

È stata inoltrata la richiesta al Ministero della Salute per il riconoscimento dell'iniziativa nell'ambito del progetto ECM per le categorie dei Medici Chirurghi e Infermieri.

Scuola triennale di omeopatia

Questo il calendario della Scuola Triennale di omeopatia, omotossicologia e discipline integrate per il 2003 e il 2004, che ha luogo a Cagliari all'hotel Caesar's:

25/26 ottobre 2003; 22/23 novembre 2003; 10-11 gennaio 2004; 7/8 febbraio 2004; 6/7 marzo 2004; 27/28 marzo 2004; 8/9 maggio 2004.

Orari: Sabato 9.00/13.00 - 14.30/10.30. Domenica 9.00/13.00.

Per ricevere ulteriori informazioni ed il modulo di iscrizione, rivolgersi alla Segreteria della Scuola presso:

GUNA s.r.l. - Via Palmanova, 71 - 20132 Milano - Tel. 02.28018207/Fax 02.2822234, e-mail: giuliana.sacchetti@guna.it