

Il duomo di Sassari

SASSARI MEDICA

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

SITO WEB: www.omceoss.it

E-MAIL: ordine@omceoss.it

Anno XIII - Numero 1/2
aprile 2004

Direttore responsabile: Giuseppe Melis
Direttore editoriale: Agostino Sussarellu

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

CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE: *Presidente:* Agostino Sussarellu - *Vice Presidente:* Angelo Deplano - *Segretario:* Chiara Musio - *Tesoriere:* Alessandro Arru. *Consiglieri:* Antonio Arru, Giancarlo Bazzoni, Giovanni Biddau, Piero Delogu, Carmelina Firinu, Vittorio Renato Lai, Alessandra Lucaferri, Maria Maddalena Medde, Sebastiano Pacifico, Giovanni Padula, Mario Palermo, Bruno Piccinini, Margherita Pruneddu - *Revisori dei Conti:* *Presidente:* Francesco Carboni; *Membri effettivi:* Nicola Addis, Nadia Tola; *Componente supplente:* Gianpaolo Vidili - *Commissione per gli iscritti all'Albo Odontoiatri:* *Presidente:* Giovanni L. Meloni; *Componenti:* Alessandra Lucaferri, Bruno Piccinini, Ines Mirte Putzu, Lucio Vicini

Registrazione n. 236 del 15-12-1989 Tribunale di Sassari. Spedizione in abbonamento postale gr. III/50%. Proprietà: Ordine 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 Sassari e a tutti gli Ordini dei Medici d'Italia.

- 2 Aumento delle quote di iscrizione all'Ordine
decisione difficile, ma necessaria
- 3 Il consenso informato
- 5 Eroi o colleghi come tanti?
- 6 La continuità assistenziale nella provincia di Sassari
- 12 Il "nuovo" esame di stato
- 14 Assistenza ai malati oncologici
nelle fasi finali della malattia
- 18 Note informative importanti sull'uso dei farmaci
- 25 I farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore
- 30 Privacy: impegno per una soluzione condivisa
- 32 Il contratto di formazione per i medici specializzandi
- 33 L'esenzione sull'IVA per le prestazioni mediche
- 34 Farmaci il cui impiego è considerato doping
- 38 Segnalazione di reazione avversa da farmaci e vaccini
- 47 Le cure mediche ai testimoni di Jehovah
- 56 Responsabilità penale del medico
in tema di emotrasfusione
- 63 Premio nazionale di narrativa
della Lega contro i tumori
- 65 Il programma nazionale Educazione Continua
in Medicina: eventi, corsi e convegni

L'aumento della quota di iscrizione all'Ordine

Decisione difficile, ma necessaria

Cari colleghi, sicuramente in questi giorni avete ricevuto, o state per ricevere, il bollettino per il pagamento della quota di iscrizione all'Ordine. Vi sarete perciò accorti che la quota è salita da 99, a 120 Euro. Le motivazioni che ci hanno spinto a questa difficile decisione sono molteplici. Da una parte, ha avuto un ruolo preponderante il notevole aumento del costo della vita che, oltre ad abbattersi sui bilanci delle nostre famiglie, si è evidenziato anche nelle spese correnti dei nostri uffici. È indispensabile aggiungere che in questi anni è stato via via utilizzato il notevole avanzo di amministrazione che da tempo ci portavamo dietro e che ci ha permesso di far funzionare il nostro Ente, senza la necessità di aumenti della quota per gli iscritti.

In questi anni si è anche provveduto ad adeguare l'organico del personale dipendente per far fronte al notevole aumento del lavoro degli uffici, legato, da una parte, all'aumento del numero di pratiche per i nostri iscritti, ormai arrivati alla bella cifra di 3500 (tremila e cinquecento) tra medici, odontoiatri e doppi iscritti, e dall'altra, al dover provvedere alle esigenze dell'organizzazione dell'attività formativa. È anche giusto tener conto del fatto che gli Ordini dei Medici sono, da quest'anno, pesantemente impegnati nell'espletamento dell'esame di stato dei laureati in Medicina e Chirurgia, e che ciò ha comportato già un notevole impegno economico.

Vi è poi il problema delle quote non riscosse, che ammontano attualmente ad oltre 47.000 Euro. Sino a qualche anno fa, il ritardo nei pagamenti, o l'omissione degli stessi, non comportavano eccessivi disagi per l'Ordine, perché gli Enti incaricati della riscossione erano tenuti ad applicare la formula del "riscosso per non riscosso", cioè versavano tante quote pari al numero degli iscritti a ruolo, coprendo, in tal modo, i mancati pagamenti.

La situazione attuale comporta due grossi svantaggi, da una parte la carenza di liquidità (47.000 Euro) e, dall'altra, la necessità di procedere alla riscossione con sollecito delle quote dovute, il che ci obbliga ad una spesa aggiuntiva per spedire le raccomandate, senza contare il dispendio di tempo da parte dei nostri uffici.

Sin dal primo anno del nostro incarico, abbiamo preso la decisione di dare un notevole spazio alla formazione, poiché uno dei compiti principali dell'Ordine è quello di favorire la crescita culturale dei propri iscritti. Ciò comporta un notevole dispendio di risorse, aumentate notevolmente dalla necessità di far rientrare gli eventi formativi all'interno del programma nazionale dell'ECM.

La lievitazione dei costi è legata, non soltanto alla spesa di accreditamento vero e proprio, ma anche all'esigenza di utilizzare più docenti per ogni evento, di approntare un sistema di controllo della frequenza ed inoltre di organizzare tutta la parte gestionale. D'altronde la pressante richiesta, da parte dei colleghi, di eventi accreditati, ci sostiene in questa nostra decisione. Ricordo, a questo proposito, che il programma nazionale ECM prevede per quest'anno l'acquisizione di 30 (trenta) crediti formativi.

Nell'ottica che l'impegno di gestione dell'Ordine debba essere di tipo morale, il Consiglio tiene ad informare i colleghi che la quota del nostro Ordine è la più bassa all'interno della Sardegna, nonché una delle più basse nel totale delle 102 province italiane, e che inoltre, nonostante l'indicazione della Federazione Nazionale, non si è ritenuto di istituire l'indennità di carica per l'Esecutivo, né il gettone di presenza per la partecipazione alle riunioni del Consiglio e delle Commissioni.

Agostino Sussarellu

Deontologia e decisioni dei pazienti

Il consenso informato

A volte il destino sembra comportarsi come un grande regista. In un breve arco di tempo si sono verificati due episodi, per certi versi molto simili, ma per altri drammaticamente diversi.

Mi riferisco ai due casi di gangrena, in pazienti diabetiche, portati alla ribalta della cronaca in questi ultimi mesi.

Come è noto, il primo avvenimento, saltato sulle prime pagine dei media nazionali, si è verificato a Milano: una donna diabetica, di fronte alla necessità di amputarle una gamba per arrestare la gangrena, ha opposto un netto rifiuto.

La comunità medica si è interrogata su questo episodio che ha suscitato un vespaio di polemiche, tutte incentrate sul concetto di poter decidere sulla propria persona.

A dire il vero, i medici hanno fatto egregiamente il loro dovere, hanno sottoposto la paziente a tutta una serie di visite e di accertamenti tendenti ad accertare le sue capacità di intendere e volere, avuta conferma della completa sanità mentale della signora hanno confermato la necessità di amputare l'arto, ma di fronte alla decisione irreversibile della paziente, si sono adeguati a questa.

La conclusione, purtroppo, è stata drammatica, a distanza di tempo la signora è deceduta, per fortuna nell'intimità della propria casa e lontano dalla luce dei riflettori dei mass media.

Il secondo episodio, iniziato in maniera analoga, ha avuto un iter del tutto diverso, infatti gli accertamenti medici hanno condotto il giudice a procedere

all'interdizione della paziente e alla nomina di un tutore che avrà sicuramente preso la decisione più giusta per la persona affidatagli.

Per fortuna, anche in questo caso gli avvenimenti successivi si sono svolti al di fuori dell'attenzione dei grandi mezzi di comunicazione, e da quanto è dato sapere, la storia ha trovato una soluzione alternativa.

Il problema, in effetti, riveste per la nostra categoria un'importanza notevole, è pur vero che fatica e tarda ad affermarsi il concetto che l'unico soggetto ad aver titolo a decidere della propria salute è il cittadino in prima persona, ma questo concetto è ormai un dato di fatto che non è più possibile negare o contestare.

Il nostro Codice di Deontologia Medica dedica a questo tema l'intero capo IV, avente per titolo "Informazione e consenso", e suddiviso in sei articoli (dal 30 al 35), in cui l'argomento viene approfondito nei suoi vari aspetti: l'informazione al cittadino, l'informazione a terzi, l'acquisizione del consenso, l'acquisizione del legale rappresentante, l'autonomia del cittadino e l'assistenza d'urgenza.

Al loro interno vengono inoltre inclusi i comportamenti a cui ciascuno di noi deve attenersi nell'esercizio della professione.

La lettura attenta, la conoscenza e l'applicazione delle norme deontologiche risparmierebbero, nella maggior parte dei casi, dubbi al medico e soprattutto problemi per i pazienti, problemi, questi, che spesso vengono diffusi attraverso i mass media e quindi

*Le polemiche
su due casi
controversi e
l'atteggiamento
dei pubblici
amministratori e
dei mass media*

dilatati sino a farne dei casi nazionali su cui si gettano, senza alcuna cognizione di causa, un'infinità di soggetti.

I due episodi hanno suscitato una marea di polemiche, per cui, nostro malgrado, abbiamo dovuto udire decine di persone che, a vario titolo, hanno voluto dire la loro, spesso con arroganza e presunzione.

Abbiamo così sentito pareri estremamente preoccupanti espressi da personalità pubbliche, le quali, ricoprendo ruoli istituzionali, avrebbero invece dovuto parlare, non solo con cognizione di causa, ma anche con senso di responsabilità.

Purtroppo il ruolo ricoperto non è sinonimo di buon senso, così come nel caso dell'assessore ai servizi sociali del comune di Milano, la quale si è spinta sino ad affermare che, se avesse avuto una richiesta precisa, avrebbe certamente sottoscritto un'ordinanza di "trattamento sanitario obbligatorio", facendo intuire che un tale provvedimento è abituale e ingenerando nei cittadini l'idea che l'interdizione, cioè la perdita dei diritti civili per motivi di salute, possa essere una pratica routinaria.

E' possibile che la smania di esprimersi pubblicamente sia tale da far passare in secondo piano le conseguenze che possono derivare dal diffondere nozioni fuorvianti?

Mi domando come mai un amministratore pubblico non senta la necessità, dopo aver diffuso notizie imprecise, di fare ammenda ed ammettere, altrettanto pubblicamente, di aver espresso pareri errati.

La medicina moderna ha voluto modificare il paternalismo medico per arrivare alla medicina condivisa, ma purtroppo le antiche e radicate abitudini sono dure a morire all'interno della nostra categoria, e molti ancora pensano che sia loro prerogativa decidere la miglior terapia per chi, nella veste di paziente, viene loro affidato.. Eppure il nostro Codice di Deontologia a questo

proposito è chiaro e non lascia dubbi.

L'art. 32 recita testualmente: "Il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso informato del paziente", così come di seguito recita: "... In ogni caso di documentato rifiuto di persona capace di intendere e volere, il medico deve desistere dai conseguenti atti diagnostici e/o curativi, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà della persona".

Per quanto riguarda l'autonomia del cittadino, sempre il Codice Deontologico, nel successivo art. 34, stabilisce: "Il medico deve attenersi, nel rispetto della dignità, della libertà e dell'indipendenza professionale, alla volontà di curarsi, liberamente espressa dalla persona. Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà in caso di grave pericolo di vita, non può non tenere conto di quanto precedentemente manifestato dallo stesso".

Curiosamente, il concetto di consenso informato, soffocato per moltissimo tempo dal paternalismo medico, è presente già nel "Codice di Etica e Deontologia dell'Ordine de' Medici della Provincia di Sassari", pubblicato nel lontano 1903.

L'articolo 4 del predetto Codice recita: "Il sanitario non intraprenderà alcun atto operativo senza aver prima ottenuto il consenso dell'ammalato o delle persone dalle quali questo dipende, se minorenne o civilmente incapace".

Per meglio approfondire l'argomento del consenso informato, nelle sue varie sfaccettature, abbiamo pensato di organizzare un incontro di aggiornamento, da tenersi il prossimo 19 giugno, al quale sono stati invitati a partecipare, in qualità di relatori, illustri studiosi della materia.

Agostino Sussarellu

L'incidente aereo ai cardiocirurghi del Brotzu

Eroi o colleghi come tanti?

L'evento drammatico che ha coinvolto l'équipe di cardiocirurgia dell'ospedale Brotzu e l'equipaggio dell'aereo che la trasportava, ha fatto sì che l'attenzione dei mass media si puntasse sugli operatori della sanità.

La definizione maggiormente utilizzata nei loro confronti, è stata quella di "eroi", ma siamo sicuri che sia questa, la più appropriata?

Ritengo che, il giorno precedente all'incidente aereo, chiunque li avrebbe definiti "lavoratori come tanti", così come è stato per anni, nonostante i voli notturni per prelevare, presso gli ospedali più disparati d'Italia, organi da trapiantare, o i viaggi in auto da una parte all'altra della nostra isola, su strade che tutti sappiamo essere pericolose e difficili.

La scomparsa dei colleghi e del tecnico che li accompagnava ci ha riempito di sgomento e di profonda tristezza, ma ci ha ancora una volta confermato che occorrono delle vittime che permettano ai giornali nazionali, ai vari TG, a molti editorialisti di vantare lo spirito di abnegazione degli operatori sanitari, affinché venga compreso appieno il lavoro quotidianamente svolto all'interno delle corsie ospedaliere, o negli ambulatori sperduti della guardia medica, sempre in silenzio, lontano dalle luci dei riflettori.

Quegli stessi giornalisti, i quali quotidianamente imbastiscono teoremi di mala sanità su episodi che una minima conoscenza della medicina metterebbe in disparte (come d'altronde avviene normalmente per la maggior parte delle denunce con-

tro i medici e gli ospedali), di fronte ad eventi come questo, si spingono poi ad enfatizzare l'attività degli operatori della sanità, sino ad arrivare all'esaltazione chiamata "eroismo":

Noi, più semplicemente, riteniamo sia giusto riconoscere in loro, morti nel compiere come d'abitudine il proprio dovere, una dignitosa parte dei tanti che quotidianamente, lontano dalla luce dei riflettori e dal chiasso dei giornali, prestano la loro opera per onorare in silenzio la professione, con l'unico intento di pensare alla salute di chi a loro si rivolge.

Agostino Sussarellu

Il cordoglio della FNOMCeO per Ricchi, Carta e Pinna

Il Presidente della Federazione degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Giuseppe del Barone e il Comitato Centrale della FNOMCeO si associano al dolore dei familiari dei colleghi Alessandro Ricchi e Antonio Carta deceduti in un tragico incidente aereo mentre in compagnia del tecnico perfusionista Marco Pinna si recavano in Sardegna per effettuare un trapianto di cuore.

"Una gravissima perdita - ha dichiarato Del Barone - sotto il profilo umano ma anche a carico della professione medica che vede di colpo venire meno una équipe di assoluto valore, che tanto ha dato in capacità ed impegno a favore di chi soffre. Un pensiero va anche ai familiari dei piloti".

*Il giusto
riconoscimento
a medici che
quotidianamente
in silenzio
onorano
la professione*

Le condizioni di lavoro nelle guardie mediche turistiche

La continuità assistenziale in provincia di Sassari

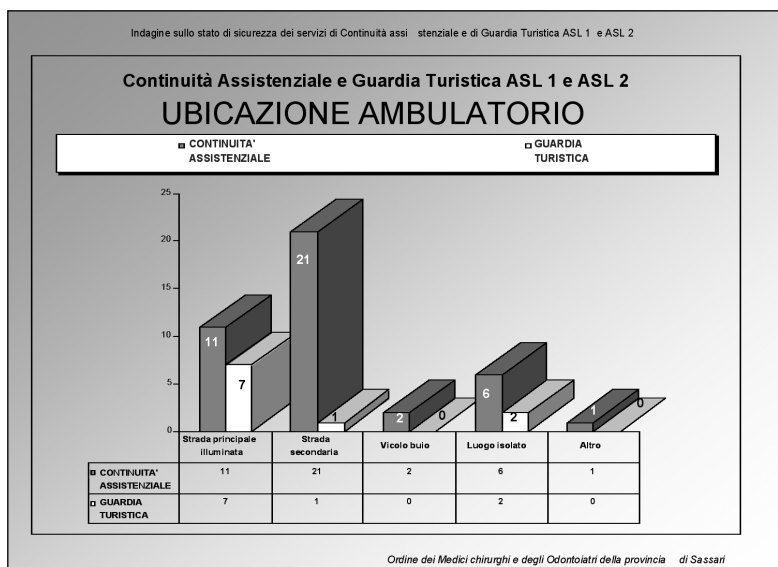
“Anche l’Ordine colpito dalla mania dilagante dei sondaggi?” potrebbe chiedersi qualcuno a proposito dell’indagine sulla Continuità assistenziale e la Guardia turistica promossa recentemente dall’Ordine dei Medici di Sassari.

Non si tratta, in verità, di seguire una moda ma di conoscere una realtà

spesso misconosciuta e che, di norma, ottiene visibilità solo quando diventa argomento di cronaca nera. La guardia medica ha costituito, finora, una sorta di area grigia nel quadro del sistema sanitario e le molte centinaia di medici impiegati somigliano al manzoniano “volgo disperso che nome non ha”: questa è stata, per loro, la prima occasione di

UBICAZIONE AMBULATORIO	CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	GUARDIA TURISTICA
Strada principale illuminata	11	7
Strada secondaria	21	1
Vicolo buio	2	0
Luogo isolato	6	2
Altro	1	0

Confermate le situazioni di pericolo, le dotazioni insufficienti e l’igiene precaria negli ambulatori



**IL COMUNE SEDE DELLA GUARDIA
È FORNITO DI:**

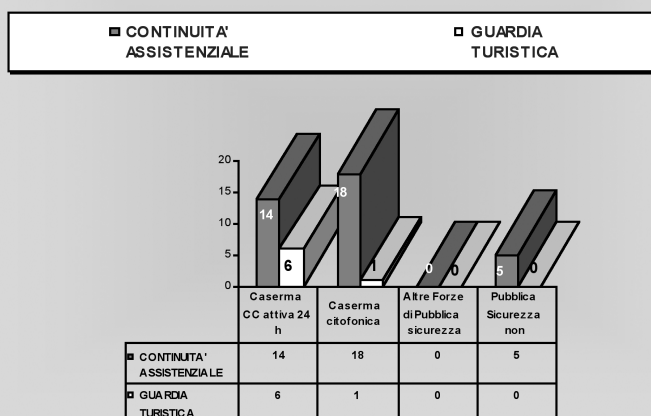
**CONTINUITÀ
ASSISTENZIALE**

**GUARDIA
TURISTICA**

Caserma CC attiva 24 h	14	6
Caserma citofonica	18	1
Altre Forze di Pubblica sicurezza	0	0
Pubblica Sicurezza non presente	5	0

Servizio di Continuità assistenziale e Guardia Turistica ASL 1 e ASL 2

**PUBBLICA SICUREZZA NEL
COMUNE SEDE DI GUARDIA**



esprimere il disagio e far sentire una voce non più frammentaria e sporadica ma inserita, finalmente, in un'indagine seria, che vuole dare una fotografia completa della realtà e che si propone come base autorevole per ogni futuro intervento di riforma e di riqualificazione dei servizi di continuità assistenziale.

Uno sguardo, anche rapido, ai risultati dell'inchiesta è sufficiente per farsi un'idea abbastanza chiara della situazione: appare subito evidente come gli ambulatori (specialmente quelli di continuità assistenziale) siano spesso ubicati in strade secondarie o, addirittura, in luoghi isolati o vicoli bui. Se consideriamo, poi, che i medici operano per lo più in località dotate di caserma "citofonica" (e

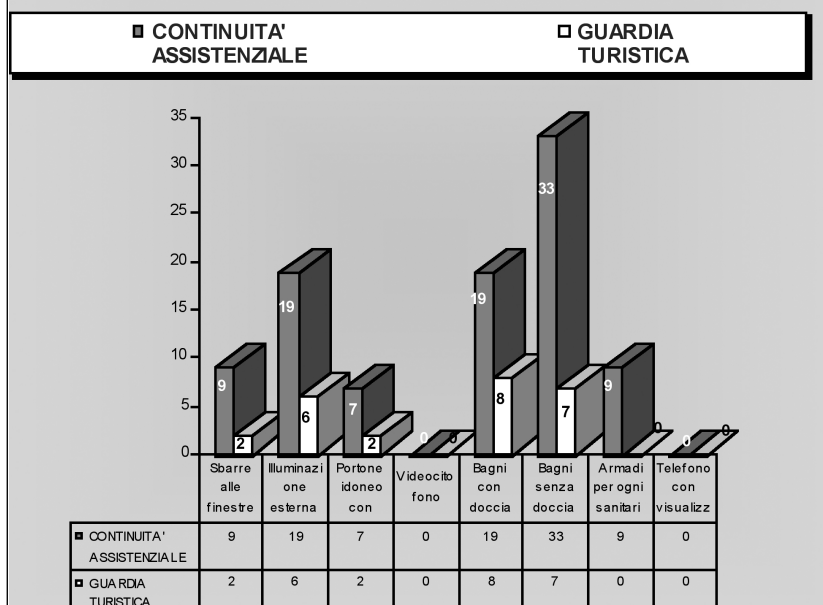
cioè non operativa di notte e nei giorni festivi) o del tutto prive di presidi di pubblica sicurezza capiremo subito quale era la situazione di pericolo in cui molti colleghi lavoravano prima di essere affiancati da una guardia giurata.

Solo pochi ambulatori risultano dotati di sbarre alle finestre, di illuminazione esterna adeguata e di altre caratteristiche importanti per la sicurezza personale. Se passiamo poi alla dotazione di locali idonei, di bagni appropriati e di arredi sufficienti, di tutto ciò, insomma, che riguarda non direttamente la "sicurezza" ma, piuttosto, la possibilità di esercitare la professione con un minimo di decoro, emerge dall'inchiesta un panorama sconcertante. Non c'è, infatti,

L'AMBULATORIO È FORNITO DI: CONTINUITÀ ASSISTENZIALE GUARDIA TURISTICA

Sbarre alle finestre	9	2
Illuminazione esterna adeguata	19	6
Portone idoneo con spioncino	7	2
Videocitofono	0	0
Bagni con doccia	19	8
Bagni senza doccia	33	7
Armadi per ogni sanitari	9	0
Telefono con visualizzazione chiamata	0	0

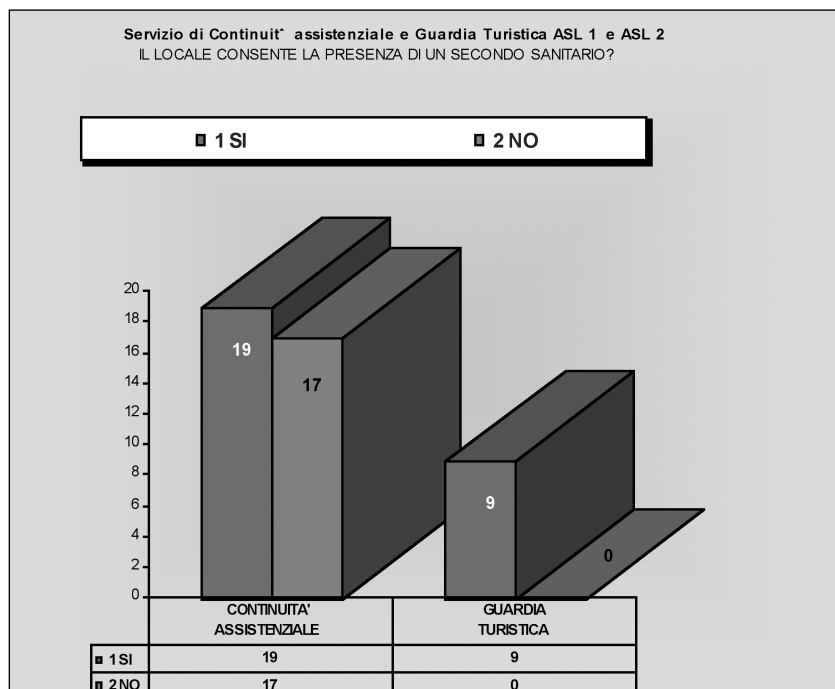
Servizio di Continuità assistenziale di Guardia Turistica ASL 1 e ASL 2
SERVIZI, ARREDI E DOTAZIONI DEGLI AMBULATORI



nessuna sede che abbia servizi veramente idonei: moltissimi colleghi segnalano che quelli che noi ci ostiniamo a chiamare “bagni” sono, in realtà, dei bugigattoli forniti di vaso (spesso privo di tavoletta) e lavandino e sono utilizzati in genere sia dal medico che dai pazienti, mentre le rarissime docce sono regolarmente guaste.

Da tutto questo deriva non solo il

disagio conseguente a una precaria condizione logistica, ma anche l'imbarazzo di non riuscire a mantenere almeno una parvenza di decoro (e stiamo parlando di professionisti che avrebbero l'obbligo di osservare una scrupolosa igiene personale e dell'ambulatorio e che di questo dovrebbero fare un punto irrinunciabile della loro professionalità!); per capire meglio le lamentele dei medici

**IL LOCALE CONSENTE LA PRESENZA
DI UN SECONDO SANITARIO****CONTINUITÀ
ASSISTENZIALE****GUARDIA
TURISTICA**1 SI
2 NO19
179
0

di guardia non è superfluo ricordare che si lavora in turni di alimento 12 ore a testa e che le pulizie avvengono di norma dal lunedì al venerdì, lasciando scoperti proprio i prefestivi e i festivi in cui si lavora ininterrottamente di giorno e di notte.

Nelle considerazioni che molti hanno voluto aggiungere al questionario emergono tante altre piccole e grandi disfunzioni che sono legate alle particolari condizioni di ogni singola sede di guardia e che, pur non comparando nei grafici allegati, sono state ben rappresentate dai responsabili dell'Ordine dei Medici a tutte le autorità e le istituzioni competenti: il Prefetto di Sassari, l'Amministrazione

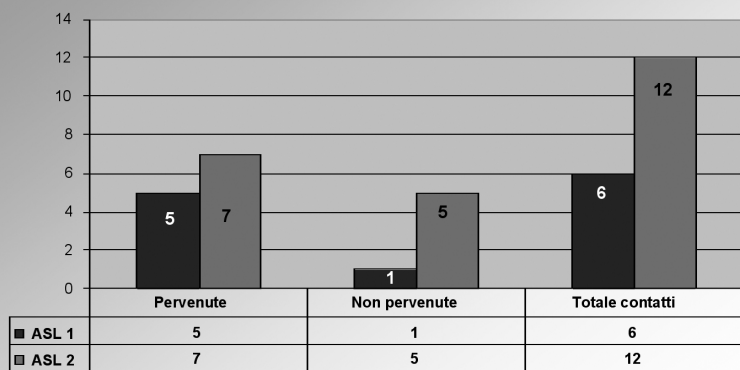
regionale e provinciale, il Direttore generale e i funzionari della AUSL n. 1 e 2, i quali tutti hanno dimostrato molto interesse e partecipazione al problema e hanno espresso piena disponibilità per trovare, in tempi brevi, le soluzioni migliori per garantire la sicurezza e la dignità dei medici.

L'istituzione di un servizio di vigilanza armata e gli altri segnali e promesse di interventi di adeguamento degli edifici sono stati accolti positivamente dai guardisti e fanno ben sperare sul futuro.

Per quanto compete all'Ordine, è arrivato il momento di fare una verifica di ciò che si è fatto in questi mesi

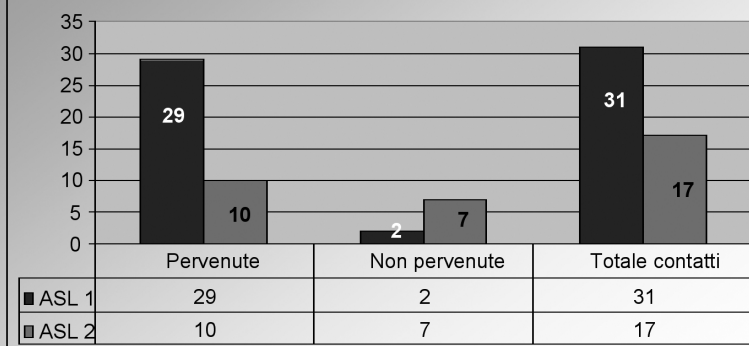
Indagine sullo stato di sicurezza dei servizi di Continuità assistenziale e di Guardia Turistica ASL 1 e ASL 2

Servizio di Guardia Turistica CONTATTI E RISPOSTE



Ordine dei Medici chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari

Servizio di Continuità assistenziale CONTATTI E RISPOSTE



e di cosa rimane da fare: un nuovo questionario può contribuire a raccogliere un'informazione puntuale ma vogliamo puntare anche sul nostro Bollettino dove, in ogni numero, verrà riservato uno spazio alle rifles-

sioni e alle proposte che i Colleghi vorranno farci pervenire e costituiranno un piccolo "forum", un luogo di dialogo e una possibilità di farsi sentire da parte di chi troppo raramente ha avuto questa possibilità nel

passato e si lamenta troppo giustamente di attirare l'attenzione solo in occasioni drammatiche o incresciose.

Con questa iniziativa "Sassari medica" spera di contribuire a far uscire la Guardia medica dalla cronaca nera e di far meglio conoscere anche l'importanza che questo servizio ha per le centinaia di pazienti che ogni giorno si rivolgono al medico di guardia nella nostra provincia, ricevendone risposte puntuali e adeguate: di questo non parla mai nessuno e, anche di ciò, è bene che cominciamo a parlarne noi e magari proprio nel nostro Bollettino! *L'indagine ha interessato 64 punti di guardia medica e di guardia turistica ubicati in tutta la pro-*

vincia di Sassari (AUSL N. 1 e 2): il questionario prevedeva domande con possibilità di risposte multiple e quelle che, a volte, appaiono incongruenze nel numero delle singole risposte derivano dal fatto che molti Colleghi hanno preferito rispondere solo parzialmente ai quesiti posti. Non pretendiamo che gli elaborati grafici qui pubblicati riescano a dare un'informazione esaustiva ma speriamo che abbiano almeno il pregio di fornire un quadro abbastanza fedele e significativo della situazione

Giovanni Biddau

Coordinatore Gruppo di lavoro
per la continuità assistenziale

RICHIESTA DI CERTIFICATI DI ISCRIZIONE ALL'ORDINE

Per il rispetto delle norme sulla privacy dei dati personali, l'Ordine rilascia i certificati di iscrizione solo al diretto interessato, oppure a persona che sia fornita di specifica delega scritta e correlata da un documento di identità proprio e dell'iscritto.

L'iniziativa si pone in osservanza della legge 675/96.

I medici sono pertanto invitati a collaborare, evitando lamenti agli sportelli in quanto il personale amministrativo si limita ad attenersi ai dettami della sopracitata legge.

Si ricorda che gli iscritti si possono avvalere dell'autocertificazione per i dati relativi all'iscrizione.

Tale autocertificazione deve contenere i dati anagrafici, l'albo di appartenenza, il numero di iscrizione, l'anzianità di iscrizione e l'assenza di procedimenti disciplinari.

Qualsiasi ente pubblico è obbligato ad accettare l'autocertificazione.

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

Norme e modalità per l'abilitazione

Il “nuovo” esame di stato e i problemi del tirocinio

Il 29 e 30 novembre 2003, come segretario dell'Ordine dei Medici di Sassari, mi sono recata a Roma alla sede della FNOMCeO per effettuare un corso di formazione sul nuovo esame di stato a cui hanno partecipato tutti i rappresentanti degli Ordini dei Medici sedi di facoltà di medicina.

Già due anni prima, nella G.U. del 27/12/2001 n°299, era stato pubblicato il decreto MIUR del 19/10/2001 n° 445 (“Regolamento concernente gli esami di Stato di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo”).

Modifica al D.M. 9/9/57, e successive modificazioni e integrazioni”) e da allora non si era saputo più niente in merito ad un eventuale regolamento attuativo.

Questo “nuovo” esame di stato presuppone una parte pratica e una parte scritta.

Durante il corso e nella successiva discussione si sono presentati i problemi relativi soprattutto all'attuazione della parte pratica che consiste in un tirocinio pratico valutativo che, come detto, è parte integrante dell'esame di stato.

La prima difficoltà era di ordine organizzativo in quanto il tempo a disposizione per l'organizzazione logistica del tirocinio pratico era limitato.

Tale tirocinio si deve svolgere per un mese presso un reparto di medicina, per un mese presso un reparto di chirurgia e per un mese presso l'ambulatorio di un medico di medi-

cina generale e per tale ragione il decreto presuppone, ove il tirocinio si svolga fuori delle strutture universitarie, una convenzione fra l'Università, l'Ordine dei Medici e le AUSL coinvolte sia come reparti sia come ambulatori territoriali dei medici di medicina generale.

La seconda difficoltà era che il tutor, responsabile diretto del tirocinante neolaureato, deve svolgere la sua attività “valutativa” (nonché formativa) nei confronti del tirocinante a titolo assolutamente gratuito e ovviamente volontario.

In considerazione del fatto che il tutor deve partecipare a corsi di formazione e a seminari interattivi oltre che svolgere la sua attività tutoriale durante l'attività lavorativa, si può immaginare quali obiezioni siano state fatte nei confronti del decreto.

I rappresentanti della commissione nazionale per gli esami di stato hanno però ribadito che si potrà cercare nel 2004, tramite trattative contrattuali, di reperire i fondi per il finanziamento del tirocinio pratico.

Il MIUR (Ministero della Istruzione, Università e Ricerca) non ha dato disponibilità finanziaria ...ma ha fatto partire il tutto.

L'Ordine dei Medici di Sassari, nella figura del presidente, ha proposto in sede di Consiglio Nazionale della FNOMCeO che il tutor potesse avere almeno un congruo numero di “crediti ECM” per l'anno in cui svolgerà la sua attività volontaria.

Come prima iniziativa l'Università insieme all'Ordine dei Medici ha

*Le difficoltà
per l'organizzazione
sono state
in parte
superate dalla
disponibilità
dei colleghi*

nominato una commissione paritetica per l'attuazione del tirocinio pratico valutativo che è formata da quattro medici nominati dal Rettore (Decio Cerimele, Salvatore Rubino, Antonio Azara, Angelo Deplano) e da quattro medici nominati dall'Ordine dei Medici e Chirurghi (Agostino Sussarellu, Mario Palermo, Alberto Delpini, Chiara Musio).

È stato eletto come presidente della commissione il professor Cerimele.

La commissione ha incaricato il presidente dell'Ordine dei Medici di pubblicizzare i bandi di concorso per la creazione degli elenchi dei medici di medicina generale e dei medici delle strutture operative ospedaliere dei reparti di medicina e chirurgia che si proponevano come tutor.

L'Università ha organizzato gli elenchi relativi ai tutor universitari.

Successivamente il presidente dell'Ordine, dopo aver parlato con i responsabili delle AUSL, ha indetto delle riunioni fra i sindacati medici, i responsabili delle unità operative ospedaliere dell'ASL n°1 e N°2 e ha inviato una lettera ai medici di medicina generale della provincia per pubblicizzare tali bandi di concorso. Come segretario dell'Ordine e come componente della commissione paritetica per l'attuazione del tirocinio valutativo dell'esame di stato, ho avuto l'incarico di organizzare i corsi di formazione per i tutor valutatori ai quali hanno partecipato insieme ai medici di medicina generale, i medici delle unità operative ospedaliere e i medici universitari.

Proprio durante tali corsi si è espresso il significato deontologico dell'attività tutoriale che presuppone che il medico tutor svolga un'attività di valutazione ma anche di formazione del giovane medico assicurando quindi che il neoiscritto abbia quella professionalità di cui l'Ordine

dei Medici si fa garante a tutela della salute dei cittadini.

L'attività tutoriale è però anche un momento di confronto con il tirocinante e con le figure professionali con cui in tutor collaborerà entrando nella attività formativa (per quanto il tirocinio sia valutativo) del neolaureato.

Per tale ragione è stato particolarmente apprezzato il fatto che in molti abbiano dato la propria disponibilità come tutor e comunque presto saranno riaperti i termini per la domanda per l'inserimento negli elenchi dei medici di medicina generale e delle unità operative ospedaliere e universitarie.

Per finire vorrei ricordare che tale esame di stato è nato come completamento del nuovo corso di laurea in medicina e chirurgia che presenterà negli ultimi due anni un tirocinio formativo pre-laurea che sarebbe il vero presupposto per il tirocinio valutativo post-laurea dell'esame di stato.

Per tale ragione la prima sessione del nuovo esame di stato sarà veramente "sperimentale" e soprattutto forse problematica per i neo-laureati che dovranno, dopo il tirocinio pratico, effettuare una prova scritta in un'unica giornata, divisa in due parti, ciascuna parte comprendente 90 quiz da svolgere in 150 minuti.

Il tirocinio pratico valutativo inizierà il 1 aprile 2004 e la prova scritta per quest'anno sarà il 15 luglio.

È certo che quest'anno gli esami di stato sono stati problematici per tutti però hanno anche creato una collaborazione fra Università, AUSL e Ordine dei Medici che speriamo possa essere di buon auspicio per i giovani neolaureati a cui auguriamo buona fortuna.

Chiara Musio

Non solo medicina: curare e aver cura

L'assistenza ai malati oncologici nelle fasi finali della malattia

Pubblichiamo la relazione che dottor Salvatore Salis, anestesista e terapista del dolore presso l'AUSL n°2 - Olbia, ha presentato nel novembre 2003 al convegno "Il dolore"- prima parte, organizzato dall'Ordine dei Medici e Odontoiatri della provincia di Sassari.

Ricordiamo che la seconda parte del convegno "Il dolore" si svolgerà il 12 giugno 2004 come da programma pubblicato su questo bollettino.

Sanare infirmos, sedare dolorem, l'etica deontologica ammette almeno questi due doveri; tra questi quello di sanare è tradizionalmente più forte.

Qualora tale impostazione si rilevi efficace per curare malati che hanno almeno teoricamente la possibilità di guarire, non sembra però adeguata per quella vasta fascia di persone affette da malattia inguaribile in fase progressivamente inaggravante.

Se queste persone non possono avere, quindi, come obiettivo il sanare, dovrebbero almeno ottenere una migliore "qualità di vita", il problema quindi deve spostarsi dalla malattia al malato, dal curare all'aver cura.

Succede, invece, purtroppo che molti medici vivono la morte del paziente come una testimonianza di sconfitta e inevitabilmente abbassano la guardia di fronte agli innumerevoli problemi che tali pazienti pongono.

Il risultato è che ancora oggi questi malati concludono la loro esistenza tra sofferenze fisiche e psichiche indegne in un Paese civile.

Eppure il nostro Codice Deontolo-

gico all'Art. 20 recita: il medico non può abbandonare il malato ritenuto inguaribile, ma deve continuare ad assisterlo anche al solo scopo di lenire la sofferenza fisica e psichica.

Per poter essergli di aiuto è quindi necessario promuovere una vera e propria rivoluzione sanitaria e passare da una struttura gerarchica piramidale, che della medicina del guarire vede al suo vertice il medico, ad una struttura circolare, che vede al centro il paziente e intorno ad esso le varie figure professionali competenti e responsabili nel proprio settore.

Prima di addentrarci nello specifico, vediamo però di cogliere le dimensioni del problema oncologico. Il cancro è un problema mondiale.

Ogni anno vengono diagnosticati milioni di nuovi casi e circa cinque milioni di persone muoiono per l'evoluzione della malattia.

Tra i vari problemi che affliggono questi malati certamente il dolore assume un carattere prevalente.

Colpisce circa nove milioni di persone in tutto il mondo ed è molto spesso inadeguatamente trattato.

Dagli ultimi studi epidemiologici, si è rilevato, che il dolore è avvertito dal 20-50 % dei pazienti al momento della diagnosi e dal 55-95 % nei casi di tumore in fase avanzata; tra questi ultimi è di grado moderato o grave nel 40-50 % dei casi.

Sarebbe sbagliato, però, considerare il dolore neoplastico come solo l'espressione di una stimolazione nocicettiva periferica. Entrano infatti in campo tutta una serie di componenti

*L'obiettivo
di una migliore
"qualità della vita".
Ostacoli
da carenze
nell'organizzazione
dell'assistenza
domiciliare*

(fisiche, economiche, sociali, psicologiche, spirituali) che tendono a modificarlo in una sensazione molto complessa.

Epicuro descriveva il piacere come l'assenza di dolore nel corpo e l'assenza di turbamento nell'anima.

Ebbene è improbabile che chi si occupa di dolore possa avere dei risultati soddisfacenti se non si tenga conto di questo turbamento.

Bisogna ricorrere quindi all'effetto antalgico del rapporto umano.

Tutte le sensazioni dolorose che afferiscono al midollo spinale, per poi afferire ai centri nervosi superiori, trovano nel malato depresso un cancello dalle maglie piuttosto larghe.

Il dolore può avere inizio nel corpo, ma entra man mano a far parte di altri circuiti: della storia dell'individuo, dei suoi vissuti, dei suoi messaggi e delle sue relazioni.

Il dolore non lo si può misurare in maniera precisa come si fa' con la pressione arteriosa o con la temperatura, è un fenomeno individuale, solo chi vive il dolore lo può a suo modo "narrare".

Siamo quindi di fronte a quello che è ormai riconosciuto come termine universale per descrivere questo tipo di dolore e cioè total pain (dolore totale).

Nel nostro Paese l'assistenza domiciliare è molto carente e i nostri ospedali perdono ogni contatto con il paziente che torna al proprio domicilio e ciò non tanto perché il trattamento a domicilio risulti particolarmente complesso, ma per il disinteresse politico a risolvere il problema.

Non vi è dubbio che la maggior parte dei pazienti preferisce stare a casa ed è ormai stabilito che il malato a domicilio prova meno dolore, meno ansia e meno depressione del malato curato allo stesso modo in ospedale.

In un reparto ospedaliero inoltre esiste purtroppo la miseria del morire in solitudine o peggio isolati e non esiste l'intimità del congedo dal mondo, non

si ha lo spazio di solitudine necessario per morire.

Il primo colloquio con il paziente risulta fondamentale nell'instaurare un valido rapporto tra paziente e medico, bisogna ricordarsi che la disponibilità del sanitario è percepita non solo attraverso la comunicazione verbale, ma soprattutto attraverso la comunicazione non verbale.

Esiste nel rapporto medico-paziente la necessità di avvicinare realtà differenti.

Il medico ha una visione scientifica oggettiva della malattia, il paziente ha un suo vissuto emotivo; esistono da parte degli operatori sanitari delle distorsioni professionali che vanno riconosciute ed evitate.

Un distacco esagerato, dove il morire è oggetto di ricerca scientifica, non è un problema soggettivo, ma esterno impersonale oggettivo.

Un ottimismo esagerato, per cui il medico non vuole realmente aiutare il paziente ma se stesso; è un meccanismo di fuga dalla morte.

Una compassione esagerata, consiste in una fusione psicologica con il morente; vivo, muoio, rinasco con ogni morente, quindi ho vinto la morte.

Ci sono medici che considerano la vita come una ininterrotta linea che va dalla vita alla morte, in cui l'assistenza diventa una implacabile necessità di curare e il trattamento è più penoso della malattia stessa.

Altri che vedono questa linea interrotta nel finale dall'inizio del processo del morire; questo processo stabilisce la differenza tra l'estensione della malattia ed il prolungamento della morte.

È fondamentale quindi saper riconoscere le fasi cliniche della malattia tumorale: curativa, palliativa, terminale.

Nella fase curativa l'obiettivo principale è la sopravvivenza e la tossicità delle terapie può essere alta.

Nella fase palliativa l'obiettivo principale è la qualità di vita e la tossicità

delle terapie deve essere bassa. Nella fase terminale l'obiettivo principale è ancora la qualità di vita ma le terapie non devono essere tossiche.

Personalmente ritengo che ci siano poche regole, ma assolutamente da rispettare, se si vuole creare quel clima di empatia necessario perché la comunicazione tra paziente e medico continui in modo ottimale.

La prima regola è che si debba avere del tempo.

In una società che ci costringe ad alti ritmi di vita relazionale e lavorativa, bisogna trovare il tempo per sedersi accanto al letto di questi pazienti, direi anche un tempo minimo di mezz'ora perché il paziente possa percepire il nostro interesse nei suoi confronti.

La seconda regola impone che curiamo la comunicazione non verbale: mimica del viso, postura del busto, sono fondamentali durante la visita.

La prima impressione è fatta di gestualità. Che fare ?

Innanzitutto bisogna sedersi accanto al paziente (mai in piedi), se si ha la giacca o l'impermeabile bisogna toglierselo, si darà l'impressione di non avere fretta.

Si guardi il paziente negli occhi, mantenendo sempre il contatto con gli occhi, appena possibile gli si stringa la mano e gli si palpi sempre la zona dolente, è una forma di rassicurazione importantissima.

Terza regola, non si abbia timore del silenzio; il silenzio è una forma altissima di comunicazione.

Personalmente mi è capitato molte volte di instaurare rapporti di profonda partecipazione emotiva semplicemente non proferendo parola, quando tutt'intorno era un vociare senza senso, eppure manifestando al paziente profonda compassione nel senso vero del termine, cum-patire, condivido con te la tua sofferenza e rispetto il tuo silenzio .

Ultima, ma non per questo meno im-

portante regola è quella di rassicurare il paziente sul fatto che qualunque cosa succeda ci saranno persone disponibili ad aiutarlo e che esiste la possibilità di eliminare il dolore a qualsiasi livello di intensità e di controllare la maggior parte dei sintomi .

Il nostro compito è di non fuggire, è di stare accanto a chi soffre con una presenza discreta, silenziosa, eppure profondamente partecipe.

Dire o non dire ?

È uno dei problemi cardine delle cure palliative, non esistono mai due percorsi uguali, ogni paziente è un paziente unico; bisogna capire quanto, quando e come rispondere alle sue domande.

Non si può, però non tenere conto della sua situazione psicologica, dell'iter psicologico così ben descritto dalla Dottorssa Kubler-Ross (rifiuto, collera contrattazione, depressione, accettazione), bisogna capire in quale stadio il paziente si trovi ed aiutarlo ad arrivare all'accettazione della malattia.

Nella mia esperienza ho potuto notare che le persone che stanno morendo non attraversano ordinatamente e progressivamente queste fasi, tutti però ne attraversano almeno una.

Certamente però, non bisogna incorrere nell'errore di classificare come caratteriale un paziente che si trova nella fase di collera della malattia stessa.

Il processo di adattamento ad una prognosi grave non ha una durata fissa, è un processo individuale.

In medio stat virtus, dicevano i Latini e questa frase può essere benissimo applicata in questo caso.

Bisogna evitare una comunicazione inadeguata crudele e completa in un momento nel quale il paziente non è in grado di accettare una certa realtà, ma bisogna anche evitare una infantilizzazione ed un ottimismo ingiustificato che gli prospetti la possibilità di raggiungere obiettivi non realistici.

Una verità dolorosa, ma comunicata

in modo gentile, affettuoso e graduale, non equivale alla distruzione della speranza.

La speranza di guarire si converte in speranze alternative.

Speranza di un trapasso dignitoso e sereno, speranza di avere abbastanza amato, di essere ricordato in modo positivo, speranza che la propria vita abbia avuto un significato e di averla vissuta degnamente.

Un'ultima riflessione riguarda, doverosamente, le motivazioni che possono spingere delle persone ad occuparsi delle cure palliative.

Al di là delle motivazioni personali che possono aver toccato da vicino noi operatori, credo che non ci si possa occupare di questi pazienti senza avere la percezione, per non dire la certezza, che alla base di tutto ci sia uno scambio.

Noi diamo un pezzo della nostra salute e loro la volontà di vivere intensamente, che essendo sani, forse abbiamo perduto.

Il morente è un grande docente, poiché in poco tempo è portato a tirare le somme della propria esistenza e a trasmetterne il significato.

Come operatori sanitari siamo quindi sia docenti che discenti.

Stando accanto a loro si riscoprono situazioni e cose alle quali non si baderebbe mai.

Nel libro "Guarigioni Straordinarie" un paziente descrive in maniera mirabile questo stato d'animo. "fu un periodo di grandi scoperte... ogni più semplice azione aveva un significato profondo. Il rumore dell'acqua che scendeva dal rubinetto, della carta piegata, dei passi in corridoio, tutto riecheggiava nell'intimo dell'anima... Sole e ombre, alberi, erba, persone, cani, le cose più ovvie avevano una tale indescrivibile bellezza da farmi venire le lacrime agli occhi". E ancora Marie de Hennezel nel "La morte amica" ci racconta la sensazione che ha vissuto

dopo la morte di un paziente: "Lasciando Danièle ho avuto voglia di andare a correre come una pazza, a piedi nudi sull'erba.

Sul grande prato di fronte al castello, ho provato un piacere immenso nel correre, sentire la terra calda e umida sotto i piedi, ho ringraziato la vita e Danièle per quel momento di gioia consapevole".

Ed è proprio di gioia consapevole che si tratta l'aver a che fare con questi pazienti alla lunga ti fa acquisire una sensibilità che se da un lato talvolta dimostra gli aspetti tristi della vita, dall'altro ti insegna a godere intensamente e consapevolmente delle gioie che la vita ti offre.

Dice ancora Marie de Hennezel: "L'accompagnamento è una faccenda d'impegno e d'amore, non ci si può trincerare dietro al camice del professionista, medico, infermiere o psicologo che sia. Ci si sfinisce meno, penso, impegnandosi a fondo e imparando a ricaricarsi, che non proteggendosi dietro un atteggiamento difendendo.

L'ho osservato spesso tra il personale curante : chi si difende di più è poi chi si lamenta di più di essere sposato".

Il medico che combatte un tumore può vincere o perdere, ma il medico che si dedica al proprio malato vince sempre.

Bisogna recuperare quindi quei valori che spingevano i Colleghi delle vecchie generazioni a praticare il mestiere del medico ritenendo che fosse un'ottima opportunità per occuparsi dell'umanità sofferente, non dimenticando però di far propri i progressi che la scienza ci offre.

Il futuro ha un cuore antico.

Salvatore Salis

(Servizio Anestesia Rianimazione
e Terapia Antalgica
Ospedale Olbia)

Diffuse dal ministero della Salute

Note informative importanti sull'uso dei farmaci

Il ministero della Salute ha diffuso una serie di importanti note informative riguardanti alcuni farmaci, modalità e criteri di rimborso, effetti che possono avere, norme e precauzioni d'uso.

Antistaminici

Gli antistaminici rientrano all'interno del Prontuario Farmaceutico Nazionale. Infatti, l'ordinanza del ministro Sirchia, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 49 del 29 febbraio 2004, riammette al rimborso i

farmaci antistaminici per il trattamento di patologie su base allergica di grado medio o grave (rinocongiuntivite allergica stagionale, orticaria persistente non vasculitica) per trattamenti prolungati (superiori a sessanta giorni).

Tali farmaci, che erano fino a questo momento a totale carico dei cittadini, sono quelli contenuti nell'allegato 1 dell'ordinanza e sono rimborsati in classe A con nota CUF 89. Ciò è stato possibile grazie al contenimento della spesa farmaceutica evidenziatosi nel 2003.

Allegato 1

<i>PA</i>	<i>Farmaco</i>	<i>AIC</i>	<i>Confezione</i>	<i>Ditta</i>	<i>Prezzo PP</i>
<i>acrivastina</i>					
	SEMPREX	27324019	42 CPS 8 MG	WELLCOME FOUNDATION LTD	€ 5,33
<i>cetirizina</i>					
	FORMISTIN	27329010	20 CPR RIV 10 MG	LUSO FARMACO	€ 9,95
	FORMISTIN	27329022	10 MG/ML GOCCE ORALI, SOLUZ. FLAC. 20 ML	LUSO FARMACO	€ 12,92
	VIRLIX	27811037	20 CPR RIV 10 MG	MEDIOLANUM	€ 9,95
	VIRLIX	27811025	10MG/1 ML GOCCE ORALI SOLUZ. FLAC. 20 ML	MEDIOLANUM	€ 12,92
	ZIRTEC	26894016	20 CPR RIV. 10 MG	UCB PHARMA	€ 9,95
	ZIRTEC	26894028	10 MG/ML GOCCE ORALI, SOLUZ. FLAC. 20 ML	UCB PHARMA	€ 12,92
<i>desloratadina</i>					
	AERIUS	35201096	20 CPR RIV. 5 MG	SP EUROPE	€ 10,03
	ALEX	35202098	20 CPR RIV. 5 MG	SP EUROPE	€ 10,03
	AZOMYR	35203090	20 CPR RIV. 5 MG	SP EUROPE	€ 10,03
	NEOCLARITYN	35204092	20 CPR RIV. 5 MG	SP EUROPE	€ 10,03

OPULIS	35205095	20 CPR RIV. 5 MG	SP EUROPE	€ 10,03
<i>ebastina</i>				
CLEVER	29353012	30 CPR RIV. 10 MG	CHIESI	€ 15,78
KESTINE	34930014	30 CPR RIV. 10 MG	ALMIRALL S.P.A.	€ 15,78
<i>fexofenadina</i>				
TELFEST	33303037	20 CPR RIV. 180 MG	LEPETIT	€ 11,72
TELFEST	33303049	20 CPR RIV. 120 MG	LEPETIT	€ 8,69
<i>ketotifene</i>				
ALLEAL	26241024	1 FLAC. SCIR. 200 ML	PIERRE FABRE PHARMA	€ 7,06
ALLEAL	26241036	15 CPR 2 MG RILASCIO PROL.	PIERRE FABRE PHARMA	€ 5,24
CHETOFEN	33831037	15 CPR 2 MG RILASCIO PROL.	PULITZER ITALIANA	€ 4,54
CHETOTIFENE	33799038	15 CPR 2 MG RILASCIO PROL.	MERCK GENERICS ITALIA	€ 4,54
ZADITEN	24574042	15 CPR 2 MG RILASCIO PROL.	NOVARTIS FARMA	€ 5,81
ZADITEN	24574030	SCIR. 200 ML 0,2 MG/ML	NOVARTIS FARMA	€ 7,06
<i>levocetirizina</i>				
XYZAL	35666080	20 CPR 5 MG	UCB PHARMA	€ 9,95
XYZAL	35666092	21 CPR 5 MG	UCB PHARMA	€ 9,95
<i>loratadina</i>				
ALORIN	34031017	20 CPR 10 MG	ESSEX	€ 9,75
ALORIN	34031029	0,1% SCIR. FLAC. 100 ML	ESSEX	€ 5,90
CLARITYN	27075011	20 CPR 10 MG	SCHERING PLOUGH	€ 9,75
CLARITYN	27075023	1MG/ML SCIR. FLAC. 100 ML	SCHERING PLOUGH	€ 5,90
CLARITYN	27075050	20 CPR EFFER. 10 MG	SCHERING PLOUGH	€ 9,75
FRISTAMIN	27076037	20 CPR EFFER. 10 MG	FIRMA	€ 9,75
FRISTAMIN	27076025	1 MG/ML SCIR. 1 FLAC. 100 ML	FIRMA	€ 5,90
FRISTAMIN	27076013	20 CPR 10 MG	FIRMA	€ 9,75
<i>mizolastina</i>				
ASOLERGYL	32312148	20 CPR 10 MG	INVERNI DELLA BEFFA	€ 8,69
MIZOLLEN	32310094	20 CPR 10 MG	SANOFI-SYNTHELABO	€ 8,69
ZOLISTAM	32311096	20 CPR 10 MG	ANGELINI	€ 8,69
<i>oxatomide</i>				
TINSET	25293010	30 CPR 30 MG	PRODOTTI FORMENTI	€ 6,59
TINSET	25293034	2,5% GOCCE ORALI, SOSP. 1 FLAC. 30 ML	PRODOTTI FORMENTI	€ 5,24
<i>prometazina</i>				
FARGANESSE	26964015	20 CONF. 25 MG	PHARMACIA ITALIA	€ 1,50
FARGANESSE	26964039	IM 5 FIALE 2ML/50MG	PHARMACIA ITALIA	€ 2,53
<i>terfenadina</i>				
ALLERZIL	27802014	30 CPR 60 MG	BRUNO FARMACEUTICI	€ 5,77

Risperidone

Informazioni di sicurezza su Risperdal e Belivon (risperidone) e sul rischio di eventi cerebrovascolari nel trattamento delle psicosi e dei disturbi comportamentali in pazienti anziani affetti da demenza.

Le informazioni di sicurezza riguardano l'uso dei risperidone nel trattamento dei disturbi del comportamento in pazienti anziani affetti da demenza. L'uso ha evidenziato un aumento di rischio di eventi avversi cerebrovascolari (ictus e attacchi ischemici transitori) di oltre 3 volte rispetto al placebo.

La stessa Commissione unica del farmaco sulla base di questi dati aveva espresso parere sfavorevole alla richiesta di estensione delle indicazioni terapeutiche del risperidone al trattamento della psicosi e dei disturbi del comportamento associati alla demenza.

La Commissione unica del farmaco ha raccomandato i seguenti aggiornamenti del riassunto delle caratteristiche del prodotto (R.C.P.) e del foglio illustrativo per il paziente (F.I.) per tutte le confezioni e formulazioni di risperidone.

Il riassunto delle caratteristiche del prodotto è stato così modificato:

Avvertenze speciali e opportune precauzioni d'impiego

Risperidone non è autorizzato per il trattamento della psicosi e/o disturbi comportamentali correlati a demenza e non è raccomandato per questo particolare gruppo di pazienti a causa di un aumento del rischio di eventi avversi cerebrovascolari (EACV). In studi clinici controllati con placebo (della durata di 6-12 settimane) su pazienti anziani con sintomatologia psicotica e/o disturbi comportamentali correlati alla demenza sono stati riportati EACV (ad es. ictus,

TIA), alcuni dei quali fatali. Nei pazienti trattati con risperidone è stato riscontrato un aumento di EACV di oltre 3 volte rispetto ai pazienti trattati con placebo. Tutti i pazienti trattati con risperidone e placebo che hanno presentato EACV avevano fattori di rischio preesistenti.

Effetti indesiderati

In studi clinici su pazienti anziani con demenza, il trattamento con risperidone è stato associato con una più alta incidenza di eventi avversi cerebrovascolari rispetto al placebo.

Il foglio illustrativo è stato così modificato:

Opportune precauzioni d'impiego

L'uso di Risperdal/Belivon nei pazienti anziani con demenza non è raccomandato in quanto potrebbe causare seri effetti collaterali avversi quali ictus o attacchi ischemici transitori (TIA).

Il medico deve essere informato nel caso in cui il paziente abbia avuto in passato un ictus o un attacchi ischemici transitori (TIA).

Effetti indesiderati

Ictus, attacchi ischemici transitori (TIA).

Olanzapina

Zyprexa, Zyprexa Velotab compressa orodispersibile e Zyprexa polvere per iniezione. Informazione di sicurezza su olanzapina e rischio di mortalità e ictus nel trattamento delle psicosi e dei disturbi comportamentali in pazienti anziani affetti da demenza.

In accordo con il Comitato per le Specialità Medicinali (CPMP) dell'Agenzia Europea per la valutazione delle Specialità Medicinali (EMEA) e con il

Ministero della Salute italiano, la Eli Lilly da notizia di un'importante e nuova informazione di sicurezza riguardante olanzapina ed il suo uso nei pazienti anziani affetti da demenza. L'uso di olanzapina non è autorizzato per il trattamento delle psicosi e/o disturbi comportamentali correlati a demenza.

È necessario riconsiderare il trattamento di quei pazienti che assumono olanzapina per le psicosi e/o i disturbi comportamentali associati alla demenza e parlarne con i pazienti stessi o con coloro che li assistono.

Questa informazione di sicurezza proviene da studi clinici e riguarda i pazienti anziani affetti da demenza in trattamento con olanzapina. L'informazione di sicurezza comprende due elementi:

- 1) un aumento della mortalità di due volte rispetto al placebo;
- 2) un aumento degli eventi avversi cerebrovascolari di tre volte rispetto al placebo.

Questa informazione è basata su una revisione ed analisi integrate di 5 studi controllati con placebo (N=1662; olanzapina n=1184) condotti dalla Eli Lilly con olanzapina in pazienti anziani affetti da demenza di Alzheimer, vascolare e mista). Questi studi non hanno accertato l'efficacia di olanzapina nel trattamento delle psicosi e/o sintomi comportamentali.

I nuovi dati di sicurezza sono stati presentati al CPMP (il Comitato Scientifico Europeo per i farmaci autorizzati in Europa) che ha raccomandato i seguenti aggiornamenti del riassunto delle caratteristiche del prodotto (R.C.P.) e del foglio illustrativo per il paziente (F.I.) e per tutte le confezioni e formulazioni di Zyprexa e Zyprexa Velotab.

Il riassunto delle caratteristiche del prodotto è stato così modificato:

Avvertenze speciali e opportune precauzioni d'impiego

Olanzapina non è autorizzata per il trattamento delle psicosi e/o disturbi comportamentali correlati a demenza e non è raccomandata per questo particolare gruppo di pazienti a causa di un aumento della mortalità e del rischio di eventi avversi cerebrovascolari (EACV). In studi clinici controllati con placebo (di durata di 6-12 settimane) su pazienti anziani (età media 78 anni) con sintomatologia psicotica e/o disturbi comportamentali correlati alla demenza, c'è stato un aumento dell'incidenza di decessi due volte superiore tra i pazienti in trattamento con olanzapina rispetto ai pazienti trattati con placebo (rispettivamente 3.5% vs. 1.5%). La più alta incidenza di decessi non è risultata associata alla dose di olanzapina (dose giornaliera media di 4,4 mg) o alla durata del trattamento. I fattori di rischio che possono predisporre questa popolazione di pazienti ad un aumento di mortalità comprendono l'età superiore ai 65 anni, la disfagia, la sedazione, la malnutrizione e la disidratazione, le malattie polmonari (ad esempio polmonite anche ab ingestis) o l'uso concomitante di benzodiazepine. Comunque, l'incidenza di decessi è stata più alta nei pazienti trattati con olanzapina rispetto ai pazienti trattati con placebo indipendentemente da questi fattori di rischio.

Negli stessi studi clinici, sono stati riportati eventi avversi cerebrovascolari (EACV, ad esempio ictus, TIA), alcuni dei quali fatali. Nei pazienti trattati con olanzapina rispetto ai pazienti trattati con placebo (rispettivamente 1,3% e 0,4%) è stato riscontrato un aumento 3 volte superiore di EACV. Tutti i pazienti trattati con olanzapina e placebo che hanno presentato EACV avevano fattori di rischio preesistenti. L'età superiore ai 75 anni e la demenza

vascolare/mista sono stati identificati come fattori di rischio per la comparsa di EACV in corso di trattamento con olanzapina.

L'efficacia di olanzapina non è stata stabilita in questi studi.

Effetti indesiderati

In studi clinici su pazienti anziani con demenza, il trattamento con olanzapina è stato associato con una più alta incidenza di decessi ed eventi avversi cerebrovascolari rispetto al placebo (vedere anche 4.4). In questo gruppo di pazienti effetti indesiderati molto comuni (>10%) associati con l'uso di olanzapina sono stati i disturbi della deambulazione e le cadute. Comunemente (1-10%) sono stati osservati polmonite ed incontinenza urinaria.

Il foglio illustrativo è stato così modificato:

2. Faccia particolare attenzione con Zyprexa:

- L'uso di Zyprexa nei pazienti anziani con demenza non è raccomandato in quanto potrebbe causare seri effetti collaterali.

Se lei è affetto da una delle seguenti patologie lo comunichi al Suo medico non appena possibile:

- Ictus, attacchi ischemici transitori (TIA).

Se Lei è affetto da demenza, Lei o chi si prende cura di Lei deve informare il Suo medico nel caso in cui Lei abbia avuto in passato un ictus o un attacco ischemico transitorio (TIA).

Possibili effetti indesiderati

Durante il trattamento con olanzapina, pazienti anziani con demenza potrebbero essere soggetti a ictus, polmonite, incontinenza urinaria, cadute, disturbi della deambulazione. In questo

particolare gruppo di pazienti sono stati riportati alcuni casi fatali.

Lei può contribuire al monitoraggio della sicurezza di Zyprexa/Zyprexa Velotab segnalando le reazioni avverse, che devono essere inviate al Responsabile di Farmacovigilanza della struttura di appartenenza.

L'EMA ha preparato un comunicato relativo a questa informazione di sicurezza che sarà consultabile sul proprio sito (www.emea.eu.int) e sul sito del Ministero della Salute italiano (www.ministerosalute.it) a partire dal 9 marzo alle 14.00. Questo comunicato fornisce ulteriori informazioni sulle conclusioni dell'EMA e del suo organo scientifico, il CPMP, su questo argomento.

Il Ministero della Salute coglie l'occasione per ricordare a tutti i medici l'importanza della segnalazione delle reazioni avverse da farmaci, quale strumento indispensabile per confermare un rapporto beneficio rischio favorevole nelle sue reali condizioni di impiego.

Le segnalazioni di sospetta reazione avversa da farmaci devono essere inviate al Responsabile di Farmacovigilanza della Struttura di appartenenza.

Nafazolina

Specialità medicinali a base di Nafazolina: rischio di reazioni avverse neurologiche in età pediatrica e uso inappropriato in bambini di età inferiore a quella autorizzata.

La nafazolina è un agente simpaticomimetico per uso rinologico e oculistico, dotato di attività vasocostrittiva e utilizzato come decongestionante.

Le specialità medicinali autorizzate che contengono nafazolina sono

approvate sia per l'automedicazione che come medicinali che richiedono la prescrizione.

L'uso della nafazolina è controindicato nei bambini al di sotto dei 6 anni per le concentrazioni fino a 0,025 g% di cloridrato o nitrato, e al di sotto dei 10 anni per prodotti con concentrazioni superiori a 0,025 g%.

Uno studio multicentrico sulla "Sorveglianza degli eventi avversi dei farmaci in pediatria", coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), ha messo in evidenza un incremento del rischio di insorgenza di problemi neurologici nei bambini a cui erano stati somministrati farmaci a base di nafazolina.

Sono stati riscontrati, in bambini sotto i 6 anni d'età, effetti sistemici, per quanto rari, che consistevano essenzialmente in quadri clinici caratterizzati da spiccata sedazione, ipotonia, pallore, ipercinesia, extrasistolia, bradipnea/apnea, ipotermia e segni/sintomi suggestivi di grave depressione del sistema nervoso centrale.

Si è riscontrato, inoltre, un uso inappropriato del medicinale in bambini di età inferiore a quella autorizzata o a dosaggi non congrui con l'età dei pazienti.

Si richiama, quindi, l'attenzione dei medici (in particolare dei pediatri) e dei farmacisti al rispetto delle modalità di prescrizione/consiglio all'uso della nafazolina, nonché alla necessità di far rispettare quanto riportato nel riassunto delle caratteristiche del prodotto e nel foglio illustrativo, con particolare riguardo all'età pediatrica.

Si ricorda infine che il trattamento con prodotti a base di nafazolina non va prolungato, in tutte le fasce di età, oltre i 7 giorni in quanto l'uso di simpaticomimetici è stato associato ad

un effetto "rebound" che avviene più frequentemente dopo un uso protratto.

Metoclopramide

Informazioni sulla sicurezza delle specialità medicinali contenenti Metoclopramide.

- *Aumento del rischio di eventi neurologici nei bambini al di sotto dei 16 anni*
- *revoca delle indicazioni pediatriche*
- *Aggiunta della controindicazione in pediatria*

La Commissione unica del farmaco (CUF), il Comitato nazionale di esperti per la valutazione dei farmaci del ministero della Salute, informa su nuove importanti evidenze relativamente alla sicurezza di metoclopramide nel trattamento di bambini al di sotto di 16 anni.

Il meccanismo d'azione della metoclopramide è complesso, essendo il farmaco un antagonista competitivo dei recettori periferici e centrali della dopamina, soprattutto di quelli localizzati nella zona CTZ (Chemoreceptor Trigger Zone) sita nel pavimento del IV ventricolo, dei recettori 5-HT₃ (serotonina), nonché agonista specifico dei recettori 5-HT₄ coinvolti nella stimolazione dei neuroni colinergici enterici.

Tali proprietà conferiscono alla metoclopramide una potente attività antiemetica di tipo centrale e attività procinetica intestinale che è indipendente dall'innervazione vagale ma abolita da atropina e altri antagonisti muscarinici.

Dal 1999 un gruppo dell'Istituto Superiore di Sanità del Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica ha coordinato uno studio multicentrico

sulla sicurezza dei farmaci in pediatria. Recentemente è stata inviata all'ufficio di farmacovigilanza del Ministero della Salute una analisi relativa agli eventi neurologici legati all'uso della metoclopramide. Questa analisi ha evidenziato che nei bambini vi è un aumento di rischio pari a 3 se si considerano tutti gli eventi neurologici e pari a 73 se si considera solo la sintomatologia extrapiramidale. Lo studio mette in evidenza come nella maggior parte dei casi la metoclopramide sia prescritta per il trattamento del vomito in corso di febbre e influenza. Una revisione delle segnalazioni presenti nella banca dati della Rete Nazionale di

Farmacovigilanza ha confermato tali evidenze.

Sulla base di questi dati la CUF ha considerato il rapporto beneficio/rischio della metoclopramide nel trattamento dei disturbi gastrici nei bambini non favorevole e ha deciso di controindicare i farmaci contenenti metoclopramide per il trattamento dei bambini di età al di sotto di 16 anni.

Il riassunto delle caratteristiche del prodotto e il foglio illustrativo delle specialità a base di metoclopramide sono stati modificati ed è stata aggiornata anche la sezione relativa alla gravidanza.

Per i minori e i disabili

Gratuiti i certificati di idoneità all'attività sportiva agonistica

Dal 25 dicembre 2003 saranno gratuiti i certificati di idoneità all'attività sportive agonistica (nelle società dilettantistiche) dei minori e dei disabili, i certificati di idoneità all'affidamento e all'adozione e quelli di idoneità allo svolgimento del servizio civile. Con un *decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri* (pubblicato sulla G.U. del 10 dicembre 2003, n. 286), infatti, è stato modificato l'allegato 2A del D.P.C.M. sui Livelli essenziali di assistenza che, nella sua versione precedente, prevedeva la gratuità solo per i certificati rilasciati dal medico di famiglia e dal pediatra di base per le attività sportive in ambito scolastico. Diventano gratuiti anche tutti gli accertamenti (visite specialistiche, analisi cliniche, indagini strumentali) richiesti dal medico per valutare l'idoneità. Restano a pagamento, invece, tutti i certificati (ed i relativi accertamenti) richiesti dai cittadini per i fini più diversi (patente di guida, porto d'armi, idoneità all'impiego, libretto di lavoro, ecc.) anche quando previsti da disposizioni di legge.

La nuova normativa, oggetto di un accordo preventivo tra Stato e Regioni, discende dalla volontà di incentivare la pratica sportiva tra i giovani e i portatori di handicap e di promuovere scelte di particolare valore sociale quali l'adozione e l'affidamento di bambini in stato di abbandono e lo svolgimento del servizio civile.

Cambiamenti introdotti dal ministero della Salute

I farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore

Nella Gazzetta Ufficiale n. 7 del 10 gennaio 2004 è stata pubblicata la circolare del Ministero della Salute 4 novembre 2003, n. 800 UCS/AGI/7990, concernente “I farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore”.

La circolare pone in rilievo, come alla luce di recenti analisi sul consumo dei farmaci oppiacei, l'Italia risulti essere un paese che non risponde ai reali bisogni dei pazienti affetti da dolore severo in corso di patologie neoplastiche o degenerative, negando loro il giusto sollievo in particolare nella fase terminale.

Essa enuncia, quindi, i cambiamenti introdotti dal decreto ministeriale 4 aprile 2003, emanato in applicazione della legge 8 febbraio 2001, n. 12, al fine di facilitare la prescrizione e l'impiego dei farmaci oppiacei.

In particolare, con riferimento alla responsabilità del medico ed ai fini di una corretta applicazione della norma legislative, sottolinea la necessità che ogni medico debba essere in possesso del nuovo ricettario previsto dalla normativa quale strumento obbligatorio per la prescrizione dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore e che, quindi, esso debba essere ritirato presso le Aziende Unità sanitarie locali che provvederanno alla distribuzione secondo le esigenze di ciascuno.

A tal proposito le AUSL, in accordo con gli assessori alla sanità,

possono definire specifiche procedure per ottimizzare il sistema di distribuzione dei ricettari nel proprio territorio, fermo restando che essi sono spediti dall'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato di Roma al sito di riferimento individuato da ciascuna Regione e Provincia autonoma.

Le ASLL, anche attraverso il coinvolgimento degli ordini professionali, debbono dare le necessarie informazioni circa i siti dove i medici possono ritirare i nuovi ricettari.

Il testo della Circolare

Il Ministero della salute ha diffuso la seguente circolare

Premessa.

Il trattamento del dolore da cancro rappresenta un grave problema di salute pubblica in tutto il mondo e si calcola che ogni anno siano 10 milioni i nuovi casi di cancro e 6 milioni le morti per questa malattia.

L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) ha evidenziato che la maggior parte dei casi di dolore oncologico potrebbe essere trattata applicando le opportune terapie che derivano dall'evoluzione delle conoscenze mediche.

Nonostante le indicazioni fornite dall'OMS i pazienti affetti da dolore severo non sempre sono curati con le

*L'Italia
è fra i paesi
nei quali si
interviene
con minore
efficacia
su pazienti
affetti da
dolore severo
in patologie
neoplastiche*

opportune terapie farmacologiche e ciò costituisce una negazione del diritto degli individui di alleviare la propria sofferenza.

I governi dei singoli paesi hanno il dovere morale di garantire agli operatori gli strumenti per poter mettere in atto le indicazioni dell'OMS soprattutto nei paesi industrializzati dove le lacune dei trattamenti possono essere facilmente colmate con l'educazione del personale sanitario e agevolando l'accesso ai farmaci analgesici oppiacei.

Alla luce di recenti analisi sul consumo dei farmaci oppiacei, l'Italia risulta essere un paese che non risponde ai reali bisogni dei pazienti affetti da dolore severo in corso di patologie neoplastiche o degenerative negando loro il giusto sollievo in particolare nella fase terminale.

Al fine di facilitare la prescrizione e l'impiego dei farmaci oppiacei e di supportare gli operatori sanitari è stata emanata la legge 8 febbraio 2001, n. 12, corredata da diversi decreti applicativi, il più recente dei quali è il decreto ministeriale del 4 aprile 2003.

Questo documento vuole porre l'attenzione sugli elementi di novità in materia di terapia del dolore.

Cambiamenti introdotti con il decreto ministeriale 4 aprile 2003.

Nuovo ricettario in triplice copia autocopiante stampato anche nelle versioni italiano-francese ed italiano tedesco atto alla prescrizione dei farmaci analgesici oppiacei compresi nell'allegato III-bis della legge 8 febbraio 2001, n. 12, impiegati nella terapia del dolore in corso di patologia neoplastica o degenerativa;

prescrizione senza obbligo di dover utilizzare le «tutte lettere» per

scrivere la dose, il modo e il tempo di somministrazione e la quantità di confezioni. Per descrivere il dosaggio del medicinale prescritto, la posologia ed il numero di confezioni si possono utilizzare caratteri numerici e le normali contrazioni;

eliminazioni dell'obbligo di indicare l'indirizzo di residenza del paziente;

eliminazione dell'obbligo, da parte del prescrittore, di conservare per sei mesi la copia della ricetta a sé destinata;

prescrizione di medicinali contenenti buprenorfina in tutte le forme farmaceutiche.

I 10 farmaci compresi nell'allegato III-bis della legge 8 febbraio 2001, n. 12.

Buprenorfina;
Codeina;
Diidrocodeina;
Fentanyl;
Idrocodone;
Metadone;
Morfina;
Ossicodone;
Ossimorfone;
Idromorfone.

Approvvigionamento dei ricettari autocopianti

I ricettari autocopianti sono conservati presso le Aziende unità sanitarie locali e successivamente distribuiti dalle stesse ai medici e ai veterinari secondo le esigenze di ciascuno.

Tutti i laureati in medicina e chirurgia e in medicina veterinaria, abilitati alla professione, devono ritirare il ricettario autocopiante presso la AUSL a cui fanno riferimento. Il ricettario autocopiante è sempre personale del medico o del veterinario, è

utilizzato anche per prescrizioni che originano in strutture sanitarie convenzionate con il SSN ed è valido su tutto il territorio nazionale.

Le AUSL, in accordo con gli Assessorati alla sanità, possono definire specifiche procedure per ottimizzare il sistema di distribuzione nel proprio territorio, fermo restando che i ricettari autocopianti sono spediti dall'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato di Roma al sito di riferimento individuato da ciascuna Regione e Provincia autonoma.

A tal proposito si invitano le ASLL a dare le necessarie informazioni circa i siti dove i medici e i veterinari devono ritirare i ricettari autopianti, questo anche attraverso il coinvolgimento degli ordini professionali e quant'altro ritenuto opportuno.

I ricettari autopianti stampati ai sensi del decreto ministeriale 24 maggio 2001 e distribuiti dall'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato alle regioni, alle ASL e agli operatori sanitari, possono essere utilizzati fino a completo esaurimento delle scorte. Per la loro compilazione si rispetteranno le norme d'uso del decreto ministeriale 4 aprile 2003.

La diffusione dei ricettari autocopianti stampati ai sensi del decreto ministeriale 4 aprile 2003 avverrà in modo graduale, pertanto si prevede la contemporanea presenza delle due tipologie di ricettari nel territorio nazionale, cosa che non deve costituire elemento e perplessità.

Responsabilità del medico

Il nuovo corpo normativo è proteso a fornire necessaria assistenza sanitaria indispensabile nel trattamento delle gravissime patologie accompagnate dal dolore severo, assistenza che costituisce spesso l'ultimo

rimedio a tutela della dignità umana.

Tra i principi fondamentali della Costituzione infatti, c'è la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e della collettività. È compito dell'SSN rispondere alle esigenze ed al bisogno di salute della popolazione attuando le misure più adeguate (legge 833/78, art. 1).

La *ratio* della legge 8 febbraio 2001, n. 12 è quella di agevolare la prescrizione e favorire l'uso dei farmaci oppiacei per alleviare le sofferenze di quei pazienti affetti da gravi forme di dolore severo.

A tal fine diventa indispensabile che il medico sia in possesso del ricettario in triplice copia autocopiante strumento indispensabile alla corretta applicazione della norma legislativa in quanto obbligatorio per la prescrizione dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore.

Obblighi del farmacista

Si ritiene di dover fornire delle delucidazioni riguardo al periodo di conservazione delle ricette autocopianti ed in generale delle ricette da conservarsi a cura del farmacista, come giustificativo dello scarico sul registro di entrata e uscita delle sostanze stupefacenti e psicotrope di cui all'art. 60 del decreto del Presidente della Repubblica n. 309/1990.

Il comma 2 dell'art. 63 del decreto del Presidente della Repubblica n. 309/1990 detta che «I registri devono essere conservati, da parte degli enti e delle imprese autorizzati alla fabbricazione, per la durata di dieci anni a datare dal giorno dell'ultima registrazione. Detto termine è ridotto a cinque anni per le officine che impiegano sostanze stupefacenti o psicotrope, per i commercianti grossisti e per i farmacisti».

Il comma 1 dell'art. 67 del decreto del Presidente della Repubblica n. 309/1990 detta che «In caso di perdita o sottrazione dei registri, di loro parti o dei relativi documenti giustificativi, gli interessati, entro ventiquattro ore dalla constatazione, devono farne denuncia scritta alla più vicina autorità di pubblica sicurezza e darne comunicazione al Ministero della sanità (adesso Ministero della salute)».

Dal combinato di quanto sopra riferito si deduce che il periodo di conservazione delle ricette (cinque anni) è connesso al periodo di conservazione del registro.

Il decreto ministeriale 4 aprile 2003, all'art. 4, specifica quanto sopra riferito, prevedendo che «Il farmacista, dopo averle spedite, deve conservare per cinque anni, a partire dal giorno dell'ultima registrazione nel registro di entrata e uscita, le ricette che prescrivono medicinali compresi nelle tabelle I, III e IV di cui all'art. 14 del decreto del Presidente della Repubblica 309/90 di cui deve essere tenuto in evidenza il movimento di entrata e uscita sull'apposito registro, ai sensi dell'art. 60 del decreto del Presidente della Repubblica citato». (*omissis*).

Assistenza ospedaliera ed assistenza domiciliare integrata

Le più recenti norme legislative rivolgono particolare attenzione ai pazienti in dimissione dal ricovero ospedaliero, che possono ricevere la quantità di medicinale necessaria per continuare la terapia, e ai nuovi sistemi di assistenza domiciliare integrata.

In particolare la legge 16 novembre 2001, n. 405, art. 8 (particolari modalità di erogazione di medicinali

agli assistiti), detta che le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, anche con provvedimenti amministrativi, hanno facoltà di assicurare l'erogazione diretta da parte delle aziende sanitarie dei medicinali necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale e di disporre, al fine di garantire la continuità assistenziale, che la struttura pubblica fornisca direttamente i farmaci, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, sulla base di direttive regionali, per il periodo immediatamente successivo alla dimissione dal ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale.

Nello specifico, i farmaci compresi nell'allegato III-*bis* possono essere trasportati e consegnati al domicilio del paziente da:

personale sanitario che opera nei distretti sanitari di base o nei servizi territoriali o negli ospedali pubblici o accreditati;

infermieri professionali che effettuano servizi di assistenza domiciliare nell'ambito dei distretti sanitari di base o nei servizi territoriali della ASLL;

familiari del paziente, opportunamente identificati dal medico o dal farmacista ospedaliero.

Coloro i quali trasportano i medicinali, nella quantità da consegnare, devono avere una certificazione medica che ne prescrive la posologia e l'utilizzazione al domicilio del paziente.

La certificazione deve essere prodotta su carta intestata. Non si deve utilizzare la ricetta autocopiante in quanto i medicinali descritti nella certificazione non saranno dispensati dalla farmacia aperta al pubblico.

L'assistenza domiciliare integrata

è la formula assistenziale che, attraverso l'intervento di più figure professionali sanitarie e sociali, realizza a domicilio del paziente un progetto assistenziale unitario, limitato o continuativo nel tempo.

L'obiettivo è il miglioramento della qualità della vita del paziente e l'umanizzazione del trattamento, in un contesto familiare certamente più idoneo, in particolare per il paziente anziano.

L'ADI si inserisce nella rete dei servizi territoriali delle ASL, da cui dipendono gli operatori sanitari che offrono le loro prestazioni.

Gli analgesici oppiacei prescritti dal medico di famiglia, di sua iniziativa o in accordo con gli specialisti coinvolti nelle cure al malato, al paziente in ADI, devono essere forniti dalla farmacia ospedaliera della ASL.

Al fine di fornire una corretta interpretazione della nuova norma, la Direzione generale della valutazione dei medicinali e della farmacovigilanza in collaborazione con la «Commissione in materia di terapia del dolore» ha predisposto il documento «Come utilizzare i farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore» destinato agli operatori sanitari, disponibile nel sito del Ministero della salute, www.ministerosalute.it, pubblicato sul Bollettino d'informazione dei farmaci (BIF n. 3-4 di maggio-agosto 2003) e già inviato alle Amministrazioni periferiche ed alle organizzazioni di categoria.

Tale documento potrà subire aggiornamenti qualora dovesse essere necessario.

Si confida nella sensibilità delle amministrazioni locali affinché siano decise le procedure per rendere attuative le disposizioni normative nazionali.

Si porta a conoscenza di tutti gli operatori interessati che la legge 16 gennaio 2003, n. 3 «Disposizioni ordinarie in materia di pubblica amministrazione», art. 44 ha reso nuovamente efficaci le previsioni di cui gli articoli 46 (Approvvigionamento e somministrazione a bordo delle navi mercantili), 47 (Approvvigionamento e somministrazione nei cantieri di lavoro) e 48 (Approvvigionamento per le necessità di pronto soccorso) del decreto del Presidente della Repubblica n. 309/1990, già abrogati dalla legge n. 12/2001.

Roma, 4 novembre 2003

Ogni copia della ricetta va timbrata

La FNOMCeO ha comunicato che nell'ottica di una fattiva collaborazione tra professionisti che operano in ambito sanitario, i farmacisti, attraverso la presidenza del loro Ordine, sollecitano l'attenzione dei colleghi medici a voler apporre il proprio timbro su ciascuna singola copia della ricetta di cui al D.M. 4 aprile 2003, per la prescrizione dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore.

L'apposizione del timbro del medico sul primo foglio dei ricettari non ha, infatti, effetto "autocopiante".

Dialogo fra ministro, garante e FNOMCeO

Privacy: impegno per una soluzione condivisa

L'entrata in vigore, ad inizio anno, del Testo Unico n° 196 sul trattamento dei dati personali ha creato, soprattutto tra i medici di medicina generale, non poche perplessità per il timore di un ulteriore carico burocratico, determinato dalla normativa, a carico di una professione già alle prese con numerose incombenze che poco hanno a che vedere con l'esercizio della medicina.

Il presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Giuseppe del Barone, nel farsi portavoce delle istanze della professione, ha avviato insieme ai colleghi Renato Palanca (Cuneo), Renato Giusto (Savona) e Raffaele Iandolo (Avellino), una serie di contatti "tecnici" con il segretario generale dell'Authority Giovanni Buttarelli, finalizzati alla individuazione di percorsi semplificati di attuazione delle norme previste dal codice.

Successivamente, nel corso di un colloquio avuto con il ministro Sirchia, il presidente Del Barone ha invitato lo stesso responsabile del dicastero ad intervenire in modo autorevole nei confronti del presidente dell'Authority Garante Stefano Rodotà per fare in modo che la professione medica non fosse costretta a pagare un prezzo troppo alto agli adempimenti amministrativi, penalizzando di fatto il tempo dedicato ai problemi di salute dei cittadini.

Nella nota di risposta al ministro, e dallo stesso portata a conoscenza del presidente della Federazione degli Ordini, il professor Rodotà, nel rimarcare il clima di fattiva collaborazione che ha caratterizzato i rapporti tra dica-

stero, Authority e FNOMCeO, ha affermato che l'Authority avrebbe in tempi brevi definito un modello di consenso informato semplificato in grado di rendere più agevole il compito del medico mentre, come espressamente richiesto dalla FNOMCeO, si sta studiando la possibilità che i medici di famiglia possano continuare ad utilizzare i dati dei loro assistiti anche nei casi in cui questi ultimi non abbiano avuto "contatti", entro il 30 settembre 2004, con il proprio medico.

Anche sotto il profilo della riservatezza nelle sale di attesa le norme previste dal codice riguarderanno solo le strutture sanitarie e non le anticamere dei medici di medicina generale, evitando il rischio che i pazienti possano essere chiamati per numero d'ordine, mortificando in tal modo un rapporto basato sulla conoscenza e la stima reciproca.

Per quanto riguarda la notifica al Garante, già ridotta a pochi casi, essa non interesserà tutti i medici di famiglia ma, sotto forma di comunicazione "una tantum" riguarderà solo alcuni particolari "trattamenti di dati suscettibili di arrecare pregiudizio ai diritti e alle libertà delle persone".

La nota del professor Rodotà si conclude con l'impegno di addivenire ad una soluzione condivisa anche sul fronte della disciplina delle prescrizioni farmaceutiche in vigore entro l'1 gennaio 2005. Il presidente del Barone ha già concordato ulteriori incontri con il segretario dell'Authority Buttarelli, per ridefinire i vari aspetti del codice ancora sul tappeto.

*Espressa
la volontà
di evitare
ulteriori
carichi
burocratici
per i medici*

Lettera del garante

Di seguito pubblichiamo il testo della lettera inviata al Ministro Sirchia dal Presidente del Garante per la protezione dei dati personali Stefano Rodotà lo scorso 6 febbraio.

«Caro Ministro, desidero innanzitutto ringraziarla per i commenti da Lei espressi nella lettera dell'8 gennaio circa il percorso di crescita di una cultura del rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali delle persone interessate dai trattamenti di dati.

Il Garante ha collaborato attivamente con il Governo e il Parlamento per la razionalizzazione in materia di sanità prevista dal Codice appena entrato in vigore, e conferma il proprio impegno nella delicata fase di prima attuazione del Codice per ricercare, anche nella prassi applicative, ogni soluzione utile per garantire diritti e libertà fondamentali nel rispetto del principio di semplificazione (art. 2 del Codice).

In questo quadro, con la collaborazione degli operatori sanitari, l'Autorità definirà a breve un modello semplificato di informative agevolmente utilizzabile anche dai medici di base senza approcci burocratici (artt. 13, comma 3, e 78, comma 3).

Il Garante suggerirà agli operatori sanitari formule sintetiche e colloquiali per raccogliere gli eventuali consensi, anche in questo caso nell'ottica di prevedere garanzie efficaci anziché inutili soluzioni formalistiche, e tenendo presenti le varie situazioni nelle quali, dal 1° gennaio scorso, il consenso non è più necessario o può essere differito per assicurare la tempestività e l'efficacia della prestazione medica.

È già a buon punto un proficuo confronto con la FNOMCeO per permettere ai medici di base di non doversi privare dei dati dei propri assistiti che non dovessero entrare in contatto con essi entro il termine transitorio del 30

settembre 2004. Forniremo a breve termine altri chiarimenti per porre fine agli allarmismi ingiustificati che si sono creati, specie per i medici di base, a proposito, delle misure per rispettare la dignità e la riservatezza delle persone nelle sale d'attesa e riguardo alla notificazione dei trattamenti di dati al garante.

Possiamo fin d'ora anticipare che le misure da adottare per tutelare le persone nelle situazioni di promiscuità o in occasione di prestazioni sanitarie, in attuazione dell'art. 83 del Codice, interesseranno solo le strutture sanitarie e non le anticamere di singoli medici di base, i quali hanno un rapporto diverso e più personalizzato con i propri assistiti.

La stessa notificazione al Garante, già notevolmente ridotta a pochissimi casi dal Codice, non interesserà l'intera categoria dei medici di base, riguardando esclusivamente alcuni particolari trattamenti di dati suscettibili di arrecare pregiudizio ai diritti e alle libertà delle persone e per i quali, in ossequio al chiaro dettato comunitario, è però irrinunciabile una trasparenza quale che sia l'operatore sanitario. Anche per questo aspetto l'Autorità interverrà con specifici chiarimenti ed eventuali semplificazioni (art. 37, comma 2). È comunque già da escludere che si tratti di un adempimento gravoso: riguarda infatti solo una tantum l'intera attività svolta e non certo, caso per caso, ogni singolo rapporto con i pazienti.

L'Autorità ringrazia il Ministero della collaborazione sin qui prestata e per quella che si svilupperà, entro il 1° gennaio 2005, sulla disciplina delle ricette mediche, fiduciosa del fatto che anche in questo caso si individueranno modalità attuative, ragionevoli e praticabili per attuare le doverose scelte di garanzia più volte confermate dal Governo e dal Parlamento».

Stefano Rodotà

Approvato dalla Camera un emendamento Il contratto di formazione per i medici specializzandi

Durante l'esame al Senato del decreto-legge 10/04 concernente "Interventi urgenti per fronteggiare emergenze sanitarie e per finanziare la ricerca nei settori della genetica", è stato approvato un emendamento del Governo con il quale si modifica il D.Lgs. 368/1999, istituendo "il contratto di formazione specialistica".

Il presidente, Giuseppe del Barone, e il vicepresidente, Salvatore Amato, nella riunione del 4 marzo 2004 tenutasi presso gli uffici della FNOMCeO, hanno preso atto dell'approvazione dell'emendamento che riguarda la situazione dei medici specializzandi che da più di tre anni dalla emanazione del D.Lgs. n. 368 del 1999, relativo alla attuazione della direttiva 13/16/CEE, hanno ancora uno status giuridico precario.

"La FNOMCeO valuta con estrema positività il fatto che il Governo abbia individuato uno strumento attuativo che consenta l'utilizzazione delle risorse disponibili per la risoluzione di un problema che vede coinvolti migliaia di specializzandi che operano all'interno del Servizio sanitario nazionale e contestualmente nelle strutture regionali senza attualmente beneficiare di uno status giuridico e di un percorso formativo che li tuteli appieno".

Al tempo stesso, però, il presidente Giuseppe Del Barone esprime alcune perplessità sul fatto che, qualora il contratto di formazione specialistica fosse assimilabile ad un contratto di lavoro autonomo, ciò po-

trebbe risultare penalizzante per i medici specializzandi soprattutto con riferimento al regime previdenziale e fiscale.

Pertanto Del Barone ed Amato non possono non auspicare che sia recepito totalmente l'ordine del giorno Di Virgilio n. 9/4489/19 che il Governo, nella seduta della Camera dei deputati del 17 dicembre 2003, ha accolto con raccomandazione con il quale si è impegnato a dare completa attuazione al decreto legislativo n. 368 del 1999 in materia di contratto di formazione lavoro per i medici specializzandi.

Porto Cervo: il 9 maggio marcia di solidarietà per la terza giornata mondiale della celiachia

Domenica 9 maggio 2004 a Porto Cervo per la terza giornata mondiale della celiachia *Grande marcia di solidarietà* Intrattenimento musicale e spettacolo test in piazza per l'intolleranza al glutine.

Segreteria organizzativa della Marcia: Giovanni F. Alloni - Via Sassari, 69 - 09124 Cagliari Telefono e Fax 070.662996 o 070.6848285 cell. 338.8310343 alloni@tiscali.it

Le sentenze interpretative della Corte di Giustizia

L'esenzione sull'IVA per le prestazioni mediche

In merito alle richieste che ci giungono dagli Ordini relative alle sentenze della Corte di Giustizia Europea – Case 307/01 e 212/01 – concernenti le prestazioni sanitarie di medicina legale rese da medici abilitati la FNOMCeO ha ritenuto opportuno diffondere alcuni chiarimenti..

Il principio dell'art. 13, parte A, n. 1, lett. C) della sesta Direttiva (Dir. 77/388/CEE) che prevede per le prestazioni sanitarie di diagnosi, cura e riabilitazione rese alla persona nell'esercizio della professione medica e paramedica l'esenzione dall'IVA – fatta propria dall'ordinamento interno italiano con disposizione di cui all'art. 10, punto 18 del DPR 6333/72 – è stato, nelle due sentenze interpretative della Corte di Giustizia, circoscritto con l'identificazione esatta della nozione, ai fini dell'esenzione IVA, di "prestazioni mediche".

Due sono gli elementi considerati dalla Corte di Giustizia come caratterizzanti le prestazioni mediche esenti IVA:

1. la natura delle stesse cioè interventi medici diretti a diagnosi, cura, e dove possibile, guarigione di malattie della salute umana, pertanto prestazioni realizzate a fine terapeutico;
2. la finalità perseguita dalle prestazioni stesse cioè quando vengono effettuate in un contesto che legittima a sostenere che il loro scopo principale è quello di tutelare, mantenere o ristabilire la salute.

Se pertanto la prestazione medica non possiede una di queste caratteristiche ad essa non è attribuito quell'alto valore sociale per il quale è prevista l'esenzione dall'IVA.

Le statuizioni interpretative della Corte di Giustizia UE sono immediatamente operative negli ordinamenti interni anche in presenza di difformi interpretazioni della normativa esaminata così come confermato dalle sentenze della Corte Costituzionale 170/1984, 113/1985 e 389/1989. A titolo esemplificativo si riportano alcuni casi pratici.

Sono esenti IVA le visite mediche di singoli per conto di datori di lavoro o di compagnie di assicurazione; prelievi di sangue per verificare la presenza di virus o altre malattie per conto di datori di lavoro o assicurazioni; rilascio di certificati di idoneità fisica come per esempio viaggiare quando tali prestazioni sono dirette principalmente a tutelare la salute dell'interessato.

Non sono esenti IVA il rilascio di certificati sullo stato di salute di una persona per fini quali il diritto ad una pensione di Guerra; gli esami medici condotti al fine della preparazione di un referto medico peritale in materia di questioni di responsabilità e di quantificazione del danno per singoli che intendono intentare un'azione giurisdizionale; preparazione dei relativi referti medici anche se basati su note mediche senza aver proceduto a esami clinici. Nel caso in cui venga effettuata un'analisi genetica la stessa non sarà esente IVA nel caso in cui è finalizzata al riconoscimento di paternità mentre sarà esente IVA qualora sia finalizzata ad un uso terapeutico.

In seguito a contatti per le vie brevi con l'Agenzia delle entrate la Federazione ha appurato che sarà predisposta una Circolare in proposito. Sarà cura della FNOMCeO comunicarla agli Ordini non appena sarà pubblicata.

*Due gli elementi
caratterizzanti:
la natura
e le finalità.
Fra breve
una circolare
dell'Agenzia
delle entrate*

Modifiche al decreto ministeriale

Farmaci il cui impiego è considerato doping

Nella Gazzetta Ufficiale n. 42 del 20 febbraio 2004 è stato pubblicato il decreto 16 gennaio 2004, concernente modifiche al decreto ministeriale 15 ottobre 2002, recante "Approvazione della lista dei farmaci, sostanze biologicamente o farmacologicamente attive e delle pratiche mediche, il cui impiego è considerato doping".

Il decreto in esame è stato emanato dal ministro della Salute, di concerto con il ministro per i Beni e le Attività Culturali, ai sensi dell'art. 2 della legge 14 dicembre 2000, n. 376, inerente alla disciplina della tutela sanitaria delle attività sportive e della lotta contro il doping, in considerazione della necessità di aggiornare periodicamente la lista dei farmaci, delle sostanze biologicamente o farmacologicamente attive e delle pratiche mediche, il cui impiego è considerato doping.

Alla luce dell'uso sempre crescente di farmaci dopanti soprattutto da parte dei giovani sportivi, si deve sostenere con fermezza che l'attività sportiva debba essere sempre diretta alla promozione della salute individuale e collettiva e che non possa ispirarsi ai principi etici e ai valori educativi richiamati dalla Convenzione contro il doping fatta a Strasburgo, il 16 novembre 1989, ratificata con la legge 29 novembre 1995, n. 522.

Con riferimento al settore della Medicina dello Sport non si può che richiamare l'art. 76 del codice di deontologia medica che in materia di

doping impone al medico di non consigliare, prescrivere o somministrare trattamenti farmacologici o di altra natura diretti ad alterare le prestazioni di un atleta, in particolare qualora tali interventi agiscano direttamente o indirettamente modificando il naturale equilibrio psico-fisico del soggetto.

La lista di sostanze e farmaci "proibiti"

Il ministro della salute di concerto con il ministro per i beni e le attività culturali

Vista la legge 29 novembre 1995, n. 522, recante «Ratifica ed esecuzione della convenzione contro il doping, con appendice, fatta a Strasburgo il 16 novembre 1989;

Vista la legge 14 dicembre 2000, n. 376, recante «Disciplina della tutela sanitaria delle attività sportive e della lotta contro il doping»;

Visto il decreto 31 ottobre 2001, n. 440, recante «Regolamento concernente l'organizzazione ed il funzionamento della Commissione per la vigilanza ed il controllo sul doping e per la tutela della salute nelle attività sportive»;

Visto il decreto ministeriale 15 ottobre 2002, recante «Approvazione della lista dei farmaci, sostanze biologicamente o farmacologicamente attive e delle pratiche mediche, il cui impiego è considerato doping, ai

La deontologia impone di non consigliare, prescrivere né somministrare trattamenti che possono alterare le prestazioni di un atleta

sensi della legge 14 dicembre 2000, n. 376» e successive modifiche introdotte con i decreti ministeriali 30 dicembre 2002 e 10 luglio 2003;

Visti in particolare I criteri e le modalità per la revisione periodica della predetta lista di cui all'allegato 1 al già citato decreto ministeriale 15 ottobre 2002;

Visto l'emendamento all'appendice della Convenzione europea contro il doping nello sport contenente la nuova lista di riferimento delle classi farmacologiche di sostanze dopanti e di metodi di doping vietati e suo documento esplicativo che entrerà in vigore il 1° gennaio 2004 e che recepisce la lista elaborata dall'Agenzia Mondiale Antidoping (WADA-AMA);

Vista la proposta della Commissione per la vigilanza ed il controllo sul doping e per la tutela della salute nelle attività sportive espressa in data 17 dicembre 2003;

Considerata la necessità di armonizzare, entro il termine del 1° gennaio 2004, la lista dei farmaci, sostanze biologicamente o farmacologicamente attive e delle pratiche mediche, il cui impiego è considerato doping, contenuta nell'allegato II del decreto ministeriale 15 ottobre 2002 e successive modifiche, alla lista internazionale di riferimento, ai sensi dell'art. 2, comma 3, della legge 14 dicembre 2000, n. 376;

decreta:

Art. 1.

1 Ai sensi dell'art. 2, comma 3 della legge 14 dicembre 2000, n. 376, il decreto 15 ottobre 2002, recante «Approvazione della lista dei farmaci, sostanze biologicamente o farmacologicamente attive e delle pratiche mediche, il cui impiego è considerato doping, ai sensi della

legge 14 dicembre 2000, n. 376» e successive modifiche, è così modificato: nell'allegato II – la Sezione 1 – classi di sostanze vietate, è così sostituita:

Stimolanti (proibiti in gara);

Narcotici (proibiti in gara);

Agenti anabolizzanti (proibiti in gara e fuori gara);

Diuretici (solo in particolari sport previsti dall'art. 2, comma 3);

Ormoni peptidici (proibiti in gara e fuori gara);

Ormoni peptidici (proibiti in gara e fuori gara);

Alcool (solo in particolari sport previsti dall'art. 2, comma 1);

Cannabinoidi (proibiti in gara);

Beta-2agonisti (proibiti in gara; il clenbuterolo e il salbutamolo in concentrazioni nelle urine > 1000 ng/ml sono proibiti anche fuori gara);

Agenti con attività antiestrogenica (proibiti in gara e fuori gara);

Agenti mascheranti (proibiti in gara e fuori gara);

Corticosteroidi (proibiti in gara);

Betabloccanti (solo in particolari sport previsti dall'art. 2, comma 2).

Nella Sezione 2 – Classi di sostanze vietate e relativi principi attivi, Sezione 3 – Classi di sostanze vietate, principi attivi e relative specialità medicinali, Sezione 4 – Elenco in ordine alfabetico dei principi attivi e delle confezioni di specialità medicinali vietate è eliminata la classe degli Anestetici locali e i relativi principi attivi e specialità medicinali. Sono, altresì, eliminati I seguenti principi attivi e le relative specialità medicinali:

Caffeina;

Pseudoefedrina;

Fenilefrina;

Fenilpropanolamina;

Pipradolo.

Nella classe degli stimolanti: la caffeina, la fenilefrina, la fenilpropan-

nolamina, il pipradolo, la pseudoe-fredina e la sinefrina sono inserite nel Programma di monitoraggio 2004.

Nella classe dei narcotici il rapporto morfina/codeine è inserito nel Programma di monitoraggio 2004.

I risultati del programma di monitoraggio saranno comunicati all'Agenzia Mondiale Antidoping.

Nella Sezione 2 – Classi di sostanze vietate e relativi principi attivi, Sezione 3 – Classi di sostanze vietate, principi attivi e relative specialità medicinali, Sezione 4 – Elenco in ordine alfabetico dei principi attivi e delle confezioni di specialità medicinali vietate sono inseriti i seguenti principi attivi:

Adrafinil;
Amphetaminil;
Benzphetamine;
Dimethylamphetamine;
Etilamphetamine;
Furfenorex;
Methamphetamine;
Methylamphetamine;
Methylenedioxymphetamine;
Modafinil;
Parahydroxyamphetamine;
Modafinil;
Parahydroxyamphetamine;
Androstadienone;
Boldione;
Delta1-androstene-3, 17-dione;
Drostanediol;
4-hydroxytestosterone;
4-hydroxy-19-nortestosterone;
mestanolone;
oxabolone;
quinbolone;
stenbolone;
1-testosterone (delta1-dihydro-testosterone);
zeranol;
chlorothiazide.

Le specialità relative ai principi attivi, indicati nel precedente capoverso, saranno inserite nelle Sezioni 3 e 4 con successivo decreto

1..L'alcool (etanolo) è vietato soltanto in competizione e con i limiti riportati nelle specialità sportive disciplinate dalla Federazione sportiva italiana, riconosciuta dal CONI, affiliata alla Federazione Internazionale di cui al successivo elenco.

Nel caso di tratti solo di una o più specialità tra quelle disciplinate dalla Federazione, queste sono indicate in maniera specifica.

Aeronautica (FAI) (0.20 g/L).
Automobile (FIA).
Biliardo (WCBS).
Bocce (CMSB) (0.50 /L).
Calcio (FIFA).
Ginnastica (FIG) (0.10 g/L).
Karate (WKF) (0.40 g/L).
Lotta (FILIA)
Motociclismo (FIM)
Pentathlon Moderno (UIPM) (0.10 g/L) per la disciplina del pentathlon moderno
Sport su rotelle (FIRS) (0.02 /L).
Ski (FIS).
Tiro con l'Arco (FITA) (0.10 g/L)
Triathlon (ITU) (0.40 g/L).

2..I betabloccanti, tranne se non sia specificato diversamente, sono vietati soltanto in competizione nelle specialità sportive disciplinate dalla Federazione sportiva italiana, riconosciuta dal CONI, affiliata alla Federazione Internazionale, di cui al successivo elenco.

Nel caso si tratti solo di una o più specialità, tra quelle disciplinate dalla Federazione, queste sono indicate in maniera specifica.

Aeronautica (FAI)
Automobile (FIA)
Biliardo (WCBS)
BOB (FIBT)
Bocce (CMSB)
Bridge (FMB)
Curling (WCF)
Scacchi (FIDE)
Calcio (FIFA)
Ginnastica (FI)

**CONVOCAZIONE
ASSEMBLEA ORDINARIA**

27 APRILE 2004

**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI SASSARI**

CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE

Gli iscritti sono convocati in Assemblea ordinaria annuale il giorno 25 aprile 2004 alle ore 24.00 in prima convocazione e il giorno 27 aprile 2004 alle ore 17.30 in seconda convocazione a Sassari nella Sala Conferenze dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri in via Cavour 71/b piano terra. Sarà discusso il seguente

ORDINE DEL GIORNO

- 1) Relazione del Presidente;**
- 2) Conto consuntivo anno 2003;**
- 3) Variazioni al Bilancio di previsione anno 2004;**
- 4) Varie ed eventuali.**

Si ricorda che l'Assemblea è valida in prima convocazione se è presente almeno un terzo degli

iscritti e in **seconda convocazione con qualsiasi numero di partecipanti.**

È consentita la delega che deve essere apposta in calce al presente avviso di convocazione da rimettere al delegato.

La medesima delega deve essere consegnata dal delegato al Presidente dell'Assemblea all'inizio dei lavori.

Nessun iscritto può essere investito di più di due deleghe.

IL PRESIDENTE

dott. Agostino Sussarellu

Il sottoscritto dott. delega a rappresentarlo
nell'Assemblea ordinaria dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri del giorno 27 aprile
2004 il dott.

....., lì

firma

Lotta (FILA)

Motociclismo (FIM)

Nuoto (FINA) per le discipline dei tuffi e n uoto sincronizzato.

Pentathlon Moderno (UIPM) per le discipline del pentathlon moderno.

Birilli (FIQ)

Ski (Fis) per le discipline di salto e snowboard stile libero.

Tiro (ISSF) vietati anche fuori competizione.

Vela (ISAF) solamente il Timoniere.

3.. I diuretici sono proibiti in gara e fuori gara in tutti gli sport come agenti mascheranti. Nelle seguenti specialità sportive, disciplinate dalla Federazione sportiva italiana, riconosciuta dal CONI ed affiliata alla Federazione Internazionale, di cui al successivo elenco, che prevedono una classificazione in base al peso e negli sport nei quali la perdita di peso può migliorare la prestazione, non è

consentito alcun uso terapeutico.

Nel caso si tratti solo di una o più specialità, tra quelle disciplinate dalla Federazione, queste sono indicate in maniera specifica.

Canottaggio (FISA) per le specialità dei pesi leggeri.

Body building (IFBB).

Box (AIBA).

Sollevamenti pesi (IWE).

Judo (IJF).

Karate (WKF).

Lotta (FILA).

Powerlifting (IPF).

Ski (FIS) per la disciplina del salto con gli ski.

Taekwondo (WTF).

Wushu (IWUF).

Art. 3

Il presente decreto entra in vigore il 1° gennaio 2004.

Roma, 16 gennaio 2004

VARIAZIONE DI DOMICILIO

Al fine di tenere sempre aggiornato l'albo, ai sensi degli artt. 1, 2, 3 del D.P.R n. 221/50, tutti gli iscritti sono pregati di comunicare per iscritto alla segreteria dell'Ordine ogni variazione del loro recapito (domiciliare o professionale) ove ricevere le varie comunicazioni.

Infatti, frequentemente la posta inviata viene restituita all'Ordine per irreperibilità del destinatario, con evidente danno agli stessi interessati.

Adottato un nuovo modello

Segnalazione di reazione avversa da farmaci e vaccini

Il ministero della salute ha adottato modalità semplificate per le segnalazioni delle reazioni avverse da farmaci e vaccini. Pubblichiamo il testo del decreto.

Visto il decreto legislativo 18 febbraio 1997, n. 44;

Visto il decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 95;

Visto il decreto ministeriale 20 aprile 1991;

Visto il decreto ministeriale 7 agosto 1997;

Vista la circolare n. 400.2/26U/1961 del 23 marzo 1995;

Ravvisata la necessità di adottare una modalità unica e semplificata per segnalare sia le reazioni avverse da farmaci che le segnalazioni di reazioni avverse da vaccini, nonché di modificare il modello di scheda da utilizzare per la segnalazione di presunte reazioni avverse da farmaci inclusi i vaccini;

decreta

Art. 1.

- 1 Il modello A dell'allegato del decreto 7 agosto 1997 è sostituito dalla scheda di cui all'allegato 1 del presente decreto – scheda unica di segnalazione di sospetta reazione avversa (ADR).
2. Le schede di segnalazione di cui al comma 1 vanno compilate da parte dei medici e degli altri operatori sanitari secondo le modalità previste nella «Guida alla compilazione» riportata nell'allegato 2 del presente

decreto e in caso di reazioni avverse a vaccino, tenuto conto dei suggerimenti di cui all'allegato 3 al presente decreto.

3. La scheda di segnalazione, compilata e firmata, deve essere trasmessa tempestivamente al responsabile di farmacovigilanza della struttura sanitaria di appartenenza ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 18 febbraio 1997, n. 44, come sostituito dall'art. 1, lettera c), del decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 95.
4. Il responsabile di farmacovigilanza, dopo aver inserito la scheda in rete, entro sette giorni dal ricevimento, comunicherà al segnalatore l'avvenuto inserimento fornendo allo stesso una copia della scheda inserita, completa del codice numerico rilasciato dal sistema.
- Il segnalatore avrà l'opportunità di verificare la reazione codificata e farà riferimento al codice per l'invio di eventuali notizie di aggiornamento.
5. Il responsabile di farmacovigilanza è tenuto a diffondere le informazioni, provenienti dal Ministero della salute, relative alla sicurezza dei medicinali agli operatori sanitari operanti all'interno della struttura di appartenenza tenendo conto dell'eventuale specificità dell'informazione da diffondere.

Art. 2

1. Le schede cartacee di reazioni avverse saranno conservate presso la struttura sanitaria che le ha ricevute e saranno trasmesse al Ministero

*Modalità
unica
e semplificata
con schede
e suggerimenti*

della salute o alla regione ove dagli stessi richiesto.

Art. 3.

1. È compito degli informatori scientifici consegnare alcuni esemplari della scheda di cui all'allegato 1 durante le visite ai medici.

Art. 4.

1. I cittadini possono comunicare direttamente alla ASL di appartenenza eventuali reazioni avverse utilizzando il modello riportato in allegato 4.
2. Il modello di cui al comma 1, debitamente compilato e firmato, deve essere inviato al responsabile di farmacovigilanza della struttura sanitaria di appartenenza.

Art. 5.

1. Sono abrogati il decreto ministeriale 20 aprile 1991 e, salvo quanto disposto dall'art. 1, comma 1, del presente provvedimento, il decreto ministeriale 7 agosto 1997.
Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Roma, 12 dicembre 2003

Guida alla compilazione

Premessa.

La segnalazione spontanea è una comunicazione relativa all'insorgenza di una reazione avversa che si sospetta si sia verificata dopo l'assunzione di un farmaco. È uno strumento semplice, pratico ed economico applicabile a tutte le tipologie di pazienti e a tutti i farmaci, che consente di rilevare potenziali segnali di allarme. A tal fine la qualità e la completezza delle informazioni riportate sono fondamentali. La qualità dell'informazione è determinata dalla congruità

dei dati, dalla loro completezza e dalla precisione con cui sono riportati. Ogni sezione della scheda ha una ragione di esistere e dovrebbe essere adeguatamente compilata.

Una scheda incompleta non consente di valutare il nesso di causalità tra farmaco e reazione. Indipendentemente dall'algoritmo che verrà usato non si può fare a meno di conoscere la relazione temporale, se esistono o meno spiegazioni alternative sia per quanto riguarda le condizioni cliniche che per quanto riguarda l'utilizzo di altri prodotti, e cosa ha determinato la sospensione del farmaco ritenuto sospetto.

È stata quindi eliminata la differenziazione in campi obbligatori e facoltativi, prevista nel precedente modello, in quanto essa poteva portare ad una compilazione parziale che non consentiva di fatto la valutazione del nesso di causalità tra farmaco e reazione.

Infine è predisposto un unico modello di scheda per segnalare le sospette reazioni avverse a tutti i farmaci inclusi i vaccini. I vaccini sono infatti soggetti al doppio monitoraggio della farmacovigilanza (come per tutti i farmaci) e della prevenzione, con il principale obiettivo di identificare e correggere rapidamente eventuali errori nel programma di immunizzazione al fine di garantire, in modo più efficiente e più sicuro, quell diritto alla salute rappresentato dalle vaccinazioni.

L'adozione di un modello unico di scheda, che tiene conto degli standard internazionali, semplifica la segnalazione di reazione avversa a vaccino, limita i possibili duplicati e velocizza le operazioni di inserimento in banca dati essendo previsto il suo invio al responsabile di farmacovigilanza della struttura sanitaria.

Compilazione

Vengono di seguito riportate alcune motivazioni relative all'esistenza dei

SCHEDA UNICA DI SEGNALAZIONE DI SOSPETTA REAZIONE AVVERSA (ADR) (da compilarsi a cura dei medici o degli altri operatori sanitari e da inviare al Responsabile di farmacovigilanza della struttura sanitaria di appartenenza)					
1. INIZIALI DEL PAZIENTE PAZIENTE	2. DATA DI NASCITA	3. SESSO	4. DATA INSORGENZA REAZIONE	5. ORIGINE ETNICA	CODICE SEGNALAZIONE
6. DESCRIZIONE DELLA REAZIONE ED EVENTUALE DIAGNOSI*		* se il segnalatore è un medico		7. GRAVITÀ DELLA REAZIONE: F GRAVE DECESSO N OSPEDALIZZAZIONE O PROLUNGAMENTO OSPED. N INVALIDITÀ GRAVE O PERMANENTE N HA MESSO IN PERICOLO DI VITA N ANOMALIE CONGENITE/DEFICIT NEL NEONATO N NON GRAVE	
8. EVENTUALI ESAMI DI LABORATORIO RILEVANTI PER ADR: riportare risultati e date in cui gli accertamenti sono stati eseguiti		9. ESITO • RISOLUZIONE COMPLETA ADR IL • RISOLUZIONE CON POSTUMI • MIGLIORAMENTO • REAZIONE INVARIATA O PEGGIORATA • DECESSO IL			
10. Azioni intraprese: specificare		• dovuto alla reazione avversa • il farmaco può avere contribuito • non dovuto al farmaco • causa sconosciuta • non disponibile			
In caso di sospensione compilare i campi da 16 a 19					
INFORMAZIONI SUL FARMACO					
11. Farmaco (I) SOSPETTO (I) nome della specialità medicinale*					
A)		12. Lotto		13. Dosaggio/Die	
14. Via di somministrazione		15. Durata dell'uso: dal		al	
B)		12. Lotto		13. Dosaggio/Die	
14. Via di somministrazione		15. Durata dell'uso: dal al			
C)		12. Lotto		13. Dosaggio/Die	
14. Via di somministrazione		15. Durata dell'uso: dal		al	
* Nel caso di vaccini specificare anche il numero di dosi e/o di richiamo e l'ora della somministrazione					
16. Il farmaco è stato sospeso?		A: sì/no		B: sì/no	
17. La reazione è migliorata dopo la sospensione?		A: sì/no		B: sì/no	
18. Il farmaco è stato ripreso?		A: sì/no		B: sì/no	
19. Sono ricomparsi i sintomi dopo la risomministrazione?		A: sì/no		B: sì/no	
20. Indicazioni o altro motivo per cui il farmaco è stato usato: A: B: C:					
21. Farmaco (I) Concomitante (I), Dosaggio, Via di somministrazione, durata del trattamento					
22. Uso concomitante di altri prodotti a base di piante officinali, omeopatici, integratori alimentari, ecc. (specificare):					
23. Condizioni concomitanti predisponenti (se il farmaco sospetto è un vaccino riportare l'anamnesi ed eventuali vaccini somministrati nelle 4 settimane precedenti alla somministrazione)					
INFORMAZIONI SULLA SEGNALAZIONE					
24. Qualifica del segnalatore		25. Dati del segnalatore			
o medico di medicina generale		Nome e cognome			
o medico ospedaliero		Indirizzo			
o specialista		tel e fax			
26. Data di compilazione		27. Firma del segnalatore			
28. Codice ASL		29. Firma del responsabile di farmacovigilanza			

diversi campi che dovrebbero essere tenute in considerazione durante la compilazione.

Paziente e data di insorgenza: i dati di questa sezione sono importanti per l'identificazione del caso ed il riconoscimento di duplicati (insieme alle informazioni su farmaco e reazione).

Per motivi di privacy non è possibile scrivere per esteso il nome e cognome del paziente; sarà comunque sufficiente riportare prima la lettera iniziale del nome seguita dalla lettera iniziale del cognome. L'indicazione della data di nascita, invece che dell'età, risulta essere particolarmente importante in caso di segnalazioni di reazioni avverse a vaccino: infatti, le vaccinazioni dell'età evolutiva vengono somministrate, di norma, ad età prestabilite. Le iniziali, insieme alla data di nascita, consentono di distinguere i casi, operazione necessaria soprattutto in occasione di segnalazioni di cluster di reazioni avverse da vaccini derivanti da una stessa struttura.

Inoltre la data di insorgenza della reazione insieme alle date di inizio e fine terapia sono indispensabili perché consentono di stabilire la correlazione temporale tra assunzione del farmaco e reazione avversa.

Il campo codice della reazione va compilato dal responsabile di farmacovigilanza dopo l'avvenuto inserimento della scheda in banca dati.

Reazione: la compilazione di questo campo è ovviamente fondamentale, oltre alla descrizione della reazione è prevista anche la sua diagnosi ed i risultati di eventuali accertamenti diagnostici. È opportuno che tale descrizione avvenga nel modo più chiaro e meno fantasioso possibile considerato che la descrizione dovrà poi essere interpretata e codificata da un altro operatore all'atto dell'inserimento della scheda in banca dati. Nel caso di segnalazione di reazioni avverse a vaccini è necessario riportare anche l'orario di insorgenza della reazione. In allegato 3 sono riportati alcuni sugge-

rimenti relativi alla descrizione delle reazioni da vaccino e alla definizione di caso.

Nella sezione «esami di laboratorio e strumentali» vanno riportati i risultati, rilevanti ai fini della reazione avversa, degli esami effettuati e possibilmente le date a cui si riferiscono. La sola citazione dell'esame senza conoscere il risultato non è dirimente.

È importante anche precisare se la reazione è stata trattata e come. Il segnalatore può allegare alla scheda eventuali referti, lettere di dimissioni ospedaliere, relazioni cliniche rispettando comunque la tutela della privacy del paziente.

Gravità: l'importanza di una reazione avversa varia anche in relazione alla sua gravità; va ricordato che la gravità non deve essere stabilita su base soggettiva per cui non hanno senso le affermazioni media gravità o gravità moderata ecc.

Una reazione è grave solo se:

È fatale;

Ha provocato o prolungato l'ospedalizzazione;

Ha provocato invalidità grave o permanente;

Ha messo in pericolo la vita del paziente.

Sono da considerare gravi anche le anomalie congenite e i difetti alla nascita in neonati le cui madri avevano assunto i farmaci sospetti in gravidanza.

In questo ultimo caso la scheda sarà compilata con i dati della madre, ma alla scheda stessa dovrà essere allegata un'accurata relazione clinica che oltre ai dati anamnestici dettagli la reazione a carico del feto o del neonato e l'esito della stessa.

Esito: analogamente alla gravità è importante riportare l'esito della reazione facendo attenzione alle voci poste al di sotto dell'esito «decesso»: infatti ad esempio le frasi «il farmaco può aver contribuito» oppure «non dovuto al farmaco» sono relativi ai

casi fatali. Nel campo esito andranno riportate anche le date di guarigione o di decesso.

Farmaco sospetto: È importante riportare il nome commerciale del farmaco e non solo il principio attivo sia per consentire eventuali accertamenti legati alla produzione dello stesso sia per consentire alle aziende farmaceutiche titolari del farmaco sospetto di assolvere ai numerosi obblighi di farmacovigilanza nazionale ed internazionale previsti dalla legge. Inoltre nel caso dei farmaci generici, al nome del principio attivo deve essere aggiunto il nome dell'azienda. Senza questa informazione non sarà possibile procedere all'identificazione del medicinale coinvolto.

Deve essere indicato il dosaggio e non solo l'unità posologica (infatti per un dato farmaco potrebbero ad esempio esserci compresse da 250, 500 o 1000 mg).

In questa sezione è importante fornire anche le informazioni relative all'eventuale miglioramento della reazione avversa dopo la sospensione del farmaco e quando disponibile anche il dato sulla risomministrazione del farmaco (rechallenge).

Nel caso di segnalazione di reazioni avverse a vaccini è necessario riportare anche l'ora della somministrazione ed il numero di dose (I, II, III o di richiamo).

Inoltre vanno specificati il lotto e la data di scadenza.

Non va tralasciata l'indicazione terapeutica per il quale il farmaco è stato assunto: da tale indicazione potrebbero emergere spiegazioni alternative all'insorgenza della reazione osservata che potrebbe essere in realtà un aspetto della patologia trattata. Anche le indicazioni vanno riportate nel modo più preciso possibile tenendo presente la classificazione internazionale delle malattie (ICD IX: International classification disease).

Condizioni predisponenti: la disponibilità di queste informazioni con-

sente di accertare la presenza o meno di cause alternative al farmaco nel determinare la reazione avversa. In particolare nel caso di segnalazione di reazioni avverse a vaccini è necessario riportare i dati anamnestici, la storia clinica e farmacologica rilevante. È opportuno anche specificare la sede dove è avvenuta la vaccinazione: ASL, studio privato, scuola, altro (specificare) ed il sito di inoculo del vaccino.

Farmaci concomitanti: l'informazione di eventuali farmaci concomitanti va acquisita soprattutto in relazione alle possibili interazioni.

Nell'apposita sezione andrebbero riportate anche le altre possibili interazioni con integratori alimentari, prodotti erboristici ecc. Nel caso di segnalazione di reazioni avverse a vaccini è necessario riportare anche i vaccini somministrati nelle 4 settimane precedenti alla somministrazione.

Fonte e segnalatore: il segnalatore deve essere chiaramente identificabile, anche se i suoi dati sono tutelati, in primo luogo perché spesso c'è la necessità di contattare il segnalatore per chiarimenti o follow-up ed inoltre non sono accettabili schede anonime. Qualora la fonte venga riportata come «Altro» deve essere specificato chiaramente la tipologia di segnalatore.

Per le reazioni gravi, tanto più se non previste nel riassunto delle caratteristiche del prodotto (RCP) o per le quali l'esito non è conosciuto al momento della segnalazione stessa è opportuno far seguire la segnalazione iniziale da un aggiornamento sul caso.

La scheda compilata va inviata al responsabile di farmacovigilanza della struttura sanitaria di appartenenza per i successive adempimenti ai sensi del decreto legislativo n. 95/2003.

Per approfondimenti sulla Farmacovigilanza si rimanda alla lettura del volume IX di EudraLex disponibile all'indirizzo: <http://pharmacos.eudra.org/F2/eudralex/index.htm>

Suggerimenti per la descrizione di sospetta reazione avversa a vaccino

Locale, nel punto di inoculo		Generale
☐ reazione locale estesa	☐ adenopatia	☐ ipotonia – iporesponsività
☐ ascesso sterile	☐ artralgia	☐ meningite/encefalite
☐ ascesso settico	☐ artrite cronica	☐ neurite brachiale
☐ necrosi/ulcerazione	☐ anestesia/parestesia	☐ pianto persistente
☐ anestesia/parestesia	☐ convulsioni afebrili	☐ paralisi flaccida acuta
	☐ convulsioni febbrili	☐ porpora trombocitopenica
	☐ encefalopatia	☐ shock anafilattico
	☐ iperpiressia $\geq 39,5^{\circ}\text{C}$ (4)	☐ Sindrome di Guillain Barré/poliradicoloneurite
	☐ ipersensibilità immediata (5): specificare	☐ vomito e/o diarrea gravi (7)
	☐ altre manifestazioni di ipersensibilità: specificare	altro (3)
☐ altro (3)		

DEFINIZIONI DI CASO

Anestesia/parestesia: vanno segnalate le condizioni che perdurino per più di 24 ore.

Artrite cronica: può essere presa in considerazione in un soggetto senza storia di artropatia nei 3 anni precedenti la vaccinazione sulla base di comparsa di segni di artrite acuta (gonfiore articolare) che sia insorta tra i 7 e i 42 giorni seguenti la vaccinazione antirosolia; persistenza di segni obiettivi di artrite intermittente o continua per più di 6 mesi dopo la vaccinazione; risposta anticorpale al virus della rosolia. L'artralgia o rigidità articolare senza gonfiore non è considerata artrite cronica.

Convulsioni: attacchi di spasmi tonico-clonici, o di altri attacchi epilettici dell'infanzia (es: spasmi infantili, tic di saalam) con durata variabile da alcuni minuti a più di 15 minuti, in assenza di lesioni neurologiche preesistenti.

A seconda della temperatura corporea, le convulsioni vanno distinte in: febbrili (temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$) o afebrili.

Encefalite: quadro clinico ad inizio acuto, con insorgenza entro 1-4 settimane dalla somministrazione del vaccino, caratterizzato da convulsioni, alterazione dello stato di coscienza, cambiamenti evidenti del comportamento per almeno due giorni, che non si risolvono entro 24 ore, accompagnati da segni di infiammazione cerebrale, con evidenti alterazioni del liquor, in assenza di altre cause dimostrabili.

Encefalopatia: quadro clinico ad inizio acuto, con insorgenza entro 72 ore dalla somministrazione del vaccino, caratterizzato da due o più dei seguenti sintomi: (I) convulsioni, (II) alterazione dello stato di coscienza e/o cambiamenti evidenti del com-

Modello di scheda per la comunicazione di effetti indesiderati dal cittadino

**COMUNICAZIONE DI EFFETTI INDESIDERATI DEI FARMACI
(DA COMPILARSI A CURA DEL CITTADINO E DA TRASMETTERE AL RESPONSABILE
DI FARMACOVIGILANZA DELLA STRUTTURA SANITARIA D'APPARTENENZA - ASL)**

1) Quale reazione indesiderata ha osservato?		
2) Quando?		
3) Quanto è durata?		
4) Quali medicinali stava prendendo?		
5) Quante volte al dì?		
6) Da quanto tempo?		
7) Per quale disturbo?		
a	fiale	
b	supposte	
c	uso locale	
d	per bocca	
e		
f		
8) Il farmaco le è stato prescritto dal medico?	Si	No
9) L'aveva già preso in passato?	Si	No
10) Hai mai avuto la stessa reazione?	SI	No
11) Con quale medicinale?		
12) Chi è il suo medico curante? (Cognome, nome, indirizzo e telefono)		
13) Lo ha informato?	Si	No
14) Come è stata curata la reazione?		
- sospeso il medicinale	Si	No
- ridotta la dose	Si	No
altro (specificare)		
15) Adesso la reazione è scomparsa?	(barrare la risposta desiderata)	
Si completamente	Non del tutto	No
Indirizzo e numero di telefono del paziente	Data	
Firma		

portamento per almeno due giorni, (III) segni neurologici focali che non si risolvano entro 24 ore.

Ipotonia-iporesponsività: nei bambini di età inferiore a 24 mesi, episodi che si manifestano con diminuzione o perdita acuta del tono muscolare, perdurante per almeno 10 minuti, accompagnata da cianosi o pallore, o da mancata risposta agli stimoli ambientali, o da torpore prolungato, o da arresto respiratorio, in un periodo di tempo compreso tra 0 e 24 ore dalla vaccinazione. Da non confondere con lipotimia o con stato post-convulsivo.

Manifestazioni ipersensibilità immediate: orticaria, rinite, asma, broncospasmo, edema della glottide, angioedema, che si manifestino entro pochi minuti dalla somministrazione del vaccino, in assenza di stato di shock.

Meningite/Encefalite: quadro clinico di meningite, con insorgenza entro 15 gg dalla somministrazione del vaccino; la sintomatologia può essere sfumata e subdola, oppure molto simile a quella dell'encefalite: quadro clinico ad inizio acuto, con insorgenza entro 1-4 settimane dalla somministrazione del vaccino, caratterizzato da convulsioni, alterazione dello stato di coscienza, cambiamenti evidenti del comportamento per almeno due giorni, che non si risolvono entro 24 ore, accompagnati da segni di infiammazione celebrale, con evidenti alterazioni del liquor, in assenza di altre cause dimostrabili.

Neurite brachiale: quadro clinico con insorgenza entro 2-28 giorni dalla somministrazione di vaccini tossoide tetanico caratterizzato da disfunzione limitata all'estremità superiore del plesso brachiale (tronco,

dermatomeri) senza coinvolgimento di altre strutture del sistema nervoso periferico (radice nervosa o singolo nervo periferico) o centrale (midollo spinale). Un dolore profondo, continuo, spesso severo alla spalla e alla radice del braccio annuncia di solito la comparsa della condizione. Il dolore è seguito, a distanza di giorni o di settimane, da debolezza o atrofia dei gruppi muscolari dell'estremità prossimale. La perdita di sensibilità può accompagnare il deficit motorio, mentre la debolezza è un dato necessario perché sia fatta la diagnosi. La neurite può essere presente sia dallo stesso lato sia dal lato opposto rispetto al punto in cui è stata eseguita l'iniezione; talvolta è bilaterale, colpendo entrambe le radici degli arti superiori.

Paralisi flaccida acuta: paralisi flaccida ad inizio improvviso che si manifesti in un periodo di tempo compreso tra 4 e 30 giorni dalla somministrazione di OPV nel soggetto vaccinato e tra 4 e 75 giorni in un contatto persistente anche dopo 60 giorni dal suo manifestarsi.

Pianto persistente: pianto insolabile che si prolunghi ininterrottamente per un periodo superiore alle 3 ore, durante il quale il bambino non si alimenta e non dorme, oppure pianto o grido di alta o inconsueta tonalità.

Porpora trombocitopenica: quadro clinico con insorgenza entro 2 mesi dalla somministrazione di vaccini contenenti il virus morbilloso caratterizzato da una conta piastrinica sierica inferiore a 50.000/ml. La porpora trombocitopenica non include casi di trombocitopenia associate ad altre cause come ipersplenismo, disordini autoimmunitari (compresi alloantikorpi da pregresse trasfusioni),

mielodisplasie, malattie linfoproliferative, trombocitopenia congenita o sindrome emolitico-uremica; non include casi di porpora trombocitopenica immune mediata, per esempio, da infezioni virali o fungine, da tossine o da farmaci né casi di trombocitopenia associati a coagulazione intravasale disseminata come si osservano nelle infezioni batteriche o virali.

Reazione locale estesa: area di arrossamento, indurimento, tumefazione con diametro superiore a 5 cm, estesa fino alla radice dell'arto.

Shock anafilattico: reazione allergica con stato di shock (insufficienza circolatoria, ipotensione arteriosa, polsi periferici deboli o assenti,

alterazione del livello di coscienza, sudorazione) con o senza broncospasmo e/o laringospasmo o edema della glottide, che si manifesti immediatamente dopo l'inoculazione del vaccino.

Sindrome di Guillain-Barré/poli-radicoloneurite: paralisi flaccida ad inizio acuto, simmetrica, ascendente, rapidamente progressiva, con perdita di sensibilità periferica, in assenza di iperpiressia.

L'esame del liquor evidenzia dissociazione albumino-citologica. L'associazione a vaccino è ritenuta certa o probabile in caso di Sindrome di Guillain-Barré insorta entro 60 giorni dalla somministrazione del vaccino.

DEPOSITO TITOLI DI STUDIO

Nel rispetto degli artt. 1, 2, 3 e 4 del D.P.R. n. 221/50, l'Ordine deve avere gli albi costantemente aggiornati.

Pertanto, è fatto obbligo a tutti gli iscritti depositare presso la segreteria dell'Ordine il conseguimento di titoli di studio (specializzazioni, attestato di medicina generale).

È possibile avvalersi dell'autocertificazione per comunicare il conseguimento di tali titoli.

Valutazioni giuridiche sulla dichiarazione di volontà

Le cure mediche

ai testimoni di Jehovah

Premessa. In un ampio e articolato documento Achille Aveta, esamina in maniera lucida, sapiente ed esauriente le problematiche etico-religiose della trasfusione di sangue e dei suoi componenti nelle persone che professano il credo religioso dei Testimoni di Geova.

Le valutazioni contenute nel lungo articolo possono essere razionalmente del tutto condivisibili, in quanto chi non professa tale religione difficilmente riesce ad accettare le imposizioni discutibili su come affrontare un intervento chirurgico che può richiedere, per il buon andamento clinico, la necessità di infondere sangue o emoderivati. Si tratti, poi, di convinzioni a cui un adepto perviene dopo riflessione personale o che si tratti di imposizioni del credo religioso, ha scarsa importanza e non è assolutamente sostanziale.

Le convinzioni, comunque, sono radicate e come tali vanno accettate o rifiutate, ma in ogni caso meritano rispetto come tutte le confessioni religiose, siano esse cristiane o no.

I rilievi e le critiche di Aveta sono profonde e circostanziate, in gran parte inerenti convinzioni religiose, su cui una persona che professa un'altra confessione religiosa non ha criticamente alcuna possibilità di incidere in maniera convincente tale da indurre l'interlocutore a cambiare idea, in quanto sono valutazioni per le quali i Testimoni di Geova hanno sempre una risposta convinta e non accettano interferenze né considerazioni di merito ritenendo la loro posi-

zione legittima, ragionevole e retta.

Nello specifico in ambito prettamente medico, il sanitario curante non dovrebbe entrare nel merito delle convinzioni religiose, anche se queste possono incidere in maniera anche drammatica sulla salute e sulla vita dell'individuo. All'interno di una franca e rispettosa relazione medico-paziente, può capitare che si sfiori o si affronti un dialogo sulla tematica religiosa, ma solo a livello di convinzioni personali, le quali non dovrebbero inficiare il rapporto strettamente medico che il sanitario deve intrattenere con il malato. Il credo religioso di un soggetto, anche se non condiviso, rientra nella sfera del privato e dell'intima convinzione individuale, su cui nessuno ha il diritto di interferire se rimane in tale ambito senza ledere il diritto degli altri.

Nel citato articolo sono condivisibili anche le valutazioni di ordine strettamente medico, dell'irrazionalità dell'accettazione di alcuni componenti ematici o di altri organi, ma non del sangue. Sono, altresì, condivisibili, in parte, anche le valutazioni espresse dall'Associazione Europea dei Testimoni di Geova nella loro pubblicazione in oggetto, con una visione diametralmente opposta. Il fatto è che il problema deve essere affrontato, oltre che dal punto di vista etico, anche dal punto di vista giuridico: i Testimoni di Geova, o chiunque altra persona malata che afferisce ad un reparto ospedaliero, ha il diritto di rifiutare una qualsivoglia terapia, anche salvavita come può es-

*I rapporti
fra medico
e paziente
e il problema
del rispetto
della fede
e delle convinzioni
religiose*

sere la trasfusione di sangue, oppure no? E se arriva ad un Pronto Soccorso in coma e necessita di una trasfusione salvavita, come si deve comportare il medico? E con i minori, compresi quelli chiamati “grandi minori” (15-17 anni), quale è l’atteggiamento corretto che il medico deve assumere?

Fonti normative e sentenze

Non ci sono dubbi che gli Artt. 13 (“La libertà personale è inviolabile”) e 32 della Costituzione (“Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge”) garantiscono la libertà personale e conferiscono ad ogni persona la libertà di decidere sui trattamenti sanitari, di accettarli in tutto o in parte, oppure di rifiutarli. Sono fatti salvi solo i Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO coattivi e non coattivi), i quali si riferiscono a problematiche specifiche chiaramente definite ed esulano dal nostro contesto.

Il Codice Deontologico dei Medici nell’articolo 12 salvaguarda la libertà personale: “Al medico è riconosciuta autonomia nella programmazione, nella scelta e nell’applicazione di ogni presidio diagnostico e terapeutico, anche il regime di ricovero, fatta salva la libertà del paziente di rifiutarle e di assumersi la responsabilità del rifiuto stesso”. Ancora nell’articolo 17 “.. Il medico nel rapporto col cittadino deve improntare la propria attività professionale al rispetto dei diritti fondamentali della persona”. E nell’articolo 32 viene ribadito lo stesso principio dello stesso articolo della Costituzione, “In presenza di documentato rifiuto di persona capace di intendere e di volere, il medico deve desistere dai conseguenti atti diagnostici e/o curativi non essendo consentito alcun trattamento contro la volontà della persona..”.

È utile riportare il caso di un chirurgo di Firenze che negli anni Novanta ha stimolato la riflessione e anche violente discussioni in diversi ambiti della società civile. Il medico in questione è stato condannato in tutti i gradi di giudizio (Corte di Cassazione, sentenza N° 699 del 21.04.92) per aver effettuato un intervento chirurgico diverso da quello per il quale aveva ottenuto il consenso. L’anziana signora aveva dato esclusivamente il consenso per l’asportazione di polipi rettali chiedendo espressamente che non venisse effettuata una amputazione addominoperineale con applicazione di un ano artificiale. Il chirurgo, ritenendolo indicato e senza alcuna nuova situazione di emergenza o di pericolo immediato, ha effettuato l’intervento al quale la malata non aveva concesso il consenso. Dopo due mesi la paziente muore. Il medico è stato condannato per omicidio preterintenzionale.

La sentenza ha determinato una svolta nel rapporto tra il malato e il medico curante, i cui effetti si protrarranno a lungo ancora e saranno forieri di ulteriori sentenze a favore dei malati. Ciò dovrebbe esitare, è auspicabile, in un cambiamento dell’atteggiamento dei medici nei confronti dei malati e dei suoi diritti che, non raramente venivano misconosciuti se non in pochi casi, addirittura negati.

È opportuno rileggere alcuni passi sostanziali di tale sentenza: “È infatti di tutta evidenza che nel diritto ciascuno di disporre, lui e lui solo, della propria salute ed integrità personale, pur nei limiti previsti dall’ordinamento, non può che essere ricompreso il diritto di rifiutare le cure mediche, lasciando che la malattia segua il suo corso anche fino alle estreme conseguenze: il che a ragione non può che riaffermare che la

salute non è un bene che possa essere imposto coattivamente al soggetto interessato dal volere o, peggio, dall'arbitrio altrui, ma deve fondarsi esclusivamente sulla volontà dell'avente diritto, trattandosi di una scelta che...riguarda la qualità della vita e che pertanto lui e lui solo può legittimamente fare."

Questo passo della sentenza riveste importanza sostanziale nello specifico della nostra digressione, ma è opportuno riportare anche un altro stralcio, particolarmente significativo, che ci deve indurre ad una attenta e profonda riflessione: "Assieme alla componente di dissesto fisico, l'aspetto psicologico ha giocato un ruolo importante nel far venir meno le difese dell'organismo... ma questa componente psicologica... altro non è se non una conseguenza diretta e immediata del gravissimo trauma che non avrebbe mai immaginato che potesse esserle inferto non solo senza il suo consenso, ma soprattutto a sua totale insaputa". Quindi la componente psicologica "diventa fondamentale nel considerare la morte della paziente come conseguenza (sia pur non voluta) delle lesioni (che erano volontarie) e quindi finisce per essere alla base della pesante condanna per omicidio preterintenzionale del chirurgo che aveva operato senza il consenso della paziente"

Altre sentenze che legittimano il rifiuto all'emotrasfusione da parte di persone adulte, capaci di esprimere le proprie volontà:

- Sentenza del GIP del Tribunale di Messina dell'11.07.1995
 - Sentenza del Pretore di Roma del 09.04.1997
 - Decreto del Pretore di Treviso del 29.04.1999
- Si riportano altre due recenti sentenze:
- 03.04.97 del Pretore Penale di

Roma: assoluzione dei medici imputati di omicidio colposo per aver omesso l'esecuzione di una trasfusione di sangue a un malato Testimone di Geova nella consapevolezza dei rischi cui andava incontro. Il Pretore riconosce all'individuo l'insopprimibile diritto fondamentale all'autodeterminazione che consente di rifiutare le cure fino alle estreme conseguenze, in quanto non vi è alcuna legge che stabilisca l'obbligatorietà della trasfusione di sangue. La sentenza esclude la possibilità di attribuire al medico il dovere di intervento in presenza di un dissenso reiterato ed attuale manifestato dal soggetto interessato. Viene richiamato specificamente l'Art. 32 della Costituzione. Questa sentenza è stata criticata da due giuristi, G. Iadecola e P. Avecone, in particolare quest'ultimo "E' assolutamente pacifico che la vita è un bene non disponibile, per cui neppure il titolare può legittimamente rinunciarvi...omettere di praticare una trasfusione che, come nel caso di specie, avrebbe salvato la vita del paziente, realizza in pieno l'omicidio del consenziente".⁵ Un altro giurista⁶ "in contrasto...ha altresì osservato che un diritto di rilevanza costituzionale non può essere disatteso sulla base di un'interpretazione della disciplina penalistica in tema di omicidio del consenziente e di istigazione al suicidio⁷."

- 11.01.2002 del Tribunale di Pordenone (Il tribunale dà ragione al malato testimone di Geova che aveva richiesto risarcimento per i danni conseguenti a una trasfusione a cui egli aveva negato il consenso. La sentenza con il richiamo all'Art. 2043 del Codice Civile e l'Art. 2 della Carta Costituzionale, viene riconosciuto il di-

ritto al rispetto dell'identità personale che si esprime attraverso la religione).

Occorre, a questo punto, ricordare quali sono le responsabilità del medico che si appresta a fare una trasfusione:

- ottenimento di un valido consenso del ricevente;
- corretta definizione dell'indicazione all'emoterapia;
- compilazione di una corretta richiesta di emoterapico alla struttura trasfusionale;
- modalità di esecuzione della trasfusione;
- segnalazione alla struttura trasfusionale di ogni reazione avversa collegata all'emoterapia. Nessuna prestazione medica è ritenuta, quindi, lecita senza il consenso del paziente. L'applicazione di provvedimenti diagnostici o terapeutici, in tal caso, potrebbe configurare diversi tipi di reato, dal sequestro di persona alla violenza privata, alle lesioni personali lievi o gravi. Precedente al consenso e come fattore di validità giuridica dello stesso, vi è il dovere di informativa del medico (con la eventuale collaborazione del personale infermieristico) nei riguardi del paziente, a proposito del trattamento terapeutico specifico, oggetto della richiesta di consenso. C'è da considerare anche un altro aspetto spesso misconosciuto dai medici, cioè che il consenso ha la sola funzione di rendere lecito l'atto sanitario, ma non solleva in alcun modo il personale sanitario da eventuali responsabilità penali e civili da comportamento colposo. Dalla sentenza dei giudici di Firenze e da queste due recenti sentenze di Roma e Pordenone, si evince che la giurisprudenza attuale tende a conferire una grande importanza al consenso per le pre-

stazioni sanitarie. Infatti pur appellandosi a normative diverse, le due sentenze arrivano alla stessa conclusione: gli atti sanitari senza il consenso dell'interessato vengono sistematicamente puniti. Importante anche una sentenza della Corte costituzionale (09.07.1996, n°238) che ha perentoriamente escluso che una persona possa essere costretta a sottoporsi ad un intervento sanitario indesiderato (prelievo ematico), basando la decisione sulla libertà personale: "Un diritto inviolabile rientrante tra i valori supremi, quale indefettibile nucleo essenziale dell'individuo, non diversamente dal contiguo e connesso diritto alla vita e all'integrità fisica, con il quale concorre a costituire la matrice prima di ogni altro diritto, costituzionalmente protetto, della persona".

Tra le normative più controverse si riporta il DM 01.09.1995, Art. 4, 3° comma e Art. 5, 1° comma recita testualmente " ... Quando vi sia un pericolo imminente di vita, il medico può procedere a trasfusione di sangue anche senza il consenso del paziente. Devono essere indicate nella cartella clinica, in modo particolareggiato, le condizioni che determinano tale stato di necessità". E, aggiungo, di cui dovrà eventualmente rendere conto! Tale Articolo è chiaramente riferito alla circostanza nella quale il malato non esprime il consenso, ma neanche il dissenso alla trasfusione. Se dovesse essere preso alla lettera questo articolo, che ovviamente non tiene conto dei casi specifici come i malati testimoni di Geova, si configurerebbe una sistematica violazione del principio costituzionale (Art. 32) e della norma Deontologica (Art. 32), esponendo il medico alle sanzioni

penali e disciplinari che un semplice e ambiguo DM non può scongiurare.

Ipotesi procedurale

Come procedere, quindi, nei confronti di un malato testimone di Geova maggiorenne, cosciente, in grado di discernere e di esprimere un dissenso nei confronti della trasfusione di sangue, anche se da tale decisione potrebbe conseguire la morte dello stesso?

Tenuto conto che la giurisprudenza attuale non conferisce validità piena alla dichiarazione di volontà anticipata delle cure (il Living will degli anglosassoni), la dichiarazione contenuta nel "Tesserino di Identità" dei Testimoni di Geova potrebbe essere riportata, in sintesi, nella cartella clinica (che costituisce a tutti gli effetti un documento ufficiale) e sottoscritta dall'interessato di fronte a due testimoni adulti e consapevoli della gravità delle responsabilità che il malato si addossa.

Nella eventualità, invece, di un progressivo aggravamento delle condizioni del malato fino alla perdita della coscienza, con rischio di successivo decesso, "l'obbligo giuridico in capo al medico diviene, dunque, quello di esporre e di far comprendere con precisione tecnica il grave rischio al quale il paziente si sta esponendo, aggiornandone nel tempo l'evoluzione in peius con il rilievo dei dati funzionali e vitali peggiorativi. Di fronte al reiterato e cosciente dissenso del paziente capace d'intendere e di volere, il sanitario deve astenersi dal trattamento e attuare ogni altro provvedimento sanitario o chirurgico utile a tentare in ogni modo di salvare una vita umana".⁸ Attraverso colloqui informali con alcuni giudici in ambito di un Convegno è emerso, però, che

prevale la tolleranza nei confronti dell'intervento medico che effettua una trasfusione d'urgenza in un malato testimone di Geova che perde la coscienza, al fine di salvargli la vita, con la presunzione che lo stato di incoscienza potrebbe costituire motivo di revoca della volontà precedentemente espressa.

Il rispetto del principio di autonomia e della volontà del malato, espressa in varie modalità, dovrebbe essere di ben maggiore rilievo ed importanza e non ignorabile solo a causa della perdita, peraltro temporanea, della coscienza.

Occorre sottolineare che l'interventismo medico non sempre viene giustificato dai giudici, come avveniva in passato. Il ricorso allo stato di necessità (art. 54 del codice penale) da parte dei medici per giustificare un intervento di estremo salvataggio su malati che non hanno espresso in maniera palese il consenso, può in certi casi solo rendere lecito un comportamento, ma non deve essere considerato un obbligo. Talvolta, per legittimare l'interventismo, si porta come giustificazione l'istinto di conservazione della specie umana.

Altre volte per giustificare una trasfusione si ricorre al cosiddetto "consenso presunto" quando il malato perde la coscienza dopo una progressiva anemia. Ma non si capisce perché un malato che prima di perdere la coscienza esprime una volontà specifica, ad esempio di non subire una trasfusione di sangue o di non essere rianimato in una situazione drammatica di coma conseguente a malattia terminale di origine neoplastica, subito dopo lo stesso malato possa cambiare idea e si debba quindi presumere una volontà di revoca!

La regola del consenso informato agli atti medici era stata riconosciuta anche da un altro importante organo istituzionale, il Comitato Nazionale

per la Bioetica nel documento *Informazione e consenso all'atto medico*, redatto nel 1992.

La Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina (Convenzione di Oviedo), firmata dagli Stati membri del Consiglio d'Europa e dalla Comunità Europea (04.04.1997), recepita interamente dallo Stato italiano come Legge n° 145 del 28.03.2001, pubblicata sulla G.U. del 24.04.01, nel Capitolo II, Art. 5 sul consenso, espressamente recita "Un intervento nel campo della salute non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato consenso libero e informato. Questa persona riceve innanzitutto una informazione adeguata sullo scopo e sulla natura dell'intervento e sulle sue conseguenze e i suoi rischi." E all'Art. 9 sui desideri precedentemente espressi, recita "I desideri precedentemente espressi a proposito di un intervento medico da parte di un paziente che, al momento dell'intervento, non è in grado di esprimere la sua volontà saranno tenuti in considerazione". La formulazione non sembra a prima vista molto perentoria, ma il significato è inequivocabile.

A commento di questi articoli Amedeo Santosuosso, giudice del Tribunale di Milano, esprime: "Ciò vuol dire che, da ora in avanti, non sarà più possibile, di fronte a volontà espresse in precedenza, far prevalere sempre e comunque l'idea che i medici o altri hanno degli interessi e dei bisogni del diretto interessato. E anzi bisognerà rendere conto di ogni scostamento da quei desideri precedentemente espressi".⁹

Particolare importanza riveste anche l'articolo 6 della stessa Convenzione, 3° comma, sulla protezione delle persone che non hanno la capacità di dare consenso, ad esempio un testimone di Geova in Pronto Soc-

corso o in sala operatoria privo di coscienza, le cui condizioni cliniche richiedono una trasfusione di sangue: "Allorquando, secondo la legge, un maggiorenne, a causa di un handicap mentale, di una malattia o per un motivo simile, non ha la capacità di dare consenso ad un intervento, questo non può essere effettuato senza l'autorizzazione del suo rappresentante, di un'autorità o di una persona o di un organo designato dalla legge."

Si riporta anche la ricostruzione di una drammatica vicenda, da parte di un medico legale di Milano, successa qualche anno fa e riportata sulla rivista *Bioetica*, N° 3 del 2000: "Alle 18.10 veniva disposto Trattamento Sanitario Obbligatorio per poter effettuare la terapia trasfusionale, che veniva attuata alle 18.40 su decisione dei sanitari e col ribadito rifiuto del paziente, giudicato "ancora cosciente" e in grado di fornire "risposte orientate e corrette". Il paziente, apparentemente lucido e presente a sé stesso, cercando di alzarsi dal letto rifiutava fermamente la terapia invocando "Geova"... Personale medico e infermieri trattenevano a letto il paziente (neoplastico in fase terminale di malattia) che continuava a rifiutare con "violenza" la terapia. Intorno alle 19.40 si dava inizio all'emotrasfusione... contenendo il paziente... Pochi minuti dopo (19.45) il paziente era "agitatissimo e incontabile in preda a uno stato di agitazione psicomotoria grave". I sanitari decidevano di proseguire il trattamento emotrasfusionale. Il decesso interveniva alle 20.30".

Ogni commento a questa triste vicenda sembra superfluo e pleonastico!

Rimangono da affrontare due situazioni di fondamentale importanza di ordine etico, giuridico e pratico: i minori e il malato in coma che non

può esprimere né desideri, né consensi o dissensi alle pratiche mediche.

La «Convenzione sui diritti del fanciullo» (New York 20/11/1989), resa esecutiva in Italia con legge del 27/5/1991, riconosce tra l'altro «al fanciullo capace di discernimento il diritto di esprimere liberamente la sua opinione su ogni questione che lo interessa. Le opinioni dei fanciullo essendo debitamente prese in considerazione tenendo conto del suo grado di maturità»¹⁰.

Considerata l'importanza del problema, che è regolamentato da specifiche normative, riporto la risposta articolata del Dr. Franco Melis, già Procuratore della Repubblica di Cagliari, al quesito specifico sui diritti dei minori nelle pratiche mediche:

“Bisogna fare riferimento esclusivamente alle norme del diritto positivo italiano, che non riconosce la categoria dei minori maturi o grandi minori.

Minore in base alle norme del diritto positivo, è un soggetto che non ha ancora compiuto il diciottesimo anno d'età. Il minore può essere titolare di diritti ma di regola non è in grado di esercitarli da solo, non ha la capacità di agire per la cura dei propri interessi e necessita pertanto di un rappresentante legale. La rappresentanza del minore è affidata dalla legge ad entrambi i genitori o in mancanza a un tutore (artt. 320, 343 e segg. cod. civ.). La capacità d'agire e quindi la capacità di compiere tutti gli atti per i quali non sia stabilita un'età diversa la si acquista solo con la maggiore età al compimento del diciottesimo anno di vita. La norma tutela in modo piuttosto rigido il minore degli anni diciotto, soggetto sì di diritti, ma ritenuto incapace di agire e perciò di esercitarli a causa della minore età.

Proprio per tale sua caratteristica il

minore, a prescindere dalla sua intelligenza e capacità materiali, è, per definizione, incapace. La sua volontà nella produzione dell'evento non ha voce. Coloro che decidono per lui, volente o nolente, sono i suoi rappresentanti legali, i suoi genitori la cui manifestazione di volontà potrebbe, apparentemente, essere in armonia con quella del minore ma che potrebbe al contrario soverchiarla per cui non si potrebbe mai escludere che alla volontà di vivere del minore si sovrapponga la convinzione religiosa degli adulti. Pertanto: qualora i genitori rifiutino di sottoporre un figlio minorenne ad una trasfusione salvavita, il medico dovrà rivolgere immediata istanza all'autorità giudiziaria (Tribunale dei Minori) per gli interventi del caso”.

Stante la rigidità della normativa, al medico non resta che applicare la legge. Tuttavia questo non esclude che, in caso di aperto dissenso del “grande minore” e nelle more della risposta del Giudice tutelare, il curante tenti di instaurare un rapporto franco e sincero di informazione ed eventuale collaborazione, spiegando le ragioni mediche che inducono ad una scelta difficile e sofferta, ma che consente di preservare la vita. Ciò consentirebbe di guadagnare tempo prezioso per una ulteriore riflessione su questa difficile problematica, nella speranza di un ripensamento che permetta di fugare dubbi e incertezze e fare una scelta verso la vita piuttosto che verso la morte.

L'altra situazione in cui il malato Testimone di Geova in coma non può esprimere né desideri, né consensi o dissensi alle pratiche mediche, rappresenta un altro grande problema etico e pratico che coinvolge in maniera rilevante il medico di fronte alla necessità di praticare una trasfusione di sangue ritenuta indispensabile per salvargli la vita.

Data per scontata la professionalità del medico che deve prendere una decisione così importante in un soggetto che gli pone una problematica etica di tale consistenza, la decisione coinvolge necessariamente i parenti più stretti, i quali presenteranno il Tesserino di Identità debitamente firmato che contiene la volontà precedentemente espressa di rifiutare le trasfusioni di sangue anche nel caso estremo di pericolo di vita.

Buona parte dei medici non ha una preparazione specifica su problematiche bioetiche di tale portata.

La decisione crea imbarazzo ed è fonte di notevole inquietudine e travaglio interiore, anche perché i parenti perentoriamente si sforzeranno di far riconoscere la validità attuale del documento di identità e si opporranno alla trasfusione di sangue e di altri emoderivati che si rendessero indispensabili per salvare la vita del malcapitato.

C'è da osservare che in tale drammatico frangente il medico, che deve prendere una decisione in pochissimi minuti, non è in veste di giudice per vagliare la validità di un documento che, in teoria (*absit injuria verbis*) non conoscendo le persone, potrebbe essere stato compilato poco prima da chiunque. Egli è in veste di rianimatore e in quanto tale si trova obbligato a prendere una decisione dalla quale potrebbe scaturire o il decesso del malato o una sua possibile ripresa clinica.

Personalmente, pur essendo dell'avviso che dal punto di vista etico al documento si debba riconoscere la validità a tutti gli effetti, occorre considerare che il Testamento Biologico (*Living Will*) sui trattamenti sanitari da applicare in determinate situazioni cliniche, al momento non viene riconosciuta validità giuridica. Inoltre nell'ambito del Comitato Nazionale per la Bioetica, istituzione pub-

blica di diretta emanazione della Presidenza del Consiglio, in un documento che diventerà una prossima proposta di legge, ha espresso il parere che il medico deve tenere nella giusta considerazione le volontà espresse dal malato sul testamento biologico, ma non ha l'obbligo di rispettarle. In caso di mancato rispetto di tali volontà dovrà giustificare il suo operato con una formale motivazione scritta nella cartella clinica.

Ben differente dev'essere l'atteggiamento del medico quando il malato è vigile e capace di intendere e di volere. Se il Testimone di Geova una volta informato e ben consapevole delle conseguenze delle sue decisioni, oltre a presentare il Tesserino di Identità, ribadisce per iscritto in cartella clinica che non vuole essere sottoposto a trasfusione di sangue e di altri suoi componenti per nessun motivo, anche se da tale scelta dovesse sopraggiungere il decesso, il medico a mio parere ha il dovere giuridico e morale di ottemperare a tale richiesta.

Pur nella sua drammaticità e con tutta l'umana comprensione della vicenda, il paternalismo deve cedere il passo e far prevalere il principio etico dell'autonomia su quello della beneficenza. Le sentenze richiamate sopra dovrebbero indurre il medico a desistere da intraprendere una strada che può portare, oltre al danno morale della persona, all'incriminazione per violenza privata o lesioni personali.

Considerazioni conclusive

Per brevità sono state riportate solo alcune sentenze e alcune valutazioni contrastanti, che denotano quanto controversa sia la problematica della trasfusione di sangue nei malati Testimoni di Geova.

In teoria il problema dovrebbe es-

sere abbastanza semplice se si tenesse conto solo dei dettati costituzionali e delle leggi che normano i termini della questione, ma in questo tema entrano in gioco altre valutazioni di ordine culturale, religioso ed etico, per cui comprensibilmente da parte del medico la decisione non è semplice né facilmente attuabile facendo riferimento alla scienza e coscienza personale.

Infatti alla valutazione squisitamente clinica della necessità della trasfusione per curare uno stato di malattia che la richiede, subentrano le sue considerazioni etiche, religiose e quelle del malato, dei parenti o di terzi che a vario titolo ritengono di doversi inserire nelle decisioni cliniche di pertinenza medica, ma che devono necessariamente essere intraprese in stretta collaborazione e condivisione col malato.

Inoltre, dalla disamina di altre sentenze e pareri di diversi Giudici espressi nelle riviste scientifiche, si evince che anche costoro possono avere una visione etica differente da quella di altri colleghi, che in certi casi può influenzare l'interpretazione di una normativa verso una direzione piuttosto che verso un'altra.

Il consenso agli atti medici, debitamente informato e tale da portare alla consapevolezza dei pericoli cui si va incontro contravvenendo alle decisioni cliniche ritenute necessarie, viene riconosciuto a vari livelli. A livello normativo viene riconosciuto sia dalla Costituzione che dalle varie leggi ordinarie anche di derivazione

comunitaria. Viene riconosciuto da Codici di Deontologia professionale dei medici e di altri operatori sanitari. La Consulta di Bioetica, il Comitato Nazionale di Bioetica e altre istituzioni pubbliche e private che si occupano di problemi etici, pur con qualche distinguo, riconoscono che dal consenso informato non si può prescindere in tutti gli atti medici di assistenza e cura.

Ma il consenso a un atto medico altro non è che la manifestazione pratica e applicabile di uno dei principi basilari dell'etica biomedica: il principio di autonomia e autodeterminazione.

I tempi sono maturi perché il consenso sia anche l'espressione più manifesta della collaborazione tra il medico e il malato sulle scelte che lo riguardano.

Da una stretta relazione umana, professionale e dalla efficace comunicazione tra i due soggetti, medico e malato, dovrebbe scaturire una alleanza terapeutica che determini un'informazione precisa, autentica e rigorosa, adeguata a condividere le scelte, talvolta difficili, salvaguardando da un lato la volontà del malato e dall'altra, nei limiti del possibile, le opportune scelte terapeutiche proposte dal medico.

Tonio Sollai

Coordinatore della Consulta
di Bioetica della Sardegna

Articolo pubblicato sul Bollettino dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Cagliari n. 7 del 2004

ORARIO DI RICEVIMENTO DEL PRESIDENTE DELL'ORDINE

Il Presidente, dott. Agostino Sussarellu, riceve tutti i martedì pomeriggio presso la sede dell'Ordine previo appuntamento da stabilire al 079.234430

Posizione di garanzia e rispetto della volontà

Responsabilità penale del medico in tema di emotrasfusione

Ho letto con compiacimento l'articolo di Tonio Sollai pubblicato sull'ultimo numero del Bollettino dell'Ordine di Cagliari: "Valutazioni etico-giuridiche sulla dichiarazione di volontarietà relativa alle cure mediche di Testimoni di Jehovah".

Pur condividendo in gran parte le valutazioni del collega, desidero tuttavia sottolineare come l'esprimere convincimenti così sicuri possa costituire eccessivo motivo di rassicurazione oppure di rassegnazione in colleghi di opposte credenze etico-filosofiche esistenziali, apparendo dette valutazioni in definitiva come sicurezze tautologiche o assolute.

Affermare infatti, su tale tema, che "il paternalismo deve cedere il passo e far prevalere il principio etico dell'autonomia su quello della beneficenza" è sicuramente corretto sul piano etico e deontologico, ma non in assoluto, poiché non tiene conto del piano giuridico e qui il diritto non dà certezze assolute. Richiamare inoltre alcune sentenze a riprova di quanto segnalato, non corrisponde al panorama esaustivo della giurisprudenza, poiché questa è ondivaga e incostante e comunque non costituisce norma insindacabile.

Anche il parere autorevole, di giuristi, non può apparire insindacabile e incontrovertibile: sicuramente appare condivisibile quanto espresso dal Amedeo Santosuosso, nel commentare la convenzione di Oviedo in merito al consenso in ambito sanitario, "... da ora in avanti, non sarà più

possibile, di fronte a volontà espresse in precedenza, far prevalere sempre e comunque l'idea che i medici o altri danno degli interessi e dei bisogni del diretto interessato. E anzi bisognerà rendere conto di ogni scostamento da quei desideri precedentemente espressi...

Allorquando, secondo legge, un maggiorenne, a causa di un handicap mentale, di una malattia o per un motivo simile, non ha la capacità di dare consenso ad un intervento, questo non può essere effettuato senza l'autorizzazione del suo rappresentante, di un'autorità o di una persona o di un organo designato dalla legge".

Tuttavia ciò non può valere in assoluto: basti pensare a un paziente che abbia già espresso il suo dissenso ad eventuale emotrasfusione, ed è sotto intervento chirurgico non procrastinabile, oppure di elezione, ma con complicazione imprevista (rottura di grossa arteria per incidente operatorio) per cui il paziente sia in pericolo "quoad vitam". Si tratterebbe di sicuro stato di necessità con obbligo da parte del medico chirurgo di prestare l'unica terapia idonea – vedasi trasfusione – a tamponare la grave anemizzazione del paziente, oltretutto ad operare per suturare la lesione.

Ma sarebbe lecito sul piano giuridico? E su quello etico-deontologico?

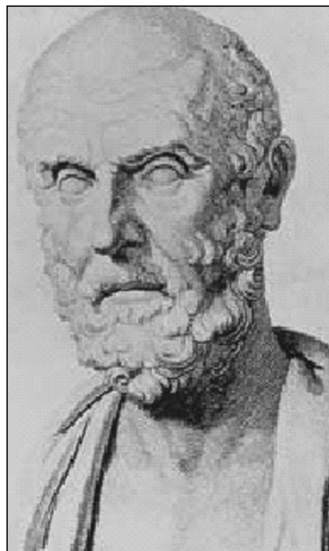
È appena il caso di ricordare che per il vigente codice di deontologia medica (art. 35) "Allorché sussi-

stano condizioni di urgenza e in caso di pericolo per la vita di una persona che non possa esprimere, al momento, la volontà contraria, il medico deve prestare l'assistenza e le cure indispensabili".

Ora consideriamo appunto un paziente restio o assolutamente negativo nell'accettare un'emotrasfusione, allorché questi fosse entrato in stato di incoscienza e vi fosse realmente una grave anemia, il medico decidesse di intervenire egualmente, praticasse il trattamento emotrasfusionale, salvasse il paziente, di che cosa risponderebbe?

Prima di tutto alla sua coscienza, al suo impegno deontologico, al suo credo professionale (queste possono essere di certezze assolute per lui!) e poi, sul piano giuridico, se ha documentato l'effettivo pericolo attuale di un danno grave alla salute della persona assistita, non altrimenti evitabile, anche di fronte ad una denuncia di trattamento illecito, poiché compiuto contro la volontà del paziente, si potrebbe invocare il reato di violenza privata (610 c.p.). Ma quante sentenze si trovano in casistica di violenza privata contro un medico che ha operato contro la volontà del paziente, ma in vero stato di necessità? E soprattutto vi può essere condanna?

La domanda è retorica! Sarebbe come condannare per lesioni personali dolose (582 c.p.) un soggetto che avesse inferto un pugno ad un aspirante suicida per annullarne la volontà autosoppressiva all'atto di but-



tarsi nel vuoto. D'altronde, sia pur con molte sfumature, si era pronunciato anche il T.A.R. del Lazio, 8 luglio 1985 (il paziente è l'unico che può esprimere il proprio consenso o il dissenso ripetuto al trattamento e il medico può operare solo nella duplice coesistenza di stato di necessità e di paziente non in grado di pronunciarsi) mentre il Pretore di Modena, 13 agosto

1990 con ordinanza da dimenticare aveva autorizzato (sic!) la trasfusione in una paziente lucida che poteva esser condizionata dalla pressione dei parenti.

Ora è indubbio invece, come citava giustamente il collega Sollai, negli ultimi anni la giurisprudenza italiana si va stabilizzando su linee di profondo rispetto della volontà dei Testimoni di Geova, nel quadro di una evoluzione del diritto vigente, che esalta la libertà e la dignità della persona, anche oltre la posizione di garanzia del medico rispetto alla tutela della salute. Di contro, invece il ricorso al Tribunale dei Minorenni, nel caso di rifiuto da parte dei genitori di sottoporre un figlio minorenne ad una trasfusione salvavita, ha portato a costante imposizione alla trasfusione. Infatti dopo l'appassionante vicenda del caso Oneda dei primi anni '80 (Cfr Sentenza della Corte d'Appello di Roma, 30 luglio 1985), si sono coerentemente susseguite le ordinanze dei Tribunali per i minorenni relative all'affidamento dei piccoli pazienti alla tutela del primario ospedaliero onde consentire le

emotrasfusioni avversate dai genitori. Come si vede, l'annoso, diuturno problema sulla leicet  o meno della terapia emotrasfusionale su soggetti non consenzienti non pu  offrire certezze univoche sul triplice profilo etico, deontologico e giuridico, ma appaiono necessarie ulteriori considerazioni medico-legali per offrire una attendibile linea guida, relativa alla gestione ospedaliera della condizione qui esposta, che ancora alimento incertezza e dubbi, e non solo in ambito medico.

L'assoluta priorit  etico-giuridica del principio d'atuonomia del paziente, garantito dal codice deontologico – consenso informato – ha prodotto, anche in tema di emotrasfusioni, evoluzioni concettuali e comportamentali, soprattutto in riferimento al paziente incapace che impone soluzioni diverse per situazioni prima comprese genericamente sotto l'etichetta del paziente non in grado di decidere. Ma proprio in relazione alla emergenza clinica considerata in rapporto alla necessit  di terapia trasfusionale ed alla volont  del paziente, dal 1995 ad oggi si   assistito ad un alternarsi di orizzonti decisionali scanditi da decreti e da sentenze di merito di cos  ondivago e nebuloso contenuto da imporre una puntualizzazione sullo "stato dell'arte".

Ricordiamo che il Ministero della Sanit  con il DM 1 settembre 1995 (all'art. 4 comma 3) aveva apoditticamente stabilito che "quando vi sia pericolo imminente di vita, il medico pu  procedere a trasfusione di sangue anche senza consenso del paziente, dovendo essere indicate nella cartella clinica, in modo particolareggiato, le condizioni che determinano tale stato di necessit ". Orbene, il terzo comma dell'art. 4 ed il primo comma dell'art. 5 del Decreto 1 settembre 1995 sembrano introdurre un principio assolutamente aberrante

nell'ambito del diritto e della deontologia medica: l'intervento trasfusionale esperibile senza consenso, in stato di necessit .

  profondamente sconcertante che il Ministero della Sanit  abbia cos  palesemente misconosciuto la profonda differenza di comportamento da porre in essere: a) nel caso di paziente in stato di necessit  incapace di intendere e di volere ovvero privo di coscienza, in cui prevale lo stato di necessit ; b) nel caso di paziente in stato di necessit  ma in piena lucidit  mentale che rifiuti il consenso, in cui prevale invece la volont  del paziente. Il medico sembrerebbe cos  invitato ad agire in dispregio dell'art. 32 della Costituzione e non conformemente alla consolidata valutazione giurisprudenziale e persino all'allora vigente Codice di Deontologia Medica (23 giugno 1995) per il quale (ultimo comma dell'art. 31): "in ogni caso, in presenza di esplicito rifiuto del paziente capace di intendere e di volere, il medico deve desistere da qualsiasi atto diagnostico e curativo, non essendo consentito alcun trattamento contro la volont  del paziente, ove non ricorrono le condizioni di cui al successivo art. 33 (trattamento sanitario obbligatorio ex lege)".

  sperabile che il Ministero abbia voluto riferirsi alla sola circostanza nella quale il paziente non abbia espresso il consenso ma neppure abbia manifestato valido dissenso alla trasfusione (art. 34 del Codice di Deontologia Medica); altrimenti avrebbe promosso una sistematica violazione del principio costituzionale e della norma deontologica, esponendo il medico alle sanzioni penali e disciplinari che un semplice ed ambiguo DM non pu  davvero scongiurare. La "vexata quaestio" dello stato di necessit  viene cos  surrettiziamente riproposta, con una



presa di posizione, nell'ambito del dibattito sul significato del dissenso del paziente all'intervento medico, di quanti, non ammettendo la prevalenza della libertà personale e richiamandosi all'indisponibilità del bene della vita sostengono come il rifiuto delle cure che esponga il paziente ad un pericolo concreto ed attuale di danno grave per la salute, non possa impedire un atto medico, giustificato dallo stato di necessità. "Sussiste in tali casi un vero e proprio obbligo giuridico di intervento medico, che se ne voglia rinvenire il fondamento della norma penale che punisce l'omissione di soccorso, o nella legge professionale (lo stesso codice deontologico richiama energicamente il dovere medico dell'intervento d'urgenza) o, nella stessa consuetudine". E questa tesi è stata di recente sostenuta in un commento critico d'una decisione giurisprudenziale relativa al rifiuto di terapia trasfusionale che, ispirandosi al principio della inviola-

bilità dei diritti della persona "sia come singolo sia nella formazione sociale ove si svolge la sua personalità (art. 2 della Costituzione)" sostiene come "il consenso informato costituisca legittimazione e fondamento dell'atto medico" (in armonia con le considerazioni, conclusioni e proposte adottate dal Comitato Nazionale di Bioetica nella seduta del 20 giugno 1992: "Informazione e consenso all'atto medico").

Infatti proprio la rassegna della casistica giurisprudenziale (come d'altronde rilevato dal Sollai) più recente dimostra che si è sentenziato, in caso di soggetti consapevoli e di maggiore età, in senso per lo più costante, con l'assoluzione dei medici che non avevano trasfuso pazienti fino all'ultimo dissenzienti in quanto Testimoni di Geova.

Tribunale di Messina, ufficio G.I.P., 26 luglio 1995, Morabito et al.

A parte la non dimostrabilità del nesso di causalità tra la morte del pa-

ziente e l'omissione di un intervento chirurgico in astratto necessario ma non eseguito per la opposizione del paziente alle emotrasfusioni necessarie per garantire l'esito dell'intervento stesso, non è condivisibile l'assunto secondo cui il trattamento medico chirurgico possa prescindere dal consenso del paziente o in caso di incapacità di consentire di questi, dei suoi familiari, specie nei casi in cui esso si presenti come ad elevato rischio e dal verosimile esito infausto.

Pretura circondariale di Roma, 3 aprile 1997, De Vivo et al.

Deve escludersi che il medico, a fonte di un rifiuto consapevole del paziente di sottoporsi a trasfusioni di sangue, abbia l'obbligo giuridico di trasfondere coattivamente il paziente, con la conseguenza che l'evento morte, determinato dalla omissione di detta terapia, non può ritenersi giuridicamente attribuibile alla condotta del medico in osservanza a quanto stabilito dall'articolo 40. Il comma c.p. gli imputati devono essere assolti dalla imputazione di omicidio perché il fatto non sussiste.

Tribunale di Milano, Ufficio G.I.P., 2000.

Questo è un caso in sé molto

preoccupante, perché accoglie la richiesta avanzata dal P.M. per una trasfusione coattiva seguita da morte del paziente e giustificata solo per la sussistenza dello stato di necessità (art. 54 c.p.). Tale giudizio è stato così commentato da Barni. "Quanto è occorso a Milano supera infatti e di gran lunga ogni immaginazione e recupera arroganti atteggiamenti intervenistici che mai si erano spinti peraltro alla legittimazione della trasfusione coatti va in soggetti adulti, eticamente motivati ed ancora in grado di esprimere con dignità e decisione la propria volontà negativa, pur nella consapevolezza di un pericolo (nella specie attuale non incombente) per la vita, in vista di un intervento (neppure urgentissimo).

Il rapporto di causalità materiale tra la emotrasfusione coatta e la morte di un paziente in lotta contro una sopraffazione sinanco materiale, quale sembra decisamente emergere dalla ricostruzione medico-legale del caso, esaspera la gravità della vicenda, in cui si embricato paure, arroganze, drammi umani, culminati in una tragica nemesi, fino ad evocare aspetti penalistici fin qui inopinatamente esclusi.

Paziente minore o non competente in pericolo di vita	Si	Anche contro la volontà di chi esercita la tutela che solo l'A.G. può revocare
Paziente minore o malato di mente in condizioni di comprendere e non in pericolo di vita	No	Impegno del medico alla informazione; ricorso ad alternative terapeutiche
Paziente ormai privo di coscienza il cui dissenso sia comprovato da precisa documentazione (direttiva anticipata)	Si (con riserva)	Si impone comunque chiara documentazione sulla entità del pericolo, sulla natura della direttiva anticipata, su un eventuale conforto del comitato etico della struttura
Paziente competente che rifiuta la trasfusione	No	Ricorso ad ogni possibile alternativa. Non è accettabile né dignitoso il ricorso all'A.G. o ad altra autorità

Forse la lezione “fiorentina” (caso del chirurgo Massimo condannato per omicidio preterintenzionale) che assimilava il trattamento chirurgico non consentito e seguito da morte all’omicidio preterintenzionale è stata dimenticata, e il codice di deontologia medica è stato ignorato in un incredibile e devastante soprassalto difensivistico non della vita del paziente ma della impunità del medico che ha indotto sciagurate decisioni (uso simultaneo della forza fisica e della forza pubblica) insensibili alle voci ammonitrici della scienza, della coscienza, della verità, della compassione e persino della fede.

Si trattava di un Testimone di Geova: ma questo è un elemento non essenziale. Si trattava soprattutto di una persona che gridava il più sacrosanto dei suoi diritti, la più inviolabile delle sue libertà”.

Del tutto recentemente e in maniera finalmente chiara, il *Tribunale di Pordenone*, con sentenza n. 34 dell’11 gennaio 2002, è intervenuto in maniera molto corretta sul tema; giudicando responsabile e condannando al risarcimento del danno biologico (epatite B post-trasfusionale) e del danno patrimoniale patito dal soggetto (Grassato) Testimone di Geova che, ricoverato a seguito di grave incidente stradale nel locale ospedale, subiva molteplici trasfusioni nonostante il rifiuto espresso e testimoniato dai familiari e comprovato dal tesserino con la dicitura: niente sangue.

La argomentazione del Giudice si fonda su due essenziali valutazioni:

- praticando trasfusioni, per di più non strettamente necessarie, e, al limite, ultronee, non hanno tenuto il doveroso rispetto della tutela della persona (di cui non si può disporre) tanto più che la sua “sensibilità religiosa” – fatto esistente ed esistenziale – era conosciuta sia con la sua

dichiarazione scritta sia per quanto detto dai parenti, pur restando fermo che il principio della indisponibilità della vita di una persona non può essere discusso;

- per cui non può essere imputato l’evento solo ai sanitari ma anche alla struttura ospedaliera “che non ha predisposto alcuna tutela su una realtà ben conosciuta da tempo nel nostro paese per evidente difetto di appositi comportamenti”;

- la chiamata in causa da parte dei sanitari di una entità esterna (Procura della Repubblica), sia pur del tutto rispettabile e del tutto autorevole, dimostra una mancanza di responsabilità e di capacità di rispetto della persona umana.

Dal complesso delle “aperture” normative dottrinarie, giurisprudenziali, possono in definitiva ricavarsi alcune linee trasferibili alle vicende sanitarie che presuppongono la convinzione della non futilità ma della rilevanza della terapia trasfusionale (si-no), come da seguente tabella indicante i prevalenti orientamenti giurisprudenziali sulla trasfusione:

Conclusioni

A questo punto, proprio sulla scorta della normativa vigente si possono sintetizzare le seguenti indicazioni, valutabili come linee guida o come “modus operandi”:

1. Qualunque attività terapeutica, e, “a fortiori”, la emotrasfusione che è pratica non esente da rischi, anche se ritenuta essenziale ai fini di sostegno vitale, non può essere attuata senza, e tanto meno contro, la volontà del paziente maggiorenne e consapevole (competenti).

2. Le emotrasfusioni non deve essere praticate in alcun caso in Testimone di Geova (dissenziante).

3. La emotrasfusione, se ritenuta

necessaria, urgente e non vicariabile deve esser eseguita su minori o infermi di mente, anche se intervenga opposizione da parte dei genitori o di chi eserciti la tutela: l'eventuale opposizione va fatta presente all'autorità giudiziaria a fini autorizzativi o di presa d'atto ove sia stata effettuata trasfusione d'urgenza.

4. I minori consapevoli per età e maturità intellettuale (ultradecenni, ad esempio) e i malati di mente non compromessi nella coscienza, debbono essere dettagliatamente informati e va rispettata finché possibile la loro volontà e quanto meno la loro dignità.

5. La scelta di trasfondere un soggetto ormai incosciente ed incapace, quindi, di dare la conferma di un dissenso poc'anzi espresso non è né eticamente né deontologicamente corretta, ma può esserlo giuridicamente.

Infatti, se il medico volesse tentare di salvare ad ogni costo la vita del paziente dissenziente, lo potrà fare in stato di necessità, con il paziente incapace di esprimere ancora il suo dissenso, sapendo comunque che esiste la pur remota possibilità di una denuncia per violenza privata.

6. La presenza di documenti (medaglietta con la dicitura: niente sangue) che attestino il rifiuto del sangue deve essere presa in responsabile considerazione da parte del medico ai fini di una decisione che tenga conto della dignità della persona e della reale efficacia e non sostituibilità della terapia trasfusionale nella particolare circostanza.

7. È assolutamente improprio il ricorso preventivo e cautelativo all'autorità giudiziaria, e tanto meno all'autorità preposta al TSO.

8. È comunque sempre essenziale, in caso di rifiuto, il ricorso a terapie o provvedimenti curativi alternativi,

diversi cioè dalla emotrasfusione.

9. La trasfusione coattiva o perpestrata con l'inganno costituisce atto di ingiustificabile violenza.

10. Non è applicabile alla fattispecie la procedura prevista per i trattamenti sanitari obbligatori, che, per la legge italiana, sono ormai attuabili solo in caso di pericolosità derivante da malattia mentale.

La problematica affrontata è particolarmente delicata e complessa, tanto che ha registrato contrapposte soluzioni giurisprudenziali e dottrinali, tutte supportate da validi argomenti. La difficoltà della decisione è soprattutto nella valutazione del caso concreto che si preseta al medico, animato dallo scopo di perseguire il reale interesse del paziente che si trova di fronte. Proprio per la delicatezza e complessità della questione va ricordato che in ogni caso una supposizione erronea di una causa di giustificazione, ancorché insussistente, ma ritenuta presente dal medico per errore scusabile (art. 59 Cod. Pen.) sia in ordine ad una ritenuta incapacità di giudizio e di discernimento per le particolari condizioni nelle quali versa il paziente, sia in ordine alla sussistenza del presupposto dello stato di necessità, escludono ogni responsabilità.

Tale presupposto peraltro è di difficile accertamento in situazioni di indubbia complessità nelle sue concrete valutazioni sotto i molteplici profili considerati, in primo luogo sulle reali condizioni del paziente che lo abbiano indotto ad agire nell'adempimento di un preciso dovere di rilevanza oltre che deontologico (artt. 3 e 7 Codice Deontologico) anche penale (art. 591 Cod. Pen.).

Alessandro Bucarelli

(medicina legale Università di Sassari)

Articolo pubblicato sul Bollettino dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Cagliari n. 8 del 2004

Indetto dalla sezione di Parma

Premio nazionale di narrativa della Lega contro i tumori

La Lega contro i tumori, sezione di Parma, indice per il 2004 la XXV edizione del Premio Letterario Nazionale di narrativa aperto a tutti i medici che dovrebbe svolgersi entro il mese di settembre.

I racconti dovranno tassativamente contemplare, sia pure nell'ambito della più ampia libertà creative ed interpretative, la tematica inerente ad una situazione di carattere neoplastico, non dovranno esprimere tanto passaggi medico-tecnici quanto suscitare attraverso l'originalità, il contenuto dei pensieri, l'espressione letteraria e le immagini, stati d'animo per un coinvolgimento alla lotta contro i tumori.

Al primo classificato verrà assegnato un premio di Euro 1.500,00, al secondo di Euro 1.000,00 e al terzo di Euro 500,00. I premi dovranno essere ritirati personalmente, altrimenti l'importo sarà devoluto alle opere benefiche della L.I.L.T. Gli attestati potranno essere ritirati da persona delegata o spediti con spese a carico del destinatario.

I nomi dei componenti la giuria verranno comunicati al momento della premiazione. Gli elaborati non dovranno superare le otto facciate, spazio due e dovranno risultare inediti e mai premiati in altri concorsi, corredati dalle generalità dell'autore, indirizzo e numero di telefono.

Gli scritti che non rispondessero integralmente ai suddetti requisiti saranno cestinati. La quota di partecipazione è di Euro 30,00 da versare con assegno o valigia postale intestato

a Lega contro i tumori, sezione di Parma e dà diritto a partecipare personalmente e gratuitamente alla cena nella stessa serata. Le opere concorrenti, in numero di 10 copie, dovranno essere inviate alla Lega contro i tumori, sezione di Parma – via Gramsci, 14 – 43100 Parma – entro e non oltre il 31 maggio 2004 (della data di spedizione farà fede il timbro postale).

Luogo e data della premiazione verranno comunicati successivamente a mezzo raccomandata a tutti i partecipanti, orientativamente l'incontro dovrebbe avvenire al Circolo di lettura e conversazione in Parma – via M. Melloni n. 4 il giorno 10 settembre, alle ore 17.30.

Costituita l'A.S.I.STOM

L'Associazione Sarda Incontinenti e Stomizzati si è costituita recentemente per rispondere alle esigenze dei numerosi sardi portatori di stomia cutanea e/o incontinenti.

Finalità e scopi dell'Associazione senza scopo di lucro sono: Offrire assistenza gratuita tesa al recupero funzionale e psicologico della persona stomizzata e/o incontinente, favorendone il reinserimento familiare, sociale e professionale.

Promuovere la conoscenza e la diffusione dei centri di riabilitazione. Sostenere l'attività di studio e di ricerca scientifica nel campo delle stomie e dell'incontinenza.

Acquisire nuove forze di volontari, previo addestramento, tra gli stomizzati e incontinenti, gli operatori sanitari, i semplici cittadini, per implementare le attività di sostegno presso i centri di riabilitazione e presso il domicilio dei pazienti, che necessitano di aiuto materiale e/o psicologico.

Proporsi come interlocutore privilegiato con le istituzioni comunali, provinciali, regionali, il servizio sanitario nazionale, gli organi di informazione pubblici e privati.

Stimolare la creazione di gruppi o sezioni locali associative nel territorio sardo.

L'Associazione si costituisce in un consiglio direttivo di soci fondatori: Presidente: Rita Silanos (medico), vice presidente Rita Nonnis (medico), segretaria Serena Meloni (stomaterapista), tesoriere Paola Nateri (impiegata), revisori dei conti Efisio De Pasquale (impiegato) e Minzioni Giansalva (impiegata), consiglieri Giannina Ladinetti (ristoratrice), Mariella Bussu (stomaterapista), Pinuccia Sale (medico).

L'iniziativa è di rilevante importanza, pertanto si propone la collaborazione di quanti possano dividerne gli interessi e le finalità, in particolare dei colleghi medici di base, che quotidianamente incontrano i malati ed i loro parenti.

Sede Legale dell'A.S.I.STOM è in via Sonnino 170 Cagliari - Tel. 336.866963 - C/C postale 48509640

Polizza assicurativa di tutela giudiziaria

È operativa la Polizza di Tutela giudiziaria con la Winterthur Assicurazioni spa e valida per tutti gli iscritti FNOMCeO, Medici ed Odontoiatri.

Queste le garanzie:

- massimale Euro 26.000,00 per sinistro senza limite per anno assicurativo
- libera scelta del legale o del consulente tecnico in base alle condizioni di polizza
- pregressa di anni due
- copertura penale, copertura rapporti contrattuali, gestione dello studio professionale

Il premio annuo, è di Euro 30,00 scadenza del contratto al 10 luglio di ogni anno a prescindere dal giorno di adesione

Le condizioni di polizza, la scheda e le modalità di adesione possono essere scaricate dal sito

www.doriaassicurazioni.com

L'attivazione delle garanzie sarà immediata dal giorno del pagamento e dell'invio della scheda di adesione alla Winterthur.

Per informazioni chiamare: Winterthur Assicurazioni spa Roma

Tel. 06.86895944 – 06.86890046
– 06.8272038 - 800595959.

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:

ordine@omceoss.it

Aggiornamento professionale: i crediti formativi E.C.M.

Il programma nazionale

Educazione Continua in Medicina

eventi, corsi e convegni

*A chi è diretto,
come sono
riconosciuti
i crediti.
I valori
nel quinquennio
2002-2006*

Il programma nazionale di E.C.M. riguarda tutto il personale sanitario, medico e non medico, dipendente o libero professionista, operante nella Sanità, sia privata che pubblica.

Il programma nazionale prevede che l'E.C.M. deve essere controllata, verificata e misurabile; inoltre, deve essere incoraggiata, promossa ed organizzata. È esonerato dall'obbligo dell'E.C.M. il personale sanitario che frequenta, in Italia o all'estero, corsi di formazione post-base propri della categoria di appartenenza (corso di specializzazione, dottorato di ricerca, master, corso di perfezionamento scientifico e laurea specialistica, previsti e disciplinati dal Decreto del MURST del 3 novembre 1999, n. 509, pubblicato nella G.U. n. 2 del 4 gennaio 2000; corso di formazione specifica in medicina generale, di cui al Decreto Legislativo 17 agosto 1999, n. 368, emanato in attuazione della Direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli; formazione complementare es. corsi effettuati ai sensi dell'art. 66 "Idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza" di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 28 luglio 2000 n. 270 Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale; corsi di formazione e di aggiornamento professionale svolti ai sensi dell'art. 1, comma 1, lettera d) "Piano di in-

terventi contro l'AIDS" di cui alla Legge 5 giugno 1990, n. 135, pubblicata nella G.U. n. 132 dell'8 giugno 1990) per tutto il periodo di formazione (anno di frequenza).

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

I Crediti formativi E.C.M. sono una misura dell'impegno e del tempo che ogni operatore della Sanità ha dedicato annualmente all'aggiornamento ed al miglioramento del livello qualitativo della propria professionalità.

Il credito è riconosciuto in funzione sia della qualità dell'attività formativa che del tempo ad essa dedicato in ragione delle specifiche professionalità.

A titolo esemplificativo, per quanto concerne i medici, una giornata di formazione completamente dedicata alla E.C.M. – ai massimi livelli qualitativi riconosciuti dalla Commissione nazionale – corrisponde a circa a 10 crediti formativi E.C.M.

I crediti per il primo quinquennio sono stati fissati in complessivi 150, con un obbligo progressivo di crediti

da 10 per il primo anno fino a 50 per il quinto anno (10-20-30-40-50) con un minimo annuale di almeno il 50% del debito formativo previsto per l'anno e con un massimo annuale del doppio del credito formativo previsto per l'anno.

Il numero dei crediti da conseguire ogni anno e nel quinquennio è uguale per tutte le categorie.

Uno stesso evento formativo, diretto a più categorie, può avere attribuito un numero di crediti differente per ciascuna categoria interessata.

La Commissione ha ritenuto opportuno prevedere una progressione nel numero di crediti acquisibili annualmente secondo il programma quinquennale così definito:

- 2002: 10 crediti (con un minimo di cinque ed un massimo di 20)
- 2003: 20 crediti (con un minimo di 10 ed un massimo di 40)

- 2004: 30 crediti

- 2005: 40 crediti
- 2006: 50 crediti

Naturalmente, il "valore" in Crediti formativi E.C.M. non deve essere visto dagli organizzatori degli eventi formativi come elemento di "giudizio" sul valore scientifico globale della manifestazione; esso indicherà invece esclusivamente la rilevanza professionale (o la non rilevanza) di quella particolare manifestazione ai soli ed esclusivi fini del programma nazionale di E.C.M., anche alla luce degli obiettivi formativi d'interesse nazionale.

I Crediti formativi E.C.M. sono espressi in numeri interi: ogni attività formativa programmata, ossia ogni evento formativo, si vedrà assegnato un numero di Crediti formativi E.C.M. calcolato sulla base di una serie di indicatori appositamente definiti.

Corso sul tema "Le ematurie"

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari in collaborazione con la clinica di nefrologia dell'università degli Studi di Sassari organizza per il 23 aprile un corso dal titolo "Le ematurie". I lavori si svolgeranno nell'aula magna della facoltà di scienze naturali a Sassari in via Vienna, 2.

Questo il programma:

Ore 08:00 – 08:30 - Registrazione e firma entrata partecipanti;

Ore 08:30 – 09:00 - Presentazione corso

Ore 09:00 – 13:00 - 1ª Sessione: "Ematurie dell'adulto"

Ore 09:00 – 10:00 - Lezione Magistrale - "Inquadramento Fisiopatologico e Clinico delle ematurie" - Ettore Bartoli

Ore 10:00 - 11:00 - Lezione Magistrale - "Ematurie da cause urologiche" Emanuele Belgrano

Ore 11:00 - 12:00 - Lezione magistrale - "Utilizzo delle nuove tecniche diagnostiche delle malattie renali" Cesare Canalis, Stefano Profili

Ore 12:00 - 13:00 - Relazione su tema preordinato "Algoritmo nella diagnostica delle ematurie" Ettore Bartoli

Ore 13:00 - 13:30 - Confronto - dibattito tra partecipanti ed esperti "Dibattito tra i partecipanti ed esperti sui temi trattati" Ettore Bartoli, Cesare Canalis, Emanuele Belgrano

Ore 13:30 – 14:00 Firma uscita partecipanti

Ore 14:00 – 15:00 Pausa pranzo

Ore 15:00 – 15:30 Firma uscita partecipanti

Ore 15:30 – 19:30 - 2^a Sessione:
“Ematurie in età pediatrica”

Ore 15:30 - 16:30 - Lezione Magistrale “Differenti quadri di anatomopatologici di ematuria” Francesco Tanda

Ore 16:30 - 17:00 - Relazione su tema preordinato “Ematurie da coagulopatia” Gavino Piseddu

Ore 17:00 - 17:30 - Relazione su tema preordinato “Ematurie genetiche” Rosanna Gusmano

Ore 17:30 - 18:30 - Lezione Magistrale “Le ematurie in età pediatrica” Rosanna Gusmano

Ore 18:30 - 19:00 - Relazione su tema preordinato “Algoritmo nella diagnostica delle ematurie in età pediatrica” Rosanna Gusmano

Ore 19:00 - 19:30 - Compilazione test verifica apprendimento

Ore 19:30 - Firma uscita partecipanti e fine lavori

Corso Aspetti etici della professione odontoiatrica

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari organizza un corso di aggiornamento su “Aspetti Etici della professione odontoiatrica: il comportamento con il paziente e tra i colleghi, la prevenzione del contenzioso”.

Il corso di aggiornamento accreditato per il programma E.C.M., avrà luogo a Sassari il 29 maggio 2004 nell'aula magna della facoltà di scienze naturali di via Vienna 2 a Sassari.

Questo il programma:

Ore 08.30 - Registrazione dei partecipanti

I SESSIONE

Aspetti etici della professione odontoiatrica: il comportamento con il paziente e tra i colleghi, la prevenzione del contenzioso

Ore 09.00 - Presentazione e saluti

Saluti del presidente dell'Ordine medici chirurghi e degli odontoiatri della provincia di Sassari, Agostino Sussarellu.

Saluti del Presidente della commissione odontoiatri dell'Ordine dei medici chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari, Giovanni Meloni.

Moderatore: Ines Mirte Putzu, membro della commissione odontoiatri dell'Ordine dei medici chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari

Ore 09.15 - Introduzione. Deontologia, etica e responsabilità professionale Marco Scarpelli, medico specialista odontoiatra, libero professionista, Milano

Ore 10.15 - Problematiche di comportamento: “L'Odontoiatra centrata sul paziente, anche come prevenzione del contenzioso” Laura Strohmenger, professore ordinario di pedodonzia – università di Milano, direttore sanitario “Dental Building”

Ore 11.15 - Coffee break

Ore 11.30 - Problematiche di comportamento: la pratica clinica. Pierfranca Lugliè, professore ordinario di odontostomatologia – università di Sassari

Ore 12.30 - Aspetti Medico Legali della professione Odontoiatrica Francesco Lubinu, specialista medico legale, U.O. della Patologia Forense, Presidio Ospedaliero di Sassari

Ore 13.30 – 15.00 - Pausa pranzo

Ore 15.00 - Registrazione dei partecipanti

Ore 15.30 - Prevenzione del con-
tenzioso. Comunicazione con il pa-
ziente, modulistica di studio, cartella
clinica. Marco Scarpelli, medico spe-
cialista odontoiatra, libero professio-
nista, Milano

Ore 16.30 - Tavola Rotonda con i
relatori e discussione con il pubblico

Ore 18.00 - Compilazione que-
stionari ECM

Ore 18.30 - Chiusura lavori.

Corso. Il dolore: trattamento farmacologico e protocolli terapeutici

L'Ordine dei Medici Chirurghi e
degli Odontoiatri della provincia di
Sassari ha indetto per il 12 giugno un
corso di aggiornamento dal tema "Il
dolore". Corso di aggiornamento
ECM. Il corso verrà effettuato nel-
l'aula magna della facoltà di scienze
naturali, in via Vienna 2, a Sassari.

Questo il programma:

09.00 - 09.30: Registrazione parte-
cipanti

09.30: Saluti e Presentazione
corso

09.45 - 13.30: 1ª Sessione "Il trat-
tamento farmacologico del dolore"

09.45: "Il ruolo degli oppioidi nel
trattamento del dolore da cancro"
Carla Ripamonti, specialista in onco-
logia responsabile unità funzionale
di day hospital e ambulatorio di tera-
pia del dolore e cure palliative
presso Istituto per lo studio e la cura
dei tumori di Milano

10.20: "Trattamenti delle sindromi
dolorose oncologiche" Laura Piva,

specialista in anesthesiologia e riani-
mazione e in oncologia, responsabile
della struttura semplice di cure pal-
liative presso l'azienda ospedaliera
San Paolo di Milano

10.55: Dibattito fra pubblico ed
esperti

11.30: "La prescrizione dei far-
maci stupefacenti" Chiara Musio,
medico di assistenza primaria con-
venzionato con l'Ausl n. 1 Sassari

12.00: "Oppioidi nel trattamento
del dolore non oncologico" Agostino
Sussarellu, specialista in anestesia e
rianimazione Ausl n. 1 Sassari

12.30: Dibattito fra pubblico ed
esperti

13.30: Firma uscita partecipanti

13.30 - 15.00: Pausa pranzo

15.00 - 15.30: Firma entrata parte-
cipanti

15.30 - 19.15: 2ª Sessione "Pro-
tocolli terapeutici nella terapia del
dolore"

15.30: "medico di medicina gene-
rale e terapeuta del dolore: protocolli
terapeutici" Chiara Musio, medico di
assistenza primaria convenzionato
con l'Ausl n. 1 Sassari Agostino Sus-
sarellu, specialista in anestesia e ria-
nimazione Ausl n. 1 Sassari

16.30: Dibattito fra pubblico ed
esperti

17.00: Tavola rotonda con dibat-
tito fra esperti "La terapia del dolore
oncologico: esperienze a confronto"
Antonio Pazzola, specialista in onco-
logia Ausl n. 1 Salvatore Salis, spe-
cialista in anestesia e rianimazione,
terapeuta del dolore Ausl n. 2 Olbia
Gianni Sanna, specialista in oncolo-
gia università degli studi di Sassari
Agostino Sussarellu, specialista in
anestesia e rianimazione Ausl n. 1
Sassari.

18.15: Dibattito fra pubblico ed
esperti

18.50: Compilazione test verifica apprendimento

19.15: Firma uscita partecipanti e fine lavori.

Giornate algheresi di ginecologia e ostetricia

Un congresso sul tema "Secondo Giornate Algheresi di ginecologia e ostetricia" avrà luogo il 29, 30 aprile e il 1° maggio presso l'hotel Catalunya ad Alghero.

Il congresso è organizzato dal professor Salvatore Dessole della clinica ostetrica e ginecologica dell'università di Sassari e ha il patrocinio dell'Oordine dei medici

Congresso FADOI ad Alghero

Il III Congresso Regionale FADOI (Federazione Associazioni, Dirigenti Ospedalieri Internisti) Sardegna avrà luogo il 23-24 aprile 2004 all'hotel Catalunya di Alghero.

Gli argomenti presi in esame, riguardanti la medicina interna, saranno principalmente quattro e in generale comprendono:

- Le patologie cerebrovascolari: dalla clinica alla terapia
- Attualità nella prevenzione dell'arteriosclerosi: Le dislipidemia
- Oncologia: gestione integrata ospedale territorio dei pazienti con neoplasia polmonare
- Prevenzione e terapia nelle patologie vascolari

Corso di formazione su ipertensione arteriosa

Un corso di formazione dal titolo: "L'ipertensione arteriosa complicata: la prassi della gestione del paziente verso le linee guida" si terrà a Sassari presso il centro prevenzione, diagnosi e terapia dell'ipertensione arteriosa e delle complicanze cardiovascolari ASL n. 1 - Università di Sassari, ospedale S. Camillo SP Sassari-Sorso km. 3.200, in data 23-24 aprile 2004.

Convegno sull'osteoporosi

In data 24.4.03 si terrà il convegno: "Linee guida e percorso terapeutico nell'osteoporosi organizzato dall'Istituto di patologia medica (segreteria scientifica professor Antonio Masala) con la collaborazione della R.A.H.P.

È stato chiesto l'accreditamento ECM al ministero. Il convegno avrà durata di una mattinata, dalle ore 8.30 alle ore 13.30 e si terrà presso l'aula magna della facoltà di medicina e chirurgia, viale San Pietro 43/b Sassari. Il convegno sarà aperto a medici e tecnici di laboratorio.

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

Ad Alghero dal 3 all'8 maggio

Sensibilizzazione ai problemi connessi all'uso dell'alcool

eventi, corsi convegni

Un corso di sensibilizzazione all'approccio ecologico sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi (Metodologia Hudolin) è in programma ad Alghero dal 3 all'8 maggio nel Centro Diocesano Pastorale T.G.S. "Pier Giorgio Frassati" in regione Monte Agnese. Direttore del corso il dottor Dimauro, codirettore: il dottor P. Loffredo.

Il corso è organizzato dall'Azienda USL n. 1 Sassari (servizio tossicodipendenze) in collaborazione con ACAT "Camminiamo insieme" di Sassari.

Perché questo corso

I problemi connessi all'uso dell'alcool, sia medici che sociali sia personali che familiari, sono in continuo aumento, e la complessità di questi impone l'attivazione di risorse che si integrino tra di loro.

Uno dei metodi maggiormente efficaci (anche da un punto di vista statistico) è l'"approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi" ideato da Vladimir Hudolin, il quale ha promosso la diffusione in Italia dei club degli alcolisti in trattamento.

I club sono comunità multifamiliari che cooperano con i servizi alcolologici territoriali per il benessere della comunità.

Destinatari

Il corso è rivolto a chiunque, a qualunque titolo, intenda occuparsi

di problemi alcolcorrelati.

Contenuti

Sensibilizzazione e trasmissione di conoscenze teorico-pratiche relative all'alcolologia generale, ai problemi alcolcorrelati, all'approccio ecologico-sociale, con particolare riferimento al Club degli Alcolisti in Trattamento.

Informazione sullo sviluppo dei programmi alcolologici territoriali e confronto con operatori e famiglie già attive nei programmi.

Approfondimento circa la multidimensionalità delle problematiche e delle sofferenze nelle famiglie (alcol e problemi psichici, alcol e altre sostanze, psicofarmaci e droghe illegali).

Sviluppo dei concetti etici e spirituali antropologici rispetto all'approccio ecologico.

Modalità di iscrizione

Gli interessati a frequentare il Corso devono compilare una scheda di adesione ed inviarla entro il 3.4.2004 all'ACAT Alghero c/o Di Giorgi Anna Rita via Rockefeller, 16 - 07041 Alghero (SS). La partecipazione è prevista sino ad un massimo di 70 iscritti. L'iscrizione al corso è gratuita.

Attestati di frequenza

Sarà rilasciato solamente a quanti avranno partecipato al Corso per intero e abbiano fatto le due visite al Club e l'elaborato scritto.

Segreteria organizzativa:

Anna Rita Di Giorgi Tel. 079.981483

E-mail: Emilio.rita@tele2.it

Chiara Veronese Tel. 079.978751

E-mail: acat.alghero@tele2.it

Alghero/Conferenza su ehrlichiosi anaplasmosi

Una conferenza internazionale dal tema "Ehrlichiosi-Anaplasmosi nell'uomo e negli animali: una arbozoonosi emergente" avrà luogo dal 26 al 28 maggio all'auditorium Porto Conte Ricerche ad Alghero.

Questo il comitato scientifico: Eugenio Lillini – IZS Lazio e Toscana; e-mail: elillini@rm.izs.it; Glaida Macri – IZS Lazio e Toscana; e-mail: gmacri@rm.izs.it; Giovanna Masala – IZS Sardegna;

e-mail: Giovanna.masala@IZS-SARDEGNA.IT; Gianpaolo Pintori – Università di Sassari; e-mail: gpintori@uniss.it; Manuela Scarpulla – IZS Lazio e Toscana; e-mail: sierologia@rm.izs.it; Alessandra Torina – IZS Sicilia; e-mail: torina@pa.izs.it.

Segreteria organizzativa: Fondazione S. Maria di Valverde Telefono/Fax: 0783/769076 e-mail: fondazionevalverde@virgilio.it, sito web: www.fondazionevalverde.org

La quota d'iscrizione è di 120 euro per un minimo Massimo di 195 partecipanti e comprende: kit congressuale, partecipazione alle sedute scientifiche, atti congressuali su supporto informatico, buffet e coffee break previsti dal programma e navetta di trasferimento dagli alberghi all'Auditorium.

La relativa scheda d'iscrizione è reperibile sul sito web della segreteria organizzativa come pure le moda-

lità di prenotazione alberghiera e le notizie utili al raggiungimento della sede congressuale.

Evento formativo incorso di accreditamento (ECM).

Seminario. "Il guaritore in noi"

Il centro per lo studio della terapia del dolore (CSTD) università di Milano con il patrocinio dell'ordine dei medici di Sassari ha organizzato il 19 giugno a Sassari il seminario "Il guaritore in noi, Le basi neurobiologiche dei meccanismi di autoguarigione".

Il seminario sarà diretto dal professor Giuseppe De Benedectis, direttore del centro per lo studio e la terapia del dolore (CSTD) università di Milano e vice presidente della società italiana di ipnosi.

Il seminario avrà luogo nella sala riunioni dell'ordine dei medici di Sassari.

Per informazioni ed iscrizioni contattare la dottoressa Margherita Pruneddu - Tel. 079.241326.

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

ELENCO DEI MEDICI DISPONIBILI AD EFFETTUARE SOSTITUZIONI DI MEDICINA DI B. E DI PEDIATRIA DI B.							
n.	a.p.	pdb	Cognome e nome	a. laurea	indirizzo	cap-città	telefono cell.
1	si	si	AZARA MARIOLINA	1998	VIA ROCKFELLER 20	07100 SASSARI	347 481 95 94
2	si	no	BOSINCO GIOVANNI MARIA	1999	VIA SANDRO PERTINI 10	07100 SASSARI	347 76 70 405
3	si	no	CHESSA ROBERTO	2003	VIALE UMBERTO 123	07100 SASSARI	339 72 48 519
4	si	si	CILLIANO MARCO	1999	LUNGOMARE ROVIGNO 14	07040 ALGHERO FERTILIA	079 93 00 16 328 43 74 938
5	si	no	DEMURO FRANCESCO	2003	VIA B.CROCE 5	07100 SASSARI	079 21 89 79 347 43 25 261
6	si	no	DETTORI IVANA	1997	VIA B.CROCE 5	07100 SASSARI	079 21 94 61 349 578 67 48
7	si	no	IRA MASSIMILIANO FILADELFO	2000	VIA GENOVA 20	07100 SASSARI	079 277 250 347 53 63 295
8	si	si	MOSSA MICHELE	1994	VIA LUIGI ORECCHIONI 2/C	07040 SASSARI LI PUNTI	079 395 346 347 400 96 85
9	si	no	MURGIA CARLO	1996	VIA CORRADUZZA 49	07100 SASSARI	347 312 72 09
10	si	no	NEMATI FARD ALI	2003	VIA COPENAGHEN 8/B	07100 SASSARI	329 634 02 42 339 288 36 65
11	si	no	SANNA EMANUELA	1995	VIA ANGIOI 106	07040 TISSI	079 38 82 28 349 86 64 427
12	si	no	SCANU FRANCA TINA	1994	VIA WALTER FRAU S.N.	07030 CHIARAMONTI	079 569 656 079 569 246 380 510 22 39
13	si	no	TANDA BARBARA	2003	VIA DEI GREMI 8	07100 SASSARI	079 237 406 329 230 8214
14	si	no	TAVERA MARIA CRISTINA	2002	VIA IV NOVEMBRE 166	07044 ITTIRI	079 441 145
15	si	no	TOLA SALVATORE	2003	VIA MANNU 22	07020 BUDDUSO'	079 230 065 328 302 95 05