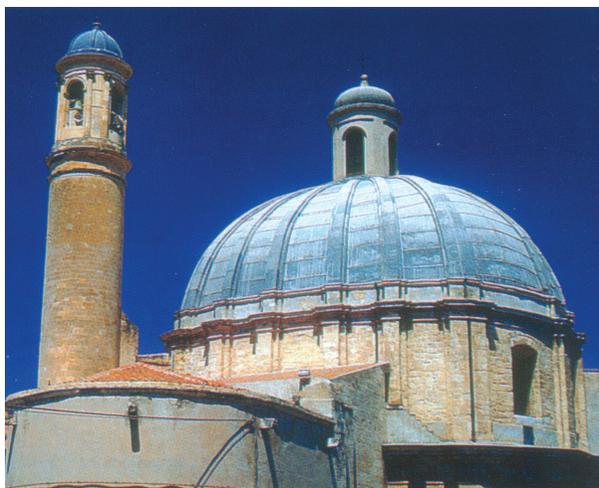


*Periodico dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
della Provincia di Sassari*

SASSARI MEDICA



1 IN QUESTO NUMERO:

ANNO XV
GENNAIO
FEBBRAIO 2006

*"Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in
abbonamento postale D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/2/2004 n° 46) art. 1,
comma 2 DCB Sassari. Proprietà:
Ordine dei medici di Sassari".*

Le elezioni per il rinnovo dell'Ordine
Editoriale/Grazie

Il programma: per l'Ordine
e per la professione

Un Ordine più vicino agli odontoiatri

La 50ª Giornata del Medico: al centro
il rapporto con il paziente

Giornata del medico: il ritorno
all'attenzione verso il malato-uomo

Giornata del medico: relazione
di Aldo Pagni/ Sensibilità e rispetto

Giornata del Medico: i medici premiati
e i neolaureati

Un "virus" ha colpito medici e pazienti
Ordine e iscritti: un rapporto più stretto

La responsabilità del medico
di continuità assistenziale

La PET in oncologia: tecnologie
e ripercussioni cliniche

Assistenza clinica e terapeutica
per la psoriasi

Rilascio del certificato di idoneità
per la guida dei ciclomotori

Nasce la sezione sassarese AMCI
(Associazione Medici Cattolici)

Corso di tutor valutatori
per l'esame di abilitazione

Il futuro dell'Ordine
(se l'Ordine ha un futuro...)

I farmaci utilizzabili nella terapia
delle dislipidemie familiari

Programma di prevenzione
del rischio teratogeno

Terapia del dolore:
riclassificazione dell'Oxycontin

I nuovi organi istituzionali al vertice
della FNOMCeO

Ritiro degli attestati con i crediti ECM

Accordo sul nuovo esame
di abilitazione per odontoiatri

Un milione di segnalazioni
per i falsi dentisti

La realtà associativa della Feder S.P.E.V.

Un "codice" fra medico e paziente.
Ecco la "Carta di Firenze"

Commento/L'importanza del dialogo

Premio letterario nazionale
riservato ai medici

Congresso in Sardegna di storia
della medicina

Corso/Cardiopatie congenite:
il presente e il futuro



La cupola e il campanile della basilica di Santa Maria di Bethlem, Sassari.

SASSARI MEDICA

*Periodico dell'Ordine dei medici
chirurghi e degli odontoiatri
della provincia di Sassari*

SITO WEB: www.omceoss.org

E-MAIL: ordine@omceoss.org

Anno XV - Numero 1
gennaio - febbraio 2006

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:* Chiara Musio - *Segretario:* Giovanni Biddau - *Tesoriere:* Alessandro Arru - *Consiglieri:* Nicola Addis, Pasqualina Bardino, Vincenzo Bifulco, Tiziana Casti, Alberto Delpini, Alessandro Ganau, Vittorio Renato Lai, Elena Mazzeo, Rita Nonnis, Giovanni Padula, Mario Palermo - *Consiglieri odontoiatri:* Pier Luigi Delogu, Antonella Bortone. *Collegio dei revisori dei Conti: Revisori effettivi:* Giancarlo Bazzoni, Marco Vidili, Nadia Tola - *Revisore supplente:* Margherita Pruneddu - *Commissione per gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri: Presidente:* Pier Luigi Delogu; *Componenti:* Antonella Bortone, Alessandra Lucaferri, Ines M. Putzu, Alessandro Sechi.

Registrazione n. 236 del 15-12-1989 Tribunale di Sassari. "Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in abbonamento postale D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/2/2004 n° 46) art. 1, comma 2 DCB Sassari. Proprietà: Ordine dei medici di Sassari".

Realizzazione editoriale: Tipografia TAS, Zona Industriale Predda Niedda sud - str. n. 10 - 07100 Sassari
Tel./Fax (079) 26.22.36 - 079. 262221

Stampa: TAS srl - Sassari.

Sassari Medica è inviato gratuitamente a tutti gli iscritti all'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della provincia di Sassari e a tutti gli Ordini dei medici d'Italia.

- 2 Le elezioni per il rinnovo dell'Ordine/Editoriale/Grazie
- 3 Il programma: per l'Ordine e per la professione
- 5 Un ordine più vicino agli odontoiatri
- 7 La 50^a Giornata del Medico: al centro il rapporto con il paziente
- 9 Giornata del medico: il ritorno all'attenzione verso il malato-uomo
- 11 Giornata del medico: relazione di Aldo Pagni/ Sensibilità e rispetto
- 13 Giornata del Medico: i medici premiati e i neolaureati
- 16 Un "virus" ha colpito medici e pazienti
- 18 Ordine e iscritti: un rapporto sempre più stretto
- 19 La responsabilità del medico di continuità assistenziale
- 22 La PET in oncologia: tecnologie e ripercussioni cliniche
- 25 Assistenza clinica e terapeutica per la psoriasi
- 28 Rilascio del certificato di idoneità per la guida dei ciclomotori
- 32 Nasce la sezione sassarese AMCI (Associazione Medici Cattolici)
- 33 Corso di tutor valutatori per l'esame di abilitazione
- 34 Il futuro dell'Ordine (se l'Ordine ha un futuro...)
- 37 I farmaci utilizzabili nella terapia delle dislipidemie familiari
- 42 Programma di prevenzione del rischio teratogeno
- 43 Terapia del dolore: Riclassificazione dell'Oxycontin
- 46 I nuovi organi istituzionali al vertice della FNOMCeO
- 47 Ritiro degli attestati con i crediti ECM
- 48 Accordo sul nuovo esame di abilitazione per odontoiatri
- 49 Un milione di segnalazioni per i falsi dentisti
- 50 La realtà associativa della Feder S.P.E.V.
- 51 Un "codice" fra medico e paziente. Ecco la "Carta di Firenze"
- 53 Commento/L'importanza del dialogo
- 54 Premio letterario nazionale riservato ai medici
- 55 Congresso in Sardegna di storia della medicina
- 56 Corso/Cardiopatie congenite: il presente e il futuro

Le elezioni per il rinnovo del Consiglio e dei Revisori

Grazie

Cari colleghi, nei mesi di ottobre e novembre si sono svolte le due tornate elettorali per l'elezione della Commissione Odontoiatri, del Consiglio dell'Ordine e dei Revisori dei Conti.

Purtroppo, mentre per gli odontoiatri è stata sufficiente la prima convocazione, per il Consiglio e per i Revisori siamo stati costretti a ripetere le operazioni di voto, con un dispendio del denaro di tutti pari a circa settemila euro.

Da anni si paventava questa evenienza, infatti nelle ultime tornate elettorali il quorum è stato quasi sempre raggiunto sul filo di lana e, tranne rare eccezioni, come nel caso del precedente turno, il numero dei votanti superava solo di qualche decina il minimo necessario.

In effetti, esattamente sei anni fa, era già capitato che non si raggiungesse il quorum per la Commissione Odontoiatri, il che ci aveva costretto ad effettuare le elezioni suppletive nel mese di gennaio, oltre i limiti che per legge devono essere rispettati.

Quest'anno è stato scelto il mese di ottobre, per la convocazione dell'assemblea elettiva, per evitare che si ripetesse tale inconveniente; ci ha dunque sorpreso che alcuni colleghi abbiano voluto dare a tale fatto una motivazione diversa, sollevando un'inutile

quanto sterile polemica.

Ci auguriamo che quanto avvenuto questa volta non si ripeta più: le elezioni sono il simbolo della democrazia, e la competizione ne è l'anima, purché se ne conoscano ed accettino le regole.

A scanso di equivoci, sin dall'inizio di questo mandato è bene ricordare a tutti che alla fine del triennio si andrà a votazioni e che chiunque abbia intenzione di candidarsi deve lavorare sin da ora per non arrivare all'appuntamento impreparato.

Con la pubblicazione di questo primo numero del nostro bollettino del 2006, ho il piacere di ringraziare quanti, tra medici ed odontoiatri, hanno ritenuto giusto dover partecipare al voto, sia per la prima tornata elettorale, sia per la seconda.

Desidero esprimere sincera gratitudine a tutti coloro che hanno creduto in noi e nel nostro operato e che per questo motivo hanno voluto riconfermarci per il nuovo triennio.

Un sentito grazie va comunque rivolto anche a quei colleghi che hanno dato il loro appoggio a chi si è proposto in alternativa al nostro gruppo, per aver adempiuto, con la loro presenza, al dovere degli iscritti di partecipare alla vita dell'Ordine.

È inoltre necessario ringraziare, ancora una volta, i colleghi che sono stati con noi nel triennio appena trascorso, contribuendo in maniera determinante alle attività dell'Ordine.

Alcuni di loro hanno deciso di non ripresentarsi, e ciò ha permesso un fisiologico ricambio, segno, nel contempo, di continuità e di rinnovamento.

Nel periodo preelettorale abbiamo più volte ribadito che negli anni ci siamo impegnati per dare all'Ordine particolare

visibilità ed è nostro preciso intento proseguire sulla medesima strada, per questo motivo abbiamo predisposto e distribuito un programma ben articolato.

Per evitare che qualcuno possa pensare che si tratti di vuote promesse non realizzabili, lo pubblichiamo integralmente qui di seguito, coerentemente a nostro abituale modo di agire, così che a fine triennio tutti voi possiate giudicare quanto siamo stati in grado di fare.

Agostino Sussarellu

Il programma

Per l'ordine per la professione

Il gruppo che proponiamo ai colleghi per questa tornata elettorale scaturisce dal Consiglio uscente, e, come il precedente, ha come unico intento, quello di rappresentare l'intera categoria e non piccole parti di essa.

La sostituzione di alcuni componenti del Consiglio deriva da un fisiologico turnover.

L'avvicendamento cerca di migliorare la rappresentatività della provincia, anche se, per la complessità della nostra professione, non si potrà mai raggiungere l'optimum.

Noi intendiamo essere i rappresentanti di tutti i Medici, nel rispetto dei compiti istituzionali, con la piena disponibilità ad ascoltare chiunque abbia dei problemi o abbia comunque necessità di risposte.

In un momento critico come quello attuale, in cui, ancora una volta, si parla di tagli alla sanità, riteniamo che sia importante vigilare sul mantenimento del Sistema Sani-

tario Nazionale, e riteniamo che in tal senso gli Ordini debbano svolgere un ruolo da protagonisti.

La nostra attenzione sarà rivolta non solo verso i problemi locali, ma anche verso quelli regionali e nazionali, ponendo l'Ordine quale interlocutore principale delle forze di Governo.

Riteniamo di proseguire sulla strada fin qui percorsa, modellando la nostra azione sulle problematiche che, di volta in volta, si presenteranno.

– Compito principale sarà vigilare sulla deontologia professionale, sui doveri dei colleghi, ma nel contempo anche sui diritti, ponendoci, quando necessario, quali intermediari con le istituzioni locali e regionali.

– Intendiamo proseguire nelle iniziative atte a ottimizzare i rapporti tra colleghi, con l'intento di migliorare l'assistenza offerta alla cittadinanza.

- Forte sarà l'impegno per migliorare la qualità della professione attraverso il controllo della formazione, sia di base, che in itinere. Sarà attuato un programma di iniziative culturali, all'interno del programma nazionale dell'ECM, che permettano di conseguire crediti formativi e, nel contempo, di migliorare le competenze. Le iniziative saranno diversificate e portate anche in periferia. Si cercherà la collaborazione delle istituzioni della provincia: Aziende Sanitarie, Università, associazioni di categoria e anche di singoli colleghi.
- Le problematiche giudiziarie e medico-legali stanno sempre più gravando la professione, in questo campo sarà alta l'attenzione, si ricercherà un colloquio fattivo con le Procure della provincia e, allo stesso tempo, si affronterà l'argomento con incontri di studio e convegni che servano a meglio comprenderne le dinamiche.
- Studieremo la possibilità di realizzare un progetto di valutazione e risoluzione extragiudiziale dei casi di ipotetica responsabilità professionale avanzata nei confronti degli iscritti.
- Continueremo a prestare massima attenzione ai problemi dei colleghi che si affacciano alla professione e di quelli che lavorano in condizioni di rischio.
- Manterremo alta l'attenzione sul problema dell'abusivismo sanitario, denunciandolo senza tentennamenti, in qualunque forma si presenti.
- Si cercherà di dialogare con i mass media per mettere un freno alle campagne denigratorie che spesso cadono sul mondo della sanità.
- Saremo soggetti attivi, intervenendo puntualmente nel dibattito politico sui problemi della sanità, sia a livello locale, che regionale, per meglio tutelare la salute pubblica.
- Con gli altri operatori della sanità ci misureremo con spirito di collaborazione tenendo conto dei rispettivi ruoli e delle varie professionalità, nel convincimento che tutti debbano prestare la loro opera per il bene della collettività.

PER INFORMAZIONI E MODULISTICA

Per informazioni riguardanti corsi organizzati dall'Ordine, scadenze, adempimenti connessi alla professione e per la modulistica relativa alle pratiche ordinistiche è possibile consultare il sito dell'Ordine:

www.omceoss.org

Obiettivo della neoeletta Commissione Albo

Un Ordine più vicino agli odontoiatri

“**L**a categoria si deve compat-
tare e affrontare unita i proble-
mi del settore odonto-
iatico”.

Questa frase rappresenta in modo molto sintetico ciò che la neoeletta Commissione Albo Odontoiatri vuole esprimere come proposta di lavoro per i prossimi tre anni. Ringraziando la Commissione uscente per l'impegno profuso fino ad oggi, vediamo di sviluppare le priorità che vorremmo affrontare per dare alla professione di odontoiatra una dignità più forte e una organizzazione schematica e razionale delle procedure e degli adempimenti.

Etica professionale: dare un'immagine di Odontoiatra forte, serio, corretto e rispettoso delle regole; rivolto come primo obiettivo al miglioramento della salute orale dei nostri pazienti.

Per quest'obiettivo sono necessari dei percorsi di chiarezza come il ribadire la necessità di rispettare i pazienti e i colleghi attraverso l'uso costante del tariffario minimo stabilito. Questo primo passo consente di mantenere dei rapporti di concorrenza leale e garantisce un minimo di qualità delle prestazioni. L'immagine di un Odontoiatra che si comporta come se stesse distribuendo della merce ai saldi è dirompente negativamente nei nostri confronti e per i rapporti con gli utenti e va assolutamente combattuta.

Dobbiamo fare il massimo nella lotta all'esercizio abusivo e al presta-

nomismo nell'odontoiatria e ci impegniamo a sensibilizzare sempre di più gli organi di controllo (carabinieri, polizia etc.) trasmettendo qualsiasi segnalazione al riguardo che perverrà alla Commissione Odontoiatri. Inoltre riteniamo che una più frequente e capillare informazione su questo problema debba essere promossa attraverso le fonti d'informazione al pubblico, ma anche con convegni e dibattiti.

Valorizzare e proporre con forza il codice deontologico e la carta dell'Odontoiatra, attraverso i quali si raggiunge l'immagine di Odontoiatra serio e autoregolamentato per l'acquisizione di una coscienza professionale e, perchè no, della dignità del suo ruolo.

Ribadire il ruolo della componente Odontoiatrica nell'Ordine dei Medici e Odontoiatri nel rispetto delle parti e con spirito di collaborazione, ma anche nell'affermare l'identità peculiare e dare il massimo risalto possibile all'Odontoiatria, senza complessi di inferiorità o sindrome da "ghetto".

Garantire l'applicazione della riforma dell'Esame di Stato per l'accesso alla professione di Odontoiatra, che ritorna agli Odontoiatri a garanzia di una buona formazione e di un monitoraggio delle esigenze del territorio.

Adempimenti professionali: vogliamo creare un sistema che attraverso l'OMCeO sia un servizio per gli iscritti all'Albo che chiarisca con

*Le priorità
per dare
alla professione
dignità più
forte e maggiore
organizzazione*

precisione e semplicità tutte le norme e regolamenti da seguire per svolgere l'attività professionale nella nostra provincia e allo stesso tempo agire confrontandosi con gli organi di governo per (se possibile) semplificare gli oneri burocratici.

A questo proposito è in fase di riorganizzazione il sito internet dell'OMCeO di Sassari che prevede un'area dedicata agli Odontoiatri e nel quale saranno potenziate tutte le informazioni che riguardano l'aspetto organizzativo della nostra professione e verranno passate tutte le novità in tempo reale. Inoltre, sempre attraverso il portale, è possibile interagire direttamente con la Commissione e fare delle proposte o specifiche richieste.

Sugli aspetti normativi è di primaria importanza chiarire a livello regionale come va ottenuta l'autorizzazione per l'apertura degli studi odontoiatrici. Il nostro obiettivo è acquisire un ruolo di consulenza e collaborazione con l'Assessorato per valutare in modo razionale i requisiti che verranno stabiliti. Speriamo a breve

di avere chiarimenti su questo che è il tema che consente di definire tutti i punti normativi da seguire per lo studio odontoiatrico in regola.

Vogliamo per questo e altri problemi creare una coordinazione Regionale delle Commissioni Albo Odontoiatri in modo da avere più rappresentatività e coordinazione nell'affrontare temi di interesse comune.

Ci sarebbero tante altre cose da ricordare, quali obiettivi da perseguire nei prossimi tre anni, ma mi preme soprattutto dire a nome di tutti i componenti la Commissione Odontoiatri che ci sentiamo i rappresentanti di tutti e attendiamo richieste, consigli e collaborazione da parte di tutti.

Per questo voglio ricordare i nomi degli eletti nella commissione Odontoiatri per il triennio 2006 -2008:

- Pierluigi Delogu - Presidente
- Antonella Bortone - Componente
- Ines Putzu - Componente
- Alessandra Lucaferri - Componente
- Alessandro Sechi - Componente

Pierluigi Delogu



Il consiglio direttivo dell'Ordine, i revisori dei conti e la commissione odontoiatrica

La cerimonia alla 50ª edizione

“Giornata del Medico”: al centro il rapporto con il paziente

Nell’Aula Magna dell’Università, alla presenza di un folto pubblico, il giorno 18 ottobre si è svolta la cerimonia della Giornata del Medico.

Per l’Ordine erano presenti il Presidente, Agostino Sussarellu, il Segretario, Chiara Musio, il Tesoriere, Alessandro Arru e, in rappresentanza

Nel proseguo ha presentato il tema scelto per la giornata: “Il rapporto medico-paziente”, richiamando l’attenzione su questo fondamento della professione, che, riguadagnando terreno, sta facendo sentire sempre più urgente la necessità di venir ristabilito quale elemento pregnante dell’esser medico, in un momento in cui



La platea

della Commissione Odontoiatri, Ines Putzu.

Nella sua introduzione, il presidente ha esposto brevemente la storia di questa importante manifestazione, istituita per la prima volta a Sassari nel 1954, su proposta dell’allora consigliere segretario, professor Egidio Depperu, giunta quest’anno alla cinquantesima edizione.

la sanità pubblica, da una consolidata concezione ospedalocentrica, va orientando il suo stesso esistere verso una nuova concezione volta al territorio, con una rivalutazione del rapporto interumano, in quanto condizione fondamentale del curare.

Al termine della presentazione introduttiva, è stata data la parola al dottor Aldo Pagni, già presidente

*Consegnate
le medaglie
ai medici
laureati
nel 1955.
Il giuramento
deontologico
dei neolaureati*

della Federazione Nazionale, il quale ha esposto una brillante relazione sul tema della giornata, suscitando l'interesse e l'attenzione del pubblico.

Di seguito è intervenuta la presidentessa dell'AMMI, Maria Antonietta Lamberti, la quale ha presentato, come è ormai consuetudine, i temi dell'anno sociale dell'associazione. Ha chiuso gli interventi Benedetto Arru che ha parlato dell'Associazione Medici Cattolici, appena istituita a Sassari, prospettandone gli scopi.

La manifestazione è proseguita con la consegna dei riconoscimenti ai medici che nel corso dell'anno hanno conseguito il traguardo dei cinquant'anni di laurea.

Si è trattato, come sempre, di uno dei momenti più toccanti della giornata, quello in cui vengono letti i curricula dei medici premiati: attraverso questi brevi riassunti di vita, è possi-

bile ripercorrere la storia della medicina nella nostra provincia.

Si è quindi passati ad un altro momento significativo: il Giuramento Deontologico da parte dei neoiscritti, letto, come vuole la tradizione, dal più giovane tra i neolaureati. Quest'anno tale compito è stato espletato da Giuseppe Pietro Solinas, tutti gli altri ascoltavano in piedi, rendendosi in tal modo facilmente individuabili e conferendo, nel contempo, solennità alla cerimonia.

Ciascun collega ha poi ricevuto, dal segretario e dal tesoriere, la pergamena del Giuramento Deontologico, precedentemente sottoscritto.

Dopo il saluto e l'invito del presidente al tradizionale appuntamento per l'anno successivo, la manifestazione si è conclusa con le foto di rito per i medici premiati e con un rinfresco tenutosi, come di consuetudine, nel portico dell'Università.



Il dottor Agostino Sussarellu

La relazione del presidente dell'Ordine

Il ritorno all'attenzione verso il malato-uomo

La relazione introduttiva è stata svolta dal presidente dell'Ordine di Sassari. Pubblichiamo il testo.

Gentili signore, signori, autorità presenti, colleghe e colleghi giovani e meno giovani, vi ringrazio di essere oggi qui con noi in questa illustre sede.

Ringrazio altresì, a nome del consiglio direttivo tutto, e mio personale, l'Università di Sassari nella figura del magnifico rettore, professor Alessandro Maida, per averci ancora una volta ospitato in questa splendida e prestigiosa aula magna, nella quale la maggior parte di noi ha conseguito la laurea, e nella quale oggi ci troviamo per celebrare, come è ormai tradizione, la Giornata del Medico, giunta quest'anno alla sua cinquantesima edizione.

In realtà, la nascita di questa cerimonia risale a 52 anni fa, ma per ben due volte, nel passato, si fu costretti ad accorparne la ricorrenza.

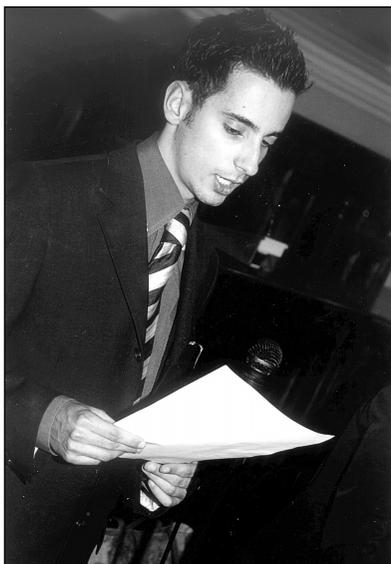
Per portare avanti una breve e succinta storia di questa manifestazione, usufruirò di alcuni passaggi dello scritto fattoci pervenire, sull'argomento, dal professor Depperu, pochi giorni prima della sua morte.

Nel 1954 il Consiglio direttivo dell'Ordine di Sassari, su proposta dell'allora consigliere segretario, decise, primo in tutt'Italia, di istituire la Giornata del Medico, stabilendo di abbinarla opportunamente alla Giornata Mondiale della Sanità, da celebrarsi ogni anno il 7 aprile. In questo giorno, si consegnava una

medaglia d'oro di benemerenzza ai colleghi che avevano raggiunto le nozze d'oro con la laurea e i sanitari neo-iscritti all'albo prestavano il giuramento deontologico. Si realizzava così una simbolica staffetta tra due generazioni della professione.

La cerimonia si svolse presso il Teatro Verdi ed ebbe da subito un grande successo, soprattutto per la rimpatriata di anziani colleghi, molti dei quali, assenti da Sassari da anni, rientrarono per partecipare alla manifestazione.

Da quel momento in poi, fu ripetuta con regolarità sempre in concomitanza con la Giornata Mondiale della Sanità, ma quando quest'ultima si affievolì, essa fu spostata al 18 otto-



Il dottor Giuseppe Pietro Solinas

Il passaggio da una concezione con al centro l'ospedale all'assistenza diffusa nel territorio

bre, giorno in cui si festeggia San Luca Evangelista, patrono dei medici. Dal 1957 ad oggi, si è svolta presso questa magnifica Aula Magna, tranne pochissime eccezioni.

Negli anni la Giornata del Medico è stata tramandata con solerte puntualità dal suo ideatore, professor Egidio Depperu, e di seguito dal collega Mario Oppes.

Noi abbiamo puntualmente rispettato e portato avanti la tradizione e ci auguriamo che questa possa proseguire ancora a lungo: “a zent’anni” ed oltre, come si usa dire qui a Sassari.

Veniamo alla giornata odierna. Il logo utilizzato quest’anno raffigura il medico al capezzale del malato, e sta per l’appunto a simboleggiare il rapporto medico-paziente, il cardine su cui ruota la nostra professione.

Ci onora oggi della sua presenza il dottor Aldo Pagni, già presidente della Federazione Nazionale, da noi invitato affinché ci parli di questo principio fondamentale dell’esser medico, che forse la moderna medicina, calata nel convincimento di essere una scienza, ha negli anni un po’ accantonato. Eppure il rapporto diretto tra individui è il cardine dell’iter terapeutico.

In una delle mie riflessioni di apertura al nostro bollettino, ho recentemente parlato di un preciso aspetto della pratica clinica: è evidenza quotidiana che, pur ricorrendo all’utilizzo dello stesso farmaco per la stessa patologia, per la stessa tipologia di paziente, e pur avendo la certezza che questi segua scrupolosamente le indicazioni terapeutiche, senza che sesso, età, tipologia di patologia, sia acuta che cronica, causino alcuna differenza, i risultati varino al variare del medico prescrittore.

Con questo pensiero voglio proprio ribadire l’importanza della capacità di comunicare, di interagire, nel

senso più profondo del termine, capacità nella quale il medico dovrebbe essere maestro. La medicina moderna, super-tecnologica, ha sicuramente ottenuto successi importanti e sempre più ne otterrà, ma proprio questi successi, associati al prolungamento dell’età media, hanno portato all’aumento delle malattie cronicodegenerative, le quali richiedono un nuovo atteggiamento. Il malato, l’uomo, necessita non solo di terapia, in quanto cura, ma di una terapia intesa come assistenza, come compagnia.

La sanità si orienta sempre più verso uno spostamento del proprio baricentro fuori dagli ospedali, nel cui ambito tutte le limitazioni inerenti la sfera personale e tutti gli accorgimenti super-tecnologici tendono a disumanizzare il concetto stesso di curare.

La visione moderna vuole valorizzare il territorio, riportando la persona malata all’interno della propria casa, rivalutando così l’importanza degli affetti familiari, e, in caso di impedimenti, accogliendola all’interno di strutture che siano più simili all’ambiente domestico che agli ospedali.

Sempre più sentiamo parlare di hospice, di cure palliative, completamente fondamentale della medicina.

Forse in questo ritorno all’attenzione sull’uomo sta il significato di giornate come questa, in cui due generazioni di medici, distanti mezzo secolo tra loro, si trovano insieme.

È come se si fosse conclusa una parabola: la medicina, spinta dalle conquiste scientifiche, dalle nuove scoperte, è divenuta sempre più tecnologica, sempre più si è allontanata dall’uomo come tale, per scoprire infine che il rapporto umano è necessario ed essenziale per la sua stessa esistenza, per stabilire la differenza tra fare il medico ed esser medico.

Agostino Sussarellu

Relazione di Aldo Pagni

Sensibilità e rispetto

Un momento particolarmente significativo della Giornata è rappresentato dall'intervento di Aldo Pagni che ha raccolto, sotto il titolo "La relazione terapeutica medico-paziente ieri e oggi" una serie di considerazioni che, partendo dalla distinzione tra "scienza" (tecnologia, tecnica, pensiero razionale) e "arte" medica (saper fare e saper comunicare) danno vita a un'ampia riflessione sui fondamenti della professione.

La medicina di ieri aveva il compito di *curare spesso*, ma di *guarire qualche volta*: il ruolo fondamentale era, però, quello di *consolare sempre*. La tendenza odierna è invece quella di *curare sempre* (con la medicalizzazione generalizzata della nascita, della vita e della morte), di *tentare di guarire a ogni costo* (cronicizzazione, accanimento terapeutico) ma, purtroppo, di *consolare sempre meno*. Il passaggio dall'etica medica alla bioetica parte da una posizione di dominanza da parte del medico, che risponde del suo operato in base a "scienza e coscienza", attraverso l'esaltazione della centralità del cittadino nella gestione della salute: si rende quindi necessario conciliare l'uso ottimale delle risorse con la soddisfazione dei bisogni delle persone e sviluppare le modalità di operare scelte etiche adeguate alla complessità delle tecnolo-

gia (consenso informato). Nel passato il medico aveva più tempo disponibile all'anamnesi e, dunque, al dialogo, all'esame fisico e al ragionamento clinico (con le ovvie ricadute positive in termini di empatia) ma poteva contare su ausili diagnostici modesti e su una limitata efficacia delle terapie, a fronte della grande ricchezza di ausili tecnologici e terapeutici oggi utilizzabili. Siamo passati da un *paziente semi analfabeta* a una *persona informata, impaziente e titolare del diritto alla salute*.

In una sanità che è sempre più un sistema complesso il paziente *rassegnato, fiducioso e obbediente oggetto di cura* è diventato una *persona autonoma, informata, a volte sospettosa* ma sempre *soggetto cosciente del proprio diritto alla salute*. In questo quadro bisogna, per fare una diagnosi, *confrontarsi prima con "l'agenda della persona"* (il vissuto, il bagaglio personale), alla quale non si può solo *prescrivere una cura*, ma con la quale si deve *concordare una cura* in una relazione di partnership. Da questo modo di interagire nascono i *valori* sui quali riflettere: la qua-

Il ruolo non più dominante del medico e quello non più passivo del malato



Il dottor Aldo Pagni

lità delle cure e, in particolare, il dolore e la qualità della vita, la concezione stessa della vita e della morte.

Il malato e la malattia vanno visti nelle loro molteplici dimensioni: soggettiva e sociale, ma anche biomedica ed etica oltre che economica, legale e storica. Il medico e il paziente non hanno più un rapporto esclusivo, non stanno più in un'isola deserta ma in un sistema complesso dove varie figure collaborano per il conseguimento della salute, intesa però in una accezione molto più ampia, che comprende *assenza di malattie e di disagi psichici e sociali e attese illimitate di cura e di guarigione*, in un mondo che da molta importanza a fattori come la bellezza, il giovanilismo, il livello delle prestazioni sessuali etc. Ecco che la relazione medico/paziente non è più solo consensuale (ippocratica, genitoriale, sacerdotale) ma *conflittuale/negoziale* (diversi interessi, modelli di malattia, priorità e valori della vita).

Le tendenze odierne comprendono il *consumerismo* (come contratto fornitore/cliente secondo il modello americano o, nel modello angloscandinavo, come partnership tra un

professionista e un "esperto profano"), la *genomica* (medicina predittiva, farmacogenetica), l'*informatica e la commistione di pubblico e privato*.

In tutto questo si inserisce un rischio sempre più diffuso di "*burn out*" del medico, originato dal senso di spaesamento e di malessere per la perdita della "dominanza", oltre che dalla frustrazione: il medico oggi non ha la potestà di intervenire sul corpo delle persone senza il loro consenso, che deve essere un *consenso informato* caratterizzato da contenuti comprensibili sui rischi, le alternative possibili, i benefici previsti e le possibilità di recupero; tutto ciò va comunicato dedicando uno spazio adeguato al *colloquio*.

Il ruolo cruciale della comunicazione va sviluppato nei differenti ambiti di interazione: medici ospedalieri/medici di famiglia, reparti di degenza/reparti di emergenza, medici di famiglia di area urbana/medici di area extraurbana. Il dottor Pagni ha concluso notando che "non esistono ricette per comunicare bene ma solo sensibilità umana, attenzione e rispetto per l'altro e, soprattutto, rinuncia ai narcisismi".

Giovanni Biddau



I medici premiati

Giornata del Medico 2005

*I medici premiati e i neolaureati
che hanno prestato giuramento*

Giornata del medico 2005

Sassari 18 ottobre

I medici premiati per il 50° anno di laurea

Numero progressivo	Numero d'ordine	Nominativo
1	1884	Chessa Giuseppe
2	810	Deledda Maria Giuseppa
3	885	Fiaschi Simonetta
4	786	Franco Francesco
5	811	Mura Antonio
6	901	Pala Gavino
7	790	Pianu Vindice Sardo
8	781	Plaisant Giampaolo
9	926	Rizzo Lucia
10	788	Secchi Tomaso
11	773	Soddu Ivana
12	772	Vitali Giovanni

**Gli 87 medici chirurghi neoiscritti
che hanno prestato giuramento**

Numero progressivo	Numero d'ordine	Nominativo
1	4871	Ena Luciano Mario
		Francesco Raimondo
2	4873	Antimi Lavinia
3	4875	Secchi Mariantonietta
4	4876	Ruiu Monica
5	4877	Latte Lucia
6	4878	Pittalis Maria
7	4879	Dettori Paola

segue →

8	4880	Tidu Luigi
9	4881	Arca Paolo Giovanni
10	4882	Idini Ileana
11	4883	Piras Simona
12	4884	Cuna Giampiero
13	4885	Fresi Leonardo
14	4886	Canu Gualtiero
15	4887	Cuccuru Sebastiano
16	4888	Palla Stefano Giuseppe Giorgio
17	4889	Flores Sabrina
18	4890	Tramaloni Pierangela
19	4891	Pani Salvatore
20	4892	Tarasconi Elisa
21	4893	Sanna Stefania Daniela
22	4894	Satta Giuseppe
23	4895	Manzoni Gabriella
24	4896	Tola Daniela
25	4897	Malavasi Paolo
26	4898	Marongiu Paola Bernardina
27	4899	Addis Gianmario
28	4900	Ros Chetti
29	4901	Denti Silvia
30	4902	Urigo Daniela
31	4903	Fois Paolo
32	4904	Cassisa Giovanna Michela
33	4905	Vargiu Piera
34	4906	Ogana Francesca Sara
35	4907	Cosseddu Fabrizio
36	4908	Mameli Laura
37	4909	Arru Benedetto
38	4910	Ponti Maria Carla
39	4911	Giua Alessandra Maria
40	4912	Angioni Silvia
41	4913	Usai Angela Ottavia
42	4914	Satta Elena
43	4915	Schibeci Natoli Scialli Virginia
44	4916	Nieddu Maria Giacomina
45	4917	Amadori Francesca Domenica
46	4918	Sale Pierluigi
47	4919	Pes Adele
48	4920	Mura Giulia Ilaria Chiara
49	4921	Serpi Sabrina
50	4922	Fenu Angela
51	4923	Isoni Serena
52	4924	Usai Carlo Andrea
53	4925	Deiana Giuseppe
54	4926	Trignano Emilio
55	4927	Corda Maria Giovanna
56	4928	Nivoli Luisa Giuseppina Fabrizia
57	4929	Cocco Caterina
58	4930	Baule Antonio
59	4931	Conchedda Luca
60	4932	Vacca Maria Giovanna

61	4933	Flore Loredana
62	4934	Satta Vincenzo Andrea
63	4935	Ponchietti Alessandra
64	4936	Cossu Silvia
65	4937	Pinna Claudia
66	4938	Romero Juan Carlos
67	4939	Plras Maria Francesca
68	4940	Ferrandu Giovanna
69	4941	Piu Pasquale
70	4942	Murgia Agnese
71	4943	Angioni Emanuela
72	4945	Chiappe Pier Paolo
73	4946	Cocco Marco
74	4947	Nurra Giovanna
75	4948	Pala Gianni
76	4949	Puggioni Gabriela
77	4950	Sotgiu Maria Laura
78	4951	Orecchioni Mary Angela
79	4952	Pisanu Laura
80	4953	Piras Salvatora
81	4954	Maciocco Maria Antonietta E.
82	4955	Farre Giovanna
83	4956	Cosmi Stefania
84	4957	Pruneddu Antonella
85	4958	Cassisa Laura
86	4959	Donolo Mara, Chiara
87	4960	Bacciu Maria

I 17 Odontoiatri neoiscritti che hanno prestato giuramento

Numero progressivo	Numero d'ordine	Nominativo
1	368	Solinas Giuseppe Pietro
2	395	Pala Alessandro
3	396	Carenti Baingio
4	397	Piras Bastianina
5	398	Barni Cristina
6	399	Valle Daniela
7	400	Caria Silvia Danila
8	401	Carente Carlo
9	402	Sacco Gianluca
10	403	Satta Stefania
11	404	Satta Emanuela
12	405	Lai Stefano
13	463	Rahimi Maria
14	464	Gaslini Filippo
15	465	Gaspa Graziella
16	466	Sale Silvana
17	484	Trova Paolo

Difetti e doveri, propri e degli altri

Un “virus” ha colpito medici e pazienti

Cari colleghi, intendo innanzi tutto ringraziare tutti quelli che ci hanno sostenuto e votato.

Voglio ricordare che, come sempre, tutti i consiglieri dell'Ordine saranno reperibili per ascoltare le proposte di ogni medico ed io stessa sono stata e sarò sempre disponibile a rispondere alle richieste da parte di tutti gli iscritti.

Molti medici di medicina generale, negli anni passati, si sono rivolti all'Ordine per varie problematiche e dottor Sussarellu ed io li abbiamo ascoltati ed abbiamo anche, quando possibile, risolto le problematiche che hanno presentato.

In sei anni, come segretario, ho sempre lavorato per l'Ordine dei Medici, per tutti gli iscritti, ma ovviamente portando avanti soprattutto le problematiche dei medici di medicina generale in ogni ambito sia esso universitario che ospedaliero che territoriale.

Come Ordine abbiamo anche sempre invitato tutte le rappresentanze sindacali alle riunioni in cui bisognava discutere problematiche comuni e comunque in sei anni non abbiamo, e personalmente non ho, mai ricevuto proposte di collaborazione da parte di chi poi ha pensato bene di lamentarsi.

In questi anni come segretario ed ora come vicepresidente, ritengo che il mio compito nei confronti dei colleghi sia quello di ascoltarli e collaborare con loro, indipendentemente dal fatto che siano medici di medicina generale, medici di continuità

assistenziale, liberi-professionisti, ospedalieri o universitari o altro.

Nel 2003 l'Ordine ha, invitando tutti i sindacati, redatto un documento sulle: “Raccomandazioni per migliorare il comportamento deontologico tra colleghi in merito ai relativi compiti, alle prescrizioni farmacologiche e alle proposte di ricovero e accertamenti.”

Tale documento è stato poi condiviso, sempre insieme ai sindacati, dall'AUSL 1, e trasformato in “Percorsi di continuità assistenziale”, presentato nell'ottobre 2005 ai medici del distretto e del presidio ospedaliero di Sassari con previsione di presentazione futura anche agli altri distretti e presidi ospedalieri.

Tale documento, perfettibile, presenta delle criticità che l'Ordine ha già presentato all'AUSL e di cui a breve avremo risposta.

Durante l'elaborazione del documento mi sono trovata a dialogare non solo con medici di medicina generale ma anche con medici ospedalieri, specialisti ambulatoriali ed altri che hanno condiviso le problematiche e discusso serenamente sulle criticità.

Purtroppo ancora non tutti, in parte per mancanza di volontà ma anche per non conoscenza del documento, seguono le indicazioni soprattutto in merito alle varie prescrizioni.

È per questo che il consiglio dell'Ordine, dopo aver per anni divulgato il documento, ha deciso di iniziare un contatto “itinerante” fra rap-

Troppe proteste e nervosismo.

Un contatto “itinerante”

per favorire la conoscenza dei “Percorsi di continuità assistenziale”

presentanti dell'Ordine e gruppi di medici di medicina generale, di continuità assistenziale, pediatri di libera scelta, medici dei reparti dei presidi ospedalieri, dei reparti universitari e medici specialisti ambulatoriali.

Penso che in questo modo, insieme alle AUSL n°1 e n°2, l'Ordine possa, continuando un lavoro già svolto giornalmente, favorire il confronto e la collaborazione fra i colleghi.

Spesso mi chiedo perché tanti conflitti fra di noi.

Spesso mi rendo conto che alcuni problemi della sanità derivano soprattutto dai conflitti fra medici dell'Ospedale e/o Università e medici del Territorio; dal fatto che molti di noi non si trovano sulla stessa lunghezza d'onda necessaria per capirsi e collaborare a favore del paziente ma anche a favore di un'immagine corretta della nostra categoria.

Spesso è proprio colpa di noi medici che commentiamo l'operato dei colleghi davanti ai pazienti i quali ovviamente interpretano e commentano le nostre affermazioni.

E' anche vero però che i conflitti possono nascere per le eccessive richieste ed aspettative dei pazienti verso la sanità.

Pazienti anche esasperati da difficoltà reali ma che poi vorrebbero delle risposte che non è possibile dare.

Spesso il paziente, come già detto, "interpreta" male le affermazioni di altri colleghi e richiede o meglio "pretende" delle prestazioni o prescrizioni che anche legalmente non è possibile concedere.

E' importante che ogni medico conosca le norme prescrittive ma è altrettanto necessario che il paziente sia informato su tali norme e penso che su questo le AUSL insieme anche all'Ordine potranno fare qualcosa di fattivo.

Però spesso il paziente diventa comunque poco paziente, vuole una prescrizione a tutti i costi, ha fretta, non vuole attendere e non capisce che se un medico deve prescrivere deve ascoltare, visitare, informare e poi prescrivere e non "trascrivere".

È vero che ormai i "conflitti" hanno sostituito i "confronti"; questo succede in sanità, in politica e in trasmissioni in cui vince chi aggredisce e urla di più.

Ognuno pensa sempre di aver ragione senza aspettare che l'altro, forse anche più informato, possa dare una spiegazione; ormai tutti hanno solo diritti e... devono andar di fretta.

Come quel paziente che, dovendo ritirare una ricetta dal proprio medico curante, non si è curato del fatto che dentro l'ambulatorio il medico avesse una crisi allergica e fosse assistito dal 118; il paziente ha bussato alla porta perché ... "aveva fretta".

Questo non è certamente un episodio piacevole e viene il dubbio che nell'aria sia presente un virus che renda tutti nervosi, stressati e soprattutto consapevoli dei difetti e doveri degli altri ma con una cecità nei confronti dei propri doveri e difetti.

Chiara Musio

**ORARI DI APERTURA
AL PUBBLICO DEGLI UFFICI
DELL'ORDINE**

Lunedì - Mercoledì - Venerdì:

dalle ore 11.00 alle ore 13.00

Martedì: dalle ore 11.00 alle ore 13.00 e dalle ore 16.00 alle ore 18.00

Giovedì: dalle ore 11.00 alle ore 15.30 (orario continuato)

Necessità di dialogo costante

Ordine e iscritti: è necessario un rapporto sempre più stretto

Le elezioni sono sempre accompagnate da polemiche, contrasti, lamentele: anche quelle ordinistiche non sfuggono a questa regola non scritta. Le lamentele hanno riguardato gli aspetti più disparati e non basterebbe l'intero bollettino per elencarle tutte.

Devo chiarire subito che a molte di queste l'Ordine, che non è un Sindacato ma un Ente pubblico (sulle cui competenze mi soffermerò in uno dei prossimi numeri del bollettino), non poteva dare risposte immediate, tuttavia ad esse ha dedicato la giusta attenzione nelle prime riunioni di questo triennio ordinistico 2006-2008 e alcuni di questi problemi in particolare (la pletera medica ed odontoiatrica, l'affannosa ricerca di primo incarico o con incarico precario) rimarranno all'ordine del giorno permanentemente.

Le molteplici specialità e categorie in cui sono distribuiti gli oltre 3800 iscritti non possono ovviamente essere direttamente rappresentate dai 15 componenti medici e dai 2

odontoiatri che comunque (e questa è una caratteristica di cui l'Ordine di Sassari si fa vanto) si sforzano di rappresentare tutte e non solo alcune delle numerose sigle sindacali o corporative in cui sono distribuiti medici ed odontoiatri.

È normale che ogni iscritto senta o, meglio, debba sentire l'Ordine come la sua casa, la sua famiglia, e per questo si deve sentire in dovere di segnalargli ogni problema anche personale nell'esercizio professionale o in generale riguardante la salute.

L'Ordine è in ascolto di tutte le esigenze non solo degli iscritti ma anche dei cittadini-utenti, singoli o in associazione. Le eventuali segnalazioni potranno essere anche effettuate telefonicamente all'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Sassari (che attualmente comprende anche gli iscritti della Provincia Gallura) con possibilità di essere richiamati dai consiglieri.

Nicola Addis

*Invito
a segnalare
i problemi
riguardanti
professione
e salute*

PER INFORMAZIONI E MODULISTICA

Per informazioni riguardanti corsi organizzati dall'Ordine, scadenze, adempimenti connessi alla professione e per la modulistica relativa alle pratiche ordinistiche è possibile consultare il sito dell'Ordine:
www.omceoss.org

Diritto e giurisprudenza

La responsabilità del medico di continuità assistenziale

Pubblichiamo la prima parte della relazione del dottor Riccardo Masera al convegno sulla responsabilità medica organizzato recentemente dal nostro Ordine a Olbia; la seconda parte sarà inserita nel prossimo numero di Sassari Medica.

Il medico di continuità assistenziale, come è noto, deve assicurare la realizzazione delle prestazioni assistenziali e sanitarie non differibili, in orario notturno e nei giorni festivi e prefestivi; in relazione al quadro clinico prospettato dall'utente (o dalla centrale operativa) egli deve effettuare tutti gli interventi ritenuti appropriati, riconosciuti tali sulla base di apposite linee guida nazionali o regionali, ed in particolare quelli di carattere diagnostico, comprensivi della prescrizione farmacologica, e quelli di natura terapeutica riservati alla funzione medica¹.

In conseguenza delle peculiarità che contraddistinguono la continuità assistenziale rispetto agli altri aspetti in cui si articola la prestazione di servizi sanitari alla collettività, la casistica giurisprudenziale annovera, in particolare, ipotesi di reato dipendenti dall'inerzia nell'attivarsi e nell'eseguire l'intervento richiesto dall'utente o dalla particolare situazione concreta. Sotto tale profilo vengono in rilievo, le ipotesi di lesioni e omicidio colposi derivanti da omissione, e il reato di rifiuto di atti d'ufficio.

I reati di lesioni e di omicidio colposi.

Gli articoli 589 e 590 del Codice penale prevedono come reato la condotta di chi, per colpa, cagiona ad una per-

sona (rispettivamente) la morte o lesioni personali.

D'altro lato, l'articolo 40, 2° comma del Codice Penale prevede che "non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo".

Elementi costitutivi delle ipotesi di reato in esame sono quindi la c.d. "posizione di garanzia" dalla quale deriva l'obbligo giuridico di impedire l'evento, la colpa ed il nesso di causalità tra omissione colposa ed evento-morte o lesioni.

La posizione di garanzia, in particolare, fa capo a tutti gli operatori di una struttura sanitaria, medici e paramedici, ed è espressione dell'obbligo di solidarietà costituzionalmente imposto dagli artt. 2 e 32 della Costituzione nei confronti dei pazienti, la cui salute devono tutelare contro ogni tipo di pericolo che ne minacci l'integrità²; e ciò anche indipendentemente dall'esistenza di rapporti giuridici con la struttura sanitaria, in quanto la posizione di garanzia nasce anche solo per l'effettivo esercizio dell'attività medica, e anche per una scelta autonoma e volontaria: l'obbligo di salvaguardia, infatti, scaturisce direttamente dal mero esercizio di fatto delle funzioni³.

Come sopra esposto, la colpa rappresenta il secondo elemento costitutivo dei reati di cui ci stiamo occupando; essa ricorre quando l'evento (nel nostro caso, la morte o le lesioni del paziente) non è direttamente voluto, ma si è verificato per negligenza, imprudenza o imperizia o per l'inosservanza di specifiche disposizioni, anche

La casistica delle ipotesi di reato e i concetti di omissione e inerzia

aventi carattere meramente interno alla struttura sanitaria di appartenenza. In particolare, per valutare se il comportamento tenuto sia stato o meno “colposo” è necessario adottare, come parametro di riferimento, quello del modello di agente che svolga la stessa professione, nel senso che andrà esente da censure il comportamento di chi si sia uniformato alle regole di diligenza e prudenza che devono essere osservate secondo la buona tecnica medica; regole di diligenza e prudenza che a loro volta devono essere individuate tenendo conto del grado di difficoltà tecnico-scientifica e dei conseguenti margini di opinabilità che il caso presenta. In altri termini, in tanto vi sarà responsabilità in quanto facendo applicazione delle regole di diligenza e prudenza di cui si è detto l'evento sarebbe stato prevedibile ed evitabile.

A titolo esemplificativo, è stato ritenuto colposo – sotto il profilo della negligenza e dell'imprudenza – il comportamento del medico generico o del medico di guardia che, di fronte ad un caso che presenti particolari difficoltà tecniche o esuli dalla loro competenza, non facciano ricorso ad uno specialista o non sollecitino l'intervento del reparto competente, salvo che il loro intervento sia imposto da una urgenza tale che non consenta la minima dilazione; in questi casi, peraltro, la responsabilità del medico ed il rapporto di causalità dovranno essere valutati con riferimento agli interventi che lo specialista avrebbe potuto attuare (c.d. responsabilità per assunzione di ruoli)⁴. Si avrà viceversa imperizia quando sia stato commesso un errore diagnostico nonostante la malattia si manifestasse con caratteristiche di assoluta normalità ed evidenza, e dunque sia emersa la mancanza di quel minimo di preparazione ed esperienza cui ogni professionista è tenuto: anche il medico di guardia, infatti, deve essere in grado di eseguire le più comuni presta-

zioni di urgenza. Al fine di valutare la perizia (o l'imperizia), devono sempre essere tenute nella giusta considerazione tutte le circostanze del caso concreto: l'obbligo di rivolgersi ad uno specialista per i casi più complessi o che esulino dalle proprie competenze e quello di disporre il ricovero in ospedali più attrezzati possono essere superati se l'urgenza del caso o la mancanza di mezzi rapidi di trasferimento impongano di intervenire con immediatezza; in questo caso, evidentemente, la perizia dovrà essere valutata avendo riguardo non già alle conoscenze tecniche dello specialista o del medico inserito nella più attrezzata struttura sanitaria che avrebbe potuto o dovuto intervenire, ma in riferimento ad un agente modello adeguato al soggetto che, nelle specifiche circostanze, si è trovato costretto ad operare.

Per quanto riguarda infine il nesso di causalità tra l'evento – morte o lesioni del paziente – e la condotta colposa del sanitario, che rappresenta il terzo elemento costitutivo dei reati in esame, il nostro ordinamento accoglie la teoria condizionalistica, secondo la quale un comportamento è la causa di un determinato evento se eliminando mentalmente il comportamento stesso l'evento non si sarebbe verificato; tale giudizio deve essere svolto sulla base di leggi scientifiche universali o statistiche, in base alle quali sia possibile affermare che al verificarsi di un dato evento consegue – invariabilmente o in una certa percentuale di casi – un altro determinato evento. Il principio della *condicio sine qua non* assume caratteristiche particolari in tema di reati omissivi, in quanto in queste ipotesi è necessario verificare se il compimento dell'azione che si assume dovuta avrebbe evitato la verifica dell'evento lesivo; la verifica richiede necessariamente un giudizio ipotetico, dal momento che non potrà mai raggiungersi in proposito un grado di certezza

assoluta (tanto più nel campo della professione sanitaria); in giurisprudenza si è quindi ripetutamente affermato che sussiste il nesso di causalità se la condotta omessa avrebbe avuto, se fosse stata effettivamente tenuta, una “sufficiente probabilità di successo”, o “serie ed apprezzabili probabilità di successo”. È il caso che si pone, ad esempio, allorché il medico del pronto soccorso o di continuità assistenziale abbia ommesso di praticare un’iniezione antitetanica, e successivamente il ferito sia deceduto per infezione tetanica: per verificare la sussistenza del nesso di causalità tra omissione e morte è necessario prima verificare se vi è una legge scientifica secondo cui l’inoculazione del siero rende inattivo il focolaio infettivo, e con quale grado di probabilità. È quindi in ogni caso necessario fare riferimento alla statistica sanitaria; ciò tuttavia ha comportato notevoli incertezze e oscillazioni giurisprudenziali, al punto che il nesso di causalità è stato ravvisato in presenza di un 70-80% di probabilità di esito positivo della terapia omessa, o in un caso in cui le probabilità di successo erano “nell’ordine del 50%”, o, ancora, in un altro caso – che fece particolarmente scalpore – in cui si accertò che l’esatta e tempestiva opera del sanitario avrebbe evitato l’evento “con probabilità apprezzabili nella misura del 30%”. Sul punto sono finalmente intervenute le Sezioni Unite della Cassazione⁵, le quali hanno affermato che non può farsi riferimento al solo coefficiente di probabilità statistica, ma è necessario avere riguardo a tutte le caratteristiche del caso concreto, sulla base delle circostanze del fatto e dell’evidenza disponibile, così che, all’esito del ragionamento probatorio che abbia escluso l’interferenza di fattori alternativi, risulti giustificata e processualmente certa la conclusione che la condotta omissiva del medico è stata condizione necessaria dell’evento le-

sivo con “alto o elevato grado di credibilità razionale” o “probabilità logica”; di conseguenza, l’insufficienza, la contraddittorietà e l’incertezza del riscontro probatorio sulla ricostruzione del nesso causale, e quindi il ragionevole dubbio, sulla reale efficacia condizionante della condotta omissiva del medico rispetto ad altri fattori interagenti nella produzione dell’evento lesivo, comporteranno l’esito assolutorio del giudizio.

Riccardo Masera
giudice del tribunale di Tempio

NOTE

¹ V. art. 13 D.P.R. 41/1991, art. 52 D.P.R. 270/2000, art. 67 accordo collettivo nazionale 20.1.2005.

² V. ad esempio Cassazione penale, sez. IV, 13 settembre 2000, n. 9638, secondo cui “l’obbligo di protezione perdura per l’intero tempo del turno di lavoro e, laddove si tratti di un compito facilmente eseguibile nel giro di pochi secondi, non è delegabile ad altri. (Fattispecie in cui è stato escluso che fosse giustificato il comportamento di un infermiere che, in prossimità della fine del turno di lavoro, delegava un collega per eseguire l’ordine impartitogli da un medico di chiamare un altro medico, ordine facilmente e rapidamente eseguibile attraverso un citofono)”.

³ In questo senso Cassazione penale, sez. IV, 7 dicembre 2000, n. 12781, che ha ritenuto irrilevante l’assenza di un rapporto di lavoro tra un medico “esterno”, e la clinica dove era stata operata una donna. V. anche Cassazione penale, sez. IV, 6 ottobre 1999, n. 2453, secondo cui “in tema di colpa professionale del medico, il concreto e personale espletamento di attività operatoria, da parte dello specializzando comporta pur sempre l’assunzione diretta anche da parte sua della posizione di garanzia nei confronti del paziente, condivisa con quella che fa capo a chi le direttive impartisce (secondo i rispettivi ambiti di pertinenza ed incidenza), sicché anche su di lui incombe l’obbligo della osservanza delle “leges artis”, che hanno per fine la prevenzione del rischio non consentito ovvero dell’aumento del rischio, con la conseguenza che non lo esime da responsabilità la passiva acquiescenza alla direttiva data ove non si appalesa appropriata, avendo egli al contrario l’obbligo di astenersi dal direttamente operare”.

⁴ V. ad es. Cass. Pen. 29 settembre 1983, n. 7670, e Cass. Civ. 5 luglio 2004 n. 12273).

⁵ Cass. Pen., sez. un., 10 luglio 2002 n. 30328, Franzese.

Diagnostica/Nuove metodiche

La PET in oncologia: tecnologie e ripercussioni cliniche

La Tomografia ad Emissione di Positroni, alias PET si sta rivelando la tecnica di eccellenza, soprattutto in abbinamento con la Tac, per la diagnostica oncologica, particolarmente in fase di stadiazione.

L'introduzione di una nuova metodica, specie se ad alto costo, comporta una fase complessa, a volte non breve, di messa a punto delle indicazioni con conseguente necessità di revisionare linee guida e di ottimizzare le risorse. Si susseguono pertanto convegni, giornate di studio, articoli, ma è necessario che una informazione, quanto più possibile rigorosa, sia disponibile diffusamente per indurre comportamenti professionali orientati all'EBM.

Un convegno interessante si è tenuto il 1° ottobre scorso a Torino sullo spunto di un anno di attività diagnostica PET in Piemonte: "La Pet in oncologia. Ripercussioni cliniche dell'innovazione tecnologica", promosso dalla Fondazione De Benedetti - Cherasco 1547 Onlus.

Numerosi e di fama internazionale i relatori che per tutta una giornata si sono confrontati su questo attualissimo argomento.

La Tomografia ad Emissione di Positroni è una metodica di imaging funzionale estremamente utile per l'inquadramento diagnostico, prognostico e terapeutico del paziente neoplastico, ma anche per valutare la vitalità del muscolo cardiaco infartuato o per l'individuazione e diagnosi differenziale di processi dege-

nerativi cerebrali, grazie ad informazioni funzionali ottenute con l'impiego di traccianti che intervengono nei processi metabolici, marcati con isotopi radioattivi quali il Carbonio-11, l'ossigeno-15, l'azoto-13 ed il fluoro-18 a loro volta caratterizzati dall'emissione di positroni nel processo di decadimento.

Tra i numerosi traccianti che sono stati sintetizzati ed altri ancora in fase di ricerca, trovano impiego e sono disponibili sul mercato dei radiofarmaci la colina, la tiroxina, la timidina, la dopa; tuttavia per lo studio della patologia oncologica, che rappresenta oltre il 90% delle indagini PET, il desossi-glucosio marcato con il fluoro-18 [¹⁸F] (FDG) è il tracciante attualmente più in uso nei centri PET: si tratta di un analogo del glucosio che, una volta somministrato per via venosa, viene veicolato all'interno della cellula da parte degli stessi vettori del glucosio (Glut1 e Glut3), insensibili all'insulina e, come il glucosio, fosforilato a FDG-6-fosfato da una esochinasi, ma non viene ulteriormente metabolizzato lungo la catena glicolitica perchè non viene riconosciuto dalla glucosio-6-fosfato isomerasi.

Questo "inganno" metabolico determina un accumulo di [¹⁸F] FDG dentro la cellula, permettendo la visualizzazione di aree ad elevata attività metabolica mediante l'analisi PET.

L'osservazione che il tessuto neoplastico usa preferenzialmente il glucosio come substrato energetico si

deve a Warburg negli anni '30, l'interpretazione odierna si rifà ad una aumentata espressione di RNA-m per i vettori Glut1 e Glut3, nonché ad alti livelli di esochinasi ed alla retroregolazione della glucosio-6-fosfatasi.

L'analisi PET è complementare rispetto ad indagini di imaging di tipo morfologico (eco, Rx, TC, RM) consentendo una caratterizzazione metabolica di lesioni identificate e/o identificabili con tali metodiche. Accumuli focali di [18F] FDG, in corrispondenza di lesioni documentate con studi radiologici, indicano tessuti ad elevata attività metabolica per la presenza di cellule neoplastiche vitali. È quindi possibile valutare il grado di aggressività del tumore, la presenza di metastasi a distanza, l'effetto dei trattamenti chemio e radio-terapici sulla vitalità delle neoplasie, differenziare recidive neoplastiche da tessuti necrotici.

Le ormai numerosissime casistiche di studi su tomografia ad emissione di positroni con FDG hanno dimostrato che il valore diagnostico di questa metodica può raggiungere una sensibilità fino al 96% nell'identificazione di lesioni maligne.

Inoltre l'accoppiamento con un tomografo CT consente oggi una perfetta allocazione anatomica degli accumuli focali individuati con l'analisi PET e nel contempo i dati utili alla valutazione dell'assorbimento della radiazione emessa dal 18F nell'attraversare i tessuti possono essere trasmessi "on line" per la predisposizione dei trattamenti radioterapici, in particolare quelli che utilizzano le tecniche di intensità modulata.

Raccolte di studi su numeri rilevanti di pazienti indicano come il risultato dell'analisi PET abbia modificato le strategie terapeutiche dal 37 al 67% dei casi.

Nell'insieme la metodica mostra

livelli assai elevati di sensibilità, con esclusione di alcuni tipi di neoplasie come l'epatocarcinoma, il carcinoma a cellule chiare del rene, i tumori neuroendocrini, il carcinoma bronchiolo alveolare, il carcinoide, i tumori encefalici a basso grado; mentre variabili di specificità, con possibilità di falsi positivi, sono riconducibili a processi infiammatori; infine il margine di risoluzione varia tra i 4 ed i 7mm.

Nella possibilità di indurre falsi negativi va infine considerato il livello di glicemia al momento della somministrazione del tracciante, infatti valori di glicemia superiori a 150-200 mg/dl riducono la captazione di FDG per inibizione competitiva del glucosio rispetto all'FDG stesso, così da rendere necessaria la posticipazione dell'esame fino a quando non sarà ottenuto un adeguato controllo dell'assetto glicemico.

Che cosa è emerso dal Convegno?

Emilio Bombardieri – pPresidente della Associazione Italiana Medicina Nucleare e direttore della U.O. Medicina Nucleare dell'Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori di Milano - e Gianni Bisi - direttore della U.O. Medicina Nucleare delle Molinette di Torino - hanno delineato il panorama della metodica PET sia sotto il profilo tecnologico che su quello clinico. Ne è emerso un quadro di netto orientamento verso tomografi integrati PET-CT, per il vistoso "guadagno" in termini di precisione, risoluzione e accuratezza rispetto al tomografo PET convenzionale, a giustificazione anche dei notevoli incrementi di costo. Il numero di esami previsto in Italia per il 2005 dovrebbe aggirarsi attorno alle 85.000 prestazioni, a fronte delle 60.000 del 2004. Nel solo Piemonte i 5 tomografi attivi (tutti PET-CT, 3 a

Torino, 1 a Cuneo e 1 a Novara) supereranno 6.000 esami con liste di attesa attestata sui 10 giorni. Un studio integrato IRMET (Centro di diagnostica PET accreditato con il SSN e le Molinette, il primo ospedale del Piemonte e il terzo di Italia) ha delineato un panorama coerente con gli indirizzi di appropriatezza condivisi e scostamenti nell'ordine del 5%.

Le previsioni, limitatamente al comparto oncologico, sono, in Europa e USA, in prospettiva nell'ordine dei 5-6.000 esami per milione di abitanti all'anno con una capacità operativa ottimale di 2.500-3.000 esami anno per tomografo. Molto interessante e particolare è stato poi l'intervento degli israeliani Amos Breskin e Hadassa Degani, che al Weizmann Institute di Rehovot - Israele dirigono settori di ricerca nella Radiation Detection e Magnetic Resonance: i due studiosi hanno anticipato gli sviluppi "dietro l'angolo" delle metodiche di imaging: i nuovi tomografi arriveranno ad avere una sensibilità e risoluzione altissime con minime quantità di radiotraccianti, mentre la RM porterà a risultati estremamente interessanti sulla frontiera delle indagini funzionali.

Moderatore vivace e provocatore, è stato David Khayat, Presidente dell'Institute National du Cancer a Parigi, con il quale sono state analizzate le situazioni cliniche di utilizzo della metodica PET.

Si è parlato di patologie relativamente meno frequenti, come i sarcomi ed i GIST, per i quali la metodica fornisce indicazioni assai utili a giudizio di tutti coloro che si cimentano con protocolli sperimentali, ma validazioni di outcome deboli statisticamente; è risultato consolidato l'utilizzo della PET per i linfomi, in particolare in relazione alle tempistiche per valutare l'efficacia dei trattamenti intrapresi; altresì consolidato e

anzi diffuso il contributo PET, e linee guida universalmente accettate, nel campo dei tumori polmonari, ma con ulteriore risvolto verso la predisposizione di piani di trattamento radioterapici in IMRT e Tomotherapy; ancora in una fase di ricerca di sicure evidenze diagnostico-terapeutiche è invece l'utilizzo della PET nelle problematiche connesse al carcinoma della mammella.

Il Comitato Scientifico della Fondazione De Benedetti Cherasco 1547 Onlus, nel predisporre il programma dei lavori di questa giornata ha cercato di utilizzare situazioni in qualche modo esemplificative delle problematiche connesse all'utilizzo di una risorsa che rientra fra quelle definibili come tecnologicamente avanzate, ma che comportano investimenti e costi tutt'altro che trascurabili per le limitate risorse che il Sistema Paese può destinare al SSN: i costi debbono ridursi all'essenziale ed i benefici devono essere quantificabili. Proprio di ciò, a conclusione dei lavori, si è dibattuto in una tavola rotonda alla quale hanno dato vita Oscar Berretto, Emilio Bombardieri, Ivan Cavicchi, Giuseppe Russo e Roberto Zanetti: cioè un oncologo, un medico nucleare, un sociologo, un economista ed un epidemiologo.

Ci sembra così che la conclusione da trarre è che la ricerca biomedica si evolve creando spesso benefici, ma anche frequentemente illusioni e promesse non mantenute e diventa sempre più essenziale discriminare tempestivamente gli uni dalle altre.

Maurizio Mancini

Comitato Scientifico Fondazione
De Benedetti Cherasco 1547 Onlus
Medico Radiologo
Direttore Sanitario IRMET di Torino
m.mancini@irmet.com

- Per ulteriori informazioni: atti del Convegno sul sito della Fondazione: www.debenedetti1547.org.

Programma PSOCARE

Assistenza clinica e terapeutica dei pazienti affetti da psoriasi

La psoriasi è una dermatosi eritemato-squamosa ad impronta genetica multifattoriale, che richiede la presenza di fattori scatenanti per la sua estrinsecazione. Ha un andamento cronico recidivante ed è caratterizzata da una iperproliferazione e incompleta maturazione dei cheratinociti e da una flogosi dermica.

La prevalenza della psoriasi è massima nelle popolazioni scandinave e dell'Europa occidentale, meno diffusa, invece, in Sud America, Africa e Asia.

La prevalenza della psoriasi nella popolazione generale italiana è stimata pari al 2,8% con una maggiore incidenza nel sesso maschile rispetto a quello femminile. Si può dunque stimare che esistano circa 1.500.000 italiani sofferenti di psoriasi. Di questi, una proporzione stimabile nell'ordine del 10% soffre di forme severe e complicate di psoriasi (psoriasi diffusa, eritrodermica, artrite psoriasica, psoriasi pustolosa generalizzata).

Alla comparsa della psoriasi concorre una predisposizione genetica e l'influenza di svariati fattori ambientali. Relativamente ai fattori genetici, indagini condotte sugli antigeni di istocompatibilità HLA di classe I e II, hanno permesso di identificare due tipi di psoriasi: in quella di tipo I si osserva un picco di incidenza tra i 16 e i 22 anni, mentre in quella di tipo II, la malattia si manifesta intorno ai 57-70 anni.

Tra i principali fattori di rischio

non genetici che possono favorire la comparsa ed influenzare l'espressività clinica della malattia sono stati identificati in particolare gli eventi stressanti, le infezioni (soprattutto nei bambini la psoriasi compare spesso in modo eruttivo dopo episodi faringo-tonsillari), i traumi, alcuni farmaci, fattori metabolici, quali l'ipocalcemia e l'insufficienza renale grave, il fumo di sigaretta e la dieta con incremento del body mass index.

La lesione elementare caratteristica della psoriasi è rappresentata da una chiazza eritemato-squamosa, rotondeggiante, rilevata rispetto alla cute circostante, a margini netti. La psoriasi volgare in placche è la forma più comune e si presenta con chiazze multiple di varie dimensioni che si localizzano preferenzialmente in modo simmetrico sulle superfici estensorie di gomiti e ginocchia, cuoio capelluto, regione lombo-sacrale e unghie. Si possono inoltre avere altre svariate forme di psoriasi (guttata, nummularze, inversa, follicolare, universale, etc.).

L'eritrodermia psoriasica e la psoriasi pustolosa, in particolare la forma generalizzata acuta o eritrodermica rappresentano delle complicanze gravi di una psoriasi già presente o più raramente possono comparire come prima manifestazione della patologia. L'artrite psoriasica, frequentemente associata alla psoriasi volgare rappresenta una forma di artrite con fattore reumatoide negativo. Fa parte del gruppo delle spondiloartriti siero-negative. Nel

*Centri
dermatologici
universitari
e ospedalieri
per coordinare
gli interventi*

75% dei casi insorge successivamente alle manifestazioni cutanee, nel 15% prima e in circa il 10% dei casi si ha la contemporanea insorgenza delle manifestazioni.

Dal punto di vista patogenetico, la psoriasi viene considerata una malattia immuno-mediata in cui l'attivazione di linfociti T-memoria e la secrezione di citochine di tipo Th1 rappresentano eventi critici, condizionando l'iperproliferazione dei cheratinociti. Molte delle principali caratteristiche fenotipiche della psoriasi sono associate a citochine, quali IL-2, TNF-alfa, IFN-gamma, prodotte da linfociti, cellule dendritiche, monociti e cheratinociti.

Le terapie attualmente in uso per la psoriasi prevedono l'utilizzo, nelle forme lievi, di farmaci topici, come il ditranolo, i catrami, il calcipotriolo e i cortisonici, a cui può essere associata una fototerapia con IVN e PUVA. Nelle forme severe, è preferibile attuare una terapia sistemica con ciclosporina, methotrexate e retinoidi. Spesso è utile l'associazione di farmaci topici con farmaci sistemici. Tuttavia, diversi fattori limitano una evoluzione favorevole a lungo termine con le terapie attualmente disponibili, le quali mancano di una sicura efficacia nel tempo e comportano il rischio di una grave tossicità cumulativa, determinando numerosi effetti collaterali, sia locali che sistemici.

Recentemente sono comparsi sulla scena di un gruppo di farmaci con azione selettiva su specifici target nella sequenza di eventi immunologici descritti come rilevanti nella patogenesi della psoriasi, i farmaci biologici. Questi, utilizzati già da qualche anno per altre patologie, soprattutto in ambito reumatologico e nelle malattie infiammatorie intestinali, rappresentano una classe di molecole

farmacologicamente attive, prodotte, mediante tecniche del DNA ricombinante, a partire da organismi viventi, che imitano l'azione di molecole costitutive dell'organismo. Attualmente, i principali farmaci biologici, per la terapia della psoriasi, sono di tre tipi: citochine umane ricombinanti, anticorpi monoclonali e proteine di fusione, alcuni dei quali inibiscono l'attivazione dei LcT e altri bloccano l'attività di citochine proinfiammatorie e quindi la produzione di TNF-alfa. Pazienti nei quali le terapie topiche non siano state efficaci, quelli in cui le terapie sistemiche non abbiano avuto effetto o non siano tollerate, pazienti con psoriasi refrattaria o, ancora, quelli in cui la qualità della vita viene ridotta in maniera significativa, rappresentano dei casi in cui può essere doverosa la terapia con i farmaci biologici. Rimane però da sottolineare il fatto che allo stato attuale le conoscenze sul follow-up nei pazienti psoriasici è limitato nel tempo.

Al fine di migliorare l'assistenza dei pazienti con psoriasi, a livello nazionale, è stato creato un programma, denominato PSOCARE, che si prefigge, attraverso i centri dermatologici universitari o ospedalieri che ne fanno parte, individuati a livello nazionale e riconosciuti con delibera regionale, di articolare l'assistenza, armonizzare interventi educativi, valutare i profili di cura e identificare i fattori che inducono alla prescrizione di una terapia sistemica.

È compito di tali centri segnalare gli esiti a lungo termine dei vari trattamenti sistemici, con stima dei benefici e rischi delle diverse opzioni terapeutiche e la valutazione dei fattori prognostici relativa alla risposta al trattamento. È evidente che l'attuazione di tale programma richiede una attiva collaborazione da parte dei

medici di medicina generale, che riguarda in particolare l'informazione del paziente, per evitare false aspettative o richieste di terapie sistemiche non motivate e invece l'identificazione dei pazienti che necessitano di tali terapie.

Sarà compito del centro specialistico di riferimento locale assicurare adeguata informazione e collaborazione con i medici di medicina generale.

I centri PSOCARE nazionali sono collegati attraverso una rete computerizzata che permette la raccolta dati on-line, la cui analisi permetterà di caratterizzare gli esiti a lungo termine dei vari trattamenti sistemici, stimandone rischi e benefici, oltre ad una migliore e specifica assistenza

per i pazienti. Infatti ogni centro PSOCARE è dotato di un ambulatorio dedicato per la psoriasi che garantisce continuità assistenziale, presenza di apparecchiature specifiche per fototerapia e fotochemioterapia e solo questi centri sono autorizzati alla prescrizione, con piano terapeutico, dei farmaci biologici.

Per la Sardegna, la Regione con Determinazione n. 1500 del 11/10/2005 ha individuato CENTRI PSOCARE: la clinica dermatologica dell'Università di Cagliari (direttore professor N. Aste), la clinica dermatologica dell'Università di Sassari (direttore professoressa F. Cottoni) e la divisione di dermatologia dell'ospedale di Nuoro (primario dottor G. Guiso).

RUOLO DI TUTOR E RICONOSCIMENTO CREDITI ECM

Nel corso della riunione del 24 novembre 2005, la Commissione Nazionale per la Formazione Continua ha esaminato, su proposta della FNOMCEO, il problema del tutoraggio per i giovani laureati in Medicina e Chirurgia che svolgono il tirocinio ai fini dell'esame di abilitazione professionale, nonché per i medici che seguono il corso di formazione specifica in Medicina Generale. La commissione ha riconosciuto l'importanza dell'impegno di lavoro e di aggiornamento continuo del medico tutor, finalizzato ad un'adeguata competenza per l'espletamento di tale ruolo. Dopo una breve discussione, nella quale è stata evidenziata l'obbligatorietà della partecipazione ai tirocini per molte professioni sanitarie, è stato approvato il riconoscimento dei crediti formativi ai medici che operano nei corsi di formazione in Medicina Generale e ai docenti tutor che ospitano i colleghi in formazione, nella misura della metà dei crediti previsti per l'anno di riferimento, nel caso in cui il periodo di impegno, in qualità di tutor, sia uguale o superiore a sei mesi. In tutti gli altri casi, potranno essere riconosciuti i crediti formativi in proporzione al periodo di impegno, applicando, ove necessario, l'arrotondamento del numero dei crediti per eccesso.

L'attestazione deve essere concessa dall'Ordine o dal Collegio di riferimento previa dichiarazione di svolgimento dell'attività effettuata, rilasciata dall'Università presso la quale il giovane laureato è iscritto o ha seguito il corso di formazione.

Indicazioni per i medici di medicina di base

Rilascio del certificato di idoneità per la guida dei ciclomotori

Le presenti linee guida sono state elaborate dal gruppo tecnico istituito presso il ministero della Salute, direzione generale della prevenzione, con decreto dirigenziale del 18.10.2005.

Il decreto legge 30 giugno 2005, n.115 convertito in legge il 17 agosto 2005 n. 168 ha previsto l'obbligo del conseguimento del certificato di idoneità alla guida di ciclomotori anche per i maggiorenni non titolari di patente di guida.

Nella fase di prima applicazione è stato previsto un periodo, fino al 1° gennaio 2008, di deroga dall'obbligo di produzione della certificazione medica per l'accertamento dei requisiti psicofisici prescritti per il rilascio della patente A, compresa quella speciale, da parte dei medici pubblici individuati dal comma 2, art 119 del Codice della Strada su prescritto modello in bollo.

Per tale periodo di deroga, riguardante veicoli di massa e velocità limitata, a garanzia di una generale tutela della pubblica incolumità e sicurezza dei cittadini, è prevista l'acquisizione da parte dei competenti uffici della Motorizzazione Civile di una certificazione sanitaria, che attesti l'assenza di condizioni psicofisiche tali da risultare di per sé, in maniera assoluta, ostative all'utilizzo del ciclomotore.

Il sanitario che svolge funzioni di medico di medicina generale del SSN, in ragione della diretta personale conoscenza delle condizioni anamnestiche e cliniche dei propri

assistiti, è stato individuato quale sanitario idoneo a poter certificare l'assenza di condizioni ostative in via di principio all'uso del ciclomotore.

Al fine di facilitare l'attività di certificazione da parte dei medici di medicina generale, sono state elaborate le seguenti linee guida.

Il medico di medicina generale, nel rilasciare la certificazione dovrà tener conto delle seguenti condizioni:

1. Limitare il rilascio dei certificati ai propri assistiti in ragione dei presupposti della conoscenza diretta delle condizioni anamnestiche e cliniche dei richiedenti
2. Costatare l'assenza di condizioni morbose che escludono in via assoluta la possibilità di rilascio di certificato di idoneità alla guida secondo le previsioni del Codice della Strada.

Pertanto, al fine di poter certificare l'assenza di condizioni psicofisiche di principio non ostative all'uso del ciclomotore, sulla base della sola visita medica e delle informazioni anamnestiche raccolte, il medico di medicina generale dovrà poter escludere la presenza delle seguenti condizioni:

- presenza di deficit visivi ed uditivi, tali da risultare incompatibili con una guida sicura, comportando grave ipovisione o grave ipoacusia non correggibile
- presenza di affezioni cardiovascolari che, in relazione ai rischi e pericoli addizionali connessi alla guida di ciclomotori, risultino per

*Deroga fino al 1°
gennaio 2008
per i veicoli
a velocità
limitata.
Modelli
e schemi
esemplificativi*



la loro gravità incompatibili con la guida in sicurezza di tali mezzi

- presenza di complicazioni diabetiche oculari, nervose o cardiovascolari, di entità tale da pregiudicare la sicurezza della circolazione
- presenza di gravi malattie endocrine di entità tale da compromettere la sicurezza della guida
- presenza di postumi invalidanti di traumatismi del sistema nervoso centrale o periferico, di malattie del sistema nervoso centrale e periferico quali: encefalite, sclerosi multipla, miastenia grave o malattie del sistema nervoso, associate ad atrofia muscolare e/o a disturbi miotonici, se in stato avanzato e con funzione degli arti compromessa in maniera tale da pregiudicare la sicurezza della guida impedendo l'uso dei comandi del mezzo
- presenza di epilessia che abbia dato luogo a crisi comiziali nell'ultimo biennio
- presenza di malattie psichiche con turbe psichiche in atto, ritardo mentale grave, psicosi o turbe

della personalità quando tali condizioni non siano compatibili con la sicurezza della guida

- sussistenza di stati attuali di dipendenza da alcol, stupefacenti o sostanze psicotrope o da altre sostanze capaci di compromettere l'idoneità alla guida
- presenza di gravi malattie del sangue, di gravità tale da risultare incompatibili con la guida in sicurezza
- presenza di insufficienza renale grave non positivamente corretta a seguito di trattamento dialitico o di trapianto.

Qualora, a seguito di visita medica e dei dati anamnestici raccolti, venga riscontrata la presenza delle sopra richiamate condizioni non potrà essere espresso un giudizio positivo di idoneità alla guida, rientrando le stesse tra le condizioni invalidanti di esclusione previste dal Codice della Strada, (ex appendice II articolo 320 del regolamento attuativo D.P.R. n. 495/92).

Nel certificato dovrà essere riportato l'eventuale valutazione di non idoneità, sotto il profilo del pregiudizio per la sicurezza nella guida dei ciclomotori, al fine di consentire, nell'ambito delle condizioni generali di garanzia previste dal Codice della Strada, la possibilità di ricorso alla Commissione medica provinciale per la revisione del giudizio.

Al solo fine pratico per il medico, quale utile supporto facoltativo per facilitare il rilascio del certificato, è stato predisposto il seguente modello di scheda anamnestica, la cui compilazione e tenuta è da ritenere facoltativa, (**allegato 1**).

In via puramente indicativa e con le medesime finalità sopra specificate, viene proposto l'allegato schema di certificazione quale utile modello di riferimento (**allegato 2**).

Allegato 1 - SCHEDA ANMNESTICA

Nome Cognome

Deficit visivo

- assente presente
 compatibile con la guida incompatibile con la guida

Deficit uditivo

- assente presente
 compatibile con la guida incompatibile con la guida

Affezioni cardiovascolari

- assenti presenti
 compatibili con la guida incompatibili con la guida

Complicanze del diabete

- assenti presenti
 compatibili con la guida incompatibili con la guida

Malattie endocrine

- assenti presenti
 compatibili con la guida incompatibili con la guida

Malattie del sistema nervoso

- assenti presenti
 compatibili con la guida incompatibili con la guida

Efficienza degli arti compatibile/non compatibile con l'uso dei comandi del veicolo Epilessia

- assente presente
 compatibile con la guida incompatibile con la guida

Malattie psichiche

- assenti presenti
 compatibili con la guida incompatibili con la guida

Malattie del sangue

- assenti presenti
 compatibili con la guida incompatibili con la guida

Assunzione di sostanze psicoattive

- assente presente

DICHIARAZIONE DEL RICHIEDENTE

Dichiaro sotto la mia personale responsabilità di aver fornito tutte le informazioni in mia conoscenza utili a definire il mio stato di salute, in particolare dichiaro di non fare abuso di alcolici, di sostanze stupefacenti o psicotrope e di non aver avuto crisi epilettiche negli ultimi due anni.

Data

Firma del richiedente o di chi ne esercita la patria potestà

Allegato 2

CERTIFICO CHE

Nome Cognome

Nato a

Il

Sulla base delle risultanze anamnestico-cliniche, secondo le linee guida predisposte dal Ministero della Salute, in possesso delle condizioni psicofisiche di principio non ostative all'uso del ciclomotore

OVVERO

Presenta un quadro clinico anamnestico tale da non consentire al medico di famiglia di esprimere giudizio di idoneità sulla base delle linee guida predisposte dal Ministero della Salute.

Resta salva la possibilità di chiedere la revisione del giudizio secondo la vigente normativa, alla Commissione Provinciale Patenti Speciali.

(Cassare la condizione esclusa)

DICHIARAZIONE DEL RICHIEDENTE

Dichiaro sotto la mia personale responsabilità di aver fornito tutte le informazioni in mia conoscenza utili a definire il mio stato di salute, in particolare dichiaro di non fare abuso di alcolici, di sostanze stupefacenti o psicotrope e di non aver avuto crisi epilettiche negli ultimi due anni.

Data

Firma del richiedente o di chi ne esercita la patria potestà

Luogo e data

Firma e timbro

Subito numerose adesioni

Nasce la sezione sassarese AMCI (Associazione medici cattolici)

Contribuire alla formazione permanente dei medici in ambito spirituale, etico e morale in particolare su temi scientifici e professionali; promuovere gli studi di etica in medicina nell'adesione al magistero della Chiesa; favorire l'evangelizzazione del mondo sanitario per la realizzazione di una autentica comunità che testimoni i valori cristiani della vita; favorire lo sviluppo delle popolazioni più bisognose attraverso interventi di carattere sanitario.

Sono solo alcune delle numerose finalità dell'AMCI (Associazione Medici Cattolici Italiani), nata a Roma nel 1944 e attiva su tutto il territorio nazionale.

L'AMCI è presente da alcuni mesi anche a Sassari, dove ha trovato fin da subito una convinta adesione da parte di numerosi medici, di età e competenze diverse.

È bello registrare la presenza di un discreto numero di giovani, desiderosi di testimoniare la loro fede nel nuovo cammino al servizio dell'ammalato.

Nell'arco di soli due mesi di vita, la nascente sezione turritana può annoverare già due momenti importanti: la Santa Messa celebrata nella chiesa di San Giuseppe il giorno della festa di San Luca e la conferenza dal titolo "Divinum opus sedare dolorem: il medico cristiano davanti al mistero della sofferenza", svoltasi lo scorso 2 dicembre presso l'auditorium del seminario.

All'incontro del 2 dicembre, che ha registrato una buona partecipa-

zione di pubblico, hanno preso parte l'arcivescovo di Sassari monsignor Paolo Atzei, che ha avuto parole di soddisfazione e incoraggiamento per la nascente sezione, il presidente dell'Ordine dottor Agostino Sussarellu e il presidente regionale AMCI dottor Giuseppe Sirca.

Le tre relazioni che hanno dato vita all'incontro sono state svolte da don Salvatore Angelo Chessa (assistente regionale AMCI), che ha approfondito il tema del senso cristiano del dolore; dal dottor Mario Oppes (medico e docente di Bioetica presso il corso di specializzazione in medicina generale) che ha riflettuto sul rapporto tra medico cristiano e paziente sofferente e dal dottor Salvatore Pisu (medico e docente di bioetica all'università degli studi di Cagliari) che ha parlato di cure palliative.

Nel corso dell'incontro è stato letto un messaggio di monsignor Dionigi Tettamanzi, arcivescovo di Milano e assistente nazionale AMCI, nel quale il cardinale benedice la nascita della sezione sassarese e assicura la sua vicinanza nella preghiera.

Con queste premesse così incoraggianti e la presenza di numerosi simpatizzanti, credo che la nostra sezione turritana potrà da subito iniziare a lavorare nel campo della pastorale sanitaria, promuovendo nel contempo la formazione del medico attraverso studi, incontri, convegni tesi alla "umanizzazione" della medicina e alla cultura della vita, ispi-

*Fra gli obiettivi
l'"umanizzazione
della medicina
e della cultura
della vita*

randosi al magistero della Chiesa Cattolica.

La sezione di Sassari, come ha affermato il Presidente regionale nel suo intervento il 2 dicembre, ha grandi potenzialità e le carte in regola per diventare la sede-guida in Sardegna. Ringrazio il presidente Sussarellu per il suo sostegno e per l'affetto

con cui ha accolto la nostra nuova realtà e invito tutti i colleghi interessati a contattare la direzione dell'AMCI al numero 333.5974696 o all'indirizzo di posta elettronica: amcisassari@tiscali.it.

Benedetto Arru
Presidente incaricato
Sezione AMCI Sassari

Esercizio della professione

Corso di tutor valutatori per l'esame di abilitazione

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari al fine di ampliare gli elenchi di tutor valutatori da impiegare nel tirocinio pratico valutativo parte integrante dell'esame di abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo ha organizzato un nuovo corso di formazione per tutor valutatori medici di assistenza primaria, medici di unità operativa di medicina e medici di unità operativa di chirurgia.

Tale corso si terrà il 18 marzo 2006 nella sala conferenze dell'Ordine alle ore 10.00.

Tutti i medici chirurghi interessati al corso di formazione per tutor valutatori dovranno presentare la domanda di ammissione, compilata su appositi modelli, all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Sassari.

Moduli di domanda e maggiori informazioni allo sportello dell'Ordine.

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 dei titoli di studio: diploma di specializzazione, diploma di formazione specifica in medicina generale.

Si ricorda che è possibile avvalersi dell'autocertificazione per comunicare il conseguimento dei suddetti titoli.

Idee sulla professione

Il futuro dell'Ordine

(se l'Ordine ha un futuro...)

Un altro triennio ordinistico volge al termine e aumentano le difficoltà della medicina e le ostilità verso mondo delle professioni. È inutile riproporre i motivi sociali, valoriali e storici della crisi della medicina. La tecnologia avanza e provoca problemi etici, vantaggi, svantaggi e incomprensioni, tra illusioni salvifiche e speranze deluse. Dove è il vecchio caro malato di una volta? È divenuto un cittadino fiducioso e, nello stesso tempo, diffidente, autonomo e conflittuale, un “consumerista” sempre inappagato. In pochi decenni la medicina è passata dalla dimensione del villaggio ai fasti della globalizzazione. La crisi della professione è sotto gli occhi di tutti insieme alle difficoltà delle organizzazioni professionali a darvi risposta, nonostante l’invenzione del servizio sanitario che è anche una sorta di materasso che attenua le ammacature della professione.

In questo quadro gli Ordini hanno ancora un ruolo? Finché non se ne saranno individuati i compiti peculiari e non ne saranno convinti politici e società, non sarà facile modificare la legislazione professionale. Arduo spiegare a impiegati della posta, camionisti o giocatori di pallone che gli Ordini sono un cardine delle società civili. Altresì bisogna inventare un programma, presentarlo e difenderlo. Un programma essenziale. Inutile porsi problemi di tariffa o di pubblicità, che gli Ordini non controlleranno mai neppure disporrebbero della FBI, o svenarsi in querel-

les a “difesa della categoria” che non giustificano l’esistenza degli Ordini, i quali non sono aboliti – restano così come sono, innocui – per mera abitudine, una pura formalità per consultazioni di cortesia.

Ma perché gli Ordini sono necessari? Perché nessun codice civile o penale potrà supplire quello deontologico, che non può che nascere autonomamente nella categoria, rispettato perché indipendente e libero. La fiducia del paziente nel medico ne presuppone la deontologia, senza la quale nessuno si spoglierebbe, il corpo e l’anima, di fronte a un’altra persona. Altresì è decisivo il ruolo del medico come garante dell’equilibrio tra efficacia e efficienza delle cure, tra esigenze del malato e uso equo delle risorse. Ma la deontologia come la si può mettere in pratica? Occorrono modifiche legislative; il programma dell’Ordine deve offrire vantaggi alla società, essere credibile sia il programma sia chi lo presenta, altrimenti è destinato a fallire e il futuro della professione sarà determinato da altri. Al contrario della canzone di Bennato “parleranno tutti quanti, dotti, medici e sapienti”, i medici saranno esclusi dal gran discorso sulla medicina, aperto in tutto il mondo civile.

A mio avviso vi sono tre linee di indirizzo.

– La riconquista del potere disciplinare: concentrare tutte le forze perché, come in altri paesi, di ogni incriminazione di un medico giunga notizia all’Ordine, unico

*Deontologia,
formazione,
autonomia
e indipendenza
i cardini
di una riforma
necessaria*

giudice dei medici per qualsiasi infrazione compiuta nel sistema assistenziale sia pubblico che privato. Ovviamente dovrebbero valere solo le sanzioni irrogate dall'Ordine, escluse le azioni civili o penali.

Il rito dovrebbe essere riscritto ad hoc, con tutte le garanzie e prevedendo la pubblicità della sanzione. È chiaro che occorre una legge.

- La formazione: ormai ogni Regione ha organizzato un proprio sistema formativo. Allora quale ruolo per gli Ordini? Quello di una sorta di "lobby regolatoria". A) Una conferenza nazionale sulla pedagogia medica per porre una questione radicale: quale medico per il futuro? B) un "patto per la formazione" tra Stato/Regioni, Università e Ordini per decidere, in sede nazionale e regionale, programmi, aderenza della formazione al professo produttivo del servizio, selezione dei docenti e delle sedi didattiche, valore dei titoli, insomma rendere coerente la formazione curricolare. C) Definire le regole della trasparenza, sulla base di un "codice del conflitto di interesse" annesso al Codice Deontologico. D) Abolire l'attuale ECM per addivenire a forme credibili di monitoraggio periodico della competenza e della capacità dei professionisti.
- Problema della *mapractice*: anche in questo caso proporre un provvedimento legislativo (tipo "Patient safety and quality improvement act" - legge Jeffords - approvata dal Senato USA l'03,05) che preveda la riservatezza dell'audit e di ogni altra forma di revisione casistica, gli incentivi per la segnalazione degli errori e l'adozione dell'arbitrato in ogni controversia, escluso il diritto di ricorrere al giudice.

Infine rivedere il Codice Deontologico, approfondendo, mediante inchieste tra i medici, alcune questioni:

- a - come un dirigente d'azienda o a questo assimilato possa essere obbligato alla deontologia,
- b - le problematiche di fine vita,
- c - le cellule staminali embrionali e la clonazione terapeutica,
- d - la procreazione assistita eterologa,
- e - le medicine non convenzionali.

Tuttavia non possiamo prescindere dal ruolo svolto dalle Regioni nelle decisioni inerenti la sanità e, conseguentemente, nell'esercizio professionale. Ignorare ciò significa rinunciare a esercitare una concreta tutela della professione, per arroccarsi in un desolante rapporto univoco con un Ministero senza poteri incisivi. Gli Ordini provinciali debbono obbligatoriamente riunirsi, sotto l'egida della FNOMCeO, in Federazioni Regionali con proprio statuto e bilancio. Spetta alla FNOMCeO:

- il compito di coordinamento, di ricognizione e di indirizzo sulle Federazioni Regionali,
- il rapporto continuativo con la Conferenza Stato Regioni,
- il supporto alle Federazioni Regionali nei confronti delle Regioni, nella formazione, nella nomina di esperti, nella istituzionalizzazione di organismi di consultazione permanente.

La FNOMCeO insomma deve delegare molti dei suoi attuali (e futuri) compiti alle Federazioni Regionali.

Insomma occorre riequilibrare il potere decisionale tra medici e amministratori.

I medici "contavano" al letto del malato perché le cure erano poco costose e la scelta di farle dipendeva dalla tasca di ognuno. Il limite era esterno al medico che ci metteva l'afflato morale. Adesso le sofisticatissime tecnologie costano enorme-

mente e soltanto un terzo pagante ne può sostenere l'onere. Per cui il cut off delle scelte del medico è interno al sistema, mediante il controllo budgetario.

Il medico "conta" di meno e avverte con fastidio il condizionamento economicistico.

I medici altresì non hanno mai esercitato alcun potere nelle scelte della sanità. Folco Portinari, quando progettava Santa Maria Nuova, non chiese il parere ai medici più di quanto abbiano fatto ora i politici per ricostruire Careggi. Chi paga decide e i medici non hanno mai finanziato la sanità. È soltanto da pochi decenni che esistono organizzazioni sanitarie autonome. Il Ministero della Sanità nasce nel secolo scorso, fino ad allora la sanità era (e storicamente è sempre stata) affare di polizia; comandavano sindaci, prefetti o direttori degli enti mutualistici. Oggi che la sanità risponde maggiormente ai criteri dell'etica medica e della scienza moderna sono convinto che i medici possono "contare" di più, al

contrario di quel che pensa chi si abbandona a fallaci reminiscenze.

La Carta della professionalità medica sostiene che i medici debbono collaborare alla realizzazione di una assistenza universale e uguale; quindi conservare le radici ippocratiche dell'indipendenza professionale nell'interesse della gente, per innestare sui valori della società contemporanea.

È utile una conferenza nazionale sul governo clinico, purché liberi da ipoteche fallaci di meri equilibri di potere, per proporre, invece, la creazione di un clima culturale condiviso tra politici, cittadini e medici.

In conclusione, volendomi concentrare soltanto sui problemi della mia Regione, spero che il Consiglio Nazionale si proponga pochi obiettivi ma tali da rendere potere agli Ordini e autonomia ai medici, prima che sia troppo tardi e i medici, per quanto stimati, perdano la loro indipendenza, del che i malati avranno per primi a dolersi.

Antonio Panti

ORARIO DI RICEVIMENTO DEL CONSULENTE LEGALE DELL'ORDINE

Tutti i martedì pomeriggio presso la sede dell'Ordine, previo appuntamento da fissare telefonando al numero 079/234430, gli iscritti possono usufruire di un servizio di consulenza legale.

Aifa/Inserita la lovastatina

I farmaci utilizzabili nella terapia delle dislipidemie familiari

L'AIFA sostituisce la sua precedente determinazione del 27.10.05, con la quale aveva modificato la nota 13 e 79. Viene modificata ulteriormente la nota 13 (la 79 non ha subito variazioni). Inserita la lovastatina tra i farmaci utilizzabili nella terapia delle dislipidemie familiari e dell'ipercolesterolemia non corretta dalla sola dieta; l'associazione simvastatina + ezetimibe può essere utilizzata (sempre su diagnosi e piano terapeutico) anche nell'ipercolesterolemia non corretta dalla sola dieta.

NOTA 13

La prescrizione a carico del SSN è limitata ai pazienti affetti da:

– dislipidemie familiari:

bezafibrato, fenofibrato, gemfibrozil, simfibrato;

atorvastatina, fluvastatina, lovastatina, pravastatina, rosuvastatina, simvastatina, simvastatina + ezetimibe;
omega 3-estere.

– ipercolesterolemia non corretta dalla sola dieta:

– in soggetti a rischio elevato di un primo evento cardiovascolare maggiore (rischio a 10 anni $\geq 20\%$ in base alle Carte di Rischio del Progetto Cuore dell'Istituto Superiore di Sanità) (prevenzione primaria);

– in soggetti con coronaropatia documentata o pregresso ictus o arteriopatia obliterante periferica o progresso infarto o diabete (prevenzione secondaria);

atorvastatina, fluvastatina, lovastatina, pravastatina, rosuvastatina, simvastatina, simvastatina + ezetimibe;

– in soggetti con pregresso infarto del miocardio (prevenzione secondaria);
omega-3-estere

Limitatamente all'utilizzazione degli alti dosaggi di atorvastatina (40 mg) e di rosuvastatina (40 mg) e delle associazioni di simvasta-

Ipolipemizzanti:

Fibrati:

- bezafibrato
- fenofibrato
- gemfibrozil

Statine:

- atorvastatina
- fluvastatina
- pravastatina
- rosuvastatina
- simvastatina
- simvastatina + ezetimibe

Altri ipolipemizzanti ed ipotrigliceridizzanti:

- omega-3-estere

*Modificate
ulteriormente
le note
sulle
prescrizioni*

tina + ezetimibe, la prescrizione e la rimborsabilità sono consentite, solo su diagnosi e piano terapeutico di strutture specialistiche delle Aziende Sanitarie, allo scopo di una più adeguata valutazione della tollerabilità e del profilo di beneficio-rischio.

L'uso dei farmaci ipolipemizzanti deve essere continuativo e non occasionale. Lo stesso, comunque, va inserito in un contesto più generale di controllo degli stili di vita (alimentazione, fumo, attività fisica, etc.).

La strategia terapeutica (incluso l'impiego delle statine) va definita in base alla valutazione del rischio cardiovascolare globale e non di ogni singolo fattore di rischio, facendo riferimento alle Carte di Rischio Cardiovascolare elaborate dall'Istituto Superiore di Sanità all'interno del Progetto Cuore (www.cuore.iss.it).

Le Carte del Rischio dell'ISS saranno sottoposte a continua verifica ed aggiornamento e sono collegate con un progetto di ricerca denominato RACE (Rischio Assoluto Cardiovascolare-Epidemiologia) promosso dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) in collaborazione con il Ministero della Salute e le Regioni per verificare nella pratica assistenziale della Medicina Generale la trasferibilità, l'applicabilità, i carichi assistenziali e gli esiti della prevenzione cardiovascolare primaria e secondaria.

Il riferimento all'età di 69 anni nelle Carte del Rischio, si deve intendere 69 anni e oltre; per i nuovi trattamenti nei soggetti con più di 69 anni il medico valuta e definisce le condizioni ed i fattori di rischio giustificativi dell'impiego delle statine.

Motivazioni e criteri applicativi

Dislipidemie familiari

Le dislipidemie familiari sono malattie su base genetica a carattere autosomico (recessivo, dominante o co-dominante a seconda della malattia) caratterizzate da elevati livelli di alcune frazioni lipidiche del sangue e da una grave e precoce insorgenza di malattia coronaria. Le dislipidemie sono state finora distinte secondo la

classificazione di Frederickson, basata sull'individuazione delle frazioni lipoproteiche aumentate.

Più recentemente è stata proposta una classificazione basata sull'eziologia molecolare e sulla patofisiologia delle alterazioni lipoproteiche (chilomicronemia, disbetalipoproteinemia, iperlipemia combinata, ipertrigliceridemia, carenza della lipasi epatica, ipercolesterolemia, difetto di ApoB100).

La rarità di alcune di queste

forme, la complessità della classificazione e dell'inquadramento genetico e l'elevato rischio di eventi cardiovascolari precoci suggeriscono di fare riferimento a centri specializzati cui indirizzare i pazienti ai quali viene formulata un'ipotesi diagnostica di dislipidemia familiare. Per i pazienti con diagnosi accertata di dislipidemia familiare tutti i farmaci ipolipemizzanti sono in fascia A.

Ipercolesterolemia non corretta dalla sola dieta in soggetti a rischio elevato di un primo evento cardiovascolare maggiore (rischio a 10 anni $\geq 20\%$ in base alle carte di rischio del Progetto Cuore dell'Istituto Superiore di Sanità).

Nelle malattie cardiovascolari non è individuabile una causa unica. Sono noti diversi fattori che aumentano nella persona il rischio di sviluppare la malattia e predispongono l'organismo ad ammalarsi. I più importanti sono: abitudine al fumo di sigaretta, diabete, valori elevati della colesterolemia, ipertensione arteriosa, età e sesso e, inoltre, la scarsa attività fisica, l'obesità e la familiarità alla malattia.

L'entità del rischio che ogni persona ha di sviluppare la malattia dipende dalla combinazione dei fattori di rischio o meglio dalla combinazione dei loro livelli.

Vengono considerati a rischio elevato i soggetti che, in base alla com-

binazione dei 6 principali fattori (età, sesso, diabete, fumo, valori di pressione arteriosa e di colesterolemia), abbiano un rischio uguale o maggiore del 20% di sviluppare un evento cardiovascolare nei successivi 10 anni. Tale rischio può essere stimato utilizzando la carta del rischio cardiovascolare nei successivi 10 anni. Tale rischio può essere stimato utilizzando la carta del rischio cardiovascolare nei successivi 10 anni. Tale rischio può essere stimato utilizzando la carta del rischio cardiovascolare elaborata dall'Istituto Superiore di Sanità (Progetto Cuore, www.cuore.iss.it). Starà al giudizio del medico modulare verso il basso la stima del rischio nei pazienti ipercolesterolemici nei quali è già in atto un controllo farmacologico o non farmacologico di altri fattori di rischio (obesità, ipertensione, diabete). In tali casi, il medico potrà decidere quale o quali trattamenti farmacologici privilegiare, anche in base ai livelli dei diversi fattori considerati, non essendo proponibile assumere medicine per ognuno di essi.

Solo per tre molecole (pravastatina, simvastatina e lovastatina) è stato dimostrato che la riduzione dell'ipercolesterolemia è associata alla riduzione dell'incidenza di eventi coronarici. Per le restanti molecole si dispone solo dell'end-point surrogato della riduzione del colesterolo.

NOTA 79

La prescrizione a carico del SSN per il trattamento delle lesioni osteoporotiche è limitata alle seguenti condizioni:

Bifosfonati:

- ac. alendronico
- ac. risedronico
- raloxifene
- ranelato di stronzio

- profilassi secondaria di fratture osteoporotiche in donne in post-menopausa con pregresse fratture vertebrali (riduzione 4 mm o più (15%) dell'altezza globale del corpo vertebrale) o del femore non dovute a traumi efficienti: ac. alendronico, ac. risedronico, raloxifene; nelle donne che non tollerano il trattamento con bifosfonati o in cui il trattamento con bifosfonati è controindicato:

anelato di stronzio;

– profilassi secondaria di fratture osteoporotiche in uomini con pregresse fratture vertebrali (riduzione 4 mm o più (15%) dell'altezza globale del corpo vertebrale) o del femore non dovute a traumi efficienti:

ac. alendronico;

– profilassi secondaria di fratture osteoporotiche in donne o uomini in trattamento da almeno 3 mesi con dosi > 5 mg/die di prednisone o dosi equivalenti di altri corticosteroidi, con pregresse fratture vertebrali (riduzione 4 mm o più (15%) dell'altezza globale del corpo vertebrale) o del femore non dovute a traumi efficienti:

ac. alendronico, ac. risedronico;

– profilassi primaria di fratture osteoporotiche in donne in menopausa o uomini di età > 50 aa in trattamento da almeno 3 mesi con dosi > 5 mg/die di prednisone o dosi equivalenti di altri corticosteroidi:

ac. alendronico, ac. risedronico.

In tutte le indicazioni è raccomandata la somministrazione associata di calcio e vitamina D. Va, inoltre, sottolineata la necessità di effettuare un adeguato esercizio fisico e di modificare le condizioni ambientali ed individuali favorevoli i traumi per la prevenzione delle fratture. Non deve essere dimenticato, infine, che tutti e tre i principi attivi non sono privi di effetti collaterali anche gravi, dei quali bisogna tenere conto nella valutazione complessiva della terapia.

La prescrizione dei bifosfonati e raloxifene non è rimborsata dal SSN per altre indicazioni autorizzate.

Motivazioni e criteri applicativi

– *Profilassi secondaria di fratture osteoporotiche in donne in post-menopausa.*

Per ognuno dei tre farmaci è documentata l'efficacia nel ridurre l'incidenza di fratture post-menopausali (1-8). L'entità di questo effetto, espressa nel numero di donne da trattare per 3 anni per evitare una frattura vertebrale (*Number Needed to*

Treat, NNT), è compresa fra 10 e 20; l'effetto è più modesto per le fratture non vertebrali e per quelle del femore. L'utilità di questi farmaci per la prevenzione di fratture in donne con osteoporosi ma senza fratture pregresse è fortemente limitata dalla minore frequenza di fratture (*NNT* ~ 100) e dalle riserve sull'accuratezza della densitometria minerale ossea come singolo indicatore del rischio di fratture (9-11).

Va ricordato inoltre che per la prevenzione delle fratture, e particolarmente quelle del femore, sono necessari anche provvedimenti non farmacologici, come l'esercizio fisico, un ambiente che minimizzi il rischio di traumi (12, 13) ed un adeguato apporto dietetico di calcio e vitamina D.

– *Profilassi secondaria di fratture osteoporotiche in uomini.*

L'efficacia è stata valutata in un trial controllato e randomizzato per il solo alendronato (14), al quale pertanto si riferisce la nota.

Il numero dei pazienti del trial (241) non era calcolato per valutare gli effetti del trattamento sulle fratture osteoporotiche. L'efficacia per la prevenzione delle fratture è quindi in parte surrogata dai dati sulla massa ossea.

– *Profilassi secondaria di fratture osteoporotiche in donne o uomini trattati per più di 3 mesi con più di 5 mg/die di prednisone.*

Effetti favorevoli dei bifosfonati sulla densità minerale ossea sono stati inoltre rilevati in più trial randomizzati.

L'efficacia per la prevenzione delle fratture vertebrali (ma non delle fratture non vertebrali) è stata dimostrata in un trial randomizzato per il risedronato (15) e, più recentemente, per l'alendronato (16), mentre un trial con etidronato (17) aveva ottenuto una riduzione di fratture statisticamente non significativa.

In questi e in altri studi, l'esposizione ai corticosteroidi, che induce il rischio di osteoporosi clinicamente significativa e di conseguenti fratture osteoporotiche, è generalmente stimata in 7,5 mg/die o più di prednisone o equivalenti per 6 o più mesi. È importante l'osservazione che gli effetti favorevoli dei bifosfonati sulle

fratture e sulla densità minerale ossea sono più evidenti nelle donne in postmenopausa.

Mentre alendronato e risedronato appartengono entrambi alla classe dei bifosfonati, il raloxifene è un modulatore dei recettori estrogenici. Esso associa agli effetti sull'osso quello di ridurre fattori aterogeni come il colesterolo e le lipoproteine LDL (4-6); non è ancora noto se quest'effetto su indicatori biochimici si traduca in una riduzione di eventi cardiovascolari (infarto del miocardio, altri).

I tre farmaci della nota non sono privi di effetti indesiderati: l'alendronato può causare o accentuare esofagite (18, 19) particolarmente in donne con reflusso gastro-esofageo o alterata motilità esofagea o che assumono FANS o che sono incapaci di seguire le raccomandazioni del foglietto illustrativo (compressa presa a digiuno con abbondante acqua, posizione eretta o seduta per almeno trenta minuti).

Secondo i dati riportati in alcuni piccoli trial pubblicati in abstract e un trial comparativo su 515 donne (20), il risedronato risulterebbe meglio tollerato.

È tuttavia necessario tener presente che i danni esofagei da alendronato non emergono dai trial, ma dalla più estesa e meno controllata esperienza post-commercializzazione.

Gli effetti indesiderati del raloxifene sono correlati al suo meccanismo d'azione: effetti minori sono le vampate di calore, crampi alle gambe, edema periferico.

L'effetto indesiderato più serio, peraltro comune agli estrogeni, è rappresentato dall'incidenza di tromboembolia venosa, che era dell'1% nelle donne trattate e dello 0,3% nelle donne che ricevevano un placebo (4,5).

AIFA/Modalità di prescrizione

Programma di prevenzione del rischio teratogeno

Con Determinazione dell'Agencia Italiana del Farmaco (AIFA) del 2 ottobre 2005, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 261 del 09 novembre 2005, relativa alle "Modalità di prescrizione, di dispensazione e distribuzione di medicinali contenenti isotretionina ad uso sistemico", il direttore generale dell'AIFA ha previsto di consentire l'uso sistemico dell'isotretionina esclusivamente nell'ambito del Programma di prevenzione del rischio teratogeno.

Infatti, l'isotretinoina orale, pur essendo un agente altamente teratogeno, è indicata per il trattamento di forme gravi di acne (quali acne nodulocistica o conglobata o acne con rischio di formazione di cicatrici permanenti) refrattarie ad adeguati cicli di terapia standard con antibiotici ad uso sistemico ed a trattamento topico. Al fine di focalizzare gli elementi necessari per effettuare una corretta prescrizione, dispensazione e distribuzione di tale medicinale si ritiene di dover fornire le precisazioni che seguono.

Obblighi per i medici prescrittori

I medici possono prescrivere isotretinoina ad uso sistemico solo nel rispetto del riassunto delle caratteristiche del prodotto e delle condizioni indicate nel Programma di prevenzione del rischio teratogeno. Il testo del Programma, riportato interamente nell'Allegato 1 alla suddetta Determinazione AIFA, a cui si rimanda, comprende oltre alla "Guida

alla prescrizione per il medico" anche i seguenti documenti:

1. Le "10 regole per la prescrizione" (criteri che devono essere soddisfatti per una corretta prescrizione di isotretionina alla donna)
2. La "Guida alla terapia per il paziente"
3. La "Guida alla contraccezione"
4. La "Guida alla dispensazione per il farmacista"
5. Il "Modulo di Informazione e Consenso informato per la paziente di sesso femminile"

Tutti questi documenti, ad eccezione della Guida per il Farmacista, verranno consegnati a tutti i prescrittori del farmaco dalle aziende titolari dell'autorizzazione all'immissione in commercio di medicinali contenenti isotretionina ad uso sistemico.

Il medico deve riportare nella ricetta in maniera chiara la data di certificazione, la posologia ed il fabbisogno del farmaco per trenta giorni di terapia necessari al paziente cui è intestata la prescrizione.

Validità della ricetta

La prescrizione ha validità sette giorni dalla data di emissione.

Obblighi per il farmacista

Il farmacista, in qualità di persona responsabile dell'atto finale del processo prescrittivo e della dispensazione

deve

1. verificare la presenza sulla ricetta della data di certificazione e del

*Dispensazione
e distribuzione
dei medicinali
contenenti
isotretionina
ad uso sistemico*

- dosaggio giornaliero prescritto (espresso in mg/die);
2. dispensare isotretinoina solo entro sette giorni dalla data di certificazione scritta sulla ricetta;
 3. fornire un quantitativo di capsule sufficiente per completare un ciclo di terapia pari ad un massimo di 30 giorni;
 4. informare il paziente che è tenuto a riconsegnare al farmacista le capsule non utilizzate al termine della terapia,

non deve

1. dispensare isotretinoina se la ricetta viene presentata dopo più di sette giorni dalla data di certificazione;
2. accettare richieste telefoniche, via fax, o informatizzate di isotreti-

noina, richieste di reintegro o distribuzione di campioni.

Farmacovigilanza

Si coglie l'occasione per ricordare che la segnalazione di reazioni avverse e qualsiasi caso di gravidanza o sospetta esposizione embrio fatale della paziente sottoposta a terapia con isotretinoina devono essere tempestivamente inviate al responsabile della farmacovigilanza della struttura di appartenenza.

Restando a disposizione per ogni eventuale chiarimento, si invitano i Direttori generali in indirizzo a dare ampia divulgazione della presente nota a tutti gli operatori interessati.

Alessandra Bracciotti

direttore del 3° Servizio
Assessorato Sanità
della Regione Sardegna

AIFA/Terapia del dolore

Riclassificazione dell'Oxycontin

In seguito alle note dell'Assessorato alla sanità della Regione Sardegna n. 7340/5 del 21 febbraio 2005 e n. 11013/3 del 22/3/05 riguardanti la riclassificazione di farmaci per la terapia del dolore ai fini della concessione a carico del SSN, si comunica che con determinazione 9 dicembre 2005 pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 294 del 19 dicembre 2005, l'Agenzia Italiana del Farmaco ha riclassificato ai fini della rimborsabilità in fascia A e stabilito il tipo di prescrizione necessaria per la fornitura del medicinale Oxycontin (ossicodone) nei dosaggi da 40 mg e da 80 mg.

Infatti tale farmaco è oggetto a prescrizione medica ministeriale a ricalco (RMR) per le indicazioni rimborsate ossia "Limitatamente ai

pazienti affetti da dolore moderato o grave in corso di patologia neoplastica o degenerativa", per tutte le altre indicazioni registrate, ma non rimborsate il medicinale è soggetto a Ricetta Ministeriale Speciale (RMS).

Al riguardo, al fine di assicurare regolare operatività al sistema prescritto si trasmettono, in allegato, le due tabelle riepilogative sulle modalità prescrittive, aggiornate con la determinazione AIFA del 9 dicembre 2005 che sostituiscono le tabelle allegare alla nota n. 11013/3 del 22 marzo 2005 più sopra citata.

Si invitano gli organi professionali e sindacali, i direttori delle aziende USL e i dirigenti sanitari ad informare gli operatori interessati.

La presente potrà essere consultabile sul sito www.regione.sardegna.it

FARMACO	PRINCIPIO ATTIVO	CLASSIFICAZIONE AI FINI DELLA RIMBORSABILITA'	PRESCRIZIONE A CARICO DEL SSN	PRESCRIZIONE A CARICO DELL'ASSISTITO
TRIQUISIC 3 cerotti 20 mg 35 mcg/h TRIQUISIC 3 cerotti 30 mg 52.5 mcg/h TRIQUISIC 3 cerotti 40 mg 70 mcg/h TRANSTEC 3 cerotti 20 mg 35 mcg/h TRANSTEC 3 cerotti 30 mg 52.5mcg/h TRANSTEC 3 cerotti 40 mg 70 mcg/h	BUPRENORFINA	CLASSE A	Limitatamente ai pazienti affetti da dolore moderato o grave in corso di patologia neoplastica o degenerativa. Ricetta medica ministeriale a ricalco (legge 12/2001) RMR	Per tutte le altre indicazioni registrate. Ricetta non ripetibile da rinnovare di volta in volta. RNR .
CO EFFERALGAN 16 cpr 500 mg	CODEINA + PARACETAMOLO			
OXYCONTIN 28 cpr 10mg ril.prolungato blister OXYCONTIN 28 cpr 10mg ril.prolungato flacone OXYCONTIN 28 cpr 20mg ril.prolungato blister OXYCONTIN 28 cpr 20mg ril.prolungato flacone OXYCONTIN 28 cpr 40mg ril.prolungato blister OXYCONTIN 28 cpr 40mg ril.prolungato flacone OXYCONTIN 28 cpr 80mg ril.prolungato blister OXYCONTIN 28 cpr 80mg ril.prolungato flacone	OSSICODONE CLORIDRATO	CLASSE A	Limitatamente ai pazienti affetti da dolore moderato o grave in corso di patologia neoplastica o degenerativa. Ricetta medica ministeriale a ricalco (legge 12/2001) RMR	
DEPALGOS 28 cpr 5mg+325mg DEPALGOS 28 cpr 10mg+325mg DEPALGOS 28 cpr 20mg+325mg	OSSICODONE + PARACETAMOLO			
TICINAN 20 cpr 10 mg cessione prolungata TICINAN 20 cpr 30 mg cessione prolungata TICINAN 20 cpr 60 mg cessione prolungata TICINAN 20 cpr 100 mg cessione prolungata TICINAN 20 cpr 200 mg cessione prolungata	MORFINA CLORIDRATO			
ACTIQ 3 pastiglie orosolubili con applic. incorporato 200mcg ACTIQ 3 pastiglie orosolubili con applic. incorporato 400 mcg ACTIQ 3 pastiglie orosolubili con applic. incorporato 600 mcg ACTIQ 3 pastiglie orosolubili con applic. incorporato 800 mcg ACTIQ 3 pastiglie orosolubili con applic. incorporato 1200 mcg ACTIQ 3 pastiglie orosolubili con applic. incorporato 1600 mcg	FENTANYL CITRATO	CLASSE A	Limitatamente ai pazienti affetti da dolore episodico acuto grave in corso di patologia neoplastica o degenerativa. Ricetta medica ministeriale a ricalco (legge 12/2001) RMR	

determinazioni

FARMACO	PRINCIPIO ATTIVO	CLASSIFICAZIONE AI FINI DELLA RIMBORSABILITA'	PRESCRIZIONE A CARICO DEL SSN	PRESCRIZIONE A CARICO DELL'ASSISTITO
FORTRADOL 20 cps 50 mg FORTRADOL 100mg/ml gocce flacone 10 ml FORTRADOL 20 cpr 100 mg rilascio prolungato FORTRADOL 50mg/1ml sol.iniet. 5 fiale 1 ml FORTRADOL 100mg/2ml sol.iniet. 5 fiale 2 ml FORTRADOL 10 cpr 150 mg rilascio prolungato FORTRADOL 10 cpr 200 mg rilascio prolungato				
CONTRAMAL 20 cps 50 mg CONTRAMAL flac 10 ml 100mg/ml CONTRAMAL 20 cpr 100 mg ril.prolungato CONTRAMAL 5 fiale 50 mg sol. iniett. CONTRAMAL 5 fiale 100 mg sol. iniett. CONTRAMAL SR 10 cpr 150 mg a rilascio prolungato				
PRONTALGIN 1 flac.gtt 10 ml PRONTALGIN 5 fiale 100 mg 2 ml PRONTALGIN 20 cps 50 mg PRONTALGIN 20 cpr efferv 50 mg	TRAMADOLO	CLASSE A NOTA 3	NOTA 3 : La prescrizione a carico del SSN è LIMITATA ai pazienti affetti da dolore lieve e moderato in corso di patologia neoplastica o degenerativa.	Per tutte le altre indicazioni registrate.Ricetta non ripetibile, da rinnovare di volta in volta.RNR
TRAMALIN 20 cpr 100 mg ril prolungato TRAMALIN 10 cpr 150 mg ril prolungato TRAMALIN 10 cpr 200 mg ril prolungato TRAMADOLE EG flac 10 ml 100 mg/ml TRAMADOLE EG flac.3x10 ml 100 mg/ml TRAMADOLE EG 5 fiale 2 ml sol iniett. 100mg/2ml TRAMADOLEG 20 cps 50 mg				
TRALODIE 20 cps 100 mg ril prolungato TRALODIE 10 cps 150 mg ril prolungato TRALODIE 10 cps 200 mg ril prolungato				

determinazioni

Dopo l'annullamento delle elezioni 2003

I nuovi organi istituzionali al vertice della FNOMCeO

Si è riunito il 26 gennaio scorso a Roma il Comitato Centrale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, già in carica nel triennio 2000-2002, reinsediatosi dopo l'annullamento delle elezioni del 2003 da parte della Commissione Centrale per gli esercenti le professioni sanitarie.

All'ordine del giorno le dimissioni presentate da Giuseppe del Barone dalla carica di presidente e quelle dell'intero esecutivo a cui ha fatto seguito l'elezione del nuovo esecutivo che risulta così composto: presidente: Aristide Paci; vice presidente: Michele Olivetti; segretario: Benito Meledandri; tesoriere: Roberto Gozzi. Il nuovo organismo deliberante rimarrà in carica fino alla elezione del nuovo Comitato Centrale della FNOMCeO prevista per il mese di marzo.

L'assemblea ha quindi ringraziato l'onorevole Del Barone per l'attività svolta nel corso del mandato in difesa della professione medica.

Il risultato del voto, è stato sottolineato a conclusione dei lavori, è il segnale della volontà del Comitato Centrale di ricompattare la categoria medica.

Gli organi istituzionali della FNOMCeO, ricostituiti ai sensi dell'art. 55 del Regolamento interno della Federazione ex art. 35 DPR 221P50, - che gestiranno la FNOMCeO fino all'espletamento delle elezioni per il rinnovo degli organi collegiali 2006-2009 - risultano così composti:

Comitato Centrale:

Presidente: Aristide Paci, vice presidente: Michele Olivetti; segretario: Benito Meledandri. Tesoriere: Roberto Gozzi. Consiglieri: Amedeo Bianco, Luigi Conte, Nicolino D'Autilia, Giuseppe Del Barone, Massimo Ferrero, Vito Gaudiano, Guido Marinoni, Massimo Montesi, Cosimo Nume, Saverio Orazio, Lamberto Pressato, Giuseppe Renzo.

Commissione per gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri

Presidente: Giuseppe Renzo. Consiglieri: Claudio Cortesini, Massimo Ferrero, Roberto Gozzi, Saverio Orazio

Collegio dei Revisori dei Conti:

Membri effettivi: Presidente: Fabrizio Cristofari, Giovanni Del Gaiso, Pasquale Macri, Membro supplente: Eugenio Corcioni.

*Rimangono
in carica
fino alle nuove
elezioni
previste
per marzo*

e-mail dell'Ordine: ordine@omceoss.org

Aggiornamento professionale

Ritiro degli attestati con i crediti ECM

Sono a disposizione allo sportello gli attestati con i crediti ECM dei seguenti corsi di aggiornamento organizzati dall'Ordine dei medici della provincia di Sassari:

Gli attestati possono essere ritirati personalmente dall'interessato o da terza persona fornita di delega e di fotocopia del documento di identità del delegante.

1. I luoghi della cura e l'assistenza: ambienti, simboli e spazi architettonici, esperienze a confronto del 26-27 settembre 2003.
2. Le certificazioni in ambito sanitario del 5-6 dicembre 2003.
3. Il dolore (I parte), 14/15 novembre 2003.
4. L'incontinenza urinaria e fecale nella donna: fisiopatologia, costi sociali, qualità di vita e soluzioni, 12-13 dicembre 2003.
5. Le proteinurie, 16-17 gennaio 2004.
6. Le ematurie del 23 aprile 2004.
7. Aspetti etici della professione odontoiatrica. Il comportamento con il paziente e tra i colleghi, la prevenzione del contenzioso, 29 maggio 2004.
8. Il dolore (parte II), 12 giugno 2004.
9. Il consenso informato: dalla teoria alla pratica del 19 giugno 2004.
10. La responsabilità medica specialistica in chirurgia. Aspetti giuridici e medico legali, 10-11 settembre 2004.
11. La responsabilità medica specialistica in ostetricia. Aspetti giuridici e medico legali, 17-1 settembre 2004.
12. La responsabilità medica specialistica in psichiatria. Aspetti giuridici e medico legali, 24-25 settembre 2004.
13. La responsabilità medica specialistica in anestesia e rianimazione.

Aspetti giuridici e medico legali, 1-2 ottobre 2004.

14. La continuità assistenziale: quale presente quale futuro?, 29 ottobre 2004.
15. La responsabilità medica specialistica in ortopedia.
Aspetti giuridici e medico legali, 6 novembre 2004.
16. La responsabilità medica specialistica in radiologia. Aspetti giuridici e medico legali, 20 novembre 2004.
17. La responsabilità medica specialistica in medicina interna. Aspetti giuridici e medico legali, 11 dicembre 2004.
18. Attuali indicazioni all'ossigenoterapia iperbarica, 29 gennaio 2005.
19. La responsabilità medica specialistica del medico di medicina generale. Aspetti giuridici e medico legali, 7 maggio 2005.
20. Corso di formazione per medici tutor (formazione pre laurea degli studenti e la valutazione dei neolaureati all'Esame di Stato), 25-28 maggio 2005.
21. La responsabilità medica del medico in formazione. Aspetti giuridici e medico legali, 18 giugno 2005.
22. La responsabilità medica del medico di continuità assistenziale. Aspetti giuridici e medico legali, 4 novembre 2005.
23. Chirurgo orale, chirurgo maxillo-facciale e Odontoiatra. Quale forma di collaborazione?, 5 novembre 2005.
24. La responsabilità medica nelle medici non convenzionali. Aspetti giuridici e medico legali, 11 novembre 2005.

*Disponibili
presso gli sportelli
dell'Ordine
i documenti
di 24 corsi*

Mutate le regole di accesso

Accordo sul nuovo esame di abilitazione per odontoiatri

Insieme ad Università, MIUR e ministero della salute gli odontoiatri hanno concluso un accordo per modificare l'accesso alla professione e per dare più valore e ruolo agli Ordini professionali.

È stato finalmente trovato un accordo che cambia le regole del gioco nell'accesso alla professione odontoiatrica, dando agli odontoiatri e all'Ordine tutto un ruolo di primo piano.

“Ed è stato oltre che uno storico successo della professione, anche un accordo completamente condiviso” ha dichiarato Giuseppe Renzo, presidente della Commissione Nazionale Odontoiatri. “Solo grazie al dialogo tra tutte le parti in causa - ha quindi sottolineato - si è potuto infatti licenziare un testo che ha trovato tutti concordi”.

Dopo che un decreto firmato dal ministro Moratti alla fine del 2004 nominò una Commissione per la Riforma degli esami di abilitazione alla professione odontoiatrica, e una serie di incontri a marce forzate, ora la Commissione Nazionale Odontoiatri centra il suo obiettivo, raggiungendo un traguardo che è politico e professionale insieme.

Oltre ai rappresentanti ordinistici, ai lavori della Commissione hanno partecipato esponenti del ministero della Salute, dell'Università, e professori universitari del corso di laurea in odontoiatria e protesi dentaria.

Com'è noto, medici ed odontoiatri, per accedere alla professione,

dopo gli studi universitari devono superare un esame di Stato per iscriversi all'Albo, che è l'ultima tappa da raggiungere prima di poter esercitare a pieno titolo. Ma perché l'esame di Stato non sia più un mero duplicato della laurea era ed è importante che gli Ordini siano all'interno del meccanismo dell'accesso, riportando nell'alveo ordinistico un esame sinora gestito quasi esclusivamente dal mondo universitario.

Con l'accordo appena raggiunto si attua tale equilibrio. E si trova consenso unanime.

“I rappresentanti del mondo universitario - ha infatti detto Renzo a questo proposito - e in particolare il professor Dolci, presidente dei corsi di laurea in Odontoiatria, hanno riconosciuto la piena competenza dell'Ordine a verificare la qualità dei professionisti, laddove si sono visti giustamente riconoscere la piena garanzia che sia l'Università, invece, ad assicurare la formazione”:

Per il raggiungimento dell'accordo, fondamentale è stato anche il contributo degli altri due poli coinvolti: Miur e Ministero della Salute. “E' stato grazie al loro indispensabile ausilio, non solo squisitamente tecnico - ha infatti concluso Renzo - che è stato possibile raggiungere un testo da tutti condiviso”.

Per divenire operante, il nuovo regolamento dovrà ora passare il vaglio di un lungo iter procedurale. Ma, pur con qualche “ritocco”, l'accordo raggiunto garantisce che il testo non subirà sostanziali modifiche.

*All'Ordine
la verifica*

di merito.

All'Università

competenza

sulla formazione

Dopo la denuncia a “Striscia la notizia”

Un milione di segnalazioni per i falsi dentisti

Più di un milione gli accessi al sito della FNOMCEO dopo la denuncia del falso dentista di “Striscia la notizia”.

È infatti su www.fnornceo.it che il cittadino ha “cliccato” per sapere se chi gli sta trapanando un dente è un vero odontoiatra oppure un impostore.

E sono tanti gli impostori che l'Ufficio Centrale Odontoiatri da tempo sta denunciando: a lavorare fraudolentemente sui pazienti sono, dice la CAO (Commissione Albo Odontoiatri), oltre 15 mila. Cifre da capogiro che solo una volontà politica chiara e decisa potrà arginare.

I dentisti italiani, infatti, oltre a dare informazione sul numero degli abusivi, proprio in queste ore stanno mettendo in campo tutte le loro forze per fare in modo che le pene - sin qui ridicole - inflitte ai falsi dentisti siano un vero ed inequivocabile deterrente.

E non ci vanno tanto per il sottile: confisca dei beni e reclusione sino a dodici anni è quanto chiedono ove un abusivo commetta qualsivoglia lesione sul paziente.

“Ho lanciato un forte appello ai parlamentari - ha detto a questo proposito il presidente degli odontoiatri italiani, Giuseppe Renzo - perché venisse approvato un emendamento alla Finanziaria che modifichi l'attuale normativa (l'art. 348 del c.p.) che ora punisce in modo purtroppo assai blando l'esercizio abusivo della professione”. Dopo l'appello, nei confronti di deputati e senatori, è stata compiuta opera di pressing

perché tale emendamento, presentato da alcuni parlamentari sollecitati dalla CAO, sia senza indugio approvato.

Scopo dell'iniziativa è tutelare i pazienti. “Ciò che mi preme sottolineare - ha detto ancora a questo proposito Renzo - è che per tutelare fino in fondo il paziente serve mettere in pista un professionista che abbia tutte le carte in regola: ovvero essere completamente autonomo, altamente formato, e con gli strumenti legislativi per combattere efficacemente gli impostori”. E su questo la Commissione Nazionale Odontoiatri è impegnata da sempre e sin qui con successo.

Si spera che anche su un argomento gravissimo di questa natura - abusivismo e/o prestanomismo - riescano a portare a casa, nell'interesse primario del paziente sulla cui pelle non si può giocare, un risultato.

“I media, come l'encomiabile trasmissione di Striscia la notizia ha fatto, e che come noi sono dalla parte del cittadino possono darci - ha concluso Renzo - in questo momento una grande mano”.

ORARIO DI RICEVIMENTO DEL PRESIDENTE DELL'ORDINE

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

*Un gran numero
di cittadini
si sono rivolti
al sito Internet
dell'Ordine*

Per farmacisti, medici, veterinari e loro vedove

La scelta associativa della Feder.S.P.E.V.

La Feder.S.P.E.V. (Federazione nazionale sanitari pensionati e vedove) è l'Associazione sindacale per eccellenza che da quasi cinquant'anni opera per la tutela dei pensionati Sanitari (Farmacisti, Medici, Veterinari e le loro vedove).

Merita attenzione e adesione per la sua efficienza e per le spiccate finalità sociali, sindacali e di solidarietà. La Federspev è presente in tutto il territorio nazionale con i rappresentanti delle sezioni provinciali.

Ha raggiunto molti concreti risultati nel campo pensionistico, previdenziale ed assistenziale in tutti i vari settori pubblici e privati (Inpdap, Inps, Enpam, Enpaf, Enpav, ecc...).

Le modalità di pagamento della quota associativa semestrale assai modesta (17,05 per titolari e 10,07 per le vedove) sono state estramente semplificate basta sottoscrivere ed inviare l'acclusa cartolina e la quota associativa verrà automaticamente trattenuta dall'Enpav sulla pensione.

Questi i servizi offerti:

Informativa

- invio gratuito di un giornale mensile di informazione estremamente pratico "Azione Sanitaria".

- Fondo di Solidarietà per i casi più impegnativi.

Consulenza Pensionistica

- la consulenza pensionistica è svolta dal dottor Paolo Quarto, ex dirigente Enpam, per tutti i settori della previdenza; la consulenza viene effettuata nei giorni di martedì e mer-

coledì dalle ore 9.30 alle ore 12.30 a mezzo telefono (06.322107 - 3203432) o a mezzo fax (06.322433) o recandosi personalmente presso la sede sociale sita in via Ezio 24 Roma, possibilmente dietro appuntamento.

Consulenza legale

- la consulenza legale viene svolta dall'avvocato Giulio Guarnacci.

Sarà sempre opportuno prenotare per telefono 06.3222666 eventuali incontri. La prestazione professionale gratuita per gli iscritti è limitata alla consulenza; ogni altra prestazione professionale sarà svolta a tariffe facilitate con gli iscritti, concordate direttamente con il professionista.

Consulenza fiscale

- la consulenza fiscale è svolta dal dottor Alberto Corbezzolo al numero telefonico 06.3244907.

La sede

Ubicazione: 00192 Roma, via Ezio 24 Il piano int. 6 prima scala a sinistra, nei pressi di Piazza Cola di Rienzo. Sedi periferiche: tutte le province d'Italia hanno un loro presidente.

Telefoni 06.3221087 - 06.3203432

Fax 06.3224383.

Sito Internet: www.federspev.it;

e-mail: federspev@tiscali.it

Giornale: Il mensile d'informazione "Azione Sanitaria" viene inviato gratuitamente a tutti gli iscritti.

*Concreti
risultati
su pensioni
previdenza
e assistenza*

Impegno a rispettare la libera scelta dell'individuo

Un "codice" fra medico e paziente

Ecco la "Carta di Firenze"

Il 14 aprile 2005, nella suggestiva cornice di Palazzo Vecchio, è stata presentata la Carta di Firenze. Coordinatrice dell'iniziativa la giornalista medico-scientifico del Corriere della Sera, Franca Porciani.

Membri del gruppo interdisciplinare riunitosi più volte nei mesi precedenti a Firenze, su iniziativa e con il supporto della Fondazione DEI-Onlus (Società Italiana di Farmacologia), sono: Gianfranco Gensini, preside della Facoltà di Medicina dell'Università di Firenze, Giulio Masotti, presidente della Società Europea di Geriatria, Armando Santoro (Istituto Clinico Humanitas di Milano), Patrizia Olmi, responsabile del Dipartimento di radioterapia dell'Istituto Tumori di Milano, Antonio Panti, presidente dell'Ordine dei Medici di Firenze, Alessandro Mugelli e Pierangelo Geppetti (Università di Firenze), Marcello Tamburini, psicologo all'Istituto Tumori di Milano, Ettore Vitali, responsabile del Dipartimento di Cardiologia e Cardiochirurgia dell'Ospedale Niguarda di Milano, Mariella Orsi Salvatori (Comitato Toscano di Bioetica), il magistrato milanese Amedeo Santosuoso, il fitoterapeuta a Empoli Fabio Firenzuoli, Stefano Inglese di Cittadinanzattiva di Roma, Sandro Spinsanti, bioeticista, Direttore dell'Istituto Giano di Roma. Al progetto ha aderito Giuseppe Del Barone, presidente nazionale dell'Ordine dei Medici.

La Carta di Firenze contiene 15 articoli e inizia dichiarando che la rela-

zione tra operatore sanitario e paziente deve sempre garantire a quest'ultimo l'autonomia di scelta.

"Il vero elemento di novità - spiega Franca Porciani, che insieme al prof. Gensini, ha avuto l'idea di questa Carta - è che, per la prima volta, un simile documento è stato redatto dalla classe medica, e non dai pazienti. L'idea è scaturita da un convegno tenutosi a Firenze a fine 2003 sulla necessità che il paziente sia parte attiva del processo di cura.

Ma perché questo avvenga il malato deve essere informato adeguatamente, nel contesto di una relazione - per quanto è possibile - paritetica con il medico. Una relazione che presuppone, però, un profondo mutamento nell'atteggiamento dei curanti.

La Carta, redatta per punti, prende in considerazione il tema della comunicazione lungo l'intero percorso della storia clinica del paziente, dalla diagnosi alla cura fino alla terminalità. Ora è in fase di realizzazione un libretto, che contiene un approfondimento per ognuno dei 15 punti".

I principi in 15 articoli

- 1) La relazione fra l'operatore sanitario e il paziente deve essere tale da garantire l'autonomia delle scelte della persona.
- 2) Il rapporto è paritetico: non deve, perciò, essere influenzato

dalla disparità di conoscenza (comanda chi detiene il sapere medico, obbedisce chi ne è sprovvisto), ma improntato alla condivisione delle responsabilità e alla libertà di critica.

- 3) L'alleanza diagnostico/terapeutica si fonda sul riconoscimento delle rispettive competenze e si basa sulla lealtà reciproca, su un'informazione onesta e sul rispetto dei valori della persona.
- 4) La corretta informazione contribuisce a garantire la relazione, ad assicurare la continuità ed è elemento indispensabile per l'autonomia delle scelte del paziente.
- 5) Il tempo dedicato all'informazione, alla comunicazione e alla relazione è tempo di cura.
- 6) Una corretta informazione esige un linguaggio chiaro e condiviso. Deve, inoltre, essere accessibile, comprensibile, attendibile, accurata, completa, basata sulle prove di efficacia, credibile e utile (orientata alla decisione). Non deve essere discriminata in base all'età, al sesso, al gruppo etnico, alla religione, nel rispetto delle preferenze del paziente.
- 7) La chiara comprensione dei benefici e dei rischi (effetti negativi) è essenziale per le scelte del paziente, sia per le prescrizioni di farmaci o di altre terapie nella pratica clinica, sia per il suo ingresso in una sperimentazione.
- 8) La dichiarazione su eventuali conflitti di interesse commerciali o organizzativi deve far parte dell'informazione.
- 9) L'informazione sulle alternative terapeutiche, sulla disuguaglianza dell'offerta dei servizi e sulle migliori opportunità dia-

gnostiche e terapeutiche è fondamentale e favorisce, nei limiti del possibile, l'esercizio della libera scelta del paziente.

- 10) Il medico con umanità comunica la diagnosi e la prognosi in maniera completa, nel rispetto delle volontà, dei valori e delle preferenze del paziente.
- 11) Ogni scelta diagnostica o terapeutica deve essere basata sul consenso consapevole. Solo per la persona incapace la scelta viene espressa anche da chi se ne prende cura.
- 12) Il medico si impegna a rispettare la libera scelta dell'individuo anche quando questa sia in contrasto con la propria e anche quando ne derivi un obiettivo pregiudizio per la salute, e perfino, per la vita del paziente.
La continuità della relazione viene garantita anche in questa circostanza.
- 13) Le direttive anticipate che l'individuo esprime sui trattamenti ai quali potrebbe essere sottoposto qualora non fosse più capace di scelte consapevoli, sono vincolanti per il medico.
- 14) La comunicazione multi - disciplinare tra tutti i professionisti della Sanità è efficace quando fornisce un'informazione coerente ed univoca. I dati clinici e l'informazione relative alla diagnosi, alla prognosi e alla fase della malattia del paziente devono circolare tra i curanti. Gli stessi criteri si applicano alla sperimentazione clinica.
- 15) La formazione alla comunicazione e all'informazione deve essere inserita nell'educazione di base permanente dei professionisti della Sanità.

Commento

L'importanza del dialogo

Spero proprio che tutti i medici trovino il tempo per leggere i quindici punti della Carta di Firenze. Dopo la lettura viene spontaneo riflettere sul fatto che in teoria siamo tutti d'accordo su questi principi ma che spesso è difficile riuscire a seguirli. Il nostro tempo è sempre troppo esiguo anche se cerchiamo di organizzarlo in maniera "ordinata", "produttiva", "informatizzando" ogni cosa, pensando al "costo-beneficio" di ogni nostra azione.

Tutto ciò è senz'altro giusto e lodevole, adeguato alle linee guida nazionali, regionali e aziendali, però...

Qualche mese fa pensavo proprio al modo migliore di riorganizzare il mio ambulatorio per cercare di impiegare "meglio" il tempo dedicato alle visite.

Avevo realizzato che forse "perdevo" troppo tempo con ogni paziente, che dovevo "dedicare" più tempo alla registrazione informatica dei dati migliorandola tecnicamente... forse dovevo cambiare il mio modo di fare il medico... d'altronde siamo nel 2005. Come tanti altri colleghi ho sempre pensato che parlare con il paziente ed ascoltarlo sia più importante della burocrazia o di altro, ma ogni tanto qualcuno cerca di farci cambiare idea.

Però quando ho letto, condividendoli, i vari punti della Carta di Firenze e sono arrivata al punto 5 *-Il tempo dedicato all'informazione, alla comunicazione e alla relazione è tempo di cura-* mi è sembrato di ritrovarmi e di ritrovare anche quello che desiderano i pazienti, forse non tutti, ma senz'altro la maggior parte.

Ho studiato medicina anche perché

mi piaceva la relazione con il paziente, il dialogare con lui e riuscire a capire anche quello che talvolta non riesce a comunicarci.

Sono un medico di medicina generale e ogni giorno vedo decine di pazienti e mi rendo conto che molti vengono in ambulatorio oltre che per essere visitati, per essere ascoltati e poter chiedere informazioni, senza necessariamente avere bisogno di una prescrizione. È importante saper ascoltare e comunicare e per tale ragione sono d'accordo con l'ultimo principio della Carta: *- La formazione alla comunicazione e all'informazione deve essere inserita nell'educazione di base permanente dei professionisti della Sanità.-*

È veramente essenziale che sia portato avanti un progetto formativo su tali problematiche a partire dai corsi di studio di tutti gli operatori sanitari e in particolare del corso di laurea in medicina e chirurgia.

Ma ben venga anche una formazione permanente post-laurea sulla relazione medico-paziente, sulla comunicazione e l'informazione, ancor meglio se organizzata dalle AUSL e dagli Ordini. Sono sicura che molti colleghi non troveranno particolarmente interessanti i corsi di counselling ma sarebbe importante riflettere su alcuni nostri comportamenti con i pazienti e pensare al fatto che le denunce di malasania sono per la maggioranza dei casi dovute proprio a scarsa comunicazione e informazione da parte dei medici nei confronti del cittadino.

E se fossimo noi i pazienti...

Chiara Musio

Lega Italiana per la lotta contro i tumori
Premio letterario nazionale
riservato ai medici

La Lega contro i tumori, sezione di Parma, indice per il 2006 la XXVII edizione del Premio Letterario Nazionale di narrativa aperto a tutti i medici che si svolgerà in autunno.

I racconti dovranno tassativamente contemplare, sia pure nell'ambito della più ampia libertà creativa ed interpretativa, 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 1.000,00 al secondo di Euro 500,00 e al terzo di Euro 250,00. I premi dovranno essere ritirati personalmente, altrimenti l'importo sarà devoluto alle opere benefiche della Lega Italiana per la lotta contro i tumori.

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 35,00 da versare con assegno o vaglia 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 2006 (della data di spedizione farà fede il timbro postale).

Luogo e data della premiazione verranno comunicati successivamente a mezzo raccomandata a tutti i partecipanti.

Per informazioni, la segretaria è aperta tutti i giorni dalle 8.30 alle 12.30, tranne il sabato.
 Tel. 0521/988886 - 702243
 Fax 0521/988886
 e-mail: parma@lilt.it

Per informazioni riguardanti corsi organizzati dall'Ordine, scadenze, adempimenti connessi alla professione e per la modulistica relativa alle pratiche ordinarie è possibile consultare il sito dell'Ordine

Sito web dell'Ordine:
www.omceoss.org

Potranno essere presentate opere che esprimano stati d'animo e coinvolgimento per le tematiche legate alle neoplasie

Organizzato dall'Ordine di Cagliari
Congresso in Sardegna
di storia della medicina

L'Ordine dei medici di Cagliari organizza, nell'ambito delle proprie iniziative di carattere culturale e scientifico, il terzo Congresso in Sardegna di Storia della Medicina.

L'iniziativa a carattere nazionale e internazionale, aperta a tutti gli studiosi e ricercatori operanti in Italia, sia in ambito medico che in ambito storico, sarà articolata in sei sezioni.

Il congresso si terrà a Cagliari il 29 e 30 aprile 2006.

I dettagli del congresso verranno comunicati tempestivamente.

Il modello di abstract deve contenere: I titoli degli argomenti del Congresso 2006.

- 1) Nascita e morte nella storia della medicina
- 2) Profili biografici
- 3) Riviste scientifiche del 1900
- 4) Medicina e arte
- 5) Riflessi della tecnologia nella storia della medicina dal 1700 al 1900
- 6) La Sardegna nella storia della medicina.

Per poter partecipare in qualità di relatore è indispensabile che l'autore indichi tutti i seguenti dati:

- 1) Titolo del lavoro
- 2) Autore e/autori
- 3) Recapito postale e telefonico
- 4) Indirizzo di posta elettronica

Sono ammessi esclusivamente lavori originali e inediti.

La segreteria scientifica non prenderà in considerazione lavori corre-

dati da dati incompleti. La segreteria si riserva inoltre l'insindacabile facoltà di non accettare i lavori pervenuti oltre il termine stabilito o non rispondenti ai comuni criteri metodologici e scientifici.

Gli abstracts dovranno pervenire entro il 28 febbraio 2006 alla Segreteria del Congresso all'attenzione di Caterina Ruatta al seguente indirizzo di posta elettronica:

ruatta.c@omeca.191.it

La quota di iscrizione al terzo Congresso in Sardegna di Storia della Medicina è fissata in 80,00 euro, deve pervenire alla stessa Segreteria entro il 30 marzo 2006.

La quota comprende: iscrizione al congresso, cocktail di benvenuto presso il Palazzo Comunale di Cagliari del 29 aprile, coffee Break del giorno 30 aprile, colazione di lavoro del 30 aprile, partecipazione alla 350° Sagra di Sant'Efisia del 1° maggio, concerto del 29 aprile.

Per gli accompagnatori la quota di iscrizione è fissata in 40,00 euro.

***Corso di cardiologia
 pediatrica:
 cardiopatie congenite
 il presente e il futuro***

Avrà luogo a Cagliari il 5 maggio un corso A.N.M.C.O di cardiologia pediatrica dal tema: cardiopatie conge-

nite, il presente e il futuro. Il corso si terrà presso l'Azienda ospedaliera "G. Brotzu", Centro Congressi (corpo staccato).

Programma

h. 8.30 Iscrizione dei partecipanti

h. 9.00 *Introduzione dei lavori*

Giampaolo Scorcu (Presidente Regionale ANMCO)

Prima sessione:

La Clinica, Stefano De Virgilis - Maurizio Porcu

h. 9.15 *Valutazione del paziente pediatrico con soffio cardiaco* - Simone Pisanu

h. 9.30 *La sincope* - Franco Isola

h. 9.45 *L'attività fisica e lo sport nel cardiopatico congenito* - Pierpaolo Giua Marassi

h. 10.00 *Lo scompenso cardiaco in età pediatrica* - Fernando Picchio

h. 10.15 *Discussione*

h. 10.30 *Coffe Break*

Seconda sessione:

Il Futuro, Peppino Bullitta - Giorgio Locci

Impatto delle nuove tecnologie di "imaging" nella diagnosi delle cardiopatie congenite

h. 11.00 *Il punto di vista del radiologo* - Gildo Matta

h. 11.15 *Il punto di vista del medico nucleare* - Livia Ruffini

h. 11.30 *Il punto di vista del cardiologo* - Enrico Chiappa

h. 11.45 *Discussione*

Terza sessione:

Tra Evoluzione ed Etica Vassilios Fanos - Gianni Monni

h. 12.00 *La diagnosi prenatale delle cardiopatie congenite* - Silvia Mura

h. 12.15 *La comunicazione nel campo delle cardiopatie congenite: il*

"counseling" - Roberto Tumbarello

h. 12.30 *Problematiche psicologiche correlate alle cardiopatie congenite* - Sabrina Montis

h. 12.45 *Aspetti medico-legali legati alla diagnosi prenatale e postnatale delle cardiopatie congenite* - Guido Manca-Bitti

h. 13.00 *Discussione*

h. 13.30 *Un panino con gli esperti: tutto quello che avreste voluto sapere e non avete mai avuto il coraggio di chiedere sulle cardiopatie congenite.*

Discussione di casi clinici portati dai partecipanti al corso - (Fernando Picchio, Gennaro Santoro, Roberto Tumbarello)

Quarta sessione:

Problemi Emergenti Maria Del Zompo- Giuseppe Mercurio - Paolo Pusceddu

Forame ovale pervio, cefalea e stroke

h. 15.00 *La prospettiva del neurologo* - Maurizio Melis

h. 15.15 *La prospettiva del cardiologo* - Roberto Tumbarello

h. 15.30 *Discussione*

h. 15.45 *Correzione delle cardiopatie congenite lontano dalle mani del chirurgo: le procedure interventistiche* - Gennaro Santoro

h. 16.00 *Nuove prospettive nel trattamento dell'ipertensione polmonare* - Catia Atzeni

h. 16.15 *Le cardiopatie congenite negli adolescenti e negli adulti* - Fernando Picchio

h. 16.30 *Sessualità e gravidanza nei pazienti adulti affetti da cardiopatia congenita operata e non operata* - Graziella Secchi

h. 16.45 *Discussione*

h. 17.00 - 18.00 *Tavola rotonda conclusiva con valutazione del corso.*