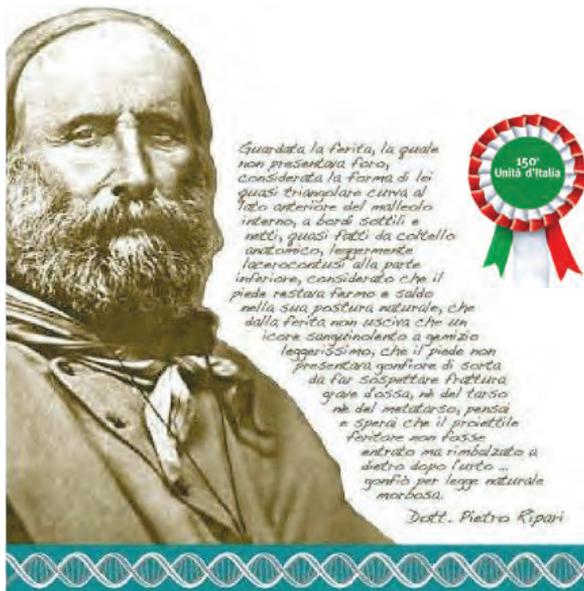


SASSARI MEDICA



2

IN QUESTO
NUMERO

Editoriale/Professione
"sotto assedio"
e ricerca di efficaci risposte
Rischi di "americanizzazione"
e medicina difensiva

1/Convegno a La Maddalena
Sanità militare e società civile:
medici in corsia e in trincea

2/Percorsi comuni per integrare
e armonizzare le professioni

1/Convegno. Aspetti medici, giuridici
ed etici del testamento biologico

2/Convegno. La morte cerebrale:
problemi etici,
sociali e giudiziari

Sospensione dall'albo
per chi evade l'IVA

Sorveglianza sanitaria
e medici competenti

Pensione anticipata per i medici
che svolgono lavori usuranti

Ministero della Salute: Requisiti
per i certificati
di idoneità alla guida

Medici colpiti da raggi X
e sostanze radioattive

Alleanza terapeutica
e consenso informato

Catricala: "L'Antitrust decide
sulla pubblicità dei dentisti"

Renzo: gli Ordini "Tutela e baluardo
contro la pubblicità selvaggia"

Convenzione dell'Ordine.
Per tre anni gratuita la casella
di posta elettronica certificata

A Sassari e Oristano corso di agopuntura
auricolare in terapia antalgica

Ipnosi: evidenze neurobiologiche
e applicazioni cliniche

L'AMMI ha 30 anni.
Attività della sezione di Sassari
dell'Associazione mogli dei medici

Sport/Alle isole Canarie
Mario Vacca e Gianfranco Nieddu
ai Giochi Mondiali della medicina

ANNO XX
NOVEMBRE 2011

"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".



Giuseppe Garibaldi e il referto del dottor Pietro Ripari sulla ferita di Garibaldi

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 XX - Numero 2
Novembre 2011

Direttore responsabile: Agostino Sussarellu

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: Rita Nonnis -

Segretario: Giovanni Biddau -

Tesoriere: Nicola Addis -

Consiglieri: Alessandro Arru -

Piero Luigi Bellu - Tiziana Casti -

Paolo Castiglia - Maria Grazia Cherchi -

Alberto Delpini - Monica Derosas -

Carla Fundoni - Nicolino Sanna -

Francesco Scanu - Patrizia Virgona.

Consiglieri Odontoiatri: Pierluigi Delogu, Alessandro Sechi -

Commissione per gli iscritti all'Albo Odontoiatri: Presidente Pierluigi Delogu -

Componenti: Antonella Bortone -

Pierpaolo Delitola - Antonio Pinna -

Alessandro Sechi. *Collegio dei revisori dei Conti:* Presidente: Giancarlo Bazzoni -

Componenti: Alessandro Gannau -

Nadia Tola - *Revisore supplente:* Pasqualina Bardino.

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 - strada 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 Editoriale/Professione "sotto assedio" e ricerca di efficaci risposte
- 6 2/Rischi di: "americanizzazione" e medicina difensiva
- 11 1/La Maddalena. Sanità militare e società civile: medici in corsia e intrinca
- 15 2/La Maddalena. Percorsi comuni per integrare e armonizzare le professioni
- 20 1/Sassari. Aspetti medici, giuridici ed etici del testamento biologico
- 28 2/Sassari. La morte cerebrale e problemi etici, sociali e giudiziari
- 40 Sospensione dall'albo per chi evade l'IVA
- 42 Sorveglianza sanitaria e medici competenti
- 44 Pensione anticipata per i medici che svolgono lavori usuranti
- 52 Ministero della Salute/ Requisiti per i certificati di idoneità alla guida
- 66 Risultati Assemblea Elettorale
- 67 Medici colpiti da raggi X e sostanze radioattive
- 69 Alleanza terapeutica e consenso informato
- 76 Catricalà: "L'Antitrust decide sulla pubblicità dei dentisti"
- 77 Renzo: Gli Ordini. "Tutela e baluardo contro la pubblicità selvaggia"
- 79 Per tre anni gratuita la casella di posta elettronica certificata
- 80 Corso di agopuntura auricolare in terapia antalgica
- 81 Ipnosi: evidenze neurobiologiche e applicazioni cliniche
- 83 L'attività della sezione di Sassari dell'Associazione mogli dei medici
- 86 Mario Vacca e Gianfranco Nieddu ai Giochi Mondiali della medicina

1/La 56ª Giornata del Medico

Professione “sotto assedio” e ricerca di efficaci risposte

Appuntamento, ormai tradizionale, per la Giornata del Medico, della quale si è svolta il 24 ottobre scorso la 56ª edizione. Nell'occasione il presidente dell'Ordine dei Medici di Sassari Agostino Sussarellu ha fatto il punto sullo stato della professione medica e della sanità nel territorio. Pubblichiamo l'intervento.

Gentili signore, signori, autorità civili, militari e religiose presenti, colleghe e colleghi giovani e meno giovani, vi ringrazio di essere oggi qui con noi, in questa illustre sede, per onorare la nostra manifestazione.

Ringrazio altresì, a nome del Consiglio Direttivo tutto, e mio personale, l'Università di Sassari nella figura del Magnifico Rettore, professor Attilio Mastino, per averci ancora una volta ospitato in questa splendida e prestigiosa Aula Magna, nella quale buona 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 cinquantaseiesima edizione.

Di regola la nostra manifestazione si svolge il 18 ottobre, giorno commemorativo di San Luca Evangelista, patrono dei medici.

Proprio in questa data, cinquantasei anni fa, ebbe luogo per la prima volta tale cerimonia, della quale fu promotore il professor Egidio Dep-

peru che la portò puntualmente avanti negli anni, per poi essere di seguito tramandata, con eguale puntualità, dal suo successore e mio predecessore, l'amico Mario Oppes, ancora una volta qui con noi.

Quest'anno ci siamo discostati di ben sei giorni dalla festa del nostro patrono per problemi di natura tecnica, ma abbiamo preferito rimandare la manifestazione pur di poter utilizzare questa magnifica aula.

I giovani colleghi, iscritti per la prima volta all'Ordine, oggi prestano e sottoscrivono il giuramento deontologico, ed inoltre, come è ormai tradizione consolidata, in questa stessa occasione ricevono una medaglia d'oro i medici che hanno raggiunto l'importante traguardo dei cinquant'anni di laurea, meta che possiamo paragonare alle nozze d'oro con la professione.

È una sorta di staffetta tra due generazioni estremamente distanti anagraficamente, ma sicuramente accomunate dallo stesso spirito di abnegazione e di dedizione verso il prossimo che da sempre caratterizza la professione del medico.

Questa nostra tradizionale manifestazione non è e non intende essere una semplice celebrazione della categoria, ma intende rappresentare il momento più saliente della professione medica, quello in cui si puntualizza l'importanza e l'obbligo dell'osservanza del nostro Codice di Deontologia che, da sempre, rappre-

I motivi dell'ostilità dell'opinione pubblica e gli errori causati dalle diatribe interne

senta la linea portante del nostro comportamento, del nostro essere medici.

Il medico, nel suo percorso professionale, possiede due cardini su cui basare la propria condotta: il Giuramento Professionale e il Codice Deontologico.

Il primo, che oggi verrà letto e sottoscritto in quest'aula da voi giovani colleghi, racchiude al suo interno il filo portante dell'arte medica.

Il secondo, con i suoi precetti deontologici, costituisce un atto di indirizzo, obbligatorio, per tutti i medici e gli odontoiatri.

Si tratta di due documenti, basilari, che vengono redatti, su precisa delega dello Stato, dai rappresentanti della professione, ai quali compete anche aggiornarne i vari dettami, a seguito dell'evoluzione della società.

Il nostro Ordine vanta un particolare primato, quello di aver redatto il primo Codice di Deontologia d'Italia: era il 1903, 108 anni fa. All'epoca eravamo in pieno paternalismo medico: lui, e solo lui, sapeva ciò che doveva essere fatto e decideva come e quando farlo, la salute del malato era completamente nelle sue mani.

In un mondo di tal fatta, i nostri progenitori scrissero un articolo per quei tempi unico nel suo genere, esattamente l'articolo 4 in cui si afferma chiaramente che il medico non farà alcun atto senza aver ottenuto il consenso dell'interessato. Tale innovazione era di una portata talmente avveniristica che rapidamente sparì dai successivi codici e ci vollerò oltre 80 anni perché la professione accettasse il principio di autodeterminazione del paziente.

Quel codice, così lungimirante, comprendeva cinquanta articoli suddivisi in tre capitoli, il primo dei qua-

li, composto da undici articoli, trattava dei rapporti con il pubblico; il secondo, comprensivo di ben trentasette articoli, trattava dei rapporti tra colleghi. La restante parte era dedicata ai rapporti dei sanitari con l'Ordine e alle sanzioni disciplinari.

La professione dava dunque un'importanza preponderante ai rapporti che il medico doveva tenere con i colleghi.

La mia lunga premessa era necessaria per poter meglio affrontare questo increscioso problema, in quanto tale rapporto, che dovrebbe essere caratterizzato da un estremo e reciproco rispetto, è pesantemente messo in discussione, non apertamente, sotto forma di una contestazione sul suo significato, ma in sostanza nei fatti di tutti i giorni.

So che la metafora derivante dalle favole di Esopo è banale e molto utilizzata, ma questo povero medico, come buona parte di noi purtroppo si definisce, porta su di sé le due bisacce: davanti quella piccola, con i difetti e le mancanze degli altri, e dietro le spalle quella molto più grande con le proprie manchevolezze ... così continuerà a vedere solo i difetti degli altri senza dar peso ai propri.

Quotidianamente mi giungono lamentele, lagnanze, brontolii, rimostranze, proteste, e anche propositi minacciosi riguardo al comportamento di questo o quel collega.

Sembra che lo scopo di alcuni di noi non sia quello di dare risposte ai malati e di curarli, ma piuttosto di ricercare nel comportamento degli altri medici che hanno avuto contatti col paziente, motivi di disapprovazione, di critica, di biasimo, fino a giungere ad esternare veri e propri giudizi, mai positivi.

Ricordo come al solito che all'interno del nostro Codice Deon-

tologico vi è la risposta a qualunque dubbio e problema. Per quanto riguarda i rapporti tra colleghi, l'art. 58, lì dove si parla di rispetto reciproco, dichiara: "Il rapporto tra medici deve ispirarsi ai principi di corretta solidarietà, di reciproco rispetto e di considerazione dell'attività professionale di ognuno. Il contrasto di opinioni non deve violare i principi di un collegiale comportamento e di un civile dibattito."

Vedete, la nostra professione lamenta da qualche tempo una sorta di assedio da parte della società civile, a cui risponde con quella che comunemente è chiamata medicina difensiva.

Per comprendere appieno questa situazione, che i colleghi con cinquant'anni di laurea non hanno conosciuto intraprendendo la professione, è necessario un attento esame di coscienza che guardi con attenzione, senz'altro all'esterno, ma anche, senza reticenze, all'interno del nostro variegato mondo.

L'ostilità verso la nostra professione è solo in parte legata al mutato atteggiamento da parte della società che si è, per così dire, americanizzata; in notevole parte le rivendicazioni dei cittadini nei nostri confronti sono infatti legate ad una scarsa o carente comunicazione e alle imbeccate che vengono proprio dalle nostre diatribe, fatte spesso, troppo spesso, davanti ai pazienti, a spregio di quel rapporto di colleganza che l'articolo del codice deontologico prima citato esalta.

La risposta attraverso la medicina difensiva a mio avviso è un pessimo segnale, una dichiarazione di resa.

Uno dei nostri punti fermi è sempre stato: "Agire in scienza e coscienza". Ebbene, quando la scien-

za è sostituita dalla paura di una denuncia e la coscienza è declinata attraverso gli atti che ne conseguono – richiesta di esami e accertamenti inutili, interventi fatti o rinviati, e così via – noi medici stiamo abdicando al nostro ruolo principale che è quello di agire per il bene del malato, senza creare a lui sofferenze fisiche o psichiche, e senza farci influenzare da niente che non sia legato alle linee guida scritte dalla professione attraverso i percorsi di apprendimento.

Mi rivolgo a voi giovani affinché ricordiate queste parole, non perché voi siate indisciplinati o inclini a queste aberrazioni rispetto ai colleghi anziani qui presenti, ma perché voi state iniziando quel cammino nella professione che loro hanno percorso per cinquant'anni, e dunque potreste avere più occasioni di ritrovarvi coinvolti in spiacevoli situazioni.

Da anni, a livello nazionale, si sta cercando la strada per limitare i danni legati a questo nuovo modo di agire; siamo sicuramente lontani dalla soluzione per quanto riguarda il percorso penale, ma una grossa novità si è presentata nel campo delle rivendicazioni civilistiche: la conciliazione in sanità.

Non è più possibile procedere civilmente, in cause che abbiano contenziosi sanitari come contenuti, senza aver prima portato a termine un tentativo di conciliazione fatto di fronte ad un organismo riconosciuto.

Crediamo fortemente in questa nuova opportunità e stiamo lavorando per offrire alla nostra categoria gli strumenti adatti per poterne usufruire. Su quest'argomento sono importanti le risultanze del convegno di sabato 31 ottobre presso la facoltà di giurisprudenza.

Un cenno va fatto sulla situazione della sanità nelle nostre due province di Sassari e Olbia: finalmente da qualche mese abbiamo un assetto dirigenziale stabile, speriamo sia finita l'epoca dei commissari, la girandola di direttori che, seppur capaci erano limitati nei loro poteri, questa loro situazione si rifletteva a sua volta sull'intero mondo della sanità, con ripercussioni notevoli.

Per circa due anni abbiamo assistito ad una telenovela, ad una recita teatrale la cui trama non era chiara neanche al regista. Penso alle situazioni a cui abbiamo assistito: l'Azienda O.U. è rimasta per un tempo assurdo senza il direttore sanitario, la ASL I ha partecipato al balletto dei cambi delle figure dirigenziali, tutto questo ha portato ad un ritardo di programmazione non tollerabile nel mondo della sanità, dove in pochi anni l'evoluzione fa passi da gigante.

L'azienda di Olbia apparentemente si è trovata in una situazione migliore, infatti ha goduto di una dirigenza stabile e ha anche usufruito della realizzazione del nuovo ospedale, sembrava quasi un angolo di paradiso che sarebbe stato raggiunto con l'apertura del San Raffaele e la conseguente disponibilità di strutture non ancora presenti nel territorio.

Sembra quasi che il diavolo ci abbia messo lo zampino: il fallimento della struttura di don Verzé ha messo in crisi il progetto, il pericolo di una mancata apertura delle strutture previste deve spingere la struttura gallurese a modificare i suoi piani in maniera tale da poter supplire ad un'evenienza così negativa per l'intero territorio, assumendosi l'onere di supplire al compito che il San Raffaele doveva assolvere.

Concludo svelando il significato della locandina con cui abbiamo pub-

blicizzato la giornata odierna. Come potete vedere, in essa è rappresentato Giuseppe Garibaldi, l'eroe dei due mondi.

Quest'anno ricorrono i 150 anni dell'Unità d'Italia. Volendo partecipare a questo evento, come Ordine di Sassari abbiamo proposto alle altre province della Sardegna di tenere con noi un convegno alla Maddalena. Tale incontro, partendo appunto da Garibaldi e dalla sua famosa ferita all'Aspromonte, che fu, per inciso, un caso che coinvolse le migliori professionalità mediche dell'epoca, ha volto anche uno sguardo al futuro, esaminando un aspetto della medicina di solito poco considerato: la sanità militare.

Il convegno si è rivelato estremamente interessante, sia per quanto concerne la storia del nostro Paese, grazie alle relazioni presentate, e sia per quanto concerne le vicende e la realtà di questa parte della nostra professione che nel silenzio e nella riservatezza del ruolo si prodiga nelle missioni delle nostre forze armate, e soprattutto nei momenti di difficoltà e di emergenza del nostro Paese, con quello spirito di dedizione e di sacrificio che ci appartiene in quanto medici.

Agostino Sussarellu

sito web:
www.omceoss.org
e-mail:
ordine@omceoss.org

Rischi di “americanizzazione” e medicina difensiva

Un piccolo esercito di neolaureati, per la precisione 66 Medici Chirurghi e 20 Odontoiatri, ha prestato giuramento in occasione della 56 Giornata del Medico, celebrata lunedì 24 ottobre nell’Aula Magna dell’Università di Sassari. Insieme a loro, come è consuetudine da diversi anni, sono stati premiati sei veterani della professione, che hanno tagliato quest’anno il traguardo dei 50 anni dalla laurea. Un ideale passaggio di testimone fra chi ha maturato una lunga esperienza sul campo e chi quell’esperienza si sta preparando a viverla.

La celebrazione, presieduta dal presidente dell’Ordine Agostino Sussarellu, la vicepresidente Rita Non-

nis, il segretario Giovanni Biddau, il tesoriere Nicola Addis ed il presidente della Commissione Odontoiatrica Pierluigi Delogu, ha offerto l’occasione per tracciare il tradizionale bilancio annuale della professione medica e lanciare uno sguardo a tutto tondo sul mondo sanitario.

Al centro della riflessione, quest’anno, è stata la difficoltà da parte della categoria a fronteggiare gli attacchi che arrivano da più parti e che spingono i medici ad abbracciare quella prassi che il presidente ha definito “aberrante” della medicina difensiva.

«Oggi la nostra professione è sotto assedio – ha osservato il dottor Sussarellu, alludendo alla pressione



I giovani medici pronunciano il giuramento

*I problemi
della sanità
nel territorio
e gli interventi
di Giuseppe
Madeddu,
Rita Nonnis e
Pasquita Fois*



I laureati nel 1961 nella foto ricordo dopo la premiazione

mediatica e legale esercitata sulla professione. – Questo accade per via di quella che potremmo definire un’“americanizzazione” della medicina». Nel mirino ci sono la spettacolarizzazione e la sovraesposizione del mondo sanitario: cronache quotidiane che raccontano più spesso i presunti casi di malasanità rispetto ai successi e alle buone pratiche mediche, ben più robuste numericamente, ma silenziose, incapaci di “fare notizia”, di “bucare lo schermo”.

Un bombardamento mediatico tutto al negativo che rischia di far vacillare il rapporto di fiducia fra il medico e il paziente, che sempre più spesso confonde i limiti della scienza e della medicina – e quindi la possibilità del fallimento di una terapia o di un intervento – con l’errore medico e cerca dunque la risposta nelle aule di tribunale.

«A questo attacco alcuni colleghi

rispondono con la medicina difensiva – ha proseguito il rappresentante dell’Ordine – Ma attenzione: adottare questo atteggiamento sarebbe una dichiarazione di resa da parte nostra. Il cardine della nostra professione è quello di agire in scienza e coscienza: non possiamo lasciare che la scienza sia sostituita dalla paura e la coscienza sostituita da atti non in linea con i nostri principi ispiratori. Questo significherebbe abdicare al nostro ruolo di medici». Dal presidente è arrivato quindi un appello ai giovani colleghi, «che so essere più forti rispetto a queste pressioni», affinché evitino di ereditare dalle generazioni più mature la cattiva abitudine della medicina difensiva e non rinuncino alla propria autonomia professionale.

«A livello nazionale – ha aggiunto il presidente – stiamo lottando per la depenalizzazione dell’atto medico:



I sei medici premiati. Medaglie d'oro per i 50 anni di professione

questo allevierebbe i problemi della nostra categoria». Una battaglia parzialmente vinta con il decreto 28 del 2010, il quale prevede che in ambito civile non sia più possibile avviare un processo in materia di responsabilità medica senza aver prima effettuato un tentativo obbligatorio di conciliazione con la controparte.

Volgendo poi lo sguardo verso una realtà più vicina, il rappresentante dell'Ordine si è detto soddisfatto delle recenti nomine dei vertici di Asl e Azienda Ospedaliero-universitaria di Sassari: «Siamo usciti da un Medioevo: abbiamo vissuto un periodo di commissariamento in cui nulla poteva essere fatto se non l'ordinaria amministrazione. Ed è evidente che, dati i molti problemi ancora da affrontare, avevamo urgenza di un interlocutore con una maggiore capacità decisionale ed organizzativa».

Quanto alla vicenda dell'ospedale "San Raffaele" di Olbia, l'augurio del Presidente dell'Ordine è stato quello di riuscire comunque a preser-

vare il numero dei posti letto previsti per la Gallura: «Il mio auspicio è che se la struttura di Don Verzè non dovesse più decollare, la Asl sappia sostituirsi al privato e garantire comunque al territorio quei posti letto che le sono stati assegnati. La Gallura – ha continuato Sussarellu – è un territorio in espansione – che ha bisogno di ulteriori servizi sanitari: il fallimento del gruppo privato non può lasciare che questa esigenza resti senza una risposta».

Rivolgendosi poi al preside della facoltà di medicina di Sassari Giuseppe Madeddu, presente alla cerimonia insieme al rettore Attilio Mastino, il presidente dell'Ordine ha sollecitato una riflessione sul drastico calo del numero dei nuovi iscritti: «Un fenomeno che ci espone al rischio di non avere, in futuro, un numero di medici sufficiente a coprire il nostro fabbisogno».

Da parte sua, il preside Madeddu ha ricordato come la professione medica sia spesso un sacrificio, ma

prima ancora una passione e un privilegio, in quanto «nessuno, come un medico, può vivere la soddisfazione di aver salvato una vita umana».

La vicepresidente dell'Ordine Rita Nonnis, nel premiare le due colleghe veterane, ha posto l'accento sulla femminilizzazione della professione: un fenomeno sempre più accentuato, specie in Sardegna, dove la densità della popolazione medica femminile è del 47% contro una media nazionale del 34%: «Un trend da valutare attentamente – ha spiegato la vicepresidente – in quanto, se è innegabile il contributo delle donne in medicina, è anche vero che ancora oggi molte di esse si scontrano con diverse difficoltà nel conciliare lavoro e vita privata. Pensiamo alla maternità, che è ancora vissuta con diffidenza negli ambienti lavorativi: una donna medico spesso non trova l'accoglienza e il sostegno che una vera parità di genere imporrebbe».

E sempre in tema di donne, l'ultima parola della serata è andata come di consueto a Pasquita Fois, rappre-

sentante dell'AMMI (Associazione Mogli dei Medici Italiani), associazione no profit impegnata nella promozione della salute. «Quest'anno – ha spiegato la rappresentante dell'AMMI – abbiamo preso la decisione di impegnarci nella ricerca e nel sostegno della medicina di genere, in particolare per ciò che riguarda la farmacologia».

Un'altra faccia della disparità fra i sessi, quella della ricerca farmacologica tutta al maschile.

A chiudere la serata è stato il giovane odontoiatra Gerardo Benedetto Campus che, con la voce rotta dall'emozione, a nome di tutti i colleghi ha pronunciato il giuramento solenne alla professione.

Le sei medaglie d'oro

Ad aver ricevuto l'onorificenza dal presidente dell'Ordine Agostino Sussarellu sono stati quest'anno sei colleghi che hanno conseguito la Laurea in Medicina nel 1961.



Il dottor Agostino Sussarellu svolge la sua relazione

Il primo ad aver ricevuto il riconoscimento è stato Giuseppe Antonio Benedetto D'Alessandro, direttore del Dispensario Antitubercolare di Olbia tra gli anni Settanta e Novanta. Medaglia d'oro anche per Mario Romano Deledda, ex primario del Laboratorio di Tempio e Sassari, autore, tra gli altri lavori, di un'importante monografia sulle digossina. Laureato nel 1961 anche Antonello Malavasi, ex professore di Semeiotica e Metodologia Medica presso l'Università di Sassari e direttore delle scuole di specializzazione in Medicina Interna e in Cardiologia, pioniere in Italia della tecnica ecocardiografica e doppler nello studio della funzione ventricolare sinistra. Premiata per aver raggiunto il traguardo dei 50 anni di professione è stata poi Maria Agnese Molinas, pediatra responsabile di reparto presso il Villaggio San Camillo di Sassari negli anni Settanta e successivamente direttrice sanitaria del Centro di Riabilitazione e Responsabile del

servizio materno infantile della Usl 6 di Macomer. Un'altra donna ha ricevuto quest'anno la medaglia d'oro alla carriera. Si tratta di Maria Antonietta Multinu: un esordio come pediatra presso i consultori ex ONMI della provincia, successivamente nominata direttrice dell'A.P.A.I., del Servizio materno-infantile della Asl di Sassari ed infine responsabile sanitaria del distretto di Sassari.

Infine, il riconoscimento è andato a Giuseppe Ugo Vargiu, che vanta un folto curriculum nell'ambito dell'allergologia. Direttore dell'Ambulatorio Allergologico della Clinica Medica universitaria di Sassari, docente di Malattie Allergiche presso la scuola di specializzazione in Igiene e di Immunologia clinica presso la scuola di specializzazione in Tisiologia, socio fondatore e dirigente di numerose società scientifiche nazionali ed europee, è stato il primo medico che ha praticato l'allergologia in Sardegna ed ha all'attivo 98 lavori scientifici.

INDIRIZZI POSTA

ELETTRONICA CERTIFICATA - PEC:

Segreteria: "ordine.ss@pec.omceo.it"

Presidente: "presidente.ss@pec.omceo.it"

"presidentecao.ss@pec.omceo.it"

1/Due giornate di lavori a La Maddalena

Sanità militare e società civile: medici in corsia e in trincea

Ripercorrere la storia della sanità militare in Italia per arrivare ai nostri giorni, al difficile presente vissuto dai medici con le stellette, ed instaurare un dialogo fra i camici bianchi in corsia e quelli in trincea per gettare le base di una Carta Etica che regoli il comportamento dei colleghi *embedded*, arruolati. È stato questo l'obiettivo del workshop organizzato dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e da quella Regionale della Sardegna il 30 settembre e il 1 ottobre scorso alla Maddalena.

Un tema finora inesplorato, quello proposto dalla Federazione Regionale degli Ordini della Sardegna, che si conferma ancora una volta pioniera nel portare alla ribalta nazionale aspetti inediti della medicina: dalla femminilizzazione della professione, affrontato ad Alghero, al dibattito sugli stati vegetativi, tenutosi lo scorso anno a Su Gologone. La Federazione degli Ordini sardi si è cimentata in una riflessione fra le più difficili e controverse, non solo per un Paese impegnato in molteplici missioni di *peace keeping*, *peace enforcing* e *peace building*, nel rafforzamento dei precari equilibri di stabilità e sicurezza nei paesi stranieri, ma per un'isola, come la nostra, dove il peso delle servitù militari ha aperto un'inevitabile discussione sul rapporto di tale presenza con la salute dei cittadini.

Quella del medico militare è infatti

una figura anfibia, chiamato a conciliare i dettami del giuramento ippocratico – un codice deontologico che non contempla la violenza e pone come suo fondamento il diritto alla vita – con un'organizzazione gerarchica che segue regole proprie e non esclude l'uso della forza». Di qui l'esigenza di studiare un percorso condiviso tra medici e militari per arrivare a una carta etica che orienti i medici militari nel loro agire.

La proposta di approfondire il tema dei medici in divisa lanciata dalla Sardegna è stata recepita con entusiasmo dalla Federazione Nazionale, che ha sposato e sostenuto il progetto di avviare un dialogo con la sanità militare per gettare le basi di un codice di comportamento condiviso.

A rinforzare il senso dell'iniziativa è stata l'emblematica cornice dell'arcipelago sardo, scelta non a caso dagli Ordini sardi, che con questo evento hanno voluto celebrare a loro modo la ricorrenza dei 150 anni dell'Unità d'Italia. «Caprera è stata la patria elettiva di Giuseppe Garibaldi, uno dei padri del nostro Paese – ha spiegato il presidente della FROMS Agostino Sussarellu nell'introdurre la due giorni – ed è stato proprio con la sua presenza che la medicina sarda ha vissuto un momento di ricerca importante, perché molti colleghi furono chiamati a confrontarsi con la sua celebre ferita». Per questo, accanto all'immagine

*Volontà
degli Ordini
dei Medici
e del Ministero
della Difesa
di concordare
la stesura
di una Carta etica
del medico
militare*

simbolo dell'evento – il volto di Garibaldi – campeggiavano sulle locandine della manifestazione le parole di Pietro Ripari, patriota e medico curante dell'eroe del Due Mondì». Un eccezionale caso clinico, che permise l'avvio di tecniche e sperimentazioni inedite, che è stato raccontato in apertura dei lavori da Sergio Sabbatani, dirigente medico del Policlinico Sant'Orsola e Malpighi di Bologna.

Ed è proprio con uno sguardo sul passato che si è aperto il seminario della Maddalena. Una storia lunga duecento anni, come hanno spiegato Antonella Arras, componente dell'Osservatorio della Professione Medica al Femminile della FNOMCeO e Patrizia Virgona, consigliera dell'Ordine dei Medici di Sassari. A ripercorrere il ruolo della sanità militari attraverso i due secoli del Paese, in tempo di pace e di guerra, sono stati il generale dell'Esercito Antonio Santoro, l'ammiraglio della Marina Pietro Tomaselli, il rappresentante dell'Aeronautica Alberto Autore e il colonnello dei carabinieri Vito Ferrara. Quattro voci che sono arrivate ad un'unica conclusione: la necessità di integrare ed armonizzare i due aspetti della professione di medici e militari.

Un focus storico sul ruolo della medicina e della sanità nel processo di unificazione dell'Italia lo hanno poi offerto Eugenia Tognotti, docente di Storia della Medicina dell'Università di Sassari, il capitano di vascello Gennaro Banchini ed il Direttore del Dipartimento multidisciplinare dell'ospedale Paolo Merlo della Maddalena Carlo Randaccio, nella sessione moderata da Gabriele Peperoni, segretario della FNO-MCeO, e Alberto Puddu, vicepresidente dell'Ordine di Cagliari.

Interamente dedicata alla riflessione sul presente la seconda giornata di lavori, coordinata dal presidente dell'Ordine di Grosseto, Sergio Bovega, e dalla consigliera dell'Ordine di Cagliari, Anna Rita Ecce. Daniele Rodriguez, ordinario di Medicina legale a Padova, ha passato in rassegna i codici deontologici, per affermare che solo quello dei medici fa esplicito riferimento al tema militare: «Tutti i codici – ha dichiarato Rodriguez – affermano la tutela della salute in tempo di pace ed in tempo di guerra ed entrano in contrasto con le ragioni della guerra. Ma per tutte le eventualità non previste, vale la clausola della coscienza». La coscienza dunque, la libertà e l'autonomia professionale del medico, deve essere la stella polare che orienta il medico militare in contesti difficili come i teatri di guerra. Rodriguez ha anche evidenziato le difformità della legislazione italiana nel riconoscimento dei Codici. Un'incertezza che è emersa anche dalle parole di Luigi Lista, colonnello medico dello Stato Maggiore della Difesa. Lista, nel compiere un approfondito excursus tra le leggi che regolano la professione medica dei militari, ha affermato: «Siamo in attesa del decreto del Ministero della Difesa su disposizioni tecniche applicative del Codice dell'Ordinamento militare».

Nel rimarcare che solo la clausola di coscienza può essere il trait d'union per dirimere le controversie etiche che si trovano di fronte i camici con le stellette, il colonnello medico dell'Esercito Marcello Giannuzzo ha anche sottolineato che una criticità per la professione può essere causata dalla carenza di fondi, che «può alimentare comportamenti non etici, specie quando le richieste di presta-

zioni sono superiori alle reali disponibilità». Ma anche Giannuzzo ha aperto di buon grado alla possibilità di elaborare una Carta etica che sintetizzi etica medica e militare.

Una volata, la sua, che ha permesso di entrare nel vivo del dibattito con la relazione di Maurizio Benato, vicepresidente della Federazione Nazionale degli Ordini, e Giacomo Mammana, generale medico dell'ospedale "Celio" di Roma. Un intervento a due voci, rispettivamente quella civile e quella militare, che ha testimoniato la volontà da parte di Ordini dei Medici e Ministero della Difesa di lavorare gomito a gomito alla costruzione di una Carta etica del medico militare. «Si tratta di una sfida complessa su più piani – non ha nascosto Benato – La FNOMCeO ha affrontato tante tematiche che conducono verso una nuova professione, ma il tema della sanità militare richiede una riflessione di tipo etico». In realtà, hanno sottolineato i relatori, le norme già esistono, quindi si tratterebbe di ricomprenderle, ordinarle e formalizzarle dentro la cornice deontologica della Carta. Ma il documento permetterebbe anche di integrare maggiormente il lavoro della sanità militare con quella civile, in un interscambio di saperi, conoscenze, tecnologie: «Immaginiamo un servizio sanitario militare interforze – hanno affermato i relatori – che diventi una nicchia importante del servizio sanitario nazionale». Trasparenza, aggiornamento periodico e idealità e principi comuni saranno i punti cardinali su cui sarà costruita la Carta, che vede già in atto un confronto fra Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e Ministero della Difesa.

Temi, quelli affrontati da Benato e

Mammana, ripresi nel corso della tavola rotonda conclusiva, moderata da Luigi Arru, presidente dell'Ordine di Nuoro e Federico Marmo, tenente generale medico e capo ufficio generale della Sanità militare. Proprio a Marmo è toccato il compito di tirare le fila del discorso, rimarcando la trasparenza dell'operato dei colleghi e il radicamento della sua professione in un solido sostrato deontologico: «La professione del medico militare è una vocazione – ha considerato il tenente – i militari non lavorano, prestano servizio. E il senso del servizio ci accompagna nella nostra dimensione sociale dell'essere militari. Il nostro primo comandamento è la centralità dell'uomo».

Ma c'è stato anche spazio per altre riflessioni nell'ultima parte della due giorni. Rosanna Cecchi, docente di Medicina legale alla Sapienza di Roma ha auspicato una maggiore conoscenza reciproca tra la medicina militare e quella civile, che fin qui si erano forse guardate con una certa diffidenza. Cecchi si è spinta più in là, affermando anche la necessità di sviluppare una riflessione sull'eticità della vita e della morte, mentre Maurizio Balistrieri, docente di Bioetica a Torino, ha ricordato che anche il Comitato nazionale di Bioetica sta affrontando il tema della sanità militare: un contributo ulteriore all'elaborazione della Carta etica.

Uno spunto fra i più interessanti è stato offerto dalla vicepresidente dell'Ordine di Sassari Rita Nonnis, componente dell'Osservatorio FNOMCeO della professione medica al femminile. La Nonnis ha ricordato che sono 78 le donne medico in ambito militare, ovvero il 5 per cento del totale: una strettissima minoranza, considerato anche il fatto che la

loro entrata nelle Forze armate è stata ammessa appena nel 1999. Tuttavia si tratta di un dato in crescita, come del resto nella professione. E come nel resto della professione medica, la presenza femminile ha comportato dei cambiamenti non solo organizzativi interni, ma anche nell'esercizio del proprio lavoro. «Il contributo delle donne militari – ha spiegato la vicepresidente dell'Ordine di Sassari – è molto importante anche nei luoghi operativi. Pensiamo alle missioni di peace keeping, dove l'essere donna rappresenta una risorsa aggiuntiva determinante, che facilita il rapporto con le popolazioni locali». Il riferimento è ai Paesi in cui, per motivi religiosi o culturali, solo le donne medico possono avvicinare le donne pazienti per vaccinazioni o per prestare loro le cure: la risorsa femminile si rivela in questi contesti essenziale o, per usare un termine meramente militare, "strategica".

Affidate al presidente della FNO-MCeO Amedeo Bianco le conclusioni del workshop maddalenino. Senza tentennamenti, Bianco ha dichiarato che la Carta etica del medico militare si farà e che sarà necessario ora «costituire insieme un collegio che, in modo sistematico e continuo, affronti lo sviluppo del Codice etico civile e militare». Ma il presidente della Federazione Nazionale ha anche sostenuto la necessità di allargare anche ai medici militari il percorso formativo dell'ECM (Educazione Continua in Medicina).

«La Cassazione ha affermato che il medico non deve rispondere ad alcuna regola se non a quella di garantire il bene dei cittadini – ha dichiarato Bianco – Oggi questa professione ha bisogno di rafforzare autonomia e responsabilità. La nostra professione non si può esercitare

senza un forte senso civile. Noi non siamo più una corporazione, siamo straordinari cittadini perché straordinarie sono le nostre responsabilità. Costruire una Carta vuol dire costruzione delle idee: pensate che alla base del moderno codice deontologico c'è la Carta di Norimberga. Devo condividere con voi un altro pensiero – ha concluso il Presidente – la guerra non è lo strumento ordinario per risolvere alcune questioni. La guerra è sofferenza per i popoli, per i più deboli».

Con l'appuntamento sardo si è così aperto un dialogo storico fra sanità civile e militare: due realtà che hanno saputo mettere da parte reciproche diffidenze per gettare le basi di un percorso comune nell'interesse non solo della professione medica, ma in ultima analisi dei cittadini stessi.

ORARI DI APERTURA AL PUBBLICO

lunedì – mercoledì –

venerdì: dalle ore
11.00 alle ore 13.00

martedì: dalle ore
11.00 alle ore 13.00 e

dalle ore 15.00 alle
ore 17.00

giovedì: dalle ore
11.00 alle ore 15.30

(orario continuato)

2/Due giornate di lavori a La Maddalena

Percorsi comuni per integrare e armonizzare le professioni

Si è concluso nella tarda mattinata di sabato 1 ottobre 2011 il workshop su sanità civile e sanità militare organizzato da FNOMCeO e Federazione Regionale degli Ordini dei Medici della Sardegna. La prima giornata del convegno “La professione medica nei 150 anni dell’Unità d’Italia. Dalla storia al futuro. Sanità Militare e società civile” si è sviluppata all’insegna dei 150 anni dell’Unità d’Italia, con Agostino Sussarellu, presidente della Federazione degli OMCeO della Sardegna e presidente OMCeO di Sassari, che ha introdotto i lavori sottolineando l’importanza di tenere proprio alla Maddalena un convegno che punta a creare sinergie tra il mondo della sanità militare e quello della sanità civile, incastonata nel Ssn.

Sussarellu e Maurizio Benato, vice-presidente FNOMCeO hanno esordito spiegando che “il percorso è già avviato, si tratta di arrivare al risultato e questo convegno ha anche questa ambizione: pervenire al più presto alla Carta Etica per la Sanità militare e modifica al Codice deontologico per implementare proprio il tema della sanità militare”. Sussarellu ha poi parlato della necessità di “un’integrazione tra i due mondi. Siamo in un luogo che ha avuto alti e bassi negli anni, a seconda di come si sono sviluppate le vicende che hanno coinvolto la sanità militare”.

Sergio Sabbatani, dirigente medico nel Policlinico Sant’Orsola e

Malpighi di Bologna, ha rispercorso la storia dei 150 anni dell’Unità d’Italia, con particolare riferimento alla figura di Giuseppe Garibaldi. A un chilometro dalla Maddalena, c’è Caprera. Forse anche per questo, forte è il legame in questa zona con il ricordo dell’eroe dei due mondi. E Sabbatani si è soffermato soprattutto sulle “ferite di Garibaldi” e su chi lo ha curato.

Duecento anni di sanità militare. È una storia lunga quella della sanità militare, una storia che dura da 200 anni, come hanno spiegato Antonella Arras e Patrizia Vigogna. Due secoli in cui si sono alternati periodi di pace e periodi di guerra, senza dimenticare che ancora oggi i medici militari italiani sono impegnati su teatri di guerra in diverse aree del mondo in importanti azioni di peace enforcing, di peace keeping e di peace building.

E questi aspetti li hanno affrontati Antonio Santoro (Esercito); Pietro Tommaselli (Marina); Alberto Autore (Aeronautica); Vito Ferrara (Carabinieri).

La visione prospettica del passato è necessaria per capire il presente, vale a dire la condizione della sanità militare oggi che si è a un passo da un cambiamento importante: si parla di integrazione, di armonizzazione, di coordinamento di ruoli. Anche se militare, comunque il medico non può che identificarsi con il codice deontologico che individua come

Anche se militare il medico deve identificarsi con il Codice deontologico che si fonda su principi di autonomia indipendenza e libertà intellettuale

fondamento della medicina i principi di autonomia, indipendenza e libertà intellettuale. Chi è medico e militare dovrà far convivere in sé i due aspetti della professione, e, in tal senso, l'integrazione è d'obbligo, un po' come avviene, a livello generale, nei rapporti di collaborazione tra sanità militare e sanità civile in Sardegna - come ha rilevato Sussarellu - un'esperienza che può essere d'esempio anche per altre aree del Paese dove insistono siti militari.

La prima giornata è servita proprio a inquadrare complessivamente il sistema di rapporti tra sanità militare e civile con altre relazioni di Eugenia Tognotti su "Medicina e sanità nel processo di unificazione. Vicende di personaggi, di eserciti e di popolazioni" e di Gennaro Bianchini e Carlo Randaccio su "Sanità militare e sanità civile. Integrazione di ruoli a tutela della salute". Una giornata che fa da base alle prime conclusioni che saranno trattate l'indomani quando si entrerà nel merito delle premesse per una Carta etica del medico militare per poi mettere opinioni a confronto nella tavola rotonda finale su "Aspetti deontologici e aspetti di genere nell'evoluzione della sanità militare".

Nella seconda giornata, è toccato a Daniele Rodriguez, ordinario di Medicina legale a Padova, inquadrare il tema: "Dei 26 Codici deontologici esistenti, solo quello dei medici contempla specifici riferimenti al tema che qui trattiamo. Tutti i Codici affermano la tutela della salute in tempo di pace e in tempo di guerra, ed entrano in contrasto con le "ragioni" della guerra. Ma, per tutte le eventualità non previste, vale la clausola della coscienza. Esiste poi una disuniformità nel riconoscimento dei

Codici da parte della legislazione italiana". Luigi Lista, colonnello medico dello Stato Maggiore della Difesa ha compiuto un vasto excursus tra leggi e normative che governano la professione medica dei militari e il servizio sanitario militare: "Siamo in attesa - ha detto - del decreto del Ministero della Difesa su disposizioni tecniche applicative del Codice dell'Ordinamento militare". Marcello Giannuzzo, colonnello medico dell'Esercito ha sintetizzato: "Il medico militare ha da un lato il giuramento di Ippocrate, dall'altro il giuramento militare. È qui la criticità? La clausola di coscienza è l'unica risposta alle criticità. La carenza di fondi può alimentare comportamenti non etici, specialmente quando le richieste di prestazioni sono superiori alle reali disponibilità. Il circuito Etica militare-Etica medica può trovare la sintesi nell'Etica medicamilitare. I medici militari chiedono l'Ecm e sono favorevoli alla Carta etica".

Si può parlare di Carta etica condivisa? Relazione congiunta Maurizio Benato, Presidente di Padova e Vice-Presidente FNOMCeO e Giacomo Mammana, generale medico all'Ospedale "Celio" di Roma, una relazione complessa per affrontare "una sfida complessa su più piani. La FNOMCeO ha affrontato tante tematiche che conducono verso una nuova professione. La sanità militare richiede un'esplorazione di tipo etico. La Carta etica è una cornice di riflessione generale, condivisa, le norme esistono già. Immaginiamo un servizio sanitario militare interforze che diventi una nicchia importante nel servizio sanitario nazionale.

Il confronto è in atto tra FNOMCeO e Ministero della Difesa e la



Civili e militari presenti al convegno di La Maddalena

Carta etica risponderà ai criteri di trasparenza, revisione periodica e orizzonti di idealità e di principi”. I lavori di questa parte della giornata sono stati coordinati da Sergio Bovenga, presidente dell’Ordine di Grosseto e Annarita Ecca, consigliere Ordine di Cagliari. La tavola rotonda finale è stata moderata da Luigi Arru, presidente di Nuoro, e Federico Marmo, tenente generale medico e capo ufficio della sanità militare. E proprio Marmo ha introdotto i lavori conclusivi: “La sanità militare segue le stesse dinamiche del SSN, comunque è un pianeta complesso. La sanità militare ha pareti trasparenti, non nascondiamo nulla. Abbiamo numerose norme deontologiche, compreso il Codice di sanità militare, un tomo di 1200 pagine, in cui sono contemplati tanti aspetti che stiamo trattando oggi. La professione del medico militare è una vocazione, una scelta di vita. I militari – ha aggiunto Marmo – non lavorano, prestano servizio.

E il senso del servizio ci accompagna nella nostra dimensione sociale dell’essere militari. Esiste anche un’etica della preparazione – ha concluso Marmo – e raccogliamo l’invito della FNOMCeO, perché il nostro primo comandamento è la centralità dell’uomo”.

Rosanna Cecchi, professore di Medicina legale alla Sapienza, Roma, ha auspicato “maggiore conoscenza reciproca tra medicina militare e medicina civile.

Il Codice deontologico dei medici già comprende il passaggio sull’etica ma occorre sviluppare l’eticità della vita e della morte”, mentre Maurizio Balistrieri, docente di Bioetica a Torino, ha ricordato che “anche il Comitato nazionale di bioetica sta affrontando il tema della sanità militare, mentre al Celio si tiene un corso di bioetica militare.

Occorrerà coordinare questi documenti e queste realtà per pervenire alla Carta etica della sanità militare”. Il presidente OMCeO Ravenna e

componente Consulta deontologica FNOMCeO, Stefano Falcinelli, ha affermato: “Noi poniamo al primo posto il bene dei pazienti, di coloro che soffrono.

Occorre compiere una riflessione sui limiti della condizione dei militari in tempo di pace. Siamo per la libertà e l'indipendenza della professione e per i medici il Codice deontologico è unico”.

Donne, stелlette e medicina Entrando poi nel tema della medicina di genere e delle ripercussioni di questa sulla sanità militare, Rita Nonnis, Vice Presidente Ordine di Sassari e componente Osservatorio FNOMCeO della professione medica al femminile, ha ricordato, tra l'altro, che sono 78 le donne medici militari, pari al 5 per cento del totale e Alessandra Garofalo, capo servizio militare mari di Sardegna, ha precisato che “in dieci anni le donne militari sono aumentate progressivamente e sono oggi pari al 10 per cento di tutti gli impiegati nelle Forze armate. Nella Marina militare, lavorano sia a terra, sia a bordo delle navi con professionalità”.

Secondo Mauro Barni, professore emerito di Medicina legale a Siena, “l'attuale Codice deontologico dei medici riguarda anche i medici militari”, i quali, afferma Rodriguez, “stanno tra l'incudine e il martello, tra regole militari e regole deontologiche. Occorre lavorare sulla Carta etica e sull'eticità delle norme”.

E proprio il senso del lavoro comune sulla Carta etica è stato il tema su cui Amedeo Bianco, presidente della Federazione, ha sviluppato il suo intervento conclusivo.

3/Due giornate ***Le conclusioni di*** ***Amedeo Bianco:*** ***la Carta Etica*** ***è pronta***

La Carta etica per il medico militare si farà. Di fatto è pronta, tuttavia ci si arriverà attraverso un percorso comune tra i vertici della sanità militare e la FNOMCeO.

Il presidente della Federazione Amedeo Bianco, nel trarre le conclusioni dei due giorni di convegno a La Maddalena, ha lanciato la proposta di “costituire, insieme, un collegio che, in modo sistematico e continuo, affronti lo sviluppo del Codice etico civile e militare”. Bianco ha poi sostenuto la necessità della formazione continua anche per i medici militari.

La professione medica conosce oggi diversi snodi: “Una cosa è certa – ha detto Bianco – la nostra professione non si può esercitare senza un forte senso civile. Noi non siamo più una corporazione, siamo straordinari cittadini perché straordinarie sono le nostre responsabilità. D'altra parte la Cassazione ha affermato che il medico non deve rispondere ad alcuna regola se non a quella di garantire il bene ai cittadini”. Bianco ha poi aggiunto: “Oggi questa professione ha bisogno di rafforzare autonomia e responsabilità. Costruire una Carta vuol dire costruzione delle idee: pensate che alla base del moderno codice deontologico c'è la Carta di Norimberga.

Devo condividere con voi un altro pensiero: la guerra non è lo strumento ordinario per risolvere alcune que-



Agostino Sussarellu legge la relazione al convegno di La Maddalena

stioni, ma la guerra è invece sofferenza per i popoli, per i più deboli”.

Come registrato da più di un partecipante ai lavori, il rapporto tra sanità militare e sanità civile è di grande complessità, ma il dialogo – ora – è avviato.

I risultati verranno, come hanno sottolineato in modi differenti i presidenti degli Ordini della Sardegna Agostino Sussarellu (Sassari), Luigi

Arru (Nuoro) e Raimondo Ibba (Cagliari). E, ovviamente, non è casuale che un convegno così si sia tenuto alla Maddalena, da sempre sede di insediamenti militari, offrendo nuova vita alle terre che già negli anni scorsi dovevano vivere la vetrina del G8. Tutto all’insegna dei 150 anni dell’Unità d’Italia e con un ricordo vivo di Giuseppe Garibaldi che riposa a Caprera, di fronte alla Maddalena.

ORARIO DI RICEVIMENTO DEL PRESIDENTE DELL’ORDINE

Il Presidente dell’Ordine, dottor Agostino Sussarellu, riceve tutti i martedì pomeriggio presso la sede dell’Ordine previo appuntamento da stabilire al numero di telefono 079/234430.

I/I lavori a Sassari il 12 e 13 giugno scorso

Aspetti medici, giuridici ed etici del testamento biologico

Si è svolto a Sassari il 12 e 13 giugno scorsi un convegno dal tema "Il testamento biologico, aspetti medici, giuridici ed etici", organizzato dall'Ordine Forense di Sassari, dalla Camera Penale della Sardegna e dai Lions International. Pubblichiamo di seguito la relazione del dottor Agostino Sussarellu, presidente dell'Ordine dei Medici di Sassari, e nelle pagine seguenti l'intervento del dottor Antonio Demurtas.

Grazie per avermi invitato, ringrazio l'avvocato Putzolu che mi ha coinvolto e il dottor Spiritu e tutti voi per la pazienza che avrete nell'ascoltarmi.

Vi chiedo scusa in anticipo perché sarò lungo, nel senso che erano previste due relazioni: la prima relazione parla di come il codice di deontologia medica affronta l'argomento sulle direttive anticipate, l'altro argomento è lo stato vegetativo. Questo è l'inizio di una sottoscrizione di quello che può essere un testamento biologico, ed io ho messo la definizione che dà il Comitato nazionale di bioetica su quelle che sono le direttive anticipate. La leggo perché secondo me è molto importante.

Le direttive anticipate sono le volontà che la persona perfettamente consapevole di ciò che sta affermando, dotata di piena capacità di intendere e volere, in piena libertà esprime circa i trattamenti ai quali desidererebbe o non deciderebbe essere sottoposta nel caso in cui nel decorso di una malattia o a causa di traumi o accidenti improvvisi, non fosse più in grado di esprimere il proprio consenso o dissenso informato. Cioè è tutto ciò che ognuno di noi può decidere

quando, lucido e perfettamente cosciente, può dare delle indicazioni sul suo futuro. Il nostro codice di deontologia medica è stato rivisto nel dicembre del 2006, per cui è recentissimo e ha preso in considerazione in maniera approfondita questi argomenti. Io mi permetto sempre di dire ai colleghi, soprattutto ai giovani ai quali io presento regolarmente il codice deontologico, che noi dentro il codice deontologico troviamo le risposte a tutti quelli che sono i problemi che la professione si trova ad affrontare. Dvo essere sincero: se noi potessimo realmente lavorare con il codice deontologico applicabile regolarmente, io penso che molti dei problemi si risolverebbero tranquillamente.

Ho messo l'art. 1 del codice deontologico per due motivi. Intanto perché c'è scritto che i medici devono osservare nell'esercizio della professione i dettami del codice deontologico: non è un potere, è un dovere quello di rispettare il codice deontologico.

Ho portato una serie di articoli.

L'art. 3, che è uno dei fondamenti del codice deontologico, dice che il dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica del-

*Gli aspetti
del Codice
Deontologico:
la piena
consapevolezza
e capacità
di intendere
e volere.
Il caso
dei Testimoni
di Geova*

l'uomo in sollievo della sofferenza, nel rispetto della libertà e dignità della persona umana; il codice pensa alla dignità della persona nel suo insieme anche perché vede la salute intesa nell'accezione più ampia del termine.

Non si tratta solo di salute fisica, noi non possiamo pensare solo alla salute del corpo, dobbiamo pensare anche alla salute psichica.

L'altro pilastro della nostra deontologia è la libertà e indipendenza della professione; l'esercizio della medicina è fondato sulla libertà e indipendenza, che costituiscono diritto inalienabile del medico. Non solo noi vogliamo poter lavorare in modo libero e indipendente, ma il medico non deve soggiacere a interessi, imposizioni e suggestioni di alcuna natura. Guardate che il codice deontologico ha preso lo spunto, per esempio gli ordini in Italia sono stati rivisti e rifondati dopo la fine della seconda guerra mondiale e un grosso input fu tutto quello che successe a Norimberga, con la classe medica che aveva ottemperato in maniera servile a quelle che erano le direttive che venivano allora dal potere centrale.

Il codice deontologico deve essere letto alla luce di questi aspetti: il rispetto, la libertà e dignità della persona e la libertà e l'indipendenza della professione.

Il codice deontologico consta di 76 articoli, la metà di questi articoli sono i rapporti con il cittadino. La professione vede nel rapporto con il cittadino uno dei cardini principali di quello che è il suo procedere. Nell'art. 20 viene ripreso il rispetto dei diritti fondamentali della persona e nell'art. 22 la autonomia e responsabilità diagnostica e terapeutica: il medico cui vengono richieste prestazioni che contrastino con la sua coscienza e col suo

convincimento clinico deve fornire al cittadino ogni utile informazione e chiarimento. Questo significa che il medico può anche esigere la clausola di coscienza, ma non può assolutamente abbandonare il cittadino. Uno può anche essere momentaneamente non in linea con il desiderio del cittadino, ma non può abbandonarlo, non può dire: "Questo a me non interessa e non ti posso accontentare", in caso di mancanza del rapporto di fiducia deve assicurare la propria sostituzione, informandone il cittadino.

La frase, riferita ai malati inguaribili che non devono essere abbandonati, è riferita in senso lato a tutti i pazienti.

Informazione del cittadino: il medico deve fornire al cittadino l'informazione nella maniera più adeguata, più consona, in base a quella che è la capacità di comprensione. Ma soprattutto bisogna essere chiari, non si può nascondere al cittadino qualcosa che è di sua pertinenza. Il medico deve comunicare con il soggetto tenendo conto delle sue capacità di comprensione.

Nella seconda parte dell'art. 33, la documentata volontà della persona assistita di non essere informata o di delegare ad altro soggetto.

L'informazione deve essere garantita, anche questo è un diritto del cittadino; noi non possiamo obbligare il cittadino a essere informato. Io proprio recentemente mi sono trovato con un paziente in fase di diagnosi e mi ha detto: "Dottore, se poi io dovessi avere qualcosa di brutto lei a me non me lo deve dire", per cui dimostra già una volontà, io mi auguro di poter dire che non ha un tumore.

Acquisizione del consenso: il medico non deve intraprendere attività diagnostiche o terapeutiche sen-

za l'acquisizione del consenso esplicito e informato del paziente. La medicina fa ormai del consenso informato uno dei cardini; noi a Sassari ci vantiamo molto di questo, Sassari vanta in Italia la scrittura del primo codice di etica e deontologia medica nel 1903. Nell'art. 4 scrissero esattamente che il medico non può fare nessun atto senza il consenso informato del paziente, una cosa diventata rivoluzionaria, poi il codice deontologico negli anni '80 ha sposato questa tesi.

Acquisizione del consenso: in ogni caso, in presenza di documentato rifiuto di persona capace, il medico deve desistere dai conseguenti atti diagnostici o curativi, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà del paziente. Noi sappiamo cosa è successo, abbiamo visto la vecchietta che ha rifiutato l'amputazione e cose di questo genere che hanno fatto scalpore, ma che rientravano nel diritto della persona.

Il medico deve intervenire in scienza e coscienza nei confronti del paziente incapace, nel rispetto della dignità della persona e della qualità della vita, evitando ogni accanimento terapeutico tenendo conto delle precedenti volontà del paziente. Questo è il primo passo sulle direttive anticipate ed è stato modificato nel 2006, rispetto al precedente dove c'era scritto "può anche tener conto". Noi all'interno del consiglio nazionale, quando abbiamo parlato di questi argomenti, abbiamo preferito mettere la frase "tenendo conto", come obbligo per il medico.

Autonomia del cittadino e direttive anticipate: il medico deve attenersi, nell'ambito dell'autonomia e indipendenza che caratterizza la professione, alla volontà liberamente es-

pressa dalla persona di curarsi e deve agire nel rispetto della dignità, libertà autonomia della stessa. Noi non possiamo influire su quella che è la libertà della persona, dobbiamo rispettare questo obbligo morale.

Il medico, compatibilmente all'età, la capaci di comprensione e la maturità del soggetto, ha l'obbligo di dare adeguate informazioni anche al minore e di tener conto della sua volontà, in caso di divergenze insanabili rispetto alla richiesta del legale rappresentante deve segnalare il caso all'autorità giudiziaria. Analogamente deve comportarsi di fronte a un maggiorenne infermo di mente, quello che noi normalmente facciamo. È capitato varie volte, l'esempio più classico è quello con testimoni di Geova, nel momento in cui i genitori rifiutano la trasfusione di sangue, il medico fa intervenire il giudice tutelare che dà l'autorizzazione al medico curante di gestire la situazione.

Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà, deve tener conto nelle proprie scelte di quanto manifestato precedentemente dallo stesso, in modo certo e documentato. Credo che questo capoverso faccia capire qual è la posizione che la classe medica ha su quelle che sono le direttive anticipate. È una frase che non dà spazio a interpretazione diversa.

Il testimone di Geova è una spina nel fianco. A volte ho sentito i medici legali che raccontano che il testimone di Geova con i suoi diritti, può rifiutare la trasfusione di sangue, in sala operatoria nel momento in cui l'anestesista lo addormenta, ci si chiede: "E se ha cambiato idea?" io lo trasfondo.

Io penso che questo sia un qualcosa che esula dal normale rapporto col

cittadino. Devo anche dire la verità: il collega dottor Arru, oncoematologo, si è trovato un paziente con una patologia, mi pare leucemia che aveva necessità urgente di sangue. Era un paziente testimone di Geova, che ha rifiutato la trasfusione, in più era schizofrenico per cui è stato sottoposto a perizia psichiatrica dalla quale è risultato che era in condizioni di intendere e di volere, perfettamente equilibrato. Perciò si sono trovati nel reparto a chiedere un parere: hanno chiesto un parere alla Procura, la risposta fu: “Noi agiamo sui fatti, se il medico trasfonde e c’è una denuncia, è violenza privata; se non lo trasfonde e muore è omissione di soccorso”. È qui che noi chiediamo chiarezza, Voi capite bene che se il paziente è morto e la famiglia non ha avuto niente da ridire, il problema non c’è. Ma può succedere, che ci si trovi in una situazione o nell’altra.

L’art. 53 del codice deontologico, prevede per il medico anche l’obbligo di non intervenire forzatamente nel caso una persona attui, lo sciopero della fame (Pannella per esempio) e dice che quando una persona rifiuta volontariamente di nutrirsi, il medico ha il dovere di informarlo ma non può intervenire, perché il decreto Calabrò, che noi come federazione abbiamo molto criticato, prevedeva che la nutrizione e l’idratazione non facessero parte delle direttive che una persona può esprimere.

Noi abbiamo fatto una serie di riunioni, abbiamo fatto gruppo etico allargato in federazione a Roma, all quali abbiamo invitato tutte le società scientifiche italiane, talune anche di fama internazionale: anestesisti, rianimatori, nutrizionisti. Quello che prepotentemente è venuto fuori è che nutrizione e idratazione sono cosa

diversa dall’alimentazione; un panino e una flebo non sono la stessa cosa; una Coca Cola non è una flebo.

La nutrizione enterale e parenterale forzata che si fa ai pazienti è fatta da un insieme di aminoacidi, glicidi, vitamine, proteine, liquidi che il farmacista su indicazione medica mette in una sacca che può essere collegata a un sondino gastrico o una peg e serve per nutrire un paziente. Oppure il paziente può essere infuso in vena. Per intenderci: la peg è un intervento chirurgico e prevede che attraverso la cute si faccia nell’addome un buco, ci si infila un tubo di una certa entità che va a finire nello stomaco e, nelle 24 ore goccia a goccia fluisce il cibo. Il problema che noi ci siamo messi è se la nutrizione non è atto medico, in quanto qualcosa che non può essere rifiutata, allora la può fare chiunque, allora se non è atto medico e può farla benissimo il familiare. Ma allora il Servizio Sanitario Nazionale deve passare questo tipo di assistenza? Vi è una serie di questioni che sono prepotenti e che vengono alla luce.

Credo che bene sarebbe riflettere, perché il decreto Calabrò l’abbiamo trovato confusionario; a volte parlava di stati vegetativi permanenti, a volte di stati terminali. I pazienti terminali sono anche i pazienti oncologici.

Ho concluso con la seconda parte della definizione che dà il Comitato di bioetica sulle direttive anticipate. In realtà le dichiarazioni non possono essere intese soltanto come un’estensione della cultura che ha introdotto nel rapporto medico-paziente il modello del consenso informato, ma hanno anche il compito molto più delicato e complesso di rendere ancora possibile un rapporto personale tra il medico e il paziente, proprio in quelle situazioni estreme in cui non

sembra poter sussistere alcun legame tra la solitudine di chi non può esprimersi e la solitudine di chi deve decidere.

Perché nel momento in cui ci si trova davanti a questi pazienti, non vale il detto: siamo in dieci, siamo in venti. Si decide da soli, si decide con la propria coscienza, con la famiglia, si decide col paziente che ha parlato con te.

E a volte sono delle decisioni pesanti per la coscienza di chi sta vicino al malato.

Agostino Sussarellu

Lo stato vegetativo

La relazione sullo stato vegetativo l'ho preparata con il collega di Nuoro dottor Luigi Arru.

Lo stato vegetativo è stato definito per la prima volta da Brian Young. Ho scelto un albero per rappresentare lo stato vegetativo; è qualcosa di vivo, di vitale ma prende il nome proprio dalla parte vegetale della natura.

La definizione di stato vegetativo del 1972 è una definizione che rivoluzionò la medicina: vorrei precisare che il responsabile di tutto quello che succede nello stato vegetativo è la rianimazione, la mia specializzazione. Siamo noi i responsabili dell'evolvere di queste situazioni.

La rianimazione nasce negli anni '50, si scopre che si possono tenere in vita le persone con i respiratori; negli anni '50 in Svezia o Norvegia ci fu un'epidemia di poliomelite e i pazienti che avevano una paralisi respiratoria potevano essere tenuti in vita ventilandoli. Non esistevano macchine, esistevano i palloni ambo che gonfiano i polmoni e poi si distendono: fu creata una coalizione di sostegno.

La gente, assisteva le persone, ventilandole a mano per far superare la fase e tornare alla vita, si pensò che forse era meglio creare delle macchine. Nacquero così i primi respiratori. Si cercava di ostacolare la morte, purtroppo le evoluzioni di queste metodiche ci hanno portato a grossi problemi etici di cui parliamo oggi, ci chiediamo a volte cosa stiamo portando avanti.

Nancy Kuzman è una ragazza che in seguito a un trauma andò in coma. Era attaccata a un respiratore e i genitori ottennero l'autorizzazione dal giudice di staccarla dalla macchina. Si pensava che, staccandola dalla macchina, sarebbe morta, ma in quel momento Nancy iniziò a respirare da sola e rimase in respiro spontaneo per parecchi anni: "È nata nel 1956 e morta nel 1983 e finalmente ha raggiunto la pace nel 1990", questo è il pensiero che i genitori hanno voluto esprimere, questa è la base dei problemi etici che hanno avvolto la professione così pesantemente.

Col proseguire del tempo le apparecchiature sono diventate più sofisticate e i problemi sono maggiori, soprattutto perché le persone sopravvivono con danni non solo fisici ma con ritardo mentale: una dipendenza totale. Non immaginate un ritardo mentale solo come può essere un paziente normale con ritardo mentale che siamo abituati a vedere, ma è un ritardo completo psichico dell'individuo.

L'uomo ha cercato di controllare la morte, io penso che sia come se il Padre Eterno ogni tanto ci punisse. Voi sapete che la medicina aveva pensato: "Abbiamo debellato le malattie infettive" ed è arrivata l'aids, ci ha fulminato. L'aids è stata per la medicina una pugnalata al cuore perché è stata la dimostrazione che la

natura poteva creare nuove malattie.

Si ha proprio un nascere di nuove patologie; è un pochino come ci fosse una punizione per la presunzione dell'uomo e l'uomo nella sua storia è passato da quella che era la paura della morte apparente (ricordo quando ero ragazzo si raccontava di bare che venivano trovate rovesciate), alla paura di qualcosa che si cerca di contrastare in tutte le maniere.

Bergman fa giocare a scacchi il cavaliere con la morte, ma poi perde ugualmente.

La battaglia contro la morte noi la perdiamo e la perderemo sempre perché è una cosa naturale, però siamo arrivati oltre la paura della morte, perché ora la gente esprime la paura di stati che man mano si conoscono sempre di più, stati di coscienza alterata.

Ippocrate nel 400 avanti Cristo disse: "L'uomo deve sapere che soltanto dal cervello derivano le gioie, i piaceri, le risate, la tristezza, i dolori, il pianto, gli scherzi, l'avvilimento e per merito suo acquisiamo saggezza e conoscenza e vediamo e sentiamo e impariamo cosa è giusto e cosa è sbagliato, cosa è dolce e che cosa è amaro".

Il cervello è un ammasso di cellule e di strutture complicatissime: la coscienza è identificata come piena consapevolezza di sé, dell'ambiente circostante e può essere definito cosciente chi è sveglio, pensa e prova emozioni. Sono due le componenti: la vigilanza e il contenuto.

Il coma deriva dalla parola "sonno". È uno stato patologico, caratterizzato dalla sospensione dello stato di coscienza, dalla contestuale perdita di ogni capacità motoria e sensitiva. È un paziente che tiene gli occhi chiusi, immobile – a meno che non sia un coma superficiale – io parlo di un paziente in coma profondo, che

può anche essere stimolato, ma non dà nessun segno di risposta.

Il coma è il contrario della coscienza, cioè quella condizione di perdita temporanea sia della vigilanza che del contenuto: infatti, viene definito come impossibilità ad aprire gli occhi, pronunciare parole comprensibili, incapacità a eseguire gli ordini anche dopo stimolazione intensa. Una persona in coma, anche dopo lo stimolo doloroso, ha gli occhi chiusi, non risponde, non ha stimolo, non ha relazioni con l'ambiente. Quando cerchiamo di capire se uno ha un minimo di coscienza, la prima cosa che chiediamo è di stringere la mano e di tirare fuori la lingua. Reazioni elementari, basilari, infantili; in pratica sono i primi gradini dell'evoluzione dell'uomo.

Sembrirebbe una condizione del tutto simile al sonno fisiologico, dal quale si differenzia nel suo manifestarsi perché nessuno stimolo per quanto intenso provoca risveglio. C'è sofferenza cerebrale, il cervello sta soffrendo in maniera notevole.

La durata del coma è limitata nel tempo. I numeri prendeteli con beneficio d'inventario, perché secondo le scuole sono minori o maggiori. I giorni o le settimane che poi possono servire per definirlo. Se il danno è enorme, si può arrivare alla morte cerebrale; altrimenti, dopo un certo numero di settimane, le funzioni primitive e automatiche ritornano come se ci fosse un automatismo che riacende queste funzioni, che ripartono. Si ricomincia a respirare, si aprono gli occhi, si dorme e ci si sveglia. Non è un ritmo legato al nostro, non pensate che alle 3 ci si svegli e la sera alle 20 si vada a dormire: i pazienti in queste condizioni possono dormire 2 giorni e 2 giorni star svegli; il ritmo può essere di ore o di giorni, non è riconoscibile alcun contenuto della

coscienza in nessuna risposta volontaria.

Si può fare uno schema di quello che può succedere dopo un insulto cerebrale: il paziente va in coma, o si risveglia rapidamente oppure esistono varie possibilità:

- uno stato vegetativo;
- uno stato di minima coscienza che può evolvere nel risveglio completo o in una permanenza di minima coscienza oppure lo stato vegetativo permanente;
- una sindrome di “locked in”, che è terribile;
- infine la morte cerebrale.

Il paziente ha gli occhi aperti o li apre dopo intensa stimolazione dolorosa, possiede movimenti erratici, gli occhi si muovono a destra e sinistra, ma non d’inseguimento; non fissa un punto con lo sguardo se richiesto, ha movimenti afinalistici degli arti, talvolta emette lamenti, ma mai parole. Sono presenti i riflessi della prensione, che è un riflesso in genere dei bambini piccoli (quando contro la mano del bimbo si mette un dito, il bimbo si appende e rimane appeso alle mani), è un riflesso primordiale dell’uomo che riappare in queste fasi di sofferenza cerebrale. È presente lo sbadigliare, il digrignare i denti, masticare, deglutire in alcuni casi – ma non tutti deglutiscono – aprono gli occhi o sbadigliano o digrignano i denti.

Lo stato vegetativo, di solito segue uno stato di coma causato da danno cerebrale che può essere o traumatico o anossico ischemico, emorragico. Una terza evenienza sono le malformazioni o i problemi metabolici: sono gli unici casi in cui uno stato di coma vegetativo può arrivare senza passare per uno stato di trauma.

L’insulto anossico ischemico (ictus, trombosi) può essere la conseguenza di un arresto cardiaco con un

perdurare dell’anossia cerebrale per un lungo periodo di tempo. Lo stato vegetativo è una condizione di completa incoscienza di sé e dell’ambiente, persistenza del ritmo sonno-veglia, mantenimento completo o parziale delle funzioni automatiche, può essere diagnosticato se non vi è evidenza di coscienza dell’ambiente, risposte comportamentali costanti e riproducibili, intenzionali o volontarie a stimoli visivi, uditivi, tattili o dolorifici, comprensione ed espressione del linguaggio.

Invece, quando vi è evidenza di ritmo sonno veglia, funzioni automatiche sufficientemente preservate da permettere la sopravvivenza, respiro, attività cardiaca, incontinenza sfinterica, riflessi del tronco cerebrale e del midollo spinale conservati anche se non intatti, si tratta di quei riflessi che sono assenti nella morte cerebrale.

La diagnosi è una diagnosi clinica, che non può essere fatta con esami anche sofisticati e le indagini strumentali:

- lo stato di normale coscienza;
- la morte cerebrale dove il metabolismo è assente;
- il sonno o la veglia;
- il sonno a movimenti rapidi;
- l’anestesia generale;
- lo stato vegetativo.

Lo stato vegetativo è un livello ancora più basso dell’anestesia generale, che mette l’individuo in una condizione quasi d’incoscienza totale. Esistono alcune tecnologie, come la risonanza magnetica funzionale, che possono mettere in evidenza le zone funzionanti del cervello: tuttavia si tratta di sistemi particolari che sono presenti solo in 3 o 4 centri in Italia. L’immagine della risonanza del cervello di Terri Schiavo (giovane americana rimasta in stato vegetativo per 15 anni), paragonata a quella di

un cervello normale, dimostra una differenza sostanziale e profonda: il grave danno cerebrale di questa donna è stato poi confermato dall'auto-psia. Per completezza va detto che si deve porre una diagnosi differenziale con quelle che sono le altre patologie similari: lo stato di minima coscienza e lo stato di locked in (chiuso dentro). Un minimo di coscienza significa tra il bianco e il nero, che sono i due estremi, tutta la fascia intermedia che c'è di tutti i grigi possibili e immaginabili.

Ci sono pazienti ai quali vengono sistematicamente ricaricate delle pompe spinali che servono per controllare la spasticità. Ci sono pazienti che, come unica cosa, sorridono quando sentono la voce di un parente o altri che dicono una parola. C'è quindi una gamma impressionante di risposte. Il "locked in" è la situazione che più spaventa come idea: "batti le palpebre e vivi", sono persone che hanno uno stato completo di coscienza, lucide e coscienti, sono completamente bloccate chiuse dentro, e l'unico movimento che riescono a fare è quello di muovere le palpebre, dialogare e anche scrivere.

Viene fatta una distinzione tra lo stato vegetativo persistente e permanente, ma è scolastica. Infatti, nella commissione etica si è parlato solo e sempre di stato vegetativo. Dopo pochi mesi che il paziente resta in coma, se persiste questo stato, è una diagnosi, mentre diventa una prognosi quando è permanente, cioè quando, dopo un tot di tempo, non c'è risveglio. È una prognosi infausta, e più passa il tempo e minori sono le possibilità di risveglio. È vero che si parla di qualche risveglio in alcuni pazienti, ma il problema reale è sempre nella diagnosi: "Era uno stato vegetativo permanente o era uno stato di minima coscienza?".

A una paziente in coma da cinque mesi e che non collaborava in nessuna maniera, durante un'indagine con una risonanza magnetica funzionale, si è richiesto di immaginare una partita a tennis o camminare dentro la sua casa. Le immagini ottenute, paragonate a quelle di una persona normale, erano più o meno sovrapponibili. Questo significa che si può arrivare in qualche maniera a comunicare: erano passati solo cinque mesi, era un paziente in stato di minima coscienza, che ha continuato a fare progressi, perché la cosa importante è stimolare questi pazienti.

Il problema vero di questi pazienti in stato vegetativo è il fatto che la società spesso se ne lava le mani; non c'è un sistema di assistenza globale alla persona. Ma non solo alla persona, un'assistenza globale alla famiglia, perché spesso i pazienti vengono affidati alla famiglia ed è la famiglia che deve sopportare il peso di questa situazione.

Un esempio che può essere banale, è quello della fisioterapia che, nell'assistenza sanitaria nazionale, ha lo scopo della rieducazione funzionale. Tuttavia, se un soggetto non è recuperabile, non gli compete più la fisioterapia, e questa situazione assurda può dare un'idea di quale assistenza viene data a questi pazienti.

Esistono i diritti per i pazienti in stato vegetativo, ma esistono i diritti anche per le famiglie. In ogni caso è un problema della collettività non solamente dell'individuo o della famiglia.

Agostino Sussarellu
Luigi Arru

SITO WEB: www.omceoss.org
E-MAIL: ordine@omceoss.org

2/I lavori a Sassari il 12 e 13 giugno scorso

Morte cerebrale problemi: etici, sociali e giudiziari

Il dottor Antonio Demurtas ha svolto la sua relazione sulla morte cerebrale dal punto di vista etico, professionale, sociale e giuridico. Pubblichiamo il testo:

Il cervello nella storia

Inizierò la mia relazione ricordando il nostro maestro che è Ippocrate, il quale diceva, nel IV secolo a.C.: “gli uomini dovrebbero sapere che da nient’altro se non dal cervello derivan la gioia, i piaceri, il riso, i dispiaceri, il dolore e l’angoscia, lo

sconforto ed è mediante esso che noi acquisiamo saggezza e conoscenza, e che possiamo sentire e riconoscere ciò che è lecito e ciò che è giusto, ciò che è cattivo e ciò che è buono... “.

A distanza di 2400 anni la scienza ha dato ragione al nostro maestro Ippocrate, che è stato il primo a superare il paradigma di Aristotele, secondo il quale la sede del pensiero, del ragionamento era situato nel cuore.

Seguace di Ippocrate fu Galeno che ipotizzò che l’uomo fosse costituito da diversi spiriti: animale, naturale e vitale.

Studi e osservazioni strumentali sulla struttura del cervello rivelano i meccanismi che innescano alterazioni irreversibili



Figura n. 1

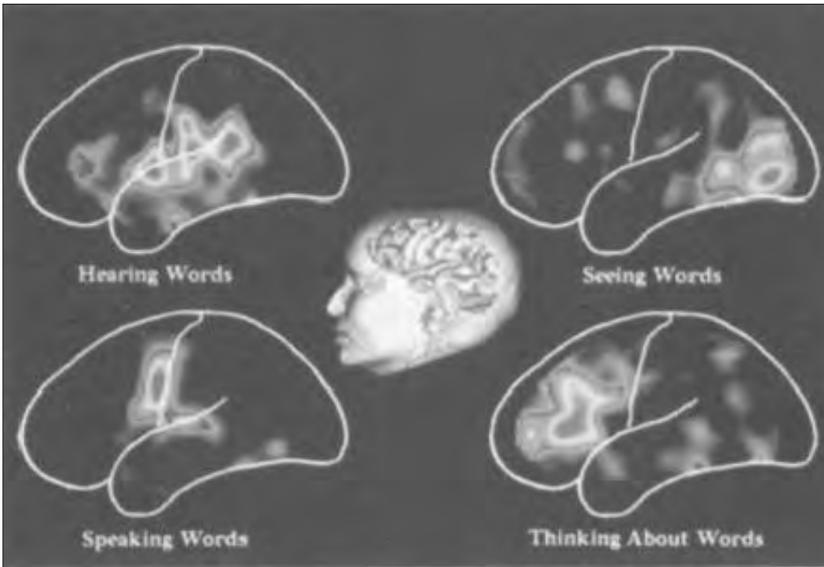


Figura n. 2

Lo spirito animale, sito nel cervello, controllava movimenti, percezione e sensi; lo spirito vitale, nel cuore, controllava il sangue e la temperatura corporea, mentre lo spirito naturale, nel fegato, regolava alimentazione e metabolismo.

Galeno sezionava e vivisezionava animali e assimilava la loro fisiologia a quella umana.

Le concezioni di Galeno rimasero in vigore per tutto il Medioevo, anche a causa del divieto imposto dalla religione Cristiana alla sezione dei cadaveri.

Nel gennaio 1540, Vesalio visitò Bologna come docente. Durante tale soggiorno, ricostruì lo scheletro completo di una scimmia e di un uomo e, dalla comparazione di essi, si accorse che le descrizioni galeniche erano basate sulle dissezioni di animali e non di uomini.

La confutazione di molte teorie galeniche divenne poi uno dei punti chiave del *De humani corporis fabri-*

ca e l'inizio della rivoluzione scientifica.

Metodo scientifico

Nel 1600 avviene la Rivoluzione Scientifica, basata sulle teorie di Bacone, Cartesio e Galileo. Bacone è il teorico del metodo empirico con *pars destruens* e *pars costruens*, tavole di presenza-assenza, gradi di esclusione (sillogismo di Aristotele), attraverso le quali si arriva a conoscenza in maniera induttiva. Cartesio "*Dubium sapientiae initium*" (il dubbio è l'origine della saggezza) elabora la teoria sulla scienza come conoscenza deduttiva. Galileo, vero padre del metodo scientifico, elabora un metodo articolato in più fasi: induttiva, ossia osservazionale analitica, alla quale segue una fase deduttiva matematica che segue la nascita del metodo scientifico per definizione riproducibile. Il perfezionamento di tali metodi sono in continua evolu-

zione, i più recenti sono le riflessioni di Popper e le teorie sul metodo di Lakatos.

Studi osservazionali

Tra gli studi osservazionali, non scientifici, vanno citati gli studi di Gall e di Lombroso, i quali, sulla base delle dimensioni e della conformazione del cervello, tentarono di capire se una persona avesse delle predisposizioni criminali. Lombroso, addirittura, propose la pena di morte per alcuni individui criminali che avevano determinate conformazioni del cranio, quasi a ricercare una purificazione della specie. Mentre Broca, con i suoi interessi sulla craniometria, fece delle scoperte eclatanti, tanto che ancora oggi si parla di afasia di Broca, che indica una lesione dell'area (detta area di Broca) della circonvoluzione frontale inferiore dell'emisfero sinistro. Nel 1861, grazie all'autopsia eseguita sul corpo di un suo paziente che in vita aveva mostrato segni di inabilità a parlare, scoprì la presenza di una lesione nell'emisfero cerebrale sinistro, originata dalla sifilide, ed in relazione a questo danno riferì la difficoltà ad esprimersi del paziente.

Mappature cerebrali

La dottrina del neurone di Cajal, la dimostrazione di Galvani dell'attività elettrica dei neuroni, gli studi di Claude Bernard sulla trasmissione chimica dei messaggi nervosi e gli studi di Darwin furono fondamentali per dimostrare i rapporti fra aree cerebrali e funzioni superiori. L'attività elettrica e soprattutto l'attività chimica del cervello stanno quindi alla base anche di complesse manifestazioni cognitive ed affettive come

il pensiero, la memoria, i sentimenti, il linguaggio, le emozioni, ecc. Ne consegue che i disturbi di tali funzioni derivano da lesioni di specifiche aree cerebrali.

Galvani ipotizzò l'esistenza di "un'elettricità intrinseca all'animale dando l'idea dell'elettroencefalogramma (EEG), la registrazione dell'attività elettrica dell'encefalo. La tecnica è stata inventata, nel 1929, da Hans Berger, il quale scoprì che vi era una differenza di potenziale elettrico tra aghi infissi nello scalpo, oppure tra due elettrodi (piccoli dischi di metallo), quando essi sono posti a contatto con la cute sgrassata del cuoio capelluto. Tale tecnica fu in seguito perfezionata da Herbert Jasper. Quindi si riuscì a registrare il primo elettroencefalogramma che è, a tutt'oggi lo strumento più idoneo ed attendibile per accertare la morte cerebrale. McCloskey e Sokol e altri, attraverso studi morfologici e metabolici riuscirono ad effettuare le mappe cerebrali ed a studiare "l'ordine del cervello", proprio come disse Ippocrate. Possiamo dire, approssimativamente che il lobo frontale è più specializzato per programmare ed eseguire il movimento; quello parietale per la percezione delle sensazioni somatiche; quello occipitale per la visione, quello temporale per l'udito, l'apprendimento e la memoria. Vi sono diverse aree motorie sensitive: area del linguaggio, area della comprensione di ciò che stiamo dicendo, nella corteccia visiva primaria noi vediamo qualcosa senza un significato; nell'area visiva secondaria diamo un significato alle cose che vediamo.

Studi successivi evidenziarono la predominanza emisferica, valutando che la parte sinistra dell'encefalo è

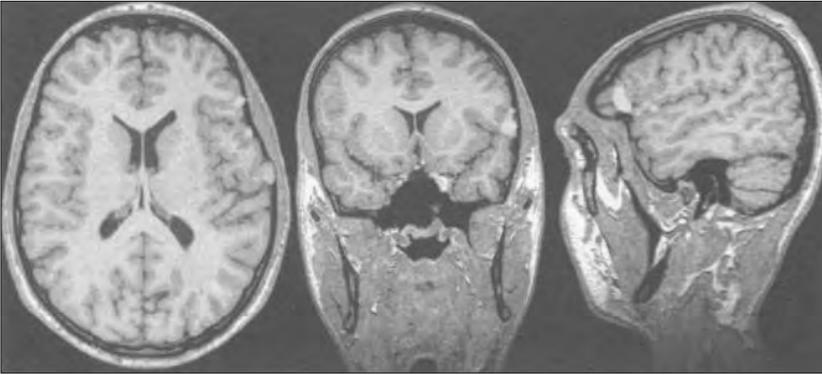


Figura n. 3

quella deputata al linguaggio (area di Broca), ma anche al ragionamento logico matematico, al contrario della parte destra dove è sita l'area della creatività, dell'immaginazione, dell'introspezione, possiamo dire l'area più artistica.

Nella figura 2 si può capire che questi studi scientifici analizzano la funzione del cervello di ognuno di noi in base al consumo del metabolismo cerebrale in quella sede (PET). Nella corteccia cerebrale c'è un metabolismo accentuato con un maggiore consumo di glucosio, dove si pensa di parlare (generazione delle parole), mentre io parlo s'illumina una specifica area, mentre voi che ascoltate s'illumina un'altra specifica area, voi che mi vedete parlare s'illumina questa parte, se poi capite quello che dico s'illumina un'altra sede specifica.

La figura 3 rappresenta una risonanza magnetica funzionale che indica, illuminandole, quali aree siano coinvolte mentre si parla, se vi è un contatto tattile di qualsiasi genere, diversificato tra stimolo non doloroso e doloroso. Così, anche quando una persona ascolta, quando una persona riesce a capire la posizione dove

sente, ad esempio, una musica, quando una persona è capace di discriminare quando sente un'orchestra, il suono del violino, il suono del clavicembalo, del basso e quindi si illuminano tutte queste aree corrispondenti.

È importante sottolineare, pur non approfondendo il tema che ci porterebbe troppo lontano, che nel cervello esiste anche una geografia delle emozioni con il centro della tristezza, quello della rabbia, quello della felicità e della paura.

Filogenesi

Strutturalmente, il cervello è formato da: corteccia cerebrale, tronco encefalo, nuclei della base, talamo e ipotalamo. Funzionalmente, può essere suddiviso in: paleo corteccia - vigilanza - (tronco encefalo e nuclei della base), la zona più antica, atta a preservare le funzioni vitali, la vita, la vigilanza. Neocorteccia - coscienza - (corteccia frontale), area ideativa; una persona pensa di fare una determinata azione, qua nasce il progetto, questa è un'area di associazione e di elaborazione di tutte le sensazioni uditive acustiche.

La neocorteccia è divisa in lobi:



Figura n. 4

frontale, temporale, parietale e occipitale e svolgono diverse funzioni. Ad esempio, il lobo occipitale contiene la corteccia visiva primaria, il lobo temporale contiene la corteccia uditiva primaria, ulteriori suddivisioni o aree di neocorteccia sono responsabili di specifici processi cognitivi. Nell'uomo, il lobo frontale contiene aree dedicate alle abilità che vengono esaltate per la nostra specie, come l'elaborazione del linguaggio complesso localizzato nella corteccia prefrontale ventrale (area di Broca). Nell'uomo e in altri primati i processi emotivi sono localizzati nella corteccia orbito frontale.

Alcune strutture relativamente antiche nella filogenesi evolutiva, come l'ippocampo, il sistema limbico, il diencefalo, presiedono alla vita vegetativa ed all'emotività. Altri nuclei della base (il talamo ecc) smistano e correlano le sensazioni della corteccia. È possibile che queste ultime strutture determinino sensazioni imprecisate al soggetto anche se è privato della corteccia (sensazioni però non coscienti). Tali strutture,

quando presenti, emettono potenziali d'azione alla registrazione dell'EEG.

La vigilanza è sostenuta dalla sostanza reticolare (paleocorteccia); la vigilanza è diversa dalla coscienza. La coscienza è qualcosa di più evoluto, la coscienza di parlare, di ascoltare, coscienza di fare una pianificazione di qualunque genere è dovuto alla corteccia (neocorteccia), mentre il tronco encefalo (paleocorteccia) è fondamentale per la vita, senza tronco encefalo non si vive. Nel tronco encefalo ci sono il centro apneustico ed il centro pneumotassico, il pacemaker del respiro, senza esso un individuo non può respirare, un'alterazione a questo livello causa il blocco della respirazione.

L'assenza di coscienza e di vigilanza porta al coma, mentre l'assenza di coscienza con ripresa di vigilanza è stato vegetativo; dello stato vegetativo si è parlato ieri, così anche è stato fatto qualche cenno per quanto riguarda il mutismo acinetico.

Nella figura 4 e 5 vengono rappresentate le funzioni deputate al tronco encefalo, vigilanza non coscienza,

regolazione dell'omeostasi generale, nel tronco encefalo ci sono i nervi cranici e queste sono le cose che noi andiamo a studiare quando facciamo un'osservazione di morte cerebrale.

Metabolismo e danni cerebrali

Il cervello a fronte del 2% del peso corporeo, ha un metabolismo che consuma il 20% dell'ossigeno e il 15% della gittata cardiaca, ci sono meccanismi di regolazione della pressione arteriosa, l'autoregolazione per cui se la pressione cala al di sotto di 60/80 mm. Hg si va in ipoflusso con ipoperfusione cerebrale, quando si va al di sopra di 170 mm Hg si va in iperaflusso, causando lesioni cerebrali irreversibili.

Ma il cervello per funzionare di cosa ha bisogno? Per funzionare ha bisogno di energia che viene data dal

glucosio e dall'ossigeno, il cervello non ha scorte, basta soltanto che l'apporto si interrompa, che non arrivi sangue al cervello che questo, nell'ambito di 6/8 minuti è morto, in modo irreversibile, è una "poltiglia". Se noi facciamo una biopsia cerebrale dopo 8 minuti da un arresto cardiaco vediamo proprio che il cervello è diventato una "poltiglia": questo è un dato importante da considerare.

Il glucosio è importantissimo per la vita dell'individuo perché ne è la benzina; ricordiamoci che nei vecchi ospedali psichiatrici, quando ci si trovava di fronte ad un paziente schizofrenico violento, si procurava il coma insulinico che faceva abbassare la glicemia a livelli critici, la struttura che risente per prima di questo abbassamento è la neocorteccia, per cui queste persone conservavano la vigilanza perché il tronco è resistente al calo di glucosio, ma venivano resi degli idioti.

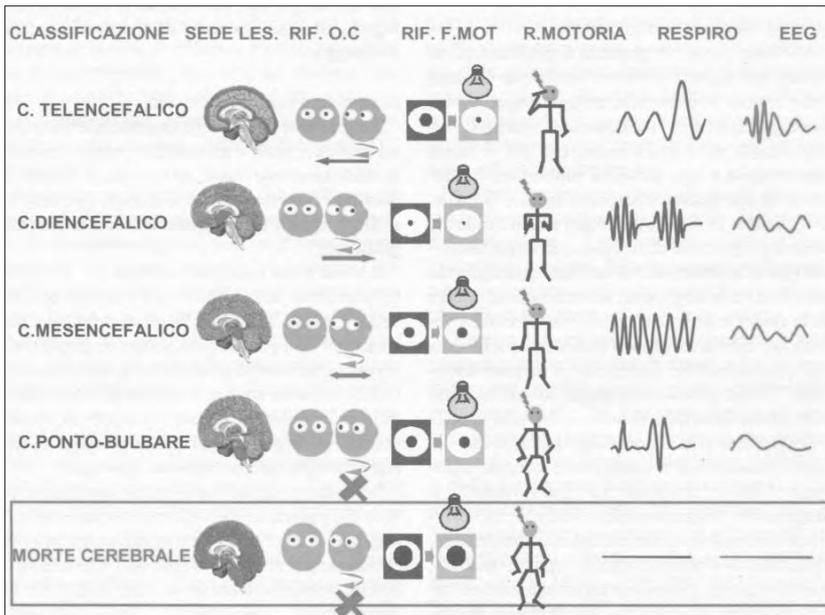


Figura n. 5

Lesioni cerebrali strutturali

Abbiamo parlato in generale di problemi metabolici, ma anche i problemi strutturali causano delle lesioni irreversibili, un'emorragia, un tumore, qualsiasi processo occupante spazio. La cavità cranica, di struttura ossea, è di per sé stessa inestensibile e non idonea a sopportare, la presenza di una lesione occupante spazio, la quale, ovviamente, fa risentire i propri effetti espansivi dislocando porzioni di encefalo o in senso latero-laterale o in senso latero-mediale guadagnando spazio a livello degli spazi sub aracnoidei, oppure delle cavità ventricolari e delle vie arteriose e venose, oppure verso il basso in direzione dell'unica via apparentemente libera, cioè il forame tentoriale. Si può manifestare quindi lo spostamento della massa encefalica di un emisfero al di là della linea mediana o la dislocazione dell'area diencefalo-mesencefalica in senso rostro-caudale, attraverso il forame tentoriale.

La figura 6 mostra, il progressivo peggioramento clinico della sofferenza cerebrale con interessamento telencefalico, diencefalico, mesencefalico, ponto-bulbare, morte cerebrale.

I parametri da monitorare nell'osservazione del paziente con quadro clinico in evoluzione sono: EEG, la respirazione, i riflessi motori, il riflesso fotomotore ed il riflesso oculocefalico.

La morte cerebrale, quindi, non è un evento istantaneo, bensì un processo che si innesta irreversibilmente con la perdita delle funzioni dell'encefalo e del tronco, perdita delle cellule che, a differenza della maggior parte delle cellule del corpo, non

possiedono le capacità biologiche di rigenerarsi né di ripararsi qualora danneggiate.

Diagnosi di morte cerebrale

È importante distinguere almeno sinteticamente tra morte cerebrale e gli stadi che possono mimare la morte cerebrale (quali ad es. overdose di barbiturici, intossicazione alcoolica, overdose di sedativi, ipotermia, ipoglicemia, coma o stato vegetativo).

Il coma è una condizione clinica che deriva da un'alterazione del regolare funzionamento del cervello. Lo stato di coscienza è compromesso, ma anche nei casi più gravi le cellule cerebrali sono vive ed emettono segnali elettrici rilevabili dall'EEG. Esistono stadi di coma che possono regredire o progredire oppure portare al coma vegetativo. Siamo comunque in presenza di pazienti vivi che devono ricevere ogni cura.

Nello stato vegetativo le cellule cerebrali sono vive e mandano segnali elettrici, il paziente può respirare in modo autonomo mantenendo l'attività circolatoria e metabolica, ma non è cosciente e non ha consapevolezza di sé e del mondo che lo circonda.

Nella morte cerebrale, infine, le cellule cerebrali sono morte, non mandano segnali elettrici, dunque l'EEG si presenta piatto. Il paziente perde la capacità, in modo irreversibile, di respirare e perde tutte le funzioni cerebrali.

Questa condizione coincide con la morte della persona.

La diagnostica di morte cerebrale è uguale per qualsiasi paziente, anche se è cadavere: anamnesi, dobbiamo sapere il motivo per cui quella

persona è morta, dobbiamo essere certi della morte; la semeiotica che serve per studiare tutte quelle manovre che abbiamo detto poc'anzi, esami sierologici, esami neurofisiologici con elettroencefalogramma e potenziali evocati, TC, RMN, PET.

Precondizioni essenziali sono: che il paziente sia in coma, che vi sia assenza del respiro spontaneo, vi sia una sicura diagnosi, assenza di convulsioni, dobbiamo escludere che non vi sia ipotermia, interferenza con farmaci depressori del sistema nervoso centrale, disturbi endocrini e metabolici, ipotensione arteriosa. Tutte queste situazioni possono inficiare gli esami di osservazione. Alcuni farmaci possono causare alterazioni nello studio per cui si deve valutare attentamente con protocolli prestabiliti se l'individuo prendeva questi farmaci, agire di conseguenza usando antagonisti, stimolatori, oppure attesa temporale; si valuta poi lo stato del paziente, chiaramente se il paziente ha una lesione cranioencefalica non possiamo fare l'elettroencefalogramma ma studiamo il flusso ematico cerebrale, diagnosi di morte e quindi diagnosi clinica e strumentale e si arriva alla morte dell'intero encefalo.

I criteri di Harvard (1968), sono stati i primi ad essere utilizzati nella diagnosi di morte cerebrale e, in pratica, li abbiamo già elencati: stato di coma profondo, assenza di riflessi, midriasi fissa, assenza di respiro spontaneo, danno cerebrale irreversibile documentato dalla TC, assenza di attività elettrica cerebrale.

Obiettivo dopo la diagnosi è di cercare di finalizzare per il trapianto d'organo, in una persona morta, cadavere a cuore battente, una situa-

zione instabile, irreversibile, inesorabile evoluzione in arresto cardiaco. Qualsiasi procedura medica è utile unicamente per garantire la funzionalità degli organi potenzialmente espiantabili, possibile soltanto nell'arco di alcune ore.

La morte cerebrale equivale alla morte, non esistono diversi tipo di morte, ma solo diverse modalità di morte e il medico e lo scienziato deve valutarne le modalità.

Mentre il concetto di morte non è un concetto medico né scientifico, è un concetto filosofico che va al di là della scienza.

Diagnosi di morte cerebrale: in presenza di tutte queste condizioni il medico di reparto deve avvisare la direzione sanitaria, si inizia quindi l'osservazione della morte, si riunisce il collegio medico, si convoca un medico legale, un anestesista, un medico neurofisiologo, un tecnico di neurofisiopatologia.

Legislazione su decentramento e certificazione della morte

Nella legislazione italiana della morte cerebrale la materia è regolamentata dalla Legge 29 dicembre 1993, n. 578 (norme per l'accertamento e la certificazione di morte), e dai Decreti di aggiornamento del 22 agosto 1994, n. 582 del Ministero della Sanità (regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte) e del 11 aprile 2008, n. 136 del Ministero della Sanità (regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte).

Art. 1.**Accertamento della morte e arresto cardiaco.**

In conformità all'art. 2, comma 1, della legge 29 dicembre 1993, n. 578, l'accertamento di morte per arresto cardiaco può essere effettuato da un medico con il rilievo continuo dell'elettrocardiogramma protrato per non meno di 20 minuti primi, registrato su supporto cartaceo o digitale.

Art. 2.**Requisiti clinico-strumentali per l'accertamento della morte nei soggetti affetti da lesioni encefaliche e sottoposti a trattamento rianimatorio.**

1 Nei soggetti affetti da lesioni encefaliche sottoposti a trattamento rianimatorio, salvo i casi particolari indicati al comma 2, le condizioni che, ai sensi della legge 29 dicembre 1993, n. 578, art. 3, impongono al medico della struttura sanitaria di dare immediata comunicazione alla Direzione sanitaria dell'esistenza di un caso di morte per cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo, sono:

- a) assenza dello stato di vigilanza e di coscienza, dei riflessi del tronco encefalico e del respiro spontaneo;
- b) assenza di attività elettrica cerebrale;
- c) assenza di flusso ematico encefalico, nelle situazioni particolari previste al comma 2.

L'iter diagnostico deve comprendere la certezza della diagnosi etiopatogenetica della lesione encefalica e l'assenza di alterazioni dell'omeostasi termica, cardiocircolatoria, respiratoria, endocrinometabolica, di

grado tale da interferire sul quadro clinico-strumentale complessivo.

2 È prevista l'esecuzione di indagini atte ad escludere l'esistenza di flusso ematico encefalico nelle sotto elencate situazioni particolari:

- a) bambini di età inferiore ad 1 anno;
- b) presenza di farmaci depressori del sistema nervoso di grado tale da interferire sul quadro clinico-strumentale complessivo; in alternativa al rilievo del flusso ematico cerebrale, l'iter può essere procrastinato sino ad escludere la possibile interferenza dei suddetti farmaci sul quadro clinico-strumentale complessivo;
- c) situazioni cliniche che non consentono una diagnosi eziopatogenetica certa o che impediscono l'esecuzione dei riflessi del tronco encefalico, del test di apnea o la registrazione dell'attività elettrica cerebrale.

3 Per l'applicazione delle indagini strumentali di flusso ematico cerebrale si rinvia alle Linee guida di cui in premessa, approvate dalla Consulta tecnica nazionale per i trapianti.

4 Nel caso in cui il flusso ematico cerebrale risulti assente, il medico della struttura sanitaria è tenuto a dare immediata comunicazione alla Direzione sanitaria, ai sensi dell'art. 3, legge 29 dicembre 1993, n. 578.

Art. 3.**Accertamento della morte nei soggetti affetti da lesioni encefaliche e sottoposti a trattamento rianimatorio**

1. Nei soggetti di cui all'art. 2, la morte è accertata quando sia riscontrata, per il periodo di osservazione

previsto dall'art. 4, la contemporanea presenza delle seguenti condizioni:

- a) assenza dello stato di vigilanza e di coscienza;
 - b) assenza dei riflessi del tronco encefalico:
 - riflesso fotomotore,
 - riflesso corneale,
 - reazioni a stimoli dolorifici portati nel territorio d'innervazione del trigemino,
 - risposta motoria nel territorio del facciale allo stimolo doloroso ovunque applicato,
 - riflesso oculo - vestibolare,
 - riflesso faringeo,
 - riflesso carenale.
 - c) assenza di respiro spontaneo con valori documentati di CO₂ arteriosa non inferiore a 60 mmHg e pH ematico non superiore a 7,40 in assenza di ventilazione artificiaiale;
 - d) assenza di attività elettrica cerebrale, documentata da EEG eseguito secondo le modalità tecniche riportate nell'allegato 1 al presente decreto, di cui costituisce parte integrante;
 - e) assenza di flusso ematico encefalico preventivamente documentata nelle situazioni particolari previste dall'art. 2, comma 2.
2. L'attività di origine spinale, spontanea o provocata, non ha alcuna rilevanza ai fini dell'accertamento della morte, essendo compatibile con la condizione di cessazione irreversibile di tutte le funzioni encefaliche.
 3. Nel neonato, nelle condizioni di cui al presente articolo, l'accertamento della morte può essere eseguito solo se la nascita è avvenuta dopo la trentottesima settimana di gestazione e comunque dopo una settimana di vita extrauterina.

Art. 4.

Periodo di osservazione

1. Ai fini dell'accertamento della morte la durata del periodo di osservazione deve essere non inferiore a 6 ore.
2. In tutti i casi di danno cerebrale anossico il periodo di osservazione non può iniziare prima di 24 ore dal momento dell'insulto anossico, ad eccezione del caso in cui sia stata evidenziata l'assenza del flusso ematico encefalico. In tale condizione, il periodo di osservazione può iniziare anche prima di 24 ore dal momento dell'insulto anossico, di seguito alla documentazione dell'assenza del flusso ematico encefalico.
3. La simultaneità delle condizioni necessarie ai fini dell'accertamento deve essere rilevata dal collegio medico per almeno due volte, all'inizio e alla fine del periodo di osservazione. La verifica di assenza di flusso non va ripetuta.
4. Il momento della morte coincide con l'inizio dell'esistenza simultanea delle condizioni di cui all'art. 3, comma 1.

Art. 5.

Arresto cardiaco irreversibile durante il periodo di osservazione

1. Qualora durante il periodo di osservazione di cui all'art. 4, si verifichi la cessazione del battito cardiaco, l'accertamento della morte può essere effettuato con le modalità previste all'art. 1.

Allegato 1

Modalità tecniche di esecuzione dell'elettroencefalogramma

1 Parametri strumentali.

Nell'accertamento della condizione di cessazione irreversibile di tutte

le funzioni dell'encefalo, in concomitanza con i parametri clinici riportati in art. 3, deve essere evidenziata l'assenza di attività elettrica cerebrale definita come assenza di "attività elettrica di origine cerebrale spontanea o provocata, di ampiezza superiore a 2 microVolts, su qualsiasi regione del capo, per una durata continuativa di 30 minuti".

2 Metodologia strumentale analogica.

La condizione di assenza di attività elettrica cerebrale deve essere accertata con la seguente metodologia:

utilizzazione di almeno 8 elettrodi posti simmetricamente sullo scalpo, secondo il Sistema 10/20 Internazionale, in modo da esplorare tutte le aree cerebrali (Fp2, C4, T4, O2, Fp1, C3, T3, O1).

Le derivazioni possono essere bipolari con distanza interelettroica non inferiore a 10 cm. e/o monopolari (con elettrodi di riferimento biauricolare). Le impedenze elettroiche devono essere comprese fra 0,1 e 10 KOhms.

L'amplificazione deve essere di 2 microVolts/mm e la calibrazione con deflessione positiva o negativa di 5 mm per un segnale di 10 microVolts.

Nel corso della registrazione vanno utilizzate almeno due costanti di tempo (di 0,1 e di 0,3 sec.).

Durante l'esame va ripetutamente valutata la reattività nel tracciato elettroencefalografico a stimolazioni acustiche e dolorifiche.

La durata di ciascuna registrazione elettroencefalografica deve essere di almeno 30 minuti.

Le registrazioni elettroencefalografiche vanno effettuate su carta o su supporto digitale, al momento della determinazione della condizione di cessazione irreversibile di tutte le

funzioni dell'encefalo e ripetute alla fine del periodo di osservazione.

3 Metodologia strumentale digitale.

Il segnale EEG viene registrato con derivazione monopolare e può essere contemporaneamente visualizzato con derivazioni bipolari o referenziali e con montaggi diversi da quello di acquisizione. Questo consente di superare il problema della distanza interelettroica di 10 cm nei bambini e nei neonati qualora le dimensioni del capo lo ponessero, comunque il montaggio adottato per la valutazione deve rispettare la distanza interelettroica.

L'elettrodo di riferimento può essere biauricolare, oppure intermedio fra Fz e Cz (Fz').

La modalità di registrazione digitale richiede una frequenza di campionamento non inferiore a 128 campioni al secondo e conversione analogico/digitale ad almeno 12 Bit, con la programmazione del segnale massimo in ingresso di 200 microVolts. Si consiglia l'uso di un Filtro Antialiasing analogico.

La visualizzazione del segnale sul monitor deve essere gestita da una Scheda Grafica con almeno 1024 x 768 punti di definizione.

Nella modalità digitale l'acquisizione del segnale è a banda aperta, i filtri consigliati per la visione del segnale sono: HFF (High Frequency Filter) 70 Hz.; LFF (Low Frequency Filter) 0,5 Hz.

Le registrazioni effettuate con modalità digitale devono essere archiviate su supporto inalterabile magnetico od ottico in duplice copia. L'elettroencefalografo deve avere la possibilità di convertire i files delle registrazioni in un formato tale da

consentire la loro visualizzazione su ogni sistema elettroencefalografico o su personal computer.

A differenza della modalità di registrazione analogica, per la registrazione digitale non si richiede la trascrizione dei tracciati su carta. È tuttavia raccomandato che l'elettroencefalografo permetta la stampa dei tracciati su supporto cartaceo (anche a fogli singoli) con una risoluzione di almeno 300 punti/inch.

4 Accorgimenti tecnici.

Poiché artefatti provenienti dall'ambiente di registrazione e/o dal paziente in esame possono essere responsabili di attività ritmica, pseudoritmica o sporadica che si riflette su ogni elettrodo registrante posto sullo scalpo, occorre, su di un totale di non meno di 8 canali di registrazione, dedicare: un canale di registrazione all'elettrocardiogramma, registrato con i seguenti parametri: filtri LFF: 0,1 Hz; HFF: 10-20 Hz e segnale massimo in ingresso di 3200 microVolts.

Un canale di registrazione dell'attività bioelettrica derivata da regioni extracefaliche (es. sul dorso della mano), registrato con i seguenti parametri strumentali: filtri LFF: 0,5 Hz; HFF: 70 Hz e segnale massimo in ingresso di 400 microVolts.

Qualora sia necessario è utile sospendere momentaneamente il funzionamento degli apparecchi di rianimazione e di monitoraggio.

In caso siano presenti artefatti muscolari di grado tale che possano mascherare l'attività cerebrale sottostante o di sminuirla, creando quindi problemi di interpretazione, si consiglia di ripetere la registrazione dopo somministrazione di farmaci ad atti-

vità ultrabreve che bloccano la funzionalità della placca neuromuscolare.

5 Personale addetto.

L'esecuzione delle indagini elettroencefalografiche deve essere effettuata da tecnici di neurofisiopatologia sotto supervisione medica.

6 Osservazioni finali.

Allorchè la valutazione dell'assenza di attività elettrica cerebrale sia inficiata da elementi artefattuali documentati ed ineliminabili si può fare ricorso ad indagini di flusso ematico, secondo le linee guida per l'applicazione degli accertamenti del flusso ematico encefalico.

I potenziali evocati somatosensitivi ed acustici a breve latenza possono essere valutati in aggiunta alla metodologia succitata, secondo le raccomandazioni della Federazione Internazionale di Neurofisiologia Clinica (1999), tradotte e pubblicate dalla Società Italiana di Neurofisiologia Clinica (2002).

Essi possono essere eseguiti nella fase di diagnosi di morte, quale complemento dell'indagine elettroencefalografica, specie in presenza di fattori concomitanti di grado tale da interferire sul quadro clinico complessivo, ma non costituiscono una valutazione alternativa al rilievo del flusso ematico cerebrale.

La finalità dell'osservazione della morte cerebrale è prevalentemente rivolta ai trapianti d'organo, perché crediamo nel messaggio che, ultimamente, anche la Chiesa Cattolica ha proposto: "la donazione d'organo è un atto di solidarietà da incoraggiare perché rientra nelle virtù della carità e del dono di sé, purché sia libero".

Con l'aumento dell'aliquota dal 20 al 21 per cento

Sospensione dall'albo per chi evade l'IVA

Nella Gazzetta Ufficiale n. 216 del 16 settembre 2011 è stata pubblicata la Legge 14 settembre 2011, n. 148 "Conversione in legge, con modificazioni, dei decreti-legge 13 agosto 2011, n. 138, recante ulteriori misure urgenti per la stabilizzazione finanziaria e per lo sviluppo. Delega al Governo per la riorganizzazione della distribuzione del territorio degli uffici giudiziari.

L'art. 2, commi da 2-bis a 2-quarto, del provvedimento prevede l'aumento dell'aliquota IVA ordinaria dal 20% al 21%. Tale misura riferita alle prestazioni mediche soggette ad IVA trova applicazione dal 17 settembre 2011, data di entrata in vigore della Legge indicata in oggetto.

Si segnala inoltre che l'art. 2, comma 5, introduce una sanzione accessoria a carico dei professionisti iscritti in albi od Ordini professionali.

In particolare la norma prevede che "Qualora siano state contestate a carico di soggetti iscritti in albi ovvero ad ordini professionali, nel corso di un quinquennio, quattro distinte violazioni dell'obbligo di emettere il documento certificativo dei corrispettivi compiute in giorni diversi, è disposta in ogni caso la sanzione accessoria della sospensione dell'iscrizione all'albo o all'ordine per un periodo da tre giorni ad un mese. In caso di recidiva, la sospensione è disposta per un periodo da quindici giorni a sei mesi".

Si dispone inoltre che il provvedimento di sospensione sia immediatamente esecutivo. Gli atti di sospensione sono comunicati dall'Agenzia dell'Entrate all'Ordine professionale ovvero al soggetto competente alla tenuta dell'albo affinché ne sia data pubblicazione sul relativo sito internet.

Nel caso in cui tali violazioni siano commesse nell'esercizio in forma associata di attività professionale la sanzione accessoria è disposta nei confronti di tutti gli associati. Si sottolinea che la particolarità della norma deriva dal fatto che la sanzione della sospensione sia comminata direttamente dall'Agenzia dell'Entrate, Organo terzo, rispetto alla gestione del potere così detto disciplinare devoluto per Legge agli Ordini professionali. Di fatto non si può non sottolineare che nel caso di specie il Consiglio dell'Ordine diventa un "mero" esecutore, perché dovrà prendere atto di provvedimenti adottati da un altro Ente.

Si rileva che l'art. 3 della L. 148/11 reca disposizioni in materia di liberalizzazioni delle professioni.

Di particolare rilievo risulta essere la norma di cui all'art. 3, comma 5, che prevede che entro 12 mesi dalla data di entrata in vigore della Legge 148/11 gli ordinamenti professionali dovranno essere riformati per recepire i principi dettati dalla stessa legge che hanno lo scopo di rendere più moderna la regolamentazione delle professioni.

*Dopo almeno
4 violazioni
la sanzione
verrà comunicata
direttamente
dall'Agenzia
delle Entrate
all'Ordine*

La riforma riguarderà l'obbligo della formazione permanente la cui violazione costituirà illecito disciplinare, l'assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale, le tariffe minime, che pur rimanendo abolite, dovranno essere prese quale punto di riferimento per la pattuizione tra cliente e professionista, la liberalizzazione con ogni mezzo della pubblicità informativa avente ad oggetto l'attività professionale, le specializzazioni ed i titoli professionali posseduti, la struttura dello studio ed i compensi delle prestazioni. Le informazioni pubblicitarie dovranno peraltro essere trasparenti, veritiere, corrette e non equivocate, ingannevoli, denigratorie.

Pertanto, considerato la rilevanza della materia, al fine di consentirne un esame più approfondito è possibile scaricare copia del provvedimento indicato in oggetto sul portale della fnomceo al canale Gazzetta Ufficiale.

Segnalazioni su irregolarità per medici inseriti su portale di pubblicità

Pervengono alla FNOMCeO segnalazioni, da parte di diversi Ordini, concernenti le numerose irregolarità e inesattezze in merito all'inserimento di nominativi di medici in vari elenchi, divisi per specialità, tenuti nel portale www.impresaitalia.info.

In buona sostanza, gli stessi nominativi sono ripetuti in elenchi diversi ed associati erroneamente a specialità non possedute dagli stessi.

Dalle verifiche effettuate presso i

nostri uffici, risulta che Impresaitalia.info fornisce pubblicità a professionisti ed aziende, a titolo oneroso, su base nazionale, in diversi settori che vanno dalla ristorazione e abbigliamento alle varie attività specialistiche mediche, dentistiche ed alle farmacie.

La richiesta a tale forma di pubblicità si effettua compilando un modulo on line.

Lo stesso modulo risulta, inoltre, essere l'unico mezzo per poter contattare la società impresaitalia.info.

Tutto ciò premesso, comunichiamo che la Federazione ha chiesto parere al Ministero della Salute, al fine di conoscere le eventuali iniziative da intraprendere di fronte a tali forme di pubblicità erranee e fuorvianti, ed ha segnalato l'iniziativa stessa all'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato ed alle Associazioni a tutela dei consumatori.

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”

Sorveglianza sanitaria e medici competenti

Una Circolare del 19 maggio scorso emanata dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali fornisce “chiarimenti in merito alle modifiche all’articolo 38, comma 1, del Diga. n. 8112008, Introdotte dal D.Lgs. n. 10612009”.

La Circolare è inerente alla Sorveglianza sanitaria di cui all’art. 38 del D.Lgs. 81108 e successive modificazioni ed è stata emanata in relazione ai numerosi quesiti posti al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali al fine di chiarire se i medici appartenenti ai ruoli sanitario delle Forze armate sottoelencati possano svolgere la propria attività di medico competente anche in ambito civile e quindi fuori dagli specifici settori delle forze armate.

Nella fattispecie la Circolare prende in considerazione gli appartenenti al ruolo dei sanitari delle Forze Armate, compresa l’Arma dei carabinieri, della Polizia di Stato e della Guardia di Finanza che abbiano svolto l’attività di medico nel settore del lavoro per almeno quattro anni (art. 38, comma 1, lett. d-bis del D.Lgs. 81108), precisando che essi possono continuare a svolgere tale attività presso le stesse amministrazioni ma non in ambito civile.

La Circolare in conclusione evidenzia che, poiché le prescrizioni di cui all’art. 44 del D.Lgs. 344/2000 e le motivazioni del D.Lgs. 106/09 circoscrivono l’ambito dell’attività dei medici sopraccitati all’interno delle

amministrazioni di appartenenza, deve ritenersi che tali sanitari, ove non in possesso dei titoli e dei requisiti richiesti dalla normativa di riferimento generale, non possano essere ammessi a sostenere gli esami di abilitazione per l’iscrizione nell’elenco nominativo dei medici autorizzati alla radioprotezione istituito presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

La circolare

In relazione ai numerosi quesiti pervenuti alla scrivente, riguardanti la possibilità per i medici competenti ex articolo 38, comma 1, lettera c-bis), del D. Lgs. n. 81/2008 di esercitare la propria attività in ambito civile, si ritiene di dover chiarire alcuni aspetti della norma di cui trattasi.

Il decreto legislativo 3 agosto 2009 n. 106, pubblicato sulla Gazzetta ufficiale n. 180 del 5 agosto 2009, recante: “ Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 9 aprile 2008 n. 81 in materia della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro”, ha modificato l’articolo 38 (Titoli e requisiti dei medici competenti), comma 1 del predetto decreto n. 81/2008, introducendo la lettera d-bis, la cui specifica dizione è: “con esclusivo riferimento ai ruoli dei sanitari delle Forze armate, compresa l’Arma dei carabinieri, della Polizia di Stato e della Guardia di

*Chiarimenti
sulla possibilità
per i medici
del ruolo sanitario
delle forze armate
di svolgere
attività in
ambito civile*

Finanza, svolgimento di attività di medico nei settore del lavoro per almeno quattro anni”.

La ratio di tale modifica è stata quella di sanare situazioni di potenziale criticità in materia di salute e sicurezza sul lavoro presenti nelle Forze Armate e nella Polizia di Stato in relazione alle attività dei medici militari, come si evince chiaramente dalla Relazione di accompagnamento ai D. Lgs. n. 106/2009, che recita testualmente: “...*omissis*...L'emendamento all'articolo 38 serve a consentire ai medici operanti presso le Forze Armate e la Polizia di Stato di continuare a svolgere le funzioni di medico competente – come oggi è loro consentito ex lege (v. articolo 44, comma 1, lettera d), d. Lgs. 5 ottobre 2000, n. 334) – qualora in possesso di una esperienza professionale specifica almeno quadriennale.”

La volontà del Legislatore risulta chiaramente diretta ad individuare una disciplina peculiare, applicabile unicamente alle aree “riservate” ai medici delle Forze Armate e della Polizia di Stato senza che in ragione di tale previsione — la quale ha valore di eccezione - possa configurarsi un regime diversificato della disciplina di ordine generale relativa al possesso dei titoli e, per quanto qui interessa, ai requisiti necessari per l'ammissione agli esami per l'iscrizione nell'elenco nominativo dei medici autorizzati alla sorveglianza sanitaria ex D. Lgs. n.230/95 e successive modifiche e integrazioni.

Pertanto, in condivisione con il Ministero della Salute – Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione, Direzione Generale della Prevenzione – Ufficio II, sulla base delle prescrizioni dell'arte. 44 del Lgs. n. 334/2000 e delle motivazioni contenute nella Relazione d'

accompagnamento al D. Lgs. n. 106/2009, che circoscrivono l'ambito di attività dei medici di cui all'articolo 38, comma 1, lettera d-bis), all'interno delle Amministrazioni di appartenenza, si ritiene che tali sanitari, ove non in possesso dei titoli e dei requisiti richiesti dalla normativa di riferimento generale, non possono essere ammessi a sostenere gli esami di abilitazione per l'iscrizione nell'elenco nominativo dei medici autorizzati alla radioprotezione, istituito presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Si invitano i destinatari della presente nota a dare la massima diffusione.

ORARIO DI RICEVIMENTO DEL PRESIDENTE DELL'ORDINE

Il presidente
dell'Ordine, dottor
Agostino Sussarellu,
riceve tutti i martedì
pomeriggio presso la
sede dell'Ordine
previo appuntamento
da stabilire al numero
di telefono 079/234430

Le deroghe previste dalla nuova disciplina

Pensione anticipata per i medici che svolgono lavori usuranti

Sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana n. 108 dell'11 maggio 2011 è stato pubblicato il decreto legislativo 21 aprile 2011, n. 67 riguardante l'“accesso anticipato al pensionamento per gli addetti alle lavorazioni particolarmente faticose e pesanti, a norma dell'articolo 1 della legge 4 novembre 201, n. 183”.

Il provvedimento di fatto introduce una nuova disciplina che dispone deroghe alle ordinarie regole sul pensionamento a favore di specifiche categorie di lavoratori dipendenti, impegnati nelle cosiddette `attività usuranti', prevedendo il diritto al pensionamento anticipato con requisiti inferiori rispetto a quelli richiesti per la generalità dei lavoratori.

Ebbene si rileva che tra le attività particolarmente usuranti rientri anche il lavoro notturno svolto dai medici dipendenti, ma con particolari limitazioni. Rientrano nel campo di applicazione di tale deroga solo i medici dipendenti che abbiano il requisito di anzianità contributiva non inferiore a 35 anni.

In particolare per ottenere i benefici per le pensioni aventi decorrenza entro il 31 dicembre 2017 i medici con almeno 35 anni di contribuzione dovranno aver effettuato almeno 7 anni di lavoro notturno negli ultimi 10 di attività lavorativa, compreso l'anno di maturazione dei requisiti. Dal 1° gennaio 2018, ferma restando

la quota dei 35 anni di contributi, la soglia si innalzerà alla metà della vita lavorativa complessiva. Matura, sempre su richiesta, un anno di anticipo della pensione il medico che ha svolto da 64 a 71 notti l'anno, due anni di anticipo da 72 a 77 notti l'anno, tre anni oltre le 78 notti. In caso di insufficienza delle risorse finanziarie la decorrenza del trattamento potrà essere differita con criteri di priorità in base alla maturazione dei requisiti.

Con riferimento alle modalità di presentazione della domanda per l'accesso al beneficio il lavoratore interessato deve trasmettere la relativa domanda e la necessaria documentazione:

a) entro il 30 settembre 2011 qualora abbia già maturato o maturi i requisiti agevolati di cui all'articolo 1 entro il 31 dicembre 2011;

b) entro il 10 marzo dell'anno di maturazione dei requisiti agevolati qualora tali requisiti siano maturati a decorrere dal 1° gennaio 2012.

Considerata la complessità e la rilevanza della materia pubblichiamo il provvedimento al fine di consentire un esame approfondito.

Il decreto

Accesso anticipato al pensionamento per gli addetti alle lavorazioni particolarmente faticose e pesanti, a norma dell'articolo 1 della legge 4 novembre 201, n. 183.

Fra le attività particolarmente faticose anche il lavoro notturno dei medici dipendenti

**CONVOCAZIONE
ASSEMBLEA ORDINARIA
ANNUALE**

20 DICEMBRE 2011

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI SASSARI

CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE

Gli iscritti sono convocati in Assemblea ordinaria annuale il giorno 17 dicembre 2011 alle ore 24.00 in prima convocazione e il giorno **20 dicembre 2011 alle ore 17.00 in seconda convocazione** a Sassari nella Sala Conferenze dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri in via Cavour 71/b piano terra.

Sarà discusso il seguente

ORDINE DEL GIORNO

- 1) **Relazione del Presidente;**
- 2) **Bilancio di previsione anno 2012**
- 3) **Varie ed eventuali**

Si ricorda che l'Assemblea è valida in prima convocazione se è presente almeno un quarto degli iscritti e **in seconda convocazione con qualsiasi numero di partecipanti.**

È consentita la delega che deve essere apposta in calce al presente avviso di convocazione da rimettere al delegato.
La medesima delega deve essere consegnata dal delegato alla Presidenza dell'Assemblea all'inizio dei lavori.
Nessun iscritto può essere investito di più di due deleghe.

IL PRESIDENTE

dott. Agostino Sussarellu



Il sottoscritto dott. delega a rappresentarlo
nell'Assemblea Ordinaria dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri del giorno **20 dicembre 2011** il dott.
....., lì

firma

IL PRESIDENTE
DELLA REPUBBLICA

Visti gli articoli 76, 87 e 117 della Costituzione;

Visto l'articolo 1 della legge 4 novembre 2010, n. 183;

Visto l'articolo 1, commi 3, lettere da a) ad f), 90 e 91, della legge 24 dicembre 2007, n. 247;

Visto l'articolo 1 della legge 23 agosto 2004, n. 243, come modificato dall'articolo 1 della legge 24 dicembre 2007, n. 247;

Visto l'articolo 12 del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122;

Visto il decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66;

Visto l'articolo 2 del decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale in data 19 maggio 1999, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 208 del 4 settembre 1999;

Sentite le organizzazioni sindacali comparativamente piu' rappresentative dei lavoratori e dei datori di lavoro in data 25 gennaio 2011;

Vista la preliminare deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 28 gennaio 2011;

Acquisito il parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 10 febbraio 2011;

Acquisiti i pareri delle competenti Commissioni parlamentari della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica;

Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 13 aprile 2011;

Sulla proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri e del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze;

Emana

il seguente decreto legislativo:

Art. 1

Lavoratori addetti a lavorazioni particolarmente faticose e pesanti

1. In deroga a quanto previsto all'articolo 1 della legge 23 agosto 2004, n. 243, come modificato dall'articolo 1 della legge 24 dicembre 2007, n. 247, possono esercitare, a domanda, il diritto per l'accesso al trattamento pensionistico anticipato, fermi restando il requisito di anzianità contributiva non inferiore a trentacinque anni e il regime di decorrenza del pensionamento vigente al momento della maturazione dei requisiti agevolati, le seguenti tipologie di lavoratori dipendenti:

lavoratori impegnati in mansioni particolarmente usuranti di cui all'articolo 2 del decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale in data 19 maggio 1999, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 208 del 4 settembre 1999;

lavoratori notturni, come definiti e ripartiti ai soli fini del presente decreto legislativo, nelle seguenti categorie:

lavoratori a turni, di cui all'articolo 1, comma 2, lettera g), del decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66, che prestano la loro attività nel periodo notturno come definito alla lettera d) del predetto comma 2, per almeno 6 ore per un numero minimo di giorni lavorativi all'anno non inferiore a 78 per coloro che maturano i requisiti per l'accesso anticipato nel periodo compreso tra il 1° luglio 2008 e il 30 giugno 2009 e non inferiore a 64 per coloro che maturano i requisiti per l'accesso anticipato dal 1° luglio 2009;

al di fuori dei casi di cui al numero 1), lavoratori che prestano la loro attività per almeno tre ore nell'intervallo tra la mezzanotte e le cinque del mattino di cui all'articolo 1, comma 2, lettera d), del predetto decreto legislativo n. 66 del 2003, per periodi di lavoro di durata pari all'intero anno lavorativo;

lavoratori alle dipendenze di imprese per le quali operano le voci di tariffa per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro di cui all'elenco n. 1 contenuto nell'allegato 1 al presente decreto legislativo, cui si applicano i criteri per l'organizzazione del lavoro previsti dall'articolo 2100 del codice civile, impegnati all'interno di un processo produttivo in serie, contraddistinto da un ritmo determinato da misurazione di tempi di produzione con mansioni organizzate in sequenze di postazioni, che svolgano attività caratterizzate dalla ripetizione costante dello stesso ciclo lavorativo su parti staccate di un prodotto finale, che si spostano a flusso continuo o a scatti con cadenze brevi determinate dall'organizzazione del lavoro o dalla tecnologia, con esclusione degli addetti a lavorazioni collaterali a linee di produzione, alla manutenzione, al rifornimento materiali, ad attività di regolazione o controllo computerizzato delle linee di produzione e al controllo di qualità;

conducenti di veicoli, di capienza complessiva non inferiore a 9 posti, adibiti a servizio pubblico di trasporto collettivo.

2. Il diritto al trattamento pensionistico anticipato è esercitabile qualora i lavoratori di cui al comma 1 abbiano svolto una o più delle attività lavorative di cui alle lettere

a), b), c) e d) del medesimo comma 1, secondo le modalità ivi previste, per un periodo di tempo pari:

ad almeno sette anni, compreso l'anno di maturazione dei requisiti, negli ultimi dieci di attività lavorativa, per le pensioni aventi decorrenza entro il 31 dicembre 2017;

ad almeno la metà della vita lavorativa complessiva, per le pensioni aventi decorrenza dal 1^o gennaio 2018.

3. Ai fini del computo dei periodi di cui al comma 2 si tiene conto dei periodi di svolgimento effettivo delle attività lavorative indicate alle lettere a), b), c) ed), con esclusione di quelli totalmente coperti da contribuzione figurativa. -
4. A decorrere dal 1^o gennaio 2013, i lavoratori dipendenti di cui al comma 1 conseguono il diritto al trattamento pensionistico con un'età anagrafica ridotta di tre anni ed una somma di età anagrafica e anzianità contributiva ridotta di tre unità rispetto ai requisiti previsti dalla Tabella B di cui all'Allegato I della legge 24 dicembre 2007, n. 247. Restano fermi gli adeguamenti dei requisiti agli incrementi della speranza di vita previsti dall'articolo 12 del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122.
5. In via transitoria, per il periodo 2008-2012 i lavoratori di cui al comma 1 conseguono il diritto al trattamento pensionistico in presenza dei seguenti requisiti: per il periodo compreso tra il 1^o luglio 2008 e il 30 giugno 2009, un'età anagrafica ridotta di un anno rispetto a quella indicata nella Tabella A di cui all'allegato I della legge n. 247 del 2007;

- per il periodo compreso tra il 1° luglio 2009 e il 31 dicembre 2009, un'età anagrafica ridotta di due anni ed una somma di età anagrafica e anzianità contributiva inferiore di due unità rispetto ai requisiti indicati per lo stesso periodo nella Tabella B di cui all'allegato 1 della legge n. 247 del 2007;
- per l'anno 2010, un'età anagrafica ridotta di due anni ed una somma di età anagrafica e anzianità contributiva ridotta di una unità rispetto ai requisiti indicati per lo stesso periodo nella predetta Tabella B;
- per gli anni 2011 e 2012, un'età anagrafica inferiore ridotta di tre anni ed una somma di età anagrafica e anzianità contributiva ridotta di due unità rispetto ai requisiti indicati per lo stesso periodo nella medesima Tabella B.
6. Per i lavoratori che prestano le attività di cui al comma 1, lettera b), numero 1), per un numero di giorni lavorativi annui inferiori a 78 e che maturano i requisiti per l'accesso anticipato dal 1° luglio 2009, la riduzione del requisito di età anagrafica prevista ai commi 4 e 5 non può superare: un anno per coloro che svolgono le predette attività per un numero di giorni lavorativi all'anno da 64 a 71; due anni per coloro che svolgono le predette attività lavorativa per un numero di giorni lavorativi all'anno da 72 a 77.
7. Ai fini dell'applicazione del comma 6, e' considerata, tra le attività di cui alle lettere a) e b) del comma medesimo, quella svolta da ciascun lavoratore per il periodo di tempo piu' lungo nell'ambito del periodo di tempo minimo di cui al comma 2 e, nel caso di svolgimento per un periodo di tempo equivalente, quella di cui alla lettera b).

Qualora il lavoratore di cui al comma 6 abbia svolto anche una o piu' delle attività di cui alle altre fattispecie indicate alle lettere a), b), c) e d) del comma 1, si applica il beneficio ridotto previsto dal predetto comma 6 solo se, prendendo in considerazione il periodo complessivo in cui sono state svolte le attività di cui alle predette lettere a), b), c) e d), le attività specificate al comma 6 medesimo siano state svolte per un periodo superiore alla metà.

8. Sono fatte salve le norme di miglior favore per l'accesso anticipato al pensionamento, rispetto ai requisiti previsti nell'assicurazione generale obbligatoria. Tali condizioni di miglior favore non sono cumulabili o integrabili con le disposizioni del presente articolo.
9. I benefici di cui al presente articolo spettano, fermo restando quanto disciplinato dall'articolo 3, con effetto dalla prima decorrenza utile dalla data di entrata in vigore del presente decreto purché, in ogni caso, successiva alla data di cessazione del rapporto di lavoro.

Art. 2

Modalità di presentazione della domanda per l'accesso al beneficio e relativa documentazione

1. Ai fini dell'accesso al beneficio di cui all'articolo 1, il lavoratore interessato deve trasmettere la relativa domanda e la necessaria documentazione: entro il 30 settembre 2011 qualora abbia già maturato o maturi i requisiti agevolati di cui all'articolo 1 entro il 31 dicembre 2011; entro il 1° marzo dell'anno di maturazione dei requisiti agevolati

- qualora tali requisiti siano maturati a decorrere dal 1° gennaio 2012.
2. La domanda di cui al comma 1, presentata all'Istituto previdenziale presso il quale il lavoratore è iscritto, deve essere corredata da copia o estratti della documentazione prevista dalla normativa vigente al momento dello svolgimento delle attività di cui all'articolo 1 e dagli elementi di prova in data certa da cui emerge la sussistenza dei requisiti necessari per l'anticipo del pensionamento secondo quanto previsto dall'articolo 1, con riferimento sia alla qualità delle attività svolte sia ai necessari periodi di espletamento come stabilito dal medesimo articolo 1, sia alla dimensione ed all'assetto organizzativo dell'azienda, riferibili a:
- a) prospetto di paga;
 - b) libro matricola, registro di impresa
 - c) ovvero il libro unico del lavoro; libretto di lavoro;
 - d) contratto di lavoro individuale indicante anche il contratto collettivo nazionale, territoriale, aziendale e il livello di inquadramento;
 - e) ordini di servizio, schemi di turnazione del personale, registri delle presenze ed eventuali atti di affidamento di incarichi o mansioni;
 - f) documentazione medico-sanitaria;
 - g) comunicazioni ai sensi dell'articolo 12, comma 2, del decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66, per il periodo di vigenza di tale disposizione, ovvero comunicazioni di cui all'articolo 5, comma 1;
 - h) comunicazioni di cui all'articolo 5, comma 2;
 - i) carta di qualificazione del conducente di cui all'articolo 18 del decreto legislativo 21 novembre 2005, n. 286, e certificato di idoneità alla guida.
- 1) documento di valutazione del rischio previsto dalle vigenti disposizioni in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- m) comunicazioni di assunzione ai sensi dell'articolo 9-bis, comma 2, del decreto-legge 1° ottobre 1996, n. 510, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 novembre 1996, n. 608, e successive modificazioni;
 - n) dichiarazione di assunzione ai sensi dell'articolo 4-bis, comma 2, del decreto legislativo 21 aprile 2000, n.181, contenente le informazioni di cui al decreto legislativo 26 maggio 1997, n. 152;
 - o) altra documentazione equipollente.
3. L'ente previdenziale dal quale deve essere erogato il trattamento pensionistico comunica, secondo quanto previsto dal decreto di cui all'articolo 4, all'interessato, nel caso in cui l'accertamento abbia avuto esito positivo, la prima decorrenza utile del trattamento pensionistico, la quale resta subordinata alla presentazione all'ente medesimo della domanda di pensionamento dell'interessato ai fini della verifica dell'integrazione dei requisiti previsti.
4. La presentazione della domanda oltre i termini stabiliti dal comma 1 comporta, in caso di accertamento positivo dei requisiti, il differimento del diritto alla decorrenza del trattamento pensionistico anticipato pari a:
- a) un mese, per un ritardo della presentazione compreso in un mese;
 - b) due mesi, per un ritardo della presentazione compreso tra un mese e due mesi;
 - c) tre mesi per un ritardo della presentazione di tre mesi ed oltre.
5. A decorrere dal mese successivo alla data di pubblicazione del decreto di cui all'articolo 4, vengono adottate modalità di rileva-

zione, secondo quanto stabilito con il predetto decreto, dello svolgimento da parte del lavoratore e nel relativo periodo, delle attività di cui all'articolo 1.

6. Il datore di lavoro è tenuto a rendere disponibile per il lavoratore la documentazione di cui al comma 2, tenuto conto degli obblighi di conservazione della medesima.

Art. 3

Meccanismo di salvaguardia

1. Qualora nell'ambito della funzione di accertamento del diritto emerga, dal monitoraggio delle domande presentate ed accolte, il verificarsi di scostamenti del numero di domande rispetto alle risorse finanziarie di cui all'articolo 7, la decorrenza dei trattamenti è differita, con criteri di priorità in ragione della maturazione dei requisiti agevolati di cui all'articolo 1, commi 4, 5 e 6, individuati con il decreto di cui all'articolo 4, e, a parità degli stessi, in ragione della data di presentazione della domanda, al fine di garantire un numero di accessi al pensionamento, sulla base dei predetti requisiti agevolati, non superiore al numero di pensionamenti programmato in relazione alle predette risorse finanziarie.

Art. 4 Modalità attuative

1. Con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentite le organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative dei lavoratori e dei datori di lavoro sul piano nazionale, sono adottate entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto legislativo, le necessarie

disposizioni attuative, con particolare riferimento:

- a) all'espletamento del monitoraggio e della procedura di cui all'articolo 3, da effettuarsi con il procedimento di cui all'articolo 14 della legge 7 agosto 1990, n. 241, eventualmente anche al fine di fornire indicazioni agli enti previdenziali per la specificazione, ove necessario, dei criteri da seguire nell'espletamento del procedimento di cui alla lettera b);
- b) alla disciplina del procedimento accertativo in relazione alla documentazione di cui all'articolo 2, con particolare riferimento all'accertamento delle attività di cui all'articolo 1, comma lettera c), e del rispetto dei requisiti quantitativi di lavoro di cui all'articolo 1, commi 1, lettera b), 2 e 6;
- c) alle comunicazioni che l'ente previdenziale erogatore del trattamento pensionistico fornisce all'interessato in esito alla presentazione della domanda di cui all'articolo 2;
- d) alla predisposizione di criteri da seguire nell'espletamento dell'attività di verifica ispettiva da parte del personale ispettivo del Ministero del lavoro e delle politiche sociali nonché degli enti che gestiscono forme di assicurazione obbligatoria;
- e) alle modalità di utilizzo da parte dell'ente previdenziale delle informazioni relative alla dimensione, all'assetto organizzativo dell'azienda e alle tipologie di lavorazioni aziendali, anche come risultanti dall'analisi dei dati amministrativi in possesso degli enti previdenziali, ivi compresi quelli assicuratori nei confronti degli infortuni sul lavoro, con particola-

- re riferimento all'accertamento delle attività di cui all'articolo 1, comma 1, lettera c), e ai relativi periodi di cui al comma 2 del medesimo articolo 1;
- f) alle disposizioni relative alle modalità di rilevazione, per i periodi di lavoro decorrenti dal 2011, dello svolgimento da parte del lavoratore e nel relativo periodo delle attività di cui all'articolo 1, commi 1 e 6;
- g) alla individuazione dei criteri di priorità di cui all'articolo 3;
- h) alle forme e modalità di collaborazione tra enti che gestiscono forme di assicurazione obbligatoria, con particolare riferimento allo scambio di dati ed elementi conoscitivi in ordine alle tipologie di lavorazioni di cui all'articolo 1, commi 1 e 6.

Art. 5 Obblighi di comunicazione

Il datore di lavoro, anche per il tramite dell'associazione cui aderisca o conferisca mandato, o dei soggetti di cui all'articolo 1 della legge 11 gennaio 1979, n. 12, comunica, esclusivamente per via telematica, alla Direzione provinciale del lavoro competente per territorio e ai competenti istituti previdenziali, con periodicità annuale, l'esecuzione di lavoro notturno svolto in modo continuativo o compreso in regolari turni periodici, nel caso in cui occupi lavoratori notturni così come definiti all'articolo 1, comma 1, lettera b).

Il datore di lavoro che svolge le lavorazioni indicate dall'articolo 1, comma 1, lettera c), è tenuto a darne comunicazione alla Direzione provinciale del lavoro competente per territorio e ai competenti istituti previdenziali entro trenta giorni dall'ini-

zio delle medesime. In sede di prima applicazione della presente disposizione, la comunicazione è effettuata entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto legislativo.

L'omissione di ognuna delle comunicazioni di cui ai commi 1 e 2 è punita con la sanzione amministrativa da 500 euro a 1500 euro. Si applica quanto previsto dall'articolo 13, comma 2 e seguenti, del decreto legislativo 23 aprile 2004, n. 124.

Art. 6 Disposizioni sanzionatorie

Ferme restando l'applicazione della disciplina vigente in materia di revoca del trattamento pensionistico e di ripetizione dell'indebito e le sanzioni penali prescritte dall'ordinamento nel caso in cui il fatto costituisca reato, qualora i benefici previdenziali di cui all'articolo 1 siano stati conseguiti utilizzando documentazione non veritiera, chi ha fornito tale documentazione è tenuto al pagamento in favore degli istituti previdenziali, a titolo di sanzione, di una somma pari al doppio di quanto indebitamente erogato.

Il personale ispettivo del Ministero del lavoro e delle politiche sociali nonché degli enti che gestiscono forme di assicurazione obbligatoria verifica la veridicità della documentazione di cui all'articolo 2.

Copertura finanziaria

1. Agli oneri di cui al presente decreto legislativo, valutati in 312 milioni di euro per l'anno 2011, 350 milioni di euro per l'anno 2012 e 383 milioni di euro a decorrere dall'anno 2013 si provvede a valere sulle risorse del Fondo di cui all'articolo 1,

comma 3, lettera f), della legge 24 dicembre 2007, n. 247, appositamente costituito nello stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

Il presente decreto, munito del

sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana.

E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Dato a Roma, addì 21 aprile 2011

ALLEGATO 1 (DI CUI ALL'ARTICOLO 1, COMMA 1, LETTERA C)

ELENCO N. 1

Voce	Lavorazioni
1462	Prodotti dolciari; additivi per bevande e altri alimenti
2197	Lavorazione e trasformazione delle resine sintetiche e dei materiali polimerici termoplastici e termoindurenti; produzione di articoli finiti, etc.
6322	Macchine per cucire e macchine rimagliatrici per uso industriale e domestico
6411	Costruzione di autoveicoli e di rimorchi
6581	Apparecchi termici: di produzione di vapore, di riscaldamento, di refrigerazione, di condizionamento
6582	Elettrodomestici
6590	Altri strumenti ed apparecchi
8210	Confezione con tessuti di articoli per abbigliamento ed accessori; etc.
8230	Confezione di calzature in qualsiasi materiale, anche limitatamente a singole fasi del ciclo produttivo

Indicazioni del Ministero della Salute

Requisiti per i certificati di idoneità alla guida

Il Ministero della Salute (Dipartimento della prevenzione e comunicazione Direzione Generale della prevenzione sanitaria) ha emanato la Circolare n. 17798 del 25 luglio 2011 concernente “requisiti per l’idoneità alla guida - Indicazioni operative”, con chiarimenti interpretativi e applicativi sulle nuove procedure per il rilascio del certificato di idoneità alla guida dei veicoli a motori ed in particolare inerente alla valutazione del possesso delle funzioni visive e alla valutazione del profilo di rischio dei soggetti affetti da epilessia da diabete mellito. Pubblichiamo il testo.

La circolare

Il 30 aprile 2011 nella *Gazzetta Ufficiale* n. 99, è stato pubblicato il decreto legislativo n. 59 del 2011, recante “Attuazione delle direttive comunitarie 2006/126/CE e 2009/113/CE concernenti la patente di guida”. L’allegato III del medesimo decreto legislativo recepisce la direttiva 2009/113/CE della Commissione del 25 agosto 2009, che, peraltro, reca anche modifica dell’allegato III della direttiva 2006/126/CE, concernente la patente di guida in materia di “requisiti minimi di idoneità fisica e mentale per la guida di un veicolo a motore”.

In riferimento alla sopra citata disposizione sono pervenute a que-

sta Amministrazione numerose richieste di chiarimenti interpretativi e applicativi, in particolare: a) sulle procedure da adottare per la valutazione del possesso dei nuovi requisiti visivi previsti; b) sulla possibilità di continuare ad adottare l’attuale modello di certificazione prevista per l’accertamento dell’idoneità alla guida, nelle more della modifica da apportare allo stesso, in ottemperanza alle variazioni introdotte dalla nuova normativa.

In merito, acquisite le valutazioni tecniche della Direzione Generale della Motorizzazione del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti, si rappresenta quanto segue:

1) La direttiva 2009/113/CE ha contenuto in gran parte sovrapponibili la direttiva 2009/112/CE, afferente la stessa materia e già recepita nell’ordinamento interno con decreto del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti 30 novembre 2010 (G.U. n. 301 del 27 dicembre 2010), che ha introdotto nuovi requisiti minimi di idoneità psico-fisica alla guida di veicoli a motore in materia di vista, diabete mellito ed epilessia. La riproposizione dei medesimi contenuti in due direttive distinte, ma del tutto identiche, trova la sua *ratio* nella circostanza che la direttiva 2009/112/CE incideva sull’allegato III della direttiva 91/439/CE e successive modificazioni, abrogata proprio dalla nuova direttiva in

La valutazione sul possesso delle funzioni visive e del profilo di rischio per epilessia da diabete mellito

- materia di patenti 2006/126/CE.
- 2) Le disposizioni di cui all'allegato III del decreto legislativo n. 59 del 2011 sono applicabili a decorrere dal 15 maggio 2011. L'articolo 28 del medesimo decreto, infatti, procrastinando l'applicabilità delle disposizioni afferenti alle patenti di guida alla data del 19 gennaio 2013, conferma, per quello che in questa sede interessa - per l'allegato III, con riferimento alle patenti per le categorie A, Al, B, BE, C, CE, D, DE, KA e KB - il principio di entrata in vigore dopo i rituali 15 giorni di *vacatio legis*.
- 3) Le disposizioni dell'allegato III del decreto legislativo n. 59 del 2011, oltre alla primaria finalità di recepire la normativa suddetta comunitaria, perseguono altresì l'obiettivo di offrire agli operatori sanitari, nonché all'utenza, un testo normativo di riferimento che, senza dubbi interpretativi, individui la disciplina applicabile in materia di requisiti di idoneità psichica e fisica, con particolare riferimento alla vista, al diabete ed all'epilessia. A tal fine:
- a) sono espressamente indicati gli articoli del D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495, recante regolamento di esecuzione e di attuazione del Nuovo codice della strada, applicabili e quelli che sono invece soppressi;
- b) l'articolo 26, comma 2, del decreto legislativo n. 59 del 2011 prevede ad abrogare le disposizioni contenute nell'allegato III del decreto del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti 30 settembre 2003 (in G.U. 15 aprile 2004, n. 88), che in precedenza aveva disciplinato la materia;

c) sono altresì implicitamente abrogate le disposizioni di cui al citato D.M. 30 novembre 2010, recante recepimento della direttiva 2009/112/CE, poiché il decreto legislativo n. 59 del 2011, nella parte in cui disciplina i requisiti minimi di idoneità psico-fisica alla guida di veicoli a motore in materia di vista, diabete mellito ed epilessia, già contemplati nel decreto ministeriale citato, si pone come atto normativo nella medesima materia (e pertanto di rango superiore).

Tanto premesso, ravvisandosi la necessità di fornire indicazioni che assicurino criteri di valutazione uniformi sul territorio nazionale in sede di accertamento dei requisiti di idoneità in parola, con decreto dirigenziale 11 dicembre 2009 è stato istituito un gruppo di lavoro, presso l'Ufficio II della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, con il compito di redigere indicazioni operative uniformi, da osservarsi nell'accertamento del possesso dell'idoneità alla guida dei soggetti affetti da diabete mellito e da epilessia e per la verifica dei requisiti di idoneità visiva.

Le indicazioni operative per i medici monocratici e per le commissioni mediche locali per l'accertamento del possesso dei requisiti visivi previsti per il rilascio o il rinnovo della patente di guida per i conducenti classificati nel gruppo 1 e nel gruppo 2 dell'allegato III del decreto legislativo 16 aprile 2011 n. 59, predisposte dal gruppo di lavoro, valutate positivamente da parte del Consiglio Superiore di Sanità, sono riportate negli allegati A e B della presente lettera Circolare.

Da ultimo si ritiene che, nelle

more dell'imminente modifica del modello di certificazione, si possa procedere a sbarrare, sul modello attualmente previsto, le voci relative a: rifrazione corretta, grado di rifrazione, senso cromatico, senso stereoscopico, visione notturna, in quanto non più previste, utilizzando il relativo spazio di compilazione per riportare il giudizio riguardante le seguenti voci: sensibilità al contrasto, sensibilità all'abbagliamento, tempo di recupero dopo abbagliamento, visione crepuscolare, adottando le modalità operative contenute negli allegati A e B sopra richiamati.

Allegato A

Indicazioni operative per la valutazione del possesso delle funzioni visive e per la valutazione del profilo di rischio dei soggetti affetti da epilessia o da diabete mellito, ai fini del rilascio della certificazione di idoneità alla guida.

Metodiche per la verifica del possesso delle funzioni visive

Premessa

Il decreto legislativo n.59 del 18 aprile 2011, in attuazione delle direttive 2006/126/CE e 2009/113/CE, ha modificato i requisiti minimi previsti per il conseguimento e il rinnovo della patente di guida da parte di persone affette da patologie dell'apparato visivo, prevedendo la verifica nei soggetti esaminati del possesso di ulteriori requisiti quali la visione crepuscolare, la sensibilità al contrasto e all'abbagliamento; il numero elevato di rinnovi e rilasci di nuove patenti richiedono da parte dei medici monocratici l'utilizzazione di pro-

cedure semplificate di screening, tali da consentire una rapida individuazione dei soggetti affetti da patologie dell'apparato visivo che necessitano di accertamenti specialistici per la verifica del possesso dei requisiti visivi minimi prescritti; in caso di mancato possesso di uno o più requisiti visivi richiesti il giudizio è demandato alla Commissione Medica Locale.

Procedure per la valutazione da parte del medico monocratico dell'acuità visiva, della sensibilità al contrasto e all'abbagliamento:

1) Acuità visiva

- **Materiale:** tavola ottotipica a stampa calcolata per 3 - 5 m, con simboli alfabetici di Sloan neri su sfondo bianco con tratto di 1/5 dell'altezza totale della lettera, in una scala decimale che abbia un uguale numero di lettere per ogni riga (cinque per riga) con valori da 1/10 a 12/10 o equivalente dispositivo elettronico programmato e tarato.
- **Illuminazione:** L'illuminazione, da controllare con un luxmetro appoggiato sulla tavola con il sensore rivolto verso la sorgente, deve essere tale da rendere presenti sullo sfondo della tavola un illuminamento intorno a 300 lux con un range di tolleranza da 270 a 1100 lux (Il contrasto secondo Weber tra lettere e sfondo non deve essere comunque inferiore all'85%, è consigliabile illuminare la tavola ottotipica a stampa con una lampada a fascio luminoso concentrato disposta in modo da illuminarla uniformemente e non abbagliare il soggetto).
- **Svolgimento del test:** si chiede al

soggetto posto alla distanza di 3 m o 5 m, procedendo dalla prima riga ,di riconoscere monocolarmente, ad occhio nudo o con correzione almeno tre su cinque delle lettere presenti nella riga.

- **Risultati:** per patente di guida del gruppo 1, in caso di visione binoculare, è richiesta la lettura non inferiore alla II riga con l'occhio peggiore (in tal caso con l'altro occhio dovrà essere fatta la V riga), in caso di visione monoculare lettura non inferiore alla VIII riga ; per patente di guida del gruppo 2 è richiesta la lettura non inferiore alla VIII riga con l'occhio migliore e della IV riga con l'altro.

2) Sensibilità al contrasto

- **Materiale:** tavola di sensibilità al contrasto di Pelli-Robson o tavola a stampa equivalente o dispositivo elettronico programmato e tarato.

La tavola deve essere messa a 3 metri di distanza dal soggetto (in caso di soggetti portatori di lenti con presbiopia avanzata potrebbe essere necessaria una miglior correzione con addizione di + 1.00 diottria).

- **Illuminazione:** l'illuminazione dell'ambiente deve essere tale da rendere presenti sulla tavola valori di illuminamento intorno ai 300 lux, con una tolleranza tra 200 e 400 lux misurati come descritto al punto 1). (Se si utilizza una tavola a stampa è consigliabile illuminarla con una lampada a fascio luminoso concentrato disposta in modo da illuminare uniformemente tutta la tavola e non abbagliare il soggetto).
- **Svolgimento del test:** l'esame va

eseguito in visione binoculare, ad occhio nudo o con correzione in caso di vizio refrattivo.

Una tripletta della tavola si considera letta quando sono correttamente riconosciute due lettere su tre.

- **Risultati:** per le patenti del gruppo 1 si richiede di leggere almeno la tripletta numero 9 corrispondente al valore logaritmico di 1,20 che indica una soglia di contrasto del 6% circa (0,063), per le patenti del gruppo 2 si richiede di leggere almeno la tripletta numero 11 corrispondente al valore logaritmico 1,50 che indica una soglia di contrasto del 3% circa (0,031).

3) Visione crepuscolare

- **Materiale:** tavola ottotipica a stampa posta alla stessa distanza dal soggetto del punto 1) o equivalente dispositivo elettronico programmato e tarato.
- **Illuminazione:** l'ambiente deve essere oscurato in maniera tale da determinare una illuminazione di 1 o 2 lux. ,con illuminamento misurato sulla tavola compreso tra 0,8 e 1,2 lux (tale condizione si può ottenere con una lampada a luce regolabile da 15 watt posta a 4 metri dall'ottotipo).
- **Svolgimento del test:** l'esame viene eseguito in visione binoculare; dopo un adattamento massimo alle condizioni di luce ambientali di 10 minuti si procede alla verifica dell'acuità visiva crepuscolare iniziando dalla prima riga dell'ottotipo.
- **Risultati:** l'acuità visiva binoculare deve risultare di 1/10 per le patenti del gruppo 1 e di almeno 2/10 per le patenti del gruppo 2.

4) Sensibilità all'abbagliamento

- *Materiale*: tavola ottotipica posta a 3 metri o equivalente dispositivo elettronico programmato e tarato del punto 1), due lampade poste a 1 metro a destra e a sinistra dal centro della tavola ottotipica ,con emissione luminosa da 900 a 1200 lumen, tali da consentire una illuminazione da 400 a 500 Lux (questa condizione è ottenibile per esempio con due lampade fluorescenti a basso consumo da 20 Watt del tipo “daylight”)
- *Illuminazione*: l'illuminazione dell'ambiente prima dell'accensione delle 2 lampade deve essere tale da consentire sulla tavola ottotipica un illuminamento di 300 lux.
- *Svolgimento del test*: dopo l'accensione delle 2 lampade ,si chiede al soggetto ,in visione binoculare, di riconoscere almeno le lettere presenti nella prima o nella seconda riga
- *Risultati*: per le patenti del gruppo 1 per il superamento dei test è richiesta la lettura di almeno i due terzi delle lettere presenti nella prima riga, corrispondente a 1/10 nel tempo massimo di un minuto, per le patenti del gruppo 2 è richiesta la lettura entro lo stesso tempo massimo di un minuto delle lettere della seconda riga, corrispondente a 2/10.

5) Tempo di recupero dopo l'abbagliamento

Materiale: tavola ottotipica a stampa posta alla stessa distanza dal soggetto del punto 1) o equivalente dispositivo elettronico programmato e tarato e una sorgente

luminosa che produca un illuminamento di 200 lux a 20 cm quando è in posizione ortogonale rispetto al sensore del luxmetro (es. penna luminosa appropriata),

- *Illuminazione*: durante la fase di adattamento al buio l'ambiente deve essere oscurato mentre durante la lettura lo sfondo della tavola e l'ambiente circostante devono avere le caratteristiche descritte al punto 1),
- *Svolgimento del test*: il test viene condotto monocolarmente sui due occhi con l'eventuale correzione dell'ametropia e ai fini del giudizio si prende in considerazione il risultato migliore. Dopo adattamento al buio per un tempo massimo di un minuto, si copre un occhio e si pone la sorgente luminosa a 3 cm dall'occhio controlaterale per dieci secondi, invitando il soggetto a fissarla. Rimossa la sorgente abbagliante si riaccendono le luci e si chiede al soggetto di leggere istantaneamente la riga corrispondente a 2/10 per le patenti di gruppo 1 nel tempo massimo di un minuto e la riga dei 4/10 per le patenti del gruppo 2, nel tempo massimo di 30 secondi, la riga si considera letta se vengono riconosciute il 50 % delle lettere nel tempo. Se la riga relativa non viene letta nel tempo massimo previsto si ripete la procedura sull'altro occhio con le stesse modalità.
- *Risultati*: si considera l'occhio che ha raggiunto il risultato migliore. Per le patenti di gruppo 1 si richiede per il superamento del test un tempo inferiore ai 60 secondi. Per le patenti del gruppo 2 è richiesto un tempo inferiore ai 30 secondi.

Note: Non essendo solitamente possibile regolare il contrasto sugli ottotipi retro-illuminati e a proiezione e non essendo possibile con questi l'esame della visione crepuscolare, si rende necessario l'utilizzazione di un apposito ottotipo a stampa (è consigliabile disporre di 2 o più tavole con diverse combinazioni di lettere da alternare nell'esecuzione dei test).

Si dovrà poi agire sull'illuminazione dell'ambiente, con un semplice sistema di regolazione delle sorgenti luminose per ottenere le condizioni previste per ogni test, che dovranno essere inizialmente controllate con l'ausilio di un luxmetro che abbia un range di misura fino a 1000 Lux con una precisione di lettura del 5%. (Considerate le ampie tolleranze previste, i valori di Illuminamento delle superfici sono riportati in lux perché misurabili in modo semplice con tale strumento). I test vanno condotti nell'ordine in cui sono previsti, i tempi di adattamento indicati sono da intendere come tempo massimo per i soggetti non in grado di raggiungere il risultato previsto per il superamento del test in tempi inferiori.

Ove fosse necessaria la verifica del campo visivo in presenza di indicazioni anamnestiche o evidenze obiettive che facciano sospettare malattie progressive degli occhi, che di per sé escludono la possibilità di una verifica clinica con metodica di comparazione, tale test dovrà essere effettuato per ultimo, successivamente al test di verifica del tempo di recupero dopo abbagliamento.

In tali casi, in alternativa all'utilizzazione della campimetria computerizzata con valutazione cinetica o statica impostata per indagare fino alle eccentricità previste, si potrà uti-

lizzare un perimetro manuale di tipo Goldmann o un dispositivo equivalente, eseguendo l'esame in monoculare per verificare le ampiezze previste dalla Normativa verso destra e verso sinistra e verso l'alto e il basso e sommando successivamente i due emicampi tempiali destro e sinistro per ottenere le ampiezze binoculari in orizzontale previste dalla normativa (l'esame in visione binoculare comporterebbe di eseguirlo in condizioni di convergenza sulla mira centrale di fissazione con notevoli errori nelle valutazioni inoltre nello strumento non è previsto un supporto binoculare per le eventuali lenti correttive necessarie per l'esame del campo centrale negli ametropi e presbinti). Per determinare l'estensione del campo periferico si consigliano le combinazioni di mire IV /4 oppure V/3 senza lenti correttive; per il campo centrale le mire II /2 oppure I /3 con eventuali lenti correttive.

Per un esame preliminare, in alternativa a un perimetro manuale di tipo Goldmann si potrà utilizzare uno strumento semplificato così strutturato:

Cupola bianca con mentoniera regolabile e supporto per lente correttiva.

Luminanza dell'interno della cupola uniforme su tutta la superficie. Pulsante sonoro per conferma percezione stimolo. Controllo dell'allineamento e della fissazione. Mira di fissazione centrale sul centro di curvatura e serie di mire su 4 meridiani a 180°, 90°, 45°, e 135°. Si devono prevedere mire che indaghino in periferia almeno ogni 10° e nei 30° centrali almeno ogni 5°.

La luminanza dello sfondo, la dimensione angolare e la luminanza delle mire periferiche e centrali saranno assimilabili a quelle del peri-

metro di Goldman. Per controllare l'attendibilità delle risposte presentare periodicamente in modo casuale la mira sul meridiano verticale a 90° in alto o in basso, posizione in cui non dovrebbe essere vista.

Svolgimento del test: per l'esecuzione del test occorrerà spegnere le luci dell'ambiente per consentire un adattamento alle condizioni di luminosità previste, di 10 minuti.

Si consiglia di eseguire l'esame in monoculare per determinare le ampiezze verso destra e verso sinistra, verso l'alto e il basso e sommare poi i due emicampi temporali destro e sinistro per ottenere le ampiezze binoculari in orizzontale secondo quanto richiesto dalla normativa.

Allegato B

Indicazioni per la valutazione del profilo di rischio per la circolazione stradale dei soggetti affetti da diabete mellito o epilessia e relativa modulistica certificativa per lo specialista che deve essere acquisita dal medico monocratico o dalla CML.

Certificazione di idoneità alla guida di autoveicoli per pazienti affetti da diabete mellito

Per la valutazione del profilo di rischio da attribuire ai soggetti diabetici in riferimento alla valutazione di pericolosità alla guida si individuano i seguenti criteri:

1. potrà essere considerato come controllo glicemico ADEGUATO, riferito esclusivamente al giudizio di pericolosità alla guida, un valore di emoglobina glicata <9.0 %, non adeguato in caso di valori >9.0 %;

2. per le valutazioni delle ipoglicemie dovranno essere tenuti presenti al fine di attribuzione del giudizio di BUONO, ACCETTABILE o SCARSO i seguenti parametri valutativi:

- a) valutazione anamnestica della capacità del soggetto di avvertire l'ipoglicemia e gestirla precocemente e adeguatamente;
- b) presenza/assenza di ipoglicemie gravi (che richiedono l'intervento di altra persona) e ricorrenti (almeno 2 episodi) riferite negli ultimi 12 mesi;

3. per formulare il giudizio sul rischio per la sicurezza alla guida, gli elementi che dovranno essere considerati sono:

a) per rientrare in un profilo di **Rischio basso:**

- assenza di retinopatia
 - assenza di neuropatia
 - assenza di nefropatia
 - ipertensione ben controllata
 - assenza di ipoglicemie gravi e ricorrenti riferite negli ultimi 12 mesi
 - capacità del soggetto di avvertire l'ipoglicemia e gestirla precocemente e adeguatamente
 - controllo glicemico ADEGUATO
 - giudizio sull'ipoglicemia BUONO
- b) per rientrare in un profilo di

Rischio medio:

- Uso di farmaci che possono indurre ipoglicemie gravi
- retinopatia non proliferante o proliferante, se con buona conservazione del visus neuropatia autonoma o sensitivo-motoria di grado lieve, se con buona conservazione della percezione sensitiva e delle capacità motorie, non trattata con farmaci specifici
- nefropatia se solo con microalbuminuria o macroalbuminuria
- ipertensione se ben controllata

- cardiopatia ischemica se ben controllata
- assenza di ipoglicemie gravi e ricorrenti riferite negli ultimi 12 mesi
- capacità del soggetto di avvertire l'ipoglicemia e gestirla precocemente e adeguatamente
- controllo glicemico NON ADEGUATO
- giudizio sull'ipoglicemia ACCETTABILE
- c) per rientrare in un profilo di **Rischio elevato:**
 - retinopatia proliferante, con riduzione del visus
 - neuropatia autonoma o sensitivo-motoria grave, con perdita della percezione sensitiva e delle capacità motorie, trattata con farmaci specifici
 - nefropatia con insufficienza renale cronica
 - ipertensione non controllata, TIA/Ictus, ischemia cardiaca recente (< 1 anno) o non ben controllata
 - ipoglicemie gravi e ricorrenti riferite negli ultimi 12 mesi
 - incapacità del soggetto di avvertire l'ipoglicemia e gestirla precocemente e adeguatamente
 - controllo glicemico NON ADEGUATO
 - giudizio sull'ipoglicemia SCARSO
 - Il Certificato diabetologico non deve essere stato rilasciato in data anteriore a 3 mesi.
 - Per la redazione del certificato possono essere accettati esami strumentali e di laboratorio effettuati entro l'anno con l'eccezione della emoglobina glicata il cui referto non deve essere superiore a 6 mesi.

DEPOSITO TITOLI DI STUDIO

Nel rispetto degli artt. 1, 2, 3, 4 del DPR n. 221/50 l'Ordine deve tenere 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. Si precisa inoltre che l'Ordine può provvedere alla registrazione dei titoli di studio soltanto a seguito di autocertificazione presentata dall'iscritto.

Patenti Gruppo 1 - Paziente diabetico

data ___/___/___

Si certifica che il/la Sig./Sig.ra _____

nato/a _____ il ___/___/___ è affetto/a da Diabete Mellito Tipo ___ dal _____

TERAPIA attuale:

- nutrizionale ipoglicemizzanti orali insulina ipoglicemizzanti orali +
insulina altro

Specificare farmaci: _____

che possono indurre ipoglicemie gravi

che non inducono ipoglicemie gravi

CRISI IPOGLICEMICHE NEGLI ULTIMI 12 MESI

- Riferisce episodi di crisi ipoglicemiche gravi (che richiedono l'intervento di altra persona) e ricorrenti (almeno 2 episodi) SI NO

COMPLICANZE:

Non presenta complicanze

Presenta le seguenti complicanze:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Retinopatia | <input type="checkbox"/> non proliferante | <input type="checkbox"/> proliferante | <input type="checkbox"/> edema maculare |
| <input checked="" type="checkbox"/> Neuropatia | <input type="checkbox"/> autonoma | <input type="checkbox"/> sensitivo - motoria | <input type="checkbox"/> uso di farmaci specifici |
| <input checked="" type="checkbox"/> Nefropatia | <input type="checkbox"/> microalbuminuria | <input type="checkbox"/> macroalbuminuria | <input type="checkbox"/> I.R.C. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Complicanze cardiovascolari: | <input type="checkbox"/> TIA/Ictus | <input type="checkbox"/> Cardiopatia ischemica | |
| | <input type="checkbox"/> Angiopatia arti inferiori clinicamente severa | | |

Altro _____

Giudizio sulla qualità del CONTROLLO GLICEMICO, riferito esclusivamente al giudizio di pericolosità alla guida

ADEGUATO

NON ADEGUATO

Ultimo valore HbA1c _____

Giudizio complessivo circa la frequenza e la capacità di gestione delle ipoglicemie

Buono

Accettabile

Scarso

Giudizio sul profilo attribuibile in relazione al RISCHIO PER LA SICUREZZA ALLA GUIDA

limitatamente a quanto concerne la patologia diabetica e le complicanze riscontrate

BASSO si propone il rinnovo

- 10 anni (conducente di età < 50 anni)
 5 anni (conducente di età > 50 anni e < 70 anni)
 3 anni (conducente di età > 70 anni)

MEDIO si propone il rinnovo

- 5 anni (conducente di età < 50 anni)
 3 anni (conducente di età > 50 anni e < 70 anni)
 1 anno (conducente di età > 70 anni)

ELEVATO

Firma dell'interessato per presa visione e ritiro certificazione

Firma del Medico Specialista

Patenti Gruppo 2 - Paziente diabetico (Per la C.M.L.)

data ___/___/___

Si certifica che il/la Sig./Sig.ra _____

nato/a _____ il ___/___/___ è affetto/a da Diabete Mellito Tipo ___ dal _____

TERAPIA attuale:

nutrizionale ipoglicemizzanti orali Insulina ipoglicemizzanti orali +
Insulina altro

Specificare farmaci: _____

 che possono indurre ipoglicemie gravi che non inducono ipoglicemie gravi

CRISI IPOGLICEMICHE NEGLI ULTIMI 12 MESI

- Riferisce episodi di crisi ipoglicemiche gravi (che richiedono l'intervento di altra persona) e ricorrenti (almeno 2 episodi) SI NO

COMPLICANZE:

 Non presenta complicanze Presenta le seguenti complicanze:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Retinopatia | <input type="checkbox"/> non proliferante | <input type="checkbox"/> proliferante | <input type="checkbox"/> edema maculare |
| <input checked="" type="checkbox"/> Neuropatia | <input type="checkbox"/> autonoma | <input type="checkbox"/> sensitivo - motoria | <input type="checkbox"/> uso di farmaci specifici |
| <input checked="" type="checkbox"/> Nefropatia | <input type="checkbox"/> microalbuminuria | <input type="checkbox"/> macroalbuminuria | <input type="checkbox"/> I.R.C. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Complicanze cardiovascolari: | <input type="checkbox"/> TIA/Ictus | <input type="checkbox"/> Cardiopatia ischemica | |
| | <input type="checkbox"/> Angiopatia arti inferiori clinicamente severa | | |

 Altro _____

Giudizio sulla qualità del CONTROLLO GLICEMICO, riferito esclusivamente al giudizio di pericolosità alla guida

ADEGUATO NON ADEGUATO Ultimo valore HbA1c _____

Giudizio complessivo circa la frequenza e la capacità di gestione delle ipoglicemie

Buono Accettabile Scarso

L'interessato dichiara di essere pienamente cosciente dei rischi connessi all'ipoglicemia? SI NO

L'interessato dimostra di monitorare regolarmente la glicemia secondo il piano di cura? SI NO

Firma dell'interessato per presa visione e ritiro certificazione

Firma del Medico Specialista
(Diabetologo/Endocrinologo)

AVVERTENZA

(Da consegnare all'atto del ritiro della certificazione diabetologica)

Si avverte l'interessato che dovrà provvedere a segnalare alla Motorizzazione Civile Provinciale l'eventuale insorgenza di crisi ipoglicemiche gravi o di variazioni terapeutiche comportanti assunzione di farmaci che possono indurre ipoglicemia grave, in ottemperanza a quanto previsto agli articoli 7 e 8 dell'Allegato II del D.M. 30 novembre 2010 "Recepimento della direttiva 2009/112/CE della Commissione del 25 agosto 2009, recante modifica della direttiva 91/439/CE del Consiglio concernente la patente di guida", utilizzando il facsimile allegato. Data

Firma per presa visione e ritiro

Alla MTC Provinciale di.....

Il sottoscritto

Patente tipo n.

In ottemperanza a quanto previsto agli articoli 7 e 8 dell'Allegato II del D.M. 30 novembre 2010 "Recepimento della direttiva 2009/112/CE della Commissione del 25 agosto 2009, recante modifica della direttiva 91/439/CE del Consiglio concernente la patente di guida"

Comunica che

- ha manifestato recentemente una crisi ipoglicemica grave
- per variazioni terapeutiche recenti assume farmaci che possono indurre ipoglicemia grave

Data

Firma

CERTIFICAZIONE DI IDONEITÀ ALLA GUIDA DI AUTOVEICOLI PER PAZIENTI CON EPILESSIA

Note per la compilazione della scheda di valutazione specialistica

Gruppo I (Patenti A, B, B+E)

Diagnosi riferita = Si intende la diagnosi riferita da un paziente non in cura presso il centro certificante

Diagnosi non riferita = Si intende la diagnosi effettuata (o confermata) presso il centro certificante

Data della diagnosi = Va riferita con il massimo dell'approssimazione (ad, esempio, compilare semplicemente l'anno se solo questo è noto; analogamente per il mese)

Diagnosi sindromica = Utilizzare la classificazione delle epilessie dell'International League Against Epilepsy

Crisi epilettica provocata = Crisi occorsa in stretta associazione temporale con un fattore o una malattia provocante; la sua presenza non rappresenta un ostacolo alla guida purché il fattore provocante abbia scarsa probabilità di manifestarsi alla guida

Crisi non provocata = Si intende ogni crisi che non soddisfi la definizione di crisi epilettica provocata; crisi non provocate si manifestano in assenza di fattori o malattie responsabili di crisi epilettiche oppure in presenza di fattori o malattie provocanti ma al di fuori dei tempi entro i quali si manifestano le crisi provocate

Crisi solo in sonno = Sono compatibili con la guida purché siano l'unica tipologia di crisi presentate dal paziente nel corso degli ultimi 12 mesi

Crisi senza effetti sulla coscienza o sulla capacità di azione = Sono compatibili con la guida purché siano l'unica tipologia di crisi presentate dal paziente nel corso degli ultimi 12 mesi

Crisi occorsa dopo sospensione o riduzione del trattamento per decisione del medico = Si tratta di crisi che occorrono nei pazienti in remissione nei quali il medico decide, in accordo col paziente, una riduzione o la sospensione del trattamento; in questi casi, la ricorrenza di crisi comporta la sospensione dalla guida per soli tre mesi purché il paziente accetti il ripristino del trattamento; questa regola non si applica ai pazienti che hanno modificato arbitrariamente il trattamento

Altra perdita di coscienza = Si riferisce a tutti gli episodi di perdita di contatto giudicati dallo specialista di genesi non epilettica; in questi casi, il giudizio di idoneità è demandato allo specialista competente sulla base della diagnosi formulata (es, cardiologo, internista)

Altro tipo di crisi epilettiche non previsto dalle categorie precedenti = In questi casi, l'idoneità alla guida è subordinata all'assenza di crisi da almeno 12 mesi

Paziente sottoposto a chirurgia dell'epilessia = In questi casi, l'idoneità alla guida è subordinata all'assenza di crisi da almeno 12 mesi indipendentemente dal tipo di crisi manifestate dal paziente

Per presa visione e ritiro certificazione = Il paziente, apponendo la propria firma, sottoscrive, assumendosene la responsabilità, la veridicità dei dati anamnestici riferiti allo specialista. Deve firmare a conferma di quanto riferito allo specialista

Gruppo II (Patenti C, C+E, D, D+E)

A differenza dei pazienti appartenenti al gruppo I, l'accertamento di idoneità implica norme più restrittive comprendenti:

- L'assenza di crisi di qualsiasi numero e tipo da almeno 10 anni
- L'assenza di trattamento da almeno 10 anni
- La normalità dell'esame neurologico
- L'assenza di anomalie epilettiformi nel tracciato elettroencefalografico
- L'assenza di qualsiasi patologia cerebrale potenzialmente responsabile di crisi (anche in assenza di crisi)

CERTIFICAZIONE DI IDONEITÀ ALLA GUIDA DI AUTOVEICOLI PER PAZIENTI CON EPILESSIA

Gruppo II (Patenti C, C+E, D, D+E)

Primo certificato Controllo

Si certifica che, sulla scorta dei dati anamnestici e clinici in mio possesso, il/la Sig./Sig.ra

Cognome

Nome

Data di nascita

Residenza.....

Diagnosi: Riferita Non Riferita Se riferita la data della diagnosi

Diagnosi sindromica

Esame neurologico

EEG

TAC RMN

Altra patologia associata ad aumentato rischio di crisi (anche senza crisi):

Se l'ultima crisi è occorsa da più di 10 anni

Data

Paziente sottoposto a chirurgia dell'epilessia?

No Sì

Il trattamento antiepilettico è tuttora in corso?

No Sì

Se l'ultima crisi è occorsa da meno di 10 anni, specificare tipo e circostanze:

 Crisi epilettica provocataData

Numero crisi provocate:

Una Due o più

Fattori provocanti

 Altro tipo di crisi epilettiche non previsto dalle categorie precedentiData Altra perdita di coscienza

Giudizio dello specialista sull'idoneità alla guida:

Data

Firma e Timbro dello Specialista

Per presa visione e ritiro certificazione

ELEZIONI PER IL RINNOVO DEGLI ORGANI ISTITUZIONALI

TRIENNIO 2012-2014

Nei giorni 19 - 20 - 21 novembre 2011 si sono svolte le elezioni per il rinnovo degli organi istituzionali dell'Ente per il triennio 2012 - 2014.

Al termine delle operazioni di scrutinio sono risultati eletti:

CONSIGLIO DIRETTIVO:

Addis Nicola
Arru Alessandro Adriano S.
Bellu Piero Luigi
Biddau Giovanni Antonio
Castiglia Paolo Giuseppino
Cherchi Maria Grazia E.
Delogu Pier Luigi (consigliere odontoiatra)
Delpini Alberto Ettore
Derosas Monica
Farina Gabriele
Fundoni Carla
Nonnis Rita
Pinna Antonio (consigliere odontoiatra)
Sanna Nicolino
Scanu Francesco Pio
Sussarellu Agostino
Virgona Patrizia Anna

COMMISSIONE PER GLI ISCRITTI ALL'ALBO ODONTOIATRI:

Azzena Carlo Felice
Bortone Antonella
Delogu Pier Luigi
Destefanis Luisa
Pinna Antonio

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI:

Bazzoni Giancarlo Giuseppe
Grondona Natalia Marta C.
Marchisio Leila Maria
Bardino Pasqualina (revisore supplente)

Il Presidente del seggio elettorale, dottor Agostino Sussarellu, ringrazia tutti i colleghi che con la loro puntuale partecipazione hanno consentito il raggiungimento, in prima convocazione, del quorum necessario per la validità dell'Assemblea per l'elezione del Consiglio Direttivo, per la Commissione per gli iscritti all'Albo Odontoiatri e per il Collegio dei Revisori dei Conti, evitando il ricorso ad una seconda convocazione dell'Assemblea con ripercussioni negative sotto molti profili, da quello economico a quello di immagine della categoria.

Rivalutazione delle rendite

Medici colpiti da raggi X e sostanze radioattive

Nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 207 del 6 settembre 2011 è stato pubblicato il decreto 13 giugno 2011 recante “Rivalutazione delle prestazioni economiche per infortunio sul lavoro e malattia professionale con decorrenza 10 luglio 2011, in favore dei medici colpiti da malattie e da lesioni causate dall’azione dei raggi x e delle sostanze radioattive”.

Il decreto è stato emanato dal Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali in attuazione dell’art. 5 della legge 10 maggio 1982, n. 251 e dell’art. 11 del decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38, che prevedono rispettivamente la riliquidazione e la rivalutazione annuale delle rendite in favore dei medici colpiti da malattie e lesioni causate dall’azione dei raggi X e delle sostanze radioattive.

Il decreto in esame, pertanto, fissa in Euro 56.023,37 con effetto dal 1 luglio 2011, la retribuzione annua da assumersi a base per la liquidazione delle rendite di cui all’oggetto.

Ai fini di un maggior approfondimento della materia è possibile scaricare copia del provvedimento sul portale della fnomceo al canale gazzetta ufficiale.

Proroga dell’attività libero professionale intramuraria

Sulla Gazzetta Ufficiale n. 74 del 31 marzo 2011 è stato pubblicato il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 25 marzo 2011 recante “Ulteriore proroga di termini relativa al Ministero della salute”.

Il decreto sopraccitato proroga l’attività libero professionale intramuraria di cui all’art. 1, comma 2, della L. 120/07 al 31 dicembre 2011. Di fatto il provvedimento proroga di ulteriori nove mesi i termini di scadenza contenuti nella tabella 1 del decreto-legge c.d mille proroghe – DL n. 225/10 convertito con modificazioni dalla legge 26 febbraio 2011, n. 10.

L’ulteriore proroga dei termini è determinata dalla necessità di portare a compimento tutte le iniziative relative alle modalità di esercizio dell’attività libero professionale intramuraria poste a carico delle Regioni e Province autonome, anche a seguito dell’Accordo Stato Regioni del 18 novembre 2010.

Al fine di consentirne un esame più approfondito è possibile scaricare copia del provvedimento sul link gazzetta ufficiale del portale della fnomceo.

Interventi sulle denunce per Obiettivo Risarcimento e Groupon

La Federazione, a seguito di molteplici segnalazioni pervenute sia da Ordini che da singoli medici, ha ritenuto doveroso intervenire su due questioni che stanno interessando l'intero ambito medico.

La prima questione concerne l'attività della società Obiettivo Risarcimento che, attraverso spot pubblicitari trasmessi sulle reti Rai e Mediaset, offre servizi medico legali a sostegno di azioni giudiziarie nei confronti di danni alla persona eventualmente derivanti dallo svolgimento

dell'attività sanitaria, ingenerando così nell'opinione pubblica una presunzione di colpevolezza nei confronti del medico. La seconda questione riguarda Groupon, società che, tra le varie offerte proposte, promuove l'acquisto di prestazioni mediche e odontoiatriche a tariffe notevolmente inferiori ai costi di produzione.

La Federazione si è attivata, inviando le opportune denunce, pubblicate sul portale della FNOMCeO e che, ad ogni buon fine, alleghiamo, ai Carabinieri per la tutela della salute, all'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato, alla Rai, nonché ai Ministero della Giustizia, al CSM e al Ministero della 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

In Commissione Sanità al Senato

Alleanza terapeutica e consenso informato

Il testo dell'audizione sul DDL "Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento" è stato presentato insieme ai past President FNOMCeO Aristide Paci e Aldo Pagni, il 12 ottobre scorso, alla Commissione Igiene e Sanità del Senato.

L'elaborato, basato sulle modifiche apportate dalla Camera dei Deputati al testo licenziato dal Senato, si rifà naturalmente nella spirito e nel merito al documento di Terni, con l'aggiunta di ulteriori considerazioni relative alle problematiche del consenso informato. Pubblichiamo il testo.

Audizione del presidente Amedeo Bianco

Il presidente Amedeo Bianco è stato sentito sul tema "Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento"

Illustre Presidente, illustre Relatore, illustri Senatori,

la FNOMCeO ha ufficialmente reso al Parlamento il suo contributo sulle materie oggetto del D.d.I.: *Disposizioni In materia di alleanza terapeutica, di consenso Informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento* in due successive audizioni

rispettivamente alla Commissione Igiene e Sanità del Senato il 13 novembre 2008 ed alla Commissione Affari Sociali della Camera l'8 ottobre 2009 e ringraziamo per l'ulteriore attenzione che avete inteso riservare alle nostre valutazioni.

Nel riconfermare lo spirito ed il merito di quelle dichiarazioni, che si rifanno al Documento di Terni approvato a larghissima maggioranza dal Consiglio Nazionale della FNOMCeO, così come richiesto, Vi proponiamo oggi alcune ulteriori considerazioni sulle modifiche al testo legislativo apportate dalla Camera, assumendo come chiave interpretativa i principi di riferimento del nostro Codice Deontologico, che crediamo rappresentino un punto di equilibrio dei valori etici e civili caratterizzanti la nostra società plurale, l'ambiente di ascolto e di incontro delle diversità, il laboratorio dove ogni giorno costruire e rinnovare la solidarietà tra persone, cittadini e istituzioni.

La nostra Deontologia è una costruzione etica e civile più che secolare, non statica né autoreferenziale ma costantemente rinnovata sulla base del diritto primario espresso dalla Costituzione e dalle leggi, dei valori fondanti la moderna bioetica ed infine delle regole della buona pratica clinica basata sulle evidenze delle prove di efficacia.

Da questa complessa matrice originano le coordinate per un esercizio

*Un rapporto
equo e bilanciato
fra chi cura
e il soggetto
curato*

professionale posto a garanzia della qualità, efficacia e sicurezza delle cure, della dignità e libertà del paziente e del medico nelle loro scelte per la tutela della salute fisica e psichica e della vita, per il sollievo delle sofferenze, in una relazione costantemente proiettata a realizzare un rapporto equo e bilanciato tra chi cura e il soggetto di cura, capace di ascoltare ed offrire risposte diverse a domande diverse

Su queste fondamenta poggia quella posizione di garanzia dei medici che va sempre promossa e protetta in ogni relazione di cura nel rispetto dei diritti costituzionalmente sanciti dei cittadini sani e malati e che assume particolare significato nelle DAT non per eludere o evadere le dichiarazioni anticipate ma per declinarle dal passato al presente, dall'ignoto al fatto, dall'ignoto alle migliori evidenze disponibili, per accompagnare ognuno nella sua storia di vita, unica ed irripetibile.

L'Universalità e l'Equità

Questo ruolo di garanzia non può riconoscersi in alcun tipo di discriminazione e quindi apprezziamo le modifiche apportate all'Art 1 (comma 2) sull'universalità dei destinatari ed in particolare il neo comma 3 che valorizza l'approccio palliativo nella cura delle malattie evolutive fine fase terminale.

Condividiamo altresì la riscrittura dell'art. 5 che identifica l'assistenza ai soggetti in stato vegetativo o altre forme neurologiche correlate come un livello essenziale di assistenza di cui ai DPCM 29/11/ 2001.

Il Consenso informato

Il tema del consenso informato in rubrica del D.d.l. in esame È già da

tempo oggetto di articolata e puntuale normazione deontologica che tuttavia non può compiutamente surrogare, anche al sensi e per gli effetti della legge penale, la definizione della natura giuridica del trattamento medico, sancendo anche i confini di rilevanza della volontà del malato e gli stessi cd. requisiti di validità del consenso (età per consentire, forma del consenso, quantità di informazione da ricevere ecc.).

Si ritiene che, al fine di ridurre i margini di soggettività e di controversibilità inevitabilmente presenti nelle soluzioni interpretative proposte in sede giurisprudenziale, la disciplina, come articolata all'interno dell'art. 2, anche alla luce delle positive modifiche a questo apportate, esigerebbe un intervento di integrazione:

a) manca anzitutto l'individuazione del fondamento della liceità penale dell'attività sanitaria e la specificazione, all'interno di quest'ultima, del ruolo giuridico del consenso espresso dal malato, causa prima dei contrasti giurisprudenziali in materia di rilevanza penale del reato medico eseguito in consapevole assenza del consenso del paziente. Al riguardo potrebbe proporsi di qualificare il trattamento medico-chirurgico come causa di giustificazione (alla pari della legittima difesa o dello stato di necessità), la cui operatività esimente debba essere condizionata da tre fondamentali requisiti: 1) che la prestazione del medico sia destinata alla tutela della salute e della vita della persona; 2) che essa venga eseguita nel rispetto delle leggi dell'arte e di ogni regola cautelare dettata dalle evidenze tecnico scientifiche; 3) che l'atto medico sia preceduto dalla acquisizione del consenso informato del paziente.

(Ad esempio: “Ogni trattamento medico e sanitario di carattere preventivo, diagnostica, terapeutico e riabilitativa, se condotto secondo perizia, diligenza e prudenza È sempre diretto alla tutela della salute e della vita della persona. Salvo i casi previsti dalla legge, ogni trattamento medico e sanitario è attivato previo consenso informato, esplicito ed attuale del paziente prestato in modo libero e consapevole”).

- b) neppure si ritrova, nella disciplina in preparazione, un principio condiviso ed atteso, ossia la introduzione, quale nuova causa scriminante, della cd. necessità medico-chirurgica, diretta ad assicurare copertura legale (oggi controversa) all'intervento medico a beneficio di paziente Incapace – anche per causa transitoria – di intendere e di volere in situazioni di *urgenza medica, essendo l'emergenza vera e propria*, (così come recita il comma 9 dell'art. 2) già da tempo riconducibile all'esilimento dello stato di necessità (ex art. 54 c.p.);
- c) il disegno di legge, inoltre, nulla dice in ordine al reato che si configura in caso di trattamento medico-chirurgico eseguita senza preventiva acquisizione del consenso del malato. Al riguardo, si potrebbe ipotizzare la introduzione di ipotesi di reato contro la libertà di autodeterminazione del malato, perseguibili a querela di parte e graduate in termini di gravità (maggiore, se il medico Interviene nonostante il rifiuto del paziente, minore quando il sanitario agisca senza acquisire l'adesione informata di quest'ultimo); salvo ad applicare le fattispecie dei delitti contro la vita e l'incolumità individuale allorché con-

seguano esiti lesivi per effetto di “cattiva” esecuzione della prestazione da parte del medico.

Questa impostazione appare del tutto coerente con gli orientamenti consolidati della Cassazione in materia di rilevanza giuridica e penale del consenso informato: Cass. Sez. 9 marzo 2001, Barese; Cass. Sez. 1, 29 maggio 2002, Volterrani; Cass. Sez. IV, 16 gennaio 2008, n. 11335 etc, secondo i quali la commissione del fatto nell'esercizio di un'attività medico chirurgica o sanitaria diretta alla tutela della salute e della vita, esclude la punibilità sempre se condotta secondo perizia, prudenza e diligenza e vi sia stata l'acquisizione del consenso del paziente.

In assenza o in difetto di consenso, il trattamento medico e sanitario se condotto con perizia, diligenza e prudenza, non diventerebbe ascrivibile ai reati contro la persona ovvero lesioni personali o omicidio ma ad altre fattispecie di reati comunque da sanzionare, nell'ambito *dei* delitti contro la libertà morale (violenza privata).

È superfluo sottolineare, In tempi di devastante diffusione delle pratiche difensivistiche, il significato positivo di siffatta definizione giuridica (e penale) del consenso informato, che peraltro nulla sottrarrebbe ai diritti alla sicurezza e al risarcimento per un danno ingiusto in capo ai cittadini nel contenzioso civilistico e In ogni caso un profilo di colpa grave in sede penale per reati contro la persona se il trattamento si discosta in modo significativo dai principi di prudenza, perizia e diligenza.

Siamo convinti che ogni relazione di cura disegni uno spazio di “intimità” nella quale la legislazione non deve intervenire in modo rigido e prescrittivo, ma limitarsi a definirne i

confini etici e civili condivisi da tutta la comunità (diritto mite), lasciando spazio alle libertà ed alle responsabilità di chi cura e di chi è curato.

La moderna deontologia medica rappresenta l'espressione più alta di quei valori che, nella tutela dell'autonomia dell'atto medico, si propongono di tutelare la libertà di scelta dei cittadini ed in questo senso è niente affatto paradossale affermare che l'obiezione di scienza e coscienza prevista dall'art. 22 del Codice garantisce tutte le libertà in campo, alla luce di un No all'eutanasia, un No a trattamenti futili e sproporzionati, un No all'abbandono dei più fragili ed invece un Sì all'autonomia del paziente e un Sì alla autonomia del medico per una alleanza terapeutica quale unico luogo, tempo e strumento idoneo a dare risposte proporzionate, condivise e legittime. (etica forte).

Queste osservazioni hanno una valenza meramente pratica e non possiamo non sottolineare come le modifiche apportate ai comma 4 e comma 5 dell'art. 3, volendo queste definire, in un contesto giuridico, situazioni patologiche e/o entità nosologiche di incerta valutazione clinico-strumentale, creino di fatto corti circuiti organizzativi e assistenziali, fonte di incertezze e, temiamo, di probabili contenziosi in sede civile e penale.

Al riguardo sottolineiamo come le strutture e le moderne tecnologie idonee (ad es. la risonanza magnetica funzionale) abbiano una limitata e disomogenea distribuzione territoriale e che, ad evidenze scientifiche disponibili, sono gravate da alti tassi di falsi positivi e falsi negativi. Crediamo dunque opportuno rivisitare questi due commi ci permettiamo di ricordare che numerose sentenze della Corte Costituzionale, a comin-

ciare da quelle n. 338 e n. 282 del 2002 a vario titolo riprese in quelle più recenti n. 438/2008 e n. 151/2009 ribadiscono un orientamento costante che possiamo riassumere con passi originali a partire dall'ultima secondo la quale: “[...] *In piena linea ed in severa sintonia con la costante giurisprudenza costituzionale io quale testualmente e ripetutamente ha denunciato i limiti di discrezionalità legislativa sulle acquisizioni scientifiche e sperimentali sulle quali si fonda l'arte medica (n.151/2009) [...] Sicché, in materia di pratica terapeutica, la regola di fondo risiede pur sempre ed insostituibilmente nell'autonomia e nella responsabilità del medico che, con il consenso del paziente, opera le necessarie scelte professionali*” (n. 338/2002).

La “vincolatività “delle DAT: il ruolo del medico

“Il medico deve intervenire, In scienza e coscienza, nei confronti della persona Incapace, nel rispetto della dignità della persona e della qualità della vita, evitando ogni accanimento terapeutico, tenendo conto delle precedenti volontà del paziente (...T.) (art. 35 del C.D.M.).

“[...] Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà, deve tenere conto nelle proprie scelte di quanto precedentemente manifestato dallo stesso in modo certo e documentato” (art 38 del C.D.M.).

In questi due passaggi deontologici, a nostro giudizio in totale sintonia con l'art. 32 della Costituzione e dell'art. 9 della Convenzione di Oviedo, recepita nel nostro ordinamento con L. n. 145 del 28 marzo 2001, si afferma che il medico deve tenere conto delle precedenti volontà, intervenendo in scienza e coscienza.

A nostro parere, in queste particolari ed eccezionali condizioni, il bilanciamento delle autonomie e delle connesse responsabilità non può non esaltare la posizione di garanzia del medico curante che, in accordo con il fiduciario se nominato e i familiari, chiamati ad tutelare, in una compiuta alleanza terapeutica, il migliore interesse della persona attualmente incapace, può disattendere, in tutto o in parte, le dichiarazioni anticipate di trattamento qualora sussistano motivate e documentabili possibilità, non prevedibili all'atto della dichiarazione, di poter diversamente conseguire ulteriori benefici per la persona assistita.

Questi benefici vanno sempre commisurati, nel tempo e negli obiettivi, agli orientamenti precedentemente espressi e al rispetto della dignità della persona e tali decisioni vanno puntualmente esplicitate e riportate nella documentazione clinica.

Al riguardo riportiamo uno stralcio della citata sentenza n. 282/2002: “[...] La pratica terapeutica si pone, come già si È accennato, all’incrocio fra due diritti fondamentali della persona malata: quello ad essere curato efficacemente, secondo i canoni della scienza e detrarle medico; e quello ad essere rispettato come persona, e In particolare nella propria integrità fisica e psichica, diritto questo che l’art. 32, comma 2, seconda periodo, Così pone come limite invalicabile anche ai trattamenti sanitari che possono essere imposti per legge come obbligatori a tutela della salute pubblica. Questi diritti, e il confine fra i medesimi, devono sempre essere rispettati, e a presidiarne l’osservanza in concreto valgono gli ordinari rimedi apprestati dall’ordinamento,

nonché i poteri di vigilanza sull’osservanza delle regole di deontologia professionale, attribuiti agli organi della professione.

Salvo che entrino in gioco altri diritti o doveri costituzionali, non è, di norma, il legislatore a poter stabilire direttamente e specificamente quali siano le pratiche terapeutiche ammesse, con quali limiti e a quali condizioni. Poiché la pratica dell’arte medica si fonda sulle acquisizioni scientifiche e sperimentali, che sono in continua evoluzione, la regola di fondo in questa materia è costituita dalla autonomia e dalla responsabilità del medico che, sempre con il consenso del paziente, opera le scelte professionali basandosi sullo stato delle conoscenze a disposizione.

Autonomia del medico nelle sue scelte professionali e obbligo di tener conto dello stato delle evidenze scientifiche e sperimentali, sotto la propria responsabilità, configurano dunque un altro punto di incrocio dei principi di questa materia.

A questi principi si riconduce anche il codice di deontologia medica (3 ottobre 1998), che l’organismo nazionale rappresentativo della professione medica si è dato come “corpus di regole di autodisciplina predefinente alla professione, vincolanti per gli iscritti all’Ordine che a quelle norme devono quindi adeguare la loro condotta professionale. [...]”.

Con tale autorevole conforto riteniamo dunque che la pratica medica e la riflessione tecnica e deontologica che la sorregge e indirizza, possano garantire l’individuazione più appropriata e consapevole delle connotazioni e dell’essenza dell’atto, o trattamento, sanitario; sicché, in questo ambito, come in quelli simili, il

diritto dovrebbe più prudentemente rendersi mutuuario delle valutazioni e delle conclusioni generalmente condivise all'interno della comunità scientifica.

Illustre presidente, illustre relatore, illustri senatori, siamo a Vostra disposizione per ogni ulteriore chiarimento ritenuto utile al vostro difficile compito dal quale ci auguriamo possa nascere un'offerta ai cittadini, alle istituzioni, alla nostra comunità professionale, di ragioni e luoghi di incontro, di dialogo, nello sforzo di unire e non dividere.

Nel nostro Paese, nella sua storia e nelle sue tradizioni civili e religiose che solennemente ricordiamo e celebriamo nella ricorrenza dei 150 anni di Unità Nazionale, ci sono energie e risorse straordinarie di prossimità, tolleranza, solidarietà e libertà e tutto questo patrimonio in più occasioni è stato investito per superare passaggi difficili della nostra storia civile e sociale; oggi quelle ricchezze vanno nuovamente messe in campo, in un grande sforzo di concordia e tolleranza etica e civile.

Amedeo Bianco

Criteri e modalità di diffusione dei defibrillatori automatici

Nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 129 del 6 giugno 2011 è stato pubblicato il decreto 18 marzo 2011 "Determinazione dei criteri e delle modalità di diffusione dei defibrillatori automatici esterni di cui all'articolo 2, comma 46, della legge n. 1911 2009".

Il decreto è stato emanato dal Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze ai sensi dell'art. 2, comma 46, della legge 192109 che dispone che "È autorizzata la spesa di 4 milioni di euro per l'anno 2010 e di 2 milioni di euro per ciascuno degli anni 2011 e 2012 finalizzata alla diffusione di defibrillatori semiautomatici e automatici esterni". Il decreto stabilisce i criteri e le modalità per dotare di defibrillatori luoghi, strutture e mezzi di trasporto, entro il limite di spesa previsto dai comma sopraccitato.

Scopo del provvedimento è quindi quello di diffondere in modo capillare l'uso dei defibrillatori semiautomatici esterni sul territorio nazionale perché possano essere utilizzati anche dal personale non sanitario, opportunamente formato, nella convinzione che l'utilizzo di tale apparecchiatura possa prevenire o quanto meno ridurre il numero di morti per arresto cardiocircolatorio.

L'art. 2, comma 1, del decreto dispone che le Regioni predispongono, nei limiti delle risorse previste dall'art. 2, comma 46, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, programmi per la diffusione dei defibrillatori semiautomatici esterni in base alle indicazioni contenute nel documento approvato con l'accordo Stato-Regioni del 27 febbraio 2003 recante «Linee guida per il rilascio dell'autorizzazione all'utilizzo extraospedaliero dei defibrillatori semiautomatici», nonché agli ulteriori criteri e modalità indicati nell'allegato A al decreto.

Con riferimento alla attività formativa l'allegato A al decreto prevede che le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, anche avvalendosi delle proprie

organizzazioni dell'emergenza territoriale 118, provvedono a disciplinare l'erogazione dei corsi di formazione e di addestramento in Supporto Vitale di Base – Defibrillazione (Basic Life Support – Defibrillation) per i soccorritori non medici e a definire i programmi di formazione, aggiornamento e verifica, le modalità di certificazione ed i criteri di accreditamento dei centri di formazione.

In particolare si evidenzia che l'allegato A stabilisce che le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, al fine di rendere uniformi le modalità di erogazione ed il livello di formazione dei corsi, affidano la loro realizzazione alle centrali operative del sistema di emergenza 118 ed ai centri di formazione accreditati di altre strutture del Servizio Sanitario Regionale, delle Università, degli Ordini professionali sanitari, delle organizzazioni medico-scientifiche di rilevanza nazionale, della Croce Rossa Italiana e delle Associazioni di volontariato nazionali e regionali operanti in ambito sanitario, degli Enti pubblici che hanno come fine

istituzionale la sicurezza dei cittadini, nonché di altri soggetti pubblici e privati operanti in ambito sanitario che dispongono di un'adeguata struttura di formazione.

Al fine di consentirne un esame più approfondito è possibile scaricare copia del decreto indicato in oggetto al link gazzetta ufficiale del portale della fnomceo.

Piano terapeutico per antipsicotici atipici

L'AIFA ha preso in esame la richiesta, formulata dalla FNOMCeO di una sospensione, anche temporanea, dell'obbligatorietà del Piano terapeutico per la dispensazione dei farmaci antipsicotici di nuova generazione, dando mandato al Gruppo di Lavoro Scienze Neurologiche di valutare l'ipotesi, "pur in considerazione delle problematiche di sostenibilità del sistema già emerse in sede di Commissioni".

VARIAZIONE DI INDIRIZZO

Tutti gli iscritti, ai sensi degli artt. 1, 2, 3 del DPR n. 221/50, sono pregati di comunicare per iscritto alla segreteria dell'Ordine l'eventuale variazione di residenza.

Si comunica che nei casi previsti dalla normativa è possibile eleggere un domicilio speciale ai fini del recapito della corrispondenza dell'Ordine e degli altri vari enti (Enpam, FNOMCeO, Equitalia Sardegna Spa, Equitalia Esatri Spa).

Si ricorda agli iscritti che la comunicazione della variazione di indirizzo (residenza o domicilio speciale) all'Ordine è un obbligo previsto dalla legge, la violazione del quale comporta disguidi non soltanto all'Ente ma anche e in particolare agli interessati.

Un'intervista al presidente dell'AGCOM

Catricalà: “L'Antitrust decide sulla pubblicità dei dentisti”

Antonio Catricalà*, all'epoca presidente dell'Agcom, ha rilasciato un'intervista sul ruolo degli Ordini sulla pubblicità sanitaria e sulla posizione della CAO Nazionale. Catricalà sostiene che non è l'Ordine che deve giudicare la pubblicità degli iscritti ma l'Antitrust e afferma inoltre gli Ordini vanno profondamente riformati.

Che le vedute tra Ordine ed Antitrust sull'esercizio professionale fossero diverse non è certo una notizia che viene confermata dall'intervista pubblicata sul Giornale dell'Odontoiatra “Il Dentale” di Settembre. Una visione che equipara la professione odontoiatrica (come le altre professioni) al pari di un'attività commerciale.

“La nostra visione – spiega il presidente dell'Agcom Antonio Catricalà – non è una stranezza ma viene direttamente dalle norme e dallo spirito del Trattato europeo: l'attività professionale viene considerata attività imprenditoriale. Ne deriva che ci deve essere libertà di tariffa e di pubblicità. Non vedo come questo possa danneggiare i pazienti: piuttosto ne amplifica la libertà di scelta. Peraltro pensare che un'attività imprenditoriale di per sé danneggi la clientela equivale a demonizzare le imprese. Seguendo questo ragionamento un dentista dovrebbe temere di andare al ristorante o di comprarsi una barca.

È la qualità della prestazione, medica o commerciale, a garantire il cittadino”. Sono molti gli argomenti

trattati nell'intervista a partire dalla pubblicità; il presidente dell'Autorità garante della concorrenza e del mercato ricorda come la legge preveda il controllo da parte dell'Ordine ex post, mentre, dice, alcuni Ordini la interpretano in modo restrittivo. Per Catricalà l'Ordine invece di aprire un procedimento disciplinare nei confronti dell'iscritto dovrebbe denunciarlo all'Antitrust. “Sapremo decidere in scienza e coscienza se il messaggio pubblicitario inganna i pazienti”, dice.

Per quanto riguarda la battaglia contro le tariffe basse Catricalà la giudica di retroguardia e dice ai singoli dentisti che l'Authority è vicina ai professionisti che vogliono accettare la sfida della concorrenza. E poi aggiunge: “Chi stabilisce la tariffa di riferimento: una associazione dei consumatori o i dentisti stessi?”

Infine il parere del presidente Agcom sugli Ordini è decisamente chiaro. “Gli Ordini tutti – si legge nell'intervista – vanno profondamente riformati. Così come sono strutturati sono una garanzia per gli iscritti, non per gli utenti. Occorre che si aprano alla società civile, includendo nei loro organi di rappresentanza le associazioni dei consumatori. Diversamente verranno sempre considerati, a torto o a ragione, i difensori delle caste”.

**Il dottor Catricalà è stato nominato successivamente sottosegretario alla Presidenza del Consiglio dei ministri.*

*Diversità di vedute
con gli Ordini.
La professione
equiparata
a un'attività
commerciale*

Renzo: “Tutela e baluardo contro la pubblicità selvaggia”

Ancora una volta l'Antitrust tramite il suo Presidente Catricalà, in un momento così lacerante che sta vivendo il Paese, non ha trovato di meglio che attaccare gli Ordini attraverso lo stucchevole messaggio del loro ruolo corporativo di estremi difensori della “casta”.

Il presidente dell'Antitrust, quindi, ancora una volta bacchetta gli Ordini perché si ostinano ad evidenziare i pericoli della pubblicità selvaggia, in campo sanitario rivendicando l'esclusività della competenza dell'Antitrust ad intervenire soltanto se e quando questa pubblicità assumesse le caratteristiche dell'ingannevolezza.

Di fatto, dopo che il danno è fatto.

Un' amara considerazione: a quando soddisfatti o rimborsati?

La normativa vigente al riguardo, vedi in particolare l'art. 2 della legge 248/06, sembra non dare riscontro a quest' impostazione considerato che attribuisce agli Ordini il compito di verificare veridicità e trasparenza dei messaggi pubblicitari.

Non ci stancheremo di combattere questa deriva “imprenditoriale” che a tutti i costi vuole parificare medici e/o odontoiatri a venditori di macchinette, commercianti e a fornitori di servizi.

Chiunque abbia un minimo di ragionevolezza comprende che una visita medica o odontoiatrica non può essere parificata ad un acquisto di beni di consumo o alla fornitura di un servizio.

Il problema sta, inoltre, pericolosamente degenerando se si pensa che attraverso i mezzi elettronici ormai si offrono pacchetti low-cost concernenti visite mediche od odontoiatriche a prezzi scontatissimi senza ovviamente offrire al cittadino nessuna reale possibilità di comprendere cosa sta “acquistando” e soprattutto se queste visite siano realmente necessarie alla salute e siano state oggetto di una seria prescrizione medica.

Perfino il presidente Catricalà, bontà sua, riconosce in un' intervista apparsa oggi, che offrire prezzi scontati fino all'80% non può che significare o una “truffaldina” gonfiatura dei prezzi base (occorrerebbe da un punto di vista deontologico parlare di onorari) o peggio l'offerta di una prestazione indecorosa non in linea con le più elementari norme sanitarie e igieniche.

Il vero motivo di questa impostazione dell'Antitrust emerge forse involontariamente dalle parole dello stesso presidente Catricalà quando sostiene che gli Ordini andrebbero completamente riformati per renderli “al passo con i tempi” aprendone alla partecipazione ai rappresentanti dei consumatori e di quant'altri volessero occuparsi di deontologia professionale.

Gli Ordini sono dunque visti come l'ultimo baluardo di una filosofia che privilegia l'etica e la deontologia nel campo delle attività di cura che non

*Gli Ordini non
si stancheranno
di combattere
la deriva
“imprenditoriale”
che si vuole
attribuire
alla professione*

potranno mai essere ricondotte solo ad una logica di mera ricerca del profitto dimenticando che lo scopo vero della nostra attività è quella di curare un uomo e non di trattare affari commerciali.

Comportamenti scorretti addebitabili a singoli professionisti, rappresentano, appunto, responsabilità singole e soggettive che non possono suffragare accuse generalizzate, ma vanno anticipate, prevenute e, se accertate, sanzionate.

Continueremo, pertanto, a sostenere questa impostazione che non è una battaglia di retroguardia ma costituisce, invece, un ponte verso il futuro di una vera assistenza sanitaria che attraverso il necessario adeguamento ai tempi non può che basarsi su principi deontologici millenari di cui il Presidente Catricalà non sembra il migliore esecutore.

La proposta di riforma degli Ordini delle professioni sanitarie che ha già superato importanti passaggi parlamentari costituisce la dimostrazione più evidente che è possibile

rilanciare e riformare il ruolo degli Ordini senza distruggere il patrimonio etico delle professioni sanitarie che contribuiscono, mi sembra difficile negarlo, a rendere l'assistenza sanitaria italiana una fra le migliori del mondo nonostante attacchi che appaiono sempre più sghanherati.

Ps. In primo luogo nell'interesse e a tutela della salute del cittadino e, quindi, perché dovrebbe rappresentare, dal punto di vista dell'autorità, un fenomeno distorsivo del mercato, si rimane nell'attesa dell'assicurato intervento del presidente Catricalà volto a contrastare il gravissimo e tutto italico esercizio abusivo della professione odontoiatrica; atto illegale, posto in essere da migliaia di soggetti non abilitati, i cui dati sono stati riportati nel "libro bianco" di denuncia consegnato da tempo all'autorità per la concorrenza ed il mercato.

Giuseppe Renzo
Presidente Nazionale
Albi Odontoiatri

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:

"<http://www.omceoss.org>"

www.omceoss.org

L'attivazione è obbligatoria

Per tre anni gratuita la casella di posta elettronica certificata

Il Decreto legge 29/ 11/ 2008 n. 185 convertito nella legge ordinaria n. 2 del 28.01.2009 prevede che “i professionisti iscritti ad un Albo si dotino obbligatoriamente di una casella di Posta Elettronica Certificata. Gli iscritti a Ordini dovranno dotarsi di questo strumento entro un anno dall’entrata in vigore del decreto, dandone comunicazione rispettivamente all’albo di appartenenza”.

La posta elettronica certificata (P.E.C.) consente di inviare e ricevere documentazione elettronica con un elevato livello di sicurezza e di dare valore legale al processo di trasmissione dei messaggi nel rispetto della normativa vigente.

Il Consiglio Direttivo dell’Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Sassari ha pertanto deliberato, per agevolare gli iscritti, di stipulare con una delle due società indicate dalla FNOMCeO – la POSTECOM – una convenzione per fornire la casella di posta elettronica certificata a tutti gli iscritti all’Ordine.

Per ciascun iscritto è a disposizione, sin dal mese di luglio 2010, negli uffici dell’Ordine una busta cieca personalizzata contenente l’indirizzo



della personale casella P.E.C. e le modalità per procedere all’attivazione dalla stessa.

Il costo della casella P.E.C. per tre anni dal momento dell’attivazione è interamente a carico dell’Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Sassari.

L’iscritto deve limitarsi a ritirare presso gli uffici dell’Ordine la busta cieca e provvedere autonomamente all’attivazione seguendo le istruzioni contenute nella stessa.

Nonostante i ripetuti avvisi, pubblicati sul sito dell’Ordine e su questo bollettino, è stata ritirato un numero limitato di PEC.

Ricordiamo che l’attivazione di un indirizzo di posta elettronica certificata è un obbligo per i professionisti iscritti agli Ordini professionali.

Invitiamo chi non avesse già provveduto di provvedere al più presto.

Il costo è interamente a carico dell’Ordine di Sassari

www.omceoss.org
ordine@omceoss.org

Corso di agopuntura auricolare in terapia antalgica

La F.I.S.A., I.C.M.A.R.T e il G.S.A.T.N. Gruppo di Studio sull'Agopuntura e le Terapie Naturali e la Scuola medica di agopuntura auricolare International medical school of auricular Acupuncture che ha per Responsabile didattico Giancarlo Bazzoni ha organizzato un corso di agopuntura auricolare in terapia antalgica.

Il corso avrà luogo a Sassari e Oristano.

I docenti sono: Giancarlo Bazzoni, medico esperto in agopuntura, docente all'Università di Brescia; Manuela Cormio, medico esperto in agopuntura, specialista in anesthesiologia e terapia del dolore.

Anche nel nostro paese, similmente a quanto accade nella maggior parte dei paesi più sviluppati, l'agopuntura sempre più frequentemente viene utilizzata nella terapia del dolore.

La F.I.S.A. (Federazione Italiana delle Società di Agopuntura) fa parte delle associazioni medico scientifiche inserite nell'IMPACT (interdi-

sciplinary multitask pa in cooperative tutorial).

È seguendo questa linea che GSATN (Scuola Medica di Agopuntura Auricolare) ha attivato anche in Sardegna il Corso di agopuntura auricolare in terapia antalgica.

Il corso si articola in 3 seminari per un totale di 38 ore di lezione teorico pratiche per saper applicare nella propria pratica clinica l'agopuntura auricolare nella terapia del dolore acuto e cronico. I docenti proporranno un innovativo approccio terapeutico, risultato di un'esperienza clinica su migliaia di pazienti.

Questo originale modello diagnostico-terapeutico, permette di raggiungere risultati estremamente soddisfacenti nel trattamento delle diverse forme di dolore anche molto complesse.

Il corso è riservato ai medici e agli odontoiatri.

Per informazioni e iscrizioni:
info@masterauricoloterapia.it
www.masterauricoloterapia.it
tel. 3420329833

*Tre seminari
con lezioni
teoriche
e pratiche*

www.omceoss.org
ordine@omceoss.org

Ipnosi: evidenze neurobiologiche e applicazioni cliniche

Da ottobre scorso si sta svolgendo in Sardegna un corso introduttivo sull'ipnosi, che ha l'obiettivo di offrire un'informazione scientifica altamente qualificata sulle evidenze neurobiologiche e le applicazioni cliniche di una branca medica troppo spesso oggetto di pregiudizi e false credenze.

Il corso, organizzato dalla sede sarda della Società Italiana di Ipnosi (SII), affiliata alla Società Europea ed a quella Internazionale di Ipnosi (ESH ed ISH) col patrocinio dei quattro Ordini dei Medici sardi e dell'Associazione Unitaria Psicologi Italiani, è per questo motivo aperto a professionisti di area sanitaria e psicosociale (medici, odontoiatri, psicologi, psicoterapeuti, infermieri, ostetriche, fisioterapisti, pedagogisti, educatori, assistenti sociali). Si articola in sei moduli formativi, frequentabili singolarmente o in blocco, che si svolgono presso le sale degli Ordini dei Medici di Cagliari, Sassari, Nuoro ed Oristano, in un percorso itinerante.

L'apprezzata apertura ha avuto luogo a Sassari con Giuseppe Ducci, direttore dell'SPDC del San Filippo Neri di Roma e docente alla Università della Sapienza, che ha affascinato i numerosi presenti spiegando le basi neurofisiologiche dell'ipnosi ed i meccanismi attraverso cui essa è terapeutica. Ha fatto seguito a Cagliari Camillo Loriedo, attualmen-

te presidente della Società Internazionale di Ipnosi oltre che di quella italiana. Loriedo, docente di psichiatria alla Sapienza e direttore del Dipartimento per i Disturbi Alimentari del Policlinico di Roma, ha affrontato il percorso evolutivo che ha portato da un'ipnosi fondata su un approccio direttivo e autoritario ad opera di un terapeuta che appariva onnipotente ad una concezione della trance come fenomeno naturale, che il terapeuta si limita ad elicitarne, al fine di attivare dei processi di flessibilità ideativa, nuove associazioni ed apertura all'utilizzo delle risorse bloccate del paziente.

Sarà poi la volta di Wilma Sponti, che ad Oristano parlerà di crisi adolescenziali ed ipnosi.

Il nuovo anno accoglierà con orgoglio e volutamente nel cuore della Sardegna, a Nuoro, Consuelo Casula, sarda, divenuta riferimento internazionale in ambito ipnotico e recentemente nominata President Elect della Società Europea di Ipnosi (ESH), che affronterà il tema "Ipnosi e resilienza".

Il termine resilienza, mutuato dalla fisica, indica la capacità dei materiali di resistere ad urti improvvisi senza spezzarsi.

Casula spiegherà quindi come si può stimolare la resilienza in se stessi e nei pazienti, affrontando anche il tema della relazione col paziente secondo l'approccio ericksoniano.

Possono partecipare professionisti di area sanitaria e psicosociale

Il corso proseguirà in febbraio a Sassari con Camillo Valerio, medico e giornalista pubblicitario, e con le applicazioni cliniche dell'ipnosi, dimostrando come essa sia un valido supporto nella gestione di varie patologie di ambito internistico, ma anche preziosa risorsa in contesti chirurgici, anestesiológicos e psicoterapeutici.

Finale a Cagliari in marzo, con Giuseppe De Benedittis, neurochirurgo, anestesista e psichiatra, direttore del Centro Interdipartimentale

per lo Studio e la Terapia del Dolore (CSTD) dell'Università di Milano, vincitore per le sue ricerche sperimentali sull'ipnosi del premio internazionale Ernest R. Hilgard Award for Scientific Excellence, che affronterà il tema dei meccanismi neuropsicobiologici dell'analgesia ipnotica e delle strategie e tecniche ipnotiche per il sollievo del dolore.

Ulteriori informazioni sul sito www.ipnosisardegna.it

Lucia Latte

Società Italiana di Ipnosi

RICHIESTA CERTIFICATI

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

Gli iscritti sono pertanto invitati a collaborare, evitando lamenti agli sportelli in quanto il personale amministrativo si limita ad attenersi ai dettami del Codice sulla privacy.

Si ricorda, inoltre, che gli iscritti si possono avvalere della possibilità di autocertificare i dati relativi all'iscrizione.

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

Si precisa che qualsiasi ente pubblico è obbligato ad accettare l'autocertificazione.

L'AMMI ha più di 30 anni

L'attività della sezione di Sassari dell'Associazione mogli dei medici

La sezione provinciale dell'AMMI (Associazione Mogli Medici Italiani) ha ormai compiuto, e superato, i 30 anni dalla sua nascita, risalente al 1980 (mentre a livello nazionale le prime sezioni risalgono al 1970).

L'attuale direttivo, in carica per il triennio 2009-2012, è presieduto da Pasquita Fois Pelizzo.

“La nostra associazione – ci ricorda la presidente – è statutariamente organizzata come “no-profit”, da sempre persegue, in collaborazione con la classe medica, iniziative di vario genere mirate alla educazione e prevenzione sanitaria, alcune prefissate annualmente dal

direttivo nazionale come conferenze scientifiche su importanti e attuali tematiche sanitarie, ed altre esclusivamente locali, soprattutto a scopo benefico e pertanto indirizzate a quei settori del tessuto socio-sanitario della nostra città che più necessitano di aiuto”

L'AMMI ha inteso festeggiare questo importante traguardo in concomitanza della conferenza sul tema nazionale dello scorso 2010, tenuta nella splendida cornice di “Villa Mimosa”, dal titolo “Curare l'ambiente per curare la salute”. La conferenza, moderata dal presidente dell'Ordine di Sassari Agostino Sussarellu, ha visto come relatori

In occasione dell'anniversario una conferenza sul tema “Curare l'ambiente per curare la salute”



Alessandro Arru, Monica Spanedda, Pasquita Fois e Agostino Sussarellu



La conferenza dell'Associazione mogli dei medici

Alessandro Arru, delegato all'ambiente per l'Ordine dei Medici di Sassari, e Monica Spanedda, assessore alle politiche ambientali del Comune di Sassari. Grande è stato l'interesse per l'argomento da parte del numeroso e attento pubblico presente, che ha generato in conclusione un ampio e partecipato dibattito.

“Il nostro motto è “Unite per Unire”, e ci ricorda ancora la presidente Pasquita Fois Pelizzo e i nostri programmi si basano sulla condivisione di precisi obiettivi indirizzati in particolare o a diffondere una più completa educazione sanitaria soprattutto nell'ambito della prevenzione”.

L'AMMI nell'occasione del suo trentennale ha voluto inoltre donare un elettrocardiografo pluricanale al Servizio “Stroke-Unit” dell'Ospedale Civile di Sassari, mentre tra le iniziative precedenti segnaliamo la raccolta di fondi destinati a contribuire all'acquisto di un Centro Mobile Neonatale, unico in Sardegna, destinato esclusivamente a pazienti pediatrici.

Ricordiamo anche che da ben 15 anni l'AMMI cura la realizzazione del “Giardino della Solidarietà”, che si tiene normalmente il 2 di giugno presso i giardini pubblici di via Tavolara, e che dà occasione a decine di Associazioni di volontariato (circa 60 nell'ultima edizione) di proporsi alla cittadinanza a scopo di autofinanziamento.

Ultimo dato, ma certo non meno importante: al recente Congresso Nazionale di Brescia è nata “AMMI-Ricerca” a sostegno della “Medicina di genere” (nuova branca della medicina e farmacologia che tiene conto delle diverse realtà biologiche che differenziano uomo, donna, bambino, razze e disabilità), con il plauso dei ministeri della Salute e della Pubblica Istruzione, della presidenza del Senato e della Camera, e ovviamente della Commissione Interparlamentare per la Medicina Genere.

È stato in quest'ambito bandito un concorso nazionale con un premio di 10.000 euro per il progetto di ricerca più significativo sull'argomento.



Associazione Mogli Medici Italiani
Mogli Più Unite

CONCORSO NAZIONALE

PER IL CONFERIMENTO DEL SUPPORTO FINANZIARIO PER UN PROGETTO DI RICERCA DI MEDICINA DI GENERE E FARMACOLOGIA DI GENERE DA SVOLGERE NELLE UNIVERSITÀ E NEI CONSORZI INTERUNIVERSITARI ITALIANI

BANDO DI CONCORSO

- 1) Il Premio è promosso dalla **Associazione Mogli del Medici Italiani** senza fini di lucro e con lo scopo di premiare il progetto di ricerca scientifica più innovativo e significativo nell'ambito della Medicina di Genere e Farmacologia di Genere da svolgere presso una Università Italiana o un Consorzio Interuniversitario per incentivare l'appropriatezza delle cure ed una medicina basata sull'evidenza per ambedue i generi.
- 2) Possono concorrere al Premio i laureati che hanno meno di 33 anni alla data di scadenza del bando e che possono dimostrare di avere un'attività sperimentale, svolta in Italia, di almeno sei anni senza interruzioni, di essere in possesso del titolo di dottorato di ricerca conseguito presso un'Università Italiana nell'ambito delle materie mediche e farmacologiche e di non essere strutturati.
- 3) Nella domanda di partecipazione dovrà essere indicata la sede di svolgimento del progetto di ricerca corredata dell'approvazione del referente con cui s'intende collaborare.
- 4) Il premio consiste nella erogazione della somma di euro 10.000 (diecimila) a beneficio del ricercatore titolare del progetto di ricerca risultato migliore tra quelli giunti entro la data del 31 dicembre 2011, ad insindacabile giudizio della Commissione Giudicatrice.
- 5) La Commissione giudicatrice è nominata dalla Presidente Nazionale dell'AMMI
- 6) La valutazione dei progetti avverrà considerando:
 - Innovatività della progettazione nell'ambito delle tematiche del bando
 - Congruenza dei metodi proposti per ottenere i risultati
 - Curriculum del candidato con particolare riferimento alla sua esperienza nel campo del genere
- 7) La cerimonia di consegna del premio si svolgerà in occasione del Congresso Nazionale AMMI maggio 2012.
- 8) Le modalità di partecipazione al concorso e gli aspetti che ne disciplinano lo svolgimento sono definiti nel Regolamento che fa parte integrante del presente bando.

REGOLAMENTO

1. La domanda di partecipazione al concorso, prodotta in formato Word o PDF, deve essere corredata dei documenti di cui al comma 3 e deve essere inoltrata esclusivamente in carta libera e tramite posta elettronica a:
Segreteria del Premio AMMI 2012 concorso@ammi-italia.org
2. La domanda dovrà pervenire entro e non oltre il **31/12/2011**
3. Nella domanda dovranno essere chiaramente specificati:
 - cognome e nome del candidato
 - luogo e data di nascita
 - titolo del progetto di ricerca
 - recapito di posta elettronica scelto per l'invio della corrispondenza
 - recapito telefonico del candidato.
4. Alla domanda dovranno essere allegati:
 - a) una copia del progetto
 - b) l'autorizzazione allo svolgimento del progetto di ricerca rilasciata dal responsabile della sede dove si intende svolgere il progetto e dal docente di riferimento
 - c) il certificato di laurea con voto di laurea
 - d) il certificato di dottorato
 - e) il curriculum vitae et studiorum dell'autore del progetto
 - f) la documentazione dell'attività sperimentale di almeno 6 anni senza interruzioni.

Qualora fosse ritenuto opportuno, potranno essere allegati alla domanda altri documenti tesi ad attestare il valore del progetto.

Le domande che perverranno oltre i termini fissati dal presente Regolamento o che non siano corredate della documentazione richiesta non saranno prese in considerazione.

I documenti presentati non saranno restituiti ai concorrenti che conferiscono all'AMMI tacita autorizzazione per la divulgazione del progetto a fini scientifici.

Per ulteriori informazioni si prega di contattare:

franconi@uniss.it
presidenzaammi@libero.it - cellulare. 335/5447784

Bari, 30/06/2011

Dott. Lilla Fortunato Tatò
Presidente Nazionale AMMI

Due protagonisti alle isole Canarie

Mario Vacca e Gianfranco Nieddu ai Giochi Mondiali della medicina

Si sono svolti a Las Palmas delle Isole Canarie i Giochi Mondiali della Medicina e della Sanità. Dal 2 al 9 luglio ha avuto luogo la 32° edizione che si è aperta con un congresso mondiale di medicina dello sport ed è continuata con lo svolgi-

quest'anno alle Canarie erano pressoché gli unici sardi) vincendo ben cinque medaglie.

In atletica leggera, Mario Vacca, ha avuto un avvio non esaltante nel salto in lungo con il 4° posto.

Lo scorso anno in Croazia vinse la medaglia d'oro sia nel salto in lungo che nel pentathlon stabilendo peraltro il suo record di vittorie conquistando ben sette medaglie nelle varie specialità.

Il giorno seguente si è aggiudicato la medaglia di bronzo nei 400 metri piani.

Gianfranco Nieddu si è cimentato per la prima volta e con successo nella corsa ciclistica di mountain bike vincendo la medaglia d'oro allo

sprint finale di una gara in circuito sterato con non poche difficoltà.

Nei giorni successivi è ancora Mario Vacca è stato protagonista nelle altre gare di atletica leggera conquistando la medaglia d'argento nel salto in alto e ancora altri due bronzi nel pentathlon e nei metri 800.

Il sipario dei Giochi alle Isole Canarie si è chiuso con l'annuncio delle candidatura della Turchia ad ospitare i prossimi Mondiali Sanitari del 2012 ad Istanbul.



Mario Vacca e Gianfranco Nieddu sul podio ai Giochi Mondiali della medicina.

mento di diverse gare sportive alle quali hanno partecipato tutti gli operatori della sfera sanitaria mondiale. Tra i partecipanti il dottor Gianfranco Nieddu, medico dentista, di Oschiri, il dottor Mario Vacca, medico ortopedico di Sorso che da diversi anni prende parte con successo a questo importante evento.

I due medici hanno rappresentato degnamente l'Ordine Provinciale dei Medici e Odontoiatri di Sassari (e anche quello Regionale in quanto

*Medaglie
in atletica
leggera
e oro
nel ciclismo
mountain bike*

**ELENCO DEI MEDICI DISPONIBILI AD EFFETTUARE SOSTITUZIONI
DI ASSISTENZA PRIMARIA E DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA ANNO 2011**

N.	Assistenza Primaria	Pediatria	Cognome e nome	Anno laurea	Indirizzo	Cap-Città	Telefono	Cellulare
1	Si	No	Azzena Giovanni Battista	2010	Via Genova 43	07100 Sassari	079/660592	340/0669636
2	Si	No	Barrocu Lucrezia	2010	Via A. Pigliaru 5	07100 Sassari		349/2529098
3	Si	No	Bazzoni Sandro	2002	S.V. Pianu di Trabi 10	07100 Sassari		340/4852841
4	Si	Si	Bettati Donatella	2009	Via dei Mille 65	07100 Sassari		347/2500358
5	Si	No	Biondi Gabriele	2010	Via Monte Grappa 9	07100 Sassari		348/7915701
6	Si	Si	Bonu Clara	2005	Via Civitavecchia 39	07100 Sassari		3297157101
7	Si	No	Brichetto Giovanna	1996	Via Ugo Foscolo 33	07041 Alghero	079/979098	340/7905249
8	Si	No	Canu Piera	2010	Via della Resistenza 17	07044 Ittiri	079/441840	340/2601226
9	Si	No	Cherchi Dina	2010	Via G. Saltaro 30	07026 Olbia		349/2702570
10	Si	No	Colosseo Paolo	2005	Via Gavino Cherchi 4	07100 Sassari	079/398778	349/5794473
11	Si	No	Comida Giovanni Antonio	2010	Via Principessa Maria 64	07100 Sassari		349/5662723
12	Si	No	Cossu Costantino	2010	Via Tuveri 6	07100 Sassari		338/1550807
13	Si	No	Davoli Agnese	2010	Via Carlo Alberto 12	07100 Sassari	079/230280	3282328902
14	Si	No	Delogu Daniele	2010	Via dei Gremi 24	07100 Sassari		347/5504954
15	Si	No	Doneddu Pietro Emiliano	2010	Via Amendola 16	07100 Sassari		339/1183429 393/4312740
16	Si	No	Fancello Virginia	2010	Via Principessa Maria 63	07100 Sassari		349/5383413
17	Si	Si	Fotzi Maria Ilaria	2010	Via Istria 25	07100 Sassari		340/5405935
18	Si	No	Gallo Tania	2011	Via Gubbio 3 a	07026 Olbia		347/4365667
19	Si	No	Hendel Yifat	2010	Via Budapest 9	07100 Sassari		347/0514474
20	Si	No	Isoni Maria Antonia	2010	Via degli Astronauti 2d	07100 Sassari		349/5679788
21	Si	No	Langiu Patrizia Serena	2011	Via Leoncavallo 29	07026 Olbia	0789/25406	340/4862721
22	Si	No	Leone Giovanna Costanza	2000	Via Torino 15	07100 Sassari	079/274500	349/5627905
23	Si	No	Lisbo Marcella	2009	Via Sassari 42	07033 Osilo		380/4349661
24	Si	No	Maiore Irene	2010	Via Cottoni 9	07100 Sassari		340/4925263
25	Si	No	Manunta Alessandra Francesca	2010	Via Vardabasso 17	07100 Sassari		347/6742323
26	Si	No	Marrazzu Adriano	2010	Via G.A. Demartini 9	07047 Thiesi		348/6997020
27	Si	No	Multinu Francesco	2011	Via Risorgimento 7	07100 Sassari		340/2404188
28	Si	Si	Murgia Carlo	1996	Via Coraduzza 49	07100 Sassari	079/272847	347/3127209
29	Si	No	Musinu Alessandra	2010	Via Leopardi 7	07047 Thiesi	079/886152	340/2948871
30	Si	No	Obinu Luca	2009	Via Rockefeller 27/e	07100 Sassari		346/0237386
31	Si	No	Peigottu Maria Francesca	2011	Via Giovanni XIII, 10	07014 Ozieri	079/786709	347/5210876
32	Si	No	Peralta Maria Rita	2010	Via Quarto 5	07100 Sassari	079/235266	349/6897305
33	No	Si	Perria Chiara	2006	Via Principessa Maria 36/c	07100 Sassari		349/7364491
34	Si	No	Pinna Miriam	2009	Via Pola	07100 Sassari	079/299487	347/7200984 - 329/3240723
35	Si	No	Pinna Virginia, Ida	2011	Via Bogino 25	07100 Sassari	079/245785	345/1547890
36	Si	No	Pulina Pietrina	1996	Via G.A. Porcheddu 5	07100 Sassari		334/9176503
37	Si	Si	Salis Angela Francesca	2005	Via Montegrappa 22	07100 Sassari		347/6003179
38	Si	Si	Salis Barbara	2008	Via XX Settembre 252	07041 Alghero	079/953349	349/3652036
39	Si	Si	Sassu Salvatore	1969	Via Limbara 22	07029 Tempio P.		333/9184989
40	Si	No	Soddu Viviana	2006	Via Saccargia 48	07040 Codrongianos		349/7244141
41	Si	No	Sorrentino Enrico	2011	Via Montegrappa 70	07100 Sassari		388/1892904
42	Si	No	Stochino Claudia	2006	Via Marsiglia 26	07100 Sassari		340/0971866

*Il Presidente e il Consiglio Direttivo
dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri della provincia
di Sassari porgono a tutti gli iscritti
i migliori auguri di*

*Buon Natale
e di un Felice 2012*

