



Una piazza di Ozieri.

SASSARI MEDICA

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

Anno XIV - Numero 3
giugno-luglio 2005

Direttore responsabile: Giuseppe Melis
Direttore editoriale: Agostino Sussarellu

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

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

Registrazione n. 236 del 15-12-1989 Tribunale di Sassari. "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, Via Predda Niedda, 43/D - 07100 Sassari - Tel. (079) 26.22.21 - Fax 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.

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

- 2 Editoriale/Il Piano Sanitario Regionale: un passo indietro della politica?
- 3 Il significato di un progetto partecipato e condiviso
- 4 L'inizio di un percorso verso il cambiamento
- 6 Terapie e risultati: quando il medico è... poco paziente
- 8 La testimonianza nel processo penale
- 14 Medicina biologica e discipline integrate
- 15 Sono 30 gli ECM da conseguire per il 2005
- 16 Obbligatorietà dell'ECM per i liberi professionisti
- 18 Restituire all'esame di stato la funzione di valutare le capacità
- 20 Non si deve dare inizio al "Progetto ARIA" in farmacia
- 28 "Denti sani: possiamo permettercelo?" Protesta contro la RAI
- 30 Il registro rifiuti pericolosi per studi medico-dentistici
- 31 Traumi dentali : azioni efficaci dei sanitari non odontoiatri
- 33 Enpam/Uno sportello multimediale aperto anche a Sassari

La presentazione dopo venti anni di attesa

Il Piano Sanitario Regionale: un passo indietro della politica?

Vent'anni, abbiamo dovuto attendere venti lunghi anni per vedere un nuovo Piano Sanitario Regionale.

Martedì 21 Giugno, presso la sala congressi della Fiera di Cagliari, l'Assessore Nerina Dirindin ha presentato una bozza articolata del "Piano Regionale dei Servizi Sociali e Sanitari".

L'Assessore aveva promesso una rapida preparazione del P.S.R. e, per chi ha avuto l'occasione di ascoltarla, sin dal suo insediamento, era chiaro che questa sarebbe stata la volta buona.

Varie volte i suoi predecessori avevano fatto la stessa promessa, senza che però si arrivasse ad alcuna conclusione, e questo atteggiamento ha accomunato, in un'inefficienza disarmante, tutti i governi che in questi lunghi anni si sono succeduti, di qualunque colore politico fossero.

È vero che il Piano è arrivato con un certo ritardo sui tempi promessi, ma concediamo come scusante il fatto che l'intricato mondo della sanità sarda ha probabilmente richiesto un maggiore impegno nell'essere letto e compreso.

Il P.S.R. è stato reso pubblico sotto forma di bozza, seppure ben articolata, e l'Assessore ha voluto spiegarne il motivo: si intende infatti procedere ad un confronto con le parti sociali, le istituzioni e con tutti quei soggetti che ruotano intorno alla sanità, per far sì che quando il Piano verrà approvato e reso esecutivo, sia condiviso quanto più possibile.

Non voglio entrare nel merito del contenuto di questo documento, ciò sarà argomento di quanto potremo discutere, come Ordini dei Medici Sardi, con l'Assessore.

Era stato preannunciato che si sarebbe trattato di un lavoro snello, ed effettivamente tale ci sembra, e sicuramente dissimile, nell'impostazione, da bozze eccessivamente circostanziate che, negli anni precedenti, sono circolate nell'ambiente sanitario, bozze che sembravano scritte basandosi più sulle esigenze di singoli operatori, di gruppi di potere, piuttosto che sui bisogni della popolazione sarda.

Ribadisco che non voglio e non posso riassumere quanto nel Piano è contenuto, varie copie circolano da tempo all'interno del nostro mondo, per chi volesse esaminarlo esso è disponibile sul sito della Regione Sardegna.

(Sezione Documenti del sito www.regione.sardegna.it/regione/assessorati/sanita/)

Credo che sia importante, per tutti gli operatori sanitari, conoscerne il testo, perché pone le basi dello sviluppo sanitario della nostra isola per i prossimi anni.

Il nostro augurio è che sia la prima pietra di un percorso virtuoso che possa toglierci dal pantano in cui questi due lunghi decenni di continuata indifferenza hanno portato la sanità sarda.

Il Presidente Soru, alla conclusione della manifestazione del 21 Giugno, parlando della nomina dei

*Potrebbe essere
l'occasione
per avviare
un percorso
virtuoso,
il primo passo
per togliere
la sanità sarda
dal pantano
di una lunga
indifferenza*

futuri Direttori Generali, ha affermato che a questi, una volta affidato l'incarico, si chiederà di lavorare bene e non gli si chiederà altro, e a tali parole da lui pronunciate ci piace dare un'interpretazione particolare: un passo indietro della politica dalla gestione della sanità.

La gestione politica ha sicuramente rappresentato uno dei mali maggiori che hanno afflitto la nostra sanità, per questo la nostra aspetta-

tiva è che solo gli interessi collettivi guidino le scelte e non più singoli particolarismi, o favoritismi che dir si voglia.

Agostino Sussarellu

Pubblichiamo di seguito le premesse, sia del Piano Sociale, sia del Piano Sanitario, rimandando al sito della Regione per chi volesse consultarli.

Documento

Il significato di un progetto partecipato e condiviso

Il nuovo piano sociale della Regione Sardegna vuole divenire il frutto di una progettazione partecipata e condivisa.

Incontri con i vari attori sociali, note inviate, indicazioni di semplici cittadini hanno contribuito a riempire di contenuti l'idea di sistema di servizi ed interventi che ha ispirato la prima stesura.

Questa versione del piano, approvata dalla Giunta, quindi documento condiviso collegialmente nella forma e nella sostanza, si apre ora alla consultazione allargata: i grandi cambiamenti che l'attuazione del nuovo sistema di welfare comporta, di approccio ai problemi e di prassi operative, richiedono infatti un lungo e delicato lavoro di condivisione che si svolgerà nei diversi tavoli di concertazione, negli incontri aperti alla cittadinanza, attraverso le vie telematiche.

Questo testo è parte integrante del documento di programmazione che comprende anche il Piano Sanitario: il Piano dei servizi sociali e sanitari.

I principi che ispirano il Piano - universalità, responsabilità e partecipazione - sono in linea con le più recenti leggi nazionali in materia, ma, prima ancora, interpretano caratteristiche e valori che sono tipici del popolo sardo quali l'ospitalità, l'accoglienza, la capacità di condividere e di prendersi cura.

Questo documento, pertanto, ridisegna e rinnova il sistema dei servizi e degli interventi alla persona; inoltre, lo rende più vicino al sentire profondo di un popolo che sa essere solidale e compartecipe, che conosce le sofferenze di chi emigra, che intende superare gli squilibri e i disagi determinati dalla crescente complessità sociale e che vuole una completa e attiva partecipazione alla vita della comunità, affinché siano promossi i diritti di cittadinanza di tutti i sardi, a partire da quelli che vivono situazioni di emarginazione.

Nerina Dirindin

Assessore alla Sanità della Regione Sardegna

Strategie e obiettivi

L'inizio di un percorso verso il cambiamento

Il Piano Sanitario della Sardegna 2006-2008, giunto a 20 anni di distanza dal precedente documento di programmazione sanitaria, si propone alcuni compiti complessi ma improrogabili. Il primo di essi è il **riordino** del sistema: la lunga assenza di indicazioni strategiche e di obiettivi condivisi ha con il tempo portato a una marcata frammentazione degli interventi, a carenze e a sovrapposizioni nell'offerta dei servizi. Un'altra necessità impellente è l'**ammodernamento**; il mancato recepimento della recente normativa nazionale (in particolare il D.Lgs. 229/99) rende l'attuale ordinamento legislativo sardo (e di conseguenza l'assetto organizzativo) non in linea con le innovazioni introdotte nel resto del Paese. La disarmonia dell'insieme si riflette su tutti i cittadini, che non sempre vedono garantita l'adeguata erogazione dei livelli essenziali di assistenza, e sugli operatori: le buone professionalità presenti nel sistema sanitario regionale sono state troppo spesso mortificate dalla mancanza di una rigorosa politica del personale e da un impiego delle risorse non sempre orientato all'efficacia e all'efficienza.

Il Piano è percorso da alcune idee chiave, che si ritrovano come un filo rosso lungo tutto il documento.

La prima è il **lavoro di rete**: in un sistema che voglia rispondere in modo adeguato ai bisogni di salute dei cittadini è indispensabile che gli operatori della sanità, così come quelli del sociale, si mettano in rete

fra loro, comunichino, condividano obiettivi e costruiscano progetti comuni. Lavorare in rete significa lavorare in una **logica di sistema**, nel quale i processi centrati sulla persona garantiscono una reale presa in carico dei bisogni del paziente e assicurano la continuità dell'assistenza.

L'altro richiamo ricorrente è quello della **personalizzazione degli interventi**: occorre che gli operatori divengano sempre più consapevoli che il sistema è al servizio della persona, deve coinvolgere l'utente nei servizi di cura, cercare di rispondere alle sue specifiche necessità ed esigenze. I percorsi di presa in carico e gli stili di rapporto vanno **umanizzati** e resi rispettosi dei diritti delle persone che manifestano un bisogno, rimettendo a fuoco i fondamenti etici del lavoro di cura.

Sono frequenti i rimandi **all'appropriatezza**: finalità comune agli interventi proposti è l'offrire una qualità assistenziale che faccia riferimento alla validità tecnico-scientifica, all'accettabilità ed alla pertinenza delle prestazioni erogate. L'attenzione non è puntata tanto sull'efficienza, intesa come strumento utile al risparmio economico, quanto sull'**efficacia**, vista come la ricerca del modo migliore di operare per il bene della persona ammalata.

Centrale è l'idea dello sviluppo delle **attività territoriali**: obiettivo strategico del Piano è permettere ai cittadini di trovare risposta ai propri bisogni di salute non solo nell'ospedale, ma soprattutto nel territorio di

appartenenza, luogo nel quale si realizza concretamente l'**integrazione** fra il sistema dei servizi sociali e quello dei servizi sanitari.

Infine, il Piano pone le basi per avviare un'intensa opera di **qualificazione del personale**: le buone professionalità, in alcuni casi le eccellenze, vanno consolidate e messe in condizione di esprimere il proprio potenziale, riducendo le disomogeneità di aggiornamento e preparazione che la mancata programmazione in questo settore ha inevitabilmente prodotto.

Il Piano Sanitario della Sardegna compie delle scelte: nella consapevolezza che il processo di rinnovamento del sistema di servizi alla persona sarà di necessità graduale e non si esaurirà certo nel triennio di vigenza, si sono individuati alcuni traguardi strategici su cui far convergere gli sforzi, tralasciando molti aspetti forse di pari importanza, certo di pari dignità. Tale decisione dolorosa nasce dall'urgenza di avviare il processo di innovazione e offrire agli operatori obiettivi raggiungibili e circoscritti, evitando di ampliare i fronti di intervento tanto da far divenire il Piano un "libro dei sogni" più che un reale strumento di programmazione.

Il Piano si articola in tre parti, rispettivamente dedicate agli obietti-

vi di salute, agli obiettivi di sistema e agli strumenti per il funzionamento della sanità della regione Sardegna.

- La prima affronta cinque bisogni di salute che per incidenza o peculiarità hanno una speciale rilevanza in Sardegna; la scelta di avviare la programmazione sanitaria regionale partendo dalle necessità dei cittadini vuole sottolineare l'assoluta priorità delle persone rispetto ai servizi e al loro funzionamento;
- nella seconda vengono individuati obiettivi di riordino e di riorganizzazione del sistema di erogazione dei servizi che consentano di dare risposte eque e di qualità;
- la terza, infine, individua gli strumenti attraverso i quali il processo di cambiamento può essere avviato, governato e consolidato.

Tutti i processi di cambiamento possono risultare faticosi, a volte ardui. Quando però il traguardo verso cui si è protesi è significativo e condiviso, le energie costruttive prevalgono e divengono fruttuose.

La speranza che accompagna questo documento di programmazione è che il Piano divenga il volano per il cambiamento, affinché i cittadini possano finalmente ricevere l'assistenza sanitaria che chiedono e cui hanno diritto.

Si informa che il

PIANO REGIONALE DEI SERVIZI SOCIALI E SANITARI

è scaricabile in formato PDF dal sito della Regione Sardegna (sezione documenti dell'Assessorato alla Sanità) al seguente indirizzo:

www.regione.sardegna.it/regione/assessorati/sanita/

Come negli anni è cambiato il rapporto

Terapie e risultati: quando il medico è... poco paziente

Tempo fa, chiacchierando con un caro amico e collega, scoprii che entrambi ci trovavamo d'accordo su un concetto essenziale, acquisito col tempo da ciascuno di noi.

La nostra convinzione è questa: nella pratica clinica è evidenza quotidiana che, pur utilizzando lo stesso farmaco per la stessa patologia, per lo stesso paziente, e pur essendo sicuri che questi segua scrupolosamente le indicazioni terapeutiche, senza che sesso, età, tipologia di patologia, sia acuta che cronica, causino alcuna differenza, i risultati variano al variare del medico prescrittore.

La diversità di risposta non è limitata a piccole variazioni, ma arriva anche a livelli eclatanti.

Perciò l'unica variabile del sistema è il medico, che con il suo modo di rapportarsi al paziente causa questa variazione nei risultati.

Ma in che modo il medico può influenzare risultati di terapie ben standardizzate da un'infinità di studi clinici e dall'uso consolidato negli anni?

La risposta sta nella capacità più o meno naturale che quell'operatore ha di comprendere il malato, e quindi negli input che riesce ad indirizzare verso il soggetto.

Per fare un esempio, entrare in contatto col soggetto e, nel tempo del colloquio, comprendere il suo mondo, il suo linguaggio, la sua visione della vita e quindi il suo modo di accettare più o meno la malattia, per-

mette, a chi sa sfruttare questi elementi, di rivolgersi a lui con le parole che vuole sentire.

Un tempo questa qualità, ahimè ormai patrimonio di una piccola percentuale di colleghi, era molto diffusa all'interno della categoria.

Erano forse i tempi in cui le conoscenze scientifiche erano limitate e per quanto concerne le tecniche diagnostiche, queste erano affidate in primis alla semeiotica e solo per alcune patologie si potevano avere dei riscontri strumentali.

Saper ascoltare, comprendere, percepire, prima di rendere sotto forma di comunicazione ciò che si era elaborato, era una delle qualità migliori di cui si disponeva.

La Medicina era forte del suo essere un'arte (*ars medica*), ben lungi dalla superba concezione di "scienza esatta" in cui alcuni vorrebbero collocarla.

Nessuno pensava certamente a differenziare l'individuo nelle sue componenti di *Psiche* e *Soma*, perché questi era visto come unità.

Non è facile capire in quale fase della sua evoluzione la "Medicina" si sia lasciata alle spalle la *psiche* per dedicarsi solo al *soma*.

Ha giocato sicuramente un ruolo determinante l'enorme aumento delle conoscenze, la sempre più copiosa disponibilità di strumenti di diagnosi, che altro non fanno se non allontanare il paziente dal medico.

Nell'esperienza quotidiana di Presidente di Ordine, mi trovo ad ascoltare tantissimi pazienti che lamen-

L'enorme aumento delle conoscenze, le tecnologie applicate agli strumenti di diagnosi hanno collocato in secondo piano il malato/persona

tano un distacco talvolta ai limiti dell'assurdo. È anche inutile presentare gli esempi che tutti purtroppo conosciamo, ma è utile sottolineare che i pazienti sovente lamentano l'impressione di sentirsi oggetti fastidiosi.

Nell'aver perso per strada la capacità di valutare l'individuo nella sua globalità, si è gradualmente assunto un atteggiamento sempre più distaccato che è stato d'esempio alle giovani generazioni, e questo è presente anche in quelli che sono i ricordi del periodo della mia formazione, periodo iniziato oltre trent'anni fa.

È necessario ritornare a prestare un'attenzione diversa all'individuo, visto nella sua interezza, e questo non per una nostalgia del passato, che in quanto tale deve restare passato, ma per il concetto che sempre, anche nell'epoca delle alte tecnologie, è essenziale ricordare che chi si

rivolge a noi è una Persona a cui è giusto saper dedicare tutte le attenzioni dovute.

Il cambiamento deve avere varie sfaccettature. Da una parte, chi svolge la professione medica deve imparare a modificare se stesso, dall'altra, è altrettanto fondamentale che all'interno della formazione dei medici, in primis, ed anche nella formazione degli specialisti, sia previsto un insegnamento specifico, obbligatorio, che esamini ed approfondisca gli aspetti psicologici in relazione alle malattie e alle terapie.

Il risultato sarà un netto miglioramento di quanto diamo ai pazienti, e in tal modo renderemo più vicina all'uomo questa Medicina supertecnologica, troppo spesso disumana, ahimè figlia dei nostri tempi.

Agostino Sussarellu

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

Lunedì - Mercoledì - Venerdì:

dalle ore 11.00 alle ore 13.00

Martedì: dalle ore 11.00 alle ore 13.00

e dalle ore 16.00 alle ore 18.00

Giovedì: dalle ore 11.00 alle ore 15.30

(orario continuato)

Fra accadimento e percezione

La testimonianza nel processo penale

L'articolo che pubblichiamo di seguito costituisce parte della relazione all'VIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria Forense, Alghero 27-29 maggio 2005

L'intento di questo contributo è quello di tracciare un quadro, quanto più completo, della disciplina dettata dal codice di procedura penale relativamente all'assunzione dei mezzi di prova, in riferimento specifico alla deposizione testimoniale nella fase dibattimentale del procedimento penale, rilevandocene le modalità di raccolta del mezzo di prova, i limiti di legittimità nell'accertamento della validità del mezzo di prova e le modalità di accertamento della attendibilità del teste.

Secondo il vecchio schema procedurale, la testimonianza era assunta nella fase istruttoria, quindi allegata al fascicolo e resa nota al giudice una volta disposto il rinvio al dibattimento, che rappresentava pertanto solo la fase di conferma di quanto già dichiarato, cosicché in questa fase la formazione della prova aveva già avuto luogo ed il giudizio del giudice poteva risultare viziato da pregiudizi o opinioni preconstituite. Nella nuova "rivoluzionaria" metodologia procedurale, fondata sulla sostanziale differenziazione fra il ruolo del pubblico ministero e del giudice, con la formazione della prova nel processo, non assumono valore di prova gli elementi, anche testimoniali, raccolti

dal pubblico ministero nella fase delle indagini. L'assunzione dei mezzi di prova è propria alla fase dibattimentale con la verifica degli elementi adottati dalle parti dal giudice in posizione ultranea a quelle.

È evidente secondo siffatta impostazione, il ruolo determinante della testimonianza nella formulazione del giudizio del magistrato, come fondamentale si appalesa, perché il giudizio sia "giusto", che le modalità di assunzione del mezzo di prova siano consone ad un contraddittorio fra le parti in posizione di parità, esaltandosi il principio della oralità, della immediatezza e della pubblicità.

È quindi nel confronto / contraddittorio che si deve considerare il ruolo ed il rilievo delle testimonianze; le modalità di assunzione nel dibattimento dei mezzi di prova si compendiano in un articolato meccanismo con il quale si assegna alla parte il diritto di porre direttamente domande alla persona che si ha interesse a far testimoniare ed alla controparte la facoltà di sottoporre il dichiarante ad immediata verifica, fatto salvo il diritto della parte richiedente la testimonianza di proporre ulteriori richieste informative.

A norma dell'art. 498 c.p.p., infatti: "Le domande sono rivolte direttamente dal pubblico ministero o dal difensore che ha chiesto l'esame del testimone. Successivamente altre domande possono essere rivolte dalle parti che non hanno chiesto l'esame... Chi ha chiesto l'esame può proporre nuove domande".

*Condizioni
neuropsichiche
del teste
e valutazione
dell'attendibilità
delle dichiarazioni*

Fondamentale è la conduzione delle domande al teste, come ovvio, diversamente finalizzate:

- 1) il fine della prima fase (esame) consiste nella “assunzione di una testimonianza in grado di fornire elementi a sostegno della tesi avanzata dalla parte che lo ha citato”, cosicché, per lo stretto legame che si configura fra esaminato ed esaminatore, lo svolgimento dell’esame deve rispondere a regole “idonee a precludere il suggerimento delle risposte e la formazione di una deposizione prestabilita”
- 2) il controesame è lo strumento finalizzato a realizzare il contraddittorio, a vagliare la credibilità de teste, posta in dubbio se il soggetto dichiara fatti contrari o diversi da quelli esposti nell’esame o fatti che contraddicano la ricostruzione proposta o con spiegazioni alternative del fatto stesso.

I limiti delle modalità esecutive dell’esame e del controesame sono espressamente specificate all’art. 499 c.p.p. che recita: “L’esame testimoniale si volge su fatti specifici: nel corso dell’esame sono vietate le domande che possono nuocere alla sincerità delle risposte, nell’esame condotto dalla parte che ha chiesto la citazione del testimone e da quella che ha un interesse comune sono vietate le domande che tendono a suggerire le risposte; il presidente cura che l’esame del testimone sia condotto senza ledere il rispetto della persona; ... Durante l’esame il presidente anche di ufficio, interviene per assicurare la pertinenza delle domande, la genuinità delle risposte, la lealtà dell’esame e la correttezza delle contestazioni...”. A norma del II comma dell’articolo medesimo, si annoverano fra le domande nocive, quelle che “per il modo in cui sono formulate o, a volte, per il contenuto della domanda, risultano idonee ad incidere com-

promettendola, la capacità di esporre con serenità quanto si è percepito, come nel caso delle domande intimidatorie o di quelle che tendono ad innervosire il teste”; sono altresì domande suggestive, quelle in cui la modalità di formulazione diventa un modo per guidare il teste nella risposta “al punto da prevedere che la stessa domanda contenga una risposta preconfezionata”. Ancora l’articolo 499 c.p.p. prevede l’obbligo del giudice di vagliare che non siano utilizzati metodi o tecniche idonei ad incidere sulla libertà di autodeterminazione o tali da alterare le capacità di ricordare e di valutare, in raccordo con quanto stabilito dall’art. 188 c.p.p. secondo cui: “Non possono essere utilizzati neppure con il consenso della persona interessata, metodi o tecniche idonei a influire sulla libertà di autodeterminazione o ad alterare la capacità di ricordare e di valutare i fatti”.

Il disposto dell’art. 506 c.p.p., II comma, prevede che: “Il presidente, anche su richiesta di un altro componente del collegio, può rivolgere domande ai testimoni, ai periti, ai consulenti tecnici,... ma solo dopo l’esame e il controesame...”. Non vi è dubbio che tale modalità operativa, convenientemente flessibile e modulabile, possa suscitare qualche perplessità, non solo e non tanto, si potrebbe dire sui “tempi tecnici per l’operazione di filtro da parte del magistrato”, quanto per la difficoltà per il magistrato stesso del controllo sulla pertinenza delle domande, per l’insufficiente conoscenza dei fatti, propria al ruolo del giudicante nella fase dibattimentale. Ne risulterà indubbiamente complessa l’attività dell’organo giudicante che, legittimato ad indicare alle parti temi di prova nuovi o più ampi e di rivolgere domande alle persone interrogate, non lascia alle sole parti lo sviluppo

dell'attività probatoria da queste promossa, peraltro superando ed eludendo con il proprio intervento, il sistema del contraddittorio posto a fondamento della fase dibattimentale, pur mantenendosene il presupposto della dialettica e della dinamicità. La dottrina giuridica, in merito all'intervento del giudicante, ha dovutamente sollevato perplessità in relazione all'art. 499 c.p.p., nel senso che se non vi è dubbio circa la impossibilità da parte del giudice di porre domande nocive, peraltro preclusa a ciascuna delle parti esaminatrici, non risulta altrettanto preclusa per l'organo giudicante la possibilità di porre domande suggestive. Si è tentato di addurre a giustificazione di tale modalità operativa, la finalità di pervenire ad un risultato probatorio pienamente attendibile e/o per verificare l'affidabilità del dichiarante al fine di giungere ad "acclarare collegialmente la verità".

Come anticipato, la deposizione resa in dibattimento è l'elemento dominante, al punto da dubitarsi del rilievo delle dichiarazioni rese in altra e diversa fase processuale. Ad ogni modo l'art. 500 c.p.p. prevede la possibilità delle parti di contestazione, sancendo: "...le parti per contestare in tutto o in parte il contenuto della deposizione, possono servirsi delle dichiarazioni precedentemente rese dal testimone e contenute nel fascicolo del pubblico ministero.". Da segnalarsi, anzitutto, come il termine "contestare" assume una valenza ed un significato difforme da quello comunemente inteso di "negare, contrastare, mettere in dubbio", assumendone un altro molto più antico di "mettere a confronto", nella specie le parti del processo.

Nello studio della disciplina dettata dal codice di procedura penale italiano sulla materia delle contestazioni mosse ai testimoni nel corso del

loro esame dibattimentale è divenuto ormai consueto il riferimento al principio di separazione funzionale delle fasi, da cui il Legislatore sembra far discendere la preclusione alla utilizzazione come prova "in positivo" o "in negativo" delle precedenti dichiarazioni predibattimentali che, di norma, non sono acquisite nel fascicolo dibattimentale, posto che ancora l'art. 500 c.p.p. specifica: "Fermi i divieti di lettura e di allegazione, le parti per contestare in tutto o in parte il contenuto della deposizione, possono servirsi delle dichiarazioni precedentemente rese dal testimone e contenute nel fascicolo del pubblico ministero. Tale facoltà può essere esercitata solo se sui fatti e sulle circostanze da contestare il testimone abbia già depresso". Si tratta in sostanza della introduzione del nostro sistema processuale di alcuni elementi caratterizzanti il processo "adversary" statunitense, secondo cui è attualmente ammesso l'utilizzo delle dichiarazioni extradibattimentali del testimone in tre ipotesi: "il primo caso concerne le dichiarazioni che risultano difformi da quelle successivamente rese dal loro autore nel corso del dibattimento e sono state effettuate sotto giuramento in determinati contesti procedurali qualificati, la seconda ipotesi di riferisce alle dichiarazioni extradibattimentali, ovunque e comunque effettuate, che sono conformi a quelle successivamente rese dal loro autore in sede dibattimentale, e sono utilizzate per respingere un'accusa, mossa esplicitamente o implicitamente al teste, di essere stato artefice di una recente inversione o manipolazione o di essere rimasto soggetto ad influssi o motivazioni di carattere improprio. La terza fattispecie concerne le dichiarazioni aventi ad oggetto l'identificazione della loro conformità o difformità rispetto alla deposizione

dibattimentale. Dall'esame dell'art. 500 c.p.p., così come già testualmente riportato, emerge anzitutto che il meccanismo delle contestazioni è il vero motore della dialettica dibattimentale "la miccia che accende il ricordo, stuzzica l'orgoglio del testimone, gli rammenta l'obbligo di dire quanto a sua conoscenza, visto che chi lo interroga (pubblico ministero e difensori) ne è perfettamente al corrente". E tale principio si rafforza all'esame del secondo comma, secondo cui: "Le dichiarazioni lette per la contestazione possono essere valutate ai fini della credibilità del teste", da interpretarsi non solo in senso negativo (per sostenere la non credibilità del teste), ma anche in positivo, in particolare allorché l'esame incrociato (esame e controesame) delle parti, porti a dimostrare la linearità, la coerenza e l'omogeneità delle dichiarazioni.

Particolare la circostanza, non infrequente, in cui il dichiarante in fase dibattimentale ammetta di aver reso le dichiarazioni che gli vengono contestate, ma fornisca una difforme narrazione dei fatti. È la circostanza in cui, ancora una volta, il libero convincimento del giudice "può portare ad attribuire una valenza probatoria positiva, in ordine alla verità del fatto storico, a quella parte della deposizione dibattimentale in cui il teste ammette di aver reso le dichiarazioni che gli vengono contestate, quando la versione esposta nel corso delle indagini risulta coerente con il complesso delle altre emergenze probatorie, mentre la diversa versione fornita nel corso del dibattimento appare viziata da reticenze ed incongruità". In sostanza, ancora una volta, risulta compito precipuo del giudice, nel raffronto fra deposizione resa nella fase predibattimentale e testimonianza offerta in fase dibattimentale e nel raffronto fra queste e le altre prove

raccolte, stabilire l'attendibilità o meno di un teste.

Dalla disamina dei disposti procedurali emerge non solo il valore probatorio della prova testimoniale, le modalità procedurali della dell'esame, del controesame e dell'eventuale ulteriore riscontro del giudice, ma anche e soprattutto la difficoltà di vagliare la credibilità e l'attendibilità del teste, considerando peraltro come "la statuizione di condanna di può fondare anche sulla deposizione di un singolo teste oppure sulla sola deposizione della persona offesa...". Compito del magistrato, tra l'altro, è quindi anche quello di accertare l'attendibilità delle affermazioni rese dal testimone, ossia stabilire se "il soggetto interrogato può offrire una versione dei fatti obiettiva, concreta, precisa, realistica", al punto da poterne e doverne tener conto "per accertare o escludere determinate responsabilità o per ricostruire l'esatto svolgimento dei fatti".

Se, peraltro, è vero, come lo è indubbiamente che il racconto diventa testimonianza quando il narratore afferma "che le cose narrate sono accadute", non vi è dubbio, a fronte di tale affermazione, secondo l'impegno assunto dal testimone (ex art. 497 c.p.p.) della verità, che quanto riferito non possa riprodurre in modo fotografico un fatto obiettivo, nel senso che la verità espressa nella testimonianza discende dal rapporto fra la realtà oggettiva e la realtà soggettiva, ovverosia fra ciò che si è realmente verificato e la percezione del testimone filtrata dalla personalità etico-psicologica del testimone, per cui il soggetto giudica ed elabora le proprie sensazioni, e con ciò "più o meno coscientemente le deforma". Non solo ma è nella comune prassi giudiziaria, che le testimonianze sono rese in una fase come quella dibattimentale che si colloca tempo-

ralmente a notevole distanza dall'accadimento o dalla deposizione in fase predibattimentale, cosicché "i ricordi in questo lungo intervallo potrebbero essersi modificati o essere andati incontro ad un vero e proprio processo di riscrizione". È evidente, allora, la sostanziale incidenza dell'atteggiamento comportamentale del teste nella formulazione del giudizio di attendibilità del giudicante.

È di comune riscontro nelle aule giudiziarie del teste che, quantomeno nelle prime fasi, risulta intimidito, fino a tacere, dal contesto che lo circonda e che esula dalle proprie comuni esperienze di vita e magari dalla presenza dell'imputato, contro il quale è resa la propria deposizione. Sovente è palese la difficoltà di ripetere ciò che è stato affermato nella deposizione resa nella fase predibattimentale, in ambito protetto (caserma dei Carabinieri, ecc.) e soprattutto quando ancora l'effetto degli eventi, sui cui è chiamato a deporre, erano vivi e vivaci (dolore, rabbia, amarezza, ecc.). Non da ultimo è da considerare la difficoltà di mantenere la coerenza e la versione dei fatti, nella fase di sottoposizione "al fuoco incrociato" delle domande delle parti.

Non raramente la condizione stressante cui il teste è sottoposto può fra dubitare della veridicità delle sue affermazioni, o della capacità del testimone di deporre. A tale proposito, merita ricordare il disposto dell'art. 196 c.p.p., secondo cui è presupposta la capacità di testimoniare per ciascuno, consentendosi al giudice anche di ufficio di ordinare gli accertamenti opportuni con i mezzi consentiti dalla legge "al fine di valutare le dichiarazioni del testimone", verificandone l'idoneità fisica o mentale a rendere testimonianza". La Corte di Cassazione ha già da tempo avuto modo di puntualizzare i conte-

nuti dell'articolo 196 c.p.p., affermando che: "L'idoneità a rendere testimonianza è concetto diverso e di maggiore ampiezza rispetto a quello della capacità di intendere e di volere, implicando non soltanto la necessità di determinarsi liberamente e coscientemente, ma anche quelle di discernimento critico del contenuto delle domande al fine di adeguarvi coerenti risposte, di capacità di valutazione delle domande di natura soggettiva, di sufficiente capacità mnemonica in ordine ai fatti specifici oggetto della deposizione, di piena coscienza dell'impegno di riferire con verità e completezza i fatti a sua conoscenza".

Ne discende che se è indubbiamente vero che il giudice è tenuto ad accertare, in concreto, la credibilità del testimone anche in relazione alle eventuali condizioni psichiche, non è obbligato a disporre accertamenti per verificare, sempre ed in ogni caso, l'idoneità fisica e mentale del testimone, specie in assenza di elementi atti a giustificare la pretesa incapacità del teste.

Ed ancora, come emerge da altro pronunciamento di primo grado, anche ove il giudice ritenga di disporre "gli accertamenti opportuni per valutare le condizioni neuropsichiatriche" del teste, "la valutazione dell'attendibilità delle dichiarazioni spetta poi al giudice", in sostanza conferendosi al giudice il potere di incaricare un perito al fine di accertare l'effettiva idoneità a testimoniare, senza che le risultanze dell'apprezzamento possano precludere, comunque, l'acquisizione della testimonianza.

Per concludere, quanto segnalato rende ragione da un lato della validità della impostazione della nuova formula procedurale del dibattimento, che stigmatizzando il valore della oralità nel contraddittorio fornisce a

tutte le parti coinvolte le medesime opportunità per sostenere la tesi accusatoria e difensiva, ma soprattutto conferisce al giudicante, posto definitivamente al di sopra delle parti, il ruolo che da tempo si avvertiva la necessità che gli fosse attribuita, cioè quella di esaminatore dei mezzi di prova e di individuatore delle prove, sulla base delle quali formulare, motivandolo, il proprio giudizio. Si tratta indubbiamente di un compito che è proprio al ruolo svolto, ma indubbiamente arduo, non potendosi disconoscere che se è vero che chi testimonia filtra inconsapevolmente la “verità” attraverso la propria el-

borazione percettiva, altrettanto vero è che anche chi di tale deposizione deve vagliare la attendibilità, non può prescindere nel proprio giudizio dalla propria interpretazione, cosicché la resultante non potrà che essere un giudizio formulato sulla base di una, logica, ma imprescindibile, commistione fra “accadimento e percezione”.

**Elena Mazzeo
Claudia Trignano
Carlo Lubrano**

Istituto di Medicina Legale
e di Medicina del Lavoro
Università degli Studi - Sassari

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.

Domande e risposte del ministero della salute

***Sono 30 gli ECM
da conseguire per il 2005***

Sul sito istituzionale del ministero della salute si possono trovare le novità nella sezione ECM. Vi sono inoltre domande e risposte su problemi di notevole interesse. Pubblichiamo alcuni dei quesiti posti e dei chiarimenti ricevuti:

È possibile avere informazioni dettagliate relative ai crediti annuali, in particolar modo sulla possibilità di conteggiare i crediti in esubero ottenuti lo scorso anno (2003) e validi per l'anno in corso (2004)?

I crediti per il primo quinquennio sono stati fissati in complessivi 150

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

Il numero dei crediti da conseguire ogni anno e nel quinquennio è uguale per tutte le categorie. Alla luce di tale premessa, la Commissione ha ritenuto opportuno prevedere una progressione nel numero di crediti acquisibili annualmente secondo il programma quinquennale così definito:

| | | | | | |
|----------------|----|---------|-------------------|---------------------|------|
| • 2002: | 10 | crediti | (con un minimo di | 5 ed un massimo di | 20) |
| • 2003: | 20 | crediti | (con un minimo di | 10 ed un massimo di | 40) |
| • 2004: | 30 | crediti | (con un minimo di | 15 ed un massimo di | 60) |
| • 2005: | 30 | crediti | (con un minimo di | 15 ed un massimo di | 60) |
| • 2006: | 50 | crediti | (con un minimo di | 25 ed un massimo di | 100) |

Pertanto, per l'anno 2004, chi consegue 15 crediti (il minimo previsto), potrà recuperare gli ulteriori 15 nel corso dell'anno 2005; mentre chi ne ottiene fino a 60 (il massimo previsto), potrà utilizzare i crediti in esubero per l'anno 2005.

Sono un operatore sanitario in possesso del titolo professionale: l'iscrizione all'Albo o al Collegio di riferimento nel corso dell'anno mi obbliga ad acquisire i crediti ECM per l'anno in corso?

No, il debito formativo decorre dall'anno successivo a quello di conseguimento del titolo e dell'iscrizione all'Albo o al Collegio di riferimento.

Se la data di iscrizione all'Albo professionale non è immediatamente successiva alla data del conseguimento del titolo abilitante, è comunque legittimo ritenere l'obbligo formativo vigente dall'anno successivo a quello di iscrizione.

Si evidenzia che i crediti ECM da conseguire per l'anno 2005 sono n. 30 e non n. 40 come precedentemente comunicato dal Ministero della Salute

Dopo la sentenza del TAR

Obbligatorietà dell'ECM per i liberi professionisti

Alcune Associazioni professionali di operatori sanitari, dopo le considerazioni svolte dal TAR Lazio nella sentenza n. 14062/2004 del 18 novembre 2004 che ha rigettato il ricorso proposto dalla FIMMG avverso il decreto del Ministro della salute 31 maggio 2004, hanno chiesto alla Segreteria della Commissione nazionale ECM conferma dell'obbligatorietà del Programma ECM per i liberi professionisti.

Le perplessità sulla obbligatorietà dell'ECM per i liberi professionisti sono derivate dal fatto che il TAR Lazio, nella richiamata sentenza, *“per una migliore comprensione dei fatti in causa”*, ha osservato, fra l'altro, che *“L'ECM s'appalesa obbligatoria solo per i sanitari dipendenti dagli enti del SSN, o per quelli che con esso collaborano in regime di convenzione o d'accreditamento, tant'è che questo se ne accolla i costi. Viceversa, per i professionisti, che erogano prestazioni sanitarie non coperte dal SSN, il controllo della prestazione connesso alla formazione e all'aggiornamento è rimesso, oltre che al mercato (ossia all'apprezzamento, o meno, del cliente-paziente), agli Ordini ed ai Collegi professionali, onde per costoro l'ECM rappresenta un onere, non già un obbligo”*. Al riguardo si premette che il TAR Lazio non ha affrontato il problema dell'obbligatorietà o meno dell'ECM per i liberi professionisti, ma si è limitato a svolgere, nelle premesse, alcune considerazioni sugli articoli 16-bis e 16-ter del decreto legislativo 502/92, e successive modi-

ficazioni, al fine di *“chiarire per sommi capi il quadro fattuale e normativo di riferimento del DM impugnato”*.

Si osserva altresì che la interpretazione data alle richiamate disposizioni non è posta dal TAR a fondamento della decisione di rigetto del ricorso, che la soluzione di detta questione era del tutto ininfluenza ai fini della decisione assunta e che l'obbligatorietà del programma ECM per i liberi professionisti non era oggetto di impugnativa da parte della FIMMG, che rappresenta i medici di famiglia legati da un rapporto convenzionale con il S.S.N. Le riflessioni sulla non obbligatorietà dell'ECM per i liberi professionisti, svolte dal TAR nelle premesse della sentenza, non sono condivisibili né sembrano fondate.

Da una parte, non è sostenibile l'interpretazione della obbligatorietà o meno dell'ECM basata sulla diversa attribuzione dei costi dell'ECM fra dipendenti/convenzionati e liberi professionisti, in quanto, per il personale dipendente e convenzionato, il S.S.N. si accolla, solo in alcuni casi e solo in parte, i costi dell'ECM. Infatti gli accordi, sanciti dalla Conferenza Stato-Regioni, hanno previsto che *“i costi delle attività formative possono gravare sulle risorse per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale ... solo entro il limite costituito dall'importo complessivo medio di spesa annualmente registrata nel triennio 2001/2003 per interventi formativi nel campo sanitario nelle singole Regioni”*. Né, dall'altra, la obbligatorietà o meno dell'ECM si può basare sul

“controllo della prestazione sanitaria” che, per il personale dipendente e convenzionato, sarebbe di competenza delle istituzioni mentre, nel caso dei liberi professionisti, sarebbe rimesso al mercato (ossia al cittadino) ed all’Ordine o Collegio professionale. Infatti il “controllo” della prestazione è comunque compito delle istituzioni e dell’ordine o collegio professionale (organo ausiliario delle istituzioni) ed è diretto a tutelare un prevalente interesse pubblico generale prescindendo dal rapporto che l’operatore sanitario ha con il S.S.N. e dall’eventuale assunzione anche parziale dei relativi oneri da parte delle strutture pubbliche. È, quindi, da escludere che le susposte considerazioni, incidentalmente svolte dal TAR nelle premesse della sentenza al solo fine di inquadrare la problematica di riferimento del D.M. impugnato, possano legittimare la interpretazione della non obbligatorietà dell’ECM per i liberi professionisti. Ciò premesso, si ritiene opportuno ribadire che il programma ECM è obbligatorio per tutti i professionisti della salute; gli articoli 16-bis e 16-ter del decreto legislativo 502 prevedono, in generale, l’obbligo formativo per tutti gli “operatori sanitari”.

La Formazione continua è, infatti, un requisito essenziale per il corretto esercizio professionale, ossia per il mantenimento nel tempo dell’abilitazione all’esercizio professionale di ciascun operatore sanitario; in quanto tale, deve essere necessariamente obbligatoria per tutti i professionisti e richiedere regole e garanzie uniformi su tutto il territorio nazionale. Regole e garanzie che sempre di più saranno comuni a tutti i Paesi dell’Unione europea. La verifica periodica dell’abilitazione professionale, ossia la verifica del mantenimento di adeguati livelli di conoscenze professionali e del miglioramento delle competenze proprie del profilo di appartenenza, è

possibile attraverso vari strumenti. L’ECM è, allo stato, l’unico strumento preordinato all’aggiornamento professionale ed alla formazione permanente per tutti i professionisti della salute che consente la verifica periodica del mantenimento dell’abilitazione professionale. Ovviamente saranno necessarie ulteriori specifiche disposizioni legislative in materia. Si rileva comunque che il d.d.l. governativo sulle professioni sanitarie non mediche (A.C. 3236) già prevede al riguardo che *“l’abilitazione all’esercizio della professione sanitaria non medica è sottoposta a verifica periodica con modalità identiche a quelle previste per la professione medica”*.

In tale prospettiva il Piano Sanitario 2003/2005, approvato con D.P.R. 23 maggio 2003, ha confermato chiaramente l’obbligatorietà della formazione continua per tutti i professionisti della salute. Il Piano sanitario, facendo riferimento al Programma ECM, fra i dieci progetti proposti per il cambiamento, prevede, infatti, quello di *“realizzare una formazione permanente di alto livello in medicina e sanità”* e, al riguardo, afferma che *“elemento caratterizzante del programma è la sua estensione a tutte le professioni sanitarie”*.

Inoltre l’Accordo fra il Ministro della salute e le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sancito dalla Conferenza Stato-Regioni del 20 dicembre 2001, ha fatto proprie le determinazioni assunte dalla Commissione nazionale per la formazione continua sulla obbligatorietà del Programma ECM per tutti i professionisti della salute; i successivi accordi non hanno modificato tale impostazione.

In conclusione, il Programma ECM deve ritenersi obbligatorio per tutti gli operatori sanitari dipendenti, convenzionati o liberi professionisti.

Restituire all'esame di stato la funzione di valutare le capacità

Il Consiglio Nazionale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, nella riunione tenuta a Sanremo il 15 aprile 2005,

- *preso atto* che il Decreto MIUR 445 del 19 ottobre 2001 ha fissato le norme per l'esecuzione del nuovo esame di abilitazione all'esercizio della professione medica istituendo un tirocinio valutativo, a completamento della formazione professionalizzante prevista dall'attuale ordinamento, di un mese in medicina, un mese in chirurgia ed un mese presso lo studio di un medico di medicina generale;
- *atteso* che questa profonda innovazione che riconosce una funzione ed un ruolo al medico di medicina generale ed al medico ospedaliero, dai Presidenti di Ordine dei Medici, massima rappresentanza istituzionale della professione medica, è stata recepita come una giusta attenzione ed apertura alle istanze del mondo professionale tenuto sempre fuori dalla definizione ed espletamento del programma formativo del medico;
- *considerato* che, trascorso questo primo anno di esperienza, si è proceduto ad un bilancio rilevando le cose che non funzionano e proponendo le dovute modifiche nella prospettiva futura;
- *ricordato* che gli Ordini dei medici hanno sempre lamentato di non riuscire a controllare, secondo il mandato istituzionale, in modo coerente e proficuo i professionisti medici a valle di una valutazione a

cui non avevano accesso. Si chiedeva di controllare una professione senza entrare nel merito dell'iter formativo e senza poter partecipare al procedimento selettivo per l'accesso all'esercizio professionale;

- *rilevato* che ormai il livello del 99,6% di promossi a questa ultima prova, appena conclusa, è sovrapponibile a quello ottenuto con la vecchia prova di esame e deve indurci a riflettere sulla validità dell'attuale strumento valutativo e sulla sua effettiva efficacia;
- *considerato* che lo strumento valutativo per quanto attiene la prova pratica, e più precisamente le due serie di 90 quiz, conoscendo "a priori" sia le domande che le risposte, diventa utile soltanto alla valutazione delle capacità mnemoniche dell'abilitando e non delle capacità peculiari della professione medica;
- *considerato* che lo strumento valutativo, così come concepito, perde utilità anche per la spinta al cambiamento del metodo didattico dei Docenti che sempre più frequentemente ridimostra inadeguato a formare gli studenti all'esercizio della professione medica ed appare sempre legato all'antico stile di trasmettere soltanto informazioni e conoscenze;
- *constatata* l'assoluta ed urgente necessità di mettere il sistema di valutazione, a fronte della gratuità dell'impegno dei tutors, in sicurezza e poter disporre di un con-

Chiesto
l'intervento
urgente
di ministero
e assessorati
regionali

**CONVOCAZIONE
ASSEMBLEA
STRAORDINARIA**

26 LUGLIO 2005

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHICI E ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI SASSARI

CONVOCAZIONE ASSEMBLEA STRAORDINARIA

Gli iscritti sono convocati in Assemblea Straordinaria il giorno **24 luglio 2005** alle ore 24.00 in prima convocazione e il giorno **26 luglio 2005** alle ore **18,00** 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) Variazioni al Bilancio di previsione anno 2005;**
- 2) Varie ed eventuali.**

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

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

La medesima delega deve essere consegnata dal delegato 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 Straordinaria dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri del giorno **26**
luglio 2005 il dott.

....., lì

firma

gruo numero di tutors di valutazione ulteriormente motivati.

Si richiede al MIUR, al Ministero della Salute e agli Assessorati Regionali alla Salute, con assoluta urgenza:

- di restituire l'esame di abilitazione alla sua effettiva funzione di valutazione della capacità di "decision making" e "problem solving";
- un riconoscimento dell'attività ai fini dell'acquisizione dei crediti ECM nella misura di 10 crediti per mese di tutorato e fino ad un massimo del 50% del monte crediti complessivo annuale, in quanto 10 crediti per mese di tutorato, con un impegno orario di almeno 100 ore, ci sembra adeguato all'impegno;
- che venga rilasciato a ciascun tutor da parte dei Rettori un attestato di designazione alla funzione di tutor di valutazione come ai fini dell'esame previsto dal D. MIUR 445;
- che presso le Università sia predisposto un elenco speciale dei tutors della facoltà di Medicina e Chirurgia con la qualifica di personale docente post-laurea proveniente dal SSN/SSR;
- che venga prevista una quota parte della tassa dovuta dagli abilitandi all'Università, uguale su tutto il territorio nazionale, quale rimborso spese annuale ancorché simbolico, dell'attività di tutor di valutazione.

Il Consiglio Nazionale ha approvato anche il seguente documento:

ECM e competenze dell'Ordine

- *allarmato* dal tentativo di delegittimare il ruolo istituzionale dell'Ordine e di prevarcarlo attraverso strumenti legislativi impropri, in particolare per quanto previsto nel D.L. n. 35 del 14 marzo 2005 sulla cosid-

detta competitività e nel documento approvato lo scorso 23 marzo dalla Conferenza Stato-Regioni, in cui si ridisegna il sistema nazionale ECM, sottraendo inspiegabilmente all'Ordine ogni competenza ed escludendolo sia dalla fase elaborativi dell'impianto normativo che da quella di programmazione e verifica degli eventi formativi;

- *considerato* che la FNOMCeO ha sempre sostenuto il progetto dell'Educazione Continua in Medicina con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza agli atti medici e ha sempre denunciato con fermezza la degenerazione della sua fase applicativa;
- *respinge* fermamente ogni azione volta a privare la professione del diritto all'autogoverno e alla necessaria indipendenza nelle scelte terapeutiche e nei processi formativi, presupposto indispensabile a garantire ai cittadini la qualità delle prestazioni sanitarie;
- *ribadisce* il rigetto dell'ipotesi di riforma degli Ordini attraverso uno strumento improprio quale la decretazione d'urgenza, mentre giacciono in Parlamento Disegni di Legge unificati rispetto ai quali c'è una notevole convergenza;
- *invita* tutte le forze politiche regionali e parlamentari a considerare quanto denunciato e a intervenire ognuna nell'ambito delle proprie competenze e responsabilità per riaffermare il ruolo dell'Ordine professionale a tutela del cittadino;
- *decide* di dare mandato ai singoli Ordini di valutare l'appropriatezza degli eventi formativi anche sotto il profilo deontologico richiamando a tali obblighi e responsabilità i medici e gli odontoiatri direttamente coinvolti nell'organizzazione degli stessi.

Sito web dell'Ordine: www.omceoss.it

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

Alt a un'iniziativa non condivisibile

Non si deve dare inizio al "Progetto ARIA" in farmacia

È stato sottoposto all'attenzione della Federazione il "Progetto ARIA in farmacia", campagna di rilevanza nazionale il cui scopo è di coinvolgere i farmacisti per meglio guidare all'automedicazione responsabile il paziente che presenta forme rinitiche lievi e transitorie da trattare con antistaminici e decongestionanti e, nel caso in cui il paziente medesimo presenti sintomi che fanno sospettare forme più gravi, consigliare il ricorso ai medici questo "percorso" dovrebbe avvenire in "quell'angolo del consiglio" adibito in farmacia per fornire consulenze al paziente. La superficialità e gravità delle affermazioni contenute nella presentazione del progetto costringono la FNOMCeO ad intervenire presso codeste istituzioni in indirizzo per porre in essere tutti gli adempimenti di competenza al fine di impedire la realizzazione del progetto medesimo così come presentato. Così come si legge nel documento che ha come fonte la conferenza stampa "Progetto ARIA in farmacia" tenutasi a Milano il 3 marzo 2005 l'iniziativa in questione ha riguardato nel 2002 i medici ma, oggi, viene estesa anche ai farmacisti.

Il motivo per cui si è ritenuto di interessare anche il farmacista risiederebbe nel fatto che lo stesso sarebbe diventato figura di riferimento centrale per coloro che soffrono di rinite allergica.

Detta convinzione erronea discende dal fatto che la metà dei pazienti sofferenti della patologia si rivolgerebbero in farmacia ove sorto dispo-

nibili farmaci in libera vendita adeguati a trattare i sintomi nelle forme lievi.

Se l'asserzione corrisponde alla realtà ci troviamo di fronte a un fenomeno preoccupante di "esercizio abusivo" a tutto danno della salute del cittadino.

I farmacisti, secondo quanto espresso nei documento che illustra il progetto valuteranno, nell'angolo del consiglio, se suggerire l'intervento del medico qualora riscontrino sintomi di una certa gravità o, in caso di forme lievi di rinite, consiglieranno il paziente sui prodotti in commercio.

Queste affermazioni confermano la totale leggerezza e incompetenza a trattare argomenti che investono un settore così importante come la salute da parte dei progetto ARIA.

È assolutamente rilevante come l'accertamento diagnostico di una grave e importante malattia che nel 50% dei casi si sviluppa nel corso della vita in asma bronchiale e che necessita di un approccio multidisciplinare integrato di specialisti e prevede l'esecuzione da parte dei medici di una serie complessa di accertamenti, attività riservata esclusivamente ai medici, per inapproprietezza del messaggio, di fatto sembra divenuta di competenza del farmacista.

A questo proposito, si ribadisce, che l'unica attività riservata al farmacista consiste - nel caso di diagnosi accertata dal medico di rinite lieve, e, pertanto, nell'ambito dei farmaci da consiglio - nel proporre al paziente i diversi prodotti sul mercato ma certa-

mente il farmacista non può sostituirsi al sanitario nel suo compito di accertamento diagnostico.

È di tutta evidenza che qualora improntasse il suo comportamento a quanto suggerito dal progetto porrebbe in essere esercizio abusivo della professione, ex art. 348 c.p., aggravato dalla circostanza che l'esercizio contemporaneo della medicina e della farmacia è incompatibile come previsto dall'art.102 testo unico leggi sanitarie. Non va inoltre sottovalutato il reale pericolo di paragone previsto e punito dal testo unico delle leggi sanitarie.

Ma ciò che più preoccupa è il fatto che il cittadino viene surrettiziamente distolto dal medico, unico titolare a diagnosticare, prevenire e curare malattie. La FNOMCeO, pertanto, diffida le unità in indirizzo nel portare avanti tale iniziativa e sollecita un incontro per definire gli esatti termini della questione.

Progetto ARIA: Esercizio abusivo della professione medica?

“Una professione, quella medica, sempre più assediata; la salute dei cittadini messa ancora a repentaglio” è il primo commento del presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Giuseppe Del Barone alla notizia dell'avvio di una campagna nazionale rivolta ai farmacisti, “Progetto Aria in farmacia”, con la quale si intende coinvolgerli nell'automedicazione responsabile del paziente affetto da forme di rinite allergica.

“Siamo di fronte - ha aggiunto Del Barone - ad un chiaro e preoccupante caso di esercizio abusivo della professione medica, a tutto danno della

salute dei cittadini nel momento in cui si delega al farmacista, nell'angolo del “consiglio”, la facoltà di proporre, al cittadino di turno, questo o quel prodotto ed eventualmente l'intervento o meno del medico. Non si deve dimenticare infatti che la diagnosi e la cura di ogni tipo di patologia è un atto medico e come tale non può essere delegato ad altri professionisti.

Senza contare - tornando al caso specifico - che una rinite allergica, che con il messaggio dato da questa iniziativa si tende a sottovalutare, se mal diagnosticata e curata nel 50% dei casi può evolvere in asma bronchiale o peggio”.

“La inopportunità di avviare la campagna informativa - ha concluso del Barone - mi ha spinto ad inviare al ministro della salute e alla Federazione Nazionale degli ordini dei Farmacisti, una nota di diffida nel dare il via a questa iniziativa, nel 2002 delegata ai soli medici, sollecitando nel contempo un incontro volto a definire, con spirito di collaborazione ma decisi a difendere la salute dei cittadini i termini della questione”.

Sugli integratori forse sarebbe ora di finirla

“I medici colpevoli di tutti i mali. Dopo essere stati accusati di iperprescrizioni di farmaci, di essere responsabili delle lunghe liste di attesa, ora vengono additati come coloro che hanno preso l'abitudine a prescrivere integratori alimentari”.

Così il presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Giuseppe del Barone ha commentato a caldo le dichiarazioni rilasciate da

alcuni esponenti della Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani, riuniti in Consiglio Nazionale, presente il Ministro Storage.

“Evidentemente - ha detto del Barone - in ogni consesso in cui vengano esaminati i problemi della sanità, risulta estremamente facile, forse per il ruolo centrale che essi rivestono, addossare ai medici una qualche colpa. Occorre invece considerare - per tornare alle esternazioni dei farmacisti - che la prescrizione di integratori da parte del medico, nella stragrande maggioranza dei casi è parte della terapia, quindi da considerarsi come complemento alla stessa.

Pertanto l'indicazione ad assumere integratori discende da una valutazione di carattere medico, secondo la quale si è deciso di ricorrere a prodotti simili agli alimenti, per rendere disponibili alcuni elementi fortemente carenti in un organismo, specie se questo organismo è soggetto ad uno sforzo notevole come è il caso degli sportivi”.

“I timori espressi dai farmacisti - ha aggiunto del Barone - legati esclusivamente ad una valutazione di tipo economico non toccano i medici. Quanto stabilito dal decreto Storage per il contenimento della spesa dei farmaci inclusi nella fascia C, è di esclusiva spettanza del farmacista e non può in nessun caso coinvolgere chi esercita la professione medica.

“Anche perché - ha dichiarato ancora il Presidente della FNOMCeO - i farmacisti, secondo quanto previsto dallo stesso decreto, sono liberi di effettuare o meno, lo sconto sui prodotti da banco.

“Potrei associarmi in ogni caso - ha concluso del Barone - alle dichiarazioni rilasciate da un alto esponente della FOFI, Di Iorio, secondo le quali “il Ministro Storage dovrebbe attivare i carabinieri per verificare e correggere una distorsione interpretativa da parte di alcuni grossisti che

danno informazioni sbagliate sulla liberalizzazione della vendita dei prodotti da banco”.

Vendita dei farmaci, i rischi di un'eccessiva liberalizzazione

“Bene ha fatto il ministro Storage ad avviare iniziative volte al contenimento della spesa farmaceutica - ha dichiarato il presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Giuseppe del Barone, commentando il recente decreto taglia prezzi, non mancando di segnalare nel contempo qualche correttivo idoneo a non compromettere l'efficacia dell'iniziativa”.

“La possibilità di praticare il 20% di sconto su alcuni prodotti di automedicazione lasciata alla discrezionalità dei farmacisti - ha continuato del Barone - non credo rappresenti una reale fonte di risparmio. Meglio sarebbe stato individuare i prodotti soggetti a sconto, con l'effetto di determinare un risultato positivo certo per le tasche dei cittadini, e nel contempo proseguire la battaglia con l'industria per diminuire il prezzo dei prodotti di fascia A”.

Anche la vendita dei prodotti farmaceutici da banco nei supermercati, suggerita dall'Antitrust, non convince il presidente della FNOMCeO. “Capisco che liberalizzare la vendita contribuisce, attraverso la concorrenza, a determinare un risparmio, ma credo che l'assunzione di un principio attivo oltre ai benefici può determinare dei rischi e quindi nessun farmaco può essere considerato alla stregua di qualsiasi prodotto oggi presente nei supermercati.

La loro commercializzazione per-

tanto deve rimanere di stretta competenza del farmacista, professionista appositamente formato per garantire i cittadini, farmacista che, al contrario, vedrebbe mortificato il proprio ruolo acquisito in anni di studio. Così come verrebbe - a mio avviso - mortificata la stessa funzione della farmacia che rimane un punto di riferimento per il cittadino, nonostante la massiccia presenza negli scaffali di prodotti che nulla hanno a che vedere con la somministrazione di medicinali in senso stretto”.

Invito pertanto gli organi competenti a scongiurare il pericolo che iu supermercati possano, a breve, diventare una sorta di primo pronto soccorso ad orario continuato dove, tra l’acquisto di un detersivo e di un prodotto alimentare, i cittadini possano essere portati, a loro rischio, ad affidare la salute ad improvvisate professionalità che non siano quelle dei medici”.

Non sono i medici i responsabili delle lunghe liste d’attesa

Nel dibattito sulle lunghe liste d’attesa, argomento che periodicamente torna alla ribalta, è intervenuto il Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Giuseppe Del Barone per far conoscere alle istituzioni e all’opinione pubblica la posizione di una categoria, quella medica che, suo malgrado, viene troppo spesso chiamata in causa.

“Leggendo le ultime dichiarazioni riportate dalle Agenzie stampa - ha dichiarato Del Barone - l’unico dato certo che se ne ricava è che i ritardi per accedere alle prestazioni sono un

fatto comune a tutte le Regioni italiane e che non risparmia neppure gli altri Paesi europei.

Si tratta pertanto di un problema serio, che mette in pericolo la salute di una larga fascia di cittadini, soprattutto i meno abbienti, i quali non possono accedere con la dovuta tempestività alle prestazioni sanitarie pubbliche. Cittadini che - ha aggiunto Del Barone - vedono di fatto venir meno oltre alla possibilità di curarsi, anche quella di seguire un corretto percorso di prevenzione.

Condivido pertanto la volontà del Ministro della Salute Storace di avviare una seria indagine sul piano nazionale con il supporto dei NAS, al fine di verificare in dettaglio in che misura vengano disattesi gli accordi stipulati in merito tra Stato e Regione’.

Il Presidente della FNOMCeO ha poi preso le distanze da chi, come l’On. Giuseppe Palumbo, Presidente della Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati, ritiene che le lunghe liste di attesa dipendano anche dell’eccessivo numero di prestazioni diagnostiche e specialistiche che, a suo dire, risulterebbero in larga parte ingiustificate.

“Io credo che ogni collega - ha dichiarato ancora Del Barone - sia in grado di valutare secondo scienza e coscienza, quando sia opportuno, sempre nell’interesse dei pazienti, ricorrere ad accertamenti strumentali e/o a visite specialistiche, anche al fine di evitare impropri e costosi ricoveri ospedalieri.

L’atto medico infatti deve sempre essere ispirato a criteri di massima beneficiabilità e pertanto il sanitario non può non tener conto dei dettami richiamati dal Codice di Deontologia Medica sull’indipendenza di giudizio e della più recente giurisprudenza della Corte Costituzionale che afferma che il medico, sempre con il consenso del paziente, opera

le scelte professionali basandosi sullo stato delle conoscenze a disposizione”.

“Credo pertanto - ha concluso il Presidente della FNOMCeO - che non si tratti tanto di individuare gli eventuali colpevoli, che andrebbero ricercati in ogni caso a livello amministrativo e gestionale, quanto di trovare una soluzione, speriamo definitiva, all’annoso problema”.

Professionalità e contenimento della spesa farmaceutica

“Il comunicato diramato da Federfarma, a commento di una mia dichiarazione rilasciata a “La Repubblica” del 22 u.s., tende a dare una visione decisamente distorta dell’operato del farmacista.

Dato per scontato - ha dichiarato il presidente della FNOMCeO Del Barone - che l’appellativo, forse troppo colorito, garzone, sta per collaboratore non laureato (figura di certo adibita alla vendita delle tante, troppe, cose presenti sugli scaffali delle farmacie ad esclusione dei medicinali), sono favorevolissimo alla diffusione dei medicinali generici.

Per quanto riguarda, la possibilità di riportare nella ricetta la formula del principio attivo, non sottovaluterei i rischi legati ad eventuali improprietà di trascrizione, che si rifletterebbero negativamente sulla correttezza della terapia prescritta dal medico.

“In ogni caso - ha aggiunto Del Barone - l’esperienza acquisita in tanti anni di professione mi induce a valutare attentamente ogni novità prospettata per risolvere problemi di grande portata come è quello del controllo della spesa farmaceutica. Ed è per questo che nutro qualche

dubbio sul fatto che il farmacista, pur in presenza di una normativa specifica, sia disposto o meglio incentivato, a suggerire al paziente il farmaco generico al posto del più costoso prodotto griffato.

Dal dibattito avviato in questi giorni, - ha concluso Del Barone - risulta esasperato il concetto che vede nel farmacista l’unico in grado di contribuire al controllo della spesa attraverso un ingiustificata ipertrofia dei suoi meriti, nella totale dimenticanza del medico che, sommerso da richieste tese a fargli praticare l’assurda medicina difensiva, tutela il proprio assistito con riconosciuta professionalità e amore.

Per quanto riguarda i miei capelli essi sono caduti anche per le incomprensioni con gli amici farmacisti. Allo stato dei loro comunicati non mi rimane altro che valorizzare la mia calvizie”.

Vecchie e nuove rappresentanze nelle professioni sanitarie

Forte contrarietà è stata espressa dal presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Giuseppe del Barone nei confronti del parere favorevole a due emendamenti al testo unificato sulle professioni non mediche in discussione alla Commissione Igiene e Sanità del Senato.

Il primo, presentato dalla relatrice al testo Sen. Boldi, attribuisce valore abilitante al titolo universitario escludendo, così, l’obbligatorietà dell’esame di Stato ai fini dell’iscrizione all’Albo e dell’abilitazione all’esercizio professionale.

“Una norma che, se approvata, - ha dichiarato Del Barone - risulterebbe in forte contrasto con quanto

stabilito dalla Costituzione che, all'art. 33, prescrive appunto l'esame di Stato per l'ammissione all'esercizio professionale."

"Ma l'assoluta gravità - ha aggiunto il presidente della FNOMCeO - sta nel fatto che, con l'abolizione dell'esame di Stato verrebbe a mancare un momento fondamentale di verifica del livello qualitativo, sul piano professionale degli operatori sanitari, con evidenti rischi a carico degli utenti."

Anche l'approvazione del secondo emendamento che prevede la gratuità dell'iscrizione all'Albo per i professionisti non titolari di contratto, a parere del Presidente della FNOMCeO, potrebbe determinare effetti devastanti all'interno delle rappresentanze professionali e nei rapporti tra gli stessi operatori sanitari.

"Si verrebbe di fatto a creare - ha detto Del Barone - una discriminazione tra professionisti appartenenti allo stesso Albo, a fronte dei servizi offerti loro da Ordini o Collegi, e nel contempo si metterebbe in forse l'esistenza stessa di queste rappresentanze professionali che, in quanto enti autofinanziati, risulterebbero fortemente penalizzati sotto l'aspetto economico."

"Chi ha proposto quest'ultimo emendamento, - ha aggiunto -

"Si verrebbe di fatto a creare - ha detto Del Barone - una discriminazione tra professionisti appartenenti allo stesso Albo, a fronte dei servizi offerti loro da Ordini o Collegi, e nel contempo si metterebbe in forse l'esistenza stessa di queste rappresentanze professionali che, in quanto enti autofinanziati, risulterebbero fortemente penalizzati sotto l'aspetto economico."

"Chi ha proposto quest'ultimo emendamento, - ha aggiunto - spinto senza dubbio da comprensibile sensibilità nei confronti di quanti non avendo sottoscritto un contratto di la-

voro si trovano nella necessità di far quadrare il proprio bilancio ha sottovalutato un altro aspetto che potrebbe determinare gravi discriminazioni tra colleghi. Non è detto infatti che chi non sia titolare di contratto non possa comunque svolgere un'attività, in regime libero professionale, da garantirgli anche maggiori disponibilità rispetto ad un collega dipendente creando situazioni assurde, nei casi in cui i titolari di redditi più alti sarebbero esonerati dal contributo per l'iscrizione all'Albo".

A Matera

il convegno

sul codice deontologico

Dopo un anno di lavori, la Federazione Nazionale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO) ha portato a Matera il frutto di un lungo lavoro di revisione del Codice.

"È stato fatto un percorso speculativo - ha detto a questo proposito Giuseppe del Barone, presidente della FNOMCeO - che ha inteso rispondere non solo ad un'esigenza interna della professione ma anche e soprattutto ha voluto farsi carico della forte domanda etica che proviene da una società problematica, tormentata e spesso contraddittoria qual è l'attuale".

Insomma la FNOMCeO non teme di affrontare gli argomenti che tengono sulle spine la società italiana. E non teme di far emergere le molteplici voci che al suo interno contribuiscono a creare un fecondo dibattito. Anche se - si tiene a precisare - il codice non può essere usato in maniera "impropria".

Vito Gaudiano, presidente dell'Ordine di Matera, che ha ospitato il convegno su "**Il nuovo Codice deontologico**", ha così precisato: "Il

Codice è uno strumento di autogoverno della professione e pertanto non può sostituire i momenti decisionali politici, amministrativi, religiosi, dai quali deve mantenersi indipendente, nel rispetto dell'etica della professione a tutela dei cittadini. In ogni caso, il Codice è destinato ad una periodica revisione che consenta di adeguarsi alle dinamiche del cambiamento che oggi la società esprime in modo repentino”.

Su Donazione d'organi, Trapianti, *Living Will* (Testamento in vita ndr), Fecondazione e su tutti gli altri argomenti che stanno oggi scuotendo la società, il dibattito quindi è aperto.

Fatti salvi i valori imprescindibili di autonomia che il Codice sigla, i lavori di Matera sono stati, quindi, seguiti con attenzione, costituendo una tappa cruciale di un percorso che sarà non privo di interesse.

E che, al primo posto, apre *una finestra alla solidarietà sociale e all'impegno civile*. “Il Codice di deontologia medica - ha concluso infatti del Barone - nel tempo ha visto perdere la propria tipica connotazione di Codice dei medici “per i medici” assumendo, piuttosto, un'identità” sociale.

Tra i temi *nuovi* posti nel mirino dei medici: **Comparaggio e Conflitto di Interessi**. Con questi due capitoli la FNOMCeO mette al bando qualsiasi possibile interferenza ad un corretto rapporto medico/paziente: guadagni economici o promozioni, solo per fare due esempi.

Anche i dentisti italiani si sono confrontati nella città dei Sassi con un loro specifico. “Un tema tipico dell'odontoiatria - ha detto a questo proposito **Giuseppe Renzo**, presidente dei dentisti italiani - è quello della lotta all'Abusivismo e al Prestanomismo, che mettono in pericolo la salute odontoiatrica del paese oltre che rendere più difficile alla so-

cietà civile individuare la figura professionale cui devono affidarsi per la salute odontoiatrica.”

A margine dei lavori del Convegno si sono svolti il Comitato Centrale della Federazione (giovedì 30-6-05), il Consiglio Nazionale dei Presidenti Fnomceo, e l'Assemblea nazionale della Commissione odontoiatri (sabato 2.7.05).

Revisione delle autorizzazioni.

Le norme per gli imbarchi

come medici di bordo

Nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 115, del 19 maggio 2005, è stato pubblicato il decreto 4 marzo 2005 recante “Revisione generale delle autorizzazioni all'imbarco quale medico di bordo e degli attestati di iscrizione nell'elenco dei medici di bordo supplenti”.

Il decreto è stato emanato dal Ministero della Salute considerato che ricorrono le condizioni previste dall'art. 37-bis del regio decreto 29 settembre 1895, n. 636 (Approvazione del regolamento sulla sanità marittima) per procedere alla revisione generale delle autorizzazioni all'imbarco quale medico di bordo e degli attestati di iscrizione nell'elenco dei medici di bordo supplenti rilasciati dal 1° gennaio 1998 al 31 dicembre 2000.

L'art. 2 prevede per l'ammissione alla revisione suesposta il possesso dei seguenti requisiti:

- cittadinanza italiana;
- godimento dei diritti politici;
- Idoneità fisica di cui al regio decreto-legge n. 1773 del 1933 e successive modificazioni che si allega in copia;
- iscrizione nell'albo professionale dell'ordine dei medici chirurghi (per il personale di ruolo dello

Stato non è richiesto questo requisito);

- non aver riportato condanna penale che abbia per effetto la sospensione dall'esercizio della professione.

L'art. 3 dispone che la domanda per la revisione generale delle autorizzazioni all'imbarco e degli attestati di iscrizione nell'elenco dei medici supplenti rilasciati dal 1° gennaio 1998 al 31 dicembre 2000 deve essere presentata direttamente o a mezzo raccomandata, con avviso di ricevimento, al Ministero della Salute - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio III - Via della Civiltà Romana, 7, - 00144 Roma, nel termine perentorio di 180 giorni dal giorno successivo a quello di pubblicazione del decreto nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

La domanda deve essere redatta su carta da bollo e debitamente sottoscritta. Nella domanda di revisione, dattiloscritta in carattere stampatello, l'interessato dovrà dichiarare sotto la propria responsabilità:

- a. cognome e nome, luogo e data di nascita, residenza, domicilio o recapito presso il quale l'aspirante desidera che vengano trasmesse le comunicazioni relative alla revisione, con l'esatta indicazione del codice di avviamento postale, nonché il recapito telefonico;
- b. di possedere la cittadinanza italiana;
- c. di godere dei diritti politici;
- d. di avere/non avere riportato condanne penali e di avere/non avere procedimenti penali in corso;
- e. di essere iscritto nell'albo professionale dell'ordine dei medici chirurghi (il personale statale di ruolo è esonerato da tale dichiarazione);
- f. di essere in possesso dell'autorizzazione all'imbarco quale medico di bordo o dell'attestato di iscri-

zione nell'elenco dei medici di bordo supplenti;

- g. gli imbarchi effettuati nell'ultimo quinquennio.

I candidati le cui domande non contengano tutte le dichiarazioni sopra indicate potranno essere esclusi dalla revisione con decreto motivato.

L'art. 4 prevede che alla domanda dovrà essere allegato il certificato medico rilasciato su carta da bollo da un medico di porto o, in caso di mancanza o impedimento, da un medico militare di grado non inferiore a capitano o dai competenti servizi A.S.L. attestante l'idoneità fisica della gente di mare di cui al regio decreto-legge 14 dicembre 1933, n. 1733 e successive modificazioni.

L'art. 5 stabilisce che i candidati i quali, in seguito all'esame della domanda e della documentazione prodotta, risulteranno in possesso dei requisiti richiesti, saranno invitati a trasmettere al Ministro della Salute - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio III - via della Civiltà Romana, 7 - 00144 Roma:

- a) Il decreto di autorizzazione all'imbarco quale medico di bordo o l'attestato di iscrizione nell'elenco dei medici di bordo supplenti, in originale, che verranno restituiti agli interessati dopo l'apposizione dei visto attestante l'avvenuta revisione;
- b) La ricevuta comprovante l'avvenuto pagamento della tassa di concessione governativa di Euro 129,11 da effettuarsi sul c.c. n. 8003 (mod. CH-8-ter AUT) intestato all'Ufficio dei registro tasse di Roma - Concessioni governative, indicando quale causale del versamento: "Revisione dell'autorizzazione ad imbarcare in qualità di medico di bordo" ovvero "Revisione dell'attestato di iscrizione nell'elenco dei medici di bordo supplenti".

Attacchi offensivi in una trasmissione

“Denti sani: possiamo permettercelo?”

Protesta contro la RAI

Il presidente della Commissione per gli Iscritti all’Albo degli Odontoiatri della FNOMCeO e rappresentante ordinistico della professione odontoiatrica ha chiesto formalmente copia della registrazione della trasmissione: “Denti sani: possiamo permettercelo?” andata in onda nell’ambito del programma “*Cominciamo bene*” dell’11 maggio 2005 alle ore 10.10.

“Avendo seguito la trasmissione devo – ha scritto Giuseppe Renzo – rilevare con dispiacere che sono state fornite, da parte di vari ospiti in sala, informazioni assolutamente scorrette e proposte contestazioni palesemente false e gratuite sulla professione odontoiatrica. In questo modo sono stati offesi migliaia di onesti professionisti che svolgono la loro attività nell’ambito della tutela della salute pubblica”.

Nella lettera il presidente Renzo ha posto in rilievo che “nessuno ovviamente contesta il sacrosanto diritto di critica ma accuse così gravi e chiaramente non dimostrate né dimostrabili offendono gli uomini prima che i professionisti. Concetti estremizzati e banali generalizzazioni hanno dato un quadro gravemente distorto della realtà dell’attività dei dentisti italiani. È paradossale ed ingiusto presentare un’attività tipicamente intellettuale quale quella odontoiatrica come volta soltanto sfruttare in senso economico l’attività artigianale degli odontotecnici!”

“È stato offeso anche l’Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoi-

atrici di cui in maniera assolutamente disinformata si auspica la soppressione. Previsione quanto mai errata considerando che proprio in questi giorni la direttiva sul riconoscimento delle qualifiche professionali ormai prossima all’approvazione da parte dell’U.E. esalta e conferma il ruolo degli Ordini stessi.

Ritengo necessario, pertanto - ha concluso Renzo - ai fini di ogni opportuna tutela, chiedere la registrazione del programma”.

In una nota indirizzata ai presidenti delle Commissioni per gli iscritti all’Albo degli odontoiatri Renzo ha rilevato che gli Ordini e le istituzioni che rappresentano le professioni, sono troppo spesso al centro di attacchi pretestuosi e offensivi, che tendono a dare al pubblico immagini distorte e soprattutto false della nostra realtà e del nostro operato.

Gli Ordini vengono descritti come enti corporativi tendenti a tutelare gli interessi dei propri iscritti in dispregio della tutela del cittadino. Si descrivono le Istituzioni in modo negativo e distorto: esse operano per non consentire la libera circolazione dei professionisti, opponendosi all’allargamento della concorrenza.

Si tace, di converso, sul numero altamente pletorico di Sanitari che porta come conseguenza, più che una concorrenza sulla tariffa, il rischio, questo sì è preoccupante, di una minore attenzione ai costi di gestione anche quelli che dovrebbero essere devoluti all’aggiornamento profes-

*Chiesta
copia della
registrazione
del programma
per eventuali
azioni
di tutela*

sionale e a fornire una prestazione garantita sia per quanto riguarda la qualità che la sicurezza. Molto di ciò che è stato affermato è non solo falso, ma costituisce un messaggio scorretto, corredato da dati non verificati e supportato da tariffe inverosimili; certamente praticate da una minima parte di odontoiatri e/o per prestazioni di grande complessità indirizzate esclusivamente ad una nicchia di pazienti ed operatori del settore odontoiatrico. Iperprofizzando pre-

sunti comportamenti scorretti, che come in tutte le attività si possono riscontrare, si criminalizza una categoria che merita benemerienze.

La generalizzazione, sparare su tutti, accomunare la professione intellettuale di medico e odontoiatra ai rivenditori di manufatti è un comportamento scorretto, pertanto, inaccettabile.

Giuseppe Renzo

presidente della Commissione per gli iscritti all'Albo odontoiatri

DEPOSITO TITOLI DI STUDIO

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

Pertanto, è fatto obbligo a tutti gli iscritti depositare presso la segreteria dell'Ordine il conseguimento dei titoli di studio: diploma di specializzazione, diploma di formazione specifica in medicina generale.

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

Confermato l'obbligo

Il registro rifiuti pericolosi per studi medico-dentistici

La Commissione Nazionale Odontoiatri è intervenuta, con una nota indirizzata ai Ministeri dell'Ambiente e della Salute, per chiedere chiarimenti in ordine all'eventuale vigenza ed immediata applicabilità dell'ordinanza della Corte di Giustizia UE del 28 settembre 2004, causa C-115/03, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale dell'UE il 18 dicembre 2004.

Tale ordinanza sembra ripristinare, anche per gli studi medico-dentistici, l'obbligo di tenere un registro di rifiuti pericolosi, ai sensi dell'art. 4 della Direttiva del Consiglio del 12 dicembre 1991, n. 91/689.

È da rilevare che i contenuti dell'ordinanza della Corte di Giustizia Europea dovranno, comunque, essere recepiti nell'ambito della normativa italiana.

È evidente, pertanto, la necessità di avere chiare disposizioni dalle competenti autorità statali per quanto riguarda una problematica estremamente complessa e delicata, come quella concernente l'obbligo della tenuta dei registri dei rifiuti pericolosi da parte dei medici e degli odontoiatri.

In questo campo esistono interpretazioni difformi e addirittura una specifica circolare del Ministero dell'Ambiente del 14/12/1999 che esimeva chiaramente gli studi medici e dentistici dalla tenuta di tali registri.

L'Ordinanza, che si inserisce come questione pregiudiziale nell'ambito di una causa civile in corso tra la società Eco-Eridiana ed alcuni studi

medico-dentistici sull'interpretazione del D.lgs 22/97 e sulla successiva circolare del Ministero dell'Ambiente del 14 dicembre 1999, costituisce una inversione di tendenza rispetto, appunto, alle precedenti interpretazioni ministeriali.

È evidente che occorre un sollecito chiarimento per evitare che i professionisti che, senza loro colpe, avevano dato seguito ai contenuti della circolare 14/99, possano incorrere in sanzioni, anche gravi, come quella concernente il mancato adempimento alla tenuta dei registri per i rifiuti sanitari pericolosi.

Giuseppe Renzo

ORARIO DI RICEVIMENTO DEL CONSULENTE LEGALE DELL'ORDINE

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

*Chiesto un
chiarimento
per evitare che
i professionisti
incorrono
in sanzioni*

Intervista con la professoressa Silvia Pizzi

I traumi dentali: azioni efficaci dei sanitari non odontoiatri

Nell'ambito dei "Seminari di Odontoiatria Estetica" organizzati dall'Istituto di Clinica Odontoiatrica dell'Università degli Studi di Sassari, la professoressa Silvia Pizzi ha svolto il 17 giugno scorso una relazione sul restauro conservativo dei denti anteriori traumatizzati.

Nelle conoscenze dell'odontoiatra generico, ma soprattutto in quello del pedodontista, vista l'alta incidenza di traumi nella popolazione pediatrica, così come in quelle di chi lavora in strutture collegate con il pronto soccorso (spesso il trauma dentale è associato a lesioni generali) non deve mancare competenza e padronanza nell'ambito della gestione della traumatologia dentale. I partecipanti al seminario hanno apprezzato la chiarezza e completezza della relazione della professoressa Pizzi frutto di molti anni di esperienza svolta presso la Clinica Odontoiatrica l'Università degli Studi di Parma.

Il comportamento di chi soccorre il paziente subito dopo il trauma può essere decisivo nel favorire la buona riuscita dell'intervento dell'odontoiatra. Ho quindi chiesto alla professoressa Pizzi alcuni suggerimenti per gli operatori come i medici di guardia medica e turistica che facilmente, in particolare in questo periodo dell'anno, possono essere i primi a prestare la loro opera al traumatizzato.

Professoressa, di che cosa ci si deve accertare per prima cosa quando si è in presenza di un trauma dentario? il sanitario non odontoiatra ha dei mezzi per fare una prima diagnosi clinica di frattura dentale (semplice o complicata),

lussazione, concussione, exarticolazione?

Chiaramente la diagnosi corretta e definitiva può essere effettuata solamente da un operatore odontoiatra, il quale può avvalersi di mezzi diagnostici specifici. In particolar modo, può essere spesso difficile se non impossibile fare diagnosi senza l'impiego di radiografie. Un caso particolare è però rappresentato dall'avulsione traumatica. In questo caso, in cui spesso la diagnosi è più semplice, soprattutto se si riesce a recuperare il dente exarticolato, sarebbe importante, dal punto di vista prognostico, che il primo sanitario che soccorre il traumatizzato, procedesse con il reimpianto immediato del dente avulso.

In caso di frattura è consigliata la conservazione del frammento?

Certamente. Il recupero del frammento dentario fratturato è assolutamente importante poiché, in molti casi è possibile procedere al suo reincollaggio, con notevoli vantaggi dal punto di vista estetico e funzionale.

Quali sono le modalità di conservazione adeguate? Entro quali tempi?

Il frammento coronale recuperato dovrebbe essere conservato in una soluzione isotonica. L'ideale sarebbe la soluzione salina fisiologica, ma può essere adeguato anche il latte.

In caso di exarticolazione è consigliata la conservazione del dente? Entro quali tempi?

Come detto in precedenza, un dente avulso può essere reimpiantato, ma in questo caso è fondamentale il fattore "tempo". Se il reimpianto viene effettuato entro 30 minuti vi sono possibilità

Il comportamento di chi soccorre subito il paziente può essere decisivo

di mantenere vitale sia il legamento parodontale, sia la polpa. Oltre i 30 minuti ed entro le 2 ore solo il legamento parodontale ha possibilità di mantenere la vitalità.

In caso di exarticolazione di dente permanente deve cambiare il comportamento su un paziente adulto rispetto al bambino?

In linea di massima, il reimpianto di un dente permanente dovrebbe sempre essere effettuato, sia in un adulto che in un bambino. È chiaro che nel bambino assume un'importanza ancora maggiore poiché in età pediatrica non potrebbero essere eseguite sostituzioni protesiche definitive, quindi anche impianti tardivi, con prognosi certamente negativa nel lungo periodo, devono essere effettuati, anche solo per prendere tempo e portare il paziente vicino all'età adulta.

Un frammento o un dente contaminato perché caduto per terra o sul fondo umido di una barca può essere comunque conservato?

Certamente. I frammenti o i denti devono comunque essere conservati. Se il reperto dovesse risultare molto sporco, può essere delicatamente sciacquato preferibilmente con soluzione salina isotonica.

In quali casi è da adottarsi una terapia antibiotica?

In tutti i traumi, una copertura antibiotica di 7 giorni è certamente consigliabile.

Come consigliare i genitori del paziente che ha subito un trauma a carico dei denti decidui?

I traumi ai denti decidui sono molto spesso sottovalutati dai genitori. È però importante sottolineare che in diversi casi, un trauma ad un dente deciduo può dare complicanze a carico del corrispondente permanente. Per questo motivo anche i trattamenti possono risultare meno conservativi. Molto raramente vi è l'indicazione per un reimpianto di un dente deciduo avulso per il rischio di causare un danno iatrogeno

secondario al germe del permanente.

Il consiglio che mi sento di dare è quindi di non sottovalutare nessun tipo di trauma e di rivolgersi al più presto ad un operatore odontoiatrico qualificato.

Per chi volesse approfondire l'argomento, può indicarci dove trovare le linee guide di comportamento?

Al momento le linee guida di comportamento possono essere reperite in lingua inglese sul sito Internet della IADT International (www.iadt-dental-trauma.org). A breve saranno rese disponibili anche in italiano dalla Società Italiana di Traumatologia Dentale.

Quali categorie di operatori fuori dal campo medico, secondo lei, andrebbero sensibilizzate su questo tema?

La conoscenza dell'epidemiologia dei traumi ci aiuta ad individuare le categorie di persone che più frequentemente possono trovarsi ad avere un primo contatto con un traumatizzato.

In base alle diverse età, i traumi si verificano principalmente durante le attività ludiche, soprattutto a scuola, durante le attività sportive e in incidenti stradali.

Le categorie da sensibilizzare maggiormente sono quindi gli operatori scolastici (insegnanti e bidelli), gli allenatori sportivi e le forze dell'ordine che operano sulle strade. Ringrazio la Professoressa Pizzi per la collaborazione, gli utili suggerimenti e gli stimoli intellettuali che ci ha fornito.

Il prossimo appuntamento con i "Seminari di Odontoiatria estetica" è il 15 e 16 Luglio 2005, tra i temi trattati ci saranno le tecniche di polimerizzazione dei materiali compositi, substrati dentali e adesione, tecniche di sbiancamento nel dente vitale e devitalizzato. Sul tema dello sbiancamento è previsto inoltre nel pomeriggio di giovedì 14 Luglio un corso pre-seminario teorico-pratico aperto a odontoiatri e igienisti dentali.

Alessandra Lucaferri

Presso gli uffici dell'Ordine

Uno sportello multimediale aperto anche a Sassari

Per ottimizzare il sistema di assistenza e di informazione degli iscritti in materia previdenziale l'Ordine ha richiesto l'installazione presso gli uffici dell'Ente di un collegamento telematico con l'Enpam.

Lo sportello multimediale è uno strumento self service che, attraverso una smart card personalizzata, consente ai medici e odontoiatri iscritti all'Enpam, semplicemente recandosi presso gli uffici dell'Ordine di appartenenza, di collegarsi direttamente e personalmente - in modo quindi del tutto autonomo e riservato - agli archivi della fondazione Enpam e di accedere alle seguenti funzioni:

- situazione contributiva degli iscritti attivi, relativa a tutta la contribuzione versata (con indicazione dell'anno di versamento e di riferimento) per la quota A" per il fondo libera professione, per i me-

dici di medicina generale, per gli specialisti ambulatoriali e per gli specialisti accreditati;

- ipotesi di riscatto degli anni di laurea per i medici del fondo medici di medicina generale, per gli specialisti ambulatoriali e per gli specialisti accreditati;
- ipotesi di riscatto degli anni di laurea per i medici del fondo medici di medicina generale e per gli specialisti convenzionati esterni (a breve anche per gli iscritti alla quota B del fondo generale);
- situazione dei riscatti dei fondi speciali;
- convenzioni particolari riservate agli iscritti e / o loro familiari;
- stampa di cedolini di pensione ;
- stampa di certificati fiscali (cud);
- polizza sanitaria (visualizzazione dei versamenti effettuati per se e per eventuali familiari);
- visualizzazione trattamenti erogati (tipi di trattamento, tipo di calcolo, la data in cui è stata effettuata la richiesta, la data di accettazione, la data di cessazione dell'attività se il medico non è più attivo, la data in cui è stato effettuato il calcolo, la data in cui è stato effettuato il versamento e l'importo erogato, etc.);
- ipotesi di calcolo delle prestazioni (con due tipologie di calcolo:
 - a) calcolo della pensione alla data del collegamento allo sportello;
 - b) proiezione del calcolo della pensione, inserendo un'ipotetica data di cessazione per gli iscritti che vogliono avere un'idea di quanto



*Il collegamento
self service
consente
di accedere
ai servizi
informativi
nella previdenza*

percepiranno in pensione a quella data).

Il collegamento è possibile attraverso una smart card personalizzata corredata di un chip, che verrà spedita a breve dall'Enpam direttamente al domicilio di ciascun iscritto, unitamente ad un codice identificativo.

L'esigenza di sicurezza e riservatezza dei dati personali è garantita pienamente dall'univocità del codice contenuto nella smart-card, concepita ad personam, che consente l'accesso esclusivamente al titolare della carta in possesso del codice identificativo (pin).

Nel rispetto della normativa a tutela dei dati personali gli uffici dell'Ordine non hanno la possibilità di accedere alle posizioni personali dei contribuenti, che ripetiamo è possibile soltanto mediante l'utilizzo della smart card e del codice identificativo.

In considerazione del fatto che lo sportello multimediale costituisce per gli iscritti uno strumento self service, al fine di agevolare l'accesso alle informazioni sono state realizzate videate di facile consultazione ed è stato previsto l'inserimento di un numero minimo di dati necessari per eseguire correttamente i calcoli previsti. Tutti i calcoli effettuati in modalità self - service hanno valore indicativo, in quanto tengono conto dei contributi memorizzati negli archivi alla data di interrogazione, e talvolta fanno riferimento a valori predefiniti, in particolare per quanto concerne le proiezioni.

La postazione informativa verrà

**ORARIO DI RICEVIMENTO
DEL PRESIDENTE DELL'ORDINE**

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

formalmente inaugurata, alla presenza di rappresentanti dell'Enpam, in autunno, quando tutti gli iscritti dovrebbero aver ricevuto a domicilio la propria carta personalizzata.

**La Carta
di credito
ENPAM**

La **Carta Fondazione ENPAM** è un'innovativa carta di credito studiata per gli iscritti all'Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza dei Medici e degli Odontoiatri. È frutto di un'iniziativa dell'Ente in collaborazione con la Banca Popolare di Sondrio e con la società CartaSi.

È dotata di due linee di credito distinte (plafond) e consente:

- l'acquisto di beni e servizi tramite i circuiti VISA o MasterCard, in oltre venti milioni di esercizi commerciali in Italia e nel mondo;
- il versamento via internet - in modo veloce, sicuro e senza spese - dei contributi previdenziali ENPAM richiesti tramite MAV;
- l'opzione del rimborso rateale delle spese effettuate (acquisti e/o contributi).

Per disporre della Carta Fondazione ENPAM non è necessario essere clienti della Banca Popolare di Sondrio: è sufficiente, infatti, essere titolari di un qualsiasi conto corrente bancario.

La carta è destinata esclusivamente agli iscritti ENPAM e può essere richiesta soltanto via internet, accedendo all'Area Riservata del sito Enpam all'indirizzo www.enpam.it

Come richiedere la Carta

Richiedere la Carta Fondazione ENPAM è molto semplice: occorre accedere all'Area Riservata del sito

Enpam, digitando i propri codici personali USERNAME e PASSWORD, selezionare quindi la voce “Carta di credito - Richiesta e servizi connessi” e compilare il modulo di richiesta.

A pochi giorni dall’effettuazione della richiesta della carta di credito on line l’iscritto riceverà, presso l’indirizzo postale indicato, il contratto integrato con il RID (delega permanente di addebito in conto corrente), che dovrà essere firmato e restituito a Banca Popolare di Sondrio tramite l’acclusa busta preaffancata.

Previa verifica del possesso dei requisiti per il rilascio, la carta sarà inviata direttamente al domicilio del richiedente.

Attenzione! L’emissione della carta è soggetta ai tempi richiesti dalle procedure bancarie.

Il rilascio della carta e l’affidamento concesso saranno di pertinenza e a discrezione della Banca Popolare di Sondrio.

L’emissione della carta avviene a cura di **CartaSi S.p.A.**

Vantaggi offerti

È comoda

La carta, grazie alla doppia linea di credito disponibile, racchiude numerose funzioni in un unico supporto (versamento contributi e pagamento di acquisti vari presso gli esercizi commerciali convenzionati VISA o MasterCard).

È sicura

Il sistema di versamento on line dei contributi dovuti all’Ente è semplice e sicuro, in quanto garantito dai migliori sistemi di sicurezza. Inoltre, **non è necessario digitare on line il numero della carta di credito**; pertanto, non vi è il rischio di intercettazioni del numero della carta di credito da parte di terzi.

È conveniente

L’opzione *revolving* permette al titolare di disporre di un “fido ricaricabile”: la disponibilità viene ricostituita in seguito al pagamento di ogni rata mensile.

Prevede una copertura assicurativa gratuita

Con la **Carta Fondazione ENPAM** sono offerte gratuitamente interessanti coperture assicurative, tra le quali ricordiamo le seguenti:

- **Prelievo sicuro:** copertura dei prelievi a seguito di furto con destrezza, rapina, scippo dell’importo prelevato fino a 250,00 euro;
- **Acquisto sicuro:** copertura contro furto, rapina, scippo degli oggetti acquistati fino a 1.250,00 euro;
- **Viaggio sicuro:** copertura, in caso di infortunio occorso su mezzi di trasporto pubblici scelti per il viaggio, in caso di grave invalidità permanente o morte, fino a un massimale di 100.000,00 euro;
- **Noleggio sicuro:** copertura, in caso di infortunio occorso su mezzi di trasporto noleggiati, in caso di grave invalidità permanente o morte, fino a un massimale di 100.000,00 euro;
- **Sport sicuro:** copertura (responsabilità civile verso terzi), durante lo svolgimento di alcune attività sportive a livello non professionale fino a un massimale di 250.000,00 euro;
- **Assistenza legale sugli acquisti in Italia e all’estero:** difesa dei diritti dei consumatori in caso di controversie varie relative agli acquisti.

La copertura assicurativa operante è la medesima contemplata dal “Programma Assicurativo Multirischi” previsto dalla CartaSi Base.

Linee di credito

La **Carta Fondazione ENPAM**

mette a disposizione due linee di credito (quindi due plafond):

- la **linea ordinaria** permette di effettuare acquisti presso tutti i punti vendita convenzionati aderenti al circuito VISA e MasterCard e di ottenere anticipi di contante utilizzando gli sportelli automatici abilitati;
- la **linea esclusiva** consente di versare i contributi ENPAM in modo veloce, sicuro e senza spese, direttamente via internet.

La carta prevede limiti di utilizzo

mensili personalizzabili per ogni esigenza con:

- un **minimo** pari a **1.300,00 euro** per entrambe le linee di credito
- un **massimo** pari a **8.000,00 euro per la linea ordinaria euro 25.000,00 euro per la linea esclusiva.**

I plafond richiesti sono valutati dalla Banca Popolare di Sondrio secondo le procedure in uso nel sistema del credito e assegnati a suo insindacabile giudizio.

RUOLO DELL'ERITROPOIETINA NELLE ANEMIE

Sassari 24 settembre 2005 - Aula Magna Facoltà di Scienze Naturali

Presidenti del Convegno

dr. GIANNI COGONI
Presidente SIN Regione Sardegna
dr. AGOSTINO SUSSARELLU
Presidente Ordine dei medici - Sassari

Moderatori e Relatori

dr. GIOVANNI MARIA BAULE
dr.ssa MARIA DOMENICA CASU
dr. FRANCESCO DELOGU
dr. GIANFRANCO FUNDONI
dr. MARINO GANADU
prof. NICOLA GLORIOSO
dr.ssa MARIA ANTONIETTA MASALA
dr. MARIO PASSAGHE
dr. SALVATORE PINTUS
prof. ANDREA SATTA

Ore 12.00 Discussione

Ore 13.00 Pausa

Sessione pomeridiana

Moderatori: dr. MARIO PASSAGHE
dr.ssa MARIA ANTONIETTA MASALA

Ore 14.30 Anemia e qualità di vita
dr. SALVATORE PINTUS

Ore 15.00 Valutazione dell'anemia e obiettivi di correzione nel paziente iperteso
prof. NICOLA GLORIOSO

Ore 15.30 Anemia e diabete
dr. GIOVANNI MARIA BAULE

Ore 16.00 Discussione

Ore 17.00 Chiusura dei lavori

PROGRAMMA

Sessione del mattino

Moderatori: dr. MARINO GANADU
dr. GIANFRANCO FUNDONI

Ore 10.15 Saluto ai partecipanti e presentazione del Convegno
dr. GIANNI COGONI
e dr. AGOSTINO SUSSARELLU

Ore 10.30 Eritropoietina: possibilità di utilizzo e problemi correlati
dr.ssa MARIA DOMENICA CASU

Ore 11.00 Il ferro: fabbisogno, monitoraggio e somministrazione
prof. ANDREA SATTA

Ore 11.30 Anemia: problematiche. Il punto di vista del medico di medicina generale
dr. FRANCESCO DELOGU

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

KASSIOPEA

Via G. Mameli, 65 - 09124 Cagliari
Tel. 070.651242
Fax 070. 656263
e-mail: kassiopeagroup@tiscali.it
www.kassiopeagroup.com

L'iscrizione al Corso è gratuita.

È stata inoltrata al ministero della Salute la richiesta di riconoscimento dell'iniziativa nell'ambito del progetto di Educazione Continua in Medicina, ai fini dell'ottenimento dei crediti formativi per la categoria dei medici chirurghi, dei farmacisti.