



BOLLETTINO

ANNO XXXV - Dicembre 2004 N° 12

notiziario



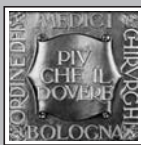
IN QUESTO NUMERO

- NUOVE NORME PER LA PUBBLICITÀ SANITARIA
- LA PRESCRIZIONE MEDICA – RIFLESSIONI E PARERI

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGI
E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA**

Direzione e amministrazione: via Zaccherini Alvisi, 4 Bologna - Tel. 051.399745 - Pubblicazione mensile - Spedizione in A.P. 45% - articolo 2 comma 20/b legge 662/96 Filiale di Bologna

www.odmbologna.it



**ORGANO UFFICIALE
DELL'ORDINE
DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DI BOLOGNA**

BOLLETTINO NOTIZIARIO 12/04

**ORGANO UFFICIALE DELL'ORDINE
DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA**

DIRETTORE RESPONSABILE
Dott. Paolo Cernuschi

DIRETTORE DI REDAZIONE
Dott. Fabrizio Scardavi

COMITATO DI REDAZIONE
Dott. A. Stefano Crooke
Dptt. Carlo D'Achille
Dott.ssa Mohamed-Alamin Munira
Prof. Gianfranco Morrone
Dott. Sergio Scoto
Dott. Mauro Voza
Dott. Marcello Zanna

DIREZIONE E REDAZIONE
Via Giovanna Zaccherini Alvisi, 4
Telefono 051.399745
Contiene I.P.

*I Colleghi sono invitati a collaborare
alla realizzazione del Bollettino.
Gli Articoli sono pubblicati a giudizio
del Comitato di Redazione*
Pubblicazione Mensile
Spedizione in A.P. - 45%
art. 2 comma 20/b - legge 662/96
Filiale di Bo

Autorizzazione Tribunale di Bologna
n. 3194 del 21 marzo 1966

Editore: Ordine Medici Chirurghi ed
Odontoiatri Provincia di Bologna

Fotocomposizione e stampa:
Renografica - Bologna

In copertina:
Le Pioppe di Salvaro di A. Albertazzi

Il Bollettino di Novembre 2004 è stato
consegnato in posta il giorno 15/11

INDICE

EDITORIALE

Lenire il Dolore 3

ATTIVITÀ DELL'ORDINE

Commissione Odontoiatri 23 luglio 2004 4
Commissione Odontoiatri 1 ottobre 2004 5

DALLA FEDERAZIONE

Sirchia partecipa ai lavori del Comitato Centrale della FNOMCeO
che, con Del Barone, si dichiara disponibile a rendere più
efficace il programma di educazione medica continua 6
Comunicazione N. 97 7
Legge 5 febbraio 1992, n. 175 8
Comunicazione N. 109 12
Il governo ai medici: dovete fare meno errori 13

I COLLEGI SCRIVONO

Non si motivano i medici di famiglia inviando la Finanza 15
Irreversibilità del rapporto ora a doppio senso 16
Ospedalieri: orario massimo settimanale 18
Imputabilità degli ospedalieri 18
C'è chi prescrive troppo e chi troppo poco:
ma dove si fermano le verifiche delle Asl? 19
O.N.A.O.S.I. 21

NOTIZIE

Medici disponibili per attività professionali 26
Apre a Bologna la Scuola di Psicoterapia Junghiana "AION" 28
Agenzia Italiana del farmaco AIFA 29
Linee guida contenenti le indicazioni delle procedure e delle
tecniche di procreazione medicalmente assistita 30

GIURISPRUDENZA

Sentenza 5 agosto 2004, n. 15011
Depositato in cancelleria il 5 agosto 2004 53

CONVEGNI CONGRESSI

La Riabilitazione Accelerata dello Sportivo Infortunato 55
La professione dell'Ortodontista negli anni 2000 56
Corso Quadriennale di Agopuntura 57
Corso Itinerante della Sezione di Ragiologia
Odontostomatologica e Capo-Collo della SIRM 58
SNAMI 59
ONAOSI, un'opera fondata sulla solidarietà fra medici, odontoiatri
farmacisti e veterinari a vantaggio dei "figli più sfortunati" 60
Nordio: L'eccesso di denunce è un rischio per il malato 61

PICCOLI ANNUNCI

63

**ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DI BOLOGNA**

Presidente

Dott.ssa NICOLETTA LONGO

Vice Presidente

dott. FRANCESCO BIAVATI

Segretario

Dott. SERGIO SCOTO

Tesoriere

Dott. MICHELE UGLIOLA

Consiglieri

Dott. PAOLO CERNUSCHI

Dott. FABRIZIO DEMARIA

Dott. MARIO LIPPARINI

Dott.ssa PAOLINA MISCIONE

Dott.ssa MUNIRA MOHAMED-ALAMIN

Dott. ALVISE PASCOLI

Dott. FABRIZIO SCARDAVI

Dott. GIOVANNI ATTILIO TURCI

Dott. MASSIMO VALENTINO

Dott. FERNANDO VITULLO

Dott. MAURO VOZA

Consiglieri Odontoiatri

Dott. FEDERICO BONI

Dott. MAURO VENTURI

Collegio Revisori dei Conti

Dott. ANTONIO CURTI (Presidente)

Dott. NICOLA ANGELINO (effettivo)

Dott.ssa PATRIZIA BARILE (effettivo)

Dott. ANDREA BONFIGLIOLI (supplente)

Commissione Odontoiatri

Presidente: Dott. ALESSANDRO NOBILI

Segretario: Dott. CARLO D'ACHILLE

Componenti: Dott.ssa LIA RIMONDINI

Dott. FEDERICO BONI

Dott. MAURO VENTURI

Lenire il Dolore

Alcuni giorni fa il Ministero della Salute ha espresso l'intenzione di modificare la prescrizione dei farmaci antidolorifici, permettendone in futuro l'acquisto nella cosiddetta "fascia A".

È un atto deontologicamente significativo.

L'erogazione dei farmaci è, da alcuni anni, modulata e disciplinata da alcune norme (le cosiddette note C.U.F.) che determinano un differente regime di rimborso.

L'ottimizzazione della spesa sanitaria, in considerazione della richiesta di salute, è un obiettivo ideale ma di difficile realizzazione per i sistemi moderni.

Il governo clinico ed economico non sono sempre regolarmente coincidenti e, nei casi di dubbia interpretazione, non è stato applicato un unico criterio di giudizio per l'operato.

In questa occasione, si è espressa la volontà di anteporre il bisogno primario di lenire il dolore, indipendentemente dall'eziologia o dalla intensità.

Soddisfare questa richiesta, prima necessità del paziente nel senso clinico ed etimologico, ottempera un dovere che ci è comune, a prescindere dalla mansione o dalla responsabilità che abbiamo.

Quello di curare come medici.

Il Direttore

Con decreto legislativo 9 novembre 2004 n. 266, pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 264 del 10.11.2004, il termine per gli adempimenti in materia di privacy (con particolare riferimento alle nuove misure di sicurezza da adottare entro il 31 dicembre 2004) è stato differito al 30 giugno 2005.

Commissione Odontoiatri 23 luglio 2004

→ **Presenti:** Dott. Federico Boni, Dott. Carlo D'Achille, Dott. Alessandro Nobili, Dott. Mauro Venturi.

Ordine del giorno

1. Approvazione verbale seduta precedente del 16-06-2004.

Il Segretario fornisce copia del verbale relativo alla seduta del 16-06-2004. I presenti, dopo averlo analizzato attentamente, l'approvano all'unanimità.

2. Comunicazioni del Presidente.

Il Presidente comunica che il Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna ha approvato, in data 08-07-2004, la lettera da inviare ai Colleghi Medici con speciale annotazione. La CAO dà mandato di spedire tale lettera, il primo di settembre, tramite RA.

Il Dott. Nobili riferisce di avere ricevuto, dal Presidente dell'ANDI di Bologna, una lettera nella quale viene richiesto di poter esporre, nelle farmacie della città, una locandina nella quale si informa della presenza di un servizio di guardia odontoiatrica estiva.

Il Presidente porta a conoscenza della CAO una segnalazione riguardante una

pubblicità sanitaria non autorizzata del Dr. ... La Commissione incarica il Dr. Nobili di Convocare il professionista per chiarimenti al riguardo.

Il Dr. Nobili, visto il costante aumento del contenzioso civile e penale anche in ambito odontoiatrico, evidenzia l'opportunità che un componente della CAO faccia parte della Commissione Medicina Legale. Al riguardo, la CAO decide di inviare una lettera al coordinatore di quest'ultima commissione.

3. Resoconto riunione del Coordinamento Odontoiatrico Emilia Romagna del 19-07-2004.

Il Dr. Nobili fa un resoconto sulla seduta della FRER del 19-07-2004.

4. Eventuale apertura procedimenti disciplinari.

Non sono pervenute segnalazioni in merito.

5. Opinamento notule.

Sono analizzate 2 notule, che vengono considerate congrue.

6. Varie ed eventuali.

La CAO, relativamente alla sospensione irrogata nei confronti del Dr. ..., e contro la quale quest'ultimo avrebbe presentato istanza di sospensione della sanzione disciplinare al C.C.E.P.S., da mandato all'Avv. xy di presentare una memoria a tale riguardo.

Non essendo emersi ulteriori argomenti di discussione la seduta è tolta alle ore 12,30.

Commissione Odontoiatri 1 ottobre 2004

→ **Presenti:** Dott. Federico Boni, Dott. Carlo D'Achille, Dott. Alessandro Nobili, Dott. Mauro Venturi, Dott.ssa Lia Rimondini.

Ordine del giorno

1. Approvazione verbale seduta precedente del 23-07-2004.

Il Segretario fornisce copia del verbale relativo alla seduta del 23-07-2004. I presenti, dopo averlo analizzato attentamente, l'approvano all'unanimità.

2. Comunicazioni del Presidente.

Il Dr. Nobili riferisce la possibilità di usufruire di fondi europei finalizzati alla

realizzazione di corsi per Assistenti alla Poltrona Odontoiatrica. La CAO manifesta parere preliminare positivo alla proposta.

3. Eventuale apertura procedimenti disciplinari.

Non sono pervenute segnalazioni in merito.

4. Opinamento notule.

Sono analizzate otto notule, di cui cinque vengono considerate congrue. I tre professionisti che hanno presentato le parcelle non idonee per essere opinare saranno convocati per chiarimenti.

5. Varie ed eventuali.

La CAO dà mandato all'Avv. xy di valutare, dal punto di vista giuridico, se sia lecito richiedere l'autorizzazione regionale al professionista e non alla struttura.

Non essendo emersi ulteriori argomenti di discussione la seduta è tolta alle ore 12,30.



Per gentile concessione Aboca Museum

COMUNICATO STAMPA

Sirchia partecipa ai lavori del Comitato Centrale della FNOMCeO che, con Del Barone, si dichiara disponibile a rendere più efficace il programma di educazione medica continua

→ Aderendo all'invito del Presidente della Federazione degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, **Giuseppe Del Barone**, il Ministro della Salute **Girolamo Sirchia** ha preso parte oggi ai lavori del Comitato Centrale della FNOMCeO.

L'occasione ha permesso di affrontare alcuni dei più scottanti problemi attualmente esistenti in ambito sanitario, primo fra tutti il programma di Educazione Medica Continua. Il Presidente Del Barone ha aperto l'incontro chiedendo al Ministro di chiarire, una volta per tutte, sul piano legislativo il ruolo dell'Ordine nel Programma di ECM, e la possibilità di integrare, restituendo dignità agli Ordini professionali, il recen-

te decreto sulle Società Scientifiche. Durante il positivo scambio di opinioni che ha visto gli interventi di **Conte** (Presidente Ordine Udine), **Renzo** (Presidente Commissione Odontoiatri), **Bianco** (Presidente Ordine Torino), **Amato** (Vice Presidente FNOMCeO), **Panti** (Presidente Ordine Firenze) e **Righetti** (Presidente Ordine Latina), il Ministro, nel prendere atto dei numerosi problemi di carattere organizzativo e burocratico che a distanza di tre anni dall'avvio ancora gravano sul Programma ECM e condividendo alcune perplessità evidenziate dal Comitato Centrale, si è dichiarato disponibile ad aprire un "tavolo di confronto" con le rappresentanze istituzionali della professione medica al fine di mettere a punto correttivi condivisi, capaci di rendere il percorso culturale ECM efficace secondo le aspettative di tutte le componenti chiamate in causa.

Il Ministro, confermando il ruolo insostituibile che l'Ordine dovrà ricoprire, anche in futuro, di *garante della qualità professionale* dei propri iscritti, ha consegnato al Presidente Del Barone una bozza di *intervento normativo* nel quale gli Ordini risultino responsabili dell'attività di registrazione e certificazione dei *crediti*, promotori e realizzatori di *eventi formativi* su aspetti etici e deontologici, nonché responsabili della *verifica* circa l'attinenza degli eventi formativi ai *criteri di eticità* con particolare riguardo al conflitto di interessi.

Il Presidente Del Barone ha ringraziato il Ministro, anche a nome dei colleghi del Comitato Centrale e, nel ribadire la piena adesione della categoria ai principi ispiratori del Programma ECM, si è impegnato ad esaminare la proposta avanzata dal responsabile del Dicastero della Salute e di proporre eventuali integrazioni al testo, sulla base dell'esperienza maturata dalle rappresentanze professionali in tema di *formazione continua*.

Comunicazione

N. 97

→ La legge 3 maggio 2004 n. 112 ha modificato l'art. 1, comma 1, della legge 5 febbraio 1992 n. 175 e successive modificazioni e integrazioni prevedendo che la pubblicità concernente l'esercizio delle professioni sanitarie e delle professioni sanitarie ausiliarie sia consentita anche attraverso le emittenti radiotelevisive locali.

Analogamente, il successivo art. 4, comma 1, è stato modificato nel senso che le case di cura private, gabinetti e ambulatori mono o polispecialistici possano pubblicizzare le specifiche attività medico-chirurgiche e prescrizioni diagnostiche e terapeutiche effettivamente svolte anche attraverso le emittenti radiotelevisive locali.

La legge in parola ha ampliato i mezzi strumentali di diffusione del messaggio previsti al 2° comma dell'art. 1 e dell'art. 4, 1° comma, della legge 175/92, aggiungendo alle targhe e alle inserzioni un'ulteriore mezzo di diffusione, vale a dire le emittenti radiotelevisive.

Nulla è mutato rispetto al regime autorizzatorio e al testo del messaggio che può

essere diffuso mediante targhe, insegne o inserzioni.

È rimasta parimenti immutata la procedura che il medico o il direttore della struttura di cui all'art. 4 della legge 175 citata deve seguire per diffondere il proprio messaggio pubblicitario.

La modifica introdotta dalla legge 112/04 con la previsione della diffusione o comunicazione del messaggio, anche attraverso le emittenti radiotelevisive locali, non ha fatto venir meno l'obbligo e le modalità di rilascio del nulla osta da parte dell'Ordine professionale, né tantomeno la disciplina delle caratteristiche estetiche di cui al decreto ministeriale 16 settembre 1994 n. 657.

Il messaggio, pertanto, che potrà essere diffuso attraverso le emittenti radiotelevisive locali dovrà essere statico e riportato "il testo autorizzato con esclusione di qualsiasi grafico, disegno o figura a eccezione del simbolo rappresentativo della professione ... omissis".

Si invitano gli Ordini provinciali a vigilare, per quanto possibile, in conformità alle disposizioni vigenti del Codice di Deontologia Medica, sul corretto uso del messaggio pubblicitario al fine di evitare qualsivoglia snaturamento dell'attività professionale a salvaguardia del decoro e della dignità della categoria.

Giuseppe Del Barone

VILLA BARUZZIANA

**OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO
PER MALATTIE NERVOSE**

Direttore Sanitario: Dott. Franco Neri
Medico Chirurgo - Specialista in Psicologia

BOLOGNA - V. DELL'OSSERVANZA, 19

CENTRALINO: TEL. 051 580 395

AMBULATORI: TEL. 051 644 7852

UFFICIO PRENOTAZIONI RICOVERI:

TEL. 051 644 0324 - FAX: 051 580 315

e-mail: villabaruzzianafn@intervention.it

Aut. San. n. 44940 del 13/03/2003

Legge 5 febbraio 1992, n. 175

Norme in materia di pubblicità sanitaria e di repressione dell'esercizio abusivo delle professioni sanitarie

(Pubblicata nella Gazz. Uff. 29 febbraio 1992, n. 50)

ARTICOLO 1

1. La pubblicità concernente l'esercizio delle professioni sanitarie e delle professioni sanitarie ausiliarie previste e regolate dalle leggi vigenti è consentita soltanto mediante targhe apposte sull'edificio in cui si svolge l'attività professionale, nonché mediante inserzioni sugli elenchi telefonici, sugli elenchi generali di categorie e attraverso periodici destinati esclusivamente agli esercenti le professioni sanitarie, attraverso giornali quotidiani e periodici di informazione e le emittenti radiotelevisive locali⁽²⁾.

2. Le targhe e le inserzioni di cui al comma 1 possono contenere solo le seguenti indicazioni:

- a) nome, cognome, indirizzo, numero di telefono ed eventuale recapito del professionista e orario delle visite o di apertura al pubblico;
- b) titoli di studio, titoli accademici, titoli di specializzazione e di carriera, senza abbreviazione che possano indurre in equivoco;
- c) onorificenze concesse o riconosciute dallo Stato.

3. L'uso della qualifica di specialista è con-

sentito soltanto a coloro che abbiano conseguito il relativo diploma ai sensi della normativa vigente. È vietato l'uso di titoli, compresi quelli di specializzazione conseguiti all'estero, se non riconosciuti dallo Stato.

4. Il medico non specialista può fare menzione della particolare disciplina specialistica che esercita, con espressioni che ripetano la denominazione ufficiale della specialità e che non inducano in errore o equivoco sul possesso del titolo di specializzazione, quando abbia svolto attività professionale nella disciplina medesima per un periodo almeno pari alla durata legale del relativo corso universitario di specializzazione presso strutture sanitarie o istituzioni private a cui si applicano le norme, in tema di autorizzazione e vigilanza, di cui all'articolo 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833⁽³⁾. L'attività svolta e la sua durata devono essere comprovate mediante attestato rilasciato dal responsabile sanitario della struttura o istituzione. Copia di tale attestato va depositata presso l'ordine provinciale dei medici-chirurghi e odontoiatri. Tale attestato non può costituire titolo alcuno ai fini concorsuali e di graduatoria.

5. Le disposizioni del presente articolo si applicano anche alle associazioni fra sanitari e alle iscrizioni sui fogli di ricettario dei medici-chirurghi, dei laureati in odontoiatria e protesi dentaria e dei veterinari e sulle carte professionali usate dagli esercenti le altre professioni di cui al comma 1.

ARTICOLO 2

1. Per la pubblicità a mezzo targhe e inserzioni contemplate dell'articolo 1, è necessaria l'autorizzazione del sindaco che la rilascia previo nulla osta dell'ordine o collegio professionale presso il quale è iscritto il richiedente. Quando l'attività a cui si riferisce l'annuncio sia svolta in provincia diversa da quella di iscrizione

ne all'albo professionale, il nulla osta è rilasciato dall'ordine o collegio professionale della provincia nella quale viene diffuso l'annuncio stesso.

2. Ai fini del rilascio dell'autorizzazione comunale, il professionista deve inoltrare domanda attraverso l'ordine o collegio professionale competente, corredata da una descrizione dettagliata del tipo, delle caratteristiche e dei contenuti dell'annuncio pubblicitario. L'ordine o collegio professionale trasmette la domanda al sindaco, con il proprio nulla osta, entro trenta giorni dalla data di presentazione.

3. Ai fini del rilascio del nulla osta, l'ordine o collegio professionale deve verificare l'osservanza delle disposizioni di cui all'articolo 1, nonché la rispondenza delle caratteristiche estetiche della targa o dell'inserzione o delle insegne di cui all'articolo 4 a quelle stabilite con apposito regolamento emanato dal Ministro della Sanità, sentiti il Consiglio superiore di sanità, nonché, ove costituiti, gli ordini o i collegi professionali, che esprimono il parere entro novanta giorni dalla richiesta^(3/a).

3-bis. Le autorizzazioni di cui al comma 1 sono rinnovate solo qualora siano apportate modifiche al testo originario della pubblicità⁽⁴⁾.

ARTICOLO 3

1. Gli esercenti le professioni sanitarie di cui all'articolo 1, che effettuino pubblicità nelle forme consentite dallo stesso articolo senza autorizzazione del sindaco, sono assoggettati alle sanzioni disciplinari della censura o della sospensione dall'esercizio della professione sanitaria, ai sensi dell'articolo 40 del regolamento approvato con *decreto del Presidente della Repubblica 5 aprile 1950, n. 221*. Se la pubblicità non autorizzata contiene indicazioni false la sospensione è da sei mesi a un anno. Alla stessa sanzione so-

no soggetti gli esercenti le professioni sanitarie che effettuino pubblicità a qualsiasi titolo con mezzi e forme non disciplinati dalla presente legge^(4/a).

ARTICOLO 4

1. La pubblicità concernente le case di cura private e i gabinetti e ambulatori mono o polispecialistici soggetti alle autorizzazioni di legge è consentita mediante targhe o insegne apposte sull'edificio in cui si svolge l'attività professionale nonché con inserzioni sugli elenchi telefonici e sugli elenchi generali di categoria, attraverso periodici destinati esclusivamente agli esercenti le professioni sanitarie, attraverso giornali quotidiani e periodici di informazione e le emittenti radiotelevisive locali, con facoltà di indicare le specifiche attività medico-chirurgiche e le prescrizioni diagnostiche e terapeutiche effettivamente svolte, purché accompagnate dalla indicazione del nome, cognome e titoli professionali dei responsabili di ciascuna branca specialistica^(4/b).

2. È in ogni caso obbligatoria l'indicazione del nome, cognome e titoli professionali del medico responsabile della direzione sanitaria.

3. Ai responsabili di ciascuna branca specialistica di cui al comma 1, nonché responsabile della direzione sanitaria di cui al comma 2, si applicano le disposizioni di cui al comma 3 dell'articolo 1.

ARTICOLO 5

1. La pubblicità di cui all'articolo 4 è autorizzata dalla regione, sentite le federazioni regionali degli ordini o dei collegi professionali, ove costituiti, che devono garantire il possesso e la validità dei titoli accademici e scientifici, nonché la rispondenza delle caratteristiche estetiche della targa, dell'insegna o dell'inserzione a quelle stabilite dal regolamento di cui al comma 3 dell'articolo 2.

2. Con decreto del Ministro della Sanità sono stabilite le modalità per il rilascio dell'autorizzazione regionale⁽⁵⁾.

3. Gli annunci pubblicitari di cui al presente articolo devono indicare gli estremi dell'autorizzazione regionale.

4. I titolari e i direttori sanitari responsabili delle strutture di cui all'articolo 4, che effettuino pubblicità nelle forme consentite senza l'autorizzazione regionale, sono assoggettati alle sanzioni disciplinari della censura o della sospensione dall'esercizio della professione sanitaria, ai sensi dell'articolo 40 del regolamento approvato con *decreto del Presidente della Repubblica 5 aprile 1950, n. 221*⁽⁶⁾.

5. Qualora l'annuncio pubblicitario contenga indicazioni false sulle attività o prestazioni che la struttura è abilitata a svolgere o non contenga l'indicazione del direttore sanitario, l'autorizzazione amministrativa all'esercizio dell'attività sanitaria è sospesa per un periodo da sei mesi ad un anno.

5-bis. Le inserzioni autorizzate dalla regione per la pubblicità sugli elenchi telefonici possono essere utilizzate per la pubblicità sugli elenchi generali di categoria e, viceversa, le inserzioni autorizzate dalla regione per la pubblicità sugli elenchi generali di categoria possono essere utilizzate per la pubblicità sugli elenchi telefonici⁽⁷⁾.

5-ter. Le autorizzazioni di cui al comma 1 sono rinnovate solo qualora siano apportate modifiche al testo originario della pubblicità⁽⁷⁾.

ARTICOLO 6

1. È necessaria l'autorizzazione del sindaco per la pubblicità concernente l'esercizio di un'arte ausiliaria delle professioni sanitarie.

2. L'autorizzazione è rilasciata dal sindaco previo parere dei rispettivi ordini o collegi professionali, ove costituiti.

3. Si applicano, nei confronti degli esercenti le arti ausiliarie delle professioni sanitarie, le disposizioni contenute nell'articolo 1 e nell'articolo 3, in quanto compatibili.

ARTICOLO 7

1. Il Ministro della Sanità, di propria iniziativa o su richiesta degli ordini e dei collegi professionali, ove costituiti, può disporre la rettifica di informazioni e notizie su argomenti di carattere medico controversi, forniti al pubblico in modo unilaterale attraverso la stampa o i mezzi di comunicazione radiotelevisivi.

2. A tal fine, il Ministro della Sanità, sentito, ove necessario, il parere del Consiglio superiore di sanità, invita i responsabili della pubblicazione o della trasmissione, fissando ad essi un termine, a provvedere alla divulgazione della rettifica, che deve avvenire con lo stesso rilievo e, quando trattasi di trasmissioni radiofoniche o televisive, nelle stesse ore in cui è stata diffusa la notizia cui si riferisce la rettifica stessa.

3. I responsabili delle reti radiofoniche e televisive sono tenuti a fornire al Ministero della Sanità, agli ordini o ai collegi professionali, ove costituiti, su loro richiesta, il testo integrale dei comunicati, interviste, programmi o servizi concernenti argomenti medici o d'interesse sanitario trasmessi dalle reti medesime.

4. Per l'inosservanza delle disposizioni di cui al presente articolo si applica la sanzione di cui al sesto comma dell'articolo 8 della legge 8 febbraio 1948, n. 47⁽⁸⁾, come sostituito dall'articolo 42 della legge 5 agosto 1981, n. 416⁽⁹⁾.

ARTICOLO 8

1. Gli esercenti le professioni sanitarie che prestano comunque il proprio nome, ovvero la propria attività, allo scopo di permettere o di agevolare l'esercizio abusivo delle professioni medesime sono puniti con l'interdizione dalla professione per un periodo non inferiore ad un anno.

2. Gli ordini e i collegi professionali, ove costituiti, hanno facoltà di promuovere ispezioni presso gli studi professionali degli iscritti ai rispettivi albi provinciali, al fine di vigilare sul rispetto dei doveri inerenti alle rispettive professioni.

ARTICOLO 9

1. Con decreto del Ministro della Sanità, sentito il parere delle federazioni nazionali degli ordini, dei collegi professionali e delle associazioni professionali degli esercenti le arti ausiliarie delle professioni sanitarie, è fissato, e periodicamente aggiornato, l'elenco delle attrezzature tecniche e strumentali di cui possono essere dotati gli esercenti le predette arti ausiliarie.

2. Il commercio e la fornitura, a qualsiasi titolo, anche gratuito, di apparecchi e strumenti diversi da quelli indicati nel decreto di cui al comma 1, sono vietati nei confronti di coloro che non dimostrino di essere iscritti agli albi degli esercenti le professioni sanitarie, mediante attestato del relativo organo professionale di data non anteriore ai due mesi.

3. La violazione delle disposizioni di cui al comma 2 è punita, anche in aggiunta alle sanzioni applicabili ove il fatto costituisca più grave reato, con una ammenda pari al valore dei beni forniti, elevabile fino al doppio in caso di recidiva.

ARTICOLO 9-BIS

1. Gli esercenti le professioni sanitarie di cui all'articolo 1 nonché le strutture di cui all'articolo 4 possono effettuare la pubblicità nelle forme consentite dalla presente legge e nel limite di spesa del 5 per cento del reddito dichiarato per l'anno precedente⁽¹⁰⁾.

ARTICOLO 10

1. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, gli esercenti le professioni di cui al comma 1 dell'articolo 1, le strutture di cui all'articolo 4 e gli esercenti le arti ausiliarie di cui all'articolo 6 devono provvedere a regolarizzare gli annunci pubblicitari in atto, secondo quanto previsto dalle disposizioni della presente legge, qualora tali annunci non siano conformi alle disposizioni stesse.

(2) Comma così modificato prima dall'art. 3, L. 26 febbraio 1999, n. 42, poi dall'art. 12, L. 14 ottobre 1999, n. 362 ed infine dal comma 8 dell'art. 7, L. 3 maggio 2004, n. 112.

(3) Riportata alla voce Sanità Pubblica.

(3/a) Il regolamento di cui al presente comma è stato approvato con D.M. 16 settembre 1994, n. 657.

(4) Comma aggiunto dall'art. 3, L. 26 febbraio 1999, n. 42, riportata al n. A/XV.

(4/a) Comma così modificato dall'art. 3, L. 26 febbraio 1999, n. 42, riportata al n. A/XV.

(4/b) Comma così modificato prima dall'art. 3, L. 26 febbraio 1999, n. 42, poi dall'art. 12, L. 14 ottobre 1999, n. 362 ed infine dal comma 8 dell'art. 7, L. 3 maggio 2004, n. 112.

(5) Con sentenza 5-19 novembre 1992, n. 461 (Gazz. Uff. 25 novembre 1992, n. 49 - Serie speciale), la Corte costituzionale ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 5, comma 2, della presente legge.

(6) Comma così modificato dall'art. 3, L. 26 febbraio 1999, n. 42, riportata al n. A/XV.

(7) Comma aggiunto dall'art. 3, L. 26 febbraio 1999, n. 42, riportata al n. A/XV.

(7) Comma aggiunto dall'art. 3, L. 26 febbraio 1999, n. 42, riportata al n. A/XV.

(8) Riportata alla voce Stampa.

(9) Riportata alla voce Ente nazionale per la cellulosa e per la carta.

(10) Articolo aggiunto dall'art. 3, L. 26 febbraio 1999, n. 42, riportata al n. A/XV.

Comunicazione N. 109

→ Caro Presidente, Ti trasmetto la nota da me inviata in pari data al Sottosegretario al Ministero della Salute Senatore Cesare Cursi, a seguito delle Sue dichiarazioni comparse su “La Stampa” dell’8 novembre u.s. (che pure allego) in merito agli errori dei medici.
Con viva cordialità

Giuseppe Del Barone

Caro Sottosegretario mi è capitato di leggere su “La Stampa” dell’8 novembre u.s. e di sentire per radio nella trasmissione “Baobab” dello stesso giorno, alcune Tue dichiarazioni che non mi sento di poter condividere. Hai affermato che bisogna abbattere i casi di errore medico che, testualmente “stando alle denunce sono veramente troppi”. Hai poi aggiunto che “bisogna coinvolgere direttamente l’Ordine dei Medici che deve prendersi le proprie responsabilità” e consigliato, sempre agli Ordini, un atteggiamento di severità a carico dei medici, rimarcando che si vedono “pochissime risoluzioni, pochissime diffide, pochissime sanzioni e quasi nessun caso di radiazione dall’Albo e questo non va bene”. Mi vedo costretto a ricordarTi – chiedendoTi nella fattispecie una maggiore prudenza in dichiarazioni di un certo tenore – che, quando la pronuncia giurisprudenziale in terzo grado è negativa per il medico, l’Ordine fa immediatamente scattare le sanzioni previste che sono l’avvertimento, la censura, la sospensione sino a 9 mesi o la radiazione. Inoltre il procedimento disciplinare, una volta iniziato, rimane aperto sino alla conclusione della causa penale che, in più del 90% dei casi si conlude in modo favorevole al sanitario. Non va, inoltre, dimenticato che anche se assolto penalmente, il

medico può essere punito dall’Ordine per mancanze contro la deontologia.

Del resto, se l’Ordine adottasse provvedimenti contro un medico prima della sentenza e questa fosse poi di assoluzione, chi ne pagherebbe i danni?

Potrei, a tal riguardo, portare a Tua conoscenza alcuni esempi, come si è verificato alla ASL NA 1 dove un medico, assolto mesi or sono, è stato sospeso per sei mesi dall’attività convenzionale. I danni, se richiesti, sarebbero addebitati al Direttore Generale e allo Stato, cioè a noi!

Posso aggiungere inoltre il caso di 5 medici della ASL SA 2 che, accusati, hanno ammesso la loro colpa di iperprescrizione farmaceutica e sono in attesa di provvedimenti da parte del Presidente di quell’Ordine.

Inoltre la Tua affermazione “stando alle denunce” appare quantomeno aleatoria, se si tiene conto del fatto che le denunce stesse quasi mai hanno un fondamento concreto e sono spesso frutto di ipotesi o, peggio, del risentimento dei parenti di un familiare per il quale purtroppo un intervento chirurgico abbia avuto esito negativo; volutamente tralascio i casi in cui le denunce stesse sono finalizzate ad ottenere risarcimenti finanziari basati sul presupposto (quasi sempre infondato) di un errore medico.

Come vedi l’argomento non può essere licenziato con poche, superficiali battute, ma deve essere trattato in profondità e senza preconcetti ed è in questa ottica che mi permetto chiederTi – poiché so che lo fai ogni volta che mi è dato sentirTi – di essere a fianco dei medici, sapendoli onesti nella gran parte dei casi e abbandonando le posizioni esasperate e qualche volta strumentali e/o generalizzanti di chi è favorevole alle condanne ad ogni costo. È anche per questo che ho scritto al Ministro Castelli pregandolo di intervenire per evitare che dalle Procure escano “soffiate” idonee, nella maggior parte dei casi, a rendere colpevoli degli innocenti.

Accetta, Ti prego, le puntualizzazioni ed abbimi con sincera cordialità.

Giuseppe Del Barone

LA STAMPA
SCONTRO SUL BOOM DELLE DENUNCE
PRESENTATE DAI PAZIENTI

Il governo ai medici: dovete fare meno errori

→ Dopo la richiesta della polizza obbligatoria

Le cause contro i medici si moltiplicano, le compagnie di assicurazione si rifiutano di coprire i camici bianchi e, quindi, i medici chiedono una polizza obbligatoria, sul tipo delle Rc auto. Ma il governo replica che la novità è un'altra. Dice il sottosegretario alla Salute Cesare Corsi: "Bisogna abbattere i casi di errori che, stando alle denunce, sono veramente troppi, perfino considerando l'aumentata litigiosità di chi si ritiene danneggiato. E poi bisogna coinvolgere direttamente l'Ordine dei medici, che deve prendersi le sue responsabilità. A fronte dei problemi d'incuria ci deve essere un atteggiamento di severità a carico dei medici. Invece vediamo pochissime risoluzioni, pochissime diffide, pochissime sanzioni e quasi nessun caso di radiazione dall'albo e questo non va bene".

Se non va bene che il prezzo delle polizze sia aumentato del 250%, non va nemmeno bene che in un anno ci siano state 32 mila denunce, di cui 7 mila per sospetti errori diagnostici. Mentre i medici invocano l'assicurazione obbligatoria, differenziata per settori più o meno a rischio, replica Corsi: "Lo Stato può sostenere la copertura assicurativa, ne

stiamo discutendo in Senato e l'argomento è in sede d'approfondimento nella conferenza Stato-Regioni. Ma, sia ben chiaro, non dipende da noi il rapporto di fiducia medico-paziente: non le facciamo noi le liste d'attesa in ospedale e non si possono imputare a noi i ricoveri impropri. E non ci possiamo più permettere spese inutili per analisi superflue. Nella Finanziaria abbiamo stanziato 7 miliardi di euro in più e il fondo sanitario nazionale ha ora 87 miliardi. Può bastare".

Anche le assicurazioni non ci stanno più con le cifre e sostengono che il 50% delle richieste danni avviene per omissioni in sala operatoria nei reparti di traumatologia, ostetricia, ginecologia. Peggio, si adombra una ben più seria responsabilità a carico della cosiddetta "medicina difensiva" (la prescrizione di una miriade di analisi fatte dai dottori per tutelarsi contro l'accusa di negligenza). Oltre a rappresentare l'8% dei costi totali, costituisce un possibile danno al paziente; troppe radiografie, troppe Tac e spirometrie, tutte sostanze nocive che bombardano il corpo di quanti si sottopongono ad esami, spesso inutili.

E sotto tiro finiscono anche le strutture sanitarie nel loro complesso, accusate di essere poco manageriali e poco organizzate nell'abbattimento dei rischi. Marco Fusciani, vicedirettore generale dell'Ania - l'associazione delle assicurazioni - uccide ogni speranza dei medici sulla polizza come quelle delle auto: "L'assicurazione obbligatoria non risolve i problemi, non si possono scaricare su di noi le inefficienze del sistema sanitario. L'assicuratore deve alzare i premi se i risarcimenti sono moltissimi. Partiamo dal fatto che l'evoluzione della scienza medica porta il malato a pretendere l'obbligazione di risultato. L'unico metodo è risolvere il problema alla radice, introducendo la capacità di gestione del rischio, un'analisi completa della struttura sanitaria atta ad attenuare gli inconvenienti (uso dei macchi-

nari, preparazione del personale e poi evitare la concentrazione di macchine in uno stesso ambiente col rischio di sovrapposizione di onde)”.

Le assicurazioni – aggiunge – “hanno elaborato un questionario con l’università Sant’Anna di Pisa per una gestione oculata dei rischi. E se i sinistri diminuiscono, non ci sarà più bisogno della polizza obbligatoria. Noi offriamo gratis il questionario, ma le strutture devono investire sulla sicurezza e anche

sulla cultura che manca. Resto esterefatto rispetto a quanto dichiarato sulla ‘medicina difensiva’. Il medico, assicurandosi, non cambia la sua responsabilità nei confronti del malato; significherebbe che, non sentendo più il rischio patrimoniale, il medico diventa meno scrupoloso e abbassa i livelli di sicurezza”.

Analisi prescritte solo a seconda dell’assicurazione? “Stiamo scherzando? Qui si parla dei cittadini, dei malati”.



Per gentile concessione Aboca Museum

Non si motivano i medici di famiglia inviando la Finanza

→ Dal 1999, data dell'accordo tra le allora quattro Asl della provincia di Bologna ed il sindacato dei medici di famiglia (Fimmg), il territorio bolognese ha goduto progressivamente di un significativo miglioramento nell'assistenza sanitaria extraospedaliera, pur con limiti e carenze forse inevitabili. L'impegno di tutti ha dato vita a un "valore aggiunto" assistenziale che dovrebbe essere un bene da salvaguardare e uno stimolo a progredire. Attività frutto di quell'accordo e svolte sul territorio dell'attuale Asl di Bologna nel 2003, come la cura di 11.658 malati di diabete in ambulatori ad hoc, l'assistenza domiciliare integrata per 1760 malati con patologie di particolare impegno, le ore di formazione e aggiornamento (spesso superiori a quelle richieste dalla normativa), la prevenzione e l'educazione sanitaria, hanno richiesto qualche risorsa in più rispetto ad un passato più avaro. Il "valore aggiunto" che ne è derivato non è però fruibile solo in termini assistenziali, ma anche di motivazioni e di fidelizzazione dei professionisti e del personale nei riguardi del Servizio sanitario nazionale e regionale tramite l'introduzione di un metodo di confronto, integrazione, discussione e, quindi, di condivisione. È un valore da migliorare, assolutamente da preservare.

Riteniamo quindi doveroso manifestare la nostra forte preoccupazione per il mantenimento degli attuali livelli dell'assistenza territoriale nell'Asl di Bologna. Gli accordi aziendali sono scaduti e proseguono in regime di *prorogatio*, il tavolo di trattativa per il rinnovo procede tra mille difficoltà, che al di là delle disquisizioni tecniche, risentono di affermazioni di politica amministrativa apodittiche quali: l'assistenza domiciliare a Bologna costa troppo; la spesa farmaceutica deve ridursi ai livelli regionali e perciò occorre rispettare indicatori percentuali di risparmio con segno meno seguito da due cifre; ogni investimento deve derivare in percentuale da un risparmio conseguito.

Su queste basi diventa difficile per i medici di famiglia salvaguardare i presupposti contrattuali che, anche, hanno consentito di raggiungere quel "valore aggiunto assistenziale", se non c'è coscienza che esso debba mantenersi perché patrimonio di tutti. E non lo si mantiene confidando sulla sensibilità umana, la capacità, l'abnegazione del singolo professionista, ma continuando a usare gli strumenti di governo di un processo, compresi accordi coerenti con le scelte di politica sanitaria di cui ci si vanta.

È pensabile che mentre da una parte si parla di appropriatezza nell'uso dei farmaci da condividere attraverso un gravoso impegno di aggiornamento e di formazione dei professionisti, dall'altro, nel solco del recente accordo stipulato dalla Regione con la Guardia di Finanza, ci possa essere chi ritiene utile affidare a essa il controllo della prescrizione farmaceutica dei medici di famiglia?

I medici di famiglia non sono preoccupati dai controlli, ricordiamo che le Asl attraverso i Servizi Farmaceutici e la normativa vigente hanno da anni strumenti di controllo e d'intervento disci-

plinare estremenamente severi, così come la Guardia di Finanza nell'ambito dei suoi compiti istituzionali.

Siamo preoccupati per quello che potrebbe significare, in termini di ricaduta assistenziale, la delega da parte di un servizio tecnico, quello farmaceutico delle Asl, ad altro organismo tecnico, con competenze diverse, di un compito che presuppone conoscenze professionali non trasferibili, ammesso che esistano, con una semplice firma. Al di là delle considerazioni tecniche e legali emerge una considerazione generale: quanto

siamo lontani dalla fidelizzazione dei professionisti, dalla capacità di dare loro motivi di orgoglio per l'appartenenza a un sistema teso a raggiungere obiettivi di salute sempre più ambiziosi attraverso l'acquisizione di traguardi professionali sempre più incentivanti! Vediamo dietro un andamento come quello prospettato lo spettro della medicina difensiva e del disimpegno.

Dott. Stefano Zingoni
Segretario Fimmg Bo

dal Resto del Carlino 28-10-2004

Irreversibilità del rapporto ora a doppio senso

a cura di
Marco Perelli Ercolini

→ La legge 138/2004 pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale numero 125 del 20 maggio 2004 cancella la irreversibilità del rapporto esclusivo dei medici dirigenti con le Aziende.

I medici a rapporto di tempo esclusivo possono annullare la scelta presentando domanda di revoca al Direttore generale del proprio ente entro il 30 novembre di ogni anno, con effetto dal 1° gennaio dell'anno successivo.

In caso di conferma al rapporto esclusivo verrà mantenuta l'indennità di esclusività di rapporto.

I medici a rapporto non esclusivo potranno chiedere il passaggio al rapporto esclusivo entro il 31 dicembre dell'anno

precedente e produrrà gli effetti al 1° gennaio dell'anno successivo.

Sono possibili più passaggi, ovviamente con effetti sulla quantificazione economica che è in rapporto agli anni di rapporto esclusivo.

Ma attenzione l'extramoenia non significa poter fare la libera professione incondizionatamente: rimane sempre l'incompatibilità dell'esercizio della libera professione in strutture comunque convenzionate col Servizio sanitario nazionale e inoltre non si deve creare conflitto di interessi con la propria azienda (attività concorrenziale) e perturbativa coi compiti di istituto (incompatibilità con gli orari). Inoltre ogni anno tramite la propria azienda ospedaliera o Asl, che ne sono responsabili, in base all'articolo 24 della legge 412/1991 e all'articolo 58 del decreto legislativo 29/1993 vanno inviati al Dipartimento della funzione pubblica gli incarichi pubblici e privati non compresi nei compiti e doveri di ufficio con i relativi compensi.

La recente norma prevede inoltre l'abolizione alle preclusioni di carriera: ora anche al medico non in rapporto esclusivo si potrà affidare la nomina per la direzione di una struttura semplice o complessa. Sempre nella legge è previsto che il medico specializzando e il medico parteci-

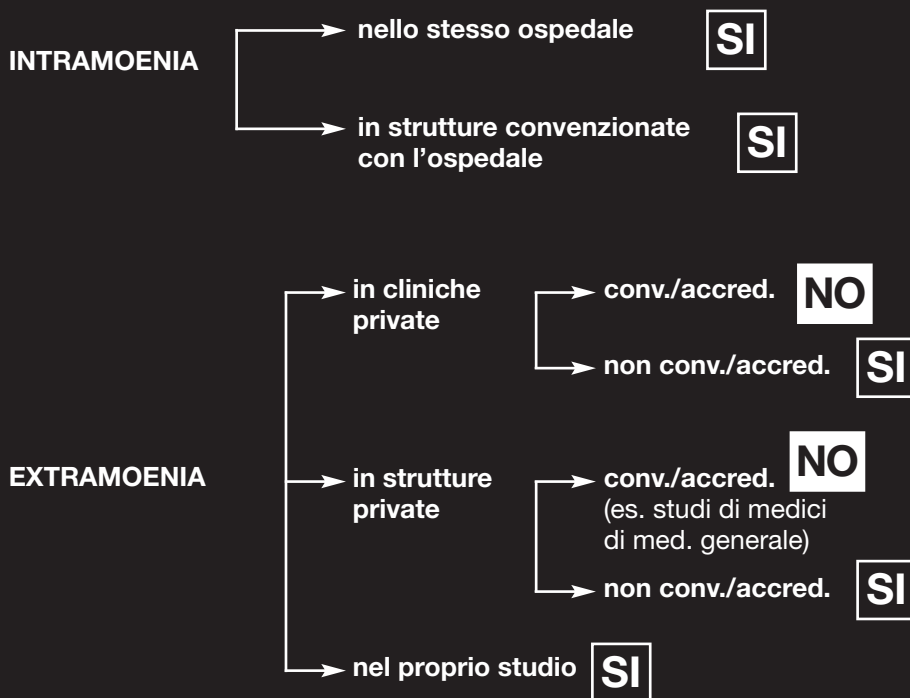
pante al corso di formazione specifica in medicina generale possano sostituire a tempo determinato i medici di medicina generale convenzionati col Servizio sanitario nazionale e, inoltre, essere iscritti negli elenchi della guardia medica notturna e festiva e della guardia turistica per sostituzioni in caso di carenza di medici già iscritti nei suddetti elenchi.

Infine va ricordato che il medico in rapporto esclusivo non può effettuare prestazioni libero-professionali al di fuori della struttura se non con specifica autorizzazione, potendo incorrere in quanto previsto dall'articolo 2119 del codice civile in materia di risoluzione del contratto

di lavoro per giusta causa. Sull'osservanza è tenuto a vigilare il direttore generale.

Da ultimo, ai fini previdenziali, poiché l'indennità di esclusività è una voce fissa e ricorrente e pertanto pensionabile (INPDAP circolare 19 del 29 ottobre 2004), qualora siano intervenuti, nel quinquennio precedente la cessazione dal servizio, passaggi dal regime di non esclusività a quello di esclusività e viceversa, ai fini del calcolo della pensione verrà applicato il calcolo previsto dall'articolo 29 della legge 153/1981 che prevede un calcolo sulla media ponderata dei vari servizi a differente rapporto.

LA LIBERA PROFESSIONE DEGLI OSPEDALIERI



Ospedalieri: orario massimo settimanale

a cura di
Marco Perelli Ercolini

→ La durata massima del lavoro, turni compresi, non può superare il limite delle 48 ore settimanali, salvo il consenso liberamente espresso del singolo lavoratore (medici ospedalieri compresi), senza alcuna deroga ad eccezione dei servizi essenziali a tutela della salute, della sicurezza o dell'ordine pubblico in casi di calamità.

Lo ha stabilito la Corte di giustizia europea con la sentenza del 5 ottobre 2004 (cause C-397/01 e C-403/01) a chiarimento della direttiva sull'orario di lavoro (93/104/Ce): il superamento dell'orario di lavoro delle 48 ore settimanali è consentito solo con l'accettazione espressa da parte del singolo medico, non essendo sufficiente una deroga a maggiori orari né in clausole di accordi collettivi né a riferimenti generici di contratti individuali.

Imputabilità degli ospedalieri

a cura di
Marco Perelli Ercolini

→ I medici ospedalieri tra l'incudine e il martello.

Infatti se il medico consente il ricovero di un paziente pur sapendo delle carenze della struttura in cui lavora e non gli ha dato l'informativa, è chiamato a risarcire i danni per malpractice, essendogli imputata una mancata diligenza.

Per contro il Direttore generale di fronte al medico che dice ai ricoverandi le inadeguatezze organizzative o strutturali dell'ente in cui lavora, potrebbe contestargli la mancata "fedeltà" fino ad arrivare alla risoluzione del rapporto di lavoro.

Ricordiamo come attualmente l'orientamento giurisprudenziale limita la responsabilità professionale per imperizia solo ai casi in cui si sia trovato di fronte a problemi tecnici di particolare difficoltà perché trascendono la preparazione media o perché non sono ancora stati studiati a sufficienza o perché non c'è certezza sui metodi da adottare. Ma ciò riguarda solo l'imperizia e non l'imprudenza o la negligenza. Ne deriva che il medico risponde sempre per colpa anche lieve nei casi in cui per la sua condotta è derivato un danno al paziente avendo agito in modo poco diligente o prudente.

<p>DAL MONTE DOTT.SSA DERNA Medico chirurgo Specialista in: STOMATOLOGIA MALATTIE DELLA BOCCA e PROTESI DENTARIE Aut. Sanitaria n° 108 del 21.03.2000</p>	<p>DAL MONTE MAZZOLI DOTT.SSA ALESSANDRA Laureata in: ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA Aut. Sanitaria n° 107 del 21.03.2000</p>	<p>BOLOGNA Via Emilia Lev. 80 Tel. 051 49 21 05</p> <p>IMOLA Via Cavour, 104 Tel. 0542 24 212</p>	<p>AZIENDA CON SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ CERTIFICATO DA DNV =UNI EN ISO 9001:2000=</p>
---	--	---	--

C'è chi prescrive troppo e chi troppo poco: ma dove si fermano le verifiche delle Asl?

→ *Il monitoraggio sulle prescrizioni dei farmaci da parte di Regioni e Asl è limitato alla rilevazione di presunti comportamenti iperprescrittivi, mentre la tematica dell'appropriatezza inversa, ovvero le cure negate per negligenza, non viene affrontata, lasciando di fatto prevalere considerazioni di risparmio sugli obiettivi di salute della popolazione*

Numerosi studi epidemiologici hanno dimostrato chiaramente che diverse patologie comuni sono sottodiagnosticate e sottotrattate nella popolazione con pesanti ricadute in termini di morbilità e costi per la comunità, per esempio le malattie broncopolmonari croniche, le malattie cardiovascolari con i fattori di rischio tipo ipertensione arteriosa e ipercolesterolemia, la depressione, la malattia da reflusso gastroesofageo, la sindrome ostruttiva cervico-uretrale, l'osteoporosi.

Il monitoraggio delle prescrizioni dei farmaci che curano queste patologie da parte delle Regioni e delle Asl si limita solo alla rilevazione di presunti comportamenti iperprescrittivi dei medici, sulla base astratta di scostamenti individuali dalle medie statistiche di attività prescrittiva. Così le Asl ignorano del tutto la vigilanza

sulla tutela della salute di quella fascia di assistiti in carico a medici che prescrivono inspiegabilmente molto meno della media dei loro colleghi e neppure considerano l'ipotesi che il medico apparentemente iperscrittore potrebbe invece essere più impegnato a curare proprio anche quella fascia di soggetti in media sottodiagnosticati e sottotrattati.

Ci si domanda allora se sia lecito che in un contesto pubblico che deve garantire livelli essenziali di assistenza, il tema dell'appropriatezza inversa (le cure negate per negligenza) non venga affrontato dalle Asl, lasciando di fatto prevalere considerazioni di risparmio su obiettivi di salute.

Le differenze formative tra clinici e amministratori

Le Regioni e le Asl spesso si avvalgono dei pareri tecnici di farmacisti e medici pubblici dipendenti la cui quotidianità (e quindi competenza) è spesso un lavoro amministrativo-organizzativo, integrato eventualmente dallo studio della letteratura scientifica, ma non certo da un'esperienza clinica pratica come quella dei medici che curano i pazienti.

Questa differenza di formazione crea spesso un divario tra la visione di clinici e di amministratori, quest'ultimi convinti spesso, per esempio, che i risultati degli studi di popolazione siano standard e sempre scolasticamente trasferibili alla pratica delle cure dei singoli pazienti.

Ma secondo un autorevole editoriale (*N Engl J Med* 2003; 348: 639-41), gli studi riguardano popolazioni, mentre i medici devono prestare attenzione al singolo paziente, con la realtà delle sue numerose variabili che condizionano la scelta di diverse opzioni terapeutiche: compatibilità con altre malattie e terapie in corso, tollerabilità, effetti collaterali, grado di risposta clinica alla terapia, ecc.

Inoltre, come afferma Silvio Garattini nella prefazione a *Clinical Evidence* 2001 edito proprio dal Ministero della Salute, la medicina basata sulle evidenze è ca-

rente di dati, per cui oltre il 50% degli atti medici non dispone di una validazione secondo il suo metodo.

Le contraddizioni nell'operato delle Asl

A questo contesto di incertezza e incomprendimento si aggiunge il carattere sanzionatorio, invece che propositivo, della procedura di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva di farmaci, ai sensi dell'art. 15-bis del Dpr n. 270/2000 che appare di dubbia legittimità.

Il medico di solito viene chiamato a giustificare le sue prescrizioni, invece secondo la norma è l'Asl stessa che sulla base di riscontri autonomi deve provare con certezza l'inappropriatezza di ogni singola prescrizione contestata, mentre il medico ha la facoltà – non l'obbligo – di presentare eventuali controdeduzioni difensive.

Infatti, per il medico il dovere di appropriatezza prescrittiva esula da semplici risvolti contrattuali, in quanto è sancito da imperativi obblighi di legge (n. 425/96) per cui in caso di violazione ne deriva una responsabilità extra-contrattuale (art. 2043 Codice Civile), nella quale per costante giurisprudenza l'onere della prova è a carico dell'attore (art. 2697 Codice Civile), cioè l'Asl e non il medico indagato.

La commissione giudicatrice prevista dall'art. 15-bis appare composta anche da soggetti privi della qualifica di medico, che si trovano comunque a esprimere giudizi medico-legali sull'idoneità delle cure, configurando dunque l'ipotesi di esercizio abusivo della professione medica (art. 348 Codice Penale).

Inoltre questi giudizi vengono formulati senza prima aver accertato direttamente nei singoli casi le diagnosi per cui tali cure sono state prescritte.

Il Consiglio di Stato con la sentenza n. 5741/2000 ha affermato che le commissioni mediche non possono limitarsi a una mera consultazione documentale per l'accertamento di malattia, ma hanno il dovere d'ufficio di valutare direttamente la malattia. Infatti per costante giurisprudenza certifica-

re o verbalizzare una diagnosi su un atto pubblico senza visitare direttamente il paziente configura il reato di falso ideologico (Cassazione Penale sezione V n. 2314 dell'11.2.1997; Cassazione Penale sezione V del 10.9.1995, in *Giur It* II, 394, 1996).

Così oltre a una valutazione di dubbia legittimità e imparzialità, alcune Asl hanno provveduto direttamente a sanzionare medici per presunte prescrizioni improprie, mentre l'azione di responsabilità contabile è regolamentata dalla legge n. 19 del 14.1.1994, è di competenza esclusivamente giudiziaria (Cassazione n. 6339/94, n. 8642/96; Corte dei Conti Calabria sezione II n. 158/1998, Corte dei Conti Umbria n. 274/2004) e prevede la condanna solo in caso di colpa "grave" accertata, mentre le Asl, in quanto enti pubblici autonomi per effetto del DLgs n. 229/1999, non possono emettere in autonomia provvedimenti per il recupero coattivo di crediti (TAR Toscana sezione II n. 5101/2003).

Ai sensi dell'art. 3 della legge n. 241/1990 sulla trasparenza amministrativa ogni provvedimento deve essere oggettivamente motivato con presupposti di fatto e ragioni giuridiche, ma questi rilievi sollevano non pochi dubbi.

Riflessioni

A questo punto appare lecito porsi alcune domande. Con quale competenza e onestà intellettuale si può dichiarare il perseguimento di obiettivi di salute senza una visione globale, che comprenda anche i temi delle cure inadeguate per difetto di prescrizione, la misurazione dell'appropriatezza prescrittiva nei singoli casi, il miglioramento e la correttezza dei procedimenti di verifica, i controlli sull'appropriatezza anche negli ospedali dove non viene applicata alcuna vigilanza e sanzione sulla prescrizione di farmaci all'interno delle strutture e sulla prescrizione indotta all'esterno?

Dr. Mauro Marin - Pordenone

O.N.A.O.S.I.

→ Gent.mo Dott. Roberto Anzalone
Presidente Ordine Medici Chirurghi ed
Odontoiatri - Milano

Caro Presidente, riscontro la Tua del 5
agosto u.s., per la verità meravigliato dal
tono col quale esprimi le Tue personali
considerazioni.

La mia meraviglia risiede nelle tante impre-
cisioni e, in alcuni casi, nelle affermazioni
in essa contenute che non rispondono alla
realtà o ne danno una visione distorta.

Capisco che può non essere agevole spie-
gare le ragioni che hanno portato all'e-
stensione dell'obbligatorietà del contribu-
to O.N.A.O.S.I. a tutti i Sanitari, ma, a mio
modo di vedere, chi appartiene alla classe
dirigente di un'organizzazione del Paese
dovrebbe considerare gli interessi generali
prevalenti rispetto a quelli dei singoli.

E non c'è dubbio che la sopravvivenza
dell'O.N.A.O.S.I., che garantisce da oltre
100 anni un "ombrello" di tutela per gli
orfani dei Colleghi più sfortunati di noi, ri-
sponde ad un interesse generale. Anche
noi in queste ore riceviamo legittime se-
gnalazioni di Colleghi che non conosco-
no la nostra Opera.

Ma questo non è certamente il Tuo caso,
in qualità di Presidente di Ordine che,
nella veste di autorevole rappresentante
dello S.N.A.M.I., conosce l'Opera non
certo da oggi.

Ritengo superfluo ricordarTi che solo
nella Tua provincia, attualmente,
l'O.N.A.O.S.I. assiste ben 75 nuclei fami-
liari per un totale di 111 giovani, che fru-
iscono delle prestazioni previste dallo
Statuto per studenti che vanno alle
Scuole elementari all'Università e, in al-
cuni casi, fino alle Scuole di Specializza-
zione. D'altronde, essi rappresentano
solo una piccola parte dei giovani che
godono degli interventi su tutto il territo-
rio nazionale. L'O.N.A.O.S.I., nell'eserci-
zio 2003, ha erogato complessivamente

circa 4700 prestazioni, a ragazze e ra-
gazzi, sotto forma di sussidi in denaro a
domicilio ed in servizi ai giovani ospiti
nelle proprie strutture, per un ammontare
di oltre 40 milioni di euro.

In occasione del III Convegno Nazionale,
organizzato dall'O.N.A.O.S.I. e tenuto in
Perugia il 7 ottobre 2000, con i Presidenti
degli Ordini Medici Chirurghi ed Odontoiat-
ri, Medici Veterinari e Farmacisti, al quale
eri stato invitato, tutti gli intervenuti si sono
complimentati per il livello di qualità e per
l'assistenza che questa Fondazione è in
grado di assicurare agli orfani dei Sanitari.

Non Ti sfuggerà certamente che, per assi-
curare questi livelli di assistenza,
l'O.N.A.O.S.I. ha necessità di avere stabi-
lità e certezze finanziarie. La progressiva
privatizzazione dei rapporti di lavoro nella
nostra professione avrebbe fatto venir me-
no, appunto, queste certezze finanziarie,
che erano assicurate dalla Legge n.
306/1901, che riguardava i Sanitari dipen-
denti da Pubbliche Amministrazioni. Non
ora, ma nel tempo, avremmo assistito, si-
curamente, ad una progressiva diminuzio-
ne della nostra base contributiva.

Questo ci siamo limitati a segnalare al Mi-
nistro della Salute e agli Enti e ai Rappre-
sentanti delle categorie, rimettendo il
quesito se l'O.N.A.O.S.I. dovesse conti-
nuare ad esistere. La risposta che è stata
trovata dal Legislatore (estensione del-
l'obbligatorietà O.N.A.O.S.I. in coinciden-
za dell'iscrizione all'Ordine professionale)
ci pare quella più giusta e corretta. Infatti,
dà certezza e solidità alla Fondazione,
consente finalmente di dare risposta agli
orfani di tutti quei Sanitari non preceden-
tamente iscritti obbligatoriamente e che si
rivolgevano all'O.N.A.O.S.I. solo nel mo-
mento del bisogno, salvo poi scoprire che
uno dei loro genitori non era stato così
previdente da iscriversi volontariamente.
Questo ci costringeva a negare la presta-
zioni. Si sono risolti, con la modifica ap-
portata con la Legge 289/2002, centinaia
e centinaia di casi che prima non poteva-
no essere contemplati.

Considerare, quindi, come un nuovo balzello un contributo di solidarietà, che altri settori della professione versano obbligatoriamente da oltre cento anni, denota un totale disinteresse per i "più deboli" della nostra categoria. Non vi è dubbio, infatti, che il professionista affermato o il titolare di una farmacia troverà modo per assicurare un futuro ai propri figli in caso di evento luttuoso; dubito, invece, che senza il soccorso di questa Fondazione un Collega che non goda delle stesse disponibilità possa fare altrettanto.

Fatta questa doverosa considerazione in premessa, entro nel merito delle Tue personali considerazioni, per precisarTi che sono sorpreso che solo in data 5 agosto arrivi alla determinazione che si dovrà contestare il "regolamento amministrativo che stabilisce quote insostenibili e addirittura ancorate all'ISTAT". Eppure, in qualità di Presidente della Fondazione O.N.A.O.S.I. ho inviato copia del regolamento di riscossione a Te e a tutti i Presidenti degli Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi, Medici Veterinari e dei Farmacisti sin dal 21 ottobre 2003, qualche giorno dopo aver ricevuto la comunicazione dell'approvazione dello stesso da parte dei

Ministeri vigilanti. Con la stessa nota di trasmissione, Ti comunicavo i riferimenti nominativi e telefonici degli uffici della Fondazione che erano a Tua disposizione per fornire una completa informazione e un quadro più analitico della futura normativa di riferimento. Non mi risulta che né da Te, né dall'Ordine provinciale di Milano sia arrivato alcunché a riguardo.

Preciso, inoltre, che aver ancorato all'indice ISTAT le quote è un segnale di piena volontà politica che le suddette cifre non subiranno revisioni verso l'alto. Anzi, come abbiamo avuto modo già di comunicare anche nell'informativa ai contribuenti, nello scorso giugno questo Consiglio di Amministrazione ha ridotto il contributo per il quinquennio 2005-2009 e ha introdotto, sulla base di sollecitazioni che abbiamo ritenuto eque e fondate, ulteriori riduzioni per coloro che hanno redditi al di sotto della fascia di 28.000,00 euro lordi l'anno. L'obbligatorietà del contributo determina, inoltre, la piena deducibilità fiscale, ai sensi dell'art. 10 c. 1, lett. e) del D.P.R. 22.12.86 n. 917 (Testo Unico delle Imposte sui Redditi), con un onere a carico del contribuente ulteriormente ridotto, così come di seguito indicato:

	CONTRIBUTO/2004		
	€ 18,00	€ 36,00	€ 144,00
REDDITO	RISPARMIO		
€ 15.000,00	€ 4,14	€ 8,28	€ 33,12
€ 20.000,00	€ 5,22	€ 10,44	€ 41,76
€ 30.000,00	€ 5,58	€ 11,16	€ 44,64
€ 60.000,00	€ 7,02	€ 14,04	€ 56,16
€ 90.000,00	€ 8,10	€ 16,20	€ 64,80

D'altra parte, della sana e corretta gestione, con bilanci sempre positivi, ci è stato dato atto anche dalla Corte dei Conti, che – è il caso di ricordare qui – esercita per

legge il controllo sull'O.N.A.O.S.I., insieme ad altri organismi di Vigilanza quali la Commissione parlamentare per gli enti gestori di forme di previdenza ed assi-

stenza obbligatorie, i Ministeri vigilanti (Lavoro e Economia) – che devono approvare espressamente anche le deliberazioni in materia di prestazioni, oltre che, ovviamente, lo Statuto e i regolamenti attuativi – e, infine, il Collegio dei Sindaci. Non va, peraltro, dimenticato che il bilancio della Fondazione è sottoposto, sempre per legge, a obbligo di revisione e certificazione da parte di Società che abbia i requisiti in materia.

A proposito dell'arrivo dei bollettini in ritardo posso fare ammenda su questo, anche se in una comunicazione del 18 febbraio 2004, inviata anche agli Ordini professionali, era stato annunciato che *“nel corso della prossima primavera estate la Fondazione invierà a domicilio di ciascun sanitario apposita richiesta di pagamento ecc.”*. Il concessionario che sta provvedendo alla riscossione è risultato vincitore di regolare gara europea che questa Fondazione, in ossequio al principio della trasparenza, ha voluto indire, tralasciando la possibilità di affidamento diretto che pure ci era stata prospettata.

Abbiamo fatto del nostro meglio per diffondere la notizia della novità legislativa introdotta, a quanto pare con scarsi risultati per quanto riguarda l'Ordine da Te presieduto. Mi limito ad osservare, ad esempio, che l'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Cremona, nel suo notiziario n. 1 del gennaio 2003, a pag. 12, ebbe modo di informare, tra l'altro, i propri iscritti che: *“In base alla Legge Finanziaria 2003, la contribuzione Onaosi diventa obbligatoria per tutti i Sanitari iscritti all'Ordine”*. Questa notizia è stata diffusa non già per una “rivelazione divina”. Semplicemente, i Collegi di Cremona si sono limitati a riportare un comunicato della Fondazione, ripreso tra l'altro, anche dal Sole 24 Ore del 7 gennaio 2003. Tutto si può dire tranne che la notizia sia stata tenuta “segreta” chissà per quali inconfessabili ragioni.

Se l'Ordine di Cremona, che non è per dimensione tra i più grandi, ha dato conto ai propri iscritti della novità legislativa introdotta, mi domando come può essere “sfuggito” all'Ordine di Milano, che sicuramente ha più mezzi, la portata di questa novità.

L'incontro, già fissato per il 29 e 30 ottobre 2004 a Perugia, con tutti i Presidenti degli Ordini provinciali dei Medici Chirurghi, Odontoiatri, Medici Veterinari e farmacisti, sarà una preziosa occasione per un confronto mirato a rafforzare ulteriormente una puntuale informazione sull'Opera, nella certezza che è interesse delle nostre categorie dei Sanitari rendere sempre più l'O.N.A.O.S.I. in grado di crescere ed essere al passo dei bisogni dei nostri tempi.

Se vogliamo continuare nell'elenco delle informazioni, note, comunicati stampa che sono stati inviati agli Ordini provinciali e alle Federazioni Nazionali e di articoli apparsi sulla stampa specializzata e di categoria, sono a Tua completa disposizione.

Scuserai lo sfogo, caro Presidente, ma in queste ore in cui noi tutti dovremmo adoperarci per spiegare ai Colleghi le ragioni che hanno portato il Legislatore a garantire certezza e futuro all'Opera Nazionale di Assistenza agli Organi dei Sanitari Italiani, non per un atto caritatevole e clientelare, ma per la sua meritoria attività che ha consentito, in oltre 100 anni di vita, di assicurare un futuro a decine di migliaia di orfani di Colleghi che hanno saputo assumere il ruolo anche di classe dirigente del Paese, occupando posizioni di responsabilità a vari livelli, sia pubblici che privati, trovo ingiusto che alcuni propugnino una visione distorta della realtà.

A Tua disposizione, anche per un dibattito pubblico, se ritieni, organizzato dal tuo Ordine, ti saluto con viva cordialità.

Dr. Aristide Paci

→ Egregio Presidente,
una valanga di giuste e motivate proteste sta arrivando agli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri per il nuovo *balzello* (questa volta a favore dell'O.N.A.O.S.I.) che colpisce tutti gli Iscritti agli Albi.

Le Leggi dello Stato, in questo caso la 289/2002, bisogna accettarle fino ad eventuali modifiche. L'applicazione amministrativa merita però sicure critiche e i Medici troveranno il modo di contestare il Regolamento amministrativo che stabilisce quote insostenibili e, addirittura, ancorate con l'ISTAT.

È una situazione che la categoria Medica non tollererà. Per di più fare coincidere la scadenza con il 31/07/2004 dà l'impressione ai Medici, non precedentemente informati, della classica *manovra balneare*.

Per molti Medici la quota da pagare supera quella dell'iscrizione all'Albo, per non parlare di qualche categoria (vedi ad es. specializzandi) già con un reddito al limite della sopravvivenza.

Questo fatto, inoltre, costringerà molti Medici anziani che non esercitano la professione e che rimangono iscritti solo per dedizione, a cancellarsi dall'Albo.

Il momento è difficile per la Categoria che viene spinta verso la povertà: convenzioni e contratti scaduti da molti anni e non più rinnovati hanno creato grande malessere e malumori.

Anche le gocce cosiddette "*benefiche*" in questi momenti sono più che sufficienti a fare traboccare il vaso.

Distinti saluti

Dott. Roberto Anzalone

Casa di Cura
Ai Colli

**OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO
PER MALATTIE NERVOSE**

Direttore Sanitario Responsabile: DR. RAFFAELLO BIAGI
Medico Chirurgo Specialista in Psichiatria

40136 BOLOGNA
VIA SAN MAMOLO 158 - TEL. 051 581073 - FAX 051 6448061

AMBULATORI:
TEL. 051 583013 - 051 580922 - 051 331998
051 6446234 - 051 6446916

P.G. 34219 - 26/02/2003

→ Al Presidente Ordine Medici Chirurghi ed Odontoiatri - Bologna

Ill.mo Sig. Presidente, come molti altri Colleghi ho ricevuto per posta, in data 5/8 u.s., un avviso di pagamento tributario da parte dell'ONAOSI, di 240 Euro, già scaduto dalla data del 31/07/2004.

Le vorrei esprimere tutta la mia collera e la mia protesta per questo nuovo esoso e inaspettato balzello. Tra l'altro inviato senza alcun preavviso, in piena estate, già con ampio (e credo subdolo) ritardo, da un Ente pressoché ignoto ai più e che si è pertanto sentito in dovere di allegare una sommaria presentazione, guardandosi bene peraltro dal precisare Organigrammi dirigenziali, bilanci, numero di dipendenti e rimandando al sito internet (che non mi scomoda a consultare).

Il discorso temo possa diventare antipatico ma, con tutto il rispetto, solidarietà e generosità verso i figli di colleghi prematuramente scomparsi non c'entrano.

Forse sbaglio ma facendo una rapida e grossolana valutazione viene da pensare che, alle attuali tariffe e con questa vasta "platea" di contribuenti, questo Ente incassi alcune decine di vecchi miliardi all'anno.

Sono così tanti, e tanto indigenti, gli orfani di medici da assistere (vacanze comprese)? Capisco studi, stage all'estero, premi scientifici, ma i Centri Vacanza (estivi e invernali) cosa c'entrano? Quando e chi li acquisisce e a quali costi? chi li frequenta? Perché veniamo ora costretti a finanziare scelte fatte in passato (e scelte future), non concordate, non controllate, sulle quali nulla possiamo dire e intervenire?

Detta senza mezzi termini: se alla fine del 1800 e in epoca pre-previdenziale questo approccio solidaristico aveva un senso non si capisce invece oggi, con tutte le Polizze Assicuratrici sulla vita e Garanzie Previdenziali di ogni genere perché si debba ancora una volta "andare in tasca" (cito il Pres. del Consiglio) ai Sanitari contribuenti (e non per pochi spiccioli) imponendo ex lege un'ulteriore tassazio-

ne; anche i più sprovveduti oggi hanno un'assicurazione sulla vita a favore dei figli; gli strumenti di garanzia ci sono, eccome, anche senza ONAOSI.

O non sarà invece che si debba, in qualche modo, sostenere (e lautamente) un Ente, casomai benemerito nel passato, ma attualmente costoso ed obsoleto e che non si ha il coraggio politico di liquidare? E, mi scusi, chi, dove e come spenderà i soldi che ci vengono richiesti? Che possibilità di controllo abbiamo sulla dirigenza di tale Ente, sulle spese, sulle future iniziative che saremo costretti a sovvenzionare?

Alcuni programmi sembrano poi del tutto velleitari e propagandistici ("la Casa Comune di tutti i Sanitari Italiani" si legge nell'opuscolo); io non sono d'accordo: perché devo pagare lo stesso?

Non vorrei che qualcuno, ai vertici dell'ONAOSI pensasse: "ma sì, chisseneffrega, spendiamo pure, tanto pagano quei pecoroni dei medici e c'è una legge che ci garantisce".

E, tanto per saperlo, quali forze politiche hanno imposto per legge questa nuova gabella?

Lasciamo pur stare la politica, per carità, ma non si era detto che gli Enti inutili andavano sciolti e le tasse non aumentate? O abbiamo capito male?

Agli Ordini dei medici e ai Sindacati medici va tutto bene? Nessuno dice niente? Anche stavolta, come per l'ECM, subiamo l'ennesimo "Medico, peone, paga e taci!... e spicciati che sei già in ritardo"; ecco come veniamo trattati.

No, sig. Presidente, questa volta per il momento non pago; e mi aspetto da Lei una pubblica e tempestiva risposta e tutte le iniziative (un ricorso, un blocco temporaneo dei pagamenti, veda Lei) tese a tutelarci di fronte a questo ulteriore scorretto (nei tempi e nei modi) metodo di imposizione tributaria.

Non si può pagare così. Cordialmente

Roberto Frabboni

**MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI
AGGIORNATO AL 13/11/2004**

Cognome - Nome	Indirizzo	Telefono
AIUTO MARIA ELVIRA	Via Ghisiliera, 33 - Bologna	051/55.70.43 - 339/73.97.804
ANDALÒ FEDERICA	Via Calanco, 51 - Dozza Imolese	0542/67.90.51 - 338/90.31.414
BAKALLOUDIS GEORGIOS	Via Luna, 2 - Montereenzio - Bologna	340/70.52.782
BERNARDI ROBERTO	Via Mezzofanti, 10 - Bologna	051/39.95.28 - 349/56.80.207
BELLAN MARZIO	Via Batoli, 2 - Bologna	051/58.83.243 - 339/42.66.374
BLANDINO SIMONA	Via G. Bentivogli, 77 - Bologna	051/63.60.983 - 333/34.40.836
BOCCIA LORENZA	Via Borgo S. Pietro, 99 - Bologna	333/10.87.014
BONACCI NICOLA	Via Massarenti, 10 - Bologna	333/65.71.081
BONAVINA GIUSEPPE	Via Mura di Porta Castiglione, 3 - Bologna	051/58.01.97 - 340/29.79.142
BONIVENTO CHIARA	Via Zoccoli, 4 - Bologna	339/19.95.764
BORRI FRANCESCO	Via Breventani, 10 - Bologna	051/61.54.817 - 347/53.31.438
BRILLANTE ROBERTO	Via Santa Maria, 34 - Lovere	347/65.18.530
BRUNO MARIA CARMELA	Via S. Isaia, 57 - Bologna	051/64.90.888 - 328/01.99.122
CALABRESE MONICA	Via F. Acri, 9 - Bologna	051/22.72.08 - 340/90.99.868
CARBONE CATERINA	Via Massarenti, 222 - Bologna	051/34.74.66 - 348/76.33.402
CASAGLIA ALESSANDRO	Via Montanari, 22 - Bologna	051/34.15.72 - 348/56.32.577
CASATELLO MARIAPIA	Via S. Donato, 136 - Bologna	051/63.31.353 - 339/46.91.165
CINELLI FRANCA	Via S. Vincenzi, 42/3, 10 - Bologna	051/51.24.52 - 328/92.74.438
COLUMBO SERENA	Via Mazzini, 20 - Bologna	051/34.69.99 - 347/85.89.999
CONCORDIA ALESSANDRA	Via Vezza, 24 - Bologna	051/19.98.06.72 - 347/29.98.754
CONTINI PAOLA	Via Venturoli, 1 - Bologna	347/66.29.912
CONTINO GIUSEPPE	Via degli Orti, 20 - Bologna	051/62.34.188 - 338/24.59.454
DE TOMA DAMIANA	Via Toffano, 6 - Bologna	051/39.75.12
DI MARCO CHRISTIAN	Via Cremona, 90 - Pieve di Cento	349/84.49.981
FARZAMI ABBAS	Via Caduti di Cefalonia, 8 - Casalecchio di R.	348/29.48.316
FILIPOVIC RICCI BENEDETTA	Strada Maggiore, 40 - Bologna	051/23.99.47 - 328/44.54.744
FOCARDI EMANUELA	Via S. Giuliano, 3 - Bologna	051/39.82.80 - 347/52.08.162
FOGACCI ELISA	Via Imerio, 19 - Bologna	051/24.57.73 - 347/45.00.796
FREO ELISABETTA	P.zza Martiri di Pizzocalvo, 5 - S. Lazzaro	051/46.44.88 - 328/00.60.967
FUCXHI NEVILA	Via Spina, 3 - Bologna	339/13.34.507
GAITANI STAVROULA	Via Macchiavelli, 12 c/o Brenzani	051/51.46.03 - 347/08.28.597
GHEDINI FEDERICA	Via Paolo Poggi, 62 - S. Lazzaro di Savena	051/58.71.259 - 347/88.55.709
GIAMPAOLETTI CLAUDIO	Via Achillini, 6 - Bologna	347/65.64.318
GIANNUZZI ANTONIA ANGELA	Via S. Stefano, 46 - Bologna	347/23.34.184
GROTTI SILVIA	Via M. Masia 2/3 - Bologna	339/70.29.903
IORIZZO MATILDE	Via Massarenti, 50 - Bologna	338/50.67.313
KURIA FREDRICK G.	Via Carpaccio, 6 - Bologna	380/42.51.331
LANCIANO ADALGISA	Via di Corticella, 264 - Bologna	051/70.25.23 - 328/21.89.847
LANZONI ELISABETTA	Via Emilia, 1502/D - S. Lazzaro di Savena	051/46.73.36 - 335/14.13.638
LENARES ELENA	Via Massarenti 50 - Bologna	339/80.17.467
LUCANO ANGELO	Via Vallescura, 21 - Bologna	051/58.54.54 - 347/41.55.274

LUCCHETTA PATRIZIO	Via Pizzardi, 6 - Bologna	051/34.39.36 - 349/28.93.126
MEI LINDA	Via Stazione - Porretta Terme	051/58.75.615 - 347/76.43.462
MEO LUCIA	Via E. Zago, 4 - Bologna	051/24.73.53 - 339/24.79.500
MOSCARDELLI ELISA	Via Roma - Alba Adriatica	0861/71.45.20 - 320/30.09.747
MURARIU IOANA ADINA	Via Rizzoli - Granarolo Emilia	051/76.04.82 - 348/91.48.155
MUSCOLO PATRIZIA	Via Guerrini, 7 - Bologna	339/81.91.400
NOBILE STEFANO	Via Lombardia, 31 - Bologna	051/61.52.332 - 328/45.60.622
NWANGUMA VICTOR	Via Zampieri, 30/2 - Bologna	051/35.96.87 - 339/30.17.246
OZERI EITAN	Via Zacconi, 2	335/70.71.570
PALANDRI FRANCESCA	Via Micheli, 34 - Parma	349/71.16.012
PALMERINI EMANUELA	Via S. Rocco - Bologna	348/41.48.954
PRATI ANDREA	Via Morandi, 5 - Pianoro	347/83.94.839
PUGLIOLI EMILO	Via B. Cellini, 11 - Bologna	333/30.75.111 - 051/53.30.09
RAPAGNANI MARIA PAOLA	Via Napoli, 3 - Bologna	051/46.25.97 - 349/126.88.54
RIZZO ALESSANDRA	Via F. Rocchi, 20 - Bologna	051/39.89.31 - 347/62.72.570
SABETTA ANNARITA	Via O. Palagi, 25 - Bologna	051/39.31.82 - 328/33.92.178
SAPIGNI LICIA	Via Gramsci, 26 - Gambettola	347/05.53.326
SASSI CLAUDIA	Via Carpaccio, 4 - Bologna	051/49.03.60 - 349/31.17.125
SPIGONARDO VINCENZO	Via Lame, 116 - Bologna	051/52.10.04 - 329/62.17.975
VACCARISI DAVIDE CORRADO	Via della Salita, 23 - Bologna	339/28.36.797
VAGNONI SONIA	Via Paradiso, 21 - Bologna	051/27.18.01 - 347/84.39.130
VENTURA ELISABETTA	Via Pasubio, 61 - Bologna	333/22.05.287
VERONESI MARCO	Via Morini, 35 - Prunaro di Budrio	051/69.20.436 - 339/32.88.927
VETTORI CHIARA	Via Batoli, 2 - Bologna	051/58.83.243 - 333/84.24-610
VIOLA ANTONELLA	Via Malvasia, 18 - Bologna	051/55.66.16 - 340/59.08.330

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione	Telefono
AMABILE ANGELA	Allergologia e Immunologia Clinica	338/27.89.842
ANTONIONI MARCELLO	Gastroenterologia	333/53.69.458
CARLÀ ELIDE	Dermatologia e Venerologia	051/35.39.94 - 349/43.39.539
CASELLA GIORGIO	Formazione Specifica in Medicina Generale	339/84.86.356 - 051/75.11.04
CHESI ROBERTO	Odontoiatria	051/71.54.57 - 338/60.15.965
LUCENTE PASQUALE	Dermatologia e Venerologia	051/38.04.62
MALAGUTI ANNA	Endocrinologia e Malattie del Ricambio	051/64.47.361 - 339/65.92.595
MALISANO MONICA	Ginecologia e Ostetricia	051/65.57.388 - 335/81.39.799
MATTEINI PAOLA	Igiene e Med. Preventiva	051/44.32.41 - 339/48.19.676
MONTALTI ROBERTO	Chirurgia Generale	051/53.57.43 - 329/92.66.376
MUSIANI MARIA	Corso di Formazione in Medicina Generale	051/62.40.624 - 338/87.11.502
PERUGINI ENRICA	Cardiologia	339/13.93.548
ROMEO DOMENICO	Otorinolaringoiatria	347/63.60.578
SANDRI LORENZA	Gastroenterologia	051/619.41.93 - 339/86.85.286
VISENTIN STEFANO	Pediatria Preven. e Puericoltura	051/23.13.29

Aprire a Bologna la Scuola di Psicoterapia Junghiana "AION"

→ Partirà a marzo 2005 il Corso quadriennale di specializzazione post universitaria, rivolto a medici e psicologi, della Scuola di Psicoterapia Analitica "AION", la prima ad indirizzo junghiano dell'Emilia-Romagna. Il Corso ha sede a Bologna, in via Palestro n. 6 e si svolge a cadenza settimanale nei week-end.

La Scuola è riconosciuta dal Ministero dell'Istruzione Università e Ricerca; ha l'obiettivo di impartire agli allievi la formazione professionale adeguata allo svolgimento dell'attività psicoterapeutica, secondo l'indirizzo metodologico teorico e culturale della psicologia analitica junghiana.

Come stabilito dalla legge 56 del 18 febbraio 1989, che regola l'ordinamento del-

la professione, per potere svolgere l'attività di psicoterapeuta è necessario, oltre alla laurea in psicologia o in medicina e chirurgia, conseguire una specifica formazione professionale post universitaria. "AION" si avvale della collaborazione di docenti universitari e si fonda sul lavoro dell'Associazione di ricerca in Psicologia Analitica "ALBA", che raggruppa psicologi e medici, psicoterapeuti, che operano da oltre venti anni in diverse città italiane.

La Scuola insegna le più evolute tecniche di psicoterapia e forma alla abilità terapeutica. Con le discipline di base e quelle specifiche della psicologia junghiana, "AION" presenta anche insegnamenti fondati su prospettive interdisciplinari, attualizzate ai rapporti tra arte, cinema, religione e psicologia.

Presidente del Comitato Scientifico è il Prof. Enzo Canestrari; dirige la Scuola il Dr. Angelo Gabriele Aiello, vicedirettore è di Dr. Roberto Filippini.

Maggiori informazioni sulla Scuola, gli insegnamenti e gli sbocchi professionali si possono chiedere direttamente alla Segreteria di "AION".

telefono 348-2683688

e-mail: info@assoalba.it

oppure visitando il sito internet:

www.assoalba.it



Per gentile concessione Aboca Museum

Agenzia Italiana del Farmaco AIFA

→ Comunicato relativo alla Determinazione 29 ottobre 2004 dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), recante: "Note AIFA 2004 (Revisione delle Note CUF)"

(Determinazione pubblicata nella Gazzetta Ufficiale - Supplemento Ordinario n.259 del 4 Novembre 2004)

A seguito di osservazioni pervenute all'AIFA dopo la pubblicazione delle Note AIFA 2004 (revisione delle note CUF) nella sopraindicata Gazzetta Ufficiale - Supplemento Ordinario n.259 del 4 Novembre 2004 - Serie generale) la Commissione Tecnico Scientifica ha riesaminato le note AIFA, modificando il testo di alcune Note che sembravano causare difetti di interpretazione ed incongruenze.

Le Note corrette, di cui si allega il testo revisionato in versione completa ed aggiornata sono:

la Nota 1, sono stati definiti in maniera più semplice e chiara le condizioni di rischio per cui è indicata la gastroprotezione, anche in riferimento all'età >75 anni;

la Nota 13, è stato eliminato il limite del-

l'ipertrigliceridemia per la prevenzione secondaria in pazienti con pregresso infarto del miocardio. Inoltre, è stato specificato che l'uso delle carte del rischio dell'ISS (Progetto Cuore) saranno sottoposte a continua verifica ed aggiornamento e sono collegate con un progetto di ricerca denominato RiACE (Rischio Assoluto Cardiovascolare- Epidemiologia), promosso dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) in collaborazione con il Ministero della Salute e le Regioni per verificare nella pratica assistenziale della Medicina Generale la trasferibilità, l'applicabilità, i carichi assistenziali e gli esiti della prevenzione cardiovascolare primaria e secondaria;

la Nota 28, sono stati eliminate le specifiche riguardanti le neoplasie per la sindrome anoressia/cachessia facendo riferimento alle neoplasie maligne:

la Nota 78 è stato chiarito che i preparati antiglaucoma in associazione possono essere utilizzati come seconda scelta dopo la monoterapia.

L'intero testo delle Note aggiornate è stato comunicato alla Gazzetta Ufficiale e diventerà operativo dal 19 Novembre 2004.

Il testo completo di tutte le Note AIFA, inclusi gli ultimi aggiornamenti, verrà reso disponibile attraverso il sito dell'AIFA e pubblicato sul Bollettino di Informazione sui Farmaci

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Nello Martini)

POLIAMBULATORIO PRIVATO

S. LUCIA

*Direttore Sanitario:
Dott. A. Longhi
Medico Chirurgo Specialista
in Oculistica*

P.G. n. 69914 del 6.4.2004

- DIAGNOSTICA OCULARE COMPLETA
- TEST PER CHIRURGIA REFRATTIVA
- SCREENING GLAUCOMA COMPLETO
- GDX - ANALISI FIBRE
- MICROPERIMETRIA
- LABORATORIO DI IPOVISIONE
- ORTOTTICA
- LASER ARGON-YAG

DOTT. LUCIA SCROLLI

Medico chirurgo - Specialista in Oftalmologia

DOTT. SERGIO ZACCARIA SCALINCI

Medico chirurgo - Specialista in Oftalmologia

DOTT.SSA MARIACHIARA MORARA -

Medico chirurgo - Specialista in Oftalmologia

Bologna - Via Murri 164 - Tel. 051 440822 - Fax 051 470627

ALLEGATO

Linee guida contenenti le indicazioni delle procedure e delle tecniche di procreazione medicalmente assistita

Art. 7 - Legge n. 40/2004

PREMESSA

La legge 19 febbraio 2004, n. 40 "Norme in materia di procreazione medicalmente assistita", all'articolo 7 prevede la definizione da parte del Ministro della Salute di "linee guida contenenti l'indicazione delle procedure e delle tecniche di procreazione medicalmente assistita", linee guida "vincolanti per tutte le strutture autorizzate".

La stessa legge stabilisce modalità che sono da rapportarsi all'indicazione delle procedure e delle tecniche di procreazione medicalmente assistita la cui definizione sarà parte integrante delle presenti linee guida.

Verranno quindi presi in considerazione anche:

- il ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita (articolo 4);
- la gradualità nel ricorso alle tecniche (articolo 4);
- il consenso informato da parte di coloro che si sottopongono alle tecniche stesse (articolo 6);
- l'accertamento dei requisiti previsti per le coppie alle quali si applicano le tecniche di procreazione medicalmente assistita (articolo 12);
- le disposizioni concernenti la sperimentazione sugli embrioni umani (articolo 13);
- i limiti all'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita sugli embrioni (articolo 14).

Scopo delle presenti linee guida è quello di fornire chiare indicazioni agli operatori delle strutture autorizzate all'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita affinché sia assicurato il pieno rispetto di quanto dettato dalla legge.

INTRODUZIONE

Secondo una prima definizione la sterilità, almeno nella donna, andrebbe distinta dall'infertilità, intesa come incapacità di condurre la gravidanza fino all'epoca di vitalità fetale. Nell'uomo, invece, essendo il concetto di aborto ovviamente estraneo alla patologia della riproduzione, i due termini vengono largamente utilizzati come sinonimi.

Secondo un'altra definizione una coppia è considerata infertile quando non è stata in grado di concepire e di procreare un bambino dopo un anno o più di rapporti sessuali non protetti, mentre è sterile la coppia nella quale uno o entrambi i coniugi sono affetti da una condizione fisica permanente che non rende possibile la procreazione. Secondo questa interpretazione il

termine "sterilità" si riferisce, quindi, ad una condizione più grave e comunque assoluta di "infertilità" riguardante la coppia e non il singolo membro di essa.

Ai fini delle presenti linee guida i due termini, infertilità e sterilità, saranno usati come sinonimi.

Viene definita sterilità (infertilità) l'assenza di concepimento, oltre ai casi di patologia riconosciuta, dopo 12/24 mesi di regolari rapporti sessuali non protetti.

Tutte le coppie che non ottengono gravidanza nei termini sopra definiti costituiscono la popolazione delle coppie infertili. Questa popolazione è costituita da:

- coppie sterili nelle quali siano stati accertati fattori di sterilità di almeno uno dei due coniugi;
- coppie con sterilità idiopatica, nelle quali non sia stato possibile accertare un definito fattore responsabile;
- coppie subfertili, per ragioni biologiche o per ripetuta abortività spontanea.

I dati relativi all'incidenza ed alle principali cause di sterilità sono simili a livello mondiale. Nella tabella che segue sono riportati i dati pubblicati da Collins e Spira.

Cause di Sterilità

Causa di sterilità	Spira Frequenza	Collins Frequenza
Fattore femminile	57%	54%
Difetto ovulatorio	29%	27%
Fattore tubarico	16%	22%
Endometriosi	7%	5%
Fattore cervicale	2%	/
Fattore uterino	3%	/
Fattore maschile	21%	25%
Sterilità inspiegata	4%	17%
Fattore masch.-femm.	18%	/
Altri	4%	/

Nella nostra società motivazioni molteplici di ordine sociale, economico e culturale portano molte donne a rinviare oltre la terza decade di vita la ricerca di un concepimento. Dagli ultimi dati relativi alla natalità in Europa, infatti, emerge che l'età media in cui la donna italiana partorisce il primo figlio è 30 anni, dato aumentato rispetto al precedente rilievo del 1990 dove risultava essere di 29 anni.

Il fattore temporale si concretizza in tre differenti aspetti e condizionali strategie diagnostiche:

- età della donna;
- esposizione alla probabilità di concepire;
- riserva ovarica.

Età della donna: è uno dei principali limiti posti alla fertilità umana. Con l'età, inoltre, aumenta il rischio di abortire spontaneamente. Tale rischio risulta essere pari al 10% circa per donne di età <30 anni, al 18% per i soggetti con età compresa fra i 30 e i 39 anni, al 34% per le donne intorno ai 40 anni. Donne di età superiore ai 35 anni hanno una più elevata probabilità di avere difficoltà riproduttive in relazione ad aneuploidie determinate da non-disgiunzioni cromosomiche.

La capacità riproduttiva della coppia subisce un declino con l'età. Tale fenomeno si manifesta in maniera più sensibile nella donna; l'aspettativa di avere un figlio per una coppia nella quale è presente una donna di età >35 anni è circa intorno al 50% rispetto alle coppie nelle quali le donne hanno un'età inferiore. Sebbene esistano evidenze scientifiche che la fertilità nella donna diminuisca a partire dai 25-28 anni è unanimemente accettato che la riduzione della capacità riproduttiva nella partner femminile inizi intorno ai 35 anni con un progressivo e considerevole

calo fino al completo esaurimento della funzionalità ovarica.

Esposizione alla probabilità di concepire: la durata dell'infertilità rappresenta il criterio che seleziona la prognosi riproduttiva della coppia a prescindere dalla diagnosi di sterilità. Coppie con una condizione di sterilità di lunga durata hanno una prognosi riproduttiva sfavorevole.

Riserva ovarica: la gonade femminile, diversamente da quella maschile, è costituita da un numero finito di unità follicolari, e quindi di cellule uovo, che rappresenta un patrimonio predeterminato suscettibile di un irreversibile depauperamento. Esiste una soglia critica di patrimonio follicolare, al di sotto del quale vi è una riduzione della potenzialità riproduttiva della donna che può rappresentare l'unico elemento determinante la sub-fertilità, che può essere dovuta all'età riproduttiva avanzata ma anche ad un ridotto patrimonio follicolare congenito (dissociazione tra età anagrafica e patrimonio follicolare), o alla interferenza di fattori iatrogeni o patologici sulla consistenza e consumo del pa-

trimonio follicolare (infezioni, esiti chirurgici, fattori ambientali, stili di vita, etc.).

Un orientamento sulla riserva ovarica può essere ottenuto tramite la valutazione dei livelli di FSH ed estradiolo eseguita in III giornata del ciclo.

ACCESSO ALLE TECNICHE

(Articolo 4, Legge 40/2004)

1. Il ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita è consentito solo quando sia accertata l'impossibilità di rimuovere altrimenti le cause impeditive della procreazione ed è comunque circoscritto ai casi di sterilità o di infertilità inspiegate documentate da atto medico nonché ai casi di sterilità o di infertilità da causa accertata e certificata da atto medico.

2. Le tecniche di procreazione medicalmente assistita sono applicate in base ai seguenti principi:

a. gradualità, al fine di evitare il ricorso ad interventi aventi un grado di invasività tecnico e psicologico



Per gentile concessione Aboca Museum

più gravoso per i destinatari, ispirandosi al principio della minore invasività;

b. consenso informato, da realizzare ai sensi dell'articolo 6.

3. È vietato il ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo.

Un'anamnesi accurata ed un corretto esame obiettivo rappresentano il primo passo di rilievo nell'ambito del primo colloquio con la coppia infertile/sterile. Durante questa fase, infatti, può emergere una specifica causa di infertilità/sterilità e ciò può aiutare a focalizzare le successive valutazioni diagnostiche sui fattori più probabilmente responsabili della infertilità/sterilità stessa.

Le cause di infertilità/sterilità devono essere ricercate in modo sistematico, efficace e devono essere identificati tutti i fattori rilevanti.

Il percorso e la durata degli accertamenti devono tenere conto dei desideri della coppia, dell'età della donna, della durata dell'infertilità/sterilità e dei dati personali emersi dall'anamnesi e dall'esame obiettivo.

Deve essere compilata una scheda

clinica, contenente le valutazioni e i dati pertinenti della coppia, che sarà conservata a cura del centro.

CERTIFICAZIONE DI INFERTILITÀ (ai sensi del comma 1)

Certificazione dello stato di infertilità: può essere effettuata da ogni medico abilitato all'esercizio della professione.

Certificazione dello stato di infertilità per l'accesso alle tecniche di riproduzione assistita: viene effettuata dagli specialisti del centro (per le patologie femminili il ginecologo; per le patologie maschili l'andrologo o l'urologo con competenze andrologiche) una volta assicurati i criteri diagnostici e di gradualità terapeutica.

La negazione del ricorso alle tecniche, certificata dallo specialista, verrà verificata dal responsabile del centro.

GRADUALITÀ DELLE TECNICHE (ai sensi del comma 2, punto a)

Spetta al medico, secondo scienza e coscienza, definire la gradualità delle tecniche tenendo conto dell'età della donna, delle problematiche specifiche



Per gentile concessione Aboca Museum

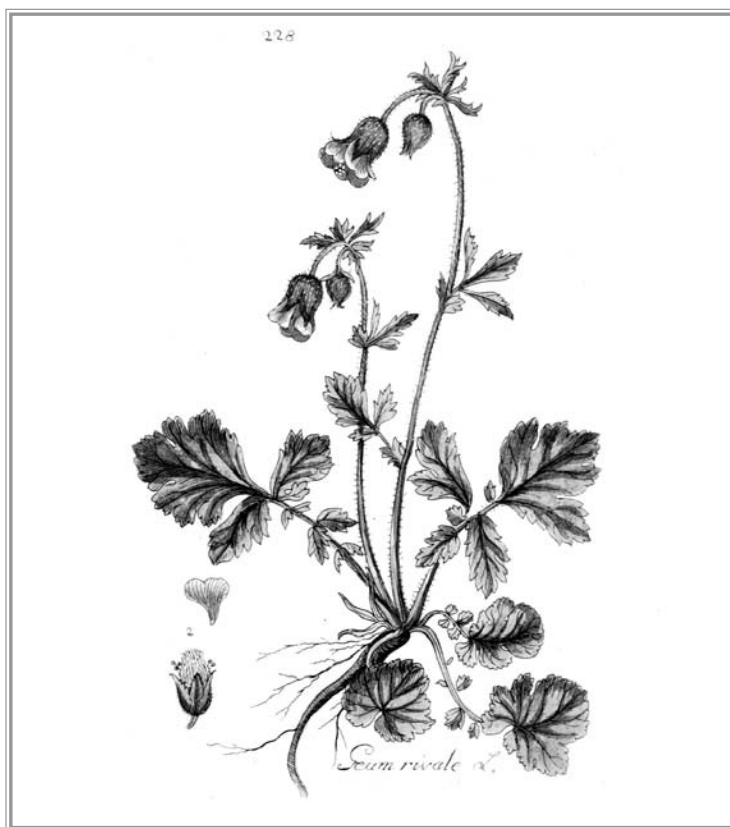
e dei rischi inerenti le singole tecniche sia per la donna che per il concepito, del tempo di ricerca della gravidanza e della specifica patologia diagnosticata nella coppia nel rispetto dei principi etici della coppia stessa ed in osservanza al dettato della legge.

CONSENSO INFORMATO

(Articolo 6, Legge 40/2004)

1. Per le finalità indicate dal comma 3, prima del ricorso ed in ogni fase di applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita il medico informa in maniera dettagliata

i soggetti di cui all'articolo 5 sui metodi, sui problemi bioetici e sui possibili effetti collaterali sanitari e psicologici conseguenti all'applicazione delle tecniche stesse, sulle probabilità di successo e sui rischi dalle stesse derivanti, nonché sulle relative conseguenze giuridiche per la donna, per l'uomo e per il nascituro. Alla coppia deve essere prospettata la possibilità di ricorrere a procedure di adozione o di affidamento ai sensi della legge 4 maggio 1983, n. 184, e successive modificazioni, come alternativa alla procreazione medicalmente assistita. Le informazioni di cui al presente comma e quelle concernenti



Per gentile concessione Aboca Museum

il grado di invasività delle tecniche nei confronti della donna e dell'uomo devono essere fornite per ciascuna delle tecniche applicate e in modo tale da garantire il formarsi di una volontà consapevole e consapevolmente espressa.

2. Alla coppia devono essere prospettati con chiarezza i costi economici dell'intera procedura qualora si tratti di strutture private autorizzate.

3. La volontà di entrambi i soggetti di accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita è espressa per iscritto congiuntamente al medico responsabile della struttura, secondo modalità definite con decreto dei Ministri della Giustizia e della Salute, adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge. Tra la manifestazione della volontà e l'applicazione della tecnica deve intercorrere un termine non inferiore a sette giorni. La volontà può essere revocata da ciascuno dei soggetti indicati dal presente comma fino al momento della fecondazione dell'ovulo.

4. Fatti salvi i requisiti previsti dalla presente legge: il medico responsabile della struttura può decidere di non procedere alla procreazione medicalmente assistita, esclusivamente per motivi di ordine medico-sanitario, in tale caso deve fornire alla coppia motivazione scritta di tale decisione.

5. Ai richiedenti, al momento di accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita, devono essere esplicitate con chiarezza e mediante sottoscrizione le conseguenze giuridiche di cui all'articolo 8 e all'articolo 9 della presente legge.

ATTIVITÀ DI CONSULENZA E SOSTEGNO RIVOLTA ALLA COPPIA

L'attività di consulenza è un processo di comunicazione, riconosciuto di grande beneficio, correlato ad ogni tipo di trattamento offerto.

Ogni centro di PMA dovrà prevedere la possibilità di consulenza alla coppia.

L'attività di consulenza deve essere resa accessibile, quindi, in tutte le fasi dell'approccio diagnostico-terapeutico dell'infertilità ed, eventualmente, anche dopo che il processo di trattamento è stato completato.

Tutti i centri debbono garantire che la consulenza sia offerta ai soggetti prima di iniziare le singole procedure diagnostiche. In tale occasione alle coppie devono essere forniti gli elementi utili a maturare una accettazione consapevole della tecnica proposta.

In particolare devono essere illustrati:

1. la possibilità di ricorrere agli strumenti offerti dalla legge 4 maggio 1983, n. 184 in tema di affidamento ed adozione, come alternativa alla procreazione medicalmente assistita;

2. la disciplina giuridica della procreazione medicalmente assistita (ivi comprendendo anche i divieti, le sanzioni, le tutele e le conseguenze giuridiche per l'uomo, per la donna e per il nascituro di cui agli articoli 8 e 9 della legge 19 febbraio 2004, n. 40);

3. le problematiche bioetiche;

4. le diverse tecniche impiegabili e le procedure/fasi operative di ciascuna tecnica, con particolare riguardo alla loro invasività, nel rispetto dei principi etici della coppia e in osservanza della legge 40/2004;

5. l'impegno dovuto dai richiedenti (ivi comprendendo anche i tempi di rea-

lizzazione, l'eventuale terapia farmacologica da seguire, gli accertamenti strumentali e di laboratorio da esperire, le visite ambulatoriali ed i ricoveri, anche in day hospital, da effettuare);

6. gli effetti indesiderati o collaterali relativi ai trattamenti;

7. le probabilità di successo delle diverse tecniche;

8. i rischi per la madre e per il/i nascituro/i, accertati o possibili, quali evidenziabili dalla letteratura scientifica;

9. gli aspetti psicologici relativi ai singoli richiedenti, alla coppia e al nuovo nato;

10. la possibilità di crioconservazione dei gameti maschili e femminili;

11. la possibilità di revoca del consenso da parte dei richiedenti fino al mo-

mento della fecondazione dell'ovulo;

12. la possibilità da parte del medico responsabile della struttura di non procedere alla procreazione medicalmente assistita esclusivamente per motivi di ordine medico-sanitario motivati in forma scritta;

13. la possibilità di crioconservazione degli embrioni nei casi conformi a quanto disposto dall'articolo 14 della legge 40/2004;

14. i costi economici totali derivanti dalla procedura adottata.

A volte la consulenza è in grado di aiutare alcuni pazienti ad accettare il fallimento del trattamento e ad accettare l'idea di non avere bambini. È inoltre fondamentale anche quando si instaura una gravidanza come esito di un trattamento.



Per gentile concessione Aboca Museum

I centri debbono assicurarsi che i soggetti siano consapevoli che l'offerta della consulenza viene fatta di routine.

L'offerta dell'attività di consulenza e sostegno deve includere l'informazione scritta di chi la offre.

L'attività di consulenza, a seconda delle situazioni, può essere:

1. decisionale il cui scopo fondamentale è di consentire ai soggetti di comprendere e riflettere, nel corso della proposta di trattamento che li riguarda, sulle implicazioni che questo potrebbe avere per loro, per le loro famiglie e sugli eventuali figli nati come risultato del trattamento.

Questo tipo di consulenza dovrà essere disponibile prima di intraprendere ogni tipo di trattamento o di decisione.

L'operatore che offrirà la consulenza dovrà discutere con tutti i soggetti coinvolti le implicazioni del trattamento:

- per se stessi;
- per i propri familiari inclusi figli già esistenti o figli futuri, e per la società;
- per ogni figlio o figli che verranno;

2. di sostegno che deve supportare le coppie in momenti di stress e difficoltà. Questo può accadere in ogni momento, prima, durante e dopo l'esecuzione del trattamento. I centri debbono fare ogni sforzo possibile per offrire supporto a qualsiasi soggetto coinvolto nel trattamento e che richieda aiuto, come ad esempio:

- individui che non possono accedere alle terapie;
- individui che hanno difficoltà ad affrontare un determinato ciclo di trattamento;
- individui nei quali il trattamento è fallito;

3. genetica nella previsione di rischio di anomalie genetiche trasmissibili;

4. terapeutica che deve riuscire ad assistere i soggetti che ne abbiano bisogno nello sviluppare strategie che consentano loro di far fronte alle conseguenze dei trattamenti per l'infertilità sia a breve che a lungo termine. Essa include l'aiutare i soggetti a moderare le loro aspettative e ad accettare la realtà di particolari situazioni.

I centri devono invitare coloro che si sottoporranno ai trattamenti a considerare:

- a) la loro attitudine rispetto alla propria infertilità o a quella del partner;
- b) la possibilità che il trattamento fallisca.

L'attività di consulenza decisionale e di sostegno potrà essere svolta dai medici della struttura autorizzata mentre l'attività di consulenza genetica e terapeutica potrà essere svolta da specialisti del settore.

L'offerta dell'attività di consulenza ad una coppia va sempre registrata nella cartella clinica sia che la coppia accetti l'attività di consulenza sia che la rifiuti.

LINEE GUIDA

(Articolo 7, Legge 40/2004)

1. Il Ministro della Salute, avvalendosi dell'Istituto Superiore di Sanità, e previo parere del Consiglio Superiore di Sanità, definisce, con proprio decreto, da emanare entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, linee guida contenenti indicazione delle procedure e delle tecniche di procreazione medicalmente assistita.

2. Le linee guida di cui al comma 1 sono vincolanti per tutte le strutture autorizzate.

3. Le linee guida sono aggiornate periodicamente, almeno ogni tre anni, in rapporto all'evoluzione tecnico-scientifica, con le medesime procedure di cui al comma 1.

PROCEDURE E TECNICHE DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

Per tecniche di procreazione medicalmente assistita si intendono tutti quei procedimenti che comportano il trattamento di ovociti umani, di spermatozoi o embrioni nell'ambito di un progetto finalizzato a realizzare una gravidanza. Questi procedimenti includono: la inseminazione omologa, la fecondazione in vitro ed il trasferimento embrionale, il trasferimento intratubarico dei gameti, il trasferimento intratubarico degli zigoti, il trasferimento intratubarico degli embrioni, la crioconservazione dei gameti e degli embrioni. Queste tecniche sono attualmente rappresentate da una gamma di opzioni terapeutiche a diverso grado di invasività sia tecnica che psicologica sulla coppia. La suddivisione qui riportata in Tecniche di I, II e III livello è stata effettuata tenendo conto della loro complessità e del grado di invasività tecnica.

Il principio seguito nella stesura di queste linee guida è quello di utilizzare in prima istanza le opzioni terapeutiche più semplici, meno invasive e meno onerose, tenendo in debito conto l'età della donna.

Tecniche di I Livello:

– inseminazione sopracervicale in ciclo naturale eseguita utilizzando tecniche di preparazione del liquido seminate;

– induzione dell'ovulazione multipla associata ad inseminazione sopracervicale eseguita utilizzando tecniche di preparazione del liquido seminale;

– eventuale crioconservazione dei gameti maschili.

Tecniche di II Livello

(procedure eseguibili in anestesia locale e/o sedazione profonda):

– fecondazione in vitro e trasferimento dell'embrione (FIVET);

– iniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo (ICSI);

– prelievo testicolare dei gameti (prelievo percutaneo o biopsia testicolare);

– eventuale crioconservazione di gameti maschili e femminili ed embrioni (nei limiti delle normative vigenti);

– trasferimento intratubarico dei gameti maschili e femminili (GIFT), zigoti (ZIFT) o embrioni (TET) per via transvaginale ecoguidata o isteroscopica.

Tecniche di III Livello

(procedure che necessitano di anestesia generale con intubazione):

– prelievo microchirurgico di gameti dal testicolo;

– prelievo degli ovociti per via laparoscopica;

– trasferimento intratubarico dei gameti maschili e femminili (GIFT), zigoti (ZIFT) o embrioni (TET) per via laparoscopica.

I) INSEMINAZIONE CON O SENZA INDUZIONE MULTIPLA DELL'OVULAZIONE

Vengono in questa sede prese in considerazione le inseminazioni sopracervicali che consistono nell'introdu-

zione degli spermatozoi in utero (IUI), in peritoneo (IPI), oppure mediante perfusione tubarica (FSP). In questi tipi di inseminazione è necessaria idonea preparazione del campione seminale.

Indicazioni

1. sterilità inspiegata;
2. infertilità maschile di grado lieve-moderato;
3. endometriosi I-II stadio e casi selezionati di III-IV stadio della classificazione American Fertility Society (AFS) in particolare dopo intervento chirurgico;

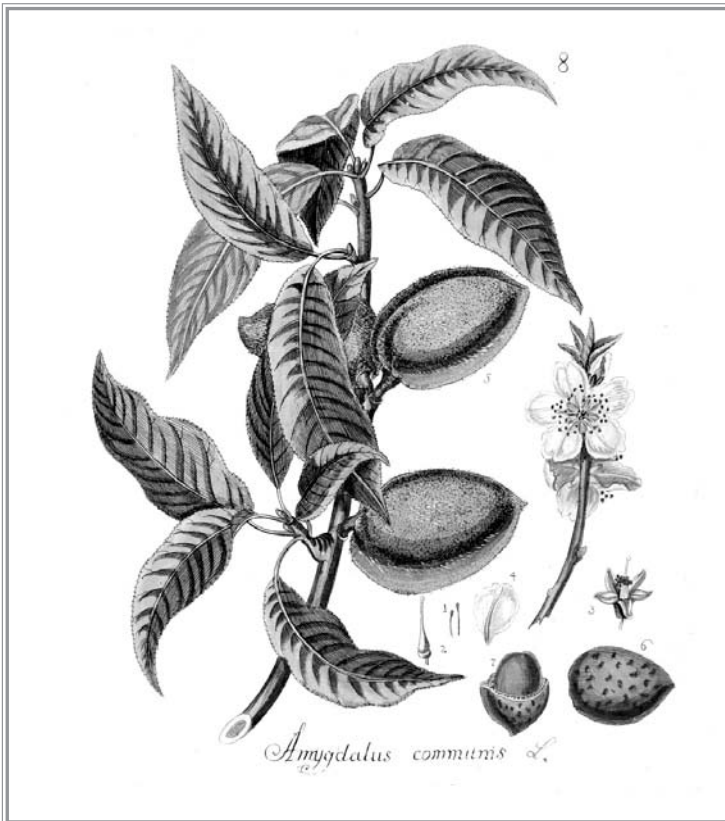
4. ripetuti insuccessi di induzione della gravidanza con stimolazione dell'ovulazione e rapporti mirati;

5. patologie sessuali e coitali che non hanno trovato giovamento dall'inseminazione intracervicale semplice;

6. fattore cervicale.

In caso di induzione della crescita follicolare multipla:

– è obbligatorio un monitoraggio ecografico e/o ormonale al fine di ridurre il rischio di gravidanze multiple e di sindrome dell'iperstimolazione ovarica severa;



Per gentile concessione Aboca Museum

- alle coppie con un problema di infertilità maschile lieve, sterilità inspiegata o endometriosi minima o moderata possono essere offerti fino a sei cicli monitorizzati di inseminazioni intrauterine perché questo protocollo aumenta le possibilità di ottenere una gravidanza.

Procedure metodiche che prevedono una serie di azioni con questa sequenza:

1. ciclo spontaneo o con induzione farmacologica dell'ovulazione;

2. monitoraggio ecografico e/o ormonale della crescita follicolare;

3. preparazione del campione seminale osservando le seguenti indicazioni:

a) deve essere registrato su una scheda apposita:

- nome, cognome, data di nascita della partner femminile;
- nome, cognome, data di nascita del partner maschile;
- il, periodo di astinenza osservato;
- il momento ed il luogo della raccolta (con particolare riguardo per quei campioni che non vengono raccolti direttamente nel centro);
- il tempo intercorso fra la raccolta e la preparazione del campione;

b) tutti i contenitori devono riportare i dati identificativi del soggetto interessato (nome, cognome, data di nascita), prima che il campione venga prodotto, con in più i dati della partner;

c) per i campioni seminali prodotti fuori dal centro i dati identificativi devono essere apposti sul contenitore dal soggetto interessato il quale deve fornire autocertificazione della conse-

gna del proprio campione di liquido seminale controfirmata dall'operatore che accetta il campione;

d) debbono essere, inoltre, registrati: i parametri del liquido seminale, il metodo di preparazione del campione includendo in dettaglio ogni eventuale variazione dal protocollo standard di laboratorio, i parametri del liquido seminale post-preparazione;

4. introduzione degli spermatozoi nella cavità uterina.

II) FECONDAZIONE IN VITRO E TRASFERIMENTO DELL'EMBRIONE (FIVET)

Indicazioni

1. fattore tubo-peritoneale: patologia tubarica acquisita o congenita (precedente gravidanza ectopica, precedenti aborti tubarici, anamnesi positiva per flogosi pelvica, interventi chirurgici sulla pelvi);

2. infertilità maschile di grado moderato: quando il trattamento medico-chirurgico o inseminazioni intrauterine non hanno dato risultati o sono stati giudicati non appropriati;

3. endometriosi di III o IV grado;

4. endometriosi se la chirurgia o le inseminazioni intrauterine non hanno dato risultati o sono state giudicate non appropriate;

5. infertilità inspiegata se il trattamento precedente (es: cicli di inseminazione) non ha dato risultati o è stato giudicato non appropriato;

6. seme crioconservato in relazione

alla qualità seminale successiva allo scongelamento;

– fallimento dell'iter terapeutico a bassa tecnologia.

Procedure metodiche che prevedono una serie di azioni con questa sequenza:

1. in ciclo spontaneo o con induzione della crescita follicolare e maturazione di più ovociti mediante la somministrazione di farmaci induttori dell'ovulazione;
2. controllo della risposta ovarica a tale terapia mediante monitoraggio ecografico e/o dosaggio di estradiolo;
3. prelievo degli ovociti per via transvaginale, sotto controllo ecografico, in anestesia locale e/o sedazione profonda;
4. preparazione del campione di liquido seminale;
5. scelta degli ovociti;
6. unione e coltura extracorporea dei gameti (ovociti e spermatozoi);
7. verifica dell'avvenuta fecondazione di ciascun ovocita;
8. trasferimento in utero degli embrioni.

III) MICROINIEZIONE INTRACITOPLOSMATICA DELLO SPERMATOZOO (ICSI)

Indicazioni

1. infertilità maschile di grado severo;
2. azoospermia ostruttiva e secretiva

(spermatozoi testicolari o epididimari);

3. mancata o ridotta fertilizzazione in precedenti cicli di fertilizzazione in vitro (FIV);

4. ovociti scongelati;

5. ridotto numero di ovociti;

6. seme crioconservato in relazione alla qualità seminale successiva allo scongelamento.

Procedure

1. in ciclo spontaneo o con induzione della crescita follicolare e maturazione di più ovociti mediante la somministrazione di farmaci induttori dell'ovulazione;
2. controllo della risposta ovarica a tale terapia mediante monitoraggio ecografico e/o dosaggio di estradiolo;
3. prelievo degli ovociti per via transvaginale, sotto controllo ecografico, in anestesia locale e/o sedazione profonda;
4. preparazione del campione di liquido seminale;
5. le tecniche utilizzate per il prelievo, in caso di azoospermia, sono: Aspirazione Percutanea di Spermatozoi per via Testicolare (TESA), Estrazione di Spermatozoi per via Testicolare (TESE), Aspirazione Microchirurgica di Spermatozoi dall'Epididimo (MESA), Aspirazione Percutanea di Spermatozoi dall'Epididimo (PESA);
6. rimozione del complesso cumulo-corona;
7. inseminazione di ovociti mediante

tecnica di microiniezione intracitoplasmatica di un singolo spermatozoo;

8. verifica dell'avvenuta fecondazione di ciascun ovocita;

9. trasferimento in utero degli embrioni.

Al fine di consentire alle coppie che si sottoporranno alla ICSI l'espressione consapevole della loro volontà all'esecuzione della tecnica, si raccomanda:

a) nei casi in cui sia presente o sia sospettato uno specifico difetto genetico che si associa con infertilità maschile, ad esempio agenesia congenita mono o bilaterale dei vasi deferenti (CBAVD), deve essere predi-

sposta una consulenza genetica e condotta una serie di indagini specifiche;

b) nei casi in cui l'indicazione alla ICSI sia costituita da un deficit qualitativo grave del liquido seminale o da una azoospermia non ostruttiva deve essere effettuato un cariotipo del partner maschile;

c) i test per l'accertamento di microdelezioni del cromosoma Y devono essere richiesti in casi selezionati caratterizzati da azoospermia o grave oligospermia (<5 mil/ml).

Le coppie, inoltre, devono essere informate:



Per gentile concessione Aboca Museum

– che non si dispone, al momento, di dati di follow-up a lungo termine della salute dei bambini. Inoltre, alcuni dati della letteratura riportano la presenza di una maggiore percentuale di anomalie cromosomiche ed epigenetiche rispetto ai concepimenti naturali. È ancora controverso se l'aumento di tali anomalie sia legato alla tecnica o alla alterata qualità del liquido seminale paterno.

– del fatto che la ICSI aumenta le possibilità di fecondazione rispetto alla sola IVF ma una volta avvenuta la fecondazione le percentuali di gravidanza ottenute con le due tecniche sono le stesse.

I prelievi chirurgici degli spermatozoi possono avvenire mediante varie tecniche a seconda della situazione clinica del soggetto. In ogni caso nel centro dovranno essere presenti gli strumenti tecnologici per garantire la possibilità di congelare gli spermatozoi o di eseguire un prelievo testicolare.

IV) TRASFERIMENTO INTRATUBARICO DI GAMETI O EMBRIONI

Trasferimento intratubarico di gameti (GIFT) prevede:

– prelievo degli oociti per via transvaginale ecoguidata o per via laparoscopica;

– trasferimento intratubarico dei gameti maschili e femminili per via laparoscopica o transvaginale (ecoguidata o isteroscopica).

La tecnica è stata utilizzata per le stesse indicazioni previste per le metodiche a bassa tecnologia (e richiede la normalità morfo-funzionale di almeno una tuba).

La GIFT è un protocollo efficace in coppie con infertilità *sine causa*.

Va accolta l'opzione preferenziale della donna per la GIFT, anche laparoscopica, ove tale opzione sia motivata dal desiderio di evitare una fecondazione extracorporea.

Trasferimento intratubarico di zigoti od embrioni (ZIFT - TET) prevede:

– prelievo degli ovociti per via transvaginale ecoguidata;

– fecondazione in vitro degli ovociti;

– trasferimento intratubarico degli zigoti o degli embrioni per via laparoscopica o transvaginale (ecoguidata o isteroscopica).

Non esistono studi prospettici randomizzati che dimostrino una migliore efficacia del trasferimento intratubarico di zigoti od embrioni rispetto al loro trasferimento in utero.

V) PRELIEVO DI GAMETI DAL TESTICOLO

È compito dello specialista andrologo, o urologo con competenze andrologiche, valutare l'opportunità o meno di un trattamento specifico medico oppure chirurgico/endoscopico disostruttivo o di ricanalizzazione delle vie seminali o di correzione della patologia genitale in atto e di scegliere la tecnica di recupero di spermatozoi più appropriata stabilendo quale sia la soluzione terapeutica più efficace, conveniente e meglio accettata dall'uomo e dalla coppia.

Il prelievo dei gameti maschili può essere praticato con metodiche diverse in relazione alle cause di sterilità maschile:

- patologie eiaculatorie;
- azoospermie ostruttive;
- dispermie secretorie (lievi-medie-gravi).

Le tecniche utilizzate in relazione a tali patologie potranno essere:

- prelievo urinario post-coitum (eiaculazione retrograda);
- prelievo transuretrale dopo elettrostimolazione e massaggio prostatico (aneiaculazione);
- raccolta dell'eiaculato, prelievo testicolare, epididimale, deferenziale, vescicolare con tecnica chirurgica, microchirurgica, percutanea.

MISURE DI TUTELA DELL'EMBRIONE

SPERIMENTAZIONE SUGLI EMBRIONI UMANI (Articolo 13, Legge 40/2004)

1. È vietata qualsiasi sperimentazione su ciascun embrione umano.

2. La ricerca clinica e sperimentale su ciascun embrione umano è consentita a condizione che si perseguano finalità esclusivamente terapeutiche e diagnostiche ad essa collegate volte alla tutela della salute e allo sviluppo dell'embrione stesso, e qualora non siano disponibili metodologie alternative.

3. Sono, comunque, vietati:

a) la produzione di embrioni umani a fini di ricerca o di sperimentazione o comunque a fini diversi da quello previsto dalla presente legge;

b) ogni forma di selezione a scopo eugenetico degli embrioni e dei gameti ovvero interventi che, attraverso tecniche di selezione, di manipolazione o comunque tramite procedimenti artificiali, siano diretti ad alterare il patrimonio genetico dell'embrione o del

gamete ovvero a predeterminarne caratteristiche genetiche, ad eccezione degli interventi aventi finalità diagnostiche e terapeutiche, di cui al comma 2 del presente articolo;

c) interventi di clonazione mediante trasferimento di nucleo o di scissione precoce dell'embrione o di ectogenesi sia a fini procreativi sia di ricerca;

d) la fecondazione di un gamete umano con un gamete di specie diversa e la produzione di ibridi o di chimere ... (*omissis*)

È proibita ogni diagnosi preimpianto a finalità eugenetica.

Ogni indagine relativa allo stato di salute degli embrioni creati in vitro, ai sensi dell'articolo 14, comma 5, dovrà essere di tipo osservazionale.

Qualora dall'indagine vengano evidenziate gravi anomalie irreversibili dello sviluppo di un embrione, il medico responsabile della struttura ne informa la coppia ai sensi dell'art. 14, comma 5.

Ove in tal caso il trasferimento dell'embrione, non coercibile, non risulti attuato, la coltura in vitro del medesimo deve essere mantenuta fino al suo estinguersi.

LIMITI ALL'APPLICAZIONE DELLE TECNICHE SUGLI EMBRIONI (Articolo 14, Legge 40/2004)

1. È vietata la crioconservazione e la soppressione di embrioni, fermo restando quanto previsto dalla legge 22 maggio 1978, n. 194.

2. Le tecniche di produzione degli embrioni, tenuto conto dell'evoluzione tecnico-scientifica e di quanto previsto dall'articolo 7, comma 3, non devono creare un numero di embrioni superiore a quello strettamente necessario ad un

unico e contemporaneo impianto, comunque non superiore a tre.

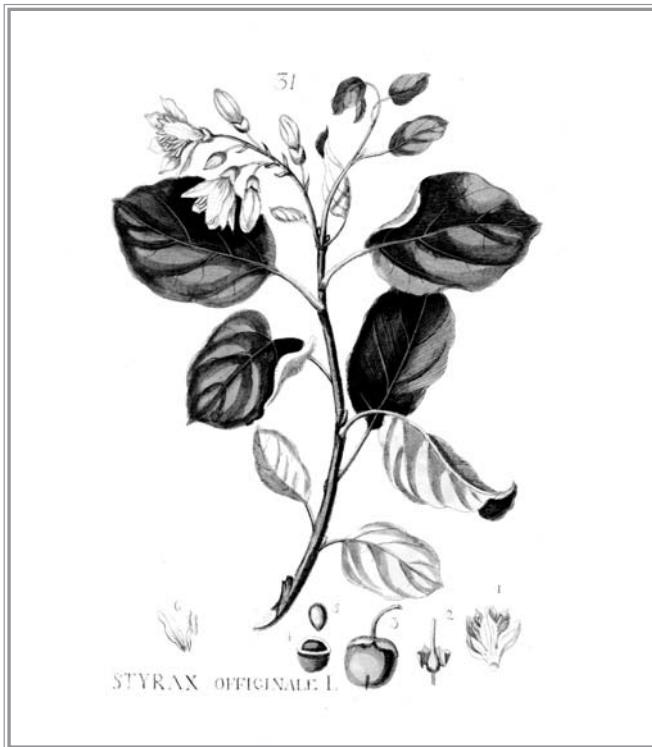
3. Qualora il trasferimento nell'utero degli embrioni non risulti possibile per grave e documentata causa di forza maggiore relativa allo stato di salute della donna non prevedibile al momento della fecondazione è consentita, la crioconservazione degli embrioni stessi fino alla data del trasferimento, da realizzare non appena possibile. (*omissis*)

5. I soggetti di cui all'articolo 5 sono informati sul numero e, su loro richiesta sullo stato di salute degli embrioni prodotti e da trasferire nell'utero. (*omissis*)
(*omissis*)

8. È consentita la crioconservazione dei gameti maschile e femminile, previo consenso informato e scritto. (*omissis*)

Qualora il trasferimento nell'utero degli embrioni non risulti possibile per cause di forza maggiore relative allo stato di salute della donna non prevedibili al momento della fecondazione e, comunque, un trasferimento non risulti attuato, ciascun embrione non trasferito dovrà essere crioconservato in attesa dell'impianto che dovrà avvenire prima possibile.

Qualsiasi embrione che non sia trasferito in utero verrà congelato con onere a carico del centro di procreazione medicalmente assistita in attesa del futuro impianto.



Per gentile concessione Aboca Museum

CRIOPRESERVAZIONE DI GAMETI CRIOPRESERVAZIONE DEGLI EMBRIONI

(Art. 14, comma 3)

Strutture di laboratorio e sicurezza

1. tutti i centri di procreazione medicalmente assistita che effettuano tecniche di fecondazione in vitro debbono dotarsi di attrezzature adeguate per la crioconservazione dei gameti e degli embrioni. Gli embrioni devono essere conservati in contenitori criogenici dedicati.

2. gli ambienti per la criopreservazione dei gameti e degli embrioni devono presentare adeguate caratteristiche strutturali e di sicurezza ed essere dedicati a svolgere tale specifica attività;

3. devono essere presenti in tutti i centri appropriate misure di sicurezza in caso di rottura o malfunzionamento dei contenitori criogenici e dei sistemi di conservazione;

4. devono essere presenti procedure operative scritte per ogni fase di utilizzo delle paillettes e delle provette per minimizzare i rischi di contaminazione o di perdita di materiale dei campioni da criopreservare;

5. devono essere presenti procedure operative scritte anche per tutti i passaggi seguenti:

- a) qualificazione del personale;
- b) pulizia e manutenzione dei contenitori criogenici;
- c) riempimento dei contenitori criogenici;
- d) controllo dell'accesso ai contenitori criogenici;
- e) congelamento e scongelamento;
- f) localizzazione dei campioni e durata della conservazione;
- g) trasporto di campioni contaminati;

6. l'accesso all'area di conservazione dei gameti e degli embrioni deve essere consentito solamente a personale formalmente autorizzato a svolgere tale lavoro. Nessuna altra persona può avere accesso ai gameti o agli embrioni;

7. la localizzazione dei gameti e degli embrioni deve essere accuratamente registrata onde ridurre il tempo necessario per la loro manipolazione durante le fasi di inserimento ed estrazione dai contenitori criogenici. Ogni fase di manipolazione dei gameti e degli embrioni deve essere registrata;

8. la struttura deve disporre di un sistema di monitoraggio per assicurare elevati standard di sicurezza durante la manipolazione e la conservazione dei gameti e degli embrioni;

9. la struttura deve disporre di un sistema di monitoraggio degli errori, delle non conformità e degli eventi avversi occorsi nei soggetti che hanno usufruito dei servizi relativi alla fecondazione medicalmente assistita.

Identificazione

1. i dati identificativi dei soggetti da cui provengono i gameti o da cui sono stati generati gli embrioni devono essere accuratamente registrati ed i campioni etichettati in modo da non consentire alterazioni non autorizzate o non riconoscibili;

2. i sistemi di registrazione devono consentire la rintracciabilità di ogni fase del trattamento degli ovociti, dei campioni di liquido seminale o degli embrioni da parte di un operatore autorizzato fin dalla data di raccolta.

Controllo della conservazione

1. almeno una volta l'anno deve essere:

- a) verificata la corrispondenza fra i dati riportati sulla modulistica e il materiale genetico conservato;
- b) verificato lo scopo e la durata della criopreservazione;
- c) individuate eventuali azioni necessarie;

2. la documentazione relativa ai gameti e agli embrioni criopreservati deve includere:

- a) il tipo e l'eventuale numero di lotto del crioprotettore usato;
- b) lo stadio dello sviluppo embrionario;
- c) il numero di embrioni contenuti in ogni paillette;
- d) il numero di ovociti contenuti in ogni paillette;
- e) la concentrazione di spermatozoi mobili contenuta in ogni paillette;
- f) il numero di paillettes conservate per ogni paziente;

3. la documentazione delle procedure di scongelamento degli ovociti e degli embrioni deve includere eventuali cambiamenti morfologici osservati durante lo scongelamento ed il periodo di tempo della coltura prima del trasferimento in utero;

4. le strutture che offrono il servizio di criopreservazione di gameti ed embrioni devono perseguire il mantenimento di un contatto con i soggetti cui appartengono i gameti e gli embrioni onde informarli dell'approssimarsi della data di scadenza della conservazione degli stessi. Tali soggetti devono essere adeguatamente informati per consentirgli di scegliere tra le opzioni disponibili;

5. in caso di chiusura o di mancato rinnovo dell'autorizzazione al centro, o di revoca da parte della Regione, il centro deve contattare i richiedenti la conservazione per decidere il destino dei gameti e degli embrioni conservati.

Contaminazione

1. i gameti e gli embrioni conservati devono essere tenuti lontani da materiale radioattivo e da ogni potenziale sorgente nota di infezione, contaminazione chimica o atmosferica;

2. i soggetti che usufruiscono dei servizi offerti nei programmi di fecondazione medicalmente assistita, fra cui la criopreservazione dei gameti e degli embrioni, devono essere analizzati per epatite B, epatite C ed HIV e il risultato deve essere adeguatamente protetto;

3. i campioni dei soggetti risultati negativi per epatite B, epatite C ed HIV devono essere conservati in contenitori criogenici differenti da quelli contenenti campioni positivi o di cui manca una documentazione di negatività. E campioni di cui manca una documentazione di negatività devono essere conservati in contenitori criogenici differenti da quelli contenenti campioni positivi per epatite B o per epatite C o per HIV. La struttura deve quindi disporre di più tipi di contenitori:

- a) per campioni negativi;
- b) per campioni in attesa di referto;
- c) per campioni positivi per le diverse patologie infettive (epatite B, epatite C o HIV).

Trasferimento di gameti ed embrioni fra centri

1. in caso di trasferimento di gameti o embrioni è responsabilità del centro ricevente accertare l'esistenza del consenso dei soggetti da cui provengono i gameti e da cui sono stati generati gli embrioni all'uso e alla conservazione dei gameti e degli embrioni trasferiti;

2. in occasione del trasferimento fra centri, devono essere messe in atto procedure per preservare la qualità e la sicurezza dei gameti e degli embrioni. I centri di conservazione, trattamento e ricerca devono garantire il corretto trasferimento dei gameti ed embrioni.

Crioconservazione degli embrioni: modalità e termini

Si dovranno considerare due diverse tipologie di embrioni crioconservati: la prima, quella degli embrioni che sono in attesa di un futuro impianto, compresi tutti quelli crioconservati prima dell'entrata in vigore della legge n. 40/2004, e la seconda, quella degli embrioni per i quali sia stato accertato lo stato di "abbandono". In entrambi i casi le spese da sostenere per il congelamento saranno a carico del Centro di procreazione medicalmente assistita. Si verificheranno condizioni diverse solo per la conservazione.

Per definire lo stato di abbandono di un embrione si deve verificare una delle seguenti condizioni:

a. il centro deve avere una rinuncia scritta al futuro impianto degli embrioni crioconservati da parte della coppia di genitori o della singola donna (nel caso di embrioni prodotti con seme di donatore e in assenza di partner maschile, prima della normativa attuale) oppure

b. il centro deve documentare i ripetuti tentativi eseguiti per almeno un anno di ricontattare la coppia o la donna in relazione agli embrioni crioconservati. Solo nel caso di reale, documentata impossibilità a rintracciare la coppia l'embrione potrà essere definito come abbandonato.

La donna ha sempre il diritto ad otte-

nere il trasferimento degli embrioni crioconservati.

Tutti gli embrioni che sono in attesa di un futuro impianto verranno congelati e crioconservati presso i centri dove le tecniche sono state effettuate e i relativi oneri sono carico dei medesimi centri. Gli embrioni che verranno definiti in stato di abbandono, saranno congelati e successivamente crioconservati in maniera centralizzata con oneri a carico dello Stato.

Per tutti gli embrioni al momento già crioconservati e per quelli che in eccezionali condizioni potrebbero essere conservati dall'entrata in vigore della presente legge ci si atterrà alle modalità di crioconservazione espresse nelle presenti linee guida.

INDICAZIONI PROCEDURALI

Accertamento dei requisiti per l'accesso alle tecniche

I requisiti previsti dal comma 3 dell'art. 12 vengono accertati dal medico che raccoglie l'autocertificazione dello stato di matrimonio o di convivenza della coppia.

Esami preconcezionali

I soggetti che si rivolgono ad un centro per un trattamento di procreazione medicalmente assistita devono aver effettuato gli accertamenti previsti dal D.M. 10/09/1998 in funzione preconcezionale per la donna, l'uomo e la coppia.

Screening per patologie infettive

Le coppie che si rivolgono ad un centro per un trattamento di procreazione medicalmente assistita devono aver effettuato lo screening per HIV (Human Immunodeficiency Virus), per epatite B (HBV) e per epatite C (HCV).

Comportamento da tenere in caso di presenza di patologia infettiva

Quando vi siano coppie positive per HIV, HBV o HCV che vogliono intraprendere un trattamento di fertilizzazione in vitro devono essere considerate le implicazioni di queste patologie infettive per i potenziali figli.

REGISTRAZIONE E MANTENIMENTO DEI DATI

(vedi prototipo allegato)

1. Per ogni coppia deve essere approntata una scheda clinica che contenga le generalità di entrambi i partners, il loro recapito ed in cui siano riportate:

- a. i dati anamnestici e clinici dei componenti la coppia;
- b. eventuali esami;
- c. la diagnosi;
- d. il trattamento con le prescrizioni terapeutiche e la descrizione della procedura eseguita;
- e. le eventuali tecniche di anestesia e/o sedazione e/o analgesia utilizzate;
- f. i nominativi del/degli operatori;
- g. il decorso clinico;
- h. eventuali complicanze;
- i. l'esito del trattamento.

2. Per ogni paziente deve essere approntata una scheda di laboratorio che contenga le generalità di entrambi i partners, il loro recapito ed in cui siano riportate:

- a. per le tecniche minori: le caratteristiche del liquido seminale prima e dopo la preparazione
- b. per le tecniche maggiori:
 - il numero di ovociti prelevato ed il loro grado di maturità;
 - le caratteristiche del liquido seminale prima e dopo la preparazione, nonché il metodo di preparazione del campione;

- il numero di ovociti inseminati;
- il numero di ovociti fertilizzati;
- il numero di embrioni prodotti e la loro descrizione morfologica;
- il numero di embrioni trasferiti;
- deve essere documentato lo stadio dello sviluppo embrionale;
- i dati riferiti all'embrione devono includere:
 - il numero del lotto e del mezzo utilizzato per il transfer;
 - il tempo intercorso fra pick-up oocitario e transfer;
 - il tempo intercorso fra l'inseminazione dell'ovocita ed il transfer;
 - il numero degli embrioni ed il loro stadio di sviluppo al momento del transfer;
 - il tipo di catetere utilizzato durante il transfer;
 - il numero di ovociti congelati;
 - l'eventuale numero di embrioni congelati;
 - la codifica utilizzata per l'identificazione degli ovociti congelati;
 - la codifica utilizzata per l'identificazione degli embrioni congelati;
 - la codifica per la corrispondenza alle cartelle cliniche.

3. La scheda clinica e la scheda di laboratorio debbono essere conservate dal centro;

4. In una relazione conclusiva, clinica e biologica, destinata al medico curante e consegnata all'utente al termine della prestazione, devono essere indicati:

- la procedura impiegata ed i dettagli della stessa;
- il monitoraggio endocrino/ecografico;
- i dati di laboratorio;
- eventuali farmaci utilizzati nel pick-up;
- il risultato ottenuto;
- ogni indicazione terapeutica utile al curante per il periodo successivo alla procedura effettuata.

REGISTRAZIONE E MANTENIMENTO DEI DATI

Bozza di Scheda

Scheda clinica

Codice centro.....

Codice identificativo

Coppia.....

Scheda anagrafica

Paziente

Nome e cognome

Data di nascita

Regione di nascita e provincia

Regione di residenza e provincia

Indirizzo

Stato civile

Titolo di studio

Professione

Partner

Nome e cognome

Data di nascita

Indirizzo

Stato civile

Titolo di studio

Professione

Scheda Anamnestica - Clinica

Paziente

Anamnesi generale

Anamnesi riproduttiva

Esami

Diagnosi

Partner

Anamnesi generale

Anamnesi riproduttiva

Esami

Diagnosi

Trattamento - Prescrizioni terapeutiche - Descrizione procedure eseguite

Paziente

.....

Partner

.....

Anestesia - Sedazione - Analgesia

Paziente

.....

Partner

.....

Nominativi operatori

.....

Decorso clinico - Eventuali complicanze - Esito

.....

Data

Firma del compilatore

Scheda di Laboratorio

Generalità

Paziente

Nome e cognome

Data di nascita

Regione di nascita e provincia

Regione di residenza e provincia

Tecniche minori

Partner

Nome e cognome

Data di nascita

Partner

Caratteristiche del liquido seminale (prima e dopo la preparazione)

.....

.....

Tecniche maggiori

Paziente

Numero di ovociti prelevato e grado di maturità

.....

Numero di ovociti inseminati

Numero di ovociti fertilizzati

Numero di embrioni prodotti e loro descrizione morfologica

.....

Numero di embrioni trasferiti

Documentazione stadio sviluppo embrionale

I dati riferiti all'embrione devono includere

- Numero del lotto e del mezzo utilizzato per il transfer:

Lotto N°

Mezzo:

- Tempo intercorso fra prelievo ovocitario e il transfer

- Tempo intercorso fra l'inseminazione dell'ovocita e il transfer

.....

- Numero degli embrioni e loro stadio di sviluppo al momento del transfer

.....

.....

- Tipo di catetere utilizzato al momento del transfer

.....

Numero di ovociti congelati

Eventuale numero di embrioni congelati

Codifica utilizzata per l'identificazione degli ovociti congelati
.....

Codifica utilizzata per l'identificazione degli embrioni congelati
.....

Codifica per la corrispondenza delle cartelle cliniche

Partner

Caratteristiche del liquido seminale (prima e dopo la preparazione).
.....

Data

Firma del compilatore



Per gentile concessione Aboca Museum

Massima:

In caso di pubblicità realizzata da terzi, al fine di affermare la responsabilità diretta e personale del sanitario, è necessario che sia accertato il concorso o la cooperazione nella realizzazione della pubblicità stessa. Il profilo della cooperazione sub specie di omessa vigilanza, può essere affermato solo in presenza di un obbligo giuridico nascente dai rapporti tra professionista e ditta esterna, rendendo sempre necessarie, opportune indagini in tal senso (a cura di Dirittosanitario.Net).

SENTENZA 5 agosto 2004, n. 15011
Depositato in cancelleria
il 5 agosto 2004

Svolgimento del processo

Con delibera del 24.8.1995 l'Ordine dei medici chirurghi ed odontoiatri della Provincia di Novara ritenne il Dott. ... responsabile dell'illecito disciplinare di pubblicità sanitaria non autorizzata e non corretta, e gli inflisse la sanzione della sospensione dall'esercizio professionale per la durata di sei mesi.

In parziale riforma di tale decisione, impugnata dall'interessato, con la pronuncia, ora gravata, la Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie ha ridotto ad un mese la durata della sospensione, motivando come segue: era provata l'esistenza e la distribuzione al pubblico, negli stand espositivi della fiera di Legnano, di materiale di pubblicità sanitaria in violazione della legge n. 175/92 e del codice deontologico, ed era altresì provata, per ammissione dell'incolpato, la sua collaborazione con le due ditte che avevano realizzato la pubblicità; non era invece provata la diretta e personale responsabilità dello stesso nella realizzazione dell'illecito, talché appariva

eccessiva la durata della sanzione irrogatagli dall'organo disciplinare locale; il sanitario era tenuto a vigilare e controllare l'attività pubblicitaria delle imprese commerciali con le quali collaborava. Per la Cassazione di tale decisione il ... ha proposto ricorso, affidato a tre motivi. Gli intimati non hanno svolto attività difensiva.

Motivi della decisione

Con i tre motivi del ricorso – strettamente connessi e, pertanto, da esaminare congiuntamente – il ricorrente deduce, con riferimento all'art. 360 nn. 3 e 5 c.p.c., la violazione degli artt. 27 cost., 42 e 43 c.p., 3 legge n. 175/99, 53-57 regole deontologiche, 115 e 116 c.p.c., 3 legge n. 42 del 1999 e 14 preleggi, nonché vizi di motivazione, ed afferma: la decisione impugnata, pur avendo affermato che non era provata la diretta e personale responsabilità di esso ricorrente nella realizzazione del fatto illecito, nondimeno, e contraddittorialmente ne ha confermato la responsabilità, pur riducendo la durata della sanzione; egli aveva ammesso di aver partecipato all'inaugurazione del Centro studi dimensione corpo di Cittiglio e di aver parlato, in tale occasione, di una possibile collaborazione, mai poi concretizzatasi, con le ditte pubblicitarie, senza, pertanto, ammettere la collaborazione con le stesse, ritenuta invece dalla decisione impugnata; egli non era pertanto tenuto a vigilare sulla condotta delle ditte predette.

Il ricorso è fondato.

Le decisioni della Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie sono impugnabili per cassazione – oltre che per motivi di giurisdizione ai sensi dell'art. 362 primo comma c.p.c. – altresì e solo per violazione di legge ai sensi del penultimo comma dell'art. 111 cost., talché il vizio di motivazione è deducibile solo quando esso si tradu-

ca in violazione di legge, il che si verifica in caso di motivazione mancante o che presenti intrinseci vizi logici (Cass. nn. 14479/00 e 1951/03).

Nella specie, la decisione impugnata ha incensurabilmente accertato che la pubblicità fu realizzata da terzi (le ditte), talché in tanto essa avrebbe potuto confermare, come ha fatto, l'affermazione di responsabilità dell'incolpato, in quanto avesse accertato che egli aveva concorso o cooperato nella realizzazione della pubblicità.

Orbene, quanto al concorso, la motivazione è assolutamente contraddittoria, perché essa da un lato ha affermato che non era provata la diretta e personale responsabilità del ricorrente, e dall'altro si è limitata a ridurre la durata della sanzione. Quanto, poi, al profilo della cooperazione sub specie di omessa vigilanza, questa poteva essere affermata solo se fosse stato accertato un obbligo giuridico nascente dai rapporti tra professionista e ditte, obbligo che la Commissione centrale ha fatto derivare dal rapporto di collaborazione professionale avviato con

le imprese commerciali realizzatesi dell'attività pubblicitaria.

Sul punto, la motivazione è del tutto carente: nel ricorso alla predetta Commissione il ricorrente aveva infatti affermato di essere stato all'oscuro della pubblicità, precisando che essa aveva il fine di pubblicizzare i due centri ma non certamente i sanitari nominati, rilievi, questi, ai quali la Commissione centrale nulla ha opposto. Si impone, quindi la cassazione della decisione con rinvio alla stessa Commissione la quale riesaminerà il ricorso ad essa sottoposto attenendosi a quanto sopra osservato.

Ricorrono giusti motivi per compensare le spese del giudizio di Cassazione.

P.Q.M.

LA CORTE accoglie il ricorso, cassa la decisione impugnata, rinvia alla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie e compensa le spese del giudizio di Cassazione. Così deciso in Roma, nella Camera di consiglio della Corte, il 15 giugno 2004.



Per gentile concessione Aboca Museum

XIV CONGRESSO INTERNAZIONALE
DI RIABILITAZIONE SPORTIVA
E TRAUMATOLOGIA

La Riabilitazione Accelerata dello Sportivo Infortunato

9-10 Aprile 2005
Palazzo della Cultura dei Congressi
Bologna

→ Il tema della riabilitazione accelerata dello sportivo è di grande attualità e fonte di continui dibattiti. Esistono infatti delle situazioni nelle quali è possibile riabilitare un atleta in modo accelerato, ed altre nelle quali la riabilitazione deve procedere assai più lentamente.

Questo congresso è stato promosso dall'Education & Research Department Isokinetic, con lo scopo di fare il punto sulla riabilitazione accelerata, chiarendone le possibilità ed i limiti.

Il Congresso prevede sessioni plenarie e sessioni di comunicazioni libere orali e poster, nelle quali, chi lo desidera, potrà presentare le proprie esperienze e ricerche sul tema della riabilitazione accelerata. Le istruzioni per gli autori e tutte le altre informazioni di carattere generale sono disponibili sul sito internet www.isokinetic.com.

CKF**POLIAMBULATORIO PRIVATO**

CENTRO KINESI FISIOTERAPICO DI GIORNO s.a.s.

Direttore Sanitario: Dott. **LUCIO MARIA MANUELLI** - Medico Chirurgo Specialista in FISIOKINESITERAPIA - ORTOPEDICA e in ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA

• ONDE D'URTO • LASER NEODIMIO: YAG • LASER CO2 • TECAR • IPERTERMIA • MAGNETO T.E.N.S. • T.E.N.S. ACUSCOPE
• ELETTROSTIMOLAZIONI • ELETTROSTIMOLAZIONI COMPLEX • CORRENTI DIADINAMICHE • CORRENTI INTERFERENZIALI • CORRENTI FARADICHE • CORRENTI GALVANICHE • IDROGALVANO • IONOFRESI • INFRAROSSI • ULTRAVIOLETTI • ULTRASUONI • PARAFFINA • RADAR • MASSAGGIO • MASSAGGIO LINFODRENAGGIO MANUALE • TRAZIONI VERTEBRALI • KINESI • RIABILITAZIONE FUNZIONALE • RIEDUCAZIONE NEUROMOTORIA • RIABILITAZIONE RESPIRATORIA • MANIPOLAZIONI VERTEBRALI MANU MEDICA • R.P.G. RIEDUCAZIONE POSTURALE GLOBALE • ISOCINETICA • PALESTRA GENERALE

Autorizzazione Comune di Bologna P.G. 84545 del 21.05.2001

P.ZZA MARTIRI, 1/2 - 40121 BOLOGNA - ☎ 051 24 91 01 - 25.42.44 f.a. - Fax 051 42 29 343
e-mail: poliamb@ckf-digiorno.com - www.ckf-digiorno.com - Partita IVA 04141560377

CONVEGNO NAZIONALE S.U.S.O.
SINDACATO UNITARIO SPECILITÀ ORTODONZIA

La professione dello Ortodontista negli anni 2000

Bologna - Sabato 19/02/2005
Centro Congressi Hotel Savoia
Via S. Donato, 161 - Bologna

Con il patrocinio di Comune di Bologna
Ordine dei Medici Chirurghi e degli
Odontoiatri della Provincia di Bologna
PROGRAMMA

ore 08.30: Registrazione dei partecipanti
Ore 09.00: Apertura del Convegno e sa-
luto delle Autorità

Ore 09.30: I Sessione

L'Ortodonzia negli anni 2000

P. Picchioni (Vicepresidente Nazionale
S.U.S.O.)

Cosa riserva il futuro? Aspetti della pro-
fessione in ambito C.E.E. a confronto

P. Di Michele (Consigliere Nazionale
S.U.S.O.)

Assistenza Ortodontica e S.S.N.

Ore 11.00: II Sessione

L'organizzazione della professione

B. Marino (Consulente Fiscale S.U.S.O.)
Problematiche organizzative e fiscali nel-
la conduzione dello studio odontoiatrico

R. Longhin (Consulente legale S.U.S.O.)
Il rapporto di consulenza: aspetti e pro-
blematiche fiscali e medico legali

Ore 12.45: Colazione di lavoro

Ore 14.00: III Sessione

La qualità in Ortodonzia

A. Campo (Delegato Commissione So-
cietà Italiana di Ortodonzia alle linee guida)
Linee guida in Ortodonzia

U. D'Aloja (Libero professionista, Spe-
cialista in Ortognatodonzia)
Il "management" dello Studio Ortodontico

Ore 16.00: IV Sessione

Tavola rotonda

**Il futuro della professione: attività pri-
vata, convenzioni, accreditamento**
con il S.S.N.

Ore 17.30: Chiusura del Convegno

Segreteria organizzativa e iscrizioni
Segreteria Nazionale S.U.S.O.
Largo Re Umberto, 104 - 10128 Torino
Tel. 011 502820 - Fax 011 503153

L'evento è in corso di accreditamento
ECM

Corso Quadriennale di Agopuntura

Riservato ai laureati in Medicina e Chirurgia

Sedi

I corsi si svolgeranno mensilmente nei fine settimana da Dicembre a Giugno p.v. presso:

BOLOGNA: Policlinico S. Orsola

Inizio 11 dicembre 2004

NAPOLI: 2° Policlinico

Inizio 4 dicembre 2004

BARI: Rondò Residence

Inizio 29 gennaio 2005

Durata

Ciascun anno di corso prevede 90 ore di insegnamento a carattere teorico e pratico, più 30 ore di pratica clinica obbligatoria presso ambulatori tenuti da insegnanti della Scuola. Il passaggio all'anno successivo è subordinato al superamento di un esame.

Attestato finale

Al termine del quarto anno, dopo la discussione di una tesi, sarà rilasciato l'Attestato Italiano di Agopuntura della F.I.S.A. Tale attestato soddisfa i requisiti per l'iscrizione ai Registri degli Agopuntori istituiti presso gli Ordini dei Medici Chirurghi provinciali e al Registro dei Medici Agopuntori della F.I.S.A.

Attività e ricerca

L'attività didattica principale è svolta presso gli ambulatori della ASL di Bologna, nell'ambito di una Convenzione per un Progetto Formativo: Poliambulatorio

Montebello ASL per le patologie artroreumatiche; Poliambulatorio ASL Zanolini per le patologie ostetriche e ginecologiche; ambulatori d'insegnamento dei docenti della Scuola Matteo Ricci distribuiti sul territorio nazionale:

La Fondazione Matteo Ricci è lo sponsor della Ricerca a carattere nazionale sul "Trattamento dei disturbi della menopausa" che si svolge in 5 centri pubblici nazionali.

Pubblicazioni

La Fondazione pubblica la Rivista Italiana di Medicina Tradizionale Cinese e Testi Monografici di Medicina Tradizionale Cinese. Per abbonarsi rivolgersi a: tel. e fax 0733/816891 e mail: rivitmtc@tin.it

Aggiornamento

La Scuola Matteo Ricci offre l'opportunità di aggiornamento attraverso Seminari Clinici e Master di Agopuntura e soggiorni studio in Cina.

ECM

La Scuola Matteo Ricci è registrata presso il Ministero della Salute come Ente organizzatore di eventi formativi nell'ambito dell'Educazione Continua in Medicina (ECM). Gli eventi di Agopuntura sottoposti a valutazione hanno ottenuto l'assegnazione di crediti formativi da parte del Ministero, in base alla loro durata e alla loro qualità.

Il corpo docente è composto dai dottori: P. Bruno, F. Cardini, R. Crepaldi, E. De Giacomo, G. Di Concetto, F. Facchinetti, C. M. Giovanardi, G. Grillone, A. Matrà, A. Matteucci, G. Maciocia, U. Mazzanti, M. Muccioli, M. Piastrelloni, L. Pippa, M. Romoli, S. Sarafianos, C. Schiantarelli, L. Sotte, C. Ventura, M. Venturini.

Per informazioni, programmi e iscrizioni:

Via canova, 13 - 40138 Bologna

Tel. 051/531595 - Fax 051/6029371

**E mail. segreteria@fondazionericci.it
sito internet: www.fondazionericci.it**

SOCIETÀ ITALIANA DI RADIOLOGIA MEDICA

Corso Itinerante della Sezione di Radiologia Odonto- stomatologica e Capo-Collo della SIRM

14-15 gennaio 2005

**Dipartimento
di Scienze Odontostomatologiche
Aula Magna
Università degli Studi di Bologna**

Con il Patroinio di:

Università di Bologna

Facoltà di Medicina e Chirurgia
dell'Università degli Studi di Bologna

Corso di Laurea in Odontoiatria

Assessorato alla Sanità
del Comune di Bologna

Assessorato alla Sanità
della Regione Emilia Romagna

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e
Odontoiatri di Bologna

Azienda Ospedaliera di Bologna
Policlinico S. Orsola-Malpighi

Segreteria Scientifica

Prof. G. Ghigi

Dip. di Scienze Odontostomatologiche
tel. 051 278014

e.mail: gghigi@alma.unibo.it

Dott.ssa G. Savastio

U.O. Radiologia Dott. Barozzi

Sez. Nuove Patologie

Policlinico S. Orsola-Malpighi

tel. 051 6363283

e.mail:

savastio@orsola-malpighi.med.ubibo.it

Segreteria Organizzativa

OSC Bologna s.r.l.

Via S. Stefano, 6 - 40125 Bologna

tel. 051 224232 - fax 051 226855

e-mail: info@oscbologna.com

www.oscbologna.com

SNAMI

→ Carissimo Dottor Paci, ho ricevuto – come Presidente SNAMI e come Presidente dell’Ordine di Como – numerose telefonate di Colleghi sorpresi dall’aver ricevuto i bollettini di pagamento per l’ONAOSI.

A tutti ho contestato di aver dimenticato o non aver seguito le numerose comunicazioni che dalla promulgazione della Legge 289 del 2002 (art. 52 comma 23) avevano dato notizia della obbligatorietà della copertura previdenziale ONAOSI per tutti i Sanitari.

Ho naturalmente a tutti caldeggiato il versamento della quota perché conosco la qualità e la quantità dei provvedimenti assistenziali che a Perugia e in periferia l’ONAOSI eroga a tutti gli aventi diritto e poi perché, come Presidente di Ordine, troppe volte mi sono trovato in difficoltà davanti a vedove di Colleghi che non avevano sufficienti coperture previdenziali con figli minorenni da mantenere agli studi.

Ritengo peraltro che le quote 18 €, 36 €, 144 € siano veramente al di sopra di quanto si ritiene, da parte dei Colleghi, di poter versare. La quota, moltiplicata per il numero dei Medici italiani (340.000 circa) ha spaventato molti Colleghi che hanno chiesto di conoscere i programmi di investimento di una cifra così elevata.

La mancanza di informazione immediatamente precedente l’arrivo dei bollettini di pagamento ha provocato una vera e propria rivoluzione. Io non ricordo che siano state discusse le cifre succitate e non sono quindi stato in grado di giustificarle.

Ti sono molto grato se mi vorrai mandare una lettera in cui mi indichi esattamente la ratio della scelta delle cifre e soprattutto mi indichi quali potreb-

bero essere le destinazioni delle succitate cifre. Penso sarebbe opportuno rinviare i termini del pagamento – per chi ancora non li ha eseguiti – a dopo una informazione esaustiva sull’argomento. Gli organi rappresentativi dei Medici – a mio giudizio – Ordini, e Sindacati, dovrebbero poter intervenire in modo determinante. Un prossimo Consiglio Nazionale ONAOSI convocato insieme a un Consiglio Nazionale FNOMCeO con la rappresentanza dei Sindacati maggiormente rappresentativi potrebbe a mio giudizio essere la sede per decidere l’iter di questa nuova tassa.

Il Prof. Marco Perelli Ercolini, Responsabile Nazionale SNAMI per i rapporti con ENPAM e ONAOSI, mi ha anche inviato delle osservazioni – che ti trascivo – che condivido nella sostanza.

- 1) non sembra coerente stabilire l’età pensionabile a 67 anni, quando nell’attualità è fissata a 65 (anzi nelle norme generali della previdenza a 60 per le donne e 65 per gli uomini);
- 2) il contributo è richiesto – senza diritto a nessuna prestazione in caso di inabilità o indigenza – anche ai pensionati (tranne per coloro che abbiano versato per 30 anni il contributo): ogni contributo è finalizzato a una possibile prestazione e inoltre se di solidarietà (vedi contributo di maternità) cessa all’età pensionabile;
- 3) non è prevista la possibilità di adesione delle vedove/vi di sanitari non iscritti antecedentemente al 2003.

Resto in attesa di una Tua comunicazione ufficiale, che mi potrai inviare a Milano alla sede dello SNAMI e, se vuoi, anche all’Ordine dei Medici di Como.

Con la più viva cordialità.

Peppo Conti

ONAOSI, un'opera fondata sulla solidarietà fra medici, odontoiatri, farmacisti e veterinari a vantaggio dei "figli più sfortunati"

Migliaia di figli di sanitari non avrebbero potuto studiare e affermarsi nella vita se non ci fosse stata l'ONAOSI

→ Non permettiamo, né permetteremo mai a nessuno di speculare, per fini non certo nobili, su qualcosa che dovrebbe essere interesse di tutti tutelare. Gli attuali contributi, già alquanto conte-

nuti e ulteriormente abbattibili fiscalmente, grazie a una legge giusta che ha esteso l'obbligo di contribuzione non solo ai dipendenti ma a tutti i sanitari italiani, saranno ulteriormente ridotti per il quinquennio 2005-2009 come deliberato dal Consiglio d'Amministrazione dell'Onaosi nel giugno u.s. (vedi allegato).

Ci siamo permessi peraltro di suggerire al Presidente e al Consiglio d'Amministrazione dell'Onaosi, nell'intento di venire ulteriormente incontro ai giovani sanitari disoccupati o sottoccupati, di creare altre due fasce di contribuenti:

- € 1,00 (uno/00) al mese, per i contribuenti aventi un'età inferiore ai 33 anni e un reddito imponibile pro-capite annuo inferiore a € 10.000,00.
- € 2,00 (due/00) al mese, per i contribuenti aventi un'età inferiore ai 33 anni e un reddito imponibile pro-capite annuo inferiore a € 15.000,00.

Sono soprattutto i giovani che devono o dovrebbero avere le opportune "coperture" perché troppe volte purtroppo abbiamo dovuto constatare amaramente come, oltre alla tragedia di una morte precoce, si sia determinato anche il dramma di un orfano o di orfani a cui dover assicurare un futuro dignitoso in carenza di idonee risorse economiche.

FIMMG Web page 10/08/2004



OSPEDALE PRIVATO
SANTA VIOLA



Direttore Sanitario:

DOTT. GIUSEPPE GUERRA MEDICO CHIRURGO

Specialista in Igiene e Sanità Pubblica, Medicina Legale e delle Assicurazioni

STRUTTURA SANITARIA PER LUNGODEGENZE ACCREDITATA

Aut. San. PG 160609 del 07/10/2002

Via della Ferriera n. 10 • 40133 Bologna • Tel. 051 383824 • Fax 051 4141266

A Roma il 18 ottobre 2004, in occasione del 106° Congresso Nazionale della Società Italiana di Chirurgia, il dott. Maurizio Maggiorotti, presidente dell'AMAMI, ha partecipato alla conferenza stampa inaugurale. Durante tale evento, ha manifestato grande apprezzamento per le parole del dottor Carlo Nordico, magistrato, Presidente della Commissione Riforma Codice Penale, che si riportano nel suo testo integrale.

Nordico: L'eccesso di denunce è un rischio per il malato

→ Testo di Carlo Nordico

Negli ultimi due decenni, con una significativa accelerazione alla fine degli anni '90, si è diffuso il convincimento che la salute dei cittadini fosse meglio salvaguardata attraverso un progressivo controllo della magistratura sull'operato dei medici. Stimolata dai risultati, peraltro successivamente rivelatisi illusori, ottenuti nella lotta contro la corruzione, l'opinione pubblica ha auspicato l'intervento delle Procure per punire, e di conseguenza correggere, i casi di cosiddetta malasana.

Il risultato è stato duplice. Da un lato, una crescente severità dei giudici nei criteri di accertamento di responsabilità da "malpractice". Severità culminata nell'orientamento della Cassazione di ritenere provato il nesso causale per condotta

omissiva in presenza di una probabilità di guarigione anche del 30 per cento. Dall'altro, un aumento esponenziale di cause civili e di denunce penali; tutte, o quasi, ispirate da istanze risarcitorie e tendenti ad una vantaggiosa transazione, ancorché protette dalla vereconda motivazione dell'interesse del malato.

È stata, e continua ad essere, una strategia tanto miope quanto dannosa. Come spesso accade quando si mira a contingenti risultati immediati, trascurando una riflessione più profonda in una prospettiva più ampia, si sono prodotte conseguenze tanto perniciose quanto prevedibili a danno proprio di quelle categorie più deboli che si sarebbero dovute proteggere.

L'aumento del contenzioso, civile e penale, ha infatti spiegato i suoi effetti in due direzioni.

Primo – Ha attivato quella "medicina difensiva" che si traduce sia nella valanga di esami – inutili spesso, dannosi talvolta e costosi sempre – disposti a fini cautelativi, sia nel rifiuto di intervenire, in situazioni ad alto rischio, per evitare eventi astrattamente imputabili all'operatore.

Secondo – Ha intasato ospedali e laboratori, con liste di attesa insopportabili per chi necessita di accertamenti urgenti e magari vitali. Inconveniente rimediabile per il ricco, che può rivolgersi a strutture private, ma insostenibili per il cittadino normale, con disponibilità limitate.

Il progetto del nuovo codice penale mira a circoscrivere i casi di responsabilità medica definendo meglio, in termini generali, il nesso di causalità e, in termini specifici, il profilo della colpa. Ma nessun risultato concreto sarà possibile se non sarà attuata una completa e corretta informazione, volta a chiarire che la pressione esercitata dalla minaccia di interventi giudiziari, lungi dall'ispirare al medico una maggiore diligenza e una migliore professionalità, suscita giustificate ap-

prensioni e ispira inevitabili atteggiamenti cautelativi che alla fine si riverberano proprio sul paziente.

Peraltro i problemi pratici relativi alla responsabilità del medico dipendono, per quanto possa sembrar strano, più dal diritto processuale che da quello sostanziale. È infatti nel codice di procedura che viene disciplinato il metodo di accertamento del fatto, della condotta colposa e del nesso causale. E, per quanto riguarda i medici, questo metodo comprende sempre la devoluzione dei problemi tecnici sottostanti al consulente e al perito.

La consulenza e la perizia, cui rispettivamente il Pm e il Giudice si affidano, è attualmente, di fatto, determinante nella valutazione di colpa professionale. Anche quando il Pm o il Giudice non si limitasse, come invece avviene quasi sempre, a demandare al consulente-perito le conclusioni giuridiche sull'errore medico e sul suo rapporto con l'evento dannoso; anche quando, in ossequio alla sua funzione di peritus peritorum, il magistrato leggesse in modo critico gli elaborati tecnici sottoposti alla sua attenzione; anche quando, valendosi della sua personale scienza ed esperienza, fosse in grado di coglierne vizi, contraddizioni o insufficienze; anche quando, insomma, il giudice fosse tanto esperto da svolgere "concretamente" il compito che astrattamente la legge gli affida, è di tutta evidenza che sarebbe e sarà sempre condizionato dalle conclusioni adottate dal professionista da lui stesso nominato. Pur ammettendo che non sia il perito a decidere di fatto la causa, il perito sarà sempre protagonista ogniqualvolta ci sarà bisogno di lui.

Stando così le cose, la scelta del consulente per il Pm e del perito per il giudice è quasi sempre decisiva per l'accertamento dell'eventuale errore, del nesso cau-

sale, e della responsabilità dell'imputato. Ed in questo settore bisogna ammettere che regna la più totale confusione.

Consulenti e periti vengono nominati senza criteri omogenei e oggettivi: spesso non sono nemmeno iscritti all'albo; più spesso ancora si tratta di professionisti di tradizionale e radicata presenza nel palazzo di giustizia, che il neomagistrato trova e che più o meno supinamente accetta come parte del corredo, se non proprio dell'arredo. Professionisti indubbiamente onesti ed anche capaci, che però non possono esser buoni per tutte le stagioni.

Il correttivo minimo per ridurre gli errori dei periti, non inferiori a quelli dei medici, è duplice.

L'istituzione di un vero e serio albo regionale-nazionale per ogni disciplina, concordato con i rappresentanti dei singoli ordini, e l'obbligo della perizia collegiale, con la presenza di un medico legale, e di due specialisti di discipline complementari, in relazione al caso specifico.

Un altro correttivo processuale, volto ad evitare la proliferazione di procedimenti, potrebbe essere la previsione di una sanzione risarcitoria o comunque afflittiva nel caso di denuncia temeraria. Un altro, complementare, sarebbe l'obbligo di una consulenza giurata come condizione della sua ammissibilità. Anche qui, senza pretendere miracoli, si otterrebbe una consistente riduzione degli esposti depositati nelle procure a soli fini economici, nell'auspicio, spesso spregiudicato, di una composizione transattiva con qualche comodo guadagno. Non si ripeterà mai abbastanza che queste cautele non sarebbero affatto favori preferenziali a potenti corporazioni, ma rimedi razionali a dissennate iniziative che alla fine si riverberano negativamente sui pazienti e sul sistema che li dovrebbe assistere e tutelare.

Vendesi, come nuovo, Ecografo General Electric Logiq 400 CL (CE 0459): M-Mode, PD, CFM, corredato di sonda convex 3,5 Mhz (C364) e sonda vaginale 7 Mhz (E721). Euro 24.000,00. Telefonare allo 051 397540 dal lunedì al giovedì ore 9.30 19.00.

Medico offre a collega stanza in studio centrale (Riva Reno - San Felice). Tel. 051 6490116 - Cell. 329 4153493.

In studio medico Via dei Mille, confortevole, climatizzato, con ampia possibilità di parcheggio in zona, affittasi 2 ambulatori con servizio di segreteria a medici specialisti (dietologi, ecografisti, cardiologi, ecc.). Per informazioni tel. 051 246824.

Affittasi laboratorio artigianale, adiacenze Via del Borgo S. Pietro, mq. 132 con servizio e canna fumaria. Tel. 333 2207250 - 051 946291.

Vendesi altitudine mt. 650 cascinale in sasso anni '60, area cortiliva mt. 950 circa, con possibilità di innalzamento volendo per uso abitazione più terreno seminativo e bosco ceduo circa 1 ettaro località Montefredente - San Benedetto Val di Sambro (Bo). Tel, 051 946291 - 333 2207250.

Affittasi anche a giornate studio dentistico attrezzato - 2 unità operative. Tel. 348 3345399.

Cedesi studio dentistico e/o attrezzature in provincia di Bologna, avviamento pluriennale. Telefonare al 338 7314844

Presso Poliambulatorio Privato sito in Bologna, Quartiere Mazzini-Savena, è disponibile ambulatorio per le specialità di Neurologia, Reumatologia. Per informazioni rivolgeri al 334 3927204 dal lunedì al venerdì nei se-

guenti orari: mattino ore 10-12 - pomeriggio ore 15-18.

Concentratore di ossigeno per patologie respiratorie, marca "Mountain Medical Equipment U.S.A.", 220 volt, montato su ruote, come nuovo vendo € 150. Telefono 051 333357.

Ago elettrico per depilazione professionale vendo € 70. Telefono 051 333357.

Affittasi studio medico per singole giornate o mezze giornate in Via Dante nei pressi di Piazza Trento e Trieste. Per informazioni telefonare 051 301977.

2 poltroncine ergonomiche marca Sedus, montate su 5 ruote, ottimali per desk, vendo 50 € cadauna, fatturabili. Telefono 051 333357.

Offresi, a medico convenzionato o dietologo, studio medico in ambulatorio già avviato ed adiacente a Via Rizzoli anche singole giornate. Per informazioni tel. al 333 2265862.

Poliambulatorio Privato autorizzato, CENTRALE, situato in posizione comoda, in palazzo antico e prestigioso, restaurato, valuta richieste di collaborazione ed affitto ampi e luminosi studi ristrutturati ed arredati, anche per singole giornate settimanali. È disponibile anche una sala con volta a crociera attrezzata con tatami o sedie per attività seminariali e/o terapeutiche di gruppo. Per informazioni tel. 051 221763.

Vendesi a prezzo interessante iridoscopio mod. portatile nuovo, mai usato, garantito, munito di obiettivo, accessori e valigetta. Telefonare allo 051 221763.

Vendo sviluppatrice automatica per radiografie endorali Durr Periomat.
Tel. 051 268676

Affittasi studio medico arredato, climatizzato con impianti a norma, doppi servizi (bagno handicap) Via Bondi (angolo Via Massarenti) mattine e pomeriggi; servizio reception.
Tel. 338 9367856.

Vendo per inutilizzo lettino in legno di faggio lucido e pelle ottimo per visite e fisioterapia e vetrina portamedicinali. Tutto in ottimo stato.
Per informazioni tel. 0542 91500 orari studio.

Vendo causa inutilizzo e per motivi di spazio lettino ginecologico completo di reggigambe, bacinella acciaio, sgabello

operatore + vetrina medicinali. Tutto in ottime condizioni.
Telefonare allo 0542 91500 orari studio.

Vendo causa inutilizzo tavola optometrica on illuminazione e vetrina portamedicinali. Tutto in ottimo stato.
Per informazioni tel. allo 0542 91500 orario studio.

Affittasi a specialisti (preferibilmente dermatologi o dietologi) studio medico per singole o mezze giornate in S. Lazzaro zona centrale.
Per informazioni tel. 33506571046

Affittasi studio dentistico con una unità operativa a norma sito in Bologna centro Due Torri interamente o a giornate.
Per informazioni tel. 051 235489

ELENCO INSERZIONISTI BOLLETTINO DICEMBRE 2004

AMBULATORIO PRIVATO "SANTA VIOLA"	pag. 60
CASA DI CURA "AI COLLI"	pag. 24
DAL MONTE DERNA	pag. 18
POLIAMBULATORIO CKF	pag. 55
POLIAMBULATORIO PRIVATO SANTA LUCIA	pag. 29
TECNOBIOS	pag. IV ^a di cop.
TERME DI RIOLO	pag. II ^a di cop.
VILLA BARUZZIANA	pag. 7

CONCESSIONARIO PER LA PUBBLICITÀ: ASSOMNIA SAS DI DE BERNARDIS CLAUDIO E C.
17 VIA RANZANI - 40127 BOLOGNA - TELEFONO E FAX 051 241379