

Gennaio  
Febbraio  
2007

1

## Campagna di comunicazione del Ministero



## Cerimonia di Giuramento

## Convegno di primavera dell'Ordine

## Dove va la medicina generale



## Crisi della chirurgia generale

## Invalidità civile, convegno dell'Asl

sommario

DIRETTORE EDITORIALE Nunzio Romeo

DIRETTORE RESPONSABILE Lorenzo Mondello

REDATTORE CAPO Mario Primo Cavaleri

VICE DIRETTORE Valentino Sturiale

FUNZIONARIO Giusy Giordano

SEGRETERIA di REDAZIONE



Europa Due media & congress

Via Boner, 56 - Messina

Tel 090.5726604 (pbx)

090.5729841 (fax)

e-mail: europadue@europadue.191.it

Stampa: Grafo editor s.r.l. - tel. 090 2931094

e-mail: GRAFOE01@GRAFOEDITOR SRL1.191.it

COMITATO DI REDAZIONE

Maria Sofia Cambria, Stefano Leonardi,  
Giovanni Matera, Giovanni Pulitanò

EDITORE

Ordine provinciale dei Medici Chirurghi

e degli Odontoiatri di Messina

Via Bergamo is. 47/A - Messina

tel. 090.691089 - Fax 090.694555

e-mail: info@omceo.me.it

sito: www.omceo.me.it

CONSIGLIO DELL'ORDINE

Antonio Ferrara *Presidente Onorario*

Nunzio Romeo *Presidente*

Carmelo Salpietro Damiano V. *Presidente*

Salvatore Rotondo *Segretario*

Paolo Catanoso *Tesoriere*

Consiglieri:

Giacomo Caudo, Santo Fazio, Giuseppe Lo Giudice, Sebastiano  
Marino, Giovanni Matera, Lorenzo Mondello, Mario Pollicita, Giuseppe  
Renzo, Rosalba Ristagno, Vincenzo Savica, Antonino Trifirò,  
Francesco Trimarchi, Filippo Zagami

Revisori:

Presidente: Eligio Giardina

Componenti:

Giovanni Caminiti, Carmelo Staropoli,  
Stefano Leonardi (*suppl.*)

Commissione Odontoiatri:

Giuseppe Renzo, *presidente*

Gaetano Iannello, *segretario*

Alfredo Catarsini, Giuseppe Della Torre,

Giuseppe Lo Giudice.

1

Messina  
medica

Gennaio  
Febbraio  
2007



Nunzio Romeo

Lo spot  
del Ministero  
della Salute



Documento del Consiglio dell'Ordine

## Una Campagna di comunicazione fuorviante

La campagna di comunicazione del Ministero della Salute che pubblicizza, nella home page del Ministero, alcuni provvedimenti della Legge Finanziaria 2007 e del Patto per la Salute, può risultare, per più di un aspetto, fuorviante, come evidenziato dal Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini. Il Consiglio direttivo dell'Ordine di Messina condivide pienamente quanto espresso dalla FNOMCEO ed esprime il proprio profondo sconcerto, comune a tutti gli iscritti, per il rischio che l'opinione pubblica possa percepire da tale campagna di comunicazione, messaggi fortemente negativi relativamente alle indiscusse capacità e moralità professionali dei medici ed odontoiatri italiani, oltre che di altri professionisti quotidianamente impegnati nella tutela della salute.

Una schermata dedicata alla "malasanità", recita infatti che "Non ci può essere buona sanità se non si combatte con decisione il malaffare" fornendo immediatamente la risposta fondata su norme, contenute nella finanziaria, che "consentiranno di espellere (...) medici, farmacisti ed altri operatori [che] abbiano truffato la sanità, danneggiando il sistema e il cittadino".

Non è accettabile che un'intera comunità di lavoratori intellettuali e scientifici, quali sono i medici e i farmacisti, venga indicata, con

ovvia generalizzazione, come la prima responsabile del mancato o inadeguato soddisfacimento della richiesta di benessere della popolazione e come l'unica determinante dell'eccesso e inappropriately dei costi per la salute, adombrandone anche attività e vocazione truffaldine. Non è ammissibile (liberando il campo da ogni sospetto di difesa corporativa o di volere celare gli infrequenti casi di comportamenti penalmente rilevanti) attribuire ai

medici e a gli operatori della salute tutte le responsabilità e tutte le colpe di ogni disfunzione o discrasia del sistema sanitario nazionale, che nonostante l'inadeguatezza dei modelli gestionali, e grazie all'impegno e alla caratura professionale dei medici italiani, occupa ancora un posto di eccellenza nel panorama dell'Unione Europea.

I Medici e gli Odontoiatri della Provincia di Messina respingono sdegnati e con forza la generalizzazione del sospetto e la dequalificazione della dignità professionale, culturale e personale che può derivare dalla predetta campagna di comunicazione, la cui percezione negativa è chiaramente testimoniata dal commento, su un autorevole quotidiano nazionale, del giornalista, Mario Pirani certamente non sospettabile di difese corporative, essendo spesso protagonista di campagne mediatiche di stimolo all'eccellenza professionale medica. "E' semplicemente una ignominia che si getti un marchio di infamia sui medici e sui farmacisti" scrive Pirani, analizzando poi, nel suo lucido commento, cause e ragioni delle molte discrasie del sistema sanitario che non possono essere discusse in questa sede, e testimoniando, con la propria presa di posizione, la piena giustificazione dello sdegno dei Medici ed Odontoiatri di Messina e di tutto il Paese.



Il Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Messina condivide il commento del Presidente della Federazione degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCEO) Amedeo Bianco sulla campagna

# IN BILICO TRA DEMAGOGIA E POPULISMO

di Salvo **ROTONDO\***

pubblicitaria del Ministero della Salute riguardante la Finanziaria ed il Patto per la salute recentemente diffuso.

La percezione che emerge dalla comunicazione pubblicitaria è quella di un ulteriore violento attacco verso la colpevolizzazione in forma gratuita e generalizzata degli operatori della sanità al fine di ottenere un populistico consenso finalizzato probabilmente al "tirarsi fuori" dalle responsabilità che hanno tutti quelli che lavorano (nessuno escluso) in ambiente sanitario.

Certamente gli operatori sanitari che hanno truffato la sanità danneggiano il sistema ed il cittadino, ma certamente danneggiano l'immagine ed il lavoro di tutti quei medici, farmacisti, biologi, etc. del SSN (e sono la stragrande maggioranza) che onestamente portano avanti il proprio lavoro quotidiano in mezzo a mille difficoltà, facendosi carico di responsabilità spesso non dovute ed originate da carenze del sistema per senso di puro dovere professionale.

Lanciare esasperate campagne mediatiche di accusa diretta ad una classe di lavoratori, offre il fianco al sospetto di demagogia

attraverso comportamenti politici inclini ad assecondare le aspettative della gente sulla base della percezione delle loro necessità. Il messaggio trasmesso sembra così risolvere una equivalenza ardita: "aumento dei costi della salute per il cittadino" è uguale a "i medici truffano lo stato" e cioè "i cittadini pagano più tasse per la sanità" perché "i medici sono dei truffatori", quando tutti sanno che amministratori e politici per primi, non avendo gestito correttamente le risorse, non possono esimersi dall'essere in possesso di almeno una quota parte di responsabilità. La malasanità si combatte con la ricerca della qualità dei servizi, che non può essere solo l'impegno di una componente del sistema: la qualità è un percorso all'interno del quale tutti, nessuno escluso, devono svolgere il proprio ruolo. Un ruolo che non può risiedere nello scaricare le responsabilità, criminalizzando genericamente, solo su una componente di lavoratori che nella professionalità e nel rispetto degli interessi del cittadino ha sempre fatto la propria ragion d'essere, spesso combattendo verso spinte ministeriali volte a mortificare le professioni

a favore di una improbabile competitività del mercato (come se della salute se ne possa fare commercio).

Siffatte campagne pubblicitarie piuttosto che da manager, se la sanità oggi fosse realmente un'impresa, caratterizzano un comportamento da curatore fallimentare,

non certamente da ministro della salute che ha il dovere di gestire con equilibrio e correttezza le risorse (ricchezza del paese) a sua disposizione, piuttosto che mortificarle ingenerando confusione e malanimo. Oggi abbiamo invece sempre più bisogno di istituzioni orientate a garantire il benessere del cittadino, che siano in grado di vigilare, dissuadere e sanzionare, quando necessario, comportamenti devianti, ma che siano anche in grado di produrre momenti organizzativi orientati verso l'efficienza operativa e l'incentivazione di comportamenti virtuosi (propri di ciascun ruolo: politico, amministrativo, sanitario).

Il Consiglio Direttivo dell'Ordine di Messina fortemente impegnato a vigilare sull'operato dei propri iscritti a tutela del superiore interesse pubblico e del corretto esercizio dell'arte medica, non può esimersi dal sentirsi indignato, quando da un così elevato ruolo istituzionale vengono diffuse campagne volte a trascinare ingiustamente ed ingiustificatamente in un giudizio generalizzato di condanna, l'intera categoria.

*\*Segretario Consiglio dell'Ordine*



Si svolgerà domenica 25 marzo nell'Aula Magna dell'Università la tradizionale "Cerimonia di Giuramento" che vedrà l'ingresso nella professione di numerosi giovani e la premiazione dei colleghi che hanno già compiuto 50 anni di laurea.

Ai neo iscritti sarà consegnato il nuovo Codice di deontologia medica

I colleghi medici che hanno compiuto 50 di laurea:

Aragona Giuseppe  
Ascenti Evelino  
Campanella Sebastiano  
De Gregorio Giovanni  
Galipò Francesco  
Galli Filippo  
Gioffrè Michela  
Guzzetta Francesco  
Imbesi Luigi  
La Cavera Enrico  
Lazzaro Antonino  
Magazù Gaetano  
Majolino Mario  
Mastroeni Domenico  
Previti Antonino  
Righi Leandro  
Romeo Giuseppe  
San Martino Nicola  
Sergi Placido  
Silvestro Antonino  
Squadrito Domenico  
Trifirò Antonino

# Cerimonia di Giuramento il 25 marzo



# Convegno di Primavera



Il Convegno di primavera si svolgerà quest'anno il 12 maggio e sarà incentrato su "Le sfide della medicina" con riferimento alla genetica, all'oncologia, alle neuroscienze, all'etica, alla formazione. E' stata invitata a presiedere i lavori l'On. Livia Turco. L'incontro scientifico, accreditato ai fini ECM vuole essere una occasione per mettere a confronto i vari protagonisti di questo sce-

nario in così rapida evoluzione; prendere in esame alcuni ambiti specialistici. Convinti che operare in questi campi voglia dire studiare, ideare, sperimentare anche le soluzioni ottimali per fornire una prestazione di livello qualitativo elevato, compatibile con le risorse economiche assegnate, mettendo a frutto tutte le possibili sinergie di cui il sistema sanità dispone.

## Il programma

Indirizzo di saluto  
e presentazione del Convegno  
dott. Nunzio Romeo  
Presidente Ordine Medici  
Chirurghi e Odontoiatri  
di Messina

Intervento:

prof. Giovanni Lagalla  
Assessore Regionale Sanità

Relatori:

on. prof. Eolo Parodi  
Presidente Fondazione ENPAM  
- già Direttore Istituto tumori  
Genova  
"Essere medico oggi"

prof. Bruno Dallapiccola  
Ordinario di Genetica  
Università La Sapienza Roma  
"Le sfide della Genetica"

prof. Francesco Boccardo  
Direttore Oncologia Medica  
Università di Genova  
"Le sfide in Oncologia"

prof. Francesco Tomasello  
 Rettore Università di Messina  
"Le sfide in Neuroscienze"

prof. don. Giovanni Russo  
Docente di Bioetica  
"Le sfide dell'Etica"

prof. Andrea Lenzi  
Presidente CUN  
(Comitato universitario  
nazionale)  
"Le sfide della Formazione"

Moderatore:  
Dott. Gaetano Pedullà  
Direttore de "Il Tempo" - Roma

Conclusioni:  
on. Livia Turco  
Ministro della Salute





La Scuola di specializzazione in bioetica e sessuologia dell'Istituto teologico "San Tommaso" ha organizzato un Simposio su un tema di notevole valenza medico-sociale con forti implicazioni etico-morali: "Tecnologie riproduttive e sfide alla vita umana, il significato della prospettiva religiosa". L'Assise scientifica tenutasi nell'Auditorium intitolato a mons. Amoruso si inserisce nel quadro delle iniziative (terzo anno di programma) di "Biosciences and religion network" presieduto dal prof. don Giovanni Russo, chairman e moderatore del Simposio. Ogni coppia sterile ha affermato don Russo vorrebbe vivere la gioia della maternità e della paternità. La vocazione alla genitorialità è infatti inscritta nell'amore coniugale. Ma il forte desiderio di avere un figlio non può stridere con il principio etico del rispetto della promozione della persona. Da qui l'importanza della prevenzione da attuare nella donna sin dall'adolescenza e soprattutto con l'impegno della ricerca medico-scientifica per capire pienamente le cause dell'infertilità-sterilità e poi tentare di eliminarle. Le cause iopatogenetiche possono essere molteplici e "non sempre individuali, prevenibili e risolvibili". Mentre l'infertilità ha affermato il prof. Flario Sacchini dell'università Cattolica Sacro Cuore di Roma "è di capacità a portare a termine una gravidanza con nascita di feto vivo e vitale, la sterilità è assenza pressoché assoluta di gravidanza dopo due anni di rapporti sessuali liberi". Il potenziale generativo della donna ha il suo "picco"

## Tecnologie riproduttive Sfide alla vita umana

di Rosario URZÌ

intorno ai 28-30 anni, poi declina significativamente. Anche se dopo 30 anni ha precisato il docente di bioetica Sacchini "si possono avere splendidi figli!". Oggi la famiglia tende a formarsi in età sempre più avanzata; e la "soglia" critica è sopra i 40 anni; in cui il potenziale biologico diventa sempre più debole. L'infertilità-sterilità è attribuibile a fattore femminile (55%) per turbe dell'ovulazione, anomalie tubariche, soprattutto per occlusione tubarica come conseguenza di infezione genitale per attività sessuale promiscua; e per anoressia..; nel 25% è maschile dovuta ad assenza di spermatozoi o insufficiente capacità a raggiungere l'ovocita (quindi per un fatto secretorio o escretorio); nel 18% la sterilità è di coppia, la quale può essere superata nel 70% dei casi mediante "percorsi" mirati terapeutici (farmacologici, microchirurgici, psicologici). Nel rimanente 30% la coppia può tentare di avere un figlio mediante l'omologa "procreazione medicalmente assistita". Tra queste, la Fivet (fecondazione in vitro) sembra la più idonea e più praticata. La percentua-

le di "bambini in braccio" è del 15-20%. Alla base del problema è la prevenzione che si attua nell'evitare comportamenti sessuali promiscui, uso cronico di contraccettivi chimici o abortivi, anoressia, dipendenze tossicologiche, inquinamento ambientale. L'adozione ha concluso il medic del "Gemelli" di Roma resta sempre un "capitolo di elevata solidarietà umana e sociale". Una problematica dunque assai complessa, inquietante che suscita forti "interrogativi etici"; ampiamente dissertati dalla docente di Bioetica Marianna Gensabella Furnari, nominata di recente componente del Comitato nazionale per la Bioetica. Al pensiero "femminista" (predisposizione della donna alla cura) si contrappone il pensiero "femminile" che fa leva sulla legge della natura. Certo, la donna vuole essere madre, ma deve ispirarsi al principio del Cristianesimo. Nel "Donum vitae" ha aggiunto la docente Gensabella si coglie l'avvertimento a "non dominare la natura, ma a rispettare il valore dell'embrione, che è inizio di vita umana, quindi soggetto di diritti". Attenzione alla tecnologia "Eterologa" perché ha affermato la docente di bioetica "darà problemi di identità, oltre a rappresentare fattore di disgregazione della famiglia". Un'ombra lunga, pesante che si può evitare solo se la donna saprà accogliere la grazia della maternità nel mistero della fede, e con il calore umano, purificato dalla fiamma dello Spirito. Il pensiero cristiano" ha concluso la prof. Marianna Gensabella Furnari "è guida sicura per le donne ad essere veramente madri!"



*Tavola rotonda al Corso di formazione del San Tommaso*

## Bioetica e mass media

Etica della vita e ruolo dei mass media; ambiti di azione della politica e della religione; interrelazione tra visione cristiana e laica. Questioni su cui si è incentrata la tavola rotonda promossa dal direttore della Scuola superiore di specializzazione in bioetica e sessuologia prof. Giovanni Russo nel programma del corso "Biosciences and religion network". Relatori il dott. Mario Primo Cavaleri, giornalista della Gazzetta del Sud e redattore capo di "Messina Medica"; il sostituto procuratore generale dott. Melchiorre Briguglio, il prof. Mario Calamia, direttore di Asis News. E il prof. Micale..

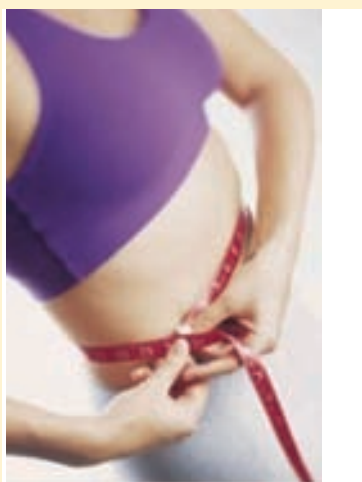
Il dibattito, presenti un centinaio di corsisti, si è sviluppato intorno ai vari aspetti della bioetica con riferimento ad alcune questioni attuali



*Melchiorre Briguglio, Mario Cavaleri, Mario Calamia, Giovanni Russo*

come l'eutanasia, il testamento biologico, le coppie di fatto, la salvaguardia ambientale, tema quest'ultimo introdotto dal dot. Cavaleri che ha sottolineato con favore come finalmente anche il codice di deontologia medica lo richiami espressamente, dal momento che sull'inquinamento e sulle scelte di politica energetica si gioca il futuro del pianeta e tutelare la salute implica avere cura anche dell'ambiente

## Corso di perfezionamento post-laurea in Medicina estetica



La dermatologia moderna, per rispondere alle richieste sempre più pressanti legate all'attuale stile di vita, esige una conoscenza approfondita della cosmetologia e dei problemi estetici correlati alle patologie dermatologiche. In quest'ambito si inserisce la Medicina Estetica che, in questi ultimi anni, ha avuto un notevole impulso scientifico e tecnologico, al quale tuttavia non ha fatto seguito un'adeguata strategia informativa della classe medica. In quest'ottica si propone il Corso di Perfezionamento post-Laurea di Medicina Estetica, che prende il via anche quest'anno con carattere semestrale, offrendo l'acquisizione, oltre che di indispensabili e basilari informa-

zioni scientifiche, di una effettiva "formazione", per un uso appropriato e responsabile dei diversi cosmetici e delle apparecchiature su cute e annessi cutanei sia sani che patologici. Il corso, che si svolge presso il Policlinico Universitario, consiste in una parte di didattica formale e in una parte pratica e prevede un numero minimo di 5 iscritti e massimo di 30. Requisito indispensabile ed esclusivo è la laurea in Medicina e Chirurgia. Le domande di iscrizione al corso dovranno essere recapitate a mano o inviate a mezzo raccomandata alla Segreteria della sezione di dermatologia, c/o Azienda Ospedaliera Universitaria "G. Martino" - via C. Valeria - 98125 Gazzi Messina, entro il 20 marzo. Per ulteriori informazioni consultare il sito internet: <http://www.unime.it/didattica/altaformazione/cperfezionamento>



*Compendio sintetico in un'opera di Isidoro Di Carlo*

# Chirurgia epatica

*Elementi di patologia, tecnica chirurgica e trapianto*

di Nunzio **ROMEIO**

Un'opera, completa, sinottica, sintetica ma non per questo priva di approfondimenti, con uno stile fresco, corredata da una completa iconografia intraoperatoria, della strumentazione più moderna e dei materiali utilizzati. L'autore, nato a Francavilla di Sicilia, in provincia di Messina, appena nel 1960, si è laureato a Catania nel 1986 e specializzato in chirurgia generale nel 1991. Ha frequentato numerose scuole di chirurgia addominale internazionali con staging di tecnica chirurgica nel campo dell'oncologia, dei trapianti, della chirurgia epatobiliare, della laparoscopia. Spicca tra tutte quella di chirurgia digestiva dell'università di Parigi dal 1989 al 1992 come allievo del Prof. Jacques Belghiti che ha curato la presentazione del libro.

L'opera, scritta in collaborazione con altri chirurghi di talento, parte dalla trattazione della patologia epatica, per poi tratteggiare, con stile schematico ed al contempo completo e sinottico, le tecniche di chirurgia epatica tradizionale e laparoscopica fino al trapianto d'organo.

Le patologie epatiche sono in costante aumento, questa pubblicazione è riuscita a concentrare in un unico tomo tante importanti informazioni fonda-



mentali per la consultazione dell'esperto e per lo studio dello specializzando.

I nove capitoli del volume ripercorrono la storia dell'epatologia medica, l'anatomia morfologica e funzionale del fegato e le tecniche di resezione epatica. Gli autori, seguendo i criteri dell'e-

pidemiologia, della eziopatogenesi, dell'anatomia patologica, della sintomatologia, della diagnosi dell'evoluzione e complicanze fino alla terapia, affrontano quindi la patologia cistica del fegato, la patologia neoplastica epatica benigna, la patologia neoplastica epatica maligna primitiva e secondaria ed il trapianto ortotopico del fegato. Una pregevole opera, nata dalle capacità didattiche degli autori che hanno saputo estrarre dalla copiosa bibliografia riportata una enorme quantità di informazioni da fornire al lettore, dosando sapientemente scienza, immagini, tecniche e soluzioni pragmatiche da applicare nelle più svariate situazioni critiche.

**I Colleghi sono invitati  
a collaborare con  
"Messina Medica"**

**inviando articoli e notizie  
alla Segreteria  
del Comitato di redazione  
tel. 090 691089**

**[giordano@omceo.me.it](mailto:giordano@omceo.me.it)**



*Corso esperienziale il 30 e 31 marzo*

# Vivere e morire

## Accettare la morte per migliorare la relazione terapeutica

“Vivere e morire - accettare la morte per migliorare la relazione terapeutica” è il tema del corso esperienziale ECM che si svolgerà il 30 e 31 marzo. La paura della morte, reale o simbolica, è un’emozione molto forte che condiziona le relazioni interpersonali, prevalentemente al di fuori della coscienza, rimanendo spesso non riconosciuta. Poiché la relazione terapeutica, come ogni modalità comunicativa è prevalentemente inconscia ed il personale sanitario non è formato in questo senso, la paura della morte, se non riconosciuta e non elaborata, induce sofferenza, distress, burnout e può squilibrare la relazione terapeutica stessa. L’approccio transpersonale è particolarmente utile in questo contesto perché affronta contemporaneamente i diversi livelli di sofferenza: dal corporeo allo spirituale, dal conscio all’inconscio, dal razionale al non-razionale, creativo, intuitivo, rispettando e potenziando attitudini, bisogni, il Sé profondo.

Questo modello è stato ampiamente applicato da Joules Grossman a S. Francisco ed in Italia, successivamente elaborato da Sica.

Obiettivi del corso: aiutare i sanitari a riappropriarsi della sacralità della morte come stimolo a vivere fino in fondo nei territori ai confini della vita, delle domande senza risposta, per “non voltare le spalle” nei momenti più duri ed essere presenti, coerenti ed in armonia con se stessi, lì dove non ci sono più maschere dietro cui difendersi, dove l’unica cosa da fare è “essere” in modo autentico nelle relazioni terapeutiche.

Metodologia: Dopo una parte didattica, si lavorerà in modo esperienziale, sia a livello corporeo-emotivo con la bioenergetica, a livello mentale e spirituale con l’approccio terapeutico transpersonale psico-corporeo di Joules Grossman da noi elaborato (meditazioni, musiche subliminali, role-playing, condivisione, ecc.). In uno spazio protetto, in un clima di rispetto e non giudizio, ciascun partecipante sarà incoraggiato a trovare la propria personale risposta, il proprio modo di essere nelle condizioni limite della vita. Verranno asse-

gnati alcuni compiti, come spunto di approfondimento. Richiesta ECM n. 268104, per tutte le professioni, n. 30 posti;

<http://www.ministerosalute.it/ecm/>  
Per informazioni e iscrizioni: Dr. Marcello Aragona, Oncologia Medica, tel. 090 2213730; email [marcello.aragona@unime.it](mailto:marcello.aragona@unime.it)

Programma: 30 marzo ore 15

Saluti delle Autorità; Presentazione del corso: Aragona M.; La sofferenza

dei pazienti ai confini della vita. Gensabella M, Venuti G.; Il disagio dei sanitari nella relazione terapeutica. Motta R.; La spiritualità: una risorsa disponibile nel processo di accompagnamento: Respini D, Lissandrello G.; Psico-biologia del Sé nella relazione terapeutica: Aragona M.; Vivere e morire come percorso di consapevolezza: elaborazione dell’approccio transpersonale di Joules Grossman. Sica A; Meditazione di gruppo: Aragona; Compito scritto: Sica, Aragona; Condivisione di gruppo: Sica, Aragona.

31 marzo, ore 9: Esplorare il proprio “essere” nella relazione terapeutica a vari livelli di coscienza: Sica; Bioenergetica e consapevolezza emotivo-corporea: Sica, Aragona; Visualizzazione guidata su “Vivere e Morire”: Sica; Condivisione di gruppo Sica, Aragona; pausa pranzo; ore 15, Meditazione sul non attaccamento. Sica, Aragona; Role playing: esplorare nella relazione un vissuto di morte: Sica, Aragona; Trasformazione della propria sofferenza di morte. Sica, Aragona; Completamento del compito scritto. Sica, Aragona; Condivisione di gruppo. Sica, Aragona; Chiusura del corso. Sica, Aragona.

## Medico incaricato del servizio Sanitario VF

La Direzione dei Vigili del Fuoco intende proporre la stipula di una convenzione libero-professionale tra il Ministero dell’Interno e un Medico libero professionista per l’espletamento di prestazioni sanitarie nell’ambito della Medicina Legale, della Medicina del lavoro e dell’igiene e Medicina delle Comunità rispondenti alle esigenze del Servizio di Soccorso Tecnico Urgente nell’ambito di competenza della Direzione Regionale dei Vigili del Fuoco per la Sicilia.





L'attuale figura del Medico di famiglia nasce con la legge di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, la 833/78, applicata a regime dal 1980.

Da allora sono trascorsi ben 27 anni.

Sono stati anni abbastanza travagliati per una categoria che veniva fuori dell'epopea del medico della mutua e dalle famose notule. In quegli anni la nostra remunerazione era legata alla prestazione e quindi alla notula: più contatti con i pazienti più notule. La notula era più pesante se la visita era domiciliare: da ciò l'enfaticizzazione eccessiva della domiciliarità al punto che volendola ridimensionare come fenomeno, veniamo accusati di non volere più effettuare le visite a domicilio.

La medicina di famiglia ha subito in questi anni delle profonde trasformazioni sulla scia dell'evoluzione subita del comparto della sanità: dopo la 833/78 la 502/92, la prima grande riforma, e la 229/99, riforma bis., e tra queste tante finanziarie che ne hanno stravolto il volto. Con l'Azionalizzazione siamo stati posti al centro di un sistema solamente perché non sapevano a chi dare la responsabilità dell'enorme spesa che il comparto sanità determinava e continua a determinare, chiamandoci gatekeeper, cioè regolatori di flusso, portieri di un albergo già allo sfascio.

In tutti questi anni ci siamo fortemente difesi garantendoci dapprima la sopravvivenza (forse qualcuno si è scordato, che in un momento storico, primi anni novanta, si paventava la scomparsa della medicina generale) e successivamente il miglioramento della nostra posizione cercando di inserire la medicina generale negli ingranaggi del sistema sanità da cui siamo stati, di fatto, sempre tagliati fuori....(e lo siamo

anche adesso) Basti pensare che non abbiamo la possibilità di fare carriera, di occupare ruoli di prestigio come la direzione di un'azienda sanitaria, possibile per gli ospedalieri, e quant'altro di rilevante in sanità (...i Ministri e sottosegretari alla sanità sono stati sempre ospedalieri).

La debolezza della nostra categoria era, ed è tutt'ora, legata anche al disinteresse che la politica ha nei nostri confronti:

## Dove va la medicina generale



di Sebastiano MARINO

non si accede all'area per raccomandazioni e non si fa alcuna carriera, incidiamo poco sulla politica, come dimostrano alcune esperienze, anche nazionali

Dall'era in cui eravamo importanti, mi riferisco al periodo delle condotte, siamo stati messi con i piedi per terra.

Questo complesso di cose ha determinato uno stato di forte sofferenza nella categoria e nelle rappresentanze, soprattutto sindacali. Da ciò la crisi che il nostro grande sindacato ha affrontato negli ultimi mesi e che pian piano ha saputo governare sino a raggiungere una stabilità all'ultimo congresso nazionale.

Consapevoli di questa sofferenza e soprattutto delle cause

che la hanno determinato, si è pensato di proporre nuovi modelli di offerta della medicina del territorio, così come da più parti auspicato, compreso l'attuale ministro della salute.

Nasce così l'idea della rifondazione della medicina generale.

Si sta elaborando a livello nazionale una nuova proposta, soprattutto organizzativa, con risvolti interessanti che riguarderanno anche la carriera del medico di famiglia, l'accesso all'area della medicina generale, la remunerazione e i rapporti tra le figure professionali che lavorano nella stessa area come la Continuità assistenziale.

Saranno tempi medio lunghi ma ci sarà bisogno dell'aiuto di tutti, iscritti e non al sindacato, soprattutto perché bisognerà capire per intero il concetto che se non pensiamo a modificare strutturalmente il nostro rapporto con le istituzioni rischiamo di restare sempre in stato di sofferenza, causa principale di dissidi anche interni.

Ai prossimi rinnovi contrattuali chiediamo, quindi, non solamente miglioramenti economici, perché così strutturati sono a termine, ma soprattutto modifiche normative, per lavorare meglio.

Questo potrà avvenire solamente se saremo capaci di rimetterci in gioco in un sistema, quello sanitario, molto dinamico.

"La medicina è diventata un campo professionale in continuo movimento.

Oggi non si può più pensare che basti qualche adattamento per poter riportare la situazione in una condizione di stabilità, perché il sistema non ritornerà più alla staticità. Nulla è permanente, tranne il mutamento stesso.

Il vero simbolo della medicina moderna non è Ippocrate ma Eracito" Michael Crichton: Casi di emergenza

# L'attuale crisi della chirurgia generale

1ª Parte



*La formazione, i limiti operativi e la responsabilità medico-legale dell'aspirante chirurgo. L'autonomia professionale del giovane.*

di Luigi Giuseppe **ANGIÒ**

*Chi ha avuto in dono da Dio di fare esperienza e di sapersi esprimere, non deve tacere né deve nascondersi ma anzi deve volentieri venire allo scoperto”.*

*(A. M. Di Francia)*

**Q**uesta mia disamina di problematiche antiche e nuove, che nel suo divenire embricherà la condizione locale a quella nazionale, che sarà intrisa di triti e ritriti e ormai stantii luoghi comuni e di concordi osservazioni da altri più qualificati colleghi in altre sedi espresse e che a giudizi positivi, in verità pochi, alternerà molte critiche, non potrà certo essere esaustiva, ma sarà condotta senza remore.

Essa ha - con poca modestia - la pretesa d'indurre i docenti chirurghi a prendere coscienza della realtà delle cose, a meditare sul loro modo di educare e, se convinti della giustezza di quanto da me considerato, a procedere a una sostanziale revisione del metodo pedagogico adoperato, adeguandolo a quello delle migliori accademie italiane e europee, al fine di rendere più efficace l'insegnamento e ottenere così un prodotto finito, il chirurgo generale appunto, qualitativamente uguale, se non addirittura migliore, a quello di queste realtà e, in qualunque caso, più qualificato dell'attuale.

Quanto agli specializzandi, il mio esame non vuole certamente scoraggiarli a proseguire nella professione di chirurgo, la più bella e la più appassionante



del mondo, ma vuole semplicemente invitarli a una fattiva collaborazione, in assenza della quale è difficile programmare e attuare una didattica che dia concretezza alle loro aspettative, ma anche difendere il loro operato in caso di eventi avversi a danno dei pazienti.

Con buona volontà, quello che sembra teorico può in effetti essere applicato anche nella nostra accademia, che potrà così formare veri chirurghi, di cui la comunità ha grande bisogno, e non continuare ad attingere per le esigenze della stessa, con l'implicita accettazione di avere fallito, a migliori professionalità chirurgiche di altre realtà universitarie.

Il chirurgo. Chi è costui?

Per secoli la professione del chirurgo fu svolta dai cerusici e rimase teorica la proposta ippocratica (IV sec. a.C.) dell'inscindibilità delle scienze mediche dalla chirurgia, cioè della necessità per il chirurgo di una preparazione medica su cui edi-

ficare la tecnica operatoria. A tale proposito, ancora nel 1811 il parlamentare inglese Lord Thurlow ebbe a dire che "non vi è più scienza nella chirurgia che nella macelleria".

Con il trascorrere del tempo la situazione mutò e Ravdin (1894-1972) poté affermare che "un chirurgo è un medico.. e qualcosa di più", un medico che all'attività intellettuale di base aggiunge un'opera affidata alle sue mani.

La chirurgia va, dunque, intesa non come mestiere, cioè lavoro manuale, ma come attività della mente che dirige le mani nel soccorrere la vita, e questa è arte. E il chirurgo non è un artigiano ma un artista, in quanto interprete del sapere e del fare.

Al presente, agli albori del terzo millennio, segnato da un tumultuoso e radicale cambiamento della chirurgia, condizionata sì dallo sviluppo tecnologico, ma non da questo indebolita al punto da diventare mera tecnologia, è sempre l'uomo a svolgere la chirurgia e l'ipertecnologia ad aiutarlo.

Il chirurgo, uomo di cultura e di scienza, clinico oculato e scrupoloso, operatore preciso e deciso, gode, dunque, tuttora grande credito, anche se oggi egli è fatto pure di tecnicismo, dovendo essere esperto negli strumenti tecnologici d'uso routinario.

Credo che sia questa la carismatica figura che dovrebbe attirare e spingere i giovani a intraprendere la carriera del chirurgo e a cui i medesimi dovrebbero poi ispirarsi.

Ma se la chirurgia è sapere (dottrina) e sapere fare (manualità sorretta dalla tecnologia),



essa è contestualmente sapere essere (coinvolgimento umano e comportamento etico nei confronti di chi soffre).

Oggi, epoca in cui le regole della politica, della burocrazia e dell'economia aziendali hanno rivoluzionato lo scenario dell'assistenza sanitaria, dalle stesse schiavizzate, e in cui i risultati da valutare non sono quelli relativi all'efficacia, alla qualità e alla scientificità delle prestazioni offerte ai malati, ma quelli economici e qualitativi, quest'ultimi intesi come sistemazione alberghiera, assistenza paramedica, supporti tecnologici, il chirurgo è, però, anche un manager aziendale.

Costretto a rinunciare alle funzioni a lui proprie, fatte di assistenza, a cui è moralmente obbligato, e di ricerca, in sostanza impoverito nella sua originaria essenza, il chirurgo, novello PR e novello ragioniere contabile, ha imboccato le strade non consone alla sua professionalità e si è smarrito nella selva del marketing, della conoscenza di leggi e regolamenti e della gestione di tipo aziendalistico delle risorse umane ed economico-finanziarie a lui affidate, al fine di garantire la conciliazione, di fatto impossibile, tra prestazioni efficaci e di qualità che diano soddisfazione al paziente da un lato e aumento della produttività e contenimento della spesa che diano benessere economico all'azienda dall'altro lato.

Prestandosi al gioco delle forze di mercato, egli sta adeguando la sua attività clinica alla logica del budget e sta dimenticando le reali esigenze di cura - efficacia e qualità - dei malati, che, non assimilabili a prodotti industriali, richiamano ogni giorno a quei valori umani ed etici che nei secoli generazioni di medici si sono tramandati e da cui inesorabilmente il chirurgo di oggi si sta allontanando, avendo quasi escluso l'uomo dalla sua sfera d'interesse.

L'ATTUALE CRISI DELLA CHI-

RURGIA GENERALE.

E' tristemente innegabile che in Italia, come in tutti i Paesi Occidentali economicamente più evoluti, la Chirurgia Generale stia vivendo, proprio in questa stagione positiva quanto a speranza di salute, una profonda crisi.

Negli ultimi tempi si assiste a un fenomeno preoccupante, allarmante: si registra una crescente e diffusa disaffezione dei neolaureati in medicina a intraprendere la professione chirurgica, soprattutto di chirurgo generale, al punto da indurre a dire, per la continua flessione numerica osservata in controtendenza con il passato, che i chirurghi generali sono una specie in estinzione.

In Italia il sistema delle specializzazioni, ivi compresa quella in Chirurgia Generale, si è basato ed è sopravvissuto grazie alla pleora di laureati in medicina. Ridottasi questa drasticamente, soprattutto dopo l'introduzione del numero programmato, il sistema è andato in sofferenza.

Quali gli elementi oggettivi alla base di questo disinteresse dei giovani dalla scelta della Chirurgia Generale?

1. La perdita d'identità della Chirurgia Generale e l'incertezza del ruolo del chirurgo generale.

La dilatazione dottrinale della Chirurgia Generale e l'evoluzione tecnologica verificatasi nel suo ambito, in una parola la sua crescita in complessità,

con impossibilità a mantenere un costante e completo aggiornamento, hanno portato a una diversificazione e parcellizzazione della disciplina in numerosi settori di specifico interesse (alle superspecialità si sono aggiunte le specialità e, quindi, le subspecialità), al punto da chiedersi se esiste ancora la Chirurgia Generale e quali siano le sue reali competenze.

Se da un lato la settorializzazione del sapere chirurgico garantisce qualità nell'assistenza, nella didattica e nella ricerca, dall'altro lato si corre il rischio di creare chirurghi che, non praticando attività operatoria a 360°, possono trovarsi in difficoltà a fronteggiare gli imprevisti che si sovrappongono all'esecuzione standardizzata di un atto operatorio per il quale essi sono stati unicamente preparati.

Orbene, prescindendo dall'incontrovertibile unicità della materia chirurgica e





dall'indiscutibile ruolo prope-  
deutico della Chirurgia Genera-  
le nella formazione post-laurea  
nelle singole branche, bisogna  
chiarire che:

- quanto alle specialità, il  
chirurgo generale deve conti-  
nuare a essere aggiornato e  
competente per non essere  
emarginato da esse che, anche  
se di prevalente interesse di  
altri, in determinate situazioni -  
assenza delle relative strutture e  
urgenza - ritornano a essere di  
sua pertinenza;

Σ quanto alle subspecialità,  
esse non possono diventare  
branche autonome e ogni chi-  
rurgo generale si dedica a una  
di esse seguendo le proprie atti-  
tudini o le personali preferenze  
o le esigenze della struttura  
nosocomiale in cui opera.

Il campo d'azione della Chi-  
rurgia Generale, anche se  
apparentemente ridotto, conti-  
nua a essere di fatto ampio.

2. La mancanza di vocazio-  
ne per l'esercizio dell'arte chi-  
rurgica.

Nel giovane che si avvicina  
alla nobile chirurgia, non può  
non ardere una passione di sin-  
cero altruismo; non può non  
esservi un'abnegazione per lot-  
tare contro il pericolo che  
incombe sul proprio simile e per  
strapparlo alla morte; non può  
non esistere un sentimento d'u-  
mana solidarietà. Se così non  
fosse, non farebbe la scelta  
della professione che richiede  
maggiori sacrifici e rinunce: una  
continua attività lavorativa, con  
intenso impegno fisico e intellet-  
tuale e con altrettanto forte  
stress psicologico; il tutto da  
mascherare sapientemente con  
freddezza, sicurezza e serenità.

Ma...la mancanza nei gio-  
vani di spirito di altruismo, di  
abnegazione, di umanità, di  
sacrificio non è forse da consi-  
derare lo specchio dei nostri  
tempi?!

3. Lo scadimento del presti-  
gio del chirurgo e la dissacra-  
zione del suo ruolo.

Riconoscono varie cause.

a. Il venir meno delle indica-  
zioni operatorie in varie malat-

tie chirurgiche, per le quali sono  
state trovate alternative soluzio-  
ni farmacologiche, endoscopi-  
che, radiologiche, ecc. Il futuro  
sarà senza dubbio segnato da  
simili traguardi per altre malat-  
tie e alla fine una nuova razza  
di chirurghi lavorerà sulla cellu-  
la vivente, ci si augura con sag-  
gezza e prudenza e a esclusivo  
vantaggio della salute e della  
vita umana.

b. L'introduzione della regola  
del consenso informato all'inter-  
vento chirurgico. Qualunque  
determinazione dell'operatore  
deve essere discussa con il  
paziente che, reso edotto della  
strategia terapeutica, delle  
eventuali alternative, delle  
complicanze e delle sequele a essa  
correlate, dà o no il suo assen-  
so. Al ruolo attivo acquisito dal  
paziente, oggi protagonista  
nella scelta della cura della sua  
malattia, concomita la perdita  
dell'atavica considerazione di  
cui godeva il chirurgo al quale,  
unico custode della salute del-  
l'infermo, era nel passato rico-  
nosciuto un incontrastato potere  
decisionale.

c. Il deterioramento del rap-  
porto chirurgo-paziente e il pro-  
gressivo incremento della litigio-  
sità legale nei confronti del chi-  
rurgo per presunta responsabi-  
lità penale e/o civile per mal pra-  
tica. Fino a un ventennio fa il  
rapporto chirurgo-paziente era  
di tipo fiduciario, reso esplicito  
dai detti "sono nelle sue mani"  
oppure "mi affido alle sue  
mani", che misuravano l'entità  
della fiducia del paziente nei  
confronti del chirurgo, al quale  
l'infermo concedeva libertà di  
fare, senza permettersi di sotto-  
porre l'atto operatorio né a criti-  
che né a verifiche.

Oggi, in un clima sociale  
palesamente non sereno, il rap-  
porto chirurgo-paziente, non  
più di alleanza terapeutica, è di  
conflittualità, resa esplicita dalle  
vertenze giudiziarie cui il chirur-  
go, in modo sempre più incal-  
zante e oneroso, soggiace e dal  
ginepraio degli avvisi di garan-  
zia in cui si smarrisce e che,  
spine dolenti, ne segnano la vita

e la professione. Premesso che,  
come diceva Wilson (1998), "la  
sanità è un affare rischioso",  
che la malasanita, nonostante  
l'aforisma ippocratico "primum  
non nocere", esiste e che la cir-  
costanza che un errore possa  
capitare, essendo tutti gli esseri  
umani fallibili, non può essere  
una giustificazione, credo che  
sia da tutti condiviso che alla  
base della facile denuncia  
all'Autorità Giudiziaria dei chi-  
rurghi vi siano molteplici fattori.  
In particolare:

- la maggiore informazione  
della popolazione sulle malattie  
promossa dai media, meglio  
definita massificazione del  
sapere medico, e la maggiore  
consapevolezza da parte della  
stessa dei propri diritti;

- la mancanza di comunica-  
zione tra chirurgo e paziente: il  
chirurgo, pur con ineccepibili  
competenze tecniche, non ha  
imparato a capire, né attraverso  
gli insegnamenti né attraverso  
gli esempi, che il paziente aspet-  
ta qualcosa di diverso da una  
semplice diagnosi e terapia;

- le maggiori aspettative di  
risultato da parte dei pazienti  
basate sul progresso scientifico  
e tecnologico, che rendono il  
chirurgo, nell'opinione corrente,  
infallibile; queste aspettative  
sarebbero giuste se non fossero  
spesso frutto di notizie false o  
non corrette su acquisizioni sen-  
sazionali che, divulgate esage-  
ratamente e imprudentemente  
dai media (chirurgia mediaticiz-  
zata), creano nell'immaginario  
collettivo l'errata convinzione  
che ci sia una soluzione per tutte  
le malattie e che la chirurgia  
non possa avere né complicanze  
né sequele; come logica conse-  
guenza, l'insuccesso terapeutico  
non è attribuito dall'opinione  
pubblica all'evoluzione bio-  
logica della patologia, a volte  
avanzata e non trattabile, né a  
complicanze e sequele, ma  
all'operato errato del colpevole  
chirurgo;

- lo sciacallaggio degli orga-  
ni d'informazione che, privi di  
scrupoli e dimentichi della  
buona sanità fatta di quotidiani



e silenziosi piccoli miracoli, svendono la vita e la carriera dei chirurghi realizzando scoop giornalistici, in cui riservano eccessiva attenzione ai drammatici eventi avversi al bene della vita, etichettati a priori, in modo arbitrario e punitivo, come episodi di malasanità e messi in risalto con toni accesi e molto spesso non col-

limanti con la realtà oggettiva dei fatti come emergerà, in una ragguardevole percentuale di casi, dalle risultanze delle indagini giudiziarie o dalle sentenze; il giudizio gratuito di colpevolezza ha ricadute negative: \* sull'intera classe chirurgica criminalizzata ed esposta alla diffidenza, alla disistima e alla maldicenza da parte dell'indignata opinione pubblica; \* sull'operatore che, costretto a lavorare sotto la pressione psicologica d'incorrere, anche senza colpa, nel rigore dell'Autorità Giudiziaria e, per-

ché no, in quello dell'Azienda da cui dipende, pronta a costituirsi parte civile nei procedimenti a suo carico, fa ricorso a una chirurgia minimalista, difensiva e rinunciataria, fatta di richieste di esami inutili e costosi, di rifiuto di eseguire qualsiasi intervento chirurgico improntato a grande rischio e che non abbia carattere d'urgenza, nonché di alternative terapeutiche; \* sull'assistenza offerta alla popolazione dal Servizio Sanitario Nazionale;

- la ricerca di occasioni di lavoro da parte degli avvocati e dei medici-legali, tanto solerti - pur non potendo e non dovendo fare di tuttata l'erba un fascio - a raccogliere le istanze delle parti lese e tanto solleciti a puntare l'indice accusatorio sul chirurgo, la cui sagoma costituisce un facile bersaglio fisso, dimentican-

do che, essendo il chirurgo votato alla tutela della salute del malato, l'interesse dei due coincide esattamente.

d. La crescita esponenziale della sfiducia e del discredito della gente nei confronti dei chirurghi e delle strutture ospedaliere. Esse, frutto anche di spesso ingiustificate denigratorie



campagne di stampa sul basso livello culturale e professionale e sull'inadeguato comportamento etico-morale dei chirurghi, nonché sulle carenze strutturali, tecnologiche e organizzative dei nosocomi, spingono gli ammalati al di là delle frontiere regionali e talora nazionali, ignorando anche quelle strutture italiane, soprattutto del Nord, che nulla hanno da invidiare per uomini e mezzi ai più qualificati centri stranieri. I viaggi della speranza, peraltro spesso immotivati, rappresentano ancora oggi una realtà in costante aumento.

4. Le vessazioni di carriera.

La mancanza di un programma per un reale monitoraggio dell'effettiva necessità di chirurghi sul territorio nazionale in un determinato periodo di tempo e per la statuizione in sintonia del

numero di specialisti da formare significa penalizzare i giovani chirurghi che, già segnati dal maggiore tempo richiesto per raggiungere l'autonomia decisionale e operativa che in altre professioni, vedono anche ritardata l'epoca della loro immissione nel mondo del lavoro. A ciò si aggiunge spesso una politica sanitaria e accademica che non premia, ai fini delle assunzioni, le capacità e i meriti scientifici e professionali.

A un giovane, giunto nel pieno delle energie fisiche e mentali e dell'entusiasmo lavorativo al compimento di un lungo percorso formativo, non possono non essere offerte tutte le opportunità per consentirgli di mettere a frutto le sue potenzialità. Bisogna impedire che le rapide del torrente della frenesia lavorativa si stemperino nel placido corso di un fiume. La storia ci insegna che, ogniqualvolta grandi responsabilità siano state affidate a uomini giovani, grandi risultati sono arrivati.

Né va sottaciuto, tra le vessazioni di carriera, il mobbing: il chirurgo, entrato nel mondo del lavoro, ne viene emarginato per gelosia o quant'altro. E' triste quanto ho detto; ma chi opera nella sanità e nell'università sa bene che le cose vanno così.

5. La scarsità del compenso economico.

L'attrazione economica della professione chirurgica è in caduta libera. Paracelso diceva che "il chirurgo deve pensare più al paziente che ai soldi che da lui può ottenere". Affermazione corretta ma non al punto da credere che il citato medico, alchimista e filosofo del XVI sec. pretendesse che il chirurgo fosse trattato come un missionario, così come non ritengo lo pretendesse la nostra Costituzione nel sancire il diritto alla salute.

L'aspetto economico riveste un ruolo importante, essendo indiscutibile il fatto che si lavori per vivere. All'abnegazione, ai sacrifici, all'impegno profuso,



alle responsabilità assunte debbono corrispondere adeguati e dignitosi compensi: l'alternativa è una grande demotivazione.

6. Le carenze nell'organizzazione delle Scuole di Specializzazione con un'inadeguata offerta formativa non al passo con i tempi.

Quanto sto per dire prescinde dalla frequente mancanza di attitudine per l'arte chirurgica del neolaureato ammesso alla Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale, non impedita dall'attuale sistema di reclutamento.

Questo sistema, se da un lato permette all'aspirante specializzando di partecipare alla prova d'ammissione in più discipline anche di diversa area, pronto ad accettare qualunque possibilità gli venga offerta dal superamento dell'esame, indipendentemente dalla specialità per la quale si sente portato, esclusivo obiettivo essendo quello di usufruire della borsa di studio, dall'altro lato non consente di accertare il possesso da parte del medesimo di quelle qualità fisiche e caratteriali che, insieme alle intellettive, realizzano la vera essenza del chirurgo, al punto da poter affermare che chirurghi si nasce, e la cui mancanza dovrebbe indurre il diretto interessato a dedicarsi ad altra specialità in cui esprimere efficacemente le sue capacità, favorendo nel contem-

po un migliore utilizzo delle risorse sociali.

Ma...se chirurghi si nasce è anche vero che, non cadendo paradossalmente in contraddizione, chirurghi si deve diventare: sono le Scuole di Specializzazione in Chirurgia Generale a essere deputate, nel nostro ordinamento, ad assolvere questo compito didattico-formativo post-laurea, da interfacciare con l'attività assistenziale che va garantita all'utente del Servizio Sanitario Nazionale.

Tale interfaccia è particolarmente complicata in quanto deve tutelare aspetti tra loro antitetici:

- acquisizione da parte dello specializzando di quella capacità di sapere fare indispensabile nel suo processo di formazione e maturazione professionale;

- garanzia al paziente di un'assistenza efficace e di qualità.

E' evidente, però, l'attuale esistenza di una sproporzione fra quanto le Scuole in Chirurgia Generale offrono e quello che è richiesto per un'ottimale preparazione degli apprendisti chirurghi, ai quali non sembra assicurino una crescita professionale adeguata agli standard europei.

(1° Segue)

*\* Direttore della Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale I Università degli Studi di Messina*

## ECM: fra sei mesi le nuove regole

Prosegue per altri 6 mesi il sistema dell'Ecm, l'educazione medica continua di tutti gli operatori sanitari: la lunga fase sperimentale, avviata nel 2002, si conclude ufficialmente il 31 dicembre di quest'anno. Ma assessori regionali alla Sanità e ministero della Salute hanno deciso di andare avanti con una proroga di altri 6 mesi per mettere poi a punto nuove regole. Un nuovo meccanismo ancora tutto da costruire che vedrà però al lavoro una commissione paritetica composta dal ministro e della regioni chesentirà volta per volta le categorie di settore: medici, infermieri, farmacisti, ecc. Lo scorso novembre gli accrediti di migliaia di eventi formativi, per ognuno dei quali è assegnato un punteggio in proporzione all'importanza, era stata sospesa, in attesa di comprendere cosa sarebbe successo al sistema. Oggi le regioni e ministro hanno deciso di sbloccare il meccanismo in attesa della messa a punto di nuove regole. La formazione continua in Italia, uno dei capi saldi dell'educazione del personale in moltissimi sistemi sanitari, in particolare anglosassoni, prevede che tutti si debbano aggiornare e formare continuamente. Un obbligo di fatto solo morale, visto che non è stata applicata la norma, seppur in un sistema sperimentale, che inizialmente prevedeva forme di penalizzazione per chi non frequenta corsi, convegni e seminari. Dal 2002 al 2005 sono stati accreditati 218.933 eventi formativi residenziali più oltre 66 mila aziendali. I frequentatori più assidui sono stati lo scorso anno i medici, seguiti da infermieri, farmacisti e psicologi.

### Scheda di accesso per ricoveri in Case di cura

Sulla scheda di accesso per i ricoveri ordinari nelle Case di cura private

accreditate, abbiamo pubblicato sul numero precedente di dicembre una nota della direzione generale Asl5 senza citare la responsabile del settore che ha curato l'articolo, dr.ssa Giuliana Fazio.

Ci scusiamo per l'inconveniente.

*Il convegno del Dipartimento cure primarie dell'Asl*

## **Invalidità civile, malattie da vaccini ed emotrasiusione e da causa di servizio**

di Aldo DI BLASI e Giuseppe RUGGERI

**S**i è svolto a Messina – Salone delle Bandiere del Municipio, nei giorni 19 e 20 gennaio u.s., il congresso dal tema: "Invalidità civile, handicap, malattie da vaccini ed emotrasiusione e da causa di servizio – Vecchi benefici e nuove prospettive di tutela dello stato sociale dell'individuo". Organizzata dall'Azienda U.S.L. n° 5 di Messina – Dipartimento Cure Primarie diretto dalla Dott.ssa

Gina Mollica Nardo, e dalla Direzione Generale - Ufficio Formazione diretto dalla Dott.ssa Antonina Santisi, l'assise è stata suddivisa in due distinti momenti secondo un percorso comunicativo e formativo tracciato dai due responsabili

scientifici, i Dott.ri Aldo di Blasi e Giuseppe Ruggeri. In apertura di lavori, hanno rivolto i saluti al folto uditorio presente in sala l'assessore comunale alla sanità Prof. Francesco Squadrito, il direttore generale dell'Azienda U.S.L. n° 5 di Messina Dott. Salvatore Furnari, il presidente dell'Ordine dei Medici di Messina Dott. Nunzio Romeo, il Direttore Provinciale del Ministero Economia e Finanze di Messina Dott. Filippo Impallomeni, il presidente della C.M.O. dell'Ospedale Militare di Messina Dott. Salvatore Cicero.

La prima giornata, concepita come convegno-dibattito in ragione della rilevanza pubblica dei suoi contenuti, si è articolata in due sessioni mattutine ed una tavola rotonda pomeridiana. La prima sessione, moderata dal Dott. Giuseppe Pracanica, presidente Commissione 1° istanza e medico legale, si è proposta di approfondire le problematiche connesse al riconoscimento delle condizioni di invalidità civile, handicap e inabilità. L'iter procedurale di tale riconoscimento è stato analizzato a partire dal momen-

to iniziale – il certificato medico – attraverso i differenti passaggi che conducono alla notifica finale del verbale di visita all'interessato. Il Dott. Matteo Mas-saro, medico di famiglia, ha illustrato i requisiti indispensabili per un certificato, alla luce delle norme deontologiche e giuridiche correnti. Il Prof. Giulio Cardia, docente di medicina legale e delle assicurazioni presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia

dell'Università di Messina, ha discusso sulla valenza medico-legale del certificato, richiamando i medici compilatori alle proprie responsabilità civili e penali in ordine ai reati che tale pratica può comportare (falso

materiale, falso ideologico e truffa). Il Dott. Aldo di Blasi, già primario medico legale, si successivamente è occupato della visita mirata all'accertamento degli stati di invalidità, arricchendo la sua trattazione dei più significativi particolari tecnici e riferimenti legislativi del caso. Alla Dott.ssa Caterina Fabiano, attuale presidente della Commissione Medica di Verifica di Messina, è spettato il compito di spiegare quali siano le competenze dell'organo di controllo del Ministero Economia e Finanze sull'attività di visita delle Commissioni di 1° istanza. Il Dott. Francesco Patané, dirigente medico I.N.P.S., ha tracciato i confini tra invalidità e inabilità, ai sensi delle differenti normative di cui alle LL. 295/90 e 222/84. Il Dott. Giuseppe Ruggeri, dirigente medico referente Ufficio Invalidi Civili dell'Azienda U.S.L. n° 5 di Messina, ha tracciato le linee del coordinamento medico-legale che, all'interno dell'Ufficio Invalidi Civili, ha istituito il Dipartimento Cure Primarie, nell'ottica di un miglioramento qualitativo e al fine dell'acquisizione di criteri di uniformità del lavoro delle





Commissioni di 1° istanza; tanto anche alla luce del progetto aziendale di reingegnerizzazione informatica e di decentramento distrettuale dell'Ufficio Invalidi Civili di Messina. Il Dott. Giuseppe Spadaro, dirigente dell'Ufficio Invalidi Civili dell'Azienda U.S.L. n° 5 di Messina, si è intrattenuto sullo stato attuale del coordinamento amministrativo, i suoi punti di criticità e gli interventi che l'Azienda U.S.L. n° 5 sta ponendo in essere per risolverli. La Dott.ssa Paola Zito, direttrice del patronato INAS-CISL, ha relazionato sullo stato del protocollo d'intesa tra gli organi istituzionali e il CE-PA, mirato a un'ottimizzazione dei rapporti tra le parti pubbliche deputate alla tutela degli invalidi civili. La seconda sessione, moderata dal Dott. Francesco Colavita, ha registrato gli interventi del primario medico dell'I.N.A.I.L. di Messina (infortunio sul lavoro e tecnopatie) e degli ufficiali medici Dott. Luigi Bar-



cellona (causa di servizio), del Dott. Enrico Messale (inidoneità in ambito militare e d'istituto) e Dott. Vincenzo Crisafulli (legge 210/92 ed emotrasfusioni). Nel corso del pomeriggio ha avuto luogo un'interessante tavola rotonda sull'organizzazione dei servizi territoriali in ambito di invalidità civile. Coordinata dal Dott. Antonio Contarino, viceprefetto di Messina, vi hanno preso parte la Dott.ssa Gina Mollica Nardo, direttore del Dipartimento Cure Primarie dell'Azienda U.S.L. n° 5 di Messina, il Dott. Giuseppe Rao, assessore comunale ai servizi sociali di Messina, il Dott. Filippo Impallomeni, Direttore Provinciale del Ministero Economia e Finanze di Messina, la Dott.ssa Francesca Parrinello, membro della commissione medica per l'incollocabilità, il Dott. Rosario De Luca, dirigente Ufficio Provinciale del Lavoro, il Dott. Carmelo Raffa, dirigente della prefettura di Messina, il Dott. Francesco Patané, dirigente medico I.N.P.S., il Dott. Michele Tomasello, presidente regionale dell'A.N.M.I.C. (Associazione Nazionale Mutilati e Invalidi Civili).

La seconda giornata, per la quale è stato richiesto l'accreditamento e.c.m. al Ministero della Salute, ha avuto un risvolto più specificatamen-

te tecnico e si è soffermata sui criteri valutativi dell'invalidità civile, dell'handicap, della cecità e del sordomutismo (Dott.ri Aldo Di Blasi, Dott.ssa Franca Arculeo, Dott. Politti, Dott.ssa Elvira Ventura Spagnolo) e sul danno biologico e il mobbing lavorativo (Dott. Giuseppe Ruggeri e Dott. Vincenzo Mellino).

L'obiettivo che gli organizzatori si sono prefissati nella realizzazione del congresso, confortato da una partecipazione numerosa e attenta che non si è limitata soltanto agli addetti ai lavori, è stato di riunire in unica compagine le diverse professionalità che agiscono nel settore ai fini di un'azione comune, per quanto di loro competenza, a difesa dei diritti di coloro che si trovano nella difficile condizione della disabilità. Tale compagine, se validamente articolata superando le barriere dei protagonismi istituzionali, potrebbe proficuamente dispiegare la sua azione costituendo un fronte unico che stabilisca un rapporto diretto con l'utenza e con i suoi bisogni. Ciò tanto più efficacemente se si considera che, specie dalle nostre parti, l'invalidità rappresenta un vero e proprio "ammortizzatore sociale" e si rende quindi necessario rafforzare da un lato le strutture sociali di tutela dei meno abbienti, e correggere dall'altro la tendenza a ipertrofizzare situazioni morbose che, considerate nella loro giusta luce, non danno diritto ad alcuna concessione di benefici di legge.

andando le barriere dei protagonismi istituzionali, potrebbe proficuamente dispiegare la sua azione costituendo un fronte unico che stabilisca un rapporto diretto con l'utenza e con i suoi bisogni. Ciò tanto più efficacemente se si considera che, specie dalle nostre parti, l'invalidità rappresenta un vero e proprio "ammortizzatore sociale" e si rende quindi necessario rafforzare da un lato le strutture sociali di tutela dei meno abbienti, e correggere dall'altro la tendenza a ipertrofizzare situazioni morbose che, considerate nella loro giusta luce, non danno diritto ad alcuna concessione di benefici di legge.

## Selezione per assunzioni al Centro Neurolesi

L'Irccs centro Neurolesi Bonino Pulejo di Messina ha bandito una selezione, per titoli e colloquio, per la formazione di graduatorie per eventuali assunzioni, a tempo determinato, di dirigente medico e non medico, varie discipline. In particolare:

Ruolo sanitario medico:

Dirigente medico delle seguenti discipline: Anestesia e rianimazione, Neurologia. Ruolo sanitario non medico: Dirigente delle seguenti discipline: Farmacista. Le domande dovranno essere presentate entro il 13 marzo 2007.

# Contratti pubblici Elenco dei professionisti disponibili a far parte delle commissioni

Il D. Lgs. 163/2006 "Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle Direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE", che disciplina l'intera materia dei contratti pubblici, all'art.84 prevede che le stazioni appaltanti istituiscano un elenco dei professionisti con almeno dieci anni di iscrizione nei rispettivi albi professionali tra i quali sono scelti i commissari delle Commissioni giudicatrici nel caso di aggiudicazione con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa degli appalti dei servizi sanitari (Allegato II B) quando ci sia una accertata carenza nell'organico delle stazioni medesime di adeguate professionalità o ricorrano esigenze oggettive e comprovate.

Tali elenchi soggetti ad aggiornamento almeno biennale (art.84, comma 9) dovranno essere costituiti dagli organismi interessati sulla base di rose di candidati fornite dagli Ordini provinciali ai quali verrà avanzata richiesta. Alcune Aziende Ospedaliere hanno già interpellato alcuni Ordini al fine di acquisire i nominativi suddetti.

E' necessario a tale propo-

sito che i medici e gli odontoiatri che abbiano un'iscrizione almeno decennale, se siano interessati a fornire la prestazione di cui trattasi e pertanto disponibili ad essere inseriti nella rosa dei candidati, comunichino all'Ordine la loro disponibilità (mediante il modulo allegato) al fine di ottemperare alla disposizione di legge.

Il modulo potrà essere presentato di persona, direttamente presso gli uffici dell'Ordine (in tal caso verrà sottoscritta dinanzi ad uno dei responsabili del procedimento deputato alla ricezione) ovvero inviato per il tramite del servizio postale o tramite fax

(allo 090-694555) unitamente a copia fotostatica, di un valido documento di identità del sottoscrittore o, infine, presentato da una terza persona sempre con fotocopia del documento.

## 4° Corso siculo calabro di reumatologia

Si svolgerà il 30 -31 Marzo presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria del Policlinico "G. Martino".

Presidente Onorario:

Roberto Marcolongo

Presidente LIMAR

Presidente

Gianfilippo Bagnato

Cattedra e Scuola di Specializzazione in Reumatologia

Università degli Studi di Messina

Giovanni Minisola

Direttore Unità Operativa Complessa di Reumatologia

A.O. "S. Camillo-Forlanini" di Roma

Segreteria Scientifica

Saverio Anghelone

Luigi De Filippis

Filippo Siclari

Segreteria Organizzativa

iDea congress

Via della Farnesina, 224

00194 Roma

Tel. 06 36381573

Fax 06 36307682

E-mail: info@ideacpa.com

www. ideacpa.com

I Corsi seguiranno le procedure di accreditamento E.C.M. secondo quelle che saranno le nuove formative dal Ministero della Salute.







# Infezioni genitali virali e prevenzione del cervico carcinoma

## Il corso di aggiornamento per ginecologi

di Luisa BARBARO

Organizzato dalla Società Italiana di Colposcopia e Patologia Cervico Vaginale, con la segreteria Scientifica composta dalla dott. Barbaro, responsabile U.O. Consultori e dirigente C.F. di Via del Vespro, dalla prof. Caruso, Università di Messina e dal dott. Fidelbo, Coordinatore Registro Tumori Integrato della provincia di Catania, si è tenuto a Messina un Corso di aggiornamento su una delle tematiche più attuali in ambito ginecologico, diretto ai ginecologi esperti in colposcopia.

La nostra città, grazie alla collaborazione dell'Azienda ASL 5 e dell'Università di Messina è stata prescelta tra le sedi che, a livello nazionale, hanno ospitato l'importante evento nel corso del quale si sono discusse le prospettive offerte dalla vaccinazione per l'HPV correlato al carcinoma del collo dell'utero. Si è discusso inoltre, della integrazione tra screening e vaccinazione.

Dopo i saluti del Direttore Amministrativo della ASL, dott. Colavita, del Capo Distretto Messina Nord, Dott. Molonia, del Direttore Generale del Policlinico Universitario di Messina, dott. Materia, del Presidente dell'Ordine dei Medici, dott. Romeo, hanno introdotto i lavo-

ri i Presidenti del Corso, dott. Coletta, Direttore Dipartimento Infantile ASL 5 Messina, il prof. Granese, Direttore del Dipartimento di Ginecologia dell'Università di Messina ed il Segretario Generale della SICPCV, Prof. Boselli dell'Università di Modena. Il corso è stato suddiviso in tre sessioni durante le quali si sono discussi i seguenti temi:

Lo screening per il cervico carcinoma, moderata dal prof. D'Anna e dalla dott. Barbaro che hanno evidenziato come la prevenzione sia uno degli obiettivi sanitari più rilevanti per la tutela della salute della donna. La dott. Barbaro, ha rilevato come lo screening del cervico carcinoma, avviato dall'ASL 5 dall'anno 2004, si inquadra nella cultura e nel progetto di salute per la popolazione femminile residente nella nostra provincia.

D'altronde, lo screening per la diagnosi precoce del cervico carcinoma, può essere considerato come uno dei più importanti interventi di prevenzione per "l'unico tumore veramente prevenibile".

Il progetto, nei suoi aspetti organizzativi e scientifici, è stato presentato dal dott. Paratore, responsabile dell'U O Screening di Messina e dalla

dott. Toscano, componente della stessa Unità di Screening. I relatori hanno sottolineato come il programma si propone di ridurre del 90% l'incidenza del carcinoma invasivo del collo dell'utero, riducendo, conseguentemente, la mortalità.

Il prof. Irato, del Policlinico Universitario di Messina, ha tenuto una relazione avente per tema HPV e neoplasia cervicale. Le indicazioni all'impiego dell'HPV - test sono state illustrate dalla dott. Scalisi, responsabile U O Screening di Catania.

La sessione si è conclusa con il dibattito, moderato dalla dott. Bonsignore, dell'U.O. di Screening di Messina.

Nella seconda sessione si è discusso il tema: Trattamento e prevenzione del cervico carcinoma, moderata dal prof. Cancellieri, dell'Università di Messina e dal dott. Vitale, primario di Ginecologia dell'Ospedale di Barcellona. Importante, in questa sessione, è stata la presentazione effettuata dal prof. Boselli, sulle caratteristiche del vaccino profilattico, e della dott. Irali, dell'Università di Modena, sull'organizzazione dei programmi di vaccinazione nell'ambito dei protocolli terapeutici.

La sessione si è conclusa con il dibattito, moderato dal dott.

Caudullo, primario di ginecologia dell'Ospedale di Taormina.

La terza sessione, moderata dalla prof. Pizzo e dal Prof. Carlo Stella, Università di Messina, ha trattato il tema dell'Infezione da HSV e HPV.

Hanno tenuto le relazioni il prof. Boselli (Aspetti clinici dell'Herpes genitale), il dott. Fidelbo, ( Gli esami di laboratorio per l'infezione da HSV), la dott. Irali (Terapia dell'herpes genitale), la prof. Caruso, (Aspetti clinici della condilomatosi genitale), la dott. Miceli, responsabile del C.F. di Contesse ( Infezioni da HSV e HPV: ruolo del counseling).

La sessione si è conclusa con il dibattito, moderato dal dott. Cordopatri, Ginecologia Ospedale Papardo.

Il corso è proseguito con un work shop interattivo, coordinato dal prof Boselli, con la partecipazione dei dott. Barbaro, Marcazzò dell'ASL 5 e dei prof. Antico, Mancuso e Triolo, dell'Università di Messina.

I risultati della ricerca, soprattutto relativamente all'impatto della vaccinazione sulla popolazione femminile, rappresentano un grande traguardo nell'ambito della ginecologia europea per un progetto di sanità pubblica.

Con questo Convegno si è realizzato uno degli obiettivi istituzionali più importanti perseguiti dai Consulenti familiari: quello di pensare e lavorare in collaborazione, attivando la rete e le sinergie tra servizi territoriali di base e servizi ospedalieri ed universitari.

## **Letterio Morgante V. presidente della Limpe**



Nel XXXIII congresso della LIMPE (Lega italiana per la lotta contro la Malattia di Parkinson, le malattie extrapiramidali e la Demenza), svoltasi a Stresa con la presenza dei più esperti parkinsonologi italiani e di alcuni tra i più noti ricercatori stranieri, si è proceduto al rinnovo del direttivo. Il Prof. Letterio Morgante (nella foto), su proposta del consiglio direttivo, è stato nominato all'unanimità vicepresidente della LIMPE. Il Prof. Morgante è professore associato di Neurologia presso il Dipartimento di Neuroscienze, scienze psichiatriche ed anestesio-logiche dell'università di Messina. E' inoltre responsabile dell'ambulatorio per lo studio della Malattia di Parkinson e delle malattie extrapiramidali della Clinica Neurologica del Policlinico.

## **Giuseppe Di Tano nel coordinamento nazionale area scompenso cardiaco**

Il Dr. Giuseppe Di Tano, dirigente medico della U.O. di Cardiologia dell'Azienda Ospedaliera Papardo è stato invitato a far parte del Comitato di Coordinamento nazionale dell'Area Scompenso Cardiaco

dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri per il biennio 2007-2008.

L'Area è la forma organizzativa di aggregazione culturale ed operativa dell'A.N.M.C.O. con la finalità di garantire continuità di attenzione e di iniziative nei Campi della Cardiologia di vasto interesse epidemiologico ed organizzativo e quindi di maggior rilevanza in termini di salute pubblica.

Tale coinvolgimento rappresenta un indubbio attestato di stima sia per il Dr. Di Tano, da tempo impegnato nel campo dello Scompenso Cardiaco, che per la Cardiologia del Papardo, attiva in tutti i settori della Cardiologia.







All'Unità operativa di Otorinolaringoiatria del "Papardo"

## Diagnosi e prevenzione della poliposi naso-sinusale

Il frequente riscontro nella pratica clinica di un elevato numero di pazienti affetti da poliposi nasale recidivante mi ha spinto ad organizzare un ambulatorio dedicato a questa patologia. Tale servizio prevede uno studio iniziale e il follow up dei pazienti affetti e di quelli ritenuti a rischio ed è accessibile su prenotazione presso l'Unità Operativa di Otorinolaringoiatria dell'Azienda Ospedaliera "Papardo".

La prevalenza della poliposi nasale nella popolazione generale è considerata bassa, intorno al 2,11%; in genere la patologia si manifesta intorno alla terza decade di vita fino a raggiungere un picco intorno ai 60 anni.

Tale patologia è associata a numerose condizioni che determinano infiammazione cronica delle cavità nasali quali la rinite allergica, la rinite non allergica eosinofila (NARES), l'asma bronchiale, la fibrosi cistica, l'intolleranza all'aspirina, la sindrome di Churg-Strauss, la sinusite micotica eosinofila, le sindromi da discinesia ciliare ed alcune condizioni di immunodeficienza.

La frequente osservazione di un'aggregazione familiare della poliposi, suggerisce la condivisione di fattori genetici o ambientali comuni. Tale impressione ha ricevuto conferma da uno studio recente



di Antonino **ANTONUCCIO**

condotto su 224 pazienti: il 52% di questi soggetti presentava una storia familiare positiva. Dal punto di vista ambientale, mentre l'inquinamento atmosferico sembra non influenzare la prevalenza della malattia, alcuni fattori quali il fumo e il riscaldamento a legna sono conside-

rati agenti causali. Il nostro servizio si propone di concentrare in un unico accesso la visita specialistica O.R.L., l'esame endoscopico e l'esame rinometrico. Ai pazienti affetti o a rischio di patologia sarà consigliato un ricovero in regime di Day Hospital che servirà ad approfondire lo studio con l'esecuzione di esami altamente specialistici quali la rinocitometria, lo studio della motilità ciliare, i tests allergodiagnostici, i tests di provocazione ed infine, se ritenuta necessaria, la diagnostica per immagini.

Per prenotazioni chiamare il n° 090.3993387 dalle ore 8.00 alle ore 20.00.

### Convegno del Lions Club

## Termalismo, turismo e territorio

"Termalismo, arte turismo, territorio" è il tema del Convegno che il Lions Club distretto 108 YB (Sicilia) ha organizzato per il 19 aprile alle ore 16 nel Salone delle Bandiere del Comune di Messina, per parlare del ruolo dei Club service nello sviluppo del Medfiteraneo. All'importante incontro interverranno fra gli altri l'assessore regionale alla Cooperazione on. Nino Beninati, l'assessore regionale all'Ambiente Rosana Interlandi, al turismo on. Dore Misuraca; il Sindaco Francantonio Genovese, il governatore del Distretto 108 del Lions Francesco Salmè. L'Obiettivo è triplice:

Il nostro territorio è in grado di offrire qualcosa di diverso dell'asfittico turismo nostrano, adeguandosi a quanto già avviene in più regioni Italiane dove con successo si sono ottenuti risultati più che lusinghieri infatti possiamo offrire un patrimonio culturale ed artistico che va dalla memoria storica Ellenistica-Romana, al periodo Bizantino-Arabo -Normanno sino ai giorni nostri; La potenzialità geologica e sociale del nostro territorio così variegata e diversa che va dalla montagna, al Turismo balneare, da quello rurale a quello degli itinerari eno-gastronomici, può costituire un volano per l'integrazione e l'interazione delle risorse con evidenti risultati nel campo del lavoro, economia, turismo salvaguardia te dell'ambiente;

Salvaguardare l'economia locale definendo i centri Termali polo di attrazione creando i presupposti di un sinergismo e di una valorizzazione del territorio circostante.



**M**essina ha una sua Sezione Provinciale della FEDERSPeV (Federazione Nazionale Sanitari Pensionati e Vedove che associa medici, farmacisti e veterinari) e che dal 2001 ha come presidente il prof. Antonino Arcoraci sostenuto da un Consiglio Direttivo costituito dai dott.ri Caminiti Carmelo vice presidente, Nicita Antonino Tesoriere, Signora Di Vincenzo Cardia Imma e Dott. Milone Pietro segretari e dalla Signora Lo Re La Fauci Renata, dal Prof. Emanuele Mazzaglia e dai Dott.ri Scoglio Antonino e Palazzolo

momento in cui la lotta mira alla valorizzazione e al sostegno delle pensioni specie di reversibilità.

Sviluppa anche attività collaterali culturali e turistiche mirate a facilitare la conoscenza o l'avvicinamento tra gli iscritti e a soddisfare esigenze di tipo ricreativo.

Questi sono i servizi a disposizione forniti direttamente dalla sede centrale che è a Roma in via Ezio 24 C.P. 00192 2° piano int. 6 prima scala a sinistra, nei pressi di Piazza Cola di Rienzo e telefono: 06.3221087 o 06.3203432 Fax.

tando per telefono al 06.3222666. La prestazione professionale, limitata alla consulenza, è gratuita per gli iscritti alla Federazione. Ogni altra prestazione sarà svolta a tariffa facilitata concordata direttamente con il professionista.

Consulenza fiscale: la consulenza fiscale è svolta dal dott. Alberto Corbezzolo con n. telefonico 06.3244907.

Per aderire alla FEDERSPEV fare richiesta direttamente alla Sezione di Messina o alla sede centrale, compilando una semplice cartolina che in atto è anche in deposito all'Ordine dei Medici di Messina nelle mani della signora Giordano. Il costo è di 36 euro l'anno per i titolari di pensione e 24 euro per le vedove e sarà trattenuto una volta l'anno dal conto ENPAM o ENPAF. Per i veterinari e le vedove dei veterinari, il pagamento è diretto, ma sempre annuale.

Per la parte ludico-culturale e scientifica, in sede cittadina, si interessa la Sezione di Messina con sede nel domicilio del presidente Viale della Libertà isol. 518 - 98121 tel. 090.49467 o 348 7836711. Su disponibilità del Presidente dell'Ordine, per i convegni e le riunioni, gode dell'auditorium Martino nella sede di via Bergamo isol. 47/A Messina.

Gli incontri annuali non sono tantissimi, ma quelli realizzati hanno però destato sempre consenso e simpatia. Infatti sono aumentate le richieste, è aumentato l'interesse per la Federazione ed è aumentato anche il numero degli iscritti: la Sez. di Messina conta 242 associati tra medici, farmacisti, veterinari e vedove.

A dicembre 2005 ha organizzato una gita a Calvaruso,

## L'impegno della FEDERSPeV



Antonino Arcoraci

Giuseppe, consiglieri. Fanno parte del Consiglio i Dott.ri Catanoso Paolo per l'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Messina, Niutta Vincenzo dei Veterinari e Facciola Giuseppe dei Farmacisti. Revisori dei Conti sono i Dott.ri Di Tommaso Giuseppe (Presidente), D'Alessandro Vincenzo e De Francesco Michele.

Come è già stato comunicato in questo Bollettino, la Sezione, in linea con gli indirizzi della FEDESPEV Nazionale, sostiene in maniera prioritaria e difende dal punto di vista sindacale, le pensioni dei titolari, delle vedove e dei superstiti sia Medici che Veterinari e Farmacisti e offre disponibilità a coloro che nel bisogno, ne fanno richiesta per esigenze personali o per i figli.

La sua forza è data dal numero degli iscritti: più associati, più forza, specie in questo

06.3224383 Sito internet: [www.federspev.it](http://www.federspev.it) E-mail: [federspev@tiscalinet.it](mailto:federspev@tiscalinet.it).

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

Fondo di solidarietà per i casi più impegnativi.

Consulenza pensionistica: svolta dal Dott. Paolo Quarto, ex Dirigente Enpam, per tutti i settori della previdenza. La consulenza viene effettuata nei giorni di martedì e mercoledì dalle ore 9.30 alle ore 12.30 a mezzo telefono (06.322187-06.3203432) o a mezzo fax (06.3224383) o recandosi personalmente presso la sede sociale sita in Via Ezio 24, meglio dopo appuntamento.

Consulenza legale: la consulenza legale viene svolta dall'avv. Guarnacci Giulio preno-



Villafranca e Spadafora con la visita guidata al Convento, al Castello di Bauso, al museo della Storia della Medicina a Villafranca e al castello di Spadafora.

Ad aprile ha partecipato al Congresso Nazionale a Palermo e in appendice, ha inserito la visita guidata a Carini.

A maggio come per gli altri anni, ha effettuato la gita a Siracusa in occasione delle rappresentazioni classiche al teatro greco.

Si è impegnata attivamente per l'organizzazione del Convegno Interregionale Siculo-Calabro su "Il Pensionato oggi: modo di vivere... peso sociale... capacità di dare..." che il 23 settembre scorso ha visto una ampia partecipazione nel Salone delle Bandiere del Comune di Messina e che ha avuto vasta eco, anche nazionale, tanto che verranno stampati gli atti.

Per l'anno prossimo il C.D. ha deliberato un programma di massima che prevede:

- in accordo alla volontà della Sezione Regionale Siciliana, un viaggio a Roma a febbraio-marzo e l'incontro in udienza con S.S. Benedetto XVI;

Il 17 marzo un Convegno provinciale in associazione con l'AMMI di Messina, sulle malattie sessualmente trasmesse;

- una gita a Pasqua, da venerdì al lunedì santo ( 6-9 aprile ), a Trapani per assistere alla processione dei Misteri e a Piana degli Albanesi per partecipare alla Messa Pasquale con il rito greco-ortodosso e allo spettacolo della processione in costume. Nel programma è inserita anche la visita a Erice, a Segesta e a Petralia Soprana e Sottana;

- l'1 e il 2 giugno, la consueta gita a Siracusa per le rappresentazioni classiche. Nella mattinata della domenica è prevista la escursione in una località vicina.

Il 10 giugno, giorno del Corpus Domini, la Sezione propone l'andata a S. Pierniceto per l'infiorata con pranzo in un posto nei paraggi e da definire.

Dal 12 al 16 maggio, il Congresso Nazionale a Rimini. Anche questo appuntamento potrà essere occasione per una gita in zona. Tutti avranno la comunicazione con Azione Sanitaria e chi è interessato mi potrà contattare per programmare, se vuole, la partenza da Messina.

Il 2 ottobre, in coincidenza della Giornata del nonno, si propone di organizzare un incontro che, in un ambiente idoneo, coinvolgerà nonni e nipoti. La proposta votata all'unanimità dal Consiglio Direttivo, ha però bisogno di essere resa concreta. Con questa mia comunicazione, prego tutti di partecipare con un concorso di idee, alla stesura del programma. Non sarà facile, ma provare è possibile.

Nel 2007, la FEDERSPeV di Palermo coinvolgerà la Sez. di Messina in un programma mirato alla educazione alla salute con corsi ECM da coordinare nella Città.

Dei programmi in dettaglio si interessa l'Agenzia AYRTON di viale della Libertà Tel. 090.346767 a cui tutti possono rivolgersi.

Per ogni altra informazione, io sono a disposizione di chi mi voglia telefonare. Sarò felice di rispondere, sempre nelle mie possibilità, a ogni domanda che mi sarà fatta.

## XXXII premio letterario nazionale per i medici

La Lega per la lotta contro i Tumori, sezione di Parma, indice per il 2007 la XXVIII, edizione del Premio Letterario Nazionale di narrativa aperto a tutti i medici che si svolgerà in autunno. I racconti dovranno tassativamente contemplare, sia pure nell'ambito della più ampia libertà creativa: ed interpretativa, la tematica inerente ad una situazione di carattere neoplastico; non dovranno esprimere, tanto passaggi medico-tecnici, quanto suscitare attraverso l'originalità. Il contenuto dei pensieri, l'espressione letteraria e le immagini, stati d'animo per un coinvolgimento alla lotta contro i tumori. Al 1° classificato verrà assegnato un premio di euro 1.000,00 al 2° di euro 500,00 e al 3°, di euro 250,00. I premi dovranno essere ritirati personalmente. In caso contrario l'importo sarà devoluto alla LILT per le sue attività.

Gli attestati potranno essere ritirati da persona delegata o spediti con spese a carico del destinatario. I nomi dei componenti la Giuria verranno comunicati al momento della premiazione.

La quota di partecipazione è di euro 35,00. Le opere concorrenti, in numero di 7 copie, dovranno essere inviate alla lega per la Lotta contro i Tumori, sezione di Parma - via Gramsci 14 - 43100 Parma - entro e non oltre il 31 maggio 2007 (della data di spedizione farà fede il timbro postale).

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

Per informazioni la segreteria è aperta dal lunedì al venerdì dalle ore 8,30 alle ore 12,30 e dalle 15,00 alle 18,00

tel. 0521/88886 - 702243

Fax 0521/988886

e-mail: parma@lilt.it



**L**a consapevolezza dei problemi è la chiave che apre la porta alle possibili soluzioni.

Di perdita involontaria di urina si parla poco e malvolentieri, e questo atteggiamento aumenta la percezione di umiliazione personale e di rassegnazione che spesso ingabbia chi ne è affetto.

L'incontinenza urinaria è un problema importante per molte donne, ma è confessato da poche. Eppure, questo disturbo se affrontato in modo adeguato, può essere sconfitto o tenuto sotto controllo in modo molto efficace.

"E' propria della donna", "E' una conseguenza del parto", "E' l'età".

Queste comuni asserzioni popolari sono purtroppo accettate sia dal medico sia dalla paziente. Non è infrequente visitare pazienti incontinenti da anni, che adottano come unico presidio al loro disturbo i pannoloni. Questo aspetto unito alla cronicità del problema e alla sua subclinità, rende particolarmente difficili le indagini epidemiologiche. In generale può manifestarsi a qualsiasi età ;

## L'incontinenza urinaria nella donna



di Pietro PAPPÀ

do, facendo esercizio fisico e così via.

"Incontinenza da urgenza" perdita involontaria di urina associata ad uno stimolo impellente allo svuotamento della vescica. Sindrome urgenza/frequenza caratterizzata dalla necessità di urinare frequentemente (più di 8 volte nelle 24 ore) senza che vi sia aumento della produzione di urina, dolore alla minzione; nella donna, saltuaria incontinenza.

"Incontinenza mista" è una combinazione tra incontinenza da stress e da urgenza.

"Incontinenza da rigurgito" indica un quadro di sgocciolamento pressochè costante.

Quella da stress predomina (55%) rispetto a quella da urgenza (12%) e alle forme miste (24%). I potenziali fattori di rischio nella stress incontinenza sono: età, gravidanze, parto, menopausa, isterectomia, obesità ed in generale lo stato anatomico del basso apparato urinario.

L'incontinenza da urgenza può avere una genesi sia muscolare che nervosa.

La scelta migliore per arginare le perdite è rivolgersi al medico di famiglia che gioca un ruolo chiave nell'accertare ed anche nel trattare i disturbi dell'incontinenza urinaria. Ma l'ambulatorio del medico di famiglia è anche un crocevia

non risparmia donne giovanissime (in circa il 20% addirittura prima dei trenta anni ed inoltre 40% il sintomo si manifesta tra i 30 e 50 anni), ma il disturbo è certamente più diffuso nelle donne dopo i 60 anni. Clinicamente l'incontinenza viene classificata in quattro diversi tipi:

- \_ incontinenza da stress o da sforzo
  - \_ incontinenza da urgenza
  - \_ incontinenza mista
  - \_ incontinenza da rigurgito
- "Incontinenza da stress" indica una perdita di urina che si manifesta in occasione di aumento della pressione addominale conseguenti per esempio, a colpi di tosse, starnuti oppure sollevando pesi, saltellan-



nevralgico nel senso che da lì la paziente potrà poi essere indirizzata ed affidata alle mani di medici e centri specializzati, coinvolti nella cura e gestione dell'incontinenza urinaria.

Nella nostra U.O., diretta dal Dr Carlo Aragona, ormai da circa tre anni, esiste un settore di urologia funzionale (Neurourologia; Continenza; Uroginecologia, Urodinamic; Riabilitazione del Pavimento pelvico) che consente nel maggior numero dei casi di identificare la causa precisa dei disturbi minzionali e dispone di apparecchiature di riabilitazione per la terapia dell'incontinenza.

Inoltre nell'Unità Operativa si effettuano interventi di chirurgia mininvasiva. per la risoluzione dei casi più seri.0

Nessuno dei trattamenti disponibili, tuttavia è miracoloso e probabilmente la chiave del successo terapeutico sta proprio nell'impostare con la paziente un colloquio franco sulla sua imbarazzante condizione e sulle realistiche possibilità di cura.

L'incontinenza urinaria ha un impatto negativo significativo o meglio, "disastroso", su tutti gli aspetti della vita di chi ne è afflitto, creando problemi psicologici, occupazionali, relazionali, fisici e sessuali. L'inquadramento e la terapia devono seguire un approccio logico e sistematico. Il medico di base, come prima accennato, ha un ruolo importante nelle fasi iniziali, in cui un trattamento conservativo può essere risolutivo, mentre allo specialista sono da riservarsi le pazienti che non beneficiano di una terapia conservativa i casi particolarmente complicati.

*Dal 27 al 30 marzo a Sestriere*

## XII Corso sulla patologia muscolo-scheletrica

Presidenti del Corso, Maurizio CROVA, Paolo GALLINARO, Carlo FALETTI.

La moderna tecnologia e l'approfondimento delle conoscenze della medicina mettono a disposizione dello specialista del terzo millennio strumenti molto sofisticati e in continua evoluzione e gli permettono di fare il punto sulla validità delle procedure in uso. La capacità di valutazione del singolo può essere messa a dura prova dalla quantità e dalla qualità delle informazioni raccolte. Un aiuto, a nostro avviso, può derivare dal confronto interdisciplinare tra ortopedico, radiologo e fisiatra.

L'obiettivo del nostro corso, giunto alla sua dodicesima edizione, è dimostrare che questo confronto può e deve essere una metodologia di lavoro e di studio.

Nell'edizione 2007 ci occuperemo della patologia degenerativa e traumatica dell'anca e del ginocchio nel "giovane".

In ciascuna delle giornate che trascorreremo insieme saranno proiettati interventi chirurgici eseguiti in diretta al C.T.O. di Torino o preregistrati e teletrasmessi alla sede del corso con commenti e discussione immediati.

Seguiranno lezioni magistrali tenute da esperti nazionali e internazionali su temi di attualità in campo ortopedico e radiologico, presentazione di casi clinici e relazioni suscettibili di dibattito tra esperti e partecipanti.

Ampio spazio verrà dedicato all'imaging sia pre che post-operatorio e alle più moderne tecniche riabilitative.

La prima giornata avrà come protagonista l'anca; gli esperti si confronteranno sulla diagnosi e il trattamento della coxartrosi nel paziente giovane.

La seconda giornata sarà dedicata alla gonartrosi primitiva e secondaria nel paziente giovane.

La terza giornata tratterà della patologia degenerativa e traumatica del ginocchio di chi pratica attività sportiva.

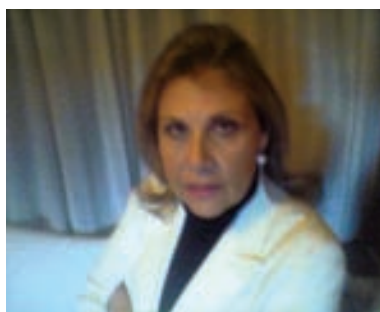
Nella mattinata del quarto giorno verranno affrontati i problemi relativi alle fratture acetabolari e alle fratture distali del femore. Infine ci auguriamo che la sede del corso, le montagne ove si sono svolte le olimpiadi invernali 2006, sia una gradevole cornice per i nostri lavori scientifici.

Maurizio Crova Direttore II Clinica Ortopedica, Torino  
Paolo Gallinaro Direttore I Clinica Ortopedica; Torino  
Carlo Faletti Direttore Dip. Diagnostica per Immagini, CTO - CRF - ICORMA, Torino



# DAR: disabilità e riabilitazione

**C**entinaia di milioni di persone nel mondo sono colpite da vari tipi di disabilità. L'80% di loro vive in famiglie a basso reddito; la maggior parte è povera e non può accedere ai servizi di riabilitazione. Il numero dei disabili sta crescendo a dismisura. Incremento demografico, progressi in campo medico che prolungano la vita, ferite di guerra, mine antiuomo, virus dell'AIDS, denutrizione, malattie croniche uso di stupefacenti, incidenti... tutto ciò contribuisce a tale crescita. Disability and rehabilitation (DAR) è un programma pensato proprio per tentare di fornire quei servizi di riabilitazione che tale situazione rende necessari. Seguendo le direttive dell'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) e dell'organizzazione mondiale della sanità (OMS), il DAR mira ad accrescere la qualità della vita e a offrire uguali opportunità a tutte le persone affette da disabilità, sostenendo gli stati membri nel definire e attuare linee di condotta in grado di sviluppare servizi appropriati e di rafforzare la partecipazione della comunità. Il DAR pone l'attenzione sullo sviluppo di politiche che mirino al rafforzamento dei servizi riabilitativi nel settore sanitario. Molte nazioni mancano di tali servizi e non garantiscono i diritti per i disabili. Attraverso l'applicazione delle leggi promosse dall'ONU sulle pari opportunità per le persone disabili e in collaborazione con altre organizzazioni, anche non governative, il DAR sviluppa linee guida che sostengano le



di Angela PUGLISI

politiche nazionali a favore delle disabilità e fa progetti per ampliare i servizi di riabilitazione. Il DAR inoltre offre l'opportunità per uno scambio di informazioni e di esperienze a livello internazionale, al fine di mettere in risalto nuove idee e strategie già dimostrate inefficaci e che possano trovare applicazione in altri contesti. Il lavoro del DAR rientra nel programma dell'International classification of functioning, disability and health (ICF).

## Obiettivi

Lo scopo principale del DAR è quello di offrire - opportunità per i disabili nelle attività legate alla famiglia e alla comunità, promuovendo l'accesso per tutti alle cure mediche, ai servizi sociali e ai programmi di riabilitazione che possono appunto ridurre i limiti nelle attività sopracitate. Garantendo un'assistenza sia tecnica sia gestionale, il DAR persegue i seguenti obiettivi:

- evidenziare i problemi legati alla disabilità
- sostenere la Strutturazione dei servizi sanitari e sociali
- evidenziando i bisogni di tutte

le persone affette da disabilità legate a malattie croniche;

- mettere in collegamento gli enti attivi nei problemi di disabilità e riabilitazione;

- promuovere l'adempimento degli standard rules dettati dall'ONU sulle pari opportunità per le persone disabili;

- sostenere il coinvolgimento della comunità

- promuovere il principio della riabilitazione comunitaria (Community based rehabilitation, CBR) e un'appropriata, tecnologia per identificare concetti chiave, approcci e modelli pratici;

- apportare materiale didattico e formativo;

- incoraggiare il dibattito mondiale sul sostegno sociale e sulle strategie sanitarie;

- fornire assistenza professionale e consultiva.

## Programma

La principale responsabilità del DAR è quella di proporre e istituire partnership finanziarie e professionali in modo da progettare, gestire e portare a termine i propri obiettivi.

Le risorse finanziarie e umane del DAR possono essere incrementate da contributi esterni che sostengano l'intero programma o determinato obiettivi prioritari. Se non vengono stanziati fondi sufficienti, il programma deve essere rettificato di conseguenza. Per ciascuno obiettivo prioritario, il DAR identificherà un numero limitato di organizzazioni non governative (ONG) come partner.

## Partner

Il DAR collabora con altri programmi dell'OMS che pongono



al centro della propria attenzione la prevenzione di malattie e condizioni che possono causare disabilità, comprese le malattie non contagiose, i disturbi mentali, la poliomelite e la lebbra. All'interno dell'ONU, il DAR collabora con l'international labour organisation (ILO), l'UNESCO E L'UNICEF per promuovere la strategia del (CBR) con particolare enfasi sullo sviluppo delle opportunità e dell'integrazione sociale dei disabili. Il DAR collabora anche con Stati, disabled people organisation (DPO) e ONG locali e internazionali per sviluppare linee guida basate sulle migliori prassi mediche e per scambiare e divulgare informazioni.

#### Attività

Il programma strategico del DAR si basa sugli scopi e sulle attività dell'OMS. Il suo lavoro si focalizza su due punti principali sostegno agli Stati membri per lo sviluppo di una politica a favore della disabilità con particolare attenzione alle malattie croniche; in particolare, è stato abbinato un documento che verrà discusso dalle Nazioni Unite per definire il ruolo dell'OMS; sostegno agli Stati membri per integrare la riabilitazione nel programma Primary health care (PHC) attraverso la strategia del CBR. con un interesse speciale per le malattie croniche. In particolare il DAR intende dettare alcune linee guida per una scoperta precoce della disabilità nei bambini, che permetta una conseguente tempestivo intervento. Secondo L'UNICEF, il 10% dei bambini nasce colpito da disabilità e di queste non più del 10% riceve un'appropriate riabilitazione. Non solo nelle nazioni più povere la disabilità nei bambini viene scoperta all'età di tre o quattro anni, per cui la riabilitazione comincia troppo tardi e si

perde la possibilità di un intervento precoce e in una fase in cui la riabilitazione avrebbe avuto un impatto più efficace. Il DAR, dunque, cerca di definire delle linee guida per individuare i sintomi della disabilità nei bambini prima che raggiungano i tre anni di vita; tali misure verranno sottoposte a vari test e poi applicate sul campo;

- attraverso la collaborazione tra servizi specializzati nella riabilitazione, PHC E CBR, verrà sviluppato un programma generale per unificare i Servizi riabilitativi a livello nazionale. Tale progetto sarà promosso a livello regionale e nazionale attraverso gruppi di lavoro formati da esponenti di varie nazioni e attraverso un sostegno diretto ai Paesi interessati. Il DAR continuerà a tenere in considerazione i fattori economici e sociali che pregiudicano la capacità di alcune nazioni nello sviluppare politiche a favore della disabilità, di portare a compimento i necessari servizi di riabilitazione e di far partecipare attivamente i disabili. Sebbene alcune Nazioni abbiano sviluppato un meccanismo amministrativo locale ben strutturato che coinvolge la comunità nel progettare servizi locali, molte nazioni mancano di tale iniziativa. Quando una comunità non è abituata al coinvolgimento, o più difficile avviare un'azione che incoraggi e dia accesso e opportunità alle persone disabili.

#### Conclusioni

La percentuale di persone che richiedono servizi di riabilitazione ammonta all'1,5% della popolazione (circa novanta milioni di persone) e il numero dei disabili continua ad essere stimato al 7-10% della popolazione, sebbene le singole nazioni abbiano forniti dati che variano approssimativamente

dal 4 ai 20%. Esistono, dunque, molte persone il cui bisogno di servizi di riabilitazione, di parità di diritti e di piena partecipazione non è stato preso in considerazione. Le figure professionali in campo sanitario e sociale hanno tenuto conto soltanto dell'aspetto medico della disabilità, per cui l'individuo in questione è sempre stato considerato un essere autonomo, piuttosto che una persona con un certo potenziale di vita indipendente; questo approccio prettamente professionale ha rafforzato la concezione dell'individuo come paziente o clinico, ma non come persona professionisti impegnati nella riabilitazione bannano un ruolo nuovo, quello di mostrare attitudini più positive nei confronti della disabilità, attraverso l'impegno a lavorare in stretta collaborazione con i disabili e le loro famiglie, sostenendo l'idea di una vita indipendente e di un'attiva partecipazione in tal modo, nel settore della debilitazione si potranno aggiungere nuove competenze; alla conoscenza tradizionale in modo che ci si orienti verso un più stretto rapporto con le famiglie e le comunità. Una collaborazione tra settori specializzati in salute, istruzione, lavoro e società è essenziale per fare in modo che i disabili ricevano tutti i servizi disponibili per assisterli nell'ottenere pari opportunità. L'OMS promuove questo tipo di collaborazione attraverso il suo lavoro con l'ONU e le ONG e attraverso il sostegno a programmi e strategie come il DAR, il PHC e il CBR il cui aspetto principale è la promozione della partecipazione dei disabili.

*\*Specialista in Medicina  
fisica e riabilitazione*

*Bureau de directive OMS Geneva  
(Switzerland).*



**L**a banalizzazione di questionari, test psicologici e quant'altro sotto forma di gioco della conoscenza di se stessi, ha reso la psicodiagnostica da un lato poco credibile e da un altro verso poco scientifica, laddove il sapere non è più affidato all'intelligenza ma all'uso di costosissime macchine.

In questo contesto forse è bene ricordare quali sono i confini della psicodiagnostica clinica ed in particolare, come tutte le semeiotiche, quali sono i compiti specifici che derivano dall'uso del termine clinico. Questa materia è studiata nella formazione medica ma, nell'economia generale già sovrabbondante dei crediti, ha uno spazio neces-

## Psicodiagnostica clinica e conoscenza medica

di Filippo TATI'

sariamente marginale e spesso viene confusa con l'attività psicologica generale di cui condivide alcuni tratti e percorsi al pari, ad esempio, della diagnostica biologica.

La psicodiagnostica clinica è una branca della psichiatria (e sicuramente nata nel contesto di essa) e della psicologia clinica medica, finalizzata alla descrizione dei processi mentali in chiave processuale o dinamica. Per meglio intenderci, essa non è un procedimento che si conclude con una diagnosi nosografica, alla quale pure apporta un suo contributo, ma una descrizione finalizzata: a contribuire a guidare il trattamento sia psicofarmacologico che psicoterapico; alla prevenzione e al monitoraggio dei processi psicopatologici; alla progettazione della riabilitazione; alla comprensione psicosomatica per il ruolo giocato dalla mente nella genesi delle malattie dette, appunto, psicosomatiche, (oltre ai disturbi somatoformi della nosografia).

La scienza psicodiagnostica, dal punto di vista clinico, si avvale sia della semeiotica psichiatrica che della psicomètria e se oggi il suo affinamento è prevalentemente psicologico, nelle origini è stato medico: basti pensare il reattivo di Rorschach e molte tematiche basate sulla capaci-

tà della mente di proiettarsi (esprimersi inconsapevolmente) nel mondo e specificatamente nella relazione.

Particolare è stato l'apporto della conoscenza di altri campi, come ad esempio quello psicoanalitico, che hanno esportato dalla loro pratica conoscitiva e terapeutica molti modelli oggi in uso nella psichiatria (meccanismi di difesa, narcisismo, transfert, ecc.).

L'utilità immediata derivante dalla psicodiagnostica è il superamento, pur necessario, della diagnosi nosografica (es. Disturbo Bipolare, tipo II) a favore di una descrizione più approfondita del paziente che, evitando di fatto un'etichetta, possibile solo nelle sintesi, accede alla dimensione individuale del Sé che è per definizione complessa e che conserva, a tutt'oggi, quel richiamo di Eraclito per il quale risulta impossibile navigare compiutamente ai confini dell'anima.

Nei confronti delle malattie mentali c'è ancora oggi un grande pregiudizio, un po' come se la società dei sani fosse perfettamente distinta da quella dei malati; bene: la descrizione psicodiagnostica ha un immediato effetto di apertura nei confronti del malato.

Dal punto di vista terapeutico, la sempre più raffinata conoscenza dei sistemi funzionali del SNC realizza la possibilità di osservare quali comportamenti siano espressione di un sistema rispetto ad un altro in una prospettiva anche quantitativa. La psicodiagnostica avvia questo processo che può antecedere o procedere rispetto alla diagnosi. Se lo precede aiuta nel dirimere il dubbio, se lo segue aiuta ad approfondire la comprensione del malato, in cui lo stesso disturbo si manifesta per varietà che sono legittime in relazione a quella unicità che è tipica.

Gli strumenti

La psicodiagnostica ha come base gli strumenti che sono propri di ogni semeiotica e, innanzitutto, il colloquio e la relazione che sono la premessa di ogni descrizione psicologica. Esistono strumenti molto semplici per i quali non occorre una formazione che superi quella di base come, ad esempio, la pratica di scale o inventari utili, ad esempio, nel monitoraggio terapeutico. Esistono altresì degli strumenti, come ad esempio quelli rappresentati dai test, che se non inquadrati nella standardizzazione che li ha creati, rischiano, per usare un frase fatta, l'interpretazione di fischii per fiaschi. Per questi strumenti è necessaria una formazione specifica finalizzata alla comprensione statistica e ai limiti che questa assume nel campo delle scienze del comportamento.

Esistono poi degli strumenti, estremamente raffinati, atti alla descrizione più profonda ed artico-





lata della mente che mostrano la punta più avanzata della conoscenza della rappresentazione umana ove il termine di rappresentazione ( la cui radice si fonda sul binomio del ri – presentare) indica come il fenomeno psicopatologico si innesti nell'individuale ed, ancor di più, cosa occorra conoscere dell'individuale per comprendere il generale, cosa che è il compito specifico di ogni scienza. Capostipite di questi strumenti è il reattivo di Rorschach, più banalmente conosciuto come test delle macchie d'inchiostro. L'utilizzo clinico di questi strumenti necessitano di appositi percorsi di apprendimento, che rendano possibile declinare osservazione, ragionamento clinico, rappresentazione dell'individuo e soprattutto finalità dell'esame. Le difficoltà e le inevitabili incertezze insiti in questi procedimenti fanno sì che una conoscenza non acquisita in modo consapevolmente esperenziale, avulsa dalla clinica o peggio simulata, possa risultare di scarso apporto, se non di danno, per il soggetto della cura. Per tali difficoltà questi strumenti sono stati oggetto di critiche, spesso dimostrative di una scarsa conoscenza degli stessi e sono svalutate un ottica aziendale basata piuttosto che alla qualità dell'intervento, sulla rapidità e sulla possibilità valutazioni di "evidence". Tuttavia in un ottica di ricerca della salute ce ne si deve proporre l'utilizzo, proprio perché la salute non può ridursi ad una repressione di eventi psicopatologici indesiderati.

La conoscenza medica

C'è tutto un settore della medicina che ha studiato le emozioni, come esse entrino in organizzazioni funzionali complesse che vanno ad es. dall'equilibrio neurovegetativo (campo, soprattutto nei decenni scorsi, della medicina psicosomatica),

allo sviluppo della comunicazione intersoggettiva ed alla relazione oggettuale. Queste conoscenze risultano indispensabile per il successo nella cura di molti aspetti della patologia del paziente sia in termini di comprensione etiopatogenetica che di terapia. E' a tutt'oggi una frontiera non per la novità quanto per il fatto che una formazione medica tendenzialmente specialistica rischia di perdere quegli aspetti di unità a cui provvede il mondo emozionale anche per istinto e, pertanto, comune, al mondo animale. Una visione globale è accattivante del funzionamento e del ruolo giocato dalle emozioni è quello proposto dalla scuola del portoghese di Damasio a cui si rimanda, anche attraverso internet, per una conoscenza più approfondita. Quello che sorprende di Damasio, neurologo, è il tentativo di integrazione di saperi anche apparentemente lontani (per metodo, per classificazione scientifica, per diversità di variabili) come quelli delle scienze interpretative (ad esempio la psiconalisi) e le neuroscienze. E' manifesto che questi aspetti della conoscenza non possono esaurirsi nel corso di base e tanto meno nella specialistica così come intesa dagli standard europei con percorsi dettati più da elementi di carattere organizzativo e non sempre concilianti con la qualità e le necessità dei pazienti. E' evidente quindi la necessità di percorsi di alta formazione quale quelli certificati dalle Università nei Master che sicuramente alla proposta teorica possono affiancare quella pratica specifica di ogni premessa clinica. Per saperne di più sono utili questi siti: <http://ww2.unime.it/psicodiagnostica/> <http://www.psicodiagnostica.it/> <http://www.associazionerorschach.it/tatifi@tao.it>

*Ricordo del brillante endocrinologo*

## Ci ha lasciati a soli 40 anni Francesco Lo Giudice

di Francesco **TRIMARCHI**

Francesco Lo Giudice è mancato improvvisamente il 6 gennaio scorso: aveva soltanto quarant'anni essendo nato il 25 febbraio 1966. Si era laureato a 24 anni e aveva compiuto tutto il suo percorso formativo nel nostro Ateneo conseguendo la Specializzazione in Endocrinologia e il Dottorato di Ricerca. Aveva trascorso un periodo presso l'Università di Firenze dove aveva acquisito specifiche competenze in Andrologia clinica, trasferite quindi a Messina, meritandosi l'apprezzamento dei Colleghi fiorentini e della comunità andrologica. Da pochi mesi aveva preso servizio in qualità di dirigente medico presso l'unità di Diabetologia del DAI di Clinica Medica e farmacologia clinica dell'Azienda Policlinico.

Francesco Lo Giudice aveva scelto di praticare una difficile sottospecialità endocrina, quella andrologica, fortemente gravata da problematiche emozionali oltre che organiche e funzionali. La sua attività di andrologo clinico era fondata su solide conoscenze e sostenuta da spiccate doti di umanità che lo hanno fatto apprezzare oltremodo dai suoi pazienti e lo fanno sentitamente rimpiangere. Nella sua attività clinica, Francesco Lo Giudice riusciva a guidare e consigliare il paziente e spesso a risolvere il problema, basandosi esclusivamente sull'evidenza scientifica e rinunciando sempre alla facile scorciatoia dell'illusione e delle soluzioni miracolistiche.

Nessuno dei numerosi colleghi di lavoro, specializzandi, dottorandi, specialisti e docenti riuscirebbe a ricordare una frizione, un'incomprensio-

ne, un disagio, un rancore verso questo collega ed amico. Nei non frequenti momenti di "goliardia", che nei nostri posti di lavoro contribuiscono ad allentare la tensione, Francesco Lo Giudice ha sempre preferito al facile effetto dell'immagine o della parola greve, la raffinata levità dell'ironia.

E come accade non di rado in circostanze simili, la testimonianza di chi ha conosciuto i più profondi recessi del suo animo, ne rivela oggi un'intensa e vissuta spiritualità.

Persona delicata, gentile, timida, visse con pudore e profonda sofferenza la lunga e dolorosa malattia del padre, anch'egli nostro Collega, con lo stesso pudore con cui tentava, senza riuscirci, di celare la propria felicità e il proprio orgoglio per la sua bellissima famiglia.

### Enpam, Servizio di accoglienza telefonica

L'Enpam ha istituito un nuovo Servizio di Accoglienza Telefonica (SAT) che sarà attivato, seppur in via sperimentale, a decor-

rere dal 10 febbraio p.v.. Il nuovo servizio è stato introdotto per soddisfare l'esigenza ampiamente sentita di un significativo miglioramento della comunicazione telefonica con gli iscritti che quotidianamente si rivolgono all'Enpam per informazioni, in primo luogo in materia previdenziale.

Nei mesi scorsi, un gruppo di impiegati è stato opportunamente formato e, riunito in locali appositamente attrezzati, costituirà il primo livello di informazione direttamente accessibile per via telefonica, con possibilità di far rapidamente intervenire un secondo livello specializzato nel caso di problematiche più complesse. Il S.A.T. risponderà direttamente al numero telefonico 06.4829.4829 (multilinea) e sarà raggiungibile via fax al n° 06.4829.4444 e per e-mail all'indirizzo: [sat@enpam.it](mailto:sat@enpam.it)

Il numero telefonico del centralino (06.482.941) resterà attivo per le chiamate indirizzate a persone o uffici determinati, così come resterà in funzione il numero riservato agli Ordini (06.4782.4212) quale linea di comunicazione da utilizzare in caso di necessità.



*I*l nuovo Codice di deontologia medica giunge a quasi un decennio dal precedente datato 1998. Nel dinamico divenire di una società alle prese con questioni in parte nuove, non solo relative alla bioetica ma anche all'ambiente, il Codice si pone come riferimento utile e sancisce il rinnovato nostro impegno nello svolgimento della professione. Si conferma il no all'eutanasia e alla visione economicista della Sanità e si riconosce l'obbligo di occuparci anche di gestione per concorrere a evitare sprechi e costi inappropriati.

Accanto ai temi di bioetica vi sono le linee guida su conflitto di interesse e pubblicità, due capitoli con spunti di novità.

Un compendio di indicazioni che tesauroizza il vissuto professionale, tiene conto dei cambiamenti intervenuti nel corpo sociale, pone al centro l'etica.

Le regole in esso contenute sono un faro di riferimento che in situazioni sempre più complesse, con le quali siamo chiamati a confrontarci spesso, può essere di aiuto per mantenere alta la risposta di qualità professionale che l'assistito si attende. A suggello di quella "alleanza" terapeutica tra medico e paziente da tutti auspicata.

Il Codice rappresenta un indispensabile strumento di consultazione, da qui la scelta di allegarlo a questo numero di "Messina Medica".

*Nunzio Romeo*





## CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA

### TITOLO I

#### OGGETTO E CAMPO DI APPLICAZIONE

##### Art. 1

###### - Definizione -

Il Codice di Deontologia Medica contiene principi e regole che il medico-chirurgo e l'odontoiatra, iscritti agli albi professionali dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, di seguito indicati con il termine di medico, devono osservare nell'esercizio della professione.

Il comportamento del medico anche al di fuori dell'esercizio della professione, deve essere consono al decoro e alla dignità della stessa, in armonia con i principi di solidarietà, umanità e impegno civile che la ispirano.

Il medico è tenuto a prestare la massima collaborazione e disponibilità nei rapporti con il proprio Ordine professionale.

Il medico è tenuto alla conoscenza delle norme del presente Codice e degli orientamenti espressi nelle allegate linee guida, la ignoranza dei quali, non lo esime dalla responsabilità disciplinare.

Il medico deve prestare giuramento professionale.

##### Art. 2

###### - Potestà e sanzioni disciplinari -

L'inosservanza dei precetti, degli obblighi e dei divieti fissati dal presente Codice di Deontologia Medica e ogni azione od omissione, comunque disdicevoli al decoro o al corretto esercizio della professione, sono punibili dalle Commissioni disciplinari con le sanzioni previste dalla legge.

Le sanzioni, nell'ambito della giurisdizione disciplinare, devono essere adeguate alla gravità degli atti.

Il medico deve denunciare all'Ordine ogni iniziativa tendente ad imporgli comportamenti non conformi alla deontologia professionale, da qualunque parte essa provenga.

### TITOLO II

#### DOVERI GENERALI DEL MEDICO

##### CAP. I

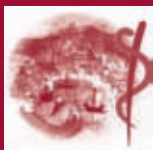
###### Libertà, indipendenza e dignità della professione

##### Art. 3

###### - Doveri del medico -

Dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana, senza distinzioni di età, di sesso, di etnia, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia, in tempo di pace e in tempo di guerra, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera.

La salute è intesa nell'accezione più ampia del termine, come condizione cioè di benessere fisico e psichico della persona.



#### Art. 4

- Libert  e indipendenza della professione -

L'esercizio della medicina   fondato sulla libert  e sull'indipendenza della professione che costituiscono diritto inalienabile del medico.

Il medico nell'esercizio della professione deve attenersi alle conoscenze scientifiche e ispirarsi ai valori etici della professione, assumendo come principio il rispetto della vita, della salute fisica e psichica, della libert  e della dignit  della persona; non deve soggiacere a interessi, imposizioni e suggestioni di qualsiasi natura.

Il medico deve operare al fine di salvaguardare l'autonomia professionale e segnalare all'Ordine ogni iniziativa tendente a imporgli comportamenti non conformi alla deontologia professionale.

#### Art. 5

- Educazione alla salute e rapporti con l'ambiente -

Il medico   tenuto a considerare l'ambiente nel quale l'uomo vive e lavora quale fondamentale determinante della salute dei cittadini.

A tal fine il medico   tenuto a promuovere una cultura civile tesa all'utilizzo appropriato delle risorse naturali, anche allo scopo di garantire alle future generazioni la fruizione di un ambiente vivibile.

Il medico favorisce e partecipa alle iniziative di prevenzione, di tutela della salute nei luoghi di lavoro e di promozione della salute individuale e collettiva.

#### Art. 6

- Qualit  professionale e gestionale -

Il medico agisce secondo il principio di efficacia delle cure nel rispetto dell'autonomia della persona tenendo conto dell'uso appropriato delle risorse.

Il medico   tenuto a collaborare alla eliminazione di ogni forma di discriminazione in campo sanitario, al fine di garantire a tutti i cittadini stesse opportunit  di accesso, disponibilit , utilizzazione e qualit  delle cure.

#### Art. 7

- Limiti dell'attivit  professionale -

In nessun caso il medico deve abusare del suo status professionale.

Il medico che riveste cariche pubbliche non pu  avvalersene a scopo di vantaggio professionale.

### CAPO II

#### Prestazioni d'urgenza

#### Art. 8

- Obbligo di intervento -

Il medico, indipendentemente dalla sua abituale attivit , non pu  mai rifiutarsi di prestare soccorso o cure d'urgenza e deve tempestivamente attivarsi per assicurare assistenza.



Art. 9

- Calamità -

Il medico, in caso di catastrofe, di calamità o di epidemia, deve mettersi a disposizione dell'Autorità competente.

### CAPO III

#### Obblighi peculiari del medico

Art. 10

- Segreto professionale -

Il medico deve mantenere il segreto su tutto ciò che gli è confidato o di cui venga a conoscenza nell'esercizio della professione.

La morte del paziente non esime il medico dall'obbligo del segreto.

Il medico deve informare i suoi collaboratori dell'obbligo del segreto professionale. L'inosservanza del segreto medico costituisce mancanza grave quando possa derivarne profitto proprio o altrui ovvero nocimento della persona assistita o di altri.

La rivelazione è ammessa ove motivata da una giusta causa, rappresentata dall'adempimento di un obbligo previsto dalla legge (denuncia e referto all'Autorità Giudiziaria, denunce sanitarie, notifiche di malattie infettive, certificazioni obbligatorie) ovvero da quanto previsto dai successivi artt. 11 e 12.

Il medico non deve rendere al Giudice testimonianza su fatti e circostanze inerenti il segreto professionale.

La cancellazione dall'albo non esime moralmente il medico dagli obblighi del presente articolo.

Art. 11

- Riservatezza dei dati personali -

Il medico è tenuto al rispetto della riservatezza nel trattamento dei dati personali del paziente e particolarmente dei dati sensibili inerenti la salute e la vita sessuale. Il medico acquisisce la titolarità del trattamento dei dati sensibili nei casi previsti dalla legge, previo consenso del paziente o di chi ne esercita la tutela.

Nelle pubblicazioni scientifiche di dati clinici o di osservazioni relative a singole persone, il medico deve assicurare la non identificabilità delle stesse.

Il consenso specifico del paziente vale per ogni ulteriore trattamento dei dati medesimi, ma solo nei limiti, nelle forme e con le deroghe stabilite dalla legge.

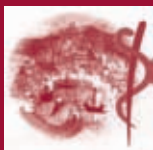
Il medico non può collaborare alla costituzione di banche di dati sanitari, ove non esistano garanzie di tutela della riservatezza, della sicurezza e della vita privata della persona.

Art. 12

- Trattamento dei dati sensibili -

Al medico, è consentito il trattamento dei dati personali idonei a rivelare lo stato di salute del paziente previa richiesta o autorizzazione da parte di quest'ultimo, subordinatamente ad una preventiva informazione sulle conseguenze e sull'opportunità della rivelazione stessa.

Al medico peraltro è consentito il trattamento dei dati personali del paziente in



assenza del consenso dell'interessato solo ed esclusivamente quando sussistano le specifiche ipotesi previste dalla legge ovvero quando vi sia la necessità di salvaguardare la vita o la salute del paziente o di terzi nell'ipotesi in cui il paziente medesimo non sia in grado di prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire e/o di intendere e di volere; in quest'ultima situazione peraltro, sarà necessaria l'autorizzazione dell'eventuale legale rappresentante laddove precedentemente nominato. Tale facoltà sussiste nei modi e con le garanzie dell'art. 11 anche in caso di diniego dell'interessato ove vi sia l'urgenza di salvaguardare la vita o la salute di terzi.

#### CAPO IV

##### Accertamenti diagnostici e trattamenti terapeutici

###### Art. 13

- Prescrizione e trattamento terapeutico -

La prescrizione di un accertamento diagnostico e/o di una terapia impegna la diretta responsabilità professionale ed etica del medico e non può che far seguito a una diagnosi circostanziata o, quantomeno, a un fondato sospetto diagnostico.

Su tale presupposto al medico è riconosciuta autonomia nella programmazione, nella scelta e nella applicazione di ogni presidio diagnostico e terapeutico, anche in regime di ricovero, fatta salva la libertà del paziente di rifiutarle e di assumersi la responsabilità del rifiuto stesso.

Le prescrizioni e i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche tenuto conto dell'uso appropriato delle risorse, sempre perseguendo il beneficio del paziente secondo criteri di equità.

Il medico è tenuto a una adeguata conoscenza della natura e degli effetti dei farmaci, delle loro indicazioni, controindicazioni, interazioni e delle reazioni individuali prevedibili, nonché delle caratteristiche di impiego dei mezzi diagnostici e terapeutici e deve adeguare, nell'interesse del paziente, le sue decisioni ai dati scientifici accreditati o alle evidenze metodologicamente fondate. Sono vietate l'adozione e la diffusione di terapie e di presidi diagnostici non provati scientificamente o non supportati da adeguata sperimentazione e documentazione clinicocientifica, nonché di terapie segrete.

In nessun caso il medico dovrà accedere a richieste del paziente in contrasto con i principi di scienza e coscienza allo scopo di compiacerlo, sottraendolo alle sperimentate ed efficaci cure disponibili.

La prescrizione di farmaci, sia per indicazioni non previste dalla scheda tecnica sia non ancora autorizzati al commercio, è consentita purché la loro efficacia e tollerabilità sia scientificamente documentata.

In tali casi, acquisito il consenso scritto del paziente debitamente informato, il medico si assume la responsabilità della cura ed è tenuto a monitorarne gli effetti.

È obbligo del medico segnalare tempestivamente alle autorità competenti, le reazioni avverse eventualmente comparse durante un trattamento terapeutico.



#### Art. 14

- Sicurezza del paziente e prevenzione del rischio clinico

Il medico opera al fine di garantire le più idonee condizioni di sicurezza del paziente e contribuire all'adeguamento dell'organizzazione sanitaria, alla prevenzione e gestione del rischio clinico anche attraverso la rilevazione, segnalazione e valutazione degli errori al fine del miglioramento della qualità delle cure.

Il medico al tal fine deve utilizzare tutti gli strumenti disponibili per comprendere le cause di un evento avverso e mettere in atto i comportamenti necessari per evitarne la ripetizione; tali strumenti costituiscono esclusiva riflessione tecnico-professionale, riservata, volta alla identificazione dei rischi, alla correzione delle procedure e alla modifica dei comportamenti.

#### Art. 15

- Pratiche non convenzionali -

Il ricorso a pratiche non convenzionali non può prescindere dal rispetto del decoro e della dignità della professione e si esprime nell'esclusivo ambito della diretta e non delegabile responsabilità professionale del medico.

Il ricorso a pratiche non convenzionali non deve comunque sottrarre il cittadino a trattamenti specifici e scientificamente consolidati e richiede sempre circostanziata informazione e acquisizione del consenso.

E' vietato al medico di collaborare a qualsiasi titolo o di favorire l'esercizio di terzi non medici nel settore delle cosiddette pratiche non convenzionali.

#### Art. 16

- Accanimento diagnostico-terapeutico -

Il medico, anche tenendo conto delle volontà del paziente laddove espresse, deve astenersi dall'ostinazione in trattamenti diagnostici e terapeutici da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità della vita.

#### Art. 17

- Eutanasia -

Il medico, anche su richiesta del malato, non deve effettuare né favorire trattamenti finalizzati a provocarne la morte.

#### Art. 18

- Trattamenti che incidono sulla integrità psico-fisica -

I trattamenti che incidono sulla integrità e sulla resistenza psico-fisica del malato possono essere attuati, previo accertamento delle necessità terapeutiche, e solo al fine di procurare un concreto beneficio clinico al malato o di alleviarne le sofferenze.

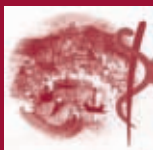
### CAPO V

#### Obblighi professionali

#### Art. 19

-Aggiornamento e formazione professionale permanente -

Il medico ha l'obbligo di mantenersi aggiornato in materia tecnico-scientifica,



etico-deontologica e gestionale-organizzativa, onde garantire lo sviluppo continuo delle sue conoscenze e competenze in ragione dell'evoluzione dei progressi della scienza, e di confrontare la sua pratica professionale con i mutamenti dell'organizzazione sanitaria e della domanda di salute dei cittadini. Il medico deve altresì essere disponibile a trasmettere agli studenti e ai colleghi le proprie conoscenze e il patrimonio culturale ed etico della professione e dell'arte medica.

### TITOLO III RAPPORTI CON IL CITTADINO

#### CAPO I Regole generali di comportamento

##### Art. 20

- Rispetto dei diritti della persona -

Il medico deve improntare la propria attività professionale al rispetto dei diritti fondamentali della persona.

##### Art. 21

- Competenza professionale -

Il medico deve garantire impegno e competenza professionale, non assumendo obblighi che non sia in condizione di soddisfare.

Egli deve affrontare nell'ambito delle specifiche responsabilità e competenze ogni problematica con il massimo scrupolo e disponibilità, dedicandovi il tempo necessario per una accurata valutazione dei dati oggettivi, in particolare dei dati anamnestici, avvalendosi delle procedure e degli strumenti ritenuti essenziali e coerenti allo scopo e assicurando attenzione alla disponibilità dei presidi e delle risorse.

##### Art. 22

- Autonomia e responsabilità diagnostico-terapeutica -

Il medico al quale vengano richieste prestazioni che contrastino con la sua coscienza o con il suo convincimento clinico, può rifiutare la propria opera, a meno che questo comportamento non sia di grave e immediato nocimento per la salute della persona assistita e deve fornire al cittadino ogni utile informazione e chiarimento.

##### Art. 23

- Continuità delle cure -

Il medico deve garantire al cittadino la continuità delle cure.

In caso di indisponibilità, di impedimento o del venir meno del rapporto di fiducia deve assicurare la propria sostituzione, informandone il cittadino.

Il medico che si trovi di fronte a situazioni cliniche alle quali non sia in grado di provvedere efficacemente, deve indicare al paziente le specifiche competenze necessarie al caso in esame.

Il medico non può abbandonare il malato ritenuto inguaribile, ma deve continuare ad assisterlo anche al solo fine di lenirne la sofferenza fisica e psichica.



#### Art. 24

##### - Certificazione -

Il medico è tenuto a rilasciare al cittadino certificazioni relative al suo stato di salute che attestino dati clinici direttamente constatati e/o oggettivamente documentati. Egli è tenuto alla massima diligenza, alla più attenta e corretta registrazione dei dati e alla formulazione di giudizi obiettivi e scientificamente corretti.

#### Art. 25

##### - Documentazione clinica -

Il medico deve, nell'interesse esclusivo della persona assistita, mettere la documentazione clinica in suo possesso a disposizione della stessa o dei suoi legali rappresentanti o di medici e istituzioni da essa indicati per iscritto.

#### Art. 26

##### - Cartella clinica-

La cartella clinica delle strutture pubbliche e private deve essere redatta chiaramente, con puntualità e diligenza, nel rispetto delle regole della buona pratica clinica e contenere, oltre ad ogni dato obiettivo relativo alla condizione patologica e al suo decorso, le attività diagnostico-terapeutiche praticate.

La cartella clinica deve registrare i modi e i tempi delle informazioni nonché i termini del consenso del paziente, o di chi ne esercita la tutela, alle proposte diagnostiche e terapeutiche; deve inoltre registrare il consenso del paziente al trattamento dei dati sensibili, con particolare riguardo ai casi di arruolamento in un protocollo sperimentale.

## CAPO II

### Doveri del medico e diritti del cittadino

#### Art. 27

##### - Libera scelta del medico e del luogo di cura -

La libera scelta del medico e del luogo di cura da parte del cittadino costituisce il fondamento del rapporto tra medico e paziente.

Nell'esercizio dell'attività libero professionale svolta presso le strutture pubbliche e private, la scelta del medico costituisce diritto fondamentale del cittadino.

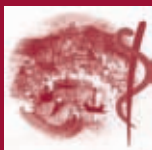
È vietato qualsiasi accordo tra medici tendente a influire sul diritto del cittadino alla libera scelta.

Il medico può consigliare, a richiesta e nell'esclusivo interesse del paziente e senza dar luogo a indebiti condizionamenti, che il cittadino si rivolga a determinati presidi, istituti o luoghi di cura da lui ritenuti idonei per le cure necessarie.

#### Art. 28

##### - Fiducia del cittadino -

Qualora abbia avuto prova di sfiducia da parte della persona assistita o dei suoi legali rappresentanti, se minore o incapace, il medico può rinunciare all'ulteriore trattamento, purché ne dia tempestivo avviso; deve, comunque,



prestare la sua opera sino alla sostituzione con altro collega, cui competono le informazioni e la documentazione utili alla prosecuzione delle cure, previo consenso scritto dell'interessato.

Art. 29

- Fornitura di farmaci -

Il medico non può fornire i farmaci necessari alla cura a titolo oneroso.

Art. 30

- Conflitto di interesse -

Il medico deve evitare ogni condizione nella quale il giudizio professionale riguardante l'interesse primario, qual è la salute dei cittadini, possa essere indebitamente influenzato da un interesse secondario.

Il conflitto di interesse riguarda aspetti economici e non, e si può manifestare nella ricerca scientifica, nella formazione e nell'aggiornamento professionale, nella prescrizione terapeutica e di esami diagnostici e nei rapporti individuali e di gruppo con industrie, enti, organizzazioni e istituzioni, nonché con la Pubblica Amministrazione.

Il medico deve:

- essere consapevole del possibile verificarsi di un conflitto di interesse e valutarne l'importanza e gli eventuali rischi;

- prevenire ogni situazione che possa essere evitata;

- dichiarare in maniera esplicita il tipo di rapporto che potrebbe influenzare le sue scelte consentendo al destinatario di queste una valutazione critica consapevole.

Il medico non deve in alcun modo subordinare il proprio comportamento prescrittivi ad accordi economici o di altra natura, per trarne indebito profitto per sé e per altri.

Art. 31

Comparaggio -

Ogni forma di comparaggio è vietata.

### CAPO III

#### Doveri di assistenza

Art. 32

- Doveri del medico nei confronti dei soggetti fragili-

Il medico deve impegnarsi a tutelare il minore, l'anziano e il disabile, in particolare quando ritenga che l'ambiente, familiare o extrafamiliare, nel quale vivono, non sia sufficientemente sollecito alla cura della loro salute, ovvero sia sede di maltrattamenti fisici o psichici, violenze o abusi sessuali, fatti salvi gli obblighi di segnalazione previsti dalla legge.

Il medico deve adoperarsi, in qualsiasi circostanza, perché il minore possa fruire di quanto necessario a un armonico sviluppo psico-fisico e affinché allo stesso, all'anziano e al disabile siano garantite qualità e dignità di vita, ponendo particolare attenzione alla tutela dei diritti degli assistiti non autosufficienti sul piano psico-fisico o sociale, qualora vi sia incapacità manifesta di intendere e di volere, ancorché non legalmente dichiarata.



Il medico, in caso di opposizione dei legali rappresentanti alla necessaria cura dei minori e degli incapaci, deve ricorrere alla competente autorità giudiziaria.

#### CAPO IV

##### Informazione e consenso

###### Art. 33

- Informazione al cittadino -

Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate.

Il medico dovrà comunicare con il soggetto tenendo conto delle sue capacità di comprensione, al fine di promuoverne la massima partecipazione alle scelte decisionali e l'adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche.

Ogni ulteriore richiesta di informazione da parte del paziente deve essere soddisfatta.

Il medico deve, altresì, soddisfare le richieste di informazione del cittadino in tema di prevenzione.

Le informazioni riguardanti prognosi gravi o infauste o tali da poter procurare preoccupazione e sofferenza alla persona, devono essere fornite con prudenza, usando terminologie non traumatizzanti e senza escludere elementi di speranza.

La documentata volontà della persona assistita di non essere informata o di delegare ad altro soggetto l'informazione deve essere rispettata.

###### Art. 34

- Informazione a terzi -

L'informazione a terzi presuppone il consenso esplicitamente espresso dal paziente, fatto salvo quanto previsto all'art. 10 e all'art. 12, allorché sia in grave pericolo la salute o la vita del soggetto stesso o di altri.

In caso di paziente ricoverato, il medico deve raccogliere gli eventuali nominativi delle persone preliminarmente indicate dallo stesso a ricevere la comunicazione dei dati sensibili.

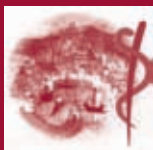
###### Art. 35

- Acquisizione del consenso -

Il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso esplicito e informato del paziente.

Il consenso, espresso in forma scritta nei casi previsti dalla legge e nei casi in cui per la particolarità delle prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche o per le possibili conseguenze delle stesse sulla integrità fisica si renda opportuna una manifestazione documentata della volontà della persona, è integrativo e non sostitutivo del processo informativo di cui all'art. 33.

Il procedimento diagnostico e/o il trattamento terapeutico che possano comportare grave rischio per l'incolumità della persona, devono essere intrapresi solo in caso di estrema necessità e previa informazione sulle possibili conse-



guenze, cui deve far seguito una opportuna documentazione del consenso. In ogni caso, in presenza di documentato rifiuto di persona capace, il medico deve desistere dai conseguenti atti diagnostici e/o curativi, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà della persona. Il medico deve intervenire, in scienza e coscienza, nei confronti del paziente incapace, nel rispetto della dignità della persona e della qualità della vita, evitando ogni accanimento terapeutico, tenendo conto delle precedenti volontà del paziente.

#### Art. 36

##### Assistenza d'urgenza -

Allorché sussistano condizioni di urgenza, tenendo conto delle volontà della persona se espresse, il medico deve attivarsi per assicurare l'assistenza indispensabile.

#### Art. 37

##### - Consenso del legale rappresentante -

Allorché si tratti di minore o di interdetto il consenso agli interventi diagnostici e terapeutici, nonché al trattamento dei dati sensibili, deve essere espresso dal rappresentante legale.

Il medico, nel caso in cui sia stato nominato dal giudice tutelare un amministratore di sostegno deve debitamente informarlo e tenere nel massimo conto le sue istanze.

In caso di opposizione da parte del rappresentante legale al trattamento necessario e indifferibile a favore di minori o di incapaci, il medico è tenuto a informare l'autorità giudiziaria; se vi è pericolo per la vita o grave rischio per la salute del minore e dell'incapace, il medico deve comunque procedere senza ritardo e secondo necessità alle cure indispensabili.

#### Art. 38

##### - Autonomia del cittadino e direttive anticipate -

Il medico deve attenersi, nell'ambito della autonomia e indipendenza che caratterizza la professione, alla volontà liberamente espressa della persona di curarsi e deve agire nel rispetto della dignità, della libertà e autonomia della stessa.

Il medico, compatibilmente con l'età, con la capacità di comprensione e con la maturità del soggetto, ha l'obbligo di dare adeguate informazioni al minore e di tenere conto della sua volontà.

In caso di divergenze insanabili rispetto alle richieste del legale rappresentante deve segnalare il caso all'autorità giudiziaria; analogamente deve comportarsi di fronte a un maggiorenne infermo di mente.

Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà, deve tenere conto nelle proprie scelte di quanto precedentemente manifestato dallo stesso in modo certo e documentato.



## CAPO V

### Assistenza ai malati inguaribili

#### Art. 39

- Assistenza al malato a prognosi infausta -

In caso di malattie a prognosi sicuramente infausta o pervenute alla fase terminale, il medico deve improntare la sua opera ad atti e comportamenti idonei a risparmiare inutili sofferenze psicofisiche e fornendo al malato i trattamenti appropriati a tutela, per quanto possibile, della qualità di vita e della dignità della persona.

In caso di compromissione dello stato di coscienza, il medico deve proseguire nella terapia di sostegno vitale finché ritenuta ragionevolmente utile evitando ogni forma di accanimento terapeutico.

## CAPO VI

### Trapianti di organi, tessuti e cellule

#### Art. 40

- Donazione di organi, tessuti e cellule

È compito del medico la promozione della cultura della donazione di organi, tessuti e cellule anche collaborando alla idonea informazione ai cittadini.

#### Art. 41

- Prelievo di organi e tessuti -

Il prelievo di organi e tessuti da donatore cadavere a scopo di trapianto terapeutico può essere effettuato solo nelle condizioni e nei modi previsti dalla legge.

Il prelievo non può essere effettuato per fini di lucro e presuppone l'assoluto rispetto della normativa relativa all'accertamento della morte e alla manifestazione di volontà del cittadino.

Il trapianto di organi da vivente è una risorsa aggiuntiva e non sostitutiva del trapianto da cadavere, non può essere effettuato per fini di lucro e può essere eseguito solo in condizioni di garanzia per quanto attiene alla comprensione dei rischi e alla libera scelta del donatore e del ricevente.

## CAPO VII

### Sessualità e riproduzione

#### Art. 42

- Informazione in materia di sessualità, riproduzione e contraccezione -

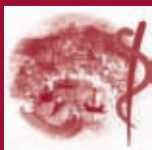
Il medico, nell'ambito della salvaguardia del diritto alla procreazione cosciente e responsabile, è tenuto a fornire ai singoli e alla coppia, nel rispetto della libera determinazione della persona, ogni corretta informazione in materia di sessualità, di riproduzione e di contraccezione.

Ogni atto medico in materia di sessualità e di riproduzione è consentito unicamente al fine di tutela della salute.

#### Art. 43

- Interruzione volontaria di gravidanza -

L'interruzione della gravidanza, al di fuori dei casi previsti dalla legge, costituisce grave infrazione deontologica tanto più se compiuta a scopo di lucro.



L'obiezione di coscienza del medico si esprime nell'ambito e nei limiti della legge vigente e non lo esime dagli obblighi e dai doveri inerenti alla relazione di cura nei confronti della donna.

#### Art. 44

##### - Fecondazione assistita -

La fecondazione medicalmente assistita è un atto integralmente medico ed in ogni sua fase il medico dovrà agire nei confronti dei soggetti coinvolti secondo scienza e coscienza. Alla coppia vanno prospettate tutte le opportune soluzioni in base alle più recenti ed accreditate acquisizioni scientifiche ed è dovuta la più esauriente e chiara informazione sulle possibilità di successo nei confronti dell'infertilità e sui rischi eventualmente incidenti sulla salute della donna e del nascituro e sulle adeguate e possibili misure di prevenzione.

E' fatto divieto al medico, anche nell'interesse del bene del nascituro, di attuare:

- a) forme di maternità surrogata;
- b) forme di fecondazione assistita al di fuori di coppie eterosessuali stabili;
- c) pratiche di fecondazione assistita in donne in menopausa non precoce;
- d) forme di fecondazione assistita dopo la morte del partner.

E' proscritta ogni pratica di fecondazione assistita ispirata a selezione etnica e a fini eugenetici; non è consentita la produzione di embrioni ai soli fini di ricerca ed è vietato ogni sfruttamento commerciale, pubblicitario, industriale di gameti, embrioni e tessuti embrionali o fetali.

Sono vietate pratiche di fecondazione assistita in centri non autorizzati o privi di idonei requisiti strutturali e professionali.

Sono fatte salve le norme in materia di obiezione di coscienza.

#### Art. 45

##### -Interventi sul genoma -

Ogni eventuale intervento sul genoma deve tendere alla prevenzione e alla correzione di condizioni patologiche.

#### Art. 46

##### - Test predittivi-

I test diretti in modo esclusivo a rilevare o predire malformazioni o malattie su base ereditaria, devono essere espressamente richiesti, per iscritto, dalla gestante o dalla persona interessata.

Il medico deve fornire al paziente informazioni preventive e dare la più ampia ed adeguata illustrazione sul significato e sul valore predittivo dei test, sui rischi per la gravidanza, sulle conseguenze delle malattie genetiche sulla salute e sulla qualità della vita, nonché sui possibili interventi di prevenzione e di terapia.

Il medico non deve eseguire test genetici o predittivi a fini assicurativi od occupazionali se non a seguito di espressa e consapevole manifestazione di volontà da parte del cittadino interessato che è l'unico destinatario dell'informazione.



E' vietato eseguire test genetici o predittivi in centri privi dei requisiti strutturali e professionali previsti dalle vigenti norme nazionali e/o regionali.

## CAP. VIII

### Sperimentazione

#### Art. 47

- Sperimentazione scientifica -

Il progresso della medicina è fondato sulla ricerca scientifica che si avvale anche della sperimentazione sull'animale e sull'uomo.

#### Art. 48

- Ricerca biomedica e sperimentazione sull'uomo -

La ricerca biomedica e la sperimentazione sull'uomo devono ispirarsi all'inderogabile principio della salvaguardia dell'integrità psicofisica e della vita e della dignità della persona. Esse sono subordinate al consenso del soggetto in esperimento, che deve essere espresso per iscritto, liberamente e consapevolmente, previa specifica informazione sugli obiettivi, sui metodi, sui benefici previsti, nonché sui rischi potenziali e sul diritto del soggetto stesso di ritirarsi in qualsiasi momento dalla sperimentazione.

Nel caso di soggetti minori, interdetti e posti in amministrazioni di sostegno è ammessa solo la sperimentazione per finalità preventive e terapeutiche.

Il consenso deve essere espresso dai legali rappresentanti, ma il medico sperimentatore è tenuto ad informare la persona documentandone la volontà e tenendola comunque sempre in considerazione.

Ogni tipologia di sperimentazione compresa quella clinica deve essere programmata e attuata secondo idonei protocolli nel quadro della normativa vigente e dopo aver ricevuto il preventivo assenso da parte di un comitato etico indipendente.

#### Art. 49

- Sperimentazione clinica -

La sperimentazione può essere inserita in trattamenti diagnostici e/o terapeutici, solo in quanto sia razionalmente e scientificamente suscettibile di utilità diagnostica o terapeutica per i cittadini interessati.

In ogni caso di studio clinico, il malato non potrà essere deliberatamente privato dei consolidati mezzi diagnostici e terapeutici indispensabili al mantenimento e/o al ripristino dello stato di salute.

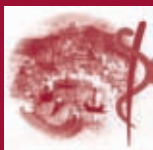
I predetti principi adottati in tema di sperimentazione sono applicabili anche ai volontari sani.

#### Art. 50

- Sperimentazione sull'animale -

La sperimentazione sull'animale deve essere improntata a esigenze e a finalità di sviluppo delle conoscenze non altrimenti conseguibili e non a finalità di lucro, deve essere condotta con metodi e mezzi idonei a evitare inutili sofferenze e i protocolli devono avere ricevuto il preventivo assenso di un Comitato etico indipendente.

Sono fatte salve le norme in materia di obiezione di coscienza.



## CAPO IX

### Trattamento medico e libertà personale

#### Art. 51

##### - Obblighi del medico -

Il medico che assista un cittadino in condizioni limitative della libertà personale è tenuto al rispetto rigoroso dei diritti della persona, fermi restando gli obblighi connessi con le sue specifiche funzioni.

In caso di trattamento sanitario obbligatorio il medico non deve richiedere o porre in essere misure coattive, salvo casi di effettiva necessità, nel rispetto della dignità della persona e nei limiti previsti dalla legge.

#### Art. 52

##### - Tortura e trattamenti disumani-

Il medico non deve in alcun modo o caso collaborare, partecipare o semplicemente presenziare a esecuzioni capitali o ad atti di tortura o a trattamenti crudeli, disumani o degradanti.

Il medico non deve praticare, per finalità diversa da quelle diagnostiche e terapeutiche, alcuna forma di mutilazione o menomazione, né trattamenti crudeli, disumani o degradanti.

#### Art. 53

##### - Rifiuto consapevole di nutrirsi -

Quando una persona rifiuta volontariamente di nutrirsi, il medico ha il dovere di informarla sulle gravi conseguenze che un digiuno protratto può comportare sulle sue condizioni di salute. Se la persona è consapevole delle possibili conseguenze della propria decisione, il medico non deve assumere iniziative costrittive né collaborare a manovre coattive di nutrizione artificiale nei confronti della medesima, pur continuando ad assisterla.

## CAPO X

### Onorari professionali nell'esercizio libero professionale

#### Art. 54

##### - Onorari professionali -

Nell'esercizio libero professionale, fermo restando il principio dell'intesa diretta tra medico e cittadino e nel rispetto del decoro professionale, l'onorario deve essere commisurato alla difficoltà, alla complessità e alla qualità della prestazione, tenendo conto delle competenze e dei mezzi impegnati.

Il medico è tenuto a far conoscere il suo onorario preventivamente al cittadino.

La corresponsione dei compensi per le prestazioni professionali non deve essere subordinata ai risultati delle prestazioni medesime.

Il medico può, in particolari circostanze, prestare gratuitamente la sua opera purché tale comportamento non costituisca concorrenza sleale o illecito accaparramento di clientela.

## CAPO XI

### Pubblicità e informazione sanitaria



#### Art. 55

##### - Informazione sanitaria -

Nella comunicazione in materia sanitaria è sempre necessaria la massima cautela al fine di fornire una efficace e trasparente informazione al cittadino. Il medico deve attenersi in materia di comunicazione ai criteri contenuti nel presente Codice in tema di pubblicità e informazione sanitaria; l'Ordine vigila sulla corretta applicazione dei criteri stessi.

Il medico collabora con le istituzioni pubbliche al fine di una corretta informazione sanitaria ed una corretta educazione alla salute.

#### Art. 56

##### - Pubblicità dell'informazione sanitaria -

La pubblicità dell'informazione in materia sanitaria, fornita da singoli o da strutture sanitarie pubbliche o private, non può prescindere, nelle forme e nei contenuti, da principi di correttezza informativa, responsabilità e decoro professionale.

La pubblicità promozionale e comparativa è vietata.

Per consentire ai cittadini una scelta libera e consapevole tra strutture, servizi e professionisti è indispensabile che l'informazione, con qualsiasi mezzo diffusa, non sia arbitraria e discrezionale, ma obiettiva, veritiera, corredata da dati oggettivi e controllabili e verificata dall'Ordine competente per territorio.

Il medico che partecipa, collabora od offre patrocinio o testimonianza alla informazione sanitaria non deve mai venir meno a principi di rigore scientifico, di onestà intellettuale e di prudenza, escludendo qualsiasi forma anche indiretta di pubblicità commerciale personale o a favore di altri.

Il medico non deve divulgare notizie su avanzamenti nella ricerca biomedica e su innovazioni in campo sanitario, non ancora validate e accreditate dal punto di vista scientifico in particolare se tali da alimentare infondate attese e speranze illusorie.

#### Art. 57

##### - Divieto di patrocinio -

Il medico singolo o componente di associazioni scientifiche o professionali non deve concedere avallo o patrocinio a iniziative o forme di pubblicità o comunque promozionali a favore di aziende o istituzioni relativamente a prodotti sanitari o commerciali.

### TITOLO IV

### RAPPORTI CON I COLLEGHI

#### CAPO I

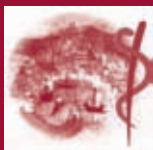
#### Rapporti di collaborazione

#### Art. 58

##### - Rispetto reciproco -

Il rapporto tra medici deve ispirarsi ai principi di corretta solidarietà, di reciproco rispetto e di considerazione della attività professionale di ognuno.

Il contrasto di opinione non deve violare i principi di un collegiale comportamento e di un civile dibattito.



Il medico deve assistere i colleghi senza fini di lucro salvo il diritto al ristoro delle spese.

Il medico deve essere solidale nei confronti dei colleghi risultati essere ingiustamente accusati.

Art. 59

- Rapporti con il medico curante -

Il medico che presti la propria opera in situazioni di urgenza o per ragioni di specializzazione a un ammalato in cura presso altro collega, previo consenso dell'interessato o del suo legale rappresentante, è tenuto a dare comunicazione al medico curante o ad altro medico eventualmente

indicato dal paziente, degli indirizzi diagnostico-terapeutici attuati e delle valutazioni cliniche relative, tenuto conto delle norme di tutela della riservatezza.

Tra medico curante e colleghi operanti nelle strutture pubbliche e private, anche per assicurare la corretta informazione all'ammalato, deve sussistere, nel rispetto dell'autonomia e del diritto alla riservatezza, un rapporto di consultazione, di collaborazione e di informazione reciproca al fine di garantire coerenza e continuità diagnostico-terapeutica.

La lettera di dimissione deve essere indirizzata, di norma tramite il paziente, al medico curante o ad altro medico indicato dal paziente.

## CAPO II

### Consulenza e consulto

Art. 60

- Consulenza e consulto -

Qualora la complessità del caso clinico o l'interesse del paziente esigano il ricorso a specifiche competenze specialistiche diagnostiche e/o terapeutiche, il medico curante deve proporre il consulto

con altro collega o la consulenza presso idonee strutture di specifica qualificazione, ponendo gli adeguati quesiti e fornendo la documentazione in suo possesso.

In caso di divergenza di opinioni, si dovrà comunque salvaguardare la tutela della salute del paziente che dovrà essere adeguatamente informato e le cui volontà dovranno essere rispettate.

I giudizi espressi in sede di consulto o di consulenza devono rispettare la dignità sia del curante che del consulente.

Il medico, che sia di contrario avviso, qualora il consulto sia richiesto dal malato o dai suoi familiari, può astenersi dal parteciparvi, fornendo, comunque, tutte le informazioni e l'eventuale documentazione relativa al caso.

Lo specialista o consulente che visiti un ammalato in assenza del curante deve fornire una dettagliata relazione diagnostica e l'indirizzo terapeutico consigliato.

## CAPO III

### Altri rapporti tra medici

Art. 61

- Supplenza -



Il medico che sostituisce nell'attività professionale un collega è tenuto, cessata la supplenza, a fornire al collega sostituito le informazioni cliniche relative ai malati sino allora assistiti, al fine di assicurare la continuità terapeutica.

#### CAPO IV

##### Attività medico-legale

###### Art. 62

- Attività medico- legale -

L'esercizio dell'attività medico legale è fondato sulla correttezza morale e sulla consapevolezza delle responsabilità etico-giuridiche e deontologiche che ne derivano e deve rifuggire da indebite suggestioni di ordine extratecnico e da ogni sorta di influenza e condizionamento.

L'accettazione di un incarico deve essere subordinata alla sussistenza di un'adeguata competenza medico-legale e scientifica in modo da soddisfare le esigenze giuridiche attinenti al caso in esame, nel rispetto dei diritti della persona e delle norme del Codice di Deontologia Medica e preferibilmente supportata dalla relativa iscrizione allo specifico albo professionale.

In casi di particolare complessità clinica ed in ambito di responsabilità professionale, è doveroso che il medico legale richieda l'associazione con un collega di comprovata esperienza e competenza nella disciplina coinvolta.

Fermi restando gli obblighi di legge, il medico curante non può svolgere funzioni medico-legali di ufficio o di controparte nei casi nei quali sia intervenuto personalmente per ragioni di assistenza o di cura e nel caso in cui intrattenga un rapporto di lavoro dipendente con la struttura sanitaria coinvolta nella controversia giudiziaria.

La consulenza di parte deve tendere unicamente a interpretare le evidenze scientifiche disponibili pur nell'ottica dei patrocinati nel rispetto della oggettività e della dialettica scientifica nonché della prudenza nella valutazione relativa alla condotta dei soggetti coinvolti.

L'espletamento di prestazioni medico-legali non conformi alle disposizioni di cui ai commi precedenti costituisce, oltre che illecito sanzionato da norme di legge, una condotta lesiva del decoro professionale.

###### Art. 63

- Medicina fiscale -

Nell'esercizio delle funzioni di controllo, il medico deve far conoscere al soggetto sottoposto all'accertamento la propria qualifica e la propria funzione.

Il medico fiscale e il curante, nel reciproco rispetto del diverso ruolo, non devono esprimere al cospetto del paziente giudizi critici sul rispettivo operato.

#### CAPO V

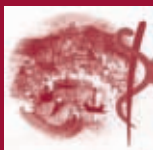
##### Rapporti con l'Ordine professionale

###### Art. 64

- Doveri di collaborazione -

Il medico è tenuto a comunicare al Presidente dell'Ordine i titoli conseguiti utili al fine della compilazione e tenuta degli albi.

Il medico che cambia di residenza, trasferisce in altra provincia la sua attività



o modifica la sua condizione di esercizio o cessa di esercitare la professione, è tenuto a darne tempestiva comunicazione al Consiglio provinciale dell'Ordine.

Il medico è tenuto a comunicare al Presidente dell'Ordine eventuali infrazioni alle regole, al reciproco rispetto e alla corretta collaborazione tra colleghi e alla salvaguardia delle specifiche competenze che devono informare i rapporti della professione medica con le altre professioni sanitarie.

Nell'ambito del procedimento disciplinare la mancata collaborazione e disponibilità del medico convocato dal Presidente della rispettiva Commissione di albo costituiscono esse stesse ulteriore elemento di valutazione a fini disciplinari.

Il Presidente della rispettiva Commissione di albo, nell'ambito dei suoi poteri di vigilanza deontologica, può convocare i colleghi esercenti la professione nella provincia stessa, sia in ambito pubblico che privato, anche se iscritti ad altro Ordine, informandone l'Ordine di appartenenza per le eventuali conseguenti valutazioni.

Il medico eletto negli organi istituzionali dell'Ordine deve adempiere all'incarico con diligenza e imparzialità nell'interesse della collettività e osservare prudenza e riservatezza nell'espletamento dei propri compiti.

## TITOLO V RAPPORTI CON I TERZI

### CAPO I Modalità e forme di espletamento dell'attività professionale

Art. 65

- Società tra professionisti -

I medici sono tenuti a comunicare all'Ordine territorialmente competente ogni accordo, contratto o convenzione privata diretta allo svolgimento dell'attività professionale al fine della valutazione della conformità ai principi di decoro, dignità e indipendenza della professione.

I medici che esercitano la professione in forma societaria sono tenuti a notificare all'Ordine l'atto costitutivo della società, costituita secondo la normativa vigente, l'eventuale statuto e ogni successiva variazione statutaria ed organizzativa.

Il medico non deve partecipare in nessuna veste ad imprese industriali, commerciali o di altra natura che ne condizionino la dignità e l'indipendenza professionale e non deve stabilire accordi diretti o indiretti con altre professioni sanitarie che svolgano attività o effettuino iniziative di tipo industriale o commerciale inerenti l'esercizio professionale.

Il medico, che opera a qualsiasi titolo nell'ambito di qualsivoglia forma societaria di esercizio della professione:

- garantisce, sotto la sua responsabilità, l'esclusività dell'oggetto sociale dell'attività professionale relativamente all'albo di appartenenza;
- può detenere partecipazioni societarie nel rispetto delle normative di legge;
- è e resta responsabile dei propri atti e delle proprie prescrizioni;
- non deve subire condizionamenti di qualsiasi natura della sua autonomia e indipendenza professionale.



L'Ordine, al fine di verificare il rispetto delle norme deontologiche, è tenuto, nell'ambito della normativa vigente, a iscrivere in apposito elenco i soci professionisti e le società costituite secondo la normativa vigente, anche in ambito interprofessionale, alle quali partecipino i professionisti iscritti presso i rispettivi albi, nell'ambito delle linee di indirizzo e coordinamento emanate dalla FNOMCeO.

#### Art. 66

- Rapporto con altre professioni sanitarie -

Il medico deve garantire la più ampia collaborazione e favorire la comunicazione tra tutti gli operatori coinvolti nel processo assistenziale, nel rispetto delle peculiari competenze professionali.

#### Art. 67

- Esercizio abusivo della professione e prestanomismo-

E' vietato al medico collaborare a qualsiasi titolo o di favorire, anche fungendo da prestanome, chi eserciti abusivamente la professione.

Il medico che nell'esercizio professionale venga a conoscenza di prestazioni mediche o odontoiatriche effettuate da non abilitati alla professione o di casi di favoreggiamento dell'abusivismo, è obbligato a farne denuncia all'Ordine territorialmente competente.

### TITOLO VI

#### RAPPORTI CON IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E CON ENTI PUBBLICI E PRIVATI

##### CAPO I

##### Obblighi deontologici del medico a rapporto di impiego o convenzionato

#### Art. 68

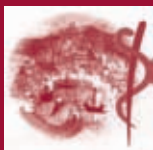
- Medico dipendente o convenzionato -

Il medico che presta la propria opera a rapporto d'impiego o di convenzione, nell'ambito di strutture sanitarie pubbliche o private, è soggetto alla potestà disciplinare dell'Ordine anche in riferimento agli obblighi connessi al rapporto di impiego o convenzionale.

Il medico dipendente o convenzionato con le strutture pubbliche e/o private non può in alcun modo adottare comportamenti che possano indebitamente favorire la propria attività libero-professionale.

Il medico qualora si verifichi contrasto tra le norme deontologiche e quelle proprie dell'ente, pubblico o privato, per cui presta la propria attività professionale, deve chiedere l'intervento dell'Ordine, onde siano salvaguardati i diritti propri e dei cittadini.

In attesa della composizione della vertenza egli deve assicurare il servizio, salvo i casi di grave violazione dei diritti e dei valori umani delle persone a lui affidate e della dignità, libertà e indipendenza della propria attività professionale.



#### Art. 69

##### - Direzione sanitaria -

Il medico che svolge funzioni di direzione sanitaria nelle strutture pubbliche o private ovvero di responsabile sanitario in una struttura privata deve garantire, nell'espletamento della sua attività, il rispetto delle norme del Codice di Deontologia Medica e la difesa dell'autonomia e della dignità professionale all'interno della struttura in cui opera.

Egli comunica all'Ordine il proprio incarico e collabora con l'Ordine professionale, competente per territorio, nei compiti di vigilanza sulla collegialità nei rapporti con e tra medici per la correttezza delle prestazioni professionali nell'interesse dei cittadini.

Egli, altresì, deve vigilare sulla correttezza del materiale informativo attinente alla organizzazione e alle prestazioni erogate dalla struttura.

Egli, infine vigila perché nelle strutture sanitarie non si manifestino atteggiamenti vessatori nei confronti dei colleghi.

#### Art. 70

##### - Qualità delle prestazioni -

Il medico dipendente o convenzionato deve esigere da parte della struttura in cui opera ogni garanzia affinché le modalità del suo impegno non incidano negativamente sulla qualità e l'equità delle prestazioni nonché sul rispetto delle norme deontologiche. Il medico deve altresì esigere che gli ambienti di lavoro siano decorosi e adeguatamente attrezzati nel rispetto dei requisiti previsti dalla normativa compresi quelli di sicurezza ambientale.

Il medico non deve assumere impegni professionali che comportino eccessi di prestazioni tali da pregiudicare la qualità della sua opera professionale e la sicurezza del malato.

## CAPO II

### Medicina dello Sport

#### Art. 71

##### - Accertamento della idoneità fisica -

La valutazione della idoneità alla pratica degli sport deve essere ispirata a esclusivi criteri di tutela della salute e della integrità fisica e psichica del soggetto.

Il medico deve esprimere il relativo giudizio con obiettività e chiarezza, in base alle conoscenze scientifiche più recenti e previa adeguata informazione al soggetto sugli eventuali rischi che la specifica attività sportiva può comportare.

#### Art. 72

##### - Idoneità - Valutazione medica -

Il medico è tenuto a far valere, in qualsiasi circostanza, la sua potestà di tutelare l'idoneità psicofisica dell'atleta valutando se un atleta possa intraprendere o proseguire la preparazione atletica e l'attività sportiva.

Il medico deve esigere che la sua valutazione sia accolta, denunciandone il mancato accoglimento alle autorità competenti e all'Ordine professionale.



Art. 73

- Doping -

Ai fini della tutela della salute il medico non deve consigliare, prescrivere o somministrare trattamenti farmacologici o di altra natura finalizzati ad alterare le prestazioni psico-fisiche correlate ad attività sportiva a qualunque titolo praticata, in particolare qualora tali interventi agiscano direttamente o indirettamente modificando il naturale equilibrio psico-fisico del soggetto.

### CAPO III

#### Tutela della salute collettiva

Art. 74

- Trattamento sanitario obbligatorio e denunce obbligatorie -

Il medico deve svolgere i compiti assegnatigli dalla legge in tema di trattamenti sanitari obbligatori e deve curare con la massima diligenza e tempestività la informativa alle autorità sanitarie e ad altre autorità nei modi, nei tempi e con le procedure stabilite dalla legge, ivi compresa, quando prevista, la tutela dell'anonimato.

Art. 75

Prevenzione, assistenza e cura della dipendenza da sostanze da abuso -

L'impegno professionale del medico nella prevenzione, nella cura e nel recupero clinico e reinserimento sociale del dipendente da sostanze da abuso deve, nel rispetto dei diritti della persona e senza pregiudizi, concretizzarsi nell'aiuto tecnico e umano, sempre finalizzato al superamento della situazione di dipendenza, in collaborazione con le famiglie e le altre organizzazioni sanitarie e sociali pubbliche e private che si occupano di questo grave disagio.

#### DISPOSIZIONE FINALE

Gli Ordini provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri sono tenuti a recepire il presente Codice e a garantirne il rispetto delle norme, nel quadro dell'azione di indirizzo e coordinamento esercitata dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri; sono tenuti inoltre a consegnare ufficialmente o, comunque, ad inviare ai singoli iscritti agli albi il Codice di Deontologia Medica e a tenere periodicamente corsi di aggiornamento e di approfondimento in materia deontologica.

Le presenti norme saranno oggetto di costante monitoraggio da parte della FNOMCeO al fine di garantirne l'eventuale aggiornamento.

