

Medici & Medici

Periodico di informazione Medico-Sanitaria • Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Ancona

- ▶ **Il consulente tecnico:
tra obblighi dell'ufficio
e obblighi deontologici**
- ▶ ***il punto su...*
i tumori ereditari**
- ▶ ***rubrica giovani*
cosa fa l'Ordine
per i giovani iscritti?**
- ▶ **Bando di Concorso
"Dr. Giorgio Fanesi"**

Spazi ambulatoriali

*disponibili
anche per frazioni
di giornata
o prestazioni singole*



Uscita A14 Ancona Sud
(vicino Hotel Palace)

Si offre:

- Servizio di prenotazione telefonica orario continuato 8-20
- Servizio di segreteria - fax - e-mail
- Sala riunioni 15-20 posti
- Ampio parcheggio gratuito
- Accesso e servizi handicap
- Aria condizionata

Per informazioni

Poliambulatorio Salute 2000

Via Grandi, 10 - 60027 - Osimo (AN)

tel. 0717302251 - Fax 071732455

<http://www.saluteduemila.it>

E-mail: info@saluteduemila.it



Medici Medici

Direttore Responsabile
Fulvio Borromei

Vice direttore
Gianbattista Catalini

Coordinatore di Redazione
Nicola Battelli

Vice coordinatore
Sergio Giustini

Redazione
Maria Beatrice Bilò
Vincenzo Berdini
Tiziana Pierangeli
Marco Silvestrelli

Consiglio Direttivo

Presidente
Fulvio Borromei

Vice Presidente
Gianbattista Catalini

Segretario
Luigi Venanzi

Tesoriere
Francesco Lattanzi

Consiglieri
Nicola Battelli
Maria Beatrice Bilò
Marcello Mario D'Errico
Sergio Giustini
Arcangela Guerrieri

M. Giovanna Magiera
Tiziana Pierangeli
Quirino Massimo Ricci
Riccardo Sestili
Marco Silvestrelli
Augusto Sertori (od.)
Stefano Tucci (od.)

Revisori dei conti effettivi
Giuliano Rocchetti
Giordano Giostra
Mario Perli

Revisore dei conti supplente
Vincenzo Berdini

Commissione Odontoiatrica
Federico Fabbri
Augusto Aquilano
Francesco Montecchiani
Augusto Sertori
Stefano Tucci

in copertina:
Arco Traiano, molo di Ancona

Questo numero è stato chiuso:
28 luglio 2004

sommario

editoriale

Una stagione difficile 4

informazioni

Il consulente tecnico: tra obblighi dell'ufficio e obblighi deontologici 5

Sentenza Cassazione sulla responsabilità del medico 7

Lo scandalo sanitario e il suo retroscena 15

bioetica

Le nuove disposizioni legislative sulla sperimentazione clinica di medicinali 16

news dalla Facoltà di Medicina 19

il punto su...

Tumori ereditari: fra biologia molecolare e pratica clinica 20

dalla FNOMCeO

Sull'ECM i medici chiedono un'inversione di rotta 23

Fermo NO alle classifiche dei più bravi 23

Pubblicità sanitaria 23

I medici si confrontano sul nuovo Ordine Professionale 24

rubrica giovani

Cosa fa l'Ordine per i giovani iscritti? 25

avvisi

Bando di Concorso "Dr. Giorgio Fanesi" 26

Premio di Laurea "Prof. F. Bianchi" 28

Mailing List 29

congressi e corsi 30

<http://www.ordinemedici.ancona.it>
e-mail: segreteria@ordinemedici.ancona.it



Una stagione difficile

di *Fulvio Borromei*

Arrivano le vacanze, il meritato riposo (se siamo ancora in grado di riposarci), in questa stagione dovremmo lasciare gli affanni, le fatiche per ritemperarci per essere di nuovo pronti e disponibili all'incontro e al confronto con i pazienti, con i colleghi, con le altre figure professionali e le istituzioni sanitarie.

La professione non vive sicuramente un periodo felice, lontani sono i traguardi di una risoluzione dei contratti per un miglioramento sia economico che strutturale-normativo.

Scarse sono le risorse che vengono messe a disposizione per far crescere la professione nel suo ruolo più importante: conservare la salute del cittadino.

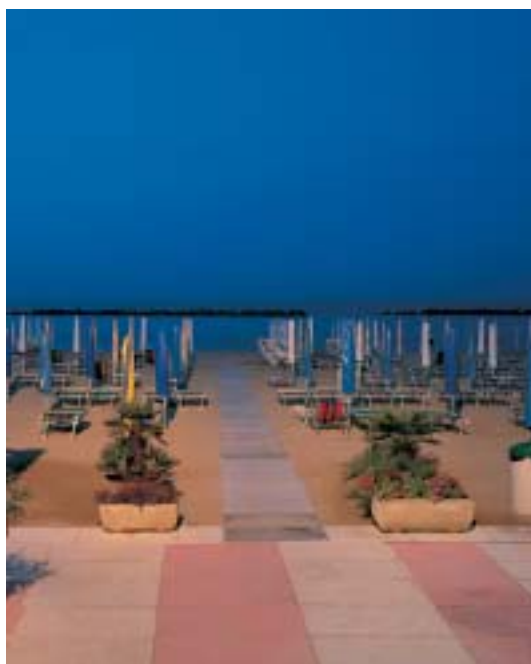
I mezzi di informazione danno una immagine di essa non veritiera e squalificata, e si evidenzia una deriva qualunque che tende a demolire l'onorabilità dei medici e con essi il valore sociale, etico e professionale del nostro SSN.

Come non ricordare il collega Dr Salvatore Scandurra morto suicida e poi assolto per una vicenda che lo ha visto accusato per la morte di una sua paziente.

Nell'era della comunicazione diffusa è l'incomunicabilità, l'incomprensione, i luoghi comuni e gli stereotipi, l'insoddisfazione mina una visione globale delle problematiche tendendo a portarci alla chiusura nel particolare.

Questi sono elementi che nel tempo portano ad un decadimento ad una involuzione del corpo professionale e per tale motivo dobbiamo esercitarci a guardare alla globalità dei problemi a far prevalere l'interesse comune piuttosto che quello particolare, perché in questo (l'interesse comune) alberga la storia etica e deontologica della nostra professione.

In questa ottica si muove il nostro Ordine, attraverso le sue rappresentanze nei momenti di incontro sia tra categorie profes-



sionali che con le istituzioni sanitarie, puntando sulla progettualità, sul confronto, sulla condivisione, sulla realizzazione di iniziative e progetti che hanno come comune denominatore l'interesse generale del sistema. Un esempio di questa filosofia è il percorso (sicuramente migliorabile) che l'Ordine ha tracciato nel realizzare le procedure per il nuovo esame di stato.

Stiamo cercando di concretizzare iniziative di servizio per i medici iscritti al nostro Ordine ed abbiamo approvato nell'ultimo consiglio il contributo di studio per giovani medici che desiderino cimentarsi con esperienze professionali in Europa ed in Africa, intitolato al nostro collega tesoriere scomparso dr Giorgio Fanesi, esempio e testimone di questa nostra filosofia.

A quei colleghi che mi chiedono che cosa faccia l'Ordine per la professione, rispondo che questo cerca di realizzare percorsi etico culturali che la veda sempre più protagonista in ambito sociale nel rispetto della sua storia e la difende da tutte quelle derive qualunque che vorrebbero disconoscere i suoi grandi meriti per aver costruito un sistema di cure universali e solidali sconosciute ad altri paesi anche Europei.

Un augurio di meritato riposo.

Il consulente tecnico: tra obblighi dell'ufficio e obblighi deontologici

Avv. Claudio De Feo

È importante riaffermare i principi deontologici - anche a fronte delle disposizioni legislative vigenti - che regolano l'attività dei medici/consulenti tecnici nell'ambito del processo.

Si ricorda al riguardo che l'incarico è pubblico e che l'iscrizione all'albo dei consulenti tecnici - anche perché richiesta dallo stesso medico - non può prescindere dalla conoscenza delle regole che disciplinano l'incarico.

Così ad esempio il rifiuto dell'incarico - soprattutto laddove fa seguito alla richiesta di iscrizione all'Albo da parte dello stesso medico - non può essere arbitrario o meramente potestativo, dovendo sussistere una causa oggettiva di impedimento.

Ma andiamo con ordine.

L' art 61 del codice di procedura civile stabilisce:

Consulente tecnico. - Quando è necessario, il giudice può farsi assistere per il compimento di singoli atti o per tutto il processo, da uno o più consulenti di particolare competenza tecnica (p.c. 87, 191 ss., 424, 441, 445; nav. 599 ss.).

La scelta dei consulenti tecnici deve essere normalmente fatta tra le persone iscritte in albi speciali formati a norma delle disposizioni di attuazione al presente codice (att. p.c. 13 ss., 146 s.).

Le disposizioni di attuazione del codice di procedura civile detta le regole relative alla formazione e tenuta degli albi:

13. Albo dei consulenti tecnici. - Presso ogni tribunale è istituito un albo dei consulenti tecnici (p.c. 61 ss.).

L'albo è diviso in categorie.

Debbono essere sempre comprese nell'albo le categorie: 1) medico-chirurgica; 2) industriale; 3) commerciale; 4) agricola; 5) bancaria; 6) assicurativa (att. p.c. 146).

14. Formazione dell'albo. - L'albo è tenuto dal presidente del tribunale ed è formato da un comitato da lui presieduto e composto dal procuratore della Repubblica e da un professionista iscritto nell'albo professionale designato dal consiglio dell'ordine o dal collegio della categoria cui appartiene il richiedente l'iscrizione nell'albo dei consulenti tecnici.

Il Consiglio predetto ha facoltà di designare, quanto lo ritenga opportuno, un professionista iscritto nell'albo di altro ordine o collegio, previa comunicazione al consiglio che tiene l'albo a cui appartiene il professionista stesso.

Quando trattasi di domande presentate da periti estimatori, la designazione è fatta dalla camera di commercio, industria e agricoltura.

Le funzioni di segretario del comitato sono esercitate dal cancelliere del tribunale.

15. Iscrizione nell'albo. - Possono ottenere l'iscrizione nell'albo coloro che sono forniti di speciale competenza tecnica in una determinata materia, sono di condotta morale [e politica] (1) specchiata e sono iscritti nelle rispettive associazioni professionali. Nessuno può essere iscritto in più di un albo. Sulle domande di iscrizione decide il comitato indicato nell'articolo precedente.

Contro il provvedimento del comitato è ammesso reclamo, entro quindici giorni dalla notificazione, al comitato previsto nell'art. 5 (2).

L'art 63 del codice di procedura civile stabilisce espressamente che l'assunzione dell'incarico da parte del consulente iscritto all'albo è un obbligo e non una facoltà del consulente:

63. Obbligo di assumere l'incarico e ricazione del consulente. — Il consulente scelto tra gli iscritti in un albo (att. p.c. 146) ha l'obbligo di prestare il suo ufficio, tranne che il giudice riconosca che ricorre un giusto motivo di astensione (p.c. 192).

Il consulente può essere ricasato dalle parti per i motivi indicati nell'art. 51.

Della ricasazione del consulente conosce il giudice che l'ha nominato (att. p.c. 89).

192. Astensione e ricasazione del consulente. - L'ordinanza è notificata al consulente tecnico a cura del cancelliere, con invito a comparire all'udienza fissata dal giudice.

Il consulente che non ritiene di accettare l'incarico o quello che, obbligato a prestare il

suo ufficio, intende astenersi (p.c. 63) deve farne denuncia o istanza al giudice che l'ha nominato almeno tre giorni prima dell'udienza di comparizione; nello stesso termine le parti debbono proporre le loro istanze di ricasazione, depositando nella cancelleria ricorso al giudice istruttore. Questi provvedimenti con ordinanza non impugnabile (att. p.c. 89).

Il rifiuto di accettare l'incarico è quindi ammesso ed è lecito solo nel caso in cui oggettivamente ricorra un giusto motivo di astensione. La valutazione dei motivi è operata dal giudice il quale è l'unico a potere sindacare l'eventuale astensione.

La distribuzione degli incarichi deve svolgersi con criteri di oggettività e trasparenza.

22. Distribuzione degli incarichi. - Tutti i giudici che hanno sede nella circoscrizione del tribunale debbono affidare normalmente le funzioni di consulente tecnico agli iscritti nell'albo del tribunale medesimo.

Il giudice istruttore che conferisce un incarico a un consulente iscritto in albo di altro tribunale o a persona non iscritta in alcun albo, deve sentire il presidente e indicare nel provvedimento i motivi della scelta.

Le funzioni di consulenti presso la corte d'appello sono normalmente affidate agli iscritti negli albi dei tribunali del distretto. Se l'incarico è conferito ad iscritti in altri albi o a persone non iscritte in alcun albo, deve essere sentito il primo presidente e debbono essere indicati nel provvedimento i motivi della scelta.

I compensi spettanti al consulente sono predeterminati per legge, sicché non possono essere oggetto di trattativa o accordo.

La Corte Costituzionale, con sentenza n. 88 del 1970, ha da tempo dichiarato al riguardo la non fondatezza della questione con ampia motivazione pertinente anche alla censura relativa all'art. 35, 1° comma, cost., osservando che i consulenti tecnici, in quanto ausiliari del giudice, non possono essere considerati come dei puri e semplici lavoratori autonomi per le funzioni che svolgono nell'ambito del processo, talché il legislatore ha provveduto a disciplinare con una legge speciale i criteri di liquidazione dei compensi loro dovuti; inoltre, la questione è stata già riproposta, sostanzialmente negli stessi ter-

mini, nei confronti di detta l. 1° dicembre 1956, n. 1426, e dichiarata manifestamente infondata con l'ordinanza della corte n. 69 del 1979, in riferimento all'art. 3 cost.; non sussistono, quindi, elementi idonei a giustificare un mutamento di giurisprudenza, anche se non si può nascondere che l'ulteriore decorso del tempo ha reso inadeguate le tariffe fissate dalle norme impugnate, il che richiede un tempestivo intervento del legislatore nell'esercizio della sua discrezionalità politica.

Per quanto attiene alla responsabilità dei consulenti tecnici e l'accertamento di eventuali violazioni, le disposizioni di attuazione del codice di procedura civile prevedono:

19. Disciplina. - La vigilanza sui consulenti tecnici è esercitata dal presidente del tribunale, il quale, d'ufficio o su istanza del procuratore della Repubblica o del presidente dell'associazione professionale, può promuovere procedimento disciplinare contro i consulenti che non hanno tenuto una condotta morale [e politica] (1) specchiata o non hanno ottemperato agli obblighi derivanti dagli incarichi ricevuti.

Per il giudizio disciplinare è competente il comitato indicato nell'art. 14.

20. Sanzioni disciplinari. - Ai consulenti che non hanno osservato i doveri indicati nell'articolo precedente possono essere inflitte le seguenti sanzioni disciplinari:

- 1) l'avvertimento;
- 2) la sospensione dall'albo per un tempo non superiore ad un anno;
- 3) la cancellazione dall'albo.

21. Procedimento disciplinare. - Prima di promuovere il procedimento disciplinare, il presidente del tribunale contesta l'addebito al consulente e ne raccoglie la risposta scritta.

Il presidente, se dopo la contestazione ritiene di dovere continuare il procedimento, fa invitare il consulente, con biglietto di cancelleria, davanti al comitato disciplinare. Il comitato decide sentito il consulente. Contro il provvedimento è ammesso reclamo a norma dell'art. 15 ultimo comma.

Si raccomanda pertanto la massima disponibilità e diligenza nell'osservanza delle regole sopra richiamate, ribadendo che la richiesta di iscrizione all'albo dei consulenti è volontaria, ma questa – una volta avvenuta – comporta l'obbligatorietà dell'incarico.

Sentenza Cassazione sulla responsabilità del medico

Avv. Claudio De Feo

RESPONSABILITÀ MEDICO - CONTRATTO PRESTAZIONE OPERA INTELLETTUALE - OBBLIGAZIONE DI MESSI OBBLIGAZIONE DI RISULTATO - ONERE DELLA PROVA - DILIGENZA - DIFFICOLTÀ DELL'INTERVENTO - NOZIONE - DOLO, COLPA GRAVE - COLPA - GRADO DELLA COLPA - IMPERIZIA, IMPRUDENZA, NEGLIGENZA -

MOTIVI DELLA DECISIONE

Il ricorso principale e quello incidentale devono essere riuniti a norma dell'art. 335 c.p.c. Con il primo motivo di ricorso, i ricorrenti principali lamentano la violazione e falsa applicazione degli artt. 1218, 2729, 2697 c.c. e degli artt. 115 e 116 c.p.c.

La Corte d'Appello di Bologna, dopo aver correttamente definito di natura contrattuale la responsabilità dell'ente ospedaliero (e implicitamente anche come contrattuale la responsabilità del medico), aveva erroneamente posto in capo al creditore l'onere della prova sull'esistenza della colpa, ritenendo che se il debitore dovesse dimostrare l'assenza di colpa, affronterebbe una prova negativa che non gli compete. L'errore consisteva nell'aver ritenuto prova negativa quella dell'assenza di colpa, non considerando che per l'art. 1218 c.c. la prova di non aver potuto adempiere esattamente l'obbligazione è a carico del debitore. Né la distinzione tra obbligazioni di risultato e obbligazioni di mezzi fa venir meno questo principio, poiché anche nell'obbligazione di mezzi il debitore è tenuto all'obbligo di condotta diligente senza omettere qualsiasi attività idonea all'obbligo da lui assunto. Nel caso di specie la prova (positiva) dell'assenza di colpa avrebbe potuto essere agevolmente fornita mediante la dimostrazione che la condotta dell'operatore si era uniformata alle regole che la scienza medica prescrive per il trattamento dei casi (distocia di spalla) quale quello presentatosi.

IL MOTIVO È FONDATO

Questa Corte ha costantemente inquadrato la responsabilità dell'ente ospedaliero nella responsabilità contrattuale, sul rilievo che l'accettazione del paziente in ospedale, ai fini del ricovero o di una visita ambulatoriale, comporta la conclusione di un contratto (Cass. 21 dicembre 1978, n. 6141; Cass. 8 marzo 1979, n. 1716; Cass. 1 marzo 1988, n. 2144; Cass. 4 agosto 1988, n. 6707; Cass. 27 maggio 1993, n. 5939; Cass. 11.4.1995, n. 4152; Cass. 27 luglio 1998, n. 7336; 2 dicembre 1998, n. 12233; Cass. 22 gennaio 1999, n. 589, in motiv.; Cass. 1° settembre 1999, n. 9198; Cass. 11 marzo 2002, n. 3492; 14 luglio 2003, n. 11001; 21 luglio 2003, n. 11316, in motiv.). A sua volta anche l'obbligazione del medico dipendente dall'ente ospedaliero nei confronti del paziente, ancorché non fondata sul contratto, ma sul "contatto sociale", ha natura contrattuale (Cass. 22 dicembre 1999, n. 589).

La responsabilità sia del medico che dell'ente ospedaliero per inesatto adempimento della prestazione ha dunque natura contrattuale ed è quella tipica del professionista, con la conseguenza che trovano applicazione il regime proprio di questo tipo di responsabilità quanto alla ripartizione dell'onere della prova e i principi delle obbligazioni da contratto d'opera intellettuale professionale relativamente alla diligenza e al grado della colpa.

Trattandosi di obbligazioni inerenti all'esercizio di attività professionali, la diligenza nell'adempimento deve valutarsi, a norma dell'art. 1176, secondo comma, con riguardo alla natura dell'attività esercitata. Dispone poi l'art. 2236 c.c. che se la prestazione implica la soluzione di problemi di speciale difficoltà, il prestatore d'opera non risponde dei danni, se non in caso di dolo e colpa grave.

Gli artt. 1176 e 2236 c.c. esprimono dunque l'unitario concetto secondo cui il grado di diligenza dev'essere valutato con riguardo alla difficoltà della prestazione resa. E la colpa è inosservanza della diligenza richiesta.

L'obbligazione assunta dal professionista consiste in un'obbligazione di mezzi, cioè in

un'attività indirizzata ad un risultato. Il mancato raggiungimento del risultato non determina inadempimento (v. Cass. 26 febbraio 2003 n. 2836). **L'inadempimento (o l'inesatto adempimento) consiste nell'aver tenuto un comportamento non conforme alla diligenza richiesta, mentre il mancato raggiungimento del risultato può costituire danno consequenziale alla non diligente prestazione o alla colpevole omissione dell'attività sanitaria.**

In tema di onere della prova nelle controversie di responsabilità professionale, questa Corte ha più volte enunciato il principio secondo cui **quando l'intervento da cui è derivato il danno non è di difficile esecuzione, la dimostrazione da parte del paziente dell'aggravamento della sua situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie è idonea a fondare una presunzione semplice in ordine all'inadeguata o negligente prestazione, spettando all'obbligato fornire la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti peggiorativi siano stati determinati da un evento imprevisto e imprevedibile** (Cass. 21 dicembre 1978, n. 6141; Cass. 16 novembre 1988, n. 6220; 11 marzo 2002, n. 3492).

Più specificamente, l'onere della prova è stato ripartito tra le parti nel senso che **spetta al medico provare che il caso è di particolare difficoltà e al paziente quali siano state le modalità di esecuzione inadeguate ovvero a questi spetta provare che l'intervento è di facile esecuzione**

e al medico che l'insuccesso non sia dipeso da suo difetto di diligenza (Cass. 19 maggio 1999, n. 4852; Cass. 4 febbraio 1998, n. 1127; Cass. 30 maggio 1996, n. 5005; Cass. 16 febbraio 2001, n. 2335; 16 novembre 1988, n. 6220; altre).

I risultati sopra riassunti ai quali è pervenuta la giurisprudenza di legittimità vanno oggi rilette alla luce del principio enunciato in termini generali dalle Sezioni Unite di questa Corte con la sentenza 30 ottobre 2001, n. 13533, in tema di onere della prova dell'inadempimento e dell'inesatto adempimento.

Le Sezioni Unite, nel risolvere un contrasto di giurisprudenza tra le sezioni semplici, hanno enunciato il principio condiviso dal Collegio secondo cui **il creditore che agi-**

sce per la risoluzione contrattuale, per il risarcimento del danno, ovvero per l'adempimento deve dare la prova della fonte negoziale o legale del suo diritto, limitandosi alla mera allegazione della circostanza dell'inadempimento della controparte, mentre il debitore convenuto è gravato dell'onere della prova del fatto estintivo, costituito dall'avvenuto adempimento. Analogo principio è stato enunciato con riguardo all'inesatto adempimento, rilevando che al creditore istante è sufficiente la mera allegazione dell'inesattezza dell'adempimento (per violazione di doveri accessori, come quello di informazione, ovvero per mancata osservanza dell'obbligo di diligenza, o per difformità quantitative o qualitative dei beni), gravando ancora una volta sul debitore l'onere di dimostrare l'avvenuto, esatto adempimento.

Applicando questo principio all'onere della prova nelle cause di responsabilità professionale del medico deve affermarsi che il paziente che agisce in giudizio deducendo l'inesatto adempimento dell'obbligazione sanitaria **deve provare il contratto e allegare l'inadempimento del sanitario restando a carico del debitore l'onere di provare l'esatto adempimento.**

Più precisamente, consistendo l'obbligazione professionale in un'obbligazione di mezzi, **il paziente dovrà provare l'esistenza del contratto e l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento, restando a carico del sanitario o dell'ente ospedaliero la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti peggiorativi siano stati determinati da un evento imprevisto e imprevedibile.**

La distinzione tra prestazione di facile esecuzione e prestazione implicante la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà non rileva dunque più quale criterio di distribuzione dell'onere della prova, ma dovrà essere apprezzata per la valutazione del grado di diligenza e del corrispondente grado di colpa, restando comunque a carico del sanitario la prova che la prestazione era di particolare difficoltà.

Porre a carico del sanitario o dell'ente ospedaliero la prova dell'esatto adempimento della prestazione



medica soddisfa in pieno a quella linea evolutiva della giurisprudenza in tema di onere della prova che va accentuando il principio della vicinanza della prova, inteso come apprezzamento dell'effettiva possibilità per l'una o per l'altra parte di offrirla. **In fatti, nell'obbligazione di mezzi il mancato o inesatto risultato della prestazione non consiste nell'inadempimento, ma costituisce il danno consequenziale alla non diligente esecuzione della prestazione. In queste obbligazioni in cui l'oggetto è l'attività, l'inadempimento coincide con il difetto di diligenza nell'esecuzione della prestazione, cosicché non vi è dubbio che la prova sia "vicina" a chi ha eseguito la prestazione; tanto più che trattandosi di obbligazione professionale il difetto di diligenza consiste nell'inosservanza delle regole tecniche che governano il tipo di attività al quale il debitore è tenuto.**

A proposito della distribuzione dell'onere della prova, la Corte d'appello ha rilevato che non era sostenibile che, spettando al debitore l'onere di provare

il corretto adempimento della prestazione, l'istituto di cura avrebbe dovuto provare che gli operatori ad esso preposti avevano agito in maniera immune da colpa, "perché in tal modo si ricondurrebbe la prova al mancato raggiungimento del risultato, che non costituisce oggetto dell'obbligazione, e si richiederebbe la formulazione di una prova negativa, quale la mancanza di errore o colpa dell'operatore". E' quindi pervenuta alla conclusione che l'ente ospedaliero adempie la propria obbligazione dimostrando di aver predisposto in maniera ottimale tutti i servizi e di essersi avvalso di personale idoneo e competente; "ma il suo onere non potrà mai spingersi a provare che la concreta attività posta in essere da tale personale è stata nel caso concreto, immune da colpa, perché in tal modo si verrebbe a gravare l'ente medesimo di una prova negativa quale è l'assenza di errori". Avuto riguardo a quanto sopra si è detto circa la distribuzione dell'onere della prova, ap-



pare evidente che le conclusioni alle quali è pervenuta la Corte di merito appaiono errate, dovendosi in materia fare applicazione del principio sopra enunciato. **L'assenza di colpa si prova poi dimostrando che la prestazione è stata eseguita con la diligenza richiesta.**

E' poi opportuno ulteriormente precisare sul punto che la responsabilità dell'ente ospedaliero ha natura contrattuale anche per quanto concerne il comportamento dei medici dipendenti. Questa responsabilità è conseguenza dell'applicazione dell'art. 1228 c.c. secondo cui il debitore che nell'adempimento dell'obbligazione si avvale dell'opera di terzi risponde

dei fatti dolosi e colposi di questi (Cass. 4 marzo 2004, n. 4400; Cass. 8 gennaio 1999, n. 103).

2) Con il secondo motivo i ricorrenti principali deducono la violazione e falsa applicazione degli artt. 2236 e 1176 c.c. e degli artt. 115 e 116 c.p.c. e il vizio di motivazione della sentenza impugnata. La Corte territoriale aveva ritenuto che l'alto tasso di esiti negativi nella distocia della spalla valeva a conferma del parere dei C.T.U., secondo i quali l'azione del prof. P. rientrava nell'ambito di quella particolare re difficoltà di cui all'art. 2236 c.c., che prevede la responsabilità del prestatore d'opera solo in caso di dolo o colpa grave. Ma **far dipendere la speciale difficoltà "dall'alto tasso di esi-**

ti negativi della distocia " è errato, poiché prende in considerazione, anziché i mezzi e i metodi attuati dal professionista, l'eventuale e incerto risultato; cioè un indice (del tutto indeterminato) che non ha nulla a che fare con la speciale difficoltà. La giurisprudenza di legittimità ha da tempo individuato quale sia il grado della speciale difficoltà dei problemi tecnici soprattutto nel campo della responsabilità dei medici riscontrandola laddove il caso non sia stato in pre-

cedenza adeguata mente studiato o sperimentato o quando nella scienza medica siano stati discussi sistemi diagnostici, terapeutici e di tecnica chirurgica diversi e incompatibili tra loro. In conclusione, la soluzione accolta dal la sentenza impugnata mostra al riguardo un'obiettiva deficienza di criterio logico nella formazione del suo convincimento ed incorre quindi nel vizio motivazione.

ANCHE QUESTO MOTIVO È FONDATO

Questa Corte ha specificato che l'intervento implicante la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà evenienza che limita la responsabilità del medico al dolo e alla colpa grave a norma dell'art. 2236 c.c. è quello che **richiede notevole abilità, implica la soluzione di problemi tecnici nuovi o di speciale complessità e comporta un largo margine di rischi** (v. per es. Cass. 16 novembre 1988, n. 6220; Cass. 26 marzo 1990, n. 2428; Cass. 19 maggio 1999, n. 4852; Cass. 10 maggio 2000, n. 5945). L'accertamento relativo al se la prestazione professionale in concreto eseguita implichi la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà è rimessa al giudice di merito è il relativo giudizio è incensurabile in sede di legittimità se adeguatamente motivato (Cass. 14 agosto 1997, n. 7618).

Nel caso di specie la Corte territoriale ha ritenuto che l'intervento rientrava nell'ambito della particolare difficoltà prevista dall'art. 2236 c.c. e ha motiva-

to questo convincimento facendo riferimento all'"alto tasso di esiti negativi nella distocia di spalla", che valeva a confermare "il parere chiaramente espresso dai C.T.U."

QUESTA MOTIVAZIONE È INSUFFICIENTE

L'alto tasso di esiti negativi di un certo intervento non costituisce circostanza di significato univoco circa la sussistenza della particolare difficoltà nello svolgimento della prestazione medica, poiché potrebbe riguardare la patologia sulla quale si interviene piuttosto che le modalità di intervento, rispetto alle quali si misura la diligenza richiesta. Certamente il margine di rischio dell'intervento può essere considerato nella valutazione globale della particolare difficoltà dell'intervento, ma di per sé non può costituire elemento decisivo, dovendosi comunque fare anche e soprattutto riferimento alla prestazione che il sanitario rende. Il richiamo poi al parere del C.T.U. è privo di significato, non essendo riportato neppure in estrema sintesi quale sia stato questo parere.

SU QUESTO ASPETTO DUNQUE OCCORRERÀ UN NUOVO ESAME DA PARTE DEL GIUDICE DI RINVIO

Con il terzo motivo si lamenta la violazione e falsa applicazione degli artt. 2236, 1176, 1218 e 2697 c.c. e degli artt. 115 116 c.p.c. in relazione all'art. 360 n. 3 e 5 c.p. c. I ricorrenti rilevano che **secondo la giurisprudenza di legittimità la limitazione di responsabilità professionale del medico chirurgo ai soli casi di dolo o colpa grave, ai sensi dell'art. 2236 C.C., attiene esclusivamente alla perizia, per la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà, con esclusione dell'imprudenza e della negligenza.** Osservano quindi che i convenuti non avevano provato che il prof. P. avesse posto in essere alcuna delle manovre descritte dalla letteratura scientifica: né quella di Kristeller, né quella di Jacquemier, né altra fra quelle codificate, e neppure quella innominata, che i CTU assimilano alla manovra di Woods. Il giudice d'appello aveva svolto al riguardo un ragionamento meramente tautologico ed incoerente, circoscritto alla generica osservazione secondo la quale "certamente una qualche manovra venne compiuta", ed aveva addirittura concluso affermando "che la stessa presenza della lesione dimostra l'effettua-

zione di una qualche manovra". Tale ragionamento era privo di logica, dal momento che non aveva considerato quale modalità in concreto era stata seguita nella trazione e si risolveva nel vizio di difetto di motivazione. Spettava dunque al medico la prova di aver effettuato nel suo intervento le specifiche manovre necessarie quale mezzo al fine di facilitare il parto, mentre il giudice, non potendo presumere la loro esecuzione attraverso la generica ed indeterminata supposizione della loro effettuazione, era caduto nel vizio di motivazione.

4) Con il quarto motivo i ricorrenti incidentali lamentano la violazione e falsa applicazione degli artt. 2236 c.c. e degli artt. 115 116 c.p.c. in relazione all'art. 360 n. 5 c.p.c. Era stata comunque data dagli attuali ricorrenti la prova della esecuzione da parte del prof. P. di modalità di intervento non idonee. Era stato infatti dimostrato che nessuna delle manovre in senso stretto descritte nella letteratura medica era stata posta in essere dal prof. P.. La Corte territoriale aveva confuso tali manovre con l'episiotomia (ampliamento chirurgico dell'anello vulvare), che costituisce approccio indispensabile al trattamento della distocia della spalla, nel senso che non è possibile effettuare una qualsiasi delle manovre descritte dalla letteratura medica se prima non si è praticata l'episiotomia. Il prof. P. non aveva praticato l'episiotomia e ciò dimostrava inequivocabilmente che non aveva trattato la distocia della spalla con nessuno dei metodi descritti dalla letteratura specialistica.

4.1) I due motivi, che per ragioni di connessione possono essere trattati congiuntamente, sono fondati nei termini appresso indicati.

La Corte d'appello di Bologna ha ritenuto infondato il secondo motivo dell'appello principale con il quale si lamentava che la mancata effettuazione della episiotomia e la mancata indicazione, nella cartella clinica di una qualsiasi manovra volta ad agevolare l'espulsione del feto dimostravano l'assoluta inattività e quindi l'atteggiamento omissivo del prof. P.. Lo ha rigettato sul rilievo che "certamente una qualche manovra venne compiuta" e "che la stessa presenza della lesione dimostra(va) l'effettuazione di una qualche manovra".

Anche in questo caso le ragioni espresse

dalla Corte di merito non lasciano individuare il criterio posto a base della decisione né comprendere il percorso logico seguito. **Ciò che si doveva accertare è se era stata compiuta o meno la corretta manovra richiesta dalle evenienze del caso e, eventualmente, se questa manovra fosse o meno necessaria.** L'affermazione che una "qualche" manovra era stata compiuta è circostanza priva di significato per valutare la diligenza del medico. E' poi addirittura incomprensibile la deduzione logica con la quale si desume l'esistenza di una "qualche" manovra dalla presenza della lesione, elevata in tal modo a criterio di valutazione della diligenza.

Sussiste dunque il vizio di motivazione denunciato. Ed anche su questo aspetto il giudice del rinvio dovrà compiere una nuova valutazione.

5) Il quinto motivo di ricorso (con il quale si lamenta la falsa applicazione degli artt. 61, 115, 116 c.p.c. e il vizio di motivazione, per non essersi la Corte di merito fatta carico delle critiche espresse alla consulenza tecnica) e il sesto motivo (con il quale si fa valere la violazione

dell' art. 2043 e il vizio di motivazione, considerando la responsabilità del prof. P. anche a titolo di responsabilità extracontrattuale) restano assorbiti dall'accoglimento dei primi quattro motivi del ricorso.

6. La Regione Emilia Romagna con il ricorso incidentale svolge un unico articolato motivo con il quale, deducendo la violazione dell'art. 6 della legge 23 dicembre 1994, n. 724 e degli artt. 1 e 2 della legge 11 febbraio 1997, n. 21, lamenta il rigetto dell'eccezione del proprio difetto di legittimazione passiva. Il motivo si articola in distinte doglianze.

Con una prima doglianza la ricorrente incidentale, richiamato l'art. 6 della legge 23 di-

cembre 1994, n. 724, rileva che la titolarità passiva dei rapporti giuridici sorti in capo alle USL spetta alle gestioni liquidatorie, soggetti dotati di autonomia contabile, amministrativa e finanziaria, la rappresentanza delle quali è esercitata da commissari liquidatori, individuati nei direttori generali delle ASL. Rispetto a questa situazione la Regione è tenuta solo a dotare le gestioni liquidatorie dei mezzi finanziari necessari ad estinguere le obbligazioni, senza che ciò determini una sua legittimazione alle pretese di terzi.



Con una seconda doglianza la ricorrente incidentale deduce che l'art. 6 della legge 23 dicembre 1994, n. 724 deve essere interpretato nel senso di ritenere che l'obbligo delle regioni di mettere a disposizione delle gestioni liquidatorie i mezzi finanziari atti ad estinguere i debiti gravanti sulle USL è limitato alle risorse necessarie ad estinguere le obbligazioni nascenti da contratti di fornitura di appalto e di servizi, con esclusione dei debiti che, come quello in esame, traggono origine da diversi fatti. Questa conclusione sarebbe suffragata dalla successiva normativa statale e regionale (legge 11 febbraio 1997 n. 21 e legge Regione Emilia Romagna 9 luglio 1997 n. 21), che, nel finanziare l'obbligo di legge previsto dall'art. 6 e nell'autorizzare il Ministero del tesoro e le regioni a contrarre mutui an-

che in deroga alle vigenti norme di legge, fa riferimento solo al "disavanzo di parte corrente del servizio sanitario regionale", vale a dire alle obbligazioni "connesse con il normale svolgimento dell'attività (dell'ente)".

Un'interpretazione estensiva dell'art. 6 legge 23 dicembre 1994 n. 724, tale da imporre alle regioni l'obbligo di fornire i mezzi necessari ad estinguere tutte le obbligazioni delle USL cioè non solo quelle concernenti i debiti per prestazioni di servizi o forniture, ma anche quelle imprevedibili, connesse ad ipotesi di responsabilità si porrebbe in contrasto con i principi costituzionali della copertura finanziaria delle leggi di spesa nonché dell'autonomia finanziaria regionale di cui agli artt. 81 comma 4° Cost e 119 Cost.

Con altra doglianza la ricorrente incidentale deduce che avendo la Regione provveduto ad erogare le risorse alle aziende sanitarie locali e alle aziende ospedaliere, queste disporrebbero dei fondi necessari per poter provvedere all'estinzione delle passività relative al periodo antecedente al 31 dicembre 1994, sicché ben potrebbe affermarsi che la Regione Emilia Romagna, avendo ormai esaurito il proprio compito di ente finanziatore (per quanto concerne i finanziamenti regionali di cui alla legge regionale n. 21 del 1997) ed apprestandosi ad esaurire quello di ente erogatore (relativamente ai fondi statali), non possa essere ritenuta il legittimo destinatario di pretese creditorie ulteriori rispetto a quelle già fatte oggetto delle operazioni di ricognizione ai sensi della legge statale n. 21 del 1997.

IL MOTIVO È PRIVO DI FONDAMENTO

La questione dei rapporti successori tra soppresse USL e neocostituite aziende sanitarie è stata diffusamente trattata e risolta dalla giurisprudenza di questa S.C. (cfr. soprattutto Cass. S.U. 6 marzo 1997, n. 1989, alla quale tutta la giurisprudenza successiva s'è adeguata) nel senso che, in virtù del d. lgs. n. 502 del 1992 e della legge n. 724 del 1994 è stata realizzata una sorta di successione ex lege delle regioni nei rapporti obbligatori già di pertinenza delle soppresse USL, le quali proseguono la loro attività attraverso le apposite gestioni stralcio. La regione è il soggetto giuridico obbligato ad assumere integralmente a proprio carico i de-

biti relativi alle pregresse gestioni delle unità sanitarie locali. La funzione di commissario liquidatore da parte dei direttori generali delle aziende sanitarie locali è prevista nell'interesse e per conto della regione, agendo essi in qualità di organi di tale ente, laddove nessuna disposizione autorizza a ritenere che sia stato attuato anche un trasferimento alle neocostituite aziende degli obblighi già attribuiti alla stessa regione per il pagamento dei debiti delle pregresse gestioni delle unità sanitarie locali.

Questa interpretazione è quella anche ritenuta alla Corte costituzionale, che, chiamata a risolvere le questioni di costituzionalità concernenti i rapporti nella materia in esame tra legislazione regionale e legislazione statale, ha assimilato la vicenda ad una fattispecie di successione ex lege della regione nei rapporti obbligatori facenti capo alle pregresse gestioni delle preesistenti unità sanitarie locali (Corte cost. n. 89 del 2000).

Questi principi sono condivisi dal Collegio e ad essi si è attenuta la sentenza impugnata, che ha fatto espresso richiamo alla sentenza delle Sezioni Unite n. 1989 del 1997. La ricorrente incidentale non offre argomenti tali che possano indurre a ricostruire la vicenda successoria in termini diversi da quelli sopra indicati.

La ricorrente Regione tende ad escludere la propria legittimazione passiva proponendo, come si è detto, un'interpretazione dell'art. 6 della legge n. 724 del 1994 nel senso di ritenere che l'obbligo delle regioni di mettere a disposizione delle gestioni liquidatorie i mezzi finanziari atti ad estinguere i debiti gravanti sulle USL è limitato alle risorse necessarie ad estinguere le obbligazioni nascenti da contratti di fornitura di appalto e di servizi, con esclusione dei debiti che, come quello in esame, traggono origine da diversi fatti.

Si tratta di un'interpretazione che non può essere accolta e che contrasta con la lettera e la ratio della legge. L'art. 6, comma 1, ultima parte della legge n. 724 del 1994 dispone che "in nessun caso è consentito alle regioni di far gravare sulle aziende di cui al d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, né direttamente né indirettamente, i debiti e i crediti facenti capo alle gestioni pregresse delle unità sanitarie locali. A tal fine le regio-

ni dispongono apposite gestioni a stralcio, individuando l'ufficio responsabile delle medesime". Il riferimento è dunque ai debiti e i crediti, senza ulteriori distinzioni; cosicché nulla autorizza ad individuare una specifica categoria di debiti (quelli nascenti da contratti di fornitura e di appalto) come la categoria alla quale unicamente si sarebbe fatto riferimento. Il legislatore ha voluto che i debiti facenti capo alle USL non potessero in alcun modo gravare sulle neo costituite aziende e ha realizzato, come si è detto, una successione ex lege delle regioni nei rapporti obbligatori già di pertinenza delle sopresse USL. In questo quadro, mentre non ha senso distinguere tra le varie categorie di debiti, la qualificazione in termini di successione ex lege necessariamente fa riferimento a tutti i debiti già facenti capo alle sopresse U. S. L.

La Regione ricorrente, "nella denegata ipotesi di adesione alla tesi secondo la quale l'art. 6 l. 23 dicembre 1994, n. 724 sarebbe applicabile a tutte le obbligazioni delle USL, ivi comprese quelle derivanti da ipotesi di responsabilità iatrogena" solleva la questione di legittimità costituzionale della norma indicata per contrasto con gli artt. 81 e 119 Cost. Ritieni che la legge statale 11 febbraio 1997, n. 21 e la legge regionale 9 luglio 1997, n. 21 che hanno finanziato il disavanzo di parte corrente del debito del servizio sanitario nazionale non riguarderebbero anche i debiti quale quello in oggetto (risarcimento del danno per responsabilità professionale). La tesi è che la legge statale n. 21 del 1997 (più esattamente il d.l. 13 dicembre 1996, n. 630 conv. in l. 11 febbraio 1997, n. 21 e recante "Finanziamento dei disavanzi delle aziende unità sanitarie locali al 31 dicembre 1994 e copertura della spesa farmaceutica per il 1996") concerneva la copertura del "disavanzo di parte corrente") e riguardava dunque solamente le spese ordinarie e non anche quelle straordinarie, quale sarebbe quella sottintesa alla pretesa fatta valere nella presente causa.

LA QUESTIONE È MANIFESTAMENTE INFONDATA.

La tesi svolta dalla ricorrente incidentale non ha fondamento. L'errore di interpretazione dell'6 della legge n. 724 del 1999 nel quale incorre la ricorrente si riflette su tutto lo svi-

luppo successivo del ragionamento e fa ritenere senza fondamento la conclusione che la copertura del disavanzo riguardasse solo le spese nascenti da contratti di fornitura o di appalto.

In ogni caso, il legislatore (art. 6 della legge 5 agosto 1978) nel classificare le entrate e le spese dello Stato non ha dato definizioni, ma ha individuato ciò che va compreso nelle spese di investimento o in conto capitale e ciò che residualmente va ricompreso nella spesa corrente. Le unità relative alla spesa di conto capitale "comprendono le partite che attono agli investimenti diretti e indiretti, alle partecipazioni azionarie e ai conferimenti nonché ad operazioni per concessioni di crediti". Le altre spese vanno residualmente classificate come correnti. Le somme dovute per risarcimento del danno conseguente all'attività medica non costituiscono certamente spesa di investimento o in conto capitale; e ciò è sufficiente per fa ritenere la manifesta infondatezza della questione di costituzionalità sollevata.

7. Il ricorso principale proposto nei confronti dell'Azienda Ospedaliera (omissis) va dichiarato inammissibile, non essendo state svolte doglianze nei confronti dell'Azienda e non ricorrendo un'ipotesi di inscindibilità di cause.

In conclusione vanno accolti i primi quattro motivi del ricorso principale, assorbiti gli altri, mentre va rigettato il ricorso incidentale. La sentenza va cassata in relazione ai motivi accolti e la causa va rinviata ad altra sezione della Corte d'appello di Bologna, che procederà ad un nuovo esame attenendosi ai principi di diritto sopra enunciati e provvederà anche in ordine alle spese del giudizio di cassazione. Va dichiarato infine inammissibile il ricorso principale nei confronti dell'Azienda Ospedaliera (omissis) con compensazione delle spese fra queste parti, sussistendo giusti motivi.

P.Q.M.

La Corte riunisce i ricorsi; accoglie i primi quattro motivi del ricorso principale assorbiti gli altri; rigetta il ricorso incidentale; cassa in relazione e rinviata ad altra sezione della Corte d'appello di Bologna, che provvederà anche in ordine alle spese del giudizio di cassazione;

dichiara inammissibile il ricorso principale nei confronti dell'Azienda Ospedaliera (omissis) e compensa tra queste parti le spese del giudizio di cassazione.

Lo scandalo sanitario e il suo retroscena

di **Mario Pirani**

Pubblichiamo l'articolo di Mario Pirani comparso sul quotidiano "La Repubblica" il 4/6/2004, note "stonate" di un coro che ha già voluto stigmatizzare e condannare la categoria medica.

Torna l'ombra della maxi-inchiesta sulla corruzione dei medici. Scrivo "torna" perché questa inchiesta è la stessa che aveva riempito i giornali all'inizio del 2003 e già allora, (per la precisione Linea di confine del 17 febbraio) avevo espresso ampie riserve su una neotangentopoli inesistente. Il fatto stesso che questa inchiesta emerga periodicamente merita un chiarimento. In primo luogo perché non si tratta di una inchiesta promossa dalla Magistratura ma di una iniziativa d'ufficio della Guardia di finanza che nel 2001, sulla base di un decreto Tremonti, fu incaricata di attivarsi per sventare frodi nella spesa pubblica.

Si cominciò dalla spesa farmaceutica mettendo sotto vigilanza industrie e medici. All'inizio del 2003 venne diffuso l'annuncio dei primi risultati raggiunti a Verona, sede della Glaxo, giudicati, però, insufficienti dalla Procura che ordinò un supplemento d'indagini. Il fatto bastò però per imbastire una prima campagna di criminalizzazione. Ora siamo al secondo tempo: il dossier, arricchito di nuovi nomi (da 3.000 siamo a 4.713), è ora al vaglio del procuratore. Non essendo, però, neppure stati interrogati da un magistrato i presenti corrotti sono già ampiamente colpevolizzati e i loro nomi dati in pasto al mondo.

Le accuse, peraltro, si basano su un coacervo diversissimo che va dai finanziamenti alla ricerca e alla formazione, alla partecipazione ai congressi fino ai regali più o meno costosi per arrivare al dono natalizio di qualche bottiglia di vino. Già il procuratore capo di Verona, Papalia, dopo un primo esame ha premesso che per la stragrande maggioranza degli indagati l'eventuale condanna, trattandosi di infrazioni minori, rientrerebbe nell'ambito di una contravvenzione, mentre resterebbe in piedi, da passare al vaglio inquirente e giudicante, un'accusa di corruzione e di associazione a delinquere per 123 medici e farmacisti e 73 dipendenti della Glaxo. » possibile, comunque, che in questo più ristretto ambito l'azione penale pervenga a definire un certo numero di casi accertati di illegalità

e corruzione. Non vi è attività professionale che ne sia esente, ma questo può suggerire maxi-inchieste che bollano d'infamia una categoria nel suo assieme? La risposta è tanto più inquietante se si esamina da vicino la casistica, in particolare il finanziamento della ricerca che si svolge nell'ambito ospedaliero universitario. Sono andato personalmente in uno dei principali centri sotto inchiesta, la Clinica per le malattie cardiovascolari e respiratorie della Sapienza, che occupa uno dei pochi padiglioni moderni e avanzati del nosocomio. Mi sono presentato al direttore del Dipartimento, prof. Francesco Fedele, che ha già ricevuto varie ispezioni della Finanza, il quale mi ha spiegato come parte consistente della trasformazione tecnologica del reparto sia frutto di finanziamenti contrattati con case farmaceutiche, in cambio di programmi di ricerca e di formazione degli specializzandi. Questi finanziamenti, preventivamente approvati dal consiglio di dipartimento, fanno parte del bilancio dell'istituto. La ricerca sui malati, come anche i corsi di formazione, si svolgono con l'esplicita clausola dell'assoluta indipendenza scientifica. Ma vi è di più: il ministero e la Regione impongono all'università di realizzare prima un consistente finanziamento privato per poter accedere a un residuo contributo pubblico per la ricerca. Questo sarebbe il meccanismo di corruzione? Al prof. Fedele verrebbe contestata tra l'altro una frase, estrapolata da una intercettazione telefonica, dove si lamentava di aver ricevuto troppo poco in rapporto a un'altra ricerca. E allora? Dove sta il dolo? E per quale ragione si mettono sotto ascolto i telefoni dei medici e degli informatori, quasi si trattasse di sospetti di terrorismo o di mafia? Ho telefonato a mezza Italia per sapere se ancora vige la pratica di invitare i medici in località turistiche con la scusa dei congressi. Dappertutto mi è stato risposto che questa pratica, abbastanza in uso in passato, è oggi scomparsa perché i congressi scientifici, la cui frequentazione è entrata a far parte del punteggio-credito della formazione continua, decisa per legge, sono soggetti all'accreditamento del ministero della Sanità. Inoltre sono stati introdotti controlli elettronici per garantirne la frequenza. Potrei continuare con gli esempi. Aggiungo solo che questa campagna ha uno scopo ben preciso: attaccare il Servizio pubblico, bollandolo come un bacino di corruzione. Se poi con queste azioni quel poco di ricerca scientifica che ancora si fa in Italia finisce a carte quarantotto, chi se ne frega!

Bioetica

Le nuove disposizioni legislative sulla sperimentazione clinica di medicinali

di Massimiliano Marinelli



Il 1 gennaio 2004 è entrato in vigore il decreto legislativo del 24 giugno 2003, n.211

Attuazione della direttiva 2001/20/CE relativa all'applicazione della buona pratica clinica nell'esecuzione delle sperimentazioni cliniche di medicinali per uso clinico, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 184 del 09 agosto 2003. Il decreto legislativo fissa disposizioni riguardanti lo svolgimento della sperimentazione clinica, inclusa la sperimentazione multicentrica effettuata a livello umano e relativa ai medicinali, per quanto riguarda, in particolare l'applicazione delle norme di buona pratica clinica. Il decreto non si applica alla sperimentazione non interventistica o studio osservazionale¹. Il decreto ministeriale presenta alcune novità e modifica le procedure necessarie per lo svolgimento di una sperimentazione clinica. Lo scopo della direttiva è armonizzare le procedure di richiesta, inizio, conduzione e monitoraggio degli studi clinici nei diversi Stati Membri dell'Unione Europea, facendo propri i principi di **Buona Pratica Clinica**. La direttiva è di ampio respiro, intendendo valutare i numerosi aspetti che regolano una sperimentazione clinica ed è suddivisa in 23 articoli.

Seppure le sperimentazioni cliniche si svolgono prevalentemente nelle aziende ospedaliere e coinvolgono soprattutto gli sperimentatori e i membri dei Comitati etici, si ritiene che la conoscenza di alcuni punti della direttiva possa essere utile a tutti i medici. In primo luogo, oggi, anche i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, possono rivestire, sotto alcune condizioni, il ruolo di sperimentatori e partecipare ad un protocollo sperimentale. In secondo luogo, molte sperimentazioni di fase II e III coinvolgono pazienti in trattamento ambulatoriale che, quindi, frequentemente si rivolgono ai medici curanti per i bisogni di salute. Il medico deve essere a conoscenza della partecipazione del proprio paziente ad una sperimentazione e di tutto ciò che essa comporta. In questo primo articolo si prenderà in considerazione la nuova direttiva nell'ambito della sperimentazione clinica con il minore.

LA SPERIMENTAZIONE SUI MINORI

Il problema della sperimentazione sui minori

Un adulto, prima di essere trattato con un farmaco, può essere sicuro che la sostanza medicinale è stata estesamente testata per assicurare la sicurezza, l'efficacia e l'alta qualità per l'uso nei soggetti adulti.

La stessa cosa potrebbe essere non vera per i farmaci utilizzati in età pediatrica.

E' stato stimato che più del 50% delle sostanze medicinali usati, particolarmente nelle branche specialistiche della pediatria non sono state studiate per l'uso nei bambini².

Le aziende farmaceutiche sono tradizionalmente riluttanti ad investire nello sviluppo di

trattamenti specifici per la popolazione pediatrica, sia perché il mercato è ridotto sia perché i rischi associati con i trattamenti pediatrici sono generalmente più alti. Per tali motivi è stata adottata una linea guida europea nel luglio 2000 sulla base di una Conferenza internazionale promossa dall'EMA.

Tra gli obiettivi da perseguire per risolvere il problema segnaliamo:

- 1) l'incremento della disponibilità di prodotti medicinali che sono adatti alle necessità di bambini di differenti gruppi d'età
- 2) garanzia che i meccanismi di farmacovigilanza siano adatti per determinare i possibili effetti a lungo termine delle terapie pediatriche
- 3) evitare gli studi non necessari

1- "sperimentazione non interventistica (studio osservazionale)": uno studio nel quale i medicinali sono prescritti secondo le indicazioni dell'autorizzazione all'immissione in commercio. L'assegnazione del paziente a una determinata strategia terapeutica non è decisa in anticipo da un protocollo di sperimentazione, ma rientra nella normale pratica clinica e la decisione di prescrivere il medicinale è del tutto indipendente da quella di includere il paziente nello studio. Ai pazienti non si applica nessuna procedura supplementare di diagnosi o monitoraggio, e per l'analisi dei dati raccolti sono utilizzati metodi epidemiologici.

2- European Commission. Better Medicines for Children Proposed regulatory actions on Paediatric medicinal products Brussels, february 28th 2002. pg 1

- 4) stabilire una lista di priorità per la ricerca
- 5) sviluppare un'eccellenza europea nel campo della ricerca, sviluppo e valutazione dei trials clinici
- 6) assicurare i più alti criteri etici come quelli espressi dalle Good Clinical Practice (direttiva 2001/20/CE).

In conclusione nell'ambito della ricerca sui minori, è necessario incoraggiare la formulazione e lo svolgimento di trials clinici, garantendo che essi siano disegnati e praticati con i più alti criteri etici di riferimento.

Si riportano i paragrafi che la direttiva 2001/20/CE dedica alla sperimentazione sui minori.

DIRETTIVA 2001/20/CE DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO DEL 4 APRILE 2001) MINORI E INCAPACI DI DARE CONSENSO

(3) Occorre tutelare in modo particolare le persone che non sono in grado di dare validamente il proprio consenso a una sperimentazione clinica. Spetta agli Stati membri definire disposizioni a tal fine. Queste persone non possono essere incluse in sperimentazioni cliniche se gli stessi risultati possono essere ottenuti su persone che sono in grado di dare il proprio consenso. Tali persone devono di norma partecipare a sperimentazioni cliniche soltanto qualora vi sia motivo di ritenere che la somministrazione del medicinale rechi al paziente un beneficio diretto superiore ai rischi. Tuttavia, nel caso dei bambini è necessario effettuare sperimentazioni cliniche per migliorare il trattamento di questa parte della popolazione. I bambini costituiscono una fascia di popolazione particolarmente bisognosa di tutela, che presenta differenze rispetto agli adulti per quanto riguarda lo sviluppo, la fisiologia e la psicologia; sono quindi importanti per il loro bene le ricerche orientate in funzione dell'età e dello stadio di sviluppo. I medicinali destinati ai bambini, compresi i vaccini, devono essere scientificamente testati prima di un loro impiego generalizzato. Questo obiettivo può essere raggiunto soltanto attraverso una sperimentazione approfondita dei farmaci che possono avere una notevole rilevanza clinica per i bambini. Le sperimentazioni cliniche necessarie a tale scopo dovrebbero svolgersi tutelando al massimo le persone che si sottopongono ai test. È

quindi necessario fissare criteri di protezione dei bambini nella sperimentazione clinica.

La direttiva del 24 giugno 2003 prende in considerazione la sperimentazione sui minori nell'articolo 4 e prevede:

1. In aggiunta a tutte le altre prescrizioni previste dal presente decreto, la sperimentazione clinica sui minori può essere intrapresa soltanto se esistono le seguenti condizioni:

- a) sia stato ottenuto il consenso informato dei genitori o dell'altro genitore in mancanza di uno di essi o del rappresentante legale nel rispetto delle disposizioni normative vigenti in materia; il consenso *deve comunque rispecchiare la volontà del minore* e deve poter essere ritirato in qualsiasi momento senza che ciò comprometta il proseguimento dell'assistenza necessaria;
- b) il minore abbia ricevuto, da personale esperto nel trattare con minori, informazioni commisurate alla sua capacità di comprensione sulla sperimentazione, i rischi e i benefici;
- c) lo sperimentatore o lo sperimentatore principale tenga in considerazione la volontà esplicita del minore di rifiutare la partecipazione alla sperimentazione o di ritirarsene in qualsiasi momento, se il minore stesso è capace di formarsi un'opinione propria e di valutare le informazioni di cui alla lettera b);
- d) il gruppo di pazienti tragga dalla sperimentazione clinica qualche beneficio diretto e solo se la ricerca è essenziale per convalidare dati ottenuti in sperimentazioni cliniche su persone in grado di dare il loro consenso informato o ottenuti con altri metodi di ricerca; inoltre, la ricerca deve riguardare direttamente uno stato clinico di cui soffre il minore o essere di natura tale da poter essere intrapresa solo su minori;
- e) siano state seguite e linee guida scientifiche pertinenti, adottate dall'Agenzia europea di valutazione dei medicinali (EMA);
- f) le sperimentazioni cliniche siano state concepite in modo da ridurre al minimo il dolore, il disagio, la paura e ogni altro rischio prevedibile, in relazione alla malattia e allo stadio di sviluppo del minore; la soglia del rischio ed il grado di malessere devono essere definiti specificamente e continuamente monitorati;

- g) il protocollo sia stato approvato da un comitato etico con competenza anche pediatrica o che si sia preventivamente avvalso di una consulenza in merito alle questioni cliniche, etiche e psicosociali in ambito pediatrico;
- h) l'interesse del paziente prevalga sempre sugli interessi della scienza e della società'.

UN BREVE COMMENTO

Dal punto di vista etico emergono il ruolo attivo che può svolgere il minore coinvolto in una sperimentazione e la delicatezza della comunicazione che deve essere riservata ad operatori sanitari esperti ed empatici.

Nel caso di *sperimentazioni non terapeutiche*, nelle quali non si profila un beneficio diretto per il soggetto arruolato, ci sono dei limiti precisi.

Per quanto riguarda il **consenso nel minore**, nemmeno il genitore può sostituirsi del tutto al figlio nell'acconsentire ad un atto medico che possa comportare dei rischi³; anzi è vietata ogni sperimentazione *non terapeutica* sui minori, indipendentemente dal consapevole benessere dei genitori e dei tutori legali. Solo se la ricerca non terapeutica comporta un rischio *non maggiore di quello della vita di ogni giorno*, o di quello che si incontra allorché vengano praticati esami o test fisici o psicologici di routine, potrà essere considerata lecita⁴.

E' necessario che la sperimentazione clinica, in questo caso sia stata concepita in modo da ridurre al minimo il dolore, e gli altri rischi prevedibili, in relazione alla fase dello sviluppo; la soglia del rischio ed il grado di malessere devono essere definiti espressamente ed essere oggetto di continua verifica.

IL CONSENSO DEL MINORE

Nella sperimentazione *terapeutica*, chi esercita la potestà di genitore, o chi detiene la tutela, può consentire al trattamento sanitario del minore⁵.

Il discorso etico-giuridico si diversifica a seconda delle varie età del minore.

A seconda del grado di maturità ed equilibrio raggiunto, si deve riconoscere al mino-

re uno spazio più o meno ampio di autonomia, tale da non poterlo escludere dal processo decisionale di un intervento riguardante la sua integrità fisica.

il minore dovrebbe essere informato di partecipare ad una sperimentazione nella misura in cui è in grado di comprendere i significati e le problematiche sottese all'intervento medico.

Nelle fasce vicine alla maggior età, la consapevole volontà espressa dal minore assume un rilevanza tale, che un suo esplicito e fermo dissenso alla sperimentazione deve essere valutato attentamente sino ad essere ritenuto obbligante per il medico.

Quindi in questa fascia il diritto-dovere dei genitori di curare gli interessi del figlio si incontra con l'emergente libertà di decisione del minore, divenuto ormai soggetto della sua salute e non solo oggetto di cure e attenzioni.

Perciò per il fine del giudizio di liceità dell'intervento medico, quindi sarà importante ottenere non solo il consenso del solo minore, né tanto meno quello dei genitori, ma la concorde manifestazione di assenso da parte di entrambi i genitori e del loro figlio⁶.

INFORMATIVE PARTICOLARI

Nell'ambito delle sperimentazioni sui minori, può essere necessario ottenere informazioni inerenti la sfera sessuale, come quelle utili per determinare quali misure siano necessarie per evitare una gravidanza durante una sperimentazione clinica.

Si ritiene che la privacy della minorenni inframag-giorenni debba essere protetta e che tale informativa sia richiesta in assenza dei genitori.

TRASPARENZA

Benché i dati pubblicati dimostrino come, soprattutto nelle aree pediatriche specialistiche la maggior parte dei prodotti usati non è stata studiata nel gruppo di età pediatrico al quale è somministrato, i dati derivati dalle esperienze di tali usi dovrebbero essere raccolti in un data base centrale.

Allo stesso modo le informazioni su tutte le nuove indicazioni approvate e sugli esiti negativi dei trials dovrebbero essere raccolte e divenire di pubblico dominio.

3- SILVESTRI N., La sperimentazione sull'uomo, Liviana editrice, Padova, 1990, 67.

4- Department of Health and human services, 1981, riportato da LEOCATA A., Il rapporto medico-paziente in pediatria e la sperimentazione clinica sul bambino, in AAVV. I Comitati di Bioetica, Edizioni Orizzonte Medico, Roma 1990, pag.251.

5- CFR CAFERRA V.M., Diritti della persona e Stato sociale, Zanichelli, Bologna, 1987.

6- NANNINI U. G., Il Consenso al Trattamento medico, Giuffrè, Milano, 1989, pag.422.



News dalla Facoltà di Medicina

LA CLINICA DI MEDICINA DEL LAVORO PARTECIPA AL PROGETTO REGIONALE "LA SALUTE VA IN PORTO" CON IL SOTTOPROGETTO "LA SORVEGLIANZA SANITARIA NEGLI EX ESPOSTI AD AMIANTO"

Pertanto abbiamo invitato i lavoratori ed ex lavoratori che sono stati precedentemente considerati esposti all'amianto e che hanno operato nell'ambito dell'area portuale di Ancona ad una visita medica; la visita sarà eventualmente integrata da accertamenti integrativi. La sorveglianza sanitari negli ex esposti ad amianto, che per legge deve attuarsi, però è però orfana del datore di lavoro dal momento che il lavoratore è in quiescenza. Pertanto potrà accadere che al termine della visita comunicheremo con i Medici Curanti per aggiornarli sulla situazione dei loro assistiti. Dal momento che il sottoprogetto ha come obiettivo quello di disegnare la linee guida per la sorveglianza sanitaria negli ex esposti, gradiremmo far conoscere a tutti i Colleghi l'iniziativa al fine di poter raggiungere risultati quanto più esaustivi.

Prof. Matteo Valentino

...a proposito di ECM

ASS.Cu.MI. - Associazione Cultura Medica Interdisciplinare Sezione Marchigiana

Dopo circa un anno e mezzo dall'entrata in vigore della disposizione di legge riguardante l'Educazione Continua in Medicina (ECM), appare necessaria una valutazione di alcuni aspetti della stessa.

a) Attualmente non è previsto, dalla disposizione in atto, un obbligo da parte dell'organizzatore degli eventi ECM di rilasciare al termine dell'evento stesso un attestato certificante l'avvenuta partecipazione al corso, in attesa di quello definitivo del Ministero della Salute con assegnazione dei crediti. Ciò è una grave mancanza, poiché il medico che per partecipare a tali eventi formativi, ha dovuto organizzarsi il lavoro, prendere ferie, sostituirsi, rinunciare ad eventuali entrate ed affrontare spese (talvolta, ma sempre più spesso per gli eventi stessi o per il raggiungimento delle sedi di effettuazione), non possiede alcun attestato comprovante il suo dovere/diritto di aggiornamento professionale, per parecchi mesi od anni. Tale situazione si sta già verificando, in quanto la maggior parte dei medici non possiede attestati (diremo temporanei) di frequenza di corsi avvenuti nell'anno 2003.

Ciò con i gravi rischi di ledere il futuro professionale (e non solo quello), come preannunciato dalla disposizione ministeriale.

La figura ed il futuro professionale del medico devono essere tutelati e non lasciati in gestione alla superficialità e/o negligenza di altri soggetti esterni.

b) Un'altra considerazione è che nei prossimi anni verranno richiesti più crediti per anno.

Appare quindi evidente che il Ministero debba accreditare più eventi formativi con maggior numero di crediti; ciò affinché i sopramenzionati problemi dei medici non vengano ad essere incrementati.

c) Quest'ultimo aspetto è collegato alla possibilità di effettuare eventi ECM "on-line" già contemplati a suo tempo nella normativa, ma attualmente non attivati (la previsione ministeriale di attivazione era orientata per Gennaio 2003). La mancata attuazione di tale importante tipologia di aggiornamento, renderebbe necessaria un rivalutazione quantitativa del numero annuo dei crediti da acquisire.

d) Non meno rilevante sembra essere la necessità di una valutazione/controllo, in senso qualitativo, degli eventi già accreditati, durante la fase stessa di esecuzione. A tale proposito si potrebbero costituire delle commissioni miste (Ministero-Ordini) per effettuare saltuari controlli random, sul territorio nazionale, a garanzia dei frequentatori sia per l'aspetto scientifico, che burocratico (di segreteria).

Il punto su i tumori ereditari: fra biologia molecolare e pratica clinica

Prof. Riccardo Cellerino

E' possibile che dai nostri genitori si possa ereditare, insieme a tutte le caratteristiche che ci rendono unici, anche la predisposizione ad ammalare di cancro? E' possibile e, con il passare degli anni, il problema della ereditarietà di alcuni tumori ha acquistato una particolare importanza: capire che una persona ha un rischio molto elevato di sviluppare una neoplasia comporta una serie di conseguenze mediche e sociali molto rilevanti.

Quali sono i tumori per i quali è stata dimostrata una predisposizione ereditaria? Come riconoscere i soggetti che sono ad elevato rischio? Cosa rischiano i portatori di un difetto predisponente allo sviluppo di un tumore? Cosa fare per confermare il sospetto? Cosa si può fare per queste persone?

QUALI TUMORI?

I tumori umani sono malattie che hanno alla loro base uno o più errori (mutazioni) che colpiscono alcuni dei complessi meccanismi che regolano il funzionamento della vita cellulare. Nella maggior parte dei casi la mutazione è dovuta alla azione di agenti esterni (fisici o chimici). In alcune situazioni, alla base dello sviluppo di una neoplasia vi è, invece, la esistenza di difetti genici trasmessi per via ereditaria. Alcuni di questi difetti sono ben noti: la mutazione del gene FAP, caratteristica della poliposi familiare del colon, porta allo sviluppo di tumore nella totalità dei soggetti portatori della mutazione. Analoga è la situazione per i portatori della mutazione del gene RB, in cui si assisterà allo sviluppo del retinoblastoma. Queste mutazioni (e, quindi i tumori ad esse collegati) sono, per fortuna,

molto rare. Esistono, però, altre mutazioni di scoperta più recente che rivestono una notevole importanza per le conseguenze pratiche che ne derivano: una percentuale intorno al 5% di tutti i tumori mammari e dei tumori del colon-retto riconosce una base ereditaria.

Nel caso dei tumori della mammella i geni coinvolti sono BRCA1 e BRCA2 (BRCA= BREast CANcer). Sono geni cosiddetti "oncosoppressori" ed hanno il compito di verificare che la duplicazione del DNA avvenga correttamente, senza errori o omissioni. Se si eredita, da uno dei genitori, un gene mutato, si eredita un difettoso sistema di controllo della sintesi del DNA, con conseguente possibilità di errori nella composizione della molecola, e spiccata suscettibilità allo sviluppo di tumori, non solo della mammella, ma anche dell'ovaio e, più raramente, di altri organi. BRCA1 è principalmente coinvolto nello sviluppo dei tumori della mammella femminile e dell'ovaio, BRCA2 nello sviluppo del carcinoma mammario femminile e maschile.

Un primo dato da sottolineare: la mutazione di uno di questi geni può, specificamente, essere responsabile dello sviluppo non solo di un singolo tumore, ma di un gruppo, una "famiglia" di tumori: mammella, ovaio, mammella maschile, per citare i più importanti.

L'altro grande gruppo di tumori ereditari è quello che va sotto il nome di sindrome HNPCC (Hereditary NonPolyposis Colorectal Cancer) o sindrome di Lynch. Comprende famiglie con elevata suscettibilità a tumori del colon-retto e/o di altri organi quali vie biliari, vie urinarie, stomaco, endometrio; si sviluppa a seguito di mutazioni germinali di uno dei geni i cui prodotti compongono il sistema del Mismatch Repair (MMR), in particolare hMLH1 e hMSH2 che sono i più frequentemente mutati. Il sistema del MMR (come i geni BRCA) è implicato nella correzione degli errori di replicazione del DNA e la mutazione, anche di uno solo dei geni del complesso, ne pregiudica il funzionamento, con la conseguente comparsa di mutazioni che si accumulano su tutto il genoma. Anche in questo caso il rischio di ammalare, per i portatori di mutazione di uno di questi geni, non riguarda solo uno specifico organo, ma più organi: colon-retto, endometrio, vie biliari, vie urinarie. Sono ovvie le conseguenze quando si dovranno prendere in considerazione eventuali misure di prevenzione.



I SOGGETTI A RISCHIO

Il sospetto di trovarsi di fronte ad un possibile portatore di una mutazione predisponente allo sviluppo di cancro, nasce dalla più semplice delle indagini cliniche: l'anamnesi. Il sospetto che la neoplasia sia insorta per una mutazione ereditaria si pone quando nella famiglia si registrano numerosi casi dello stesso tumore o di quel gruppo di tumori che riconoscono lo stesso difetto genico (per esempio: mammella e ovaio, oppure colon, endometrio e vie biliari).

Altro elemento caratteristico, per il sospetto di tumore su base ereditaria, è la comparsa del tumore

in una età nettamente più precoce di quella in cui, di solito, quel tumore si sviluppa (per esempio un tumore della mammella a 35-40 anni), oppure la presenza di un tumore bilaterale, oppure di tumori multipli nello stesso paziente.

QUANTO È GRANDE IL RISCHIO?

Nei portatori di una mutazione il rischio è molto elevato: per esempio, una portatrice di mutazione di BRCA ha fino al 70-80 % di rischio di sviluppare, nel corso della vita, un tumore della mammella. In altre parole,

circa sette - otto su dieci portatrici della mutazione si potranno ammalare di tumore! Il rischio è altrettanto elevato per i portatori di un difetto ereditario del sistema MMR: anche in questo caso circa l'80% sono a rischio per la comparsa di un tumore del colon-retto. Le percentuali diminuiscono, ma restano comunque molto elevate, per gli altri tu-

I PIÙ FREQUENTI TUMORI EREDITARI

| Sede del tumore | Gene mutato | Rischio di tumore nel corso della vita |
|-------------------|-------------|--|
| mammella | BRCA1, 2 | 70-80 % |
| ovaio | BRCA1, 2 | 50-60 % |
| mammella maschile | BRCA2 | |
| colon-retto | sistema MMR | 70-80 % |
| endometrio | sistema MMR | 50-60 % |
| vie biliari | sistema MMR | 20-30 % |
| vie urinarie | sistema MMR | 20-30 % |

mori: individuare una famiglia in cui sia presente la mutazione ereditaria significa cercare di arrivare ad una diagnosi precoce, il più delle volte "salvavita".

COSA FARE?

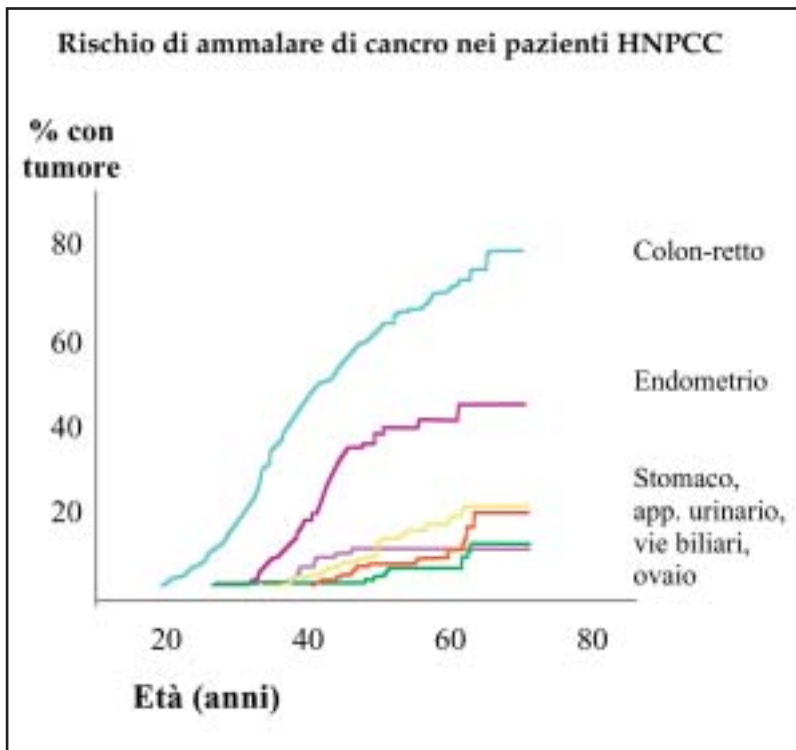
Nei casi in cui siano soddisfatti i criteri accettati internazionalmente per porre il sospetto di tumore ereditario (sulla base della storia familiare del paziente), viene offerto al paziente un servizio di "counselling", comprendente lo studio dell'albero genealogico, l'esecuzione di un test genetico, un supporto psicologico (se richiesto o ritenuto necessario), una serie di suggerimenti e consigli per il follow up.

Il "counselling" avviene in ambulatori ed orari dedicati con personale esperto in questo settore, attento alle diverse problematiche di tipo medico, psicologico, organizzativo che il programma comporta. Uno degli scopi del "counselling" è anche quello di spiegare ai soggetti interessati che esecuzione del test, e comunicazione della risposta, sono vincolate ad una riservatezza tassativa. Il laboratorio dedicato è attivo due giorni la settimana presso il Dipartimento di Oncologia della A.O. di Ancona – Clinica di Oncologia medica.

Il test genetico, che in realtà comprende una serie di test di biologia molecolare, viene effettuato presso i laboratori della Clinica di Oncologia medica. Per la esecuzione del test, ottenuto il consenso del paziente, è sufficiente un prelievo di sangue periferico.

QUALI POSSIBILITÀ DI INTERVENTO?

Le possibilità di intervento risiedono, soprattutto, nello sforzo di arrivare, nei soggetti in cui il rischio di sviluppare tumore sia particolarmente elevato, ad una diagnosi la più pre-



coce possibile. In pratica, nei soggetti ad alto rischio, le indagini di screening vengono effettuate con metodiche e scadenze particolarmente attente. Per esempio, per i tumori della mammella, si stanno studiando vantaggi e svantaggi legati alle possibilità di diagnosi precoce mediante la RMN. Sempre nel campo dei tumori mammari, sono sotto esame le possibilità di chemioprevenzione con ormonoterapia (antiestrogeni o inibitori della aromatasi). Altre ipotesi, quali alcuni tipi di intervento chirurgico a scopo profilattico, sono, per ora, argomento di discussione, ma non hanno indicazioni codificate.

A CHI RIVOLGERSI?

Ospedale di Torrette
Clinica di Oncologia medica
Dipartimento di Oncologia e Radioterapia
Ambulatorio Genetica oncologia
Tumori ereditari

071 5964169 - 071 2206151

e-mail: oncologia.medica@univpm.it
r.cellierino@univpm.it

dalla FNOMCeO

SULL'ECM I MEDICI CHIEDONO UN'INVERSIONE DI ROTTA

Particolare attenzione ai temi dell'ECM è stata riservata dal Consiglio Nazionale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri riunito a Perugia lo scorso 16 maggio.

Pur riaffermando il valore tecnico-professionale e deontologico della formazione continua, i Presidenti degli Ordini provinciali hanno sottolineato la scarsa efficacia del programma ECM, gravato da un eccesso di burocrazia e da non poche criticità che a volte finiscono per comprometterne il raggiungimento degli obiettivi. In particolare la categoria medica sollecita un più puntuale controllo sull'operato dei referee, più trasparenze e certezze sul numero dei crediti assegnati agli eventi, maggiore correlazione tra percorso formativo ed attività professionale realmente svolta, maggiore controllo sulle capacità didattiche dei providers privati che dovranno prestare attenzione alle finalità culturali più che a quelle di tipo economico. I Presidenti degli Ordini provinciali, nel dare mandato al Presidente della FNOMCeO Giuseppe del Barone di farsi portavoce delle istanze della professione medica in tema di educazione continua, ribadiscono la necessità che l'Ordine, oltre a registrare i crediti formativi acquisiti dagli iscritti, partecipi a pieno titolo al processo di verifica dell'intero percorso formativo attraverso una valutazione di merito degli eventi e degli stessi provider non istituzionali al fine di procedere, quali organi ausiliari dello Stato, alla certificazione dei crediti formativi a garanzia del miglioramento degli standards professionali dei propri iscritti.

Il Consiglio Nazionale non esclude di richiedere ai rappresentanti della FNOMCeO in seno alla Commissione Nazionale ECM di rimettere il proprio mandato nel caso non fossero recepite e rese operative misure idonee a valorizzare la qualità del sistema nell'interesse dei professionisti coinvolti e dei cittadini.

FERMO "NO" ALLE CLASSIFICHE DEI PIÙ BRAVI

A pochi giorni di distanza da una dichiarazione con la quale ha richiamato i colleghi ad un maggior rispetto

delle norme sulla pubblicità sanitaria, il Presidente della Federazione Nazionale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Giuseppe Del Barone ha stigmatizzato il proliferare di iniziative editoriali sull'utilità delle quali andrebbe fatta una più attenta riflessione.

"Con cadenza periodica – ha dichiarato Del Barone – ricorrono sulla stampa "classifiche dei più bravi", siano essi medici, ospedali o centri di cura all'avanguardia in questo o quel settore specialistico, iniziative dalla dubbia efficacia sul piano di una corretta informazione, lesive della dignità professionale degli operatori sanitari esclusi, realizzate su parametri non sempre verificabili, che finiscono per disorientare il cittadino alle prese con seri problemi di salute".

"Il paziente, infatti, che rispetto al passato rivendica, giustamente, un maggior coinvolgimento nelle decisioni che riguardano la propria salute, può essere indotto a dare un peso eccessivo alle indicazioni provenienti dai media, con il rischio di porre in secondo piano la figura del proprio medico curante, il solo in grado di consigliarlo per il meglio".

"Sul piano dell'informazione sanitaria – ha continuato Del Barone facendosi portavoce dell'unanime pensiero espresso in merito dal Consiglio Nazionale riunito il 16 maggio a Perugia – la prudenza è d'obbligo, per non incorrere in iniziative dai chiari connotati promozionali che rischiano di generare nei malati false aspettative".

"Più volte in passato – ha concluso Del Barone – la Federazione degli Ordini ha richiamato l'attenzione della stampa ad una più corretta informazione, ed anche questa volta mi rivolgo agli editori ed agli amici giornalisti affinché si astengano dall'avviare iniziative sicuramente utili dal punto di vista del marketing, ma assai discutibili sul piano di una corretta informazione sanitaria".

PUBBLICITÀ SANITARIA - I MEDICI RICHIAMATI AL RISPETTO DELLE NORME

Una nota trasmissione televisiva particolarmente attenta ad indicare fatti e misfatti di questo nostro Paese, è intervenuta per segnalare la messa in onda, a cura di emittenti private a circuito nazionale, di trasmissioni televisive su argomenti di salute nelle quali i medici, di volta in volta intervistati o chiamati a fornire indicazioni su questa o quella

patologia, sarebbero in realtà professionisti che dietro il pagamento di una tariffa e sulla base di domande o argomenti predeterminati, di fatto "acquistano" uno spazio pubblicitario finalizzato a promuovere la loro attività professionale. "Se ciò rispondesse al vero – ha dichiarato Giuseppe Del Barone, Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri – si tratterebbe di un fatto di estrema gravità perché verrebbero violate le norme previste dal Codice di Deontologia Medica con il risultato di gettare un alone di sospetto su tutta la categoria".

"Il nostro Codice infatti – ha continuato Del Barone – vieta forme dirette o indirette di pubblicità personale ed ogni forma di promozione e di sfruttamento pubblicitario del suo nome (art. 53) e stabilisce che l'informazione non deve essere arbitraria e discrezionale, ma utile, veritiera e certificata con dati oggettivi e verificabili, per consentire ai cittadini scelte libere e consapevoli (art. 54)".

"E' mia intenzione – ha concluso Del Barone – richiamare l'attenzione di tutti i colleghi Presidenti di Ordini provinciali, affinché vigilino sul variegato mondo dell'informazione, soprattutto in ambito locale, per garantire, anche attraverso una corretta informazione con ogni mezzo promossa, la tutela della salute dei cittadini".

I MEDICI SI CONFRONTANO SUL NUOVO ORDINE PROFESSIONALE

Sabato 15 maggio 2004 si apriranno a Perugia presso l'Aula Magna degli Istituti Maschili dell'O-

NAOSI (Opera Nazionale Assistenza Orfani Sanitari) i lavori del Convegno "L'Ordine dei Medici in una società che cambia" promosso dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.

La manifestazione, cui prenderanno parte i 103 Presidenti degli Ordini provinciali, magistrati, docenti universitari, personalità del mondo politico, nonché rappresentanti istituzionali delle altre professioni sanitarie, è rivolta non solo ai professionisti della salute, come momento di confronto e di verifica sui temi specifici come etica e governo della professione, ma anche ai cittadini verso i quali l'Ordine professionale esercita il ruolo fondamentale di garante della qualità profes-

sionale degli iscritti, medici ed odontoiatri.

Il Convegno darà l'opportunità di dissertare sugli anacronismi della legge istitutiva, risalente al 1946, che rendono oggi l'Ordine professionale non più in grado di far fronte, con la necessaria puntualità, ai compiti che la stessa legge gli assegna. Consentirà inoltre di fare il punto sull'iter legislativo del disegno di legge di riforma degli Ordini, di riflettere sulle esperienze maturate oltre confine e raccogliere utili indicazioni da veicolare al legislatore quale contributo della professione per una nuova definizione del ruolo dell'Ordine all'interno della società.

I lavori verranno conclusi da una Tavola Rotonda, moderata dal Presidente della FNOMCeO Giuseppe del Barone, nella quale i rappresentanti di tutte le professioni sanitarie metteranno a confronto le loro esperienze sulle attese che i professionisti nutrono nei confronti del proprio Ordine e sul significato che assume oggi l'appartenenza ad una categoria professionale.

FINANZIAMENTI O PRESTITI A FAVORE DI PRIVATI

E' stato segnalato alla Federazione che alcune società che erogano finanziamenti e prestiti a favore di privati richiedono, al fine del finanziamento, la presentazione di un certificato medico, a firma del medico di famiglia ove si afferma che il richiedente "non presenta segni o sintomi di patologie che lasciano presupporre una insolvenza per motivi di salute nel periodo di durata di prova del prestito".

Nello schema di certificato è previsto anche che il medico di famiglia esprima "parere favorevole alla concessione di un prestito estinguibile in anni".

Il medico dietro richiesta dell'assistito deve rilasciare un certificato medico attestante lo stato di salute al momento della visita, ma non può certificare sul futuro stato di salute e soprattutto per un periodo di tempo determinato. Non è comprensibile, inoltre, la pretesa di detta società finanziaria che il medico esprima parere favorevole alla concessione di un prestito coinvolgendolo in obbligazioni che esulano dalla professione. Si è ritenuto opportuno segnalare l'iniziativa di detta società finanziaria non per sfiducia sulle capacità dei medici di famiglia ma esclusivamente per scrupolo.



Rubrica Giovani

di Rossana Berardi e Nicola Battelli

Che cosa fa l'Ordine dei Medici di Ancona per i suoi giovani iscritti?

Questo quesito ci é stato posto frequentemente da molti giovani medici (e a dire il vero spesso anche noi ce lo siamo chiesti...).

A fronte del pagamento di una quota di recente aumentata, uguale per tutti gli iscritti a prescindere dall'età e dall'"anzianità", infatti, non sempre appaiono evidenti servizi finalizzati a noi giovani. Per approfondire questo importante tema abbiamo contattato chi più di ogni altro può fornirci risposte precise ed aggiornate, cioè il nostro Presidente, dott. Fulvio Borromei. Il dott. Borromei ha subito puntualizzato che non è possibile differenziare la tassa annuale perché ciò non è previsto dalla legge dello Stato. Il suo importo, però, è e deve essere finalizzato per la realizzazione di migliori servizi.

Il dott. Borromei ha pertanto illustrato tutte le iniziative esistenti ed in corso di realizzazione per i giovani promosse dall'Ordine, prima fra tutte l'istituzione di **contributi per lo studio all'estero** proprio per giovani medici, che a breve verranno pubblicizzati.

E' già esistente, inoltre, una **convenzione fra l'Ordine e la TIM** che consente una comunicazione più facile e vantaggiosa fra i medici (sia giovani che "meno giovani").

Un'altra convenzione e' stata stipulata con British

Institute per la promozione di **iniziative linguistiche** a prezzi convenienti per gli iscritti.

Tra le attività in programma per i prossimi mesi vi sono, poi, **iniziative di tipo editoriale** (es. omaggio di libri) **ed assicurativo** (è in studio la possibilità di usufruire di un'assicurazione professionale con condizioni vantaggiose soprattutto per i giovani medici).

Il Presidente Borromei ha, infine, lanciato un'invito a proporre ulteriori iniziative finalizzate ai giovani iscritti, assicurandoci che l'Ordine sarà ben lieto di valutarle e di promuoverne la realizzazione.

Ovviamente ringraziamo, anche a nome di tutti i giovani colleghi, il nostro Presidente (e con lui tutto il Direttivo) per la disponibilità ed anche per consentirci di utilizzare lo spazio della **"Rubrica Giovani"** all'interno del Bollettino dell'Ordine. Cogliamo subito il Suo invito per formulare, già in questo ambito, alcune proposte:

- istituzione di una **Commissione (o di un "working group") di giovani iscritti**, che sia rappresentativo delle varie specializzazioni e che abbia proprio la finalità di elaborare proposte e di segnalare eventuali problemi dei giovani medici;
- istituzione di **premi annuali per le migliori pubblicazioni** di cui sia "primo autore" un giovane medico;
- **convenzioni con negozi** per l'acquisto di materiale di studio e di lavoro (libri, strumenti medici, strumenti informatici).

Ci auguriamo che questi suggerimenti, come promesso, vengano tenuti in considerazione e rinnoviamo la nostra disponibilità a discuterne anche personalmente. Invitiamo, inoltre, tutti gli altri giovani iscritti ad inviarci le loro idee/proposte/suggerimenti al nostro indirizzo di posta elettronica:

rubricagiovani@ordinemedici.ancona.it, così da poterle inoltrare al Direttivo dell'Ordine.



BANDO DI CONCORSO

per l'assegnazione del 1° Contributo di studio

“Dr. Giorgio Fanesi”

Art. 1

L'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della provincia di Ancona indice il concorso per l'assegnazione di un contributo di Studio annuale denominato “Dr. Giorgio Fanesi”, in memoria del tesoriere dell'Ordine scomparso prematuramente, per giovani medici ed odontoiatri che siano interessati ad effettuare una esperienza professionale all'estero (paesi dell'Europa e dell'Africa) per almeno un mese.

Art. 2

Possono partecipare all'assegnazione di cui all'art. 1:

- iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Ancona che non abbiano superato i 35 anni compiuti alla data della scadenza del bando.

Tale criterio viene adottato dall'Ordine per favorire i medici più giovani e facilitare le loro esperienze professionali.

Art. 3

Vengono messi a disposizione nell'anno 2004-2005 n° 4 sussidi di studio da usufruire entro e non oltre il 31.12.2005. La somma complessiva netta a disposizione per l'avente diritto (medico o odontoiatra) è di 3.000 euro per tre mesi (da frazionarsi nel caso in cui il periodo di formazione sia inferiore a tale durata).

Art. 4

Gli aspiranti ai suddetti contributi debbono presentare una domanda presso la segreteria dell'Ordine o a mezzo posta raccomandata, redatta su carta semplice, diretta al Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Ancona – Via Michelangelo Buonarroti n°1 – 60125 Ancona, **entro il 02.11.2004**.

La domanda di ammissione si considera prodotta in tempo utile se consegnata a mano o spedita entro il suddetto termine; in tal caso farà fede il timbro postale.

Art. 5

Nella domanda gli aspiranti dovranno dichiarare sotto la propria responsabilità:

- cognome e nome;
- data e luogo di nascita;
- il domicilio eletto ai fini del concorso con esplicita menzione dell'impegno di comunicare all'Ordine tempestivamente ogni variazione;
- di non usufruire contemporaneamente di altri premi per la stessa finalità di studio;
- di non aver provvedimenti disciplinari in corso presso la Commissione Medica e/o Odontoiatrica dell'Ordine;
- di non aver riportato condanne penali.

La domanda deve essere corredata di:

- descrizione particolareggiata del progetto che si intende effettuare nel paese estero e le sue finalità;
- curriculum vitae.

Nella domanda i candidati dovranno specificare la data di partenza, la sede ove presterà il periodo di studio ed i referenti nel paese estero ospitante. Al rientro in Italia i medici o odontoiatri dovranno esibire documentazione dello stage effettuato. Il fac-simile di domanda è prelevabile presso la segreteria dell'Ordine o dal sito internet www.ordinemedici.ancona.it.

Art. 6

La commissione esaminatrice sarà composta da 5 componenti del Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri eletti dal Consiglio stesso. I candidati verranno valutati in base al progetto che intendono svolgere e, al fine dell'individuazione dei vincitori, verranno presi in considerazione:

| | |
|-----------------------|----------------------|
| voto di laurea | - 105 = 7.2 |
| (max 20 punti) | - 106 = 8.4 |
| - 100 = 1.2 punti | - 107 = 9.6 |
| - 101 = 2.4 | - 108 = 10.8 |
| - 102 = 3.6 | - 109 = 12.00 |
| - 103 = 4.8 | - 110 = 16.00 |
| - 104 = 6.0 | - 110 e lode = 20.00 |

- specializzazioni (max 13 punti)

- specializzazione con attinenza bassa al progetto di ricerca = 2 punti
- specializzazione con attinenza media al progetto di ricerca = 4.5 punti
- specializzazione con attinenza alta al progetto di ricerca = 6.5 punti

- anzianità di iscrizione all' Ordine dei Medici 1 punto per ogni anno di iscrizione

- esperienze professionali in istituzioni internazionali o nazionali (max 6 punti)
- in istituzioni internazionali: 2 punti
- in istituzioni nazionali: 1 punto

- pubblicazioni scientifiche (max 10 punti)

- pubblicazioni in extenso su riviste internazionali: 3 punti
- pubblicazioni in extenso su riviste nazionali: 1,0 punto

- abstract o atti di convegni/congressi internazionali: 0.5 punti
- abstract o atti di convegni/congressi nazionali: 0.25 punti
- **età anagrafica (a parità di punteggio sarà favorito il più giovane)**
- **la commissione assegnerà fino ad un massimo di 50 punti in base al progetto.**

La graduatoria verrà pubblicata presso la segreteria dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Ancona entro il 10-12-2004.

Art. 7

L'Ordine non si assume nei confronti dei vincitori dei contributi di studio alcun onere di tipo assicurativo su eventuali responsabilità professionali, né risponde di eventuali rischi legati al viaggio o alla permanenza nel paese prescelto o per possibili malattie contratte durante lo stage.

FACSIMILE DI DOMANDA

Al Presidente Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia
Via Michelangelo Buonarroti, 1 - 60125 ANCONA

Il sottoscritto Dr. _____
Nato a _____ (prov. _____) il _____
Residente a _____ in via _____ n° _____
Recapito eletto ai fini del concorso via _____ n° _____
comune di _____ Tel _____

CHIEDE

Di partecipare al concorso per l'assegnazione del 1° Contributo di studio " Dr.Giorgio Fanesi" bandito dall'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Ancona accettandone tutte le condizioni ivi stabilite.

Dichiara sotto la propria responsabilità (ai sensi dell'art.2 legge 4-1-1968 n°15):

- di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia;
- di essere/non essere (sottolineare la voce corretta) in possesso del diploma di specializzazione in ...;
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici e Odontoiatri della provincia di ANCONA;
- di non aver partecipato ad altri bandi di concorso per le stesse finalità;
- di non avere riportato condanne penali;
- di non avere procedimenti disciplinari in corso presso la Commissione Medica e/o Odontoiatrica dell'Ordine.

Allega alla presente:

- elenco pubblicazioni scientifiche;
- certificazione di altri stage all'estero (qualora effettuati);
- descrizione particolareggiata del progetto di studio che si intende effettuare con finalità, data presunta di partenza e sede di destinazione.

2° Edizione del Premio di Laurea prof. Franco Bianchi

di Fabio Santelli

E' stato indetto per l'Anno Accademico 2003-04 presso l'Università Politecnica delle Marche, Facoltà di Medicina e Chirurgia, la 2° edizione del Premio Prof. Franco Bianchi, per una Tesi di Laurea attinente alla Medicina Sportiva o della pratica dello sport. Promotrice dell'iniziativa è la sig.ra Maria Costantina Venturini Bianchi dell'Associazione Mogli Medici Italiani sezione di Ancona, in collaborazione con il Centro Regionale di Medicina per lo Sport "prof. Franco Bianchi" e con il Panathlon International Club sezione di Ancona. Tale premio è rivolto ad un laureato che oltre ad aver conseguito un buon curriculum di merito per il percorso universitario, sia anche un valido praticante di attività sportive o sia affiliato a Società Sportive, e condizione indispensabile abbia elaborato una tesi il più possibile attinente alla Medicina dello Sport. Questa iniziativa vuole raggiungere due finalità peculiari:

- La prima, mantenere vivo il ricordo del prof. Franco Bianchi, Primario Emerito dell'Ospedale Umberto I° di Ancona, grande sportivo praticante diverse discipline, Presidente per molti anni dell'Associazione Medico Sportiva della provincia di Ancona, Presidente Regionale Marche della Federazione Medico Sportiva Italiana, Fondatore del primo Centro Regionale di Medicina dello Sport, a lui dedicato.

- La seconda, incentivare l'orientamento di giovani laureati verso la branca della Medicina sportiva, con la speranza che presso l'Ateneo Dorico si possa realizzare la Scuola di Specializzazione in Medicina dello Sport. Unico polo Universitario dell'Italia centrale ad essere carente di una tale Scuola. Una branca che offre ancora discrete possibilità di rapido inserimento lavorativo.

Infatti, da un'indagine promossa dal CONI Regionale Marche, e dal suo presidente Terzo



Censi, risulta che nella Provincia di Ancona, nel 2003, sommando i risultati ottenuti nelle Strutture Sanitarie Pubbliche e in quelle Private Autorizzate

dalla Regione, a fronte di 18.200 atleti tesserati, soltanto 9.494 hanno effettuato la prevista regolare visita medica agonistica. Ciò significa che soltanto 1 atleta su 2 effettua questa visita, che rappresenta uno dei compiti principali del Medico sportivo. La stessa indagine è stata proposta nelle altre Province marchigiane, e la situazione è pressoché identica; complessivamente nella Regione Marche ci sono circa 52.000 atleti tesserati, dei quali soltanto 36.346 hanno effettuato la visita medica sportiva di idoneità agonistica, praticamente si ottiene una percentuale media del 68%.

L'enorme differenza tra i due valori, pur da correggere di eventuali minimi errori, rappresenta sicuramente un punto di riflessione, non imputabile soltanto al costo della visita stessa.

Questo fenomeno non rappresenta un'occasionale scoperta, ma sono dati che si ripetono tutti gli anni, espressione di grandi problemi di base. Avendo studiato il fenomeno si può affermare che una parte del problema, risiede nel fatto che per esigenze dei Campionati sportivi, la richiesta delle visite è concentrata in certi periodi dell'anno, per questo motivo si formano nelle Strutture Sanitarie operanti, delle lunghe liste di attesa, che demotivano gli atleti all'effettuazione della visita stessa. Ma l'evasione della visita degli atleti agonisti, deriva soprattutto dalla mancanza di un sufficiente numero di medici specializzati in Medicina dello sport, capaci di rispondere alle richieste degli atleti e delle società Sportive.

Il prof. Bianchi per molti anni ha perorato questa causa, prevedendo già molti anni or sono la situazione alla quale siamo ora arrivati. Infatti, il numero degli specialisti in Medicina dello sport, formati nelle Università limitrofe, riusciva in qualche modo a colmare il problema anche nella nostra Regione, ma da



qualche anno il numero degli iscritti alle varie scuole di specializzazione è stato drasticamente ridotto in tutte le Università, le prime a soffrire di questo problema sono proprio le Marche.

Non riusciamo a capire il perché, tutte le Università limitrofe ad Ancona del Centro Italia, hanno istituito la Scuola in Medicina dello Sport, vedi Chieti, Perugia, Bologna, Roma Sapienza e Roma Cattolica, Siena, Firenze, L'Aquila; soltanto Ancona sembra ignorare il problema. L'istituzione della scuola, non dovrebbe costare un grande impegno per l'Università

Politecnica delle Marche, perché è dotata di un gran numero di Docenti in grado di assumere la direzione della Scuola stessa, mentre il costo per gli studenti potrebbe venire da Borse di Studio, da donazioni che già esistono o potrebbero essere create.

**Centro Regionale di Medicina per lo Sport
Ancona - "Prof. Franco Bianchi"**

Via Cameranense-Palarossini 60128 Ancona

Tel./Fax 071-2901081 Cell. 348-6937745

E-Mail: ass.medicosportivaan@libero.it

MAILING LIST

E' attiva ormai da alcuni mesi una mailing list gestita dal nostro Ordine alla quale si possono iscrivere i medici che lo desiderano. Con tale servizio intendiamo potenziare ulteriormente la nostra attività Internet fornendo informazioni in tempo reale sulle novità normative in materia sanitaria e su concorsi pubblicate sui bollettini ufficiali. Per iscriversi alla lista è sufficiente collegarsi alla home-page del sito (<http://www.ordinemedici.ancona.it>) e scrivere negli appositi spazi il proprio nome, cognome, e-mail ed Ordine di appartenenza. Ci auguriamo che sempre più iscritti utilizzino questo servizio.

ANCONA
30 Settembre - 2 Ottobre 2004
 Polo Didattico e Scientifico di Torrette - Facoltà di Medicina e Chirurgia



XIV CONGRESSO NAZIONALE SOCIETA' ITALIANA CLINICI DEL DOLORE

IX CONGRESSO NAZIONALE DOLORE ED ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Con il patrocinio della Federazione delle Società Medico-Scientifiche Italiane (FISM)

Programma Preliminare



E.C.M: Il Congresso è stato registrato presso la sezione ECM del Ministero della Sanità.



XXIII CONGRESSO NAZIONALE A.M.C.I.

L'Associazione Medici Cattolici Italiani che ho l'onore di presiedere, celebrerà quest'anno il 60° di fondazione, in occasione del XXIII° Congresso Nazionale che si terrà a Bari dall'11 al 1' novembre p.v. Alla nostra Associazione, presente diffusamente e capillarmente sul territorio nazionale, fanno riferimento oltre 10.000 medici ospedalieri, universitari e medici di base. Il Congresso sul tema: "Medicina e dignità umana" si articolerà in 6 sessioni. Relatori saranno esperti in medicina, sociologia, bioetica e politica sanitaria di assoluta rilevanza nazionale, tra gli altri il Ministero della Salute ed il Card. D. Tettamanzi, Arcivescovo di Milano. Per le manifestazioni sono state richieste al Ministero della salute i relativi accreditamenti. Saranno presenti a Bari circa 700 medici con i loro familiari.



SIDOC

Società Italiana di Odontoiatria Conservatrice



Università Politecnica delle Marche
Istituto di Scienze Odontostomatologiche

Convegno Autunnale 2004

Nuovi Orientamenti in Odontoiatria Conservativa

Jesi (AN) 23 ottobre 2004

Auditorium  Banca delle Marche

PROGRAMMA

Saluti

- **Prof. Maurizio Procaccini**
Direttore Istituto
di Scienze Odontostomatologiche
Università Politecnica delle Marche
- **Dott. Tonino Perini**
Direttore Generale della Banca delle Marche
- **Prof. Egidio Bertelli**
Presidente SIDOC

Presentazione del Convegno

Prof. Angelo Putignano
Insegnamento di Odontoiatria Restaurativa
Università Politecnica delle Marche

- Odontoiatria minimamente invasiva:
attualità e prospettive
Prof. Livio Galfottini

- Il restauro con metodica diretta o con rifacimento del frammento del dente traumatizzato
Prof. Romano Grandini

- Il restauro con perni in fibra del dente trattato endodonticamente: procedure cliniche basate sull'evidenza scientifica
Prof. Marco Ferrari
Dott. Simone Grandini

- Moderni concetti di strumentazione canalare
Prof. Vito Malagnino
Dott. Camillo D'Arcangelo

- Il trattamento delle lesioni cervicali
Dott. Adriano Manari

- Soluzioni restaurative per la disarmonia di forma e di sostanza degli elementi dentali
Dott. Franco Brenna

- La cementazione dei restauri indiretti in composito nei settori posteriori
Prof. Vincenzo Campanella

- Decoro tubulare e penetrazione degli adesivi: un fattore T7
Prof. Stefano Eramo

QUOTE DI ISCRIZIONE

Soci SIDOC in regola 2004 partecipazione gratuita

Non Soci SIDOC = 100

Studenti C.I.P.O. partecipazione gratuita

Per il resto delle quote applicare lo stesso dei tassi di € 1,20 per quota sul tot. Il modulo di partecipazione è disponibile sul sito www.sidoc.it

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Assegno bancario o circolare non trasferibile intestato a SIDOC - Società Italiana di Odontoiatria Conservatrice, da inviare a SIDOC - Prof. Livio Galfottini

Via Desano di Gola, 65 - 00144 Roma

Tel. 06-8727570 Fax 06-8727571

E-mail: segreteria.sidoc@sidoc.it

Beneficio bancario intestato a SIDOC sul CC 732388

ABI: 05696 - CAB: 00199 - CN: I

IBAN: IT9400569600099000712388

SWIFT: POSOIT22

o/o Banca Popolare di Sondrio - Agenzia n. 9 di Roma
Piazzale Filippo il Macedone, 75 - 00124 Roma

INFORMAZIONI GENERALI

Orario

- 8.30 Registrazione partecipanti
- 8.45 Presentazione del Convegno e saluti
- 9.00 Inizio dei lavori
- 11.30 Coffee break
- 12.00 Ripresa dei lavori
- 13.30 Light lunch
- 14.30 Ripresa dei lavori
- 17.30 Tavola rotonda
- 18.00 Chiusura dei lavori e consegna dei documenti ECM

La partecipazione prevede

- Attestato di partecipazione
- Cartolina congressuale
- Coffee break

Attività educative ECM predisposte da:

- QUADRA Service & Management con il coordinamento scientifico della SIDOC, Prof. Angelo Putignano dell'Università Politecnica delle Marche

Credito formativo ECM

- Evento assegnato in valutazione

Segreteria Organizzativa e Providing ECM:

- QUADRA Service & Management
61029 Urbino (PU) - Via Battista Sforza, 50
tel. 0722.328797 - fax 0722.251161
e-mail: quadra@quadraservice.com

in collaborazione con:

**DENTSPLY
ITALIA**

Medici & **Medici**

