



Paul Klee - 1923

SASSARI MEDICA

*Mensile dell'Ordine dei Medici
e degli Odontoiatri
della Provincia di Sassari*

SITO WEB: www.omceoss.it

E-MAIL: ordiness@tin.it

Anno XII - Numero 4

Direttore responsabile: Giuseppe Melis
Direttore editoriale: Agostino Sussarellu

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

CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'OR-
DINE: *Presidente:* Agostino Sussarellu -
Vice Presidente: Angelo Deplano - *Se-
gretario:* Chiara Musio - *Tesoriere:* Ales-
sandro Arru - *Consiglieri:* Giancarlo
Bazzoni, Giovanni Biddau, Piero De-
logu, Carmelina Firinu, Renato Vittorio
Lai, Alessandra Lucaferri, Maria Madda-
lena Medde, Giovanni Padula, Mario Pa-
lermo, Bruno Piccinini, Margherita Pru-
neddu - *Revisori dei Conti:* *Presidente:*
Francesco Carboni; *Membri effettivi:* Ni-
cola Addis, Nadia Tola; *Membro sup-
plente:* Gianpaolo Vidili - *Commissione
per gli iscritti all'Albo Odontoiatri:* *Pre-
sidente:* Giovanni L. Meloni; *Compo-
nenti:* Alessandra Lucaferri, Bruno Pic-
cinini, Ines Mirte Putzu, Lucio Vicini

Registrazione n. 236 del 15-12-1989 Tri-
bunale di Sassari. Spedizione in abbona-
mento postale gr. III/50%. Proprietà: Or-
dine dei Medici di Sassari.

*Realizzazione editoriale ed esclusivista
per la pubblicità:* Tipografia TAS, Via
Predda Niedda, 43/D - 07100 Sassari -
Tel. (079) 26.22.21 - Fax 26.07.34.

Stampa: TAS srl - Sassari.

Sassari Medica è inviato gratuitamente a tutti gli
iscritti all'Ordine dei Medici della provincia di Sas-
sari e a tutti gli Ordini dei Medici d'Italia.

- 2 Editoriale/Pochissimi medici
utilizzano il ricettario per gli stupefacenti
- 4 Guardie mediche, professione a rischio:
L'uccisione di Roberta Zedda
- 5 Guardie mediche: FNOMCeO e Federazione regionale
protestano. Lettera al ministro Pisanu e ai prefetti
- 9 1/Terapia del dolore: evitare
che il malato soffra inutilmente
- 10 2/ Terapia del dolore: il testo
del decreto ministeriale
- 13 3/Terapia del dolore: vademecum
con domande e risposte
- 20 4/Terapia del dolore: iniziative del ministro
e modalità nella compilazione dei ricettari
- 22 La Bioetica nella società multietnica
- 25 Scenari e prospettive sanitarie
dell'immigrazione in Italia
- 37 Intesa Regioni-ENPAM sulla previdenza
dei medici specialisti esterni
- 40 Le disposizioni sui certificati
nei congedi per maternità
- 44 Richiamo del ministro Sirchia sui certificati di malattia
- 46 Fitoterapia e utilizzo di piante e erbe medicinali
- 47 Basi teoriche e metodiche per una psicoterapia:
il gioco della sabbia nella relazione analitica
- 50 Convegni/settembre: i luoghi della cura
e dell'assistenza. Novembre: il dolore

Due anni e mezzo dopo la legge

Pochissimi medici utilizzano il ricettario per gli stupefacenti

Ogni volta che si deve allestire un numero del nostro bollettino, devo pensare a quale argomento trattare nell'editoriale.

Per questo mese la mia scelta era caduta sulle dichiarazioni del ministro della salute riguardo all'ingresso delle assicurazioni private nel Sistema Sanitario Nazionale.

Una serie di riflessioni mi ha spinto a cambiare idea a favore di un argomento quale la ricettazione dei farmaci stupefacenti per la terapia del dolore.

Il precedente governo, poco prima della conclusione del suo mandato, su ispirazione del ministro Veronesi, promulgò la legge n° 12 del 2001 che conteneva le norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore.

Da quel giorno sono passati quasi due anni e mezzo, ma l'uso di tali sostanze resta ancora molto limitato in tutto il territorio nazionale.

Ultimamente, per una coincidenza del tutto fortuita, ho avuto la netta percezione dell'effettivo utilizzo degli analgesici stupefacenti nella nostra provincia.

L'Ordine dei farmacisti ha organizzato un corso di aggiornamento sul dolore che si svolge in sessioni ripetute e al quale partecipano cinquanta iscritti per volta.

Sono stato invitato a tale corso in qualità di relatore e ciò mi ha dato l'opportunità di incontrare circa duecento farmacisti, il quaranta per cento di tutti quelli della provincia.

Quando si parla della ricettazione

degli stupefacenti, è sorprendente scoprire che pochissimi medici utilizzano il nuovo ricettario in distribuzione presso il servizio farmaceutico delle AUSL e che il motivo del non utilizzo sta nel fatto che non lo possiedono.

Ma ancor più sorprendenti risultano essere le motivazioni addotte nel giustificare il non possesso:

- "... non ho avuto ancora il tempo di ritirarlo ...", sintomo inequivocabile di "mandronia", non so se acuta o cronica;

- "... ho paura che me lo rubino ...", la possibilità di venir derubati dei ricettari normali, a quanto pare, non fa paura allo stesso modo;

- "... non ho pazienti che necessitano di terapia del dolore...", fortunato quel medico che pensa, non avendoli al momento, di non averne mai;

- "... finché non finisco il vecchio ricettario non ritiro il nuovo...", frase che denota una mancanza totale di conoscenze sulla nuova normativa, da noi ampiamente divulgata attraverso il bollettino.

Non crediate che siano storie inventate, un salto al servizio farmaceutico della AUSL n° 1 ha confermato che il ritiro dei ricettari procede a rilento, e la cosa è senza scusanti visto che questi sono disponibili dal mese di marzo.

Giunge spontanea una considerazione: "la nostra provincia è una terra fortunata, il problema dolore non esiste".

Una realtà di tal genere sarebbe

Il ritiro, possibile presso gli uffici dell'AUSL da marzo, procede a rilento

estremamente auspicabile, ma non è così, il dolore esiste, ma riguarda gli altri...

Dicevano gli antichi: "Divinum est sedare dolorem", ma non è necessario ambire al ruolo di divinità, è sufficiente essere umani, in quell'accezione profonda che sempre dovrebbe impregnare la nostra professione.

Il dolore non è una malattia, ma si accompagna a moltissime patologie in maniera angosciante.

Non si può restare, come siamo, l'ultima ruota del carro in Europa, e una delle ultime nel mondo.

E' vero che la vecchia legislazione presentava delle implicazioni giuridiche che hanno contribuito a diffon-

dere la paura dell'errore e delle possibili sanzioni nel mondo medico, ma attualmente tutto questo è acqua passata.

Ritengo sia un dovere deontologico per ciascun sanitario possedere ed usare il ricettario per stupefacenti, e quando dico ciascun sanitario, intendo proprio tutti, perché non è ammissibile che di fronte al dolore una persona si senta dire: "Passi più tardi perché ora non le posso fare la ricetta".

Adesso guardate bene nella vostra borsa da medico: se dentro non c'è il ricettario per stupefacenti, andate a ritirarlo.

Agostino Sussarellu

RICHIESTA DI CERTIFICATI DI ISCRIZIONE ALL'ORDINE

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

L'iniziativa si pone in osservanza della legge 675/96.

I medici sono pertanto invitati a collaborare, evitando le code agli sportelli in quanto il personale amministrativo si limita ad attenersi ai dettami della sopracitata legge.

Si ricorda che gli iscritti si possono avvalere dell'autocertificazione per i dati relativi all'iscrizione.

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

Qualsiasi ente pubblico è obbligato ad accettare l'autocertificazione.

Un sacrificio che si spera non vano

L'uccisione di Roberta Zedda e i problemi delle guardie mediche

Di fronte alla notizia dell'uccisione di una giovane dottoressa, avvenuta mentre svolgeva il suo turno di guardia medica, sarebbe corretto tentare di sottrarre una vicenda così atroce agli ambiti evanescenti in cui vengono circoscritti anche i fatti di cronaca più violenti, diluiti in una realtà che tende a dare a tutto una spiegazione, una motivazione, una giustificazione, attenuati dall'oblio e dalla consapevolezza dell'ineluttabilità con cui ci si deve confrontare con essi.

La morte di Roberta Zedda, tuttavia, non può essere considerato un fatto di ordinaria cronaca omicida. La commozione e l'emotività che proviamo in questa circostanza assumono un connotato ed un'intensità particolari se pensiamo all'orribile contesto in cui si è consumato questo vile delitto, un contesto di isolamento, di solitudine, di terrore, di disperazione, di sofferenza che ha accompagnato il sacrificio di questa sventurata professionista.

La fine di Roberta ha messo in evidenza tutta la cornice di fragilità in cui è venuta a trovarsi quando ha preso servizio notturno nella guardia medica. E' una fragilità che trova i suoi elementi nella condizione di giovane donna, costretta ad espletare la sua qualificata azione professionale, destinata ad assicurare continuità di assistenza sanitaria, in un ambulatorio isolato, senza alcun presidio a tutela della sua sicurezza, della sua incolumità.

L'istituto della guardia medica è,

di fatto, caratterizzato da una precarietà che ha espressione nella vivacità del turnover delle graduatorie e nella riluttanza a considerare tale posto come soluzione professionale definitiva. Può ritenersi giustificata l'impressione che a questo servizio, così determinante e strategico nell'organizzazione sanitaria, sia mancato un adeguato supporto sia istituzionale e normativo che di immagine nella considerazione e nel rispetto da parte dell'utenza e nella solidarietà e collaborazione di noi altri medici che occupiamo più comode e fortunate posizioni.

Se è vero che la classe medica nel suo complesso è talvolta oggetto di azioni di discredito e colpevolizzazione, con riferimento a presunti episodi di "malasanità" non sempre supportati da approfondimenti orientati a stabilire la veridicità e l'oggettività dei fatti, se è evidente un certo clima di malessere che investe il mondo medico, è altrettanto palese che i medici che operano nella guardia medica sono certamente quelli maggiormente penalizzati e meno tutelati. Sono, infatti costretti a prestare la loro opera in un rapporto con l'utenza talvolta improntato a mancanza di rispetto e sono numerosi i precedenti, noti e denunciati, di intemperanze verbali, di minacce, di atti intimidatori e di vere e proprie aggressioni: per questi motivi il posto di guardia medica è considerato non come un traguardo professionale ma come soluzione transitoria, nella ricerca, a volte vana, di una sistema-

zione definitiva nella medicina generale o nelle specialità. Così è stato anche per la dottoressa Zedda.

Rendiamo onore a questa meravigliosa donna, assassinata mentre era intenta al suo dovere di medico e partecipiamo con tutta la nostra emozione, con tutto lo sdegno al dolore dei familiari, cercando di immedesimarci in quanto provano in un momento come questo, in cui vengono a cadere, insieme allo strazio per la persona che è venuta a mancare, i sogni e le speranze legati alle soddisfazioni dei traguardi faticosamente raggiunti.

Ai familiari di Roberta chiediamo, con rispetto, di consentirci di sperare che il sacrificio di questa splendida ragazza, così sensibile, gentile, impegnata, piena di umanità, possa servire a dare alla figura del medico inserito nel servizio di guardia medica tutta la dignità e la considerazione che merita, affinché sia messo nella condizione di operare in ambienti e con mezzi adeguati e affinché vengano adottate, dove non sono state predisposte, le misure per assicurare la vigilanza permanente degli ambulatori durante le ore notturne.

L'altra speranza è che ai medici di guardia medica non vengano meno il rispetto e la correttezza dei cittadini che usufruiscono della loro opera, l'attenzione delle entità istituzionali che, a tutti i livelli, hanno un ruolo nell'organizzazione dell'assistenza sanitaria e nell'attribuzione e gestione delle risorse per il sistema sanitario, la solidarietà ed il costante impegno collaborativo di tutti i medici, soprattutto di quelli che operano in condizioni di maggior sicurezza e tutela.

Renato Lai

direttore dell'unità operativa di ostetricia e ginecologia dell'ospedale "San Giovanni di Dio" di Olbia consigliere dell'Ordine dei Medici della provincia di Sassari

Nel consiglio nazionale della FNOMCeO

Cordoglio e protesta del presidente Del Barone

Il presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Giuseppe Del Barone, durante i lavori del consiglio nazionale della FNOMCeO in corso a Roma ha espresso, a nome della categoria medica tutta, le più sentite condoglianze alla famiglia della collega Roberta Zedda, barbaramente assassinata durante il turno di guardia medica nell'ambulatorio di Solarussa in provincia di Oristano.

“Di fronte a questo ennesimo grave atto perpetrato nei confronti di una collega nell'esercizio delle sue funzioni – ha detto Del Barone – non possiamo non prendere atto con preoccupazione del fatto che quella medica risulti sempre più una professione a rischio, nella quale non pochi colleghi sono costretti ad operare in un clima di estrema precarietà. Per questo chiediamo con forza alle istituzioni ed alle forze dell'ordine di individuare e mettere in atto tutte quelle misure di sicurezza in grado di garantire un servizio che in molte zone del Paese è l'unico importante riferimento di carattere sanitario”.

“Risulta che già da tempo in alcune regioni sono stati previsti una serie di dispositivi di sicurezza che, nella realtà dei fatti, non hanno poi trovato pratica attuazione. Ebbene – ha concluso il Presidente della FNOMCeO – non è questa la strada da percorrere per garantire l'incolumità di chi lavora con abnegazione e senso di responsabilità e troppo spesso in condizioni disagiate”.

*Lettera
della FNOMCeO
Le richieste
al ministro
dell'Interno Pisanu*

Il presidente della FNOMCeO Giuseppe Del Barone ha scritto al ministro dell'Interno Giuseppe Pisanu la seguente lettera sull'uccisione di Roberta Zedda:

Signor Ministro,

il recente tragico fatto di sangue verificatosi ai danni della giovane collega sarda Roberta Zedda nel pieno esercizio delle sue funzioni di medico di guardia medica, riporta drammaticamente all'attenzione un problema purtroppo già emerso altre volte in passato e tuttora non risolto.

Non è possibile né accettabile che l'ennesima uccisione di una professionista dedita all'assistenza e alla cura dei cittadini, dopo i primi momenti di sconcerto e di lutto, non abbia dalle istituzioni la meritata attenzione con la attivazione concreta di provvedimenti atti ad arginare un fenomeno così grave.

I medici di Guardia Medica, che sono in Italia 16.000, rappresentano quella parte di colleghi maggiormente esposta a rischi e a pericoli di aggressione da parte di tossicodipendenti, malati mentali o addirittura di malviventi.

Come presidente dei medici italiani e quindi a nome della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri che rappresento, vengo a proporle provvedimenti concreti a favore

della categoria, certo che la delicatezza e l'importanza della problematica, trovi nella sua conosciuta sensibilità un accoglimento rapido e costruttivo.

Le chiedo pertanto che, come atti prioritari, le sedi dove si svolgono i servizi di guardia medica vengano dotati di adeguate misure di sicurezza. Misure che, mentre sembravano essere state già individuate in alcune Regioni, di fatto non hanno mai trovato pratica attuazione e che dovrebbero prevedere: l'accompagnamento con una macchina comunale ed una guardia giurata; una vigilanza più stretta anche tramite un rafforzamento – o addirittura una istituzione laddove non ancora esistente – di un servizio di pattugliamento da parte delle forze dell'ordine: l'adozione di un mezzo di allarme sonoro per la persona del medico e per il presidio sanitario: un raccordo anche tra diversi servizi che preveda la presenza di più persone ed un collegamento tra loro, tanto più quando gli ambulatori di guardia medica sono situati in zone di grande isolamento, nelle ore notturne e in luoghi a maggiore degrado socio-ambientale.

Il problema è di grande rilevanza, trattandosi di garantire l'incolumità di persone che si trovano ad operare in condizioni molto disagiate e in un contesto di estrema precarietà e richiede pertanto l'attuazione immediata e senza ulteriori rinvii dei necessari dispositivi.

Confido, signor ministro, in un suo rapido e costruttivo intervento e, se mi fosse dato incontrarla per parlarle più dettagliatamente dell'argomento con rappresentanti della categoria, le sarei grato.

1/ La Federazione regionale degli Ordini dei medici Medici indifesi, situazione intollerabile

La Federazione Regionale degli Ordini dei Medici della Sardegna, insieme agli Ordini provinciali di Cagliari, Sassari, Nuoro e Oristano, esprime il dolore di tutti i medici della Sardegna per l'omicidio di Roberta Zedda, giovane medico di guardia uccisa nello svolgimento del proprio dovere, e con affetto, abbraccia tutti i familiari di Roberta in questo momento di sconcerto e di sofferenza.

La morte della collega non può peraltro essere liquidata come una disgrazia, frutto della follia.

Da anni, l'istituzione ordinistica medica non perde occasione di denunciare le condizioni di assoluta insicurezza in cui lavorano i medici della guardia medica, obbligati per legge a fornire le proprie prestazioni, a qualsiasi ora della notte, a chiunque si presenti nel punto di guardia.

Ciò significa sostanzialmente essere da soli, talora in balia di squilibri, tossicodipendenti, ubriachi, maniaci sessuali che sanno di trovare all'interno del punto guardia una persona sola, spesso una donna, assolutamente indifesa, obbligata comunque ad aprire la porta.

Questa situazione, che era già assolutamente intollerabile in passato, quando gravi incidenti e fatti di sangue avevano comunque fatto presagire il rischio del dramma senza possibilità di riparazione, diventa oggi esplosiva davanti alla tragedia che si è appena consumata.

Già questa notte, tanti colleghi e

tante colleghe di guardia medica dovranno aprire la porta del proprio ambulatorio agli sconosciuti, senza che in nessun modo sia garantita la loro incolumità fisica.

Non è possibile continuare a fingere di non sapere.

La Federazione Regionale degli Ordini dei Medici e gli Ordini di Cagliari, Sassari, Nuoro ed Oristano, in attesa delle modifiche strutturali che consentano di dare un soddisfacente inquadramento complessivo nell'emergenza territoriale alla attività delle guardie mediche, chiedono che le prefetture, le autorità politiche regionali e le direzioni aziendali si attivino perché vengano immediatamente messe in sicurezza tutte le sedi della guardia medica, così come previsto dall'accordo siglato nel dicembre 2002.

Chiedono altresì che, in attesa dell'adeguamento, tutti i punti guardia vengano urgentemente sottoposti a vigilanza continua tramite servizio di pubblica sicurezza o di guardie giurate, consapevoli che soltanto un immediato intervento di tutela dell'ordine pubblico può consentire la regolare prosecuzione del servizio da parte dei medici di guardia.

**ORARIO
DI RICEVIMENTO
DEL CONSULENTE
LEGALE DELL'ORDINE**

Il consulente legale dell'Ordine, l'avv. Vittore Davini, riceve tutti i martedì pomeriggio presso la sede dell'Ordine, previo appuntamento da stabilire al 079.234430

2/ La Federazione regionale degli Ordini dei medici

Lettera ai prefetti: un intervento immediato

Sull'uccisione della dottoressa Roberta Zedda la Federazione regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Sardegna ha indirizzato una lettera ai prefetti di Cagliari, Sassari, Nuoro e Oristano.

Pubblichiamo il testo.

Gentile signor prefetto, il gravissimo episodio di sangue che è costato la vita a Roberta Zedda, giovane dottoressa di guardia medica a Solarussa, ripropone in maniera drammatica il tema della incolumità fisica dei medici del servizio.

Come lei ben sa, più volte l'istituzione ordinistica sarda ha denunciato lo stato di grave precarietà o di totale assenza dei sistemi di sicurezza, a tutt'oggi inadeguati a consentire l'esercizio professionale dei medici di guardia medica. Davanti all'omicidio della dottoressa Zedda non è dunque possibile appellarsi alla casualità.

Come lei ben sa, il medico di guar-

dia medica si trova ad operare in ore notturne, in locali talora distanti da abitazioni civili, senza alcun controllo di ordine pubblico.

Il medico di guardia medica, per intrinseca natura della propria obbligazione di servizio, presidia un posto guardia che deve essere aperto a tutti i cittadini, a tutte le ore della notte: è dunque costretto a prestare la propria attività in condizioni di pericolosità che necessitano di adeguata tutela.

Ad oggi, purtroppo tale tutela non esiste e l'omicidio della dottoressa Zedda, nel corso della propria attività di servizio, è soltanto l'ultimo e il più sanguinoso episodio di una catena di violenze nei confronti dei medici di guardia medica che prosegue senza interruzioni.

La Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Sardegna, si rivolge dunque alla sua autorità perché lei, anche attraverso l'audizione diretta dei rappresentanti del servizio di guardia medica possa accertarsi al più presto della insostenibilità della situazione e voglia intervenire in tutte le sedi competenti affinché vengano immediatamente attivati tutti i presidi di sicurezza necessari a consentire la regolarità del servizio di guardia medica, che appare oggi gravemente pregiudicata dall'attuale drammatica assenza di qualsivoglia protezione.

PER INFORMAZIONI

Per informazioni riguardanti convegni, scadenze, adempimenti connessi alla professione e ogni altra comunicazione agli iscritti è possibile consultare l'indirizzo del sito che è **www.omceoss.it**

L'Indirizzo di posta elettronica dell'Ordine è:
ordiness@tin.it

Il ruolo dei medici in medicina generale

1/Terapia del dolore: evitare che il malato soffra inutilmente

Nel numero di maggio di Sassari Medica abbiamo pubblicato un sunto delle nuove norme prescrittive dei farmaci analgesici oppiacei (già pubblicate in precedenza integralmente).

Sia prima che dopo la pubblicazione sono sorti dei quesiti di interpretazione della legge e per tale ragione l'Ordine dei Medici di Sassari si è attivato per presentarli direttamente al Ministero della Salute.

Il 28/05/03 è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale un decreto dell'aprile 2003 che modifica, semplificandola, la prescrizione sul nuovo ricettario per gli stupefacenti.

Infine il 30/06/2003 il Ministero della Salute ha risposto ai nostri quesiti e a quelli di molti altri medici interessati alla terapia del dolore, con la Circolare n° 800 UCS/AG1/4870 che chiarisce gli ulteriori dubbi e ribadisce alcuni punti delle precedenti leggi e circolari.

Resta comunque il fatto che tutte le leggi e le circolari emanate dal Ministero della Salute per semplificare la prescrizione degli analgesici stupefacenti nella terapia del dolore severo in caso di patologia neoplastica o degenerativa, hanno l'unico scopo di spingere i medici a prescrivere tali farmaci quando necessario senza aspettare che il paziente soffra inutilmente.

Come medico e anche come donna spesso mi sono chiesta perchè il malato deve soffrire se c'è anche una remota possibilità di evitargli il dolore.

Non tutti i medici purtroppo hanno

potuto durante il loro corso di studi approfondire l'argomento della terapia del dolore.

Effettivamente noi medici pensiamo più a "curare" tutte le patologie anche secondo gli ultimi e perfetti protocolli preparati secondo la medicina basata sull'evidenza ... ma pochi stanno veramente attenti a seguire nella terapia del dolore il "proprio" paziente neoplastico e non si offendano quelli che invece già lo fanno.

Spesso si domanda a qualcuno che noi riteniamo più preparato o più idoneo o che semplicemente in quel momento "segue" il paziente.

* * *

Cari colleghi medici di medicina generale, non demandiamo ma collaboriamo con i colleghi specialisti, scambiamoci le idee e le esperienze e cerchiamo di essere noi "in prima linea" nella prescrizione della terapia degli analgesici stupefacenti.

Ricordiamoci che il paziente "non è di nessuno" ma solo di sé stesso ma è anche vero che spesso, tranne rare eccezioni, sono i medici di medicina generale che conoscono i malati da anni e di cui i malati si fidano, a stare vicino al paziente e a seguirlo sino alla fine della vita, anche nella terapia del dolore.

Chiara Musio

Come applicare leggi e circolari che semplificano la prescrizione

Indicazioni su medicinali e prescrizioni

2/Terapia del dolore: il testo del decreto ministeriale

Decreto ministeriale 4 aprile 2003. Modifiche ed integrazioni al decreto del Ministro della sanità del 24 maggio 2001, concernente "Approvazione del ricettario per la prescrizione dei farmaci di cui all'allegato III-bis al decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309, introdotto dalla legge 8 febbraio 2001, n. 12".

(Pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 122 del 28-5-2003)

Testo aggiornato al 29/05/2003

IL MINISTRO DELLA SALUTE

Visti gli articoli 13, 14, 43, 45, 60, 62, 63 e 71 del testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, approvato con decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309;

Vista la legge 8 febbraio 2001, n. 12, concernente "Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore", che integra e modifica il testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, approvato con decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309;

Visto il decreto del Ministro della sanità del 24 maggio 2001, concernente "Approvazione del ricettario per la prescrizione dei farmaci di cui all'allegato III-bis al decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309, introdotto dalla legge 8 febbraio 2001, n. 12", pubblicato nella Gazzetta Uffi-

ciale n. 133 del 11 giugno 2001;

Visti gli articoli 5 e 6 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 539, concernente "Attuazione della direttiva 92/26/CEE riguardante la classificazione nella fornitura dei medicinali per uso umano";

Considerato che la Buprenorfina è una sostanza compresa nella tabella IV di cui all'art. 14 del decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309;

Considerato, inoltre, che la Buprenorfina stessa, per la sua comprovata attività narcotico-analgescica, è compreso nell'allegato III-bis della legge 8 febbraio 2001, n. 12;

Viste le norme d'uso della ricetta per la prescrizione dei farmaci di cui all'allegato III-bis della legge 8 febbraio 2001, n. 12, ai punti n. 2, n. 5 e n. 12, così come riportato nell'allegato n. 2 al predetto decreto del Ministro della sanità del 24 maggio 2001;

Ritenuto che le ricette che prescrivono farmaci stupefacenti oppiacei di cui all'allegato III-bis della legge 8 febbraio 2001, n. 12, non devono riportare informazioni contenute in un codice a lettura ottica:

Preso atto che nelle regioni autonome a statuto speciale Valle d'Aosta e nelle province autonome di Trento e Bolzano, nonché nelle altre regioni a statuto speciale vige, istituzionalmente, con carattere di obbligatorietà il sistema del bilinguismo;

Visto il decreto del Ministro della sanità del 4 maggio 1987 concernente il "Regime di vendita al pubblico dei farmaci contenenti buprenorfina" pubbli-

cato nella Gazzetta Ufficiale n. 104 del 7 maggio 1987.

Visto il decreto del Ministro della sanità del 15 maggio 1990 concernente "Modificazioni al prontuario terapeutico e condizioni di prescrivibilità a carico del Servizio sanitario nazionale di preparazioni galeniche a base di morfina cloridrato per uso parenterale" pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 130 del 6 giugno 1990.

Decreta:

Art.1 - 1. L'allegato 2 del decreto del Ministro della sanità del 24 maggio 2001, è sostituito dagli allegati al presente decreto.

Art.2 - 1. I medicinali contenenti Buprenorfina, comunque somministrabili, impiegati nella terapia del dolore severo in corso di patologia neoplastica o degenerativa per una cura di durata non superiore a trenta giorni, devono essere prescritti utilizzando la ricetta di cui agli allegati al presente decreto.

Art. 3 - 1. I medicinali, contenenti farmaci compresi nelle tabelle I, II e III di cui all'art. 14 del decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309, e compresi nell'allegato III-bis della legge 8 febbraio 2001, n. 12, in associazione farmaceutica con altri farmaci che, per la loro composizione quantitativa e per le modalità di somministrazione, non presentano rischi di abuso e pertanto sono collocate nella tabella V di cui al decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309, sono prescritti con ricetta da rinnovarsi volta per volta, salvo quando sono comprese nella tabella n. 4 della Farmacopea ufficiale della Repubblica italiana, ai sensi dell'art. 71 del decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309 e dell'art. 5 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 539, e successive modifiche;

2. Quando i predetti medicinali sono usati nella terapia del dolore severo in corso di patologia neoplastica o degenerativa per una terapia non superiore a trenta giorni, devono essere prescritti con la ricetta di cui al decreto del Ministero della sanità del 24 maggio 2001, e successive modifiche, secondo quanto previsto dalla legge 8 febbraio 2001, n. 12;

Art. 4. - 1. Il farmacista, dopo averle spedite, deve conservare per cinque anni, a partire del giorno dell'ultima registrazione nel registro di entrata e uscita, le ricette che prescrivono medicinali compresi nelle tabelle I, III e IV di cui all'art. 14 del decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309 di cui deve essere tenuto in evidenza il movimento di entrata e di uscita sull'apposito registro, ai sensi dell'art. 60 del decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309 citato. Inoltre, nel caso di fornitura a carico del Servizio sanitario nazionale, al fine di assolvere gli oneri di cui al comma 1, dell'art. 71 del citato decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309 e di non incorrere nelle sanzioni previste dal comma 3 dello stesso articolo, il farmacista è tenuto a conservare una copia della ricetta originale o fotocopia della ricetta originale, recante la data di spedizione.

Art. 5 - 1. Per le esigenze delle regioni autonome a statuto speciale Valle d'Aosta nonché delle altre regioni a statuto speciale, dove vige istituzionalmente il sistema del bilinguismo, è approvato e consentito l'uso del modello di ricetta di cui all'allegato II del presente decreto con le relative norme d'uso per la prescrizione di farmaci di cui all'allegato III-bis al decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modifiche, introdotto

- dalla legge 8 febbraio 2001, n. 12.
2. Per le esigenze delle province autonome di Trento e Bolzano, nonché delle altre regioni a statuto speciale, dove vige istituzionalmente il sistema del bilinguismo, è approvato e consentito l'uso del modello di ricetta di cui all'allegato III del presente decreto con le relative norme d'uso per la prescrizione di farmaci di cui all'allegato III-bis al decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modifiche, introdotto dalla legge 8 febbraio 2001, n. 12.
3. La stampa e la distribuzione dei suddetti ricettari deve avvenire secondo quanto stabilito dal decreto ministeriale 24 maggio 2001.
- Art. 6 - 1. Nel periodo di tempo necessario alla stampa e alla distribuzione dei ricettari secondo quanto previsto dal presente decreto, i medici e i veterinari sono autorizzati ad usare i ricettari approvati con decreto del Ministro della sanità del 24 maggio 2001, rispettando le norme d'uso introdotte dal presente decreto.
- Art. 7 - 1. Il decreto del Ministro della sanità del 4 maggio 1987 citato in premessa, è abrogato.
2. Il decreto del Ministro della sanità del 15 maggio 1990, citato in premessa è abrogato.
- Art. 8 - 1. Il presente decreto entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Il Ministro: Sirchia

Elenco degli allegati al decreto del Ministro della salute "Modifiche ed integrazioni al decreto del Ministro della sanità del 24 maggio 2001, concernente: approvazione del ricettario per la prescrizione dei farmaci di cui all'allegato III-bis al decreto del Pre-

sidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309, introdotto dalla legge 8 febbraio 2001, n. 12".

ALLEGATO I

Frontespizio del blocchetto ricettario, versione in lingua italiana.

Norme d'uso della ricetta per la prescrizione dei farmaci di cui all'allegato III-bis del testo unico, versione in lingua italiana (stampate sulla seconda di copertina del frontespizio del blocchetto ricettario).

Ricetta in triplice copia, versione in lingua italiana.

ALLEGATO II

Frontespizio del blocchetto ricettario, versione in lingua italiana e francese.

Norme d'uso della ricetta per la prescrizione dei farmaci di cui all'allegato III-bis del testo unico, versione in lingua italiana e francese (stampate sulla seconda di copertina del frontespizio del blocchetto ricettario).

Ricetta in triplice copia, versione in lingua italiana e francese.

ALLEGATO III

Frontespizio del blocchetto ricettario, versione in lingua italiana e tedesca.

Norme d'uso della ricetta per la prescrizione dei farmaci di cui all'allegato III-bis del testo unico, versione in lingua italiana e tedesca (stampate sulla seconda di copertina del frontespizio del blocchetto ricettario).

Ricetta in triplice copia, versione in lingua italiana e tedesca.

NOTA

Il Ministero della Salute non garantisce che un documento disponibile on line riproduca esattamente un testo adottato ufficialmente. Solo la legislazione pubblicata nelle edizioni su carta della Gazzetta Ufficiale è considerata autentica.

Destinato a medici, veterinari e farmacisti

3/Terapia del dolore: vademecum con domande e risposte

Ministero della salute Dipartimento della tutela della salute Umana della sanità pubblica veterinaria e dei rapporti internazionali; Direzione generale della valutazione dei medicinali e della Farmacovigilanza - Ufficio centrale stupefacenti Roma, 30 giugno 2003N. 800.UCS/AG1/4870.

OGGETTO: Farmaci analgesici oppiacei impiegati nella terapia del dolore. Domande e risposte destinate ai medici, ai veterinari e ai farmacisti.

Come è noto con il Decreto del Ministro della salute del 4 aprile 2003, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 28 maggio 2003 ed entrato in vigore il 29 maggio 2003, si è provveduto alla modifica e alla integrazione del DM 24 maggio 2001. E' stato, pertanto, definito il nuovo modello di ricettario atto alla prescrizione dei farmaci compresi nell'allegato III-bis al D.P.R. 309/90 impiegati nella terapia del dolore.

Al fine di fornire una corretta interpretazione della nuova norma, la Direzione Generale della Valutazione dei Medicinali e della Farmacovigilanza in collaborazione con la "Commissione in materia di terapia del dolore" ha predisposto il documento "Come utilizzare i farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore", destinato ai medici, ai veterinari, ai farmacisti, alle amministrazioni periferiche, alle organizzazioni di categoria, alle forze dell'ordine e a tutte le persone coinvolte nella gestione dei farmaci e delle documentazioni in materia di terapia del dolore. Nel documento sono presenti una serie

di domande che possono aiutare gli operatori sanitari nella pratica professionale quotidiana.

Il documento potrà essere aggiornato qualora dovessero sorgere nuovi dubbi interpretativi.

Roma, 30 giugno 2003
N. 800.UCS/AG1/4870

Come utilizzare i farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore. Domande e risposte destinate ai medici, ai veterinari e ai farmacisti.

Riferimenti normativi:

- Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 "Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza";
- Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 539 "Attuazione della direttiva 92/26/CEE riguardante la classificazione nella fornitura dei medicinali per uso umano";
- Decreto del Presidente della Repubblica dell'8 luglio 1998, n. 371 "Regolamento recante norme concernenti l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private";
- Decreto del Presidente della Repubblica del 28 luglio 2000, n. 270 "Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale";
- Legge 8 febbraio 2001, n. 12 "Norme

Un documento del ministero chiarisce i dubbi interpretativi e fornisce utili delucidazioni

per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore”;

- Decreto Ministeriale 24 maggio 2001 “Approvazione del ricettario per la prescrizione dei farmaci di cui all'allegato III-bis al decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309, introdotto dalla legge 8 febbraio 2001, n. 12”;
- Decreto ministeriale 3 agosto 2001 “Approvazione del registro di carico e scarico delle sostanze stupefacenti e psicotrope per le unità operative”;
- Legge 16 novembre 2001, n. 405 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria”.

Decreto Ministeriale 4 aprile 2003: Modifiche ed integrazioni al decreto del Ministro della sanità del 24 maggio 2001, concernente: “Approvazione del ricettario per la prescrizione dei farmaci di cui all'allegato III-bis al decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990 n. 309 introdotto dalla legge 8 febbraio 2001, n. 12”.

I 10 farmaci che godono delle agevolazioni prescrittive sono: Buprenorfina, Codeina, Diidrocodeina, Fentanyl, Idrocodone, Idromorfone, Metadone, Morfina, Ossicodone, Ossimorfone.

Cosa è cambiato con l'emanazione del DM 4 aprile 2003: Prescrizione senza obbligo di dover utilizzare le “tutte lettere” per scrivere la dose, il modo e il tempo di somministrazione e la quantità di confezioni. Per descrivere il medicinale prescritto e la posologia ed il numero di confezioni si possono utilizzare caratteri numerici e le normali contrazioni; Eliminazione dell'obbligo di indicare l'indirizzo di residenza del paziente; Eliminazione dell'obbligo, da parte del prescrittore, di

conservare per sei mesi la copia della ricetta a sé destinata; Prescrizione di medicinali contenenti buprenorfina in tutte le forme farmaceutiche. Frequently Asked questions (FAQ).

DOVE TROVARE
I RICETTARI AUTOCOPIANTI.

1) Dove i medici e/o i veterinari possono ritirare i ricettari?

I medici e/o i veterinari ritirano i ricettari presso le singole ASLL. L'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato fornisce al sito di riferimento regionale il numero di ricettari necessari. In linea generale saranno le singole ASLL a recarsi presso il sito di riferimento regionale per acquisire il quantitativo di ricettari loro assegnato.

Essendo le ricette stampate su carta valori, il loro trasporto deve avvenire in presenza di personale di Pubblica Sicurezza o Guardia di Finanza. Anche i Vigili Sanitari, con qualifica di Ufficiale di Polizia Giudiziaria, possono assolvere a tale compito.

2) I medici specialisti non convenzionati possono ritirare ed utilizzare il ricettario?

Sì. Tutti i medici, generici e specialisti, convenzionati e non, e i veterinari devono ritirare ed utilizzare il ricettario per la prescrizione dei farmaci compresi nell'allegato III-bis per la terapia del dolore.

Il ricettario del medico o del veterinario è sempre personale anche quando essi dipendono da strutture sanitarie dislocate sul territorio.

3) Cosa fare dei ricettari già stampati e distribuiti dall'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato alle regioni e quindi alle ASLL?

I ricettari stampati a sensi del DM 24 maggio 2001 e distribuiti dall'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato alle regioni, alle ASLL e agli operatori sanitari, possono essere ancora utilizzati fino a com-

pleto esaurimento delle scorte. Per la loro compilazione si rispetteranno le norme d'uso del DM 4 aprile 2003.

COME COMPILARE

I RICETTARI AUTOCOPIANTI.

1) Quali medicinali si devono prescrivere?

Tutti i medicinali contenenti principi attivi compresi nell'allegato III-bis (L. n. 12 dell'8 febbraio 2001), quando impiegati nella terapia del dolore in corso di patologia neoplastica o degenerativa, devono essere prescritti con la ricetta autocopiante.

2) Quanti medicinali possono essere prescritti?

Si possono prescrivere due medicinali diversi tra loro oppure uno stesso medicinale con due differenti dosaggi o forme farmaceutiche.

3) Quante confezioni possono essere prescritte?

Il numero di confezioni prescritte con ogni ricetta autocopiante può coprire un ciclo di terapia non superiore a trenta giorni.

4) È possibile prescrivere un numero di confezioni di medicinale per terapie superiori a trenta giorni?

No. L'ultima confezione prescritta deve essere esaurita entro il trentesimo giorno di terapia; successivamente la prescrizione deve essere rinnovata. Nel caso di prescrizione di cerotti transdermici, che devono essere sostituiti ogni tre giorni, il limite di trenta giorni è rappresentato dal giorno dell'applicazione dell'ultimo cerotto.

5) Può il medico adeguare la terapia?

In caso di variazione del dosaggio inizialmente prescritto, il medico può compilare una nuova ricetta autocopiante con la nuova prescri-

zione, anche se il paziente non ha completato il ciclo di terapia iniziale.

6) Come prescrivere la buprenorfina, nell'ambito della terapia del dolore?

La Buprenorfina, quando utilizzata, in tutte le forme farmaceutiche (fiale, cerotti, compresse, ecc.), nell'ambito della terapia del dolore in corso di patologia neoplastica o degenerativa (ai sensi della legge n. 12/01), deve essere prescritta utilizzando la ricetta autocopiante.

La Buprenorfina, quando utilizzata per trattare forme di dolore acuto (colica renale, frattura, ecc.) deve essere prescritta, nelle quantità previste dalla specifica modalità di ricettazione, come specificato di seguito: Buprenorfina fiale: ricetta speciale ministeriale (ricetta gialla), per una cura non superiore ad otto giorni; Buprenorfina in altre forme farmaceutiche (compresse, cerotti, ecc.): ricetta da rinnovarsi volta per volta, per una cura non superiore a trenta giorni.

[questa limitazione non sembra prevista da alcuna disposizione citata come riferimento normativo, ndr].

7) Come prescrivere un medicinale con principi attivi in associazione?

I medicinali stupefacenti composti da associazioni di più principi attivi devono essere prescritti secondo quanto previsto dalla legge 12/01 e con la ricetta autocopiante se almeno uno dei farmaci è compreso nell'allegato III-bis.

8) Come prescrivere i medicinali compresi nella tabella V?

I medicinali che contengono farmaci dell'allegato III-bis, e comunque compresi nella tabella V delle sostanze stupefacenti e psicotrope (ai sensi dell'art. 14 dei DPR 309/90) devono essere prescritti:

Con ricetta autocopiante nel caso di terapia del dolore in corso di patologia neoplastica o degenerativa; Con ricetta da rinnovarsi volta per volta nel caso di impiego per il trattamento del dolore acuto (mal di denti, fratture, contusioni, ecc.).

9) E se i medicinali sono compresi nella tabella V (DPR 309/90) e tabella n. 4 F.U.?

I medicinali compresi nella tabella V e contestualmente nella tabella n. 4 della Farmacopea Ufficiale della Repubblica Italiana sono prescritti:

Con ricetta ripetibile, qualora utilizzati per il trattamento sintomatica delle affezioni dolorose acute e croniche (dolore odontostomatologico, osteo-articolare, postoperatorio, ginecologico, ecc.). Si ricorda che l'indicazione da parte del medico di un numero di confezioni superiori all'unità esclude la ripetibilità della vendita (D.l.vo 30/12/92, n. 539, all. 4, comma 3); Con ricetta autocopiante se utilizzati nella terapia del dolore in corso di patologia neoplastica o degenerativa.

10) Cosa fare della ricetta gialla?

La ricetta speciale ministeriale a madre-figlia (ricetta gialla), distribuita dagli Ordini Professionali, continua ad essere valida per le prescrizioni che non rispondono ai criteri di applicazione della legge 12/01.

11) Cosa deve fare il sostituto del medico titolare?

Un medico che sostituisce un titolare di ambulatorio, non può utilizzare il ricettario del titolare.

Anche il medico sostituto deve dotarsi del ricettario personale ed utilizzarlo qualora se ne presenti la necessità.

Il medico sostituto deve segnare l'indirizzo dell'ambulatorio del titolare nell'apposito spazio della ricetta destinato all'indicazione dell'indirizzo professionale.

Ai fini del rimborso da parte del SSN, la ricetta emessa dal medico sostituto non necessita dell'apposizione del codice regionale personale del medico.

COME DISPENSARE

LA TERAPIA DEL DOLORE.

1) Tutte le confezioni prescritte sono coperte dal SSN?

Sono coperte dal SSN tutte le confezioni di medicinali compresi nella fascia A del Prontuario Terapeutico Nazionale (PFN).

Le confezioni necessarie per completare un ciclo di terapia che, in ogni caso, non può superare i trenta giorni, sono prescritte e dispensate con una sola ricetta autocopiante (Legge 16 novembre 2001, n. 405, art.9, comma 4).

2) Cosa fare se lo spazio della ricetta destinato ai bollini non basta?

Se l'apposito spazio della ricetta (copia SSN) non è sufficiente ad apporre i bollini autoadesivi, il farmacista li può applicare anche sul retro della ricetta se lo spazio non dovesse essere ancora sufficiente, anche su un foglio allegato alla stessa.

3) Le ricette autocopianti, ai fini della rimborsabilità, hanno valenza su tutto il territorio nazionale?

Le ricette autocopianti valgono su tutto il territorio nazionale, anche ai fini del rimborso da parte del SSN indipendentemente dalla residenza del paziente, dalla regione di appartenenza del medico prescrittore e dall'ubicazione della farmacia. Anche le ricette stampate in duplice lingua e destinate alla Regione autonoma Valle d'Aosta e alla Provincia Autonoma di Bolzano, hanno lo stesso ambito di validità.

4) Cosa succede in farmacia per il paziente che riceve una ricetta au-

tocopiante da uno specialista che lavora in una struttura sanitaria convenzionata?

Tale paziente può andare direttamente in farmacia per prendere i medicinali in regime di convenzione. Infatti la prescrizione farmaceutica in caso di urgenza terapeutica o di necessità e di dimissione ospedaliera in orari coperti dalla continuità assistenziale è compilata anche dai medici dipendenti e dagli specialisti convenzionati interni, secondo le disposizioni di cui all'art. 15-decis del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni (DPR 28/7/2000, N. 270, art. 36 comma 7).

Nel caso sopra descritto, nello spazio della ricetta destinato all'indicazione dell'indirizzo professionale del medico, deve essere riportata la denominazione e l'indirizzo della struttura sanitaria convenzionata con il SSN dove svolge attività il medico prescrittore.

5) E se lo specialista esercita la professione nel proprio studio?

Il paziente che riceve una ricetta autocopiante da un medico specialista non convenzionato con il SSN che svolge la propria attività nello studio privato non può prendere direttamente i medicinali in farmacia in regime di SSN, ma deve presentare la ricetta autocopiante del medico di base.

6) Se il farmacista riceve una ricetta che prescrive un numero di confezioni eccedente i trenta giorni, cosa fa'?

La prescrizione di farmaci in quantità tale da superare i trenta giorni di terapia non rispetta il comma 3-bis dell'art. 43 del D.P.R. 309/90, introdotto dalla legge n. 12/01.

Pertanto la ricetta è da ritenersi non spedibile.

7) Cosa deve fare il farmacista con la copia originale della ricetta?

La copia originale della ricetta autocopiante deve essere trattenuta dal farmacista come giustificativo dello scarico dei medicinali sul registro di entrata e uscita, qualora i medicinali consegnati siano compresi nelle tabelle I, III e IV di cui all'art. 14 del DPR.309/90 e sono pertanto soggetti all'obbligo di registrazione. Il farmacista deve conservare la ricetta per cinque anni a partire dal giorno di spedizione della stessa.

[questa risposta deve ritenersi un lapsus, poichè è in evidente contraddizione con quanto stabilito dal DPR 309/90 e dallo stesso DM del 4-4-2003: i cinque anni decorrono dalla data dell'ultima registrazione sul registro, ndr].

8) Qualora si tratti di medicinali compresi nella tabella V?

Il medicinale incluso nella tabella V non è mai soggetto all'obbligo di carico e scarico sul registro di entrata e uscita in uso alle farmacie e pertanto il farmacista non è tenuto a conservare copia della ricetta autocopiante per cinque anni. La ricetta autocopiante deve essere ritirata dal farmacista, che è tenuto a conservarla per sei mesi, qualora non la consegna all'autorità competente per il rimborso del prezzo a carico del SSN (D. l. vo 30/12/92, n. 539, art 5, comma 3). In considerazione del fatto che la ricetta autocopiante può arrivare in farmacia in copia originale unita con la copia per il SSN, non dovendo il farmacista mantenere il documento giustificativo dello scarico e per quanto sopra riferito, può eliminare la copia originale della ricetta autocopiante.

9) Quando il farmacista deve accertarsi dell'identità dell'acquirente?

Il farmacista ha l'obbligo di accertarsi dell'identità dell'acquirente

quando dispensa farmaci compresi nelle tabelle I, II e III del DPR 309/90.

Nel caso in cui il farmacista spedisce ricette autocopianti di medicinali a base di buprenorfina (comprese, cerotti, ecc) compresi in tabella IV e di medicinali compresi in tabella V, non è tenuto ad accertarsi dell'identità dell'acquirente e lo spazio "acquirente" predisposto sulla ricetta autocopiante, non deve essere compilato.

AUTOPRESCRIZIONE

1) I medici ed i veterinari possono approvvigionarsi dei farmaci compresi nell'allegato III bis?

Si. Medici e veterinari possono approvvigionarsi dei farmaci compresi nell'allegato III-bis, per uso professionale urgente, mediante autorizzazione compilata sulla ricetta autocopiante.

Non sono tenuti a rispettare i limiti quali-quantitativi previsti per le prescrizioni rilasciate ai pazienti. I medicinali così prescritti non possono essere dispensati dalla farmacia in regime di fornitura a carico del SSN.

2) Il medico o il veterinario deve conservare copia dell'autoprescrizione?

Si. Il medico o il veterinario deve conservare, copia dell'autoprescrizione per due anni.

3) Il medico o il veterinario deve avere un registro?

Si. Il medico o il veterinario deve avere il registro delle prestazioni effettuate, dove devono essere annotate le movimentazioni relative ai farmaci compresi nell'allegato III-bis di cui si approvvigiona per uso professionale urgente.

Tale registro non è di modello ministeriale e non deve essere vidimato dalle autorità competenti. Deve es-

sere conservato per due anni a far data dall'ultima registrazione effettuata. (Legge n. 12/01).

Il registro delle prestazioni non deve essere assimilato alle altre tipologie di registri previsti dal D.P.R. 309/90 e successive modifiche ed integrazioni.

4) È ancora consentito, da parte del medico e del veterinario l'acquisto dei farmaci stupefacenti con richiesta in triplice copia?

L'art. 42 del D.P.R. 309/90 è ancora in vigore e pertanto i direttori sanitari di ospedali, ambulatori, istituti e case di cura in genere, sprovvisti di servizio di farmacia interna e titolari di gabinetto per l'esercizio delle professioni sanitarie, possono acquistare dalle farmacie i medicinali compresi nelle tabelle I, II, III e IV delle sostanze stupefacenti e psicotrope, con richiesta in triplice copia.

5) Le strutture sanitarie devono allestire un registro?

I medicinali acquistati ai sensi dell'art. 42 del DPR 309/90, devono essere riportati sul registro di carico e scarico, intestato alla struttura sanitaria, sotto la responsabilità del direttore sanitario o del titolare di gabinetto, previsto dall'art. 64 del DPR 309/90, che deve essere vidimato annualmente dall'autorità sanitaria locale.

Infatti i medicinali acquistati con richiesta in triplice copia, ai sensi dell'art 42 del D.P.R. 309/90 servono per il fabbisogno della struttura sanitaria e non, come previsto dalla legge n. 12/01 per uso professionale urgente dei medico o del veterinario.

ASSISTENZA OSPEDALIERA

1) Un paziente in dimissione ospedaliera può ricevere i medicinali?

Il paziente in dimissione dal ricovero ospedaliero può ricevere la quantità di medicinale necessaria

per continuare la terapia avendo in questo modo il tempo per procurarsi i medicinali, prescritti con la ricetta autocopiante, in farmacia.

La quantità di medicinale fornita al paziente sarà registrata sul registro di carico e scarico delle unità operative. (DM 3 agosto 2001).

2) Quali strutture sanitarie possono realizzare procedure di assistenza domiciliare?

Tutte le strutture che posseggono i requisiti per poter garantire la continuità assistenziale. I requisiti necessari per poter svolgere tali attività sono definiti a livello di Amministrazioni Locali. La legge 16 novembre 2001, n. 405, art. 8 (Particolari modalità di erogazione di medicinali agli assistiti), detta che le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, anche con provvedimenti amministrativi, hanno facoltà di assicurare l'erogazione diretta da parte delle aziende sanitarie dei medicinali necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale e di disporre, al fine di garantire la continuità assistenziale, che la struttura pubblica fornisca direttamente i farmaci, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, sulla base di direttive regionali, per il periodo immediatamente successivo alla dimissione dal ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale.

3) La consegna dei farmaci compresi nell'allegato III-bis al domicilio dei pazienti, come deve avvenire?

I farmaci compresi nell'allegato III-bis possono essere trasportati e consegnati al domicilio del paziente da:

- Personale sanitario che opera nei distretti sanitari di base o nei servizi territoriali o negli ospedali pubblici o accreditati

- Infermieri professionali che effettuano servizi di assistenza domiciliare nell'ambito dei distretti sanitari di base o nei servizi territoriali delle ASLL.

- Familiari del paziente, opportunamente identificati dal medico o dal farmacista ospedaliero.

Coloro i quali trasportano i medicinali, nella quantità da consegnare, devono avere una certificazione medica che ne prescrive la posologia e l'utilizzazione al domicilio del paziente. La certificazione deve essere prodotta su carta intestata. Non si deve utilizzare la ricetta autocopiante in quanto i medicinali descritti nella certificazione non saranno dispensati dalla farmacia aperta al pubblico.

4) Cosa si intende per Assistenza domiciliare Integrata (ADI)?

L'assistenza domiciliare integrata è la formula assistenziale che, attraverso l'intervento di più figure professionali sanitarie e sociali, realizza a domicilio del paziente un progetto assistenziale unitario, limitato o continuativo nel tempo.

L'obiettivo è il miglioramento della qualità della vita del paziente e l'umanizzazione del trattamento, in un contesto familiare certamente più idoneo, in particolare per il paziente anziano.

L'ADI si inserisce nella rete dei servizi territoriali delle ASL, da cui dipendono gli operatori sanitari che offrono le loro prestazioni.

Gli analgesici oppiacei prescritti dal medico di famiglia, di sua iniziativa o in accordo con gli specialisti coinvolti nelle cure al malato, al paziente in ADI devono essere forniti dalla farmacia ospedaliera della ASL.

Il direttore generale
Nello Martini

Una nota esplicativa agli operatori sanitari

4/Terapia del dolore: iniziative del ministero della salute

Il ministro della salute *Girolamo Sirchia* ha inviato una nota agli operatori sanitari in tema di: “*Terapia del dolore*”.

Pubblichiamo il testo.

Caro collega,
in Italia il problema del dolore cronico grave da cancro e del dolore da patologia degenerativa è ancora oggi trattato in modo difforme e talora non adeguato alle indicazioni suggerite dalle linee guida dell’Organizzazione Mondiale della Sanità.

Trattare il paziente con dolore è un obbligo morale di tutti gli operatori sanitari che non può essere disatteso.

Recenti analisi su consumi della morfina e degli oppiacei simili in Italia mostrano un paese che non risponde ai reali bisogni dei pazienti che necessitano di tali trattamenti.

Il ministero della salute, nell’intento di supportare gli operatori sanitari nelle cure dei pazienti affetti da dolore grave in corso di patologia neoplastica o degenerativa, ha promosso e promuove le seguenti iniziative:

a) Emanazione del decreto del ministro della salute del 4 aprile 2003 “Modifiche ed integrazioni del DM 24/05/2001 concernente: Approvazione del ricettario per la prescrizione dei farmaci di cui all’allegato III-bis al decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309, introdotto dalla legge 8 febbraio 2001, n. 12,

che introduce significativi cambiamenti per la compilazione delle ricette, quali:

- prescrizione senza obbligo di dover utilizzare le “tutte lettere” per descrivere il medicinale e la posologia;
- eliminazione dell’obbligo di indicare l’indirizzo di residenza del paziente;
- eliminazione dell’obbligo, da parte del prescrittore, di conservare per sei mesi la copia della ricetta a sé destinata;
- prescrizione di medicinali contenenti buprenorfina in tutte le forme farmaceutiche.

Eventuali dubbi interpretativi o operativi, che dovessero sorgere negli operatori sanitari, possono essere risolti consultando il sito internet www.ministerosalute.it o rivolgersi al servizio Farmaci-line al numero verde 800 871 661.

- b) Istituzione della Commissione in materia di Terapia del Dolore che, al fine di offrire agli operatori sanitari una risposta reale alle esigenze del paziente con dolore grave da cancro o degenerativo, si propone di:
- definire un programma di formazione obbligatorio sulla terapia del dolore per gli operatori sanitari nell’ambito del programma ECM;
 - pubblicare un opuscolo sulla terapia del dolore, da inviare a tutti gli operatori sanitari coinvolti nel settore;

- definire, d'intesa con l'Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali, un programma di monitoraggio dei consumi degli oppiacei, individuando le variabilità e le differenze tra Regioni e singole ASL.

Le iniziative promosse nell'ambito della terapia del dolore e delle cure palliative si inseriscono in una serie di attività che il ministero della salute intende realizzare e che comprendono anche:

- la riunione in rete dei centri oncologici di eccellenza;

- la riduzione delle liste di attesa;
- la ricerca oncologica;
- la promozione degli stili di vita.

Ulteriori informazioni sulle attività del ministero della salute saranno presto disponibili sul Bollettino d'Informazione sui Farmaci (BIF) e sul sito internet: www.ministerosalute.it

Conto molto sulla sua sensibilità al problema del sollievo del dolore cronico, perché a questa sensibilità è legato, almeno in parte, il grado di civiltà su cui il nostro Paese viene misurato.

Comunicazioni ministeriali

5/Terapia del dolore: modalità nella compilazione dei ricettari

Il ministero della salute ha inviato la seguente comunicazione per la compilazione dei nuovi ricettari impiegati nella terapia del dolore e la prescrizione dei farmaci analgesici oppiacei.

Come è noto con il decreto del ministro della salute del 4 aprile 2003, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 28 maggio 2003 ed entrato in vigore il 29 maggio 2003, si è provveduto alla modifica e alla integrazione del DM 24 maggio 2001.

È stato, pertanto, predisposto il nuovo modello di ricettario atto alla prescrizione dei farmaci compresi nell'allegato III-bis al D.P.R. 309/90 impiegati nella terapia del dolore.

Così come specificato nell'art. 6

del citato DM 4 aprile 2003, i ricettari già approvati con il DM 24 maggio 2001 e distribuiti sul territorio nazionale, possono essere utilizzati da tutti gli operatori sanitari interessati nella prescrizione e dispensazione dei medicinali sino al completo esaurimento delle scorte.

Le modalità di prescrizione da rispettare sono quelle previste dal DM 4 aprile 2003.

In particolare si ricorda che è stato eliminato l'obbligo di utilizzare le "tutte lettere" per scrivere la posologia nel modo e nel tempo ed il numero di confezioni del medicinale prescritto.

Per ogni ulteriore delucidazione dottor Lucio Covino tel. 06/59943768.

Uguaglianza e diversità

Etnie e culture: la bioetica nella società multiethnica

Il fenomeno dell'immigrazione, che ha acquisito anche nel nostro paese dimensioni sempre più rilevanti, ha fatto sì che in uno stesso territorio si siano trovate a convivere una pluralità di culture, alcune delle quali molto diverse dalla nostra.

La società occidentale si va così caratterizzando sempre più per la multiethnicità e quindi per la multiculturalità.

Una concezione liberale della società presuppone l'assenza di una idea condivisa di bene comune per cui, ciò che viene considerato lecito, non corrisponde necessariamente a ciò che è moralmente buono. In questo modo il ruolo della politica si limita alla ricerca di una convergenza su alcune regole formali, lasciando ai singoli individui e alle comunità la definizione dei valori ai quali riferirsi.

Pertanto, in una società così strutturata, il problema fondamentale diventa se, e in quale misura, sia possibile far convivere le diverse bioetiche.

La compresenza di più culture finisce così per rappresentare una sfida per la bioetica perché - come sostiene il Comitato Nazionale per la Bioetica, in un documento del 1998 mette in evidenza le differenze sul piano delle concezioni del mondo e della vita e sul piano dei comportamenti (usi, costumi e tradizioni).

Emerge così da un lato l'esigenza di tutelare la specificità culturale di ciascun gruppo etnico, ma dall'altro la necessità di applicare il principio di uguaglianza affermato dai documenti internazionali e posto alla base delle Leggi

costituzionali di molti paesi.

Affermare l'esigenza di rispettare la specificità culturale e quindi la diversità è solo apparentemente in contrasto con la necessità di applicare il principio di uguaglianza che prevede il rispetto dell'essere umano indipendentemente dall'appartenenza culturale o etnica.

Il problema di come le diverse culture, e nel caso che a noi interessa, le diverse bioetiche, debbano porsi in rapporto tra loro è, a questo punto, il primo problema da affrontare.

Alcuni, semplicisticamente, sostengono l'esistenza di due sole ipotesi: o si vuole affermare il principio del rispetto della specificità e allora non si può pretendere l'integrazione e quindi anche l'applicazione di uguali diritti, oppure si accetta la cultura dominante e si acquisiscono i diritti dei cittadini del paese in cui si andati a vivere.

In questo caso la cultura dominante assimilerebbe l'altra, determinando una progressiva perdita dell'identità culturale dell'immigrato, con la graduale acquisizione dei costumi, ma anche della visione del mondo, propri della cultura occidentale. Tale prospettiva, che in teoria molti disconoscono, è in realtà ampiamente seguita nella realtà.

Questo, che alcuni definiscono "imperialismo bioetico", non è altro che un arrogante atteggiamento di sopraffazione di una cultura su un'altra, in assenza di valide ragioni sulle quali fondare la superiorità dell'una sull'altra.

In tal caso diventerebbe impossibile il dialogo fra le diverse culture, ed è proprio un "dialogo aperto", lo stru-

*Nella società
occidentale
il problema
è se e in quale
misura
sia possibile
far convivere
le diverse
bioetiche*

mento attraverso il quale si forma – secondo Charles Taylor l'identità personale, cioè la visione che ciascuno ha delle caratteristiche fondamentali che lo definiscono come essere umano. Proprio il mancato riconoscimento di tale identità da parte delle altre persone, rappresenta per alcuni filoni della filosofia politica contemporanea, una causa di vera e propria oppressione. In questo contesto si inserisce la polemica fra comunitaristi, come Taylor, e liberisti (per esempio John Rawls dove da un lato si sostiene la necessità di salvaguardare le identità collettive anche quando ciò possa comportare un prezzo da pagare in termini di libertà individuali, mentre dall'altra, presupponendo la neutralità etica del diritto, si vorrebbero assicurare a ciascun individuo pari opportunità nel perseguire la propria concezione di bene.

Ma ammettere una pluralità di bioetiche non significa necessariamente rinunciare ai valori ai quali ci si riferisce, né tanto meno rinunciare alla possibilità di proporli come valori universali.

Il problema se il pluralismo etico possa consentire una bioetica orientata alla verità è certamente ancora aperto, ciò che però non è possibile sostenere è che la difesa dei valori di una cultura, possa fondarsi sulla affermazione arbitraria di una sua superiorità.

L'alternativa potrebbe consistere nell'affermare una completa relatività della bioetica. E' la tesi di Tristram Hengelhardt jr. che parte dall'esigenza di trovare un'etica che, ci consenta di vivere insieme, pur avendo convinzioni morali diverse, o usando una sua espressione, pur essendo "stranieri morali".

Esistono per Hengelhardt solo quattro modi di risolvere i conflitti morali in una società culturalmente pluralista: la forza, la conversione, l'argomentazione razionale e l'accordo. Dopo aver escluso la conversione e la possibilità di trovare nuovi parametri razionali, ri-

tiene percorribili solo le strade della forza o dell'accordo.

Poiché – sostiene Hengelhardt – “non ci sono argomenti razionali generali capaci di mostrare che certe azioni sono moralmente sbagliate, allora l'autorità morale laica di proibire queste azioni con la forza ne risulterà, nella migliore delle ipotesi, compromessa”. Al posto della legge morale troviamo quindi il principio del *permesso*: “non fare agli altri ciò che essi non vorrebbero fosse fatto loro e fai loro ciò che ti sei impegnato contrattualmente a fare”.

E' necessario pertanto individuare una terza via, che potrebbe essere quella della bioetica metaculturale e transculturale che, mediando tra le diverse culture, identifichi alcuni valori irrinunciabili.

E' una bioetica che integra le singole culture, attraverso il dialogo, alla ricerca di un senso comune della dignità umana, che vada al di là delle singole culture.

Quindi la tolleranza va intesa come accettazione di quelle culture che rispettano alcuni principi fondamentali irrinunciabili.

Al primato del dialogo credeva anche un grande filosofo del nostro tempo, Hans Georg Gadamer, convinto della necessità di “piegare la propria intenzione per integrarla con quella di chi ci è di fronte”. E nel dialogo vedeva la possibilità di sperimentare la verità (*Verità e Metodo*).

Ma se risolviamo così il problema di quale bioetica è possibile in una società multiculturali, non possiamo non riconoscere l'esistenza di principi universali condivisi che devono trovare applicazione all'uomo in quanto tale, prescindendo da appartenenze etniche. E' questo un altro problema che coinvolge la bioetica nel rapporto col fenomeno dell'immigrazione.

Quali diritti è necessario riconoscere agli immigrati? E in particolare quali diritti in rapporto alla tutela della salute?

L'art. 1 della Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano riguardo all'applicazione della biologia e della medicina, è molto esplicito a tale proposito. *“Le parti firmatarie della presente Convenzione proteggono la dignità e l'identità di tutti gli esseri umani e garantiscono a ciascun individuo, senza discriminazione, il rispetto della sua integrità e dei suoi diritti e libertà fondamentali nei confronti delle applicazioni della biologia e della medicina”*. Ma già l'art. 32 della nostra Costituzione pone la tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo (e quindi non del cittadino).

Tale principio verrebbe certamente messo in discussione da provvedimenti legislativi come quello proposto recentemente da un ministro della Repubblica che ha presentato un emendamento concernente l'obbligo per i medici di denunciare gli immigrati clandestini.

Ma già il Comitato Nazionale per la Bioetica aveva affermato il diritto di accesso alle cure mediche anche degli immigrati non in regola, invocando i principi di solidarietà e sussidiarietà.

Un altro problema lo solleva Daniel Callahan il quale pone tra i compiti della bioetica quello di decidere quale modello di medicina sarebbe meglio per una determinata cultura.

“Una bioetica che si è resa conto dei propri compiti, come quello di decidere che tipo di cultura sarebbe migliore per la medicina, e che tipo di medicina sarebbe meglio per quella cultura, offrirebbe – sostiene Daniel Callahan – un utile contributo ad un compito indispensabile, che solo a nostro rischio ci si può esonerare dal compiere”

In questa ottica è giustificata la sollecitazione del Comitato Nazionale per la Bioetica che sostiene la necessità di una specifica formazione del personale sanitario comprendente, oltre la conoscenza

della lingua e delle malattie tipiche delle zone d'origine degli immigrati, anche delle loro concezioni rispetto alla vita, la morte, la salute, la malattia.

Infine non possono essere trascurate le nuove problematiche importate nel nostro paese con le ondate migratorie. Penso al problema dell'infibulazione o a quello della circoncisione.

Di fronte a tali problemi una medicina transculturale dovrebbe porre attenzione alle differenze culturali e antropologiche, considerando le conseguenze sul piano psicologico e dell'integrazione sociale, ma anche ai rischi connessi all'effettuazione di tali pratiche da parte di non sanitari. Ma è altrettanto evidente che il medico non può ridursi a mero esecutore dei desideri del paziente, né accettare passivamente di eseguire pratiche lesive della sua dignità.

Si giustifica quindi la posizione espressa nel *Codice di Deontologia* medica che ha vietato le pratiche che comportino mutilazioni del corpo umano per fini non terapeutici. Abbiamo toccato solo alcuni aspetti relativi al rapporto fra la bioetica e il fenomeno delle migrazioni, ma appare evidente l'importanza che riveste il problema.

Naturalmente non dobbiamo ignorare le ripercussioni che le scelte sul piano etico possono avere su quello giuridico e il cosiddetto biodiritto ha naturalmente aperto un dibattito in merito.

L'auspicio è che le riflessioni nel campo della bioetica, in una prospettiva transculturale, possano favorire lo sviluppo di una società nella quale possa trovare attuazione una politica del rispetto dei diritti umani che non sempre si ritrova nella realtà quotidiana.

Infine si potrebbe concludere con un richiamo sul quale insiste Callahan: *“che tipo di cultura comune ci sta offrendo la medicina?”* e se non lo desideriamo *“quale forma alternativa ci può offrire la cultura?”*.

Mario Oppes

Quali diritti si devono riconoscere agli emigrati per la tutela della salute

Aree critiche e percorsi di tutela

Scenari e prospettive sanitarie dell'immigrazione in Italia

La migrazione da paesi non appartenenti all'Unione europea è certamente uno dei fenomeni che maggiormente sta condizionando la nostra epoca: in poco più di venti anni l'Italia è diventata e si è consolidata come meta più o meno definitiva per un flusso di cittadini stranieri in costante aumento. Nonostante ciò, solo in un recente passato (legge 40 del 1998) si sono intraprese politiche, localmente ancora incerte, che guardassero all'integrazione di questi nuovi cittadini. E già assistiamo ad un ripensamento della normativa sull'onda di pregiudizi che diventano politiche, paure che condizionano le opinioni.

La legge 40/98 ha lasciato aperti problemi in campo sociale ed in quello legato alla "sicurezza" ma ciò non giustifica una riforma delle norme sull'immigrazione come quella approvata dall'attuale governo, in cui si risucchia il "cittadino immigrato" a mera "forza lavoro", particolarmente debole sul piano della rappresentanza e quindi sulla tutela dei propri diritti: culturalmente è possibile ravvisare il rischio del passaggio da un processo di progressiva normalità ed inclusione sul piano dei diritti e doveri, a quello di voler mantenere l'altro distinto e separato, inserito, a scartamento ridotto, solo se a noi conveniente.

Siamo partiti volutamente da queste considerazioni molto generali perchè se è vero che la normativa attuale non tocca i diritti sanitari, diritti specifici che l'Italia ha saputo co-

struire con norme tra le più avanzate d'Europa (vedi **figure 1 e 2**), le vischiosità ed il clima di sospetto introdotto dalla nuova legge in vigore, influirà sul sentirsi in salute dell'immigrato: accoglienza, integrazione, rispetto, equità, sono termini di grande valenza anche nel definire profili di salute.

Attualmente sono circa un milione e seicentomila gli immigrati presenti stabilmente sul nostro territorio (vedi **tabella 1**), poco meno del 3% di incidenza sulla popolazione residente: il 55% ha una età compresa tra 19 e 40 anni e si stima che la percentuale effettiva di minori sia intorno al 20%, dato in costante aumento; poco più del 46,5% sono femmine.

Quasi il 59% degli immigrati in Italia da paesi extracomunitari è presente per motivi di lavoro, circa il 29% per motivi di famiglia. Questi dati, complessivamente in costante aumento negli ultimi anni, indicano come l'immigrazione stia assumendo un carattere sempre più accentuato di insediamento stabile. La presenza di famiglie ricongiunte inoltre, fa sì che si passi da una condizione di tendenziale invisibilità sociale ad una relazione più intensa con il paese d'accoglienza, imponendo un rapporto più serrato tra le culture.

Il profilo di salute

I dati sanitari disponibili risentono del ritardo nella definizione di politiche e anche di flussi informativi riconoscibili: storicamente, molte

*Dubbi sulla
legislazione
che riduce
il "cittadino
immigrato"
a mera
"forza lavoro"*

Tabella 1
Prospetto generale dell'immigrazione in Italia (31.12.2000-2001)

Popolazione immigrata soggiornante	2000		2001	
	v.a.	%	v.a.	%
- registrata negli schedari del Ministero dell'Interno	1.388.153	100,0	1.362.630	100,0
- stima presenza complessiva, minori inclusi	1.686.000	100,0	1.600.000	100,0
- incidenza % su residenti (57.844.017 all'1.1.2001)	-	2,9	-	2,8
Variazione annuale	+ 136.159	+ 10,9	- 28.104	- 2,0
Provenienza continentale				
Unione Europea	159.799	10,9	147.495	10,8
Altri paesi europei	404.768	29,2	416.390	30,5
Africa	385.630	27,8	366.598	26,9
Asia	277.644	20,0	259.783	19,1
America	164.942	11,9	158.206	11,6
Oceania/Apolidi	3.370	0,3	3.285	0,3
Nazionalità ignota	-	-	10.873	0,8
Motivi del soggiorno				
Lavoro	839.982	60,5	800.80	58,9
Famiglia (inclusi adozioni e affidamenti)	366.132	26,4	293.865	28,9
Inserimento non lavorativo (religiosi, resid. elettiva, studio)	136.098	9,8	124.053	9,1
Asilo politico e richiesta asilo	10.435	0,8	5.115	0,4
Altri motivi	21.345	1,5	36.336	2,7
Ripartizione territoriale				
Nord Ovest: Lombardia, Piemonte, Liguria, Valle d'Aosta	433.497	31,0	444.876	32,7
Nord Est: Veneto, Friuli V.Giulia., Trentino Alto A., Emilia R.	327.801	23,9	328.488	24,1
Centro: Toscana, Umbria, Marche, Lazio	422.483	29,8	396.834	29,2
Sud: Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria	143.121	18,8	133.263	9,7
Isole: Sicilia, Sardegna	61.251	4,5	59.169	4,3
Caratteristiche popolazione immigrata				
Maschi	754.424	54,2	726.809	53,3
Femmine	583.729	45,8	635.821	46,7
Coniugati (con e senza prole con sé)	676.296	48,7	678.342	49,9
Celibi	644.887	46,4	584.013	42,9
Vedovi	16.287	1,2	14.000	1,0
Divorziati e separati	21.243	1,6	21.289	1,7
Stato civile non registrato	29.052	2,1	62.405	4,5
Nuovi ingressi 2000				
Totale permessi	155.244	100,0	232.813	100,0
Lavoro	59.394	38,3	92.386	39,7
Famiglia	56.914	34,72	60.027	25,8
Inserimento non lavorativo (religiosi, residenza elettiva, studio)	21.816	14,1	27.920	12,0
Asilo	5.589	3,6	10.341	4,4
Altri motivi	17.691	11,4	42.139	18,1

Fonte: Elaborazioni Caritas/Dossier Statistico Immigrazione su dati del Ministero dell'Interno

delle informazioni sulle patologie più frequentemente riscontrate in migranti provengono da ambulatori gestiti dal volontariato sociale che per primi, in assenza di una normativa adeguata, si sono occupati della tutela sanitaria di questa popolazione.

A queste si sono aggiunte le casistiche di alcune strutture pubbliche che da tempo si sono occupate del tema (pensiamo all'istituto S. Galliano di Roma o all'ambulatorio per immigrati della Asl di Brescia) o che recentemente si sono attivate sulla spinta della normativa attuale: questi dati purtroppo non possono essere correttamente confrontati tra loro e nel caso che adottino sistemi di classificazione diversi e/o metodologie di rilevazione differenti (vedi **tabelle 2 e 3**).

Ciò malgrado, si è osservata in questi anni tra i vari centri una sostanziale sovrapposibilità dei dati clinici raccolti. Gli interventi diagnostico-terapeutici prestati a immigrati hanno riguardato prevalentemente: l'apparato respiratorio (in particolari nei mesi invernali, riconducibili a patologie acute); l'apparato digerente (per disturbi digestivi ricorrenti: gastropatie, disturbi della motilità intestinale ecc.); quello osteomuscolare (patologie ortopediche di varia natura, traumatologia leggera, artropatie da postura scorretta, infiammazioni o lesioni muscolari di origine lavorativa); pelle e mucose (da segnalare l'elevata frequenza di 'prurito sine materia': un disturbo senza base eziologica organica); l'apparato genito-urinario (uretriti aspecifiche e cistiti ricorrenti); la sfera ostetrico-ginecologica (di rilievo crescente insieme a quella pediatrica); basso, contrariamente alle attese, è stato finora il riscontro di diagnosi psichiatriche; limitata è stata anche l'evidenza di patologie infettive, per la maggior parte di tipo

nostrano (del tutto occasionale il riscontro di quelle esotiche di importazione).

Percentualmente rilevante è la classe dei '*sintomi e stati morbosi mal definiti*', non collegabile ad una scarsa qualità clinico-diagnostica degli operatori quanto piuttosto alle difficoltà comunicative caratterizzanti il rapporto terapeutico e talora a vincoli economici relativi alle procedure diagnostiche e ad esami di laboratorio più sofisticati (ciò è vero soprattutto per le strutture gestite dal volontariato). Alcune differenze tra centro e centro di assistenza, nel peso relativo dei vari gruppi di patologie, possono dipendere da una maggiore offerta di prestazioni di una particolare specialità.

Strutture sanitarie sia di tipo istituzionale che del privato sociale hanno sottolineato come, nella maggior parte dei casi, la prima richiesta di cura si è, almeno fino ad un recente passato, manifestata temporalmente distinta dall'arrivo in Italia. È il cosiddetto 'intervallo di benessere': questo viene abitualmente calcolato ricostruendo, su base anamnestica, il periodo intercorso tra l'arrivo in Italia e la prima richiesta di assistenza sanitaria, pure quantitativamente variabile da una città all'altra.

Attualmente questo dato è molto discusso: alcune osservazioni tendono oggi ad affermare che questo intervallo si sia bruscamente accorciato negli ultimi anni; l'esperienza della Caritas, i cui studi inizialmente furono particolarmente significativi proprio nella quantificazione di tale intervallo, solo in parte conferma tale ipotesi in quanto quasi il 45% dei nuovi pazienti degli ultimi due anni, ha utilizzato per la prima volta un ambulatorio medico dopo un anno dall'arrivo in Italia e il 10,5% dei pazienti (8% tra le donne) è in Italia da almeno tre anni al momento dell'uti-

Tabella 2
Gruppi di malattie più frequenti diagnosticate a pazienti immigrati negli anni 1988-1998 presso alcuni centri di assistenza sanitaria gestiti dal volontariato a Roma, Milano, Torino, Verona, Palermo e Perugia

Periodo di indagine	1993-95	1993	1988-92	1993-97	1991-97	1995-98
Struttura	Caritas Roma	Naga Milano	Sernig Torino	Cesaim Verona	S. Chiara Palermo	Lidip, Aspu Perugia
Diagnosi						
Respiratorio	16,5%	14,7%	19,3%	15,0%	20,0%	14,2%
Digerente	13,7%	13,4%	14,2%	9,0%	11,0%	13,5%
Ortopediche	12,3%	17,4%	13,5%	11,0%	14,0%	9,5%
Dermatologiche	7,5%	10,1%	11,9%	7,0%	11,0%	7,3%
Infettive	8,1%	5,9%	-	3,0%	3,0%	9,7%
Ostetriche	5,2%	6,9%	-	8,0%	1,0%	-
Genito-Urinarie	8,7%	9,1%	5,2%	2,0%	4,0%	13,3%
Psicol.-psichiatriche	2,9%	2,9%	-	2,0%	1,0%	2,0%
Altre	25,1%	19,6%	35,9%	43,0%	35,0%	30,5%

fonte: Geraci da fonti varie, 1995-2000

Tabella 3
Gruppi di malattie più frequenti diagnosticate a pazienti immigrati in anni diversi presso il poliambulatorio Caritas di Roma

Periodo di indagine	1983-84	1986-88	1991	1993	1995	1999	2000
		ICD 9	ICD 9	ICD 9	ICD 9	ICD 9	ICD 9
Diagnosi							
Respiratorio	21,5%	6,1%	14,6%	11,3%	18,2%	18,3%	13,1%
Digerente	16,0%	8,7%	13,0%	11,6%	12,8%	13,5%	12,1%
Ortopediche	9,6%	5,3%	10,4%	10,3%	10,2%	11,1%	12,4%
Dermatologiche	5,0%	5,4%	7,6%	6,1%	7,2%	9,4%	6,8%
Infettive	13,0%	11,6%	7,2%	7,8%	8,7%	7,9%	5,9%
Ostetriche-Ginecol.	6,4%	6,2%	7,4%	9,1%	2,6%	3,5%	14,1%
Genito-Urinarie	3,6%	2,9%	6,6%	6,5%	6,3%	4,7%	6,3%
Psicol.-psichiatriche	-	1,1%	1,4%	1,9%	3,7%	3,2%	2,7%
Altre	24,9%	52,7%	31,8%	35,4%	30,3%	28,4%	26,6%

fonte: Area sanitaria Caritas di Roma, 2001

lizzo della struttura sanitaria per la prima volta. Ciò è in linea con le osservazioni, su cui ritorneremo, che un *'effetto migrante sano'* vale ancora per molti seppur con una attenuazione per chi viene 'a seguito' di progetti migratori già percorsi da altri o è costretto a 'scappare' (profughi e rifugiati).

Chi è venuto in Italia volontariamente per cercare lavoro, seppure condizionato da ciò che i sociologi hanno definito fattori di espulsione dal proprio paese (povertà, urbanizzazione, devastazioni ambientali, ...) e di attrazione del paese ospite (richiesta di manodopera, possibilità di reddito, libertà, rappresentazioni di benessere, ...), sa bene che potrà occupare, per lo meno nella fase iniziale del suo percorso di inserimento nel nuovo paese, quelle nicchie lavorative lasciate libere dagli italiani perché troppo faticose, scomode, rischiose o non particolarmente gratificanti economicamente. E ciò indipendentemente dal proprio patrimonio culturale e dal livello di scolarizzazione.

Da quanto detto si può dedurre che l'immigrato arriva generalmente nel nostro paese con un 'patrimonio' di salute pressoché integro: si consideri come proprio la forza-lavoro, su cui questi gioca la possibilità di successo del proprio progetto migratorio, sia indissolubilmente legata all'integrità fisica; è il cosiddetto *'effetto migrante sano'*, ampiamente citato in letteratura, che fa riferimento ad un'autoselezione che precede l'emigrazione, operata cioè nel paese di origine.

Risulta d'altronde estremamente logico che il tentativo migratorio, soprattutto in una fase iniziale, venga messo in atto da quei soggetti che, per caratteristiche socio-economiche individuali e per attitudini caratteriali, massimizzano le possibilità di

portare a buon fine il progetto migratorio: sono i *"pionieri"* della migrazione della propria famiglia, gruppo, paese.

Questo esclude in partenza individui che non godano di apparenti buone condizioni di salute: non è certo casuale che chi emigra abbia in genere un'età giovane adulta; che appartenga, nel proprio paese, alle classi sociali meno svantaggiate (quelle più povere non potrebbero sostenere neppure le spese di viaggio); che abbia per lo più un grado di istruzione medio.

Tali considerazioni supportano l'evidenza che le patologie d'importazione si siano dimostrate, nella prima generazione di migranti, di minor frequenza di quelle acquisite nel paese ospitante e di quelle cosiddette di adattamento.

Infatti le complessive condizioni di vita cui l'immigrato dovrà conformarsi nel paese ospite, potranno poi essere capaci di erodere e dilapidare, in tempi più o meno brevi, il 'patrimonio' di salute iniziale. Sfuggono ovviamente a questo schema interpretativo le situazioni in cui il migrante sia portatore di patologie che, in quanto ancora asintomatiche, o per scarso livello sanitario del paese di origine, o perché culturalmente non considerate come tali (emblematica è la consuetudine all'infestazione malarica in paesi ad altissima endemia), non lo scoraggino a partire.

Vi sono tra queste alcune patologie infettive (come l'epatite B ed in parte anche la tubercolosi che però molto risente delle condizioni di vita nel paese ospite), che, ad alta endemia in molti paesi d'esodo, meritano un'attenta sorveglianza e controllo, non altrimenti ottenibile che con interventi volti a favorire al massimo l'accessibilità e la fruibilità dei servizi sanitari e, in alcuni casi, la non

*L'immigrato
arriva con un
"patrimonio"
di salute
integro
per una sorta
di selezione
che precede
la partenza
dal paese
d'origine*

onerosità delle prestazioni necessarie.

Le aree critiche per la salute

Gli stranieri in Italia provengono da quasi 150 paesi diversi, di tutti i continenti. Questa è una caratteristica peculiare dell'immigrazione nel nostro paese che ha fatto evocare l'immagine di un caleidoscopio di persone, culture e religioni ma anche diversità per patrimonio genetico (in rapporto ad alcune malattie ereditarie per altro ancora estremamente rare) e per capacità di adattarsi ed interagire ai nuovi sistemi sociale e sanitario del paese ospite. Se una prima fase dell'immigrazione è stata caratterizzata prevalentemente da pionieri e se l'effetto migrante sano è ancora oggi valido per chi sceglie di emigrare e valuta la possibilità di sopportare il costo dell'emigrazione chiaramente non solo in termini economici, certamente già dall'inizio e soprattutto adesso, queste considerazioni sulla condizione della salute all'arrivo del migrante non valgono per chi è costretto a partire, a scappare spesso, da gravi situazioni politiche, di guerra, di persecuzione, che pongono a rischio non solo il proprio futuro ma anche l'immediato presente. Sono questi, in misura diversa ma sempre con una particolare vulnerabilità, i profughi, gli sfollati ed i rifugiati.

L'effetto migrante sano tende anche ad avere minor importanza man mano che l'immigrazione si stabilizza nel paese ospite. Tale effetto non è sempre riscontrabile nei confronti di chi viene con progetti migratori 'trainati' da altri o semplicemente per percorrere strade tracciate e semplificate da parenti o amici. Il profilo di salute inoltre cambia man mano che cambia il profilo demografico dell'immigrato perché si verifica una sedimentazione sul territorio

(nuove generazioni, anziani, ...). Da non dimenticare il costo fisico di un percorso migratorio sempre più difficile e logorante soprattutto per chi entra irregolarmente o chi fugge, sfruttato da chi approfitta della disperazione.

Certo è che qualunque sia il patrimonio di salute in 'dotazione' al migrante, più o meno rapidamente viene dissipato per una serie di 'fattori di rischio' per malattie che incombono nel paese ospite soprattutto se i processi di integrazione sono lenti e vischiosi: il malessere psicologico legato alla condizione di immigrato, la mancanza di lavoro e di reddito, la sottoccupazione in professioni lavorative rischiose e non tutelate, il degrado abitativo in un contesto diverso dal paese d'origine, l'assenza del supporto familiare, il clima e le abitudini alimentari diverse spesso inserite in una condizione di status nutrizionale compromesso, la discriminazione nell'accesso ai servizi sanitari nonostante le leggi.

Esistono infatti alcune situazioni che delineano una 'spiccata sofferenza sanitaria' proprio negli ambiti della medicina preventiva che hanno permesso al nostro paese, come in tutti quelli occidentali, di configurarsi come paese ad alta protezione: in particolare ci riferiamo all'area materno infantile e specificatamente il parto e le vaccinazioni. Dove sono state effettuate ricerche, che ancora purtroppo sono spesso a macchia di leopardo, si evidenzia un alto rischio di parti distocici, con sofferenza perinatale svariate volte superiore all'auctocone. I calendari vaccinali, sono spesso in ritardo o incompleti, con particolare riferimento alla popolazione zingara.

Se in una prima fase l'immigrato può essere particolarmente vulnerabile per le condizioni di degrado e disagio in cui è costretto a vivere, col

tempo, superata l'emergenza, prevale la possibilità/capacità di interagire con l'organizzazione, l'offerta dei servizi, la capacità di lettura dei propri bisogni di salute e di saperli spiegare e, viceversa, la capacità del sistema sanitario del paese di adattarsi a questa nuova utenza.

Come diremo più avanti, la normativa attuale sta cercando di garantire l'accesso e ciò ha fatto emergere comunque alcune aree critiche per la salute schematicamente suddivisibili in:

- A) condizioni patologiche con particolare riferimento a quelle infettive e al disagio psichico, importanti non tanto per la consistenza numerica o per patologie importate dai paesi di provenienza, quanto per la scarsa preparazione e dimestichezza dell'operatore sanitario nel gestire malattie, stati d'animo, condizioni sociali e relazionali inconsuete;
- B) condizioni fisiologiche come la gravidanza e comunque tutto l'ambito materno infantile con, ad esempio, tassi di mortalità perinatale significativamente più alti tra i figli di straniere immigrate;
- C) condizioni sociali, come la prostituzione che vede come protagonisti spesso obbligati, donne e uomini stranieri; come la detenzione, vera e propria noxa patogena,

Tutto ciò è anche evidenziato dal primo rapporto sulla salute degli immigrati edito dal Ministero della sanità all'inizio del 2001 contenente l'analisi dei dati relativi alle Schede di dimissione ospedaliera registrate su tutto il territorio nazionale durante il 1998 e che rappresenta un punto di riferimento per ogni ulteriore approfondimento del tema.

Pur con alcune cautele interpretative (la non precisa conoscenza dei denominatori di riferimento; il fatto che i dati trattati riguardano solo una parte della domanda assistenziale,

e quella ospedaliera, e non possono essere confrontati con affidabili informazioni relative ad altre forme assistenziali di natura territoriale, in quanto non routinariamente disponibili a livello nazionale; ed ancora per la necessità di migliorare la qualità dei dati) il rapporto rende disponibili alcune evidenze che appaiono affidabili, plausibili ed utili a fini programmatici ed organizzativo-gestionali.

L'analisi dei motivi di ricovero risente notevolmente della struttura per età della popolazione in esame. Si rileva anzitutto una concentrazione della casistica maggiore che nel complesso dei ricoveri registrati in Italia. Tra le cause di ricovero sono scarsamente rappresentate le malattie cronico degenerative; le cause principali sono riassumibili nei seguenti gruppi: gravidanza e parto, traumatismi e aborto.

Emergono quindi con sufficiente chiarezza alcuni aspetti attestanti una "fragilità sociale" di alcune componenti della popolazione immigrata: in questo senso ci sembra debbano essere interpretati i dati sull'abortività volontaria e quelli sui traumatismi. I primi potrebbero essere collegati, oltreché ad una scarsa conoscenza dei metodi contraccettivi, ad una complessiva precarietà di vita relativa alla famiglia (assenza di un nucleo familiare stabile), al lavoro (timore che la gravidanza possa comportarne la perdita), all'alloggio (instabilità ed inadeguatezza delle condizioni alloggiative), alle relazioni sociali (scarsità di figure che possano supportare nella crescita e nell'accontentamento dei bambini).

Un'analisi più approfondita meriterebbero i dati relativi ai traumatismi, per meglio distinguere quelli occorsi sul lavoro, da quelli causati da incidentistica stradale, da infortuni domestici o da eventuali violenze subite. Altri dati (come quelli sull'a-

*Il rapporto
del ministero
e i più frequenti
motivi
di ricovero*

buso d'alcol) indirizzano verso stili di vita ed abitudini voluttuarie proprie di fasce più emarginate e sembrano confermare difficoltà di inserimento nel tessuto sociale.

Per lo specifico ambito delle malattie infettive è da evidenziare come i casi di tubercolosi registrati siano pari a 1.391 (0,88% sul totale dei ricoveri); il numero complessivo dei ricoveri effettuati in Italia per questa patologia è di 10.565 (inclusi quelli effettuati sugli stranieri).

Tra le altre malattie infettive quelle del tratto respiratorio superiore ed inferiore, considerando la classe modale 15-44 anni, assommano a frequenze relative pari a 1,7% negli stranieri e 1% nel totale dei ricoveri nazionali.

Nell'analisi delle frequenze dei casi di day hospital effettuati per HIV/AIDS si può rilevare come il numero assoluto di accessi sia contenuto, tenendo presente che il day hospital può rappresentare la modalità assistenziale prevalente se non quasi obbligata per le fasce deboli; da rilevare inoltre che i dati relativi alla popolazione italiana compresa nella classe d'età 15 - 44 anni mostrano una frequenza relativa delle infezioni da HIV/AIDS in regime di day hospital pari al 3,7% (con un totale di accessi di oltre 29.000), inferiore al dato degli stranieri, pari al 5,9%; tuttavia il numero assoluto è contenuto a 1.065 casi.

Tutte queste considerazioni suggeriscono politiche sanitarie mirate a favorire l'accessibilità ai servizi, in particolare di primo livello (visto che, almeno in alcuni casi - come ad esempio nei ricoveri per dolori addominali e in qualche misura in quelli causati da malattie infettive - l'offerta ospedaliera sembra supplire una insufficiente offerta di assistenza di base) e l'adozione di iniziative e programmi di promozione ed educazione alla salute.

I percorsi di tutela

Per lungo tempo in Italia il tema dell'assistenza sanitaria agli stranieri è stato regolato da un numero impressionante di norme aventi diverso peso specifico: con l'emanazione, nel marzo del 1998, della legge 40, poi confluita nel D.Lgs. 286 del luglio 1998, dal titolo: "*Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*" si è voluto ordinare e dare una impostazione stabile e chiara al tema del diritto all'assistenza sanitaria a favore degli immigrati nel nostro Paese. I principi e le disposizioni contenute in questo decreto hanno trovato poi maggiore concretezza applicativa con l'emanazione del Regolamento di attuazione previsto dallo stesso Testo Unico (D.P.R. n. 394 del 31 agosto 1999). Ulteriori chiarimenti sono stati infine forniti da una Circolare del Ministero della Sanità, la n. 5, datata 24 marzo 2000.

Obiettivo dichiarato di questa impostazione politico-normativa è quello di includere a pieno titolo gli immigrati in condizione di regolarità giuridica nel sistema di diritti e doveri per quanto attiene all'assistenza sanitaria a parità di condizioni ed a pari opportunità con il cittadino italiano: sono stati così rimossi dei requisiti che nel passato erano ostativi (la residenza, il limite temporale, le aliquote diversificate per l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale, ...) ed introdotti principi di equità (obbligatorietà estesa all'iscrizione al di là del perfezionamento formale delle pratiche, esenzione per situazioni di maggior disagio - richiedenti asilo, detenuti, ...)

Il diritto all'assistenza è stato esteso anche a coloro presenti in Italia in condizione di irregolarità giuridica e clandestinità garantendo loro

oltre alle cure urgenti anche quelle essenziali, continuative ed i programmi di medicina preventiva.

La volontà di affrontare concretamente il tema della salute degli stranieri immigrati è stata ribadita dedicando uno spazio specifico nel Piano sanitario nazionale (approvato con DPR 23 luglio 1998), valido per il triennio 1998-2000. Tale documento, per la rilevanza che ha rivestito in termini di programmazione su base nazionale, ha assunto, per quanto di nostro interesse, un significato storico: per la prima volta infatti la salute degli stranieri immigrati è stata riconosciuta tra le priorità del Servizio sanitario nazionale e dell'intera collettività che esso tutela.

Il Piano presentava infatti una sezione dedicata agli immigrati quali destinatari di interventi specifici. Nella prima parte del documento, dedicata agli obiettivi di salute, la popolazione migrante è stata espressamente compresa tra i 'soggetti deboli' di cui l'Obiettivo IV si propone di 'rafforzare la tutela'. In sintesi, il Piano sanitario nazionale ha identificato come obiettivi prioritari, da raggiungere entro il triennio:

- l'accesso all'assistenza sanitaria, secondo le normative vigenti, che deve essere garantito agli immigrati in tutto il territorio nazionale;
- la copertura vaccinale garantita alla popolazione italiana, che deve essere estesa alla popolazione immigrata.

A questo scopo, nel triennio 1998-2000, dovevano

- “essere sviluppate le seguenti attività rivolte allo sviluppo di politiche intersettoriali di salvaguardia della salute degli immigrati:*
- *sviluppo di strumenti sistematici di riconoscimento, monitoraggio e*

valutazione dei bisogni di salute degli immigrati, anche valorizzando le esperienze più qualificate del volontariato;

- *formazione degli operatori sanitari finalizzata ad approcci interculturali nella tutela della salute;*
- *organizzazione dell'offerta di assistenza volta a favorire la tempestività del ricorso ai servizi e la compatibilità con l'identità culturale degli immigrati”.*

Tra i documenti e provvedimenti previsti dal Psn quali adempimenti prioritari, vi era inoltre un Progetto obiettivo dal titolo *“Salute degli immigrati”*, la cui stesura è stata affidata ad una Commissione istituita presso il Servizio studi e documentazione dell'allora Ministero della Sanità, che ha licenziato un documento che non ha avuto finora alcuna ufficializzazione.

Anche la nuova proposta di Piano per il triennio 2002-2004 resa nota dal Ministro Sirchia a fine marzo 2002, prevede, all'interno della parte seconda, nel capitolo dedicato alla *“salute e il sociale”* una sezione specifica sull'assistenza agli stranieri, che riporta:

Osservando il flusso di utilizzo di alcuni servizi sanitari da parte degli stranieri, si evidenzia una sostanziale mancanza di elasticità dell'offerta di servizi, a fronte dei nuovi problemi di salute di questi nuovi gruppi di clienti.

Altre azioni prioritarie riguardano i seguenti aspetti:

- *migliorare l'assistenza alle donne straniere in stato di gravidanza e ridurre il ricorso alle I.V.G.;*
- *ridurre l'incidenza dell'HIV, delle malattie sessualmente trasmesse e delle tubercolosi tramite interventi di prevenzione mirata a questa fascia di popolazione;*

Nel Piano sanitario nazionale la salute degli stranieri immigrati è riconosciuta tra le priorità del servizio sanitario nazionale

- *raggiungere una copertura vaccinale della popolazione infantile immigrata pari a quella ottenuta per la popolazione italiana;*
- *ridurre gli infortuni sul lavoro tra i lavoratori immigrati tramite gli interventi previsti a tal fine per i lavoratori italiani.*

Con un quadro normativo sanitario certamente favorevole, seppur ancora diffusamente non pienamente applicato, oggi la nostra attenzione deve spostarsi sul rischio reale che un considerevole patrimonio di salute, come è quello attuale degli immigrati in Italia, possa essere sciupato nell'arco di una generazione o meno. Man mano che le norme rendono maggiormente permeabile il nostro Servizio sanitario nazionale, è necessario considerare, sperimentare e promuovere nuovi o innovativi approcci epidemiologici, preventivi, diagnostici, terapeutici ed organizzativi.

La nostra esperienza

L'immigrazione come occasione e come risorsa! E' questo che ci dice la nostra esperienza; un'occasione, anche in campo professionale, non solo nelle relazioni (medicina transculturale) ma anche nel mondo dell'approccio e dell'approfondimento scientifico. Ci rendiamo conto dei limiti di una esperienza, la nostra e ci riferiamo alla struttura sanitaria Caritas con tutti gli operatori che in questi anni si sono impegnati, ben connotata sia come bacino d'utenza (Roma, capitale, almeno quantitativamente, dell'immigrazione), sia come motivazioni (volontariato per persone senza diritti); siamo consci dei limiti della generalizzazione di questa esperienza (un errore troppo frequente di quanti si occupano anche in ambito medico-scientifico

delle migrazioni, è quello di estendere e far valere per tutti gli immigrati le proprie osservazioni). Eppure riteniamo, almeno per l'aspetto quantitativo, oltre 70.000 pazienti immigrati visitati, e per l'impegno disinteressato profuso, di poter definire l'immigrazione, al di là dei problemi politico-amministrativi che può provocare, una grossa occasione ed una buona opportunità. Occasione ed opportunità dell'incontro con pazienti di altri ambiti culturali, sia per riscoprire il *dubbio*, di non dare nulla per ovvio, per scontato; per riassaporare la *curiosità* della ricerca relazionale e comunicativa; per rispondere in modo personale agli interrogativi che sempre la malattia pone (perché a me, perché qui ...); per avere il coraggio di aprire le porte di stanze che in occidente definiremmo del già visto e conosciuto e di scoprire nuovi scenari di relazione umana e terapeutica; per avere la disponibilità a rinnovarsi non di tecnologia ma di umanità, per riproporre, in definitiva, una medicina attenta all'uomo - *italiano-straniero-altro* - e non solo alla malattia.

Con piacevole sorpresa potremo riscoprire che questi stessi criteri di intervento che "impariamo" con persone di altre culture, funzionano benissimo anche con pazienti italiani, quasi fosse una controprova del fatto che l'essenza degli esseri umani è sempre la stessa, al di là delle culture.

Relazione tenutasi in occasione del convegno "Medicina delle Migrazioni - una nuova medicina o un nuovo modo di fare medicina". Maggio 2002.

Salvatore Geraci

(Caritas Diocesana di Roma
Area Sanitaria; Società Italiana
di Medicina delle Migrazioni)

Figura 1

PRINCIPALI DISPOSIZIONI D'INTERESSE SANITARIO RELATIVE ALL'IMMIGRAZIONE

- **Legge 40 del 6 marzo 1998**
<<Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero>>
Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 59 del 12 marzo 1998.
Articoli sanitari: 32, 33 e 34

 - **Circolare del Ministro della sanità del 22 aprile 1998 (DPS-X-40/98/1010).** *Gazzetta Ufficiale n. 117 del 22 maggio 1998 – Serie generale.*

 - **Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286.** <<Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero>>, *Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 191 del 18 agosto 1998 – Serie generale.* **Articoli sanitari: 34, 35 e 36**

 - **Decreto del Presidente della Repubblica 23 luglio 1998.** <<Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000>>, *Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 288 del 10 dicembre 1998 – Serie generale.*

 - **Decreto del Ministro della Sanità del 2 novembre 1998.** Istituzione della Commissione per lo studio delle problematiche relative all'emanazione del regolamento di attuazione della legge 6 marzo 1998, n. 40, sulla disciplina dell'immigrazione. (Rinnovata con Decreti ministeriali del 18 aprile 2000 e 30 maggio 2001)

 - **Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica**

 - Deliberazione 30 gennaio 1997.** <<Fondo sanitario nazionale 1996 – parte corrente. Assistenza sanitaria agli stranieri presenti nel territorio nazionale, Ordinanza Ministeriale>>, *Gazzetta Ufficiale del 26 marzo 1997 – Serie generale.*
 - Deliberazione 5 agosto 1998.** <<Fondo sanitario nazionale 1997 – parte corrente. Assistenza sanitaria agli stranieri presenti nel territorio nazionale, art. 33 legge 6 marzo 1998, n. 40>>, *Gazzetta Ufficiale del 30 settembre 1998 – Serie generale.*
 - Deliberazione 21 aprile 1999.** <<Fondo sanitario nazionale 1998 – parte corrente. Assistenza sanitaria agli stranieri presenti nel territorio nazionale, art. 33 legge 6 marzo 1998, n. 40>>, *Gazzetta Ufficiale del 7 settembre 1999 – Serie generale.*
 - Deliberazione 15 febbraio 2000.** <<Fondo sanitario nazionale 1999 – parte corrente. Assistenza sanitaria agli stranieri presenti nel territorio nazionale, art. 33 legge 6 marzo 1998, n. 40>>, *Gazzetta Ufficiale del 17 aprile 2000 – Serie generale.*
 - Deliberazione 21 dicembre 2001.** <<Fondo sanitario nazionale 2000 – parte corrente. Assistenza sanitaria agli stranieri presenti nel territorio nazionale, art. 33 legge 6 marzo 1998, n. 40>>, *Gazzetta Ufficiale del 20 marzo 2002 – Serie generale.*

 - **Decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394.** <<Regolamento recante norme di attuazione del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, a norma dell'articolo 1, comma 6, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286>>, *Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 258 del 3 novembre 1999 – Serie generale.*
- La parte sanitaria è trattata in modo specifico agli articoli 42, 43 e 44.**
- **Circolare del Ministro della sanità n. 5 del 24 marzo 2000 (DPS-X-40-286/98)** "Indicazioni applicative del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, "Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione" e norme sulla condizione dello straniero" - Disposizioni in materia di assistenza sanitaria", *Gazzetta Ufficiale n. 126 del 1 giugno 2000 – Serie generale.*

- **Telex Ministero della sanità n° DPS-X-40-286/98-240 del 3 aprile 2000** “Regolarizzazione ex DPCM 16 ottobre 1998 - Attività lavorativa stranieri in attesa rilascio permesso di soggiorno”
- **Decreto Presidente Repubblica 30 marzo 2001**
<<Approvazione del documento programmatico relativo alla politica dell’immigrazione e degli stranieri nel territorio dello Stato, a norma dell’art. 3 della L. 6 marzo 1998, n 40>>. *Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 112 del 16 maggio 2001*

Capitolo 4: politiche di integrazione. Salute

(Precedente documento programmatico 1998-2000: Decreto del Presidente della Repubblica 5 agosto 1998. *Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 215 del 15 settembre 1998 – Serie generale*).

Figura 2

PRINCIPALI INDICAZIONI PREVISTE DALLA NORMATIVA IN VIGORE

Inclusione nel ‘sistema salute’ dei cittadini stranieri regolarmente soggiornanti

- Estensione della obbligatorietà di iscrizione al Ssn e previsione di copertura sanitaria per tutti gli stranieri presenti sul territorio nazionale
(teoricamente: 85,4% iscritti obbligatoriamente + 10,3% iscritti facoltativamente)
- Superamento temporaneità iscrizione al Ssn
(validità dell’iscrizione anche in corso di rinnovo permesso di soggiorno)
- Eliminazione del requisito della residenza per l’iscrivibilità al Ssn
- Parità di diritti e doveri
(ad es.: equiparazione dei disoccupati stranieri a quelli italiani)

Ampliamento delle garanzie di assistenza per gli Stranieri Temporaneamente Presenti (irregolari e clandestini)

- Garanzia di cure ospedaliere e ambulatoriali per urgenze, malattie essenziali, medicina preventiva e riabilitativa
- Particolare tutela per donne e minori
- Attenzione alle malattie infettive ed alla profilassi internazionale
- Divieto di segnalazione all’autorità prefettizia dell’irregolare che ha usufruito di una prestazione sanitaria

Pianificazione degli ingressi per cure mediche

- Trasferimento deciso individualmente a carico dell’assistito o di sponsor.
- Trasferimento in Italia per cure in ambito di interventi umanitari statali a carico del Ministero della sanità.
- Trasferimento in Italia per cure in ambito di programmi umanitari regionali a carico della parte dedicata del Fondo sanitario

Protocollo fra le Regioni e l'ENPAM

Intesa sul trattamento previdenziale dei medici specialisti esterni

Un protocollo d'intesa fra le regioni italiane sul trattamento previdenziale dei medici specialisti esterni, gli ex convenzionati oggi accreditati provvisoriamente presso il servizio sanitario nazionale. È stato sottoscritto lo scorso febbraio a Roma dal presidente della conferenza delle Regioni Enzo Ghigo e da Eolo Parodi, presidente dell'Ente Nazionale Previdenza e Assistenza Medici (E.N.P.A.M.), con la regia del presidente della regione Liguria Sandro Biasotti e l'assessore alla salute Roberto Levaggi.

La soluzione della vertenza, che sana moltissime situazioni irregolari, molte delle quali sfociate anche in contenziosi giudiziari fra medici, Asl e Aziende Sanitarie Italiane, è frutto di un lungo lavoro, di trattative e di coordinamento degli assessori alla sanità italiani da parte della regione Liguria, incaricata anche della conduzione tecnica della vertenza con il direttore del dipartimento sanità di via Fieschi Francesco Guiducci.

Il ruolo determinante per il buon esito della lunga vicenda è da ascrivere all'assessore alla sanità della Regione Veneto, Fabio Gava, nella sua veste di coordinatore degli assessori regionali alla sanità.

Grazie all'accordo firmato oggi, le aziende sanitarie regionali che avevano sospeso il pagamento delle quote previdenziali ai medici specialisti gli riconosceranno i contributi pregressi non versati e adegueranno gli attuali oneri contributivi.

Protocollo d'intesa

Premesso che:

- Il settore di attività dei medici specialisti "ex-convenzionati esterni" era disciplinato dagli accordi collettivi nazionali stipulati ai sensi dell'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale. Tali accordi, conformemente a quanto previsto dal comma 12 del suddetto articolo, prevedevano "la determinazione della misura dei contributi previdenziali e le modalità del loro versamento a favore" del Fondo di previdenza degli specialisti esterni gestito dall'ENPAM;
- gli ultimi accordi collettivi nazionali per la specialistica esterna sono quelli resi esecutivi con il DPR 23 marzo 1988, n. 119 per la branca a visita e con il DPR 23 marzo 1988, n. 120 per quella a prestazione;
- il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, al comma 7 dell'articolo 8, diede mandato alle Regioni ed alle A.A.S.S.LL. di adottare "i provvedimenti necessari per l'instaurazione dei nuovi rapporti fondati sul criterio dell'accreditamento", destinati a sostituire le preesistenti convenzioni;
- l'introduzione del sistema di accre-

Le aziende sanitarie riconosceranno i contributi pregressi non versati

- ditamento, fissa - per il sistema pubblico e privato - standard minimi di riferimento strutturali, tecnologici ed organizzativi e prevede la remunerazione a tariffa;
- la prolungata fase di transizione dal sistema di convenzionamento a quello dell'accreditamento ha determinato notevoli incertezze applicative in ambito previdenziale in particolare per quanto attiene l'aspetto previdenziale dei rapporti in essere della specialistica ex-convenzionata esterna il che ha comportato che alcune ASL hanno continuato ad applicare i richiamati accordi collettivi nn. 119 e 120/1988 alle strutture provvisoriamente o transitoriamente accreditate mentre altre ASL hanno ritenuto che con l'attuazione del nuovo regime di accreditamento fossero venuti meno i presupposti per il versamento dei contributi previdenziali al fondo specialisti esterni gestito dall'ENPAM;
 - dal punto di vista normativo, la persistenza dell'obbligo contributivo risulta confermato sia dall'articolo 1, comma 3, del decreto legislativo 30 giugno 1994, n. 509 (privatizzazione delle Casse di previdenza dei Liberi professionisti) sia dal comma 4 dell'articolo 15 nonies del decreto legislativo 502/1992 in base al quale "Restano confermati gli obblighi contributivi dovuti per l'attività svolta, in qualsiasi forma, dai medici e dagli altri professionisti di cui all'articolo 8"; tale conferma, peraltro, non decade di fronte all'interpretazione delle Regioni e delle Aziende Sanitarie che hanno sospeso i versamenti ritenendo che gli obblighi contributivi permangano solo a favore dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta; tale interpre-

tazione non corrisponde alla lettura del combinato disposto dell'art. 15 nonies 4° comma del 502 ("restano confermati gli obblighi contributivi dovuti per l'attività svolta in qualsiasi forma, dai medici e dagli altri professionisti di cui all'art. 8) e dell'art. 8 5° comma dello stesso decreto (l'Azienda sanitaria locale si avvale... omissis... dei propri presidi, nonché delle Aziende e degli Istituti ed Enti di cui all'art. 4, delle istituzioni sanitarie pubbliche, ivi compresi gli ospedali militari, o private, e dei professionisti. Con tali soggetti... omissis... intrattiene appositi rapporti fondati sulla corresponsione di un corrispettivo predeterminato a fronte della prestazione resa, con l'eccezione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta"). Infatti la norma distingue la posizione dei medici di famiglia (generici e pediatri) dagli altri professionisti solo per significare e ricordare la diversità di sistema di pagamento delle diverse categorie di professionisti che operano all'interno del S.S.N. (*la retribuzione per i medici di famiglia è determinata, in via forfettaria, dal versamento di una quota capitaria per ogni assistito in carico, mentre gli specialisti è caratterizzata da una tariffa*).

- In seguito alle reiterate richieste, da parte dell'ENPAM, di chiarimenti sull'applicazione della normativa di tutela previdenziale in argomento, e, pertanto, alla necessità di porre fine alla disomogeneità applicativa, la conferenza degli assessori alla sanità, nella seduta del 10.07.02 ha incaricato la regione Liguria di effettuare una verifica tecnica istruttoria per accertare l'entità del problema;

- l'istruttoria, svolta utilizzando il proponimento di un questionario finalizzato alla conoscenza della situazione esistente nelle diverse realtà regionali del problema, l'attivazione di verifiche ed approfondimenti, una riunione tecnica il 16/10/2002, oltre l'utilizzo del sistema informativo dell'ENPAM; ha confermato, dal punto di vista applicativo, l'esistenza di comportamenti disomogenei;
- le risultanze del lavoro istruttorio venivano illustrate nella seduta del coordinamento degli assessori alla sanità del 6 novembre 2002, e, rilevato che non tutte le regioni avevano fornito i dati richiesti, si conveniva di richiedere alla regione Liguria un supplemento dell'istruttoria;
- nella seduta del coordinamento dell'11 novembre 2002, gli assessori alla sanità delle regioni e delle province autonome esaminavano nuovamente la problematica, alla luce dell'istruttoria completa, e convenivano sulla persistenza degli obblighi contributivi. Inoltre, tenuto conto che la violazione della normativa di tutela previdenziale potrebbe determinare responsabilità in base alla normativa vigente e, considerata la presentazione di diffide di professionisti che non si vedono garantire i versamenti contributivi, ritenevano indispensabile una soluzione ponte in grado di salvaguardare la copertura previdenziale; proponendo di sottoscrivere un protocollo di intesa per favorire un'omogeneità di comportamenti in questa fase di incertezza normativa, fra le regioni, l'Enpam e in singoli professionisti e le società di capitale accreditate;
- verificata disponibilità dell'EPAM

alla sottoscrizione del protocollo di intesa;

Tutto ciò premesso

si conviene e si stipula quanto segue
 1) le Regioni le cui aziende sanitarie abbiano sospeso il pagamento delle quote previdenziali si impegnano a superare la "vacatio contributiva" per i singoli specialisti titolari di un rapporto convenzionale ex D.P.R. 119/88 riconoscendo agli stessi, all'atto del pensionamento, tutti i contributi non versati negli anni di riferimento.

Le stesse Regioni, a partire dal 1.1.2003, ripristineranno la contribuzione a suo tempo sospesa.

2) Tutte le Regioni con decorrenza 1.1.2004 procederanno alla individuazione, nell'ambito della tariffa prevista per la remunerazione dei soggetti accreditati come singoli specialisti, degli oneri contributivi dovuti.

3) Le parti convengono sulla necessità di una revisione normativa inerente gli aspetti previdenziali delle società di capitale accreditate e si impegnano a formulare, in tal senso, idonee proposte entro il 30.4.2003.

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

Lunedì/Martedì
 Mercoledì/Venerdì:
 dalle ore 11.00
 alle ore 13.00
 martedì ore 16.00-18.00
 giovedì ore 11.00-15.30

Guida su come redigere i certificati

Congedo di maternità: flessibilità e disposizioni

Da una rilevazione fatta presso i centri medico legali INPS sul territorio, si è avuto modo di apprendere come le lavoratrici in gravidanza - che intendono richiedere la flessibilità del congedo di maternità ai sensi dell'art. 20 del D. L.vo n. 151/2001 - presentino una certificazione specialistica ostetrico-ginecologica non sempre completa rispetto a quanto previsto dalla legge: ciò implica disagi in termini di tempo e di accesso alle strutture sanitarie per le lavoratrici stesse, perché la certificazione incompleta è respinta e comporta la necessità di una nuova ed esauriente stesura del certificato.

È, peraltro, plausibile che possano sussistere perplessità in ordine "a chi deve certificare che cosa", essendo necessaria una doppia certificazione rilasciata sia dal medico specialista ostetrico-ginecologo sia dal medico competente.

Per ovviare al malumore che spesso si registra nelle gestanti, l'INPS ha sottoposto all'attenzione del Consiglio direttivo dell'Ordine dei medici di Sassari un modello normativamente esaustivo da proporre ai ginecologi.

A livello nazionale si raggiungerebbe, in tal caso, una maggiore omogeneità nella certificazione specialistica e un maggior confort per chi di essa deve avvalersi.

È indubbio che tale modello vuol essere solo una "guida", un'utile guida per non scordare quelli che, solo apparentemente, potrebbero sembrare dettagli e che sono invece i

requisiti "tutti" che devono essere posseduti dalla lavoratrice per esercitare il diritto.

Infatti, si è ben consapevoli che, a nulla attenendo con la propria professionalità, il modo di redigere un certificato è proprio di ogni singolo professionista e risente dell'impronta stilistica personale di ciascun medico.

L'INPS auspica comunque, che in esito a questo documento, si abbia un'estesa diffusione del prototipo del certificato ginecologico - anche a scopo conoscitivo - così da ovviare alle sovraccitate difficoltà per le lavoratrici in gravidanza.

Pubblichiamo un riepilogo delle disposizioni normative in materia, fornite dall'Area malattia e maternità dell'INPS e dal coordinamento medico legale.

Tutte le disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità sono state raccolte in modo più organico nel Testo Unico emanato con il Decreto Legislativo del 26 marzo 2001 n. 151.

Nel Testo Unico è stato denominato congedo di maternità il periodo che, nelle precedenti disposizioni di legge, era definito "astensione obbligatoria" dal lavoro.

Il congedo di maternità comprende:

- i due mesi precedenti la data presunta del parto, anticipati a tre mesi se le lavoratrici sono occupate in lavori che, in relazione all'avanzato stato di gravidanza, siano da ritenersi gravosi o pregiudizievoli;

*L'INPS
ha proposto
un modello
che può
essere
un utile
riferimento*

- ove il parto avvenga oltre tale data, il periodo intercorrente tra la data presunta e la data effettiva del parto;
- i tre mesi dopo il parto;
- ove il parto avvenga in data anticipata rispetto a quella presunta, gli ulteriori giorni non goduti prima del parto.

Tuttavia, ferma restando la durata complessiva del congedo di maternità, la legge riconosce alla lavoratrice la possibilità di utilizzare un margine di flessibilità nella decorrenza del congedo di maternità rispetto alla data presunta del parto, astenendosi dal lavoro da un mese prima della data presunta del parto a tre mesi dopo.

Se la lavoratrice intende esercitare tale diritto, è necessario che, al VII mese di gravidanza, il medico specialista del Servizio sanitario nazionale o con esso convenzionato ed il medico competente ai fini della prevenzione e tutela della salute nei luoghi di lavoro attestino che tale opzione non arrechi pregiudizio alla salute della gestante e del nascituro (Art. 20 D. L.vo 151/2001).

Indipendentemente dalle condizioni di salute della lavoratrice, tuttavia, è vietato l'esercizio della flessibilità del congedo di maternità nei casi di lavori previsti da un apposito decreto interministeriale, a cui fa rinvio il Testo Unico.

In attesa dell'emanazione di tale decreto il Ministero del Lavoro, con circolare n. 43 del 7 luglio 2000, ha ritenuto esercitabile il ricorso all'opzione, in presenza dei seguenti presupposti:

- a) assenza di condizioni patologiche che configurino situazioni di rischio per la salute della lavoratrice e/o del nascituro al momento della richiesta;
- b) assenza di un provvedimento di interdizione anticipata dal lavoro;

- c) venir meno delle cause che abbiano in precedenza portato ad un provvedimento di interdizione anticipata nelle prime fasi di gravidanza;
- d) assenza di pregiudizio alla salute della lavoratrice e del nascituro derivante dalle mansioni svolte, dall'ambiente di lavoro e/o dall'articolazione dell'orario di lavoro previsto; non è comunque consentito, ai fini dell'opzione, lo spostamento della lavoratrice ad altre mansioni o la modifica delle condizioni e dell'orario di lavoro;
- e) assenza di controindicazioni allo stato di gestazione riguardo alle modalità per il raggiungimento del posto di lavoro.

Il certificato - che lo specialista ostetrico-ginecologo dovrà rilasciare - deve attestare che l'opzione scelta dalla lavoratrice non arrechi pregiudizio alla salute della gestante e del nascituro¹.

Se nell'Azienda della lavoratrice è previsto l'obbligo di sorveglianza sanitaria, sarà il medico competente a valutare tutte le condizioni di cui al punto d).

In assenza dell'obbligo di sorveglianza sanitaria, lo specialista ginecologo esprime anche una valutazione sulla compatibilità delle mansioni, delle modalità di svolgimento, dell'articolazione dell'orario di lavoro e delle modalità per il raggiungimento del posto di lavoro ai fini della tutela della salute della gestante e del nascituro². Tale valutazione viene fatta sulla base delle informazioni fornite dalla lavoratrice in merito all'attività svolta rese ai sensi del DPR 445/2000³ (con dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà attestante le mansioni, l'orario, l'ambiente di lavoro, le modalità di raggiungimento del posto di lavoro).

La non obbligatorietà, in azienda, della figura del medico responsabile

della sorveglianza sanitaria sul lavoro va dichiarata dall'azienda stessa⁴.

Lo specialista ginecologo, in sintesi, fonderà le sue valutazioni di congruità sulla presa in visione dei seguenti documenti:

1. Attestato del datore di lavoro che non è prevista sorveglianza sanitaria;
2. Attestato del datore di lavoro riguardo le mansioni, l'orario, l'ambiente di lavoro, le modalità di raggiungimento del posto di lavoro che può essere anche sostituito da Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di notorietà che contenga le stesse specifiche;
3. Eventuali Provvedimenti di astensione anticipata, se ci sono stati, rilasciati dall'Ispettorato del Lavoro, per valutare se è cessata la causa che aveva dato luogo al/ai provvedimento/i stesso/i.

Anche se sussiste l'obbligo di sorveglianza sanitaria, comunque, affinché la lavoratrice possa beneficiare dell'opzione della flessibilità del congedo di maternità, è necessario

che anche il ginecologo indichi l'assenza di controindicazioni per il lavoro da svolgere⁵.

L'INPS interesserà il ministero del lavoro affinché, d'intesa con il ministero della salute, emani apposite direttive con particolare riguardo al problema della flessibilità del congedo di maternità per le dipendenti che abbiano più di un rapporto di lavoro.

Riguardo a tali fattispecie il certificato medico specialistico dovrebbe essere rilasciato soltanto nel caso in cui la flessibilità è possibile per tutte le lavorazioni espletate dalla dipendente nelle diverse ditte.

Nelle more delle direttive chiarificatorie in materia da parte del ministero del lavoro le indicazioni suggerite possono, comunque, essere utili al medico specialista.

1 D.L.vo n. 151/2001.

2 Circolare Ministero del Lavoro n. 43/2000.

3 Circolare INPS n. 139/2002.

4 Circolare INPS n. 152/2000.

5 Circolare Ministero del Lavoro n. 43/2000.

VARIAZIONE DI DOMICILIO

Al fine di tenere sempre aggiornato l'albo, ai sensi degli artt. 1, 2, 3 del D.P.R n. 221/50, tutti gli iscritti sono pregati di comunicare per iscritto alla segreteria dell'Ordine ogni variazione del loro recapito (domiciliare o professionale) ove ricevere le varie comunicazioni.

Infatti, frequentemente la posta inviata viene restituita all'Ordine per irreperibilità del destinatario, con evidente danno agli stessi interessati.

CERTIFICATO MEDICO

Certifico di aver visitato in data odierna la Signora

.....
 nata a il dipendente dalla/e
 ditta/e sede di
 lavoro qualifica attualmente
 nel corso della settimana di gravidanza (U.M.
 E.P.P.).

Dall'esame clinico/strumentale non sono emerse condizioni patologiche che configurino una situazione di rischio per la salute della lavoratrice e/o del nascituro al momento della richiesta¹ e non vi sono controindicazioni allo svolgimento dell'attività lavorativa in questa sede dichiarata.

In particolare, sono cessate le cause che avevano dato luogo al/i provvedimento/i di astensione anticipata dal lavoro².

Inoltre, sulla base delle dichiarazioni rese dalla lavoratrice, si attesta – l'assenza di pregiudizio per la sua salute e quella del nascituro derivante dalle mansioni svolte, dall'ambiente di lavoro e/o dall'articolazione dell'orario di lavoro effettuato;

– l'assenza di controindicazioni allo stato di gestazione riguardo alle modalità per il raggiungimento del posto di lavoro³.

L'esercizio dell'opzione di "flessibilità" ai sensi dell'art. 20 del D. L.vo. n. 151/2001, allo stato attuale, non arreca pregiudizio alla salute della gestante e del nascituro.

..... li

In fede

Firma e timbro dello specialista

Nota

La parte redatta in corsivo deve essere attestata solo nel caso in cui non sussista l'obbligo da parte del datore di lavoro di sorveglianza sanitaria sul lavoro: in caso contrario tale parte dovrà essere attestata dal medico competente e non dallo specialista ginecologo.

¹ Circolare ministero del lavoro n. 43 del 7 luglio 2000.

² Questa specificazione ricorre solo nel/i caso/i in cui tale/i provvedimento/i sia/siano stato/i assunto/i e sia/siano stato/i esibito/i dall'interessata.

³ Circolare dicasteriale ministero lavoro n. 43 del 7 luglio 2000.

Dopo le mille assenze dal lavoro degli assistenti Alitalia Richiamo del ministro Sirchia sui certificati di malattia

Il presidente della FNOMCeO Giuseppe Del Barone ha indirizzato la seguente lettera ai presidenti degli ordini provinciali sul rilascio dei certificati di malattia, con l'invito a darne la massima diffusione e a sensibilizzare gli iscritti sulla particolare importanza del problema.

Roma, 4 giugno

Il ministro mi ha rivolto l'invito affinché - ma ritengo la cosa non assolutamente necessaria - dagli ordini provinciali vengano ricordati ai colleghi i dettami per il rilascio dei certificati di malattia da redigere sempre "secondo scienza e coscienza".

L'argomento, per la verità mai completamente sopito, è stato risvegliato dal recente sciopero dei lavoratori aeroportuali. Sono certo che eventuali interventi dei presidenti degli Ordini sui Bollettini provinciali o sui quotidiani locali, potranno essere di valido aiuto perché il rilascio dei certificati sia atto qualificato se effettuato nella piena osservanza della deontologia e della validità diagnostica e nel rispetto del rapporto medico-malato.

Sapete come il ministro Sirchia abbia anche prospettato l'idea, da me accolta, di una *autocertificazione* da parte del paziente per i primi due-tre giorni di malattia. Ovviamente non essendo tale ipotesi prevista nella vigente convenzione con i medici di medicina generale, di ciò potranno

interessarsi i sindacati all'inizio delle trattative per la prossima convenzione.

La lettera del ministro Sirchia:

Roma, 3 giugno

Caro Presidente,

il recente poco edificante episodio dei 1000 certificati di malattia presentati dagli assistenti di volo Alitalia con i relativi disagi che hanno colpito la nostra popolazione il 2 giugno scorso, mi spinge ad invitarti a richiamare l'attenzione dei medici sul maggior rigore da osservare nel concedere assenze dal lavoro per malattia anche se in questo caso non credo vi sia responsabilità da parte dei medici di medicina generale. Ti invito anche a studiare soluzioni che possano responsabilizzare maggiormente i cittadini nella richiesta di assenze, come accade ad esempio con l'autocertificazione dei primi due giorni di malattia.

Ti ringrazio per quanto vorrai fare, anche per evitare che la pessima immagine di quanto è accaduto si scarichi su coloro che non hanno avuto alcuna responsabilità.

Questa la risposta di Del Barone:

Roma, 4 giugno

Caro ministro,
sapendo di non avere troppe frecce al mio arco, ma accettando in pieno il

*Lettera al
presidente
della FNOMCeO
e risposta:
ritorna
la proposta di
autocertificazione
per i primi
tre giorni*

tuo invito, ho scritto ai presidenti degli ordini provinciali invitandoli a ricordare ai colleghi, con i mezzi a loro disposizione - Bollettino dell'Ordine, comunicati ai giornali locali - come i certificati medici rilasciati ai loro assistiti debbano poggiare, ed onestamente penso la cosa avvenga sempre, sul rispetto del secondo scienza e coscienza e sui dati obiettivi riscontrati ed idonei al rilascio del certificato stesso.

Poiché ne abbiamo parlato insieme sai che sono favorevolissimo all'autocertificazione, se di due o tre giorni si vedrà poi.

Debbo, però, farti notare che l'at-

tuale convenzione con i medici di medicina generale non consente la cosa, per la verità già prospettata dai sindacati ma non accettata dalla parte pubblica.

Essendo tu d'accordo, l'argomento potrebbe essere trattato e risolto nel corso delle trattative per la prossima convenzione, dato anche il fatto che l'autocertificazione è in atto in altri Paesi europei.

Non mi sembra di poter ipotizzare, al momento, altre possibilità sembrandomi l'idea di un accordo con l'INPS farraginoso, difficilmente realizzabile e comunque contraria ai dettami della convenzione.

DEPOSITO TITOLI DI STUDIO

Nel rispetto degli artt. 1, 2, 3 e 4 del D.P.R. n. 221/50, l'Ordine deve avere gli albi costantemente aggiornati. Pertanto, è fatto obbligo a tutti gli iscritti depositare presso la segreteria dell'Ordine il conseguimento di titoli di studio (specializzazioni, attestato di medicina generale).

È possibile avvalersi dell'autocertificazione per comunicare il conseguimento di tali titoli.

CHIUSURA UFFICI PERIODO ESTIVO

SI COMUNICA CHE GLI UFFICI DELLA SEGRETERIA
DELL'ORDINE RIMARRANNO CHIUSI

DA LUNEDÌ 11 A VENERDÌ 22 AGOSTO 2003

DURANTE IL RIMANENTE PERIODO ESTIVO GLI UFFICI
RISPETTERANNO I NORMALI GIORNI E ORARI DI APERTURA

Lettera/Una pratica sempre più diffusa

Fitoterapia e utilizzo di piante e erbe medicinali

Parlamo di Fitoterapia, scienza affascinante che io amo. Da parecchi anni pratico ed insegno la fitoterapia. Vorrei parlare di vari aspetti importanti di tale pratica medica. Innanzitutto ricordo la definizione di pianta medicinale dell'OMS: "Pianta Medicinale è ogni vegetale che contiene, in uno più dei suoi organi, sostanze che possono essere utilizzate ai fini terapeutici o preventivi, o che sono precursori di emisintesi chemiofarmaceutiche".

Qualsiasi sostanza introdotta nel nostro organismo si comporta come un farmaco: essa viene assorbita, metabolizzata, presenta una sua farmacocinetica ed una sua farmacodinamica, può sortire effetti farmacologici benefici, non benefici o indifferenti. Può in presenza di altri principi farmacologici di sintesi o naturali esplicare azione di agonismo o di antagonismo con questi, può invalidare terapie farmacologiche importanti ed essenziali, quali per esempio il trattamento antiretrovirale in pz. con AIDS che contemporaneamente assumono estratti di *Hypericum perforatum*, tuttavia, al di là di ciò la fitoterapia può affiancarsi, quale terapia complementare, ad altre terapie, incluse quelle farmacologiche, e può da sola essere utilizzata nel trattamento di vari processi patologici cronici. Appare palese che chi pratica la fitoterapia dev'essere un medico e meglio se esperto in materia. Una sentenza della Corte di Cassazione del 1982 riserva l'esercizio della fitoterapia solo ai medici. In Europa la maggior fetta di mercato tra le medicine non convenzionali spetta alla fitoterapia. Purtroppo, però, attualmente è molto diffusa l'automedi-

cazione, l'abuso della pratica medica da parte di personale non medico, erboristi, farmacisti, persone che alcune volte agiscono in buona fede, "tanto è naturale se non fa bene male non fa", altre volte persone senza scrupoli che vogliono trarre profitti economici.

Sarebbe auspicabile erudirsi perlomeno su quelli che sono o potrebbero essere gli effetti tossici o le interazioni farmacologiche derivate dall'uso improprio dei principi attivi di natura vegetale. Riporto, alcuni dati inerenti uno studio epidemiologico concernente il problema dell'automedicazione, indagine da me condotta in Alghero dal 1 aprile al 31 ottobre 2000 su un campione di 250 persone, di cui 149 femmine e 101 maschi, sottoposti a 15 quesiti, e da cui sono emersi i seguenti dati:

Il 76,8% si è curato con piante medicinali, di questi il 33,85% di propria iniziativa o su consiglio di amici o parenti, il 28,1% su consiglio dell'erborista ed il 13,54% del farmacista. Tali dati mi portano a considerare come la pratica della fitoterapia sia alquanto diffusa e sfugga al controllo medico e perciò potrebbe essere pericolosa.

Durante questa esperienza sono state rilevate inoltre un numero di 28 ADR e le piante incriminate erano le seguenti: *Allium sativum*, *Aloe vera*, *Ananas sativus*, *Calendula officinalis*, *Capsicum annum*, *Crataegus oxyacantha*, *Echinacea angustifolia*, *Hypericum perforatum*, *Juglans regia*, *Matricaria camomilla*, *Melissa officinalis*, *Sylibum marianum*, *Panax ginseng*, *Passiflora incarnata*, *Valeriana officinalis*.

Maria Zoroddu

medicine non convenzionali

*I pericoli
dell'uso
improprio
dei principi
attivi
di natura
vegetale*

Basi teoriche e metodiche per una psicoterapia

Il gioco della sabbia nella relazione analitica

Intervento al seminario, patrocinato dall'Ordine dei medici di Sassari, del Laboratorio Analitico delle Immagini (L.A.I.).

Il seminario ha proposto esperienze cliniche e teoriche di area analitica junghiana, le presenze ed il titolo degli interventi sono dettagliati nelle locandina pubblicata. L'idea di organizzarlo è nata in un gruppo clinico autogestito e condotto da psicoterapeuti di formazione eterogenea, impegnati nella provincia di Sassari sia nel pubblico che nel privato, la motivazione è stata lo spirito partecipativo ed il desiderio di confronto. L'incontro ha avuto una partecipazione di studenti e non specialisti.

Nel contributo dei diversi sfondi teorici è stata condivisa la ricerca di una prospettiva di contatto psicoterapico capace di evocare nella relazione la presenza di immagini simboliche che abbiano corpo, chiaramente percepibili ed in grado di sostenere ed orientare la ripresa del movimento psichico il cui arresto o rallentamento abbia motivato la richiesta di intervento.

Espongo alcune considerazioni maturate anche in confronti successivi al seminario, ciascuna delle quali potrebbe sostenere un futuro incontro.

Inizio da interrogativi espressi sulla tecnica e la definizione del setting che comprenda il gioco della sabbia, mossi da una prospettiva strettamente legata al contesto psicoterapico analitico più noto e centrato sulla parola. Durante l'incontro queste domande hanno permesso una precisazione su aspetti tecnici e di comprensione della prospettiva

d'uso del gioco che è utile riprendere.

Il campo di gioco ed il materiale disponibile sono visibili e liberamente accessibili nel luogo d'incontro, chi sceglie di avvalersi di questa possibilità può utilizzare la sabbia che sta all'interno di un contenitore rettangolare di colore azzurro ed altro materiale, raccolto così com'è in natura in vari ambienti o che richiami l'intervento dell'uomo. Sui ripiani degli scaffali si trovano una brocca piena d'acqua, legno, pietre, conchiglie, plastilina o creta, polveri colorate, miniature d'ambiente, oggetti d'uso, persone ed animali nelle più disparate varietà e momenti di vita.

L'analista invita esplicitamente al gioco solo una volta, nel corso dei primi colloqui, precisando che in seguito non lo farà e che vi sarà pertanto libera scelta sul suo impiego o meno e sul momento.

Nell'atto della definizione del setting si presenta il gioco che vi è compreso mostrandone i materiali e la collocazione: si precisa che è una possibilità di dar spazio anche al libero saper fare delle mani, evidenziando che l'impegno corporeo di interazione creativa e adattamento all'ambiente è materia irrinunciabile per l'evoluzione di un corrispondente livello psichico, una possibilità di integrazione con quell'avere a che fare che ci è più familiare riconoscere su un piano verbale e di pensiero. C'è risonanza fra gioco all'interno del setting e contatto con cose e persone di cui ancora non si conosca il senso d'insieme e da cui, comunque, non ci possiamo esimere nel nostro

*A confronto
psicoterapeuti
di formazione
eterogenea*

quotidiano. E' un contatto che, come nella vita, deve poter avvenire anche quando non vi siano parole per descriverlo né spiegazioni possibili, pertanto si chiarisce che non c'è un intento interpretativo e non ci sarà obbligo di spiegare quanto realizzato. Si esplicita che l'immagine d'insieme e il ricordo della sua modalità e ritmo di strutturazione resteranno nell'esperienza di analista e giocatore, in una composizione di differenti prospettive che sarà prima base non verbale di orientamento e che, nel tempo, potrà maturare una comprensione dicibile.

Si comunica che le immagini del gioco saranno conservate realizzando alcune diapositive, e che le stesse saranno visibili in un futuro non immediato, anche oltre la conclusione dell'analisi.

Al contatto creativo con la materia e le emozioni non dicibili è affidato un primo livello non verbale di relazione e ricerca, le metafore che ne emergono, visibili e formate dalle mani, evocano personaggi psichici che hanno mani per toccare ed occhi per vedere, sostengono ed orientano, preparando l'elaborazione verbale ed una possibilità di dettaglio più evoluta.

L'intima relazione trasformativa e creativa con l'oggetto si attiva anche nella relazione fra analista ed analizzando e differenzia il gioco della sabbia da un test psicologico proiettivo, che invece si richiama ad una scala di significati dati e misurabili e non intende pertanto significare altro.

Faccio ora riferimento alla domanda che fra tutte mi è parsa la più inevasa e che ha posto un interrogativo sulla diversa quantità e qualità di oggetti disponibili per il gioco nella psicoterapia del bambino e dell'adulto: "perché pochi e semplici oggetti per i bambini e così tanti e definiti nella forma per gli adulti?"

Il bambino ha una creatività orientata a ciò che non ha ancora significati

ed è proprio toccando il mondo che scopre e dà forma e significato, pertanto è forse intuitivamente esclusa dal terapeuta una abbondante disponibilità di oggetti troppo definiti, dato che questo potrebbe essere percepito come un'invasione incomprensibile.

Diversamente, l'adulto dispone di un patrimonio di immagini psichiche fortemente definite, il suo confronto nella crescita è normalmente proprio con il bisogno di disinvestire rispetto alla letteralità stringente della forma, ma la sua vita è invasa da oggetti che pretendono coerenza. E' così che l'adulto rischia di perdere il senso creativo del gioco. Quando il bambino gioca crea il mondo, un primo riferimento che troverà in seguito modalità di interazione riconosciute "adulte". E' come se l'adulto in difficoltà avesse perso la capacità di giocare ed avere a che fare con ciò che non ha un senso evidente e già dato. Per questo nel primo materiale intuitivamente reso disponibile dall'analista all'adulto prevale quello già formato e più familiare, l'impegno sarà però quello di disinvestire dalla letteralità della forma, accettando la relativa limitatezza degli oggetti disponibili ed attivando un'interazione creativa e trasformante con oggetti che appaiano già definiti perché crescano rappresentando altro. Questo arricchirsi di significato nella relazione investe anche la relazione fra analista ed analizzando, trascende la forma nota e scopre forme ancora ignote, si tratta di un processo che è la base del cambiamento e della crescita ad ogni età e permette di incontrarsi e rispettarci.

Vorrei ora precisare che elemento irrinunciabile per l'attivazione del "luogo sabbiera" come catalizzatore del processo di elaborazione simbolica, è la sua chiara inclusione in un "luogo analitico" definito da criteri stabili; da un "setting" cioè reso esplicito e condiviso, strutturato secondo canoni anali-

tici trasversalmente confermati da esperienze cliniche e teorie differenti.

Il Gioco della Sabbia non é quindi una modalit  analitica a s  stante, ma bens  una particolare processualit  fruibile, nella libera scelta del paziente, come ulteriore risorsa interna ad un processo analitico comunque in atto. La presenza del "luogo sabbiera" cos  collocato e l'evolversi dell'organizzazione strutturale e temporale della "materia gioco" attivano il livello primario di relazione nella globalit  del setting, investendo tutta la materia corporea e psichica dell'incontro fra analista ed analizzando, ne consegue un'intensificazione del senso di presenza di entrambi, dei fenomeni, cio , di transfert e controtransfert. Questa solida base percettiva della relazione in corso riattiva strutture archetipiche in grado di fornire impulso e direzione alla ricerca e di catalizzare il processo simbolico. In altre parole ci  offre buone possibilit  di orientamento e movimento psichico nei passaggi critici, quando non si dispone ancora di una comprensione estesa e dettagliata.

Jung ritiene indispensabile che, anche nei passaggi pi  evoluti della crescita, sia operante nella globalit  dell'immagine percepita, la spontanea oggettivazione dell'archetipo, in quanto la sola volont  cosciente non pu  essere in grado di unificare la personalit  e di farle raggiungere una soddisfacente capacit  di successo. Egli afferma che (...) occorre per questo l'oggettivo intervento dell'archetipo, che placa le reazioni puramente affettive attraverso una serie di interiori processi di confronto e presa di coscienza; da questi processi il chi, il dove, il quando, il come ed il perch  sono posti nettamente in risalto, rendendo con ci  possibile la conoscenza della situazione momentanea e dello scopo.....la chiarificazione cos  operata e il districarsi del noto fatale ha spesso in s  qualcosa di veramente magico, espe-

rienza non ignota allo psicoterapeuta.(C.G.Jung, 1948: p.342 in "Gli Archetipi e l'Inconscio Collettivo", Opere vol. 9 , Boringhieri, corsivo mio)

Concludo con una riflessione respirabile nel clima comune del seminario e cio , che la risorsa fondamentale dell'analisi non sia nell'uso di questo o quel particolare oggetto nella comunicazione possibile attraverso il Gioco della Sabbia n  di questa o quella particolare parola nella relazione verbale, ma nell'esercizio di contatto ed organizzazione creativa con la sostanza della relazione in senso esteso nella sua trama strutturale pi  semplice.

Le diverse basi teoriche e metodiche utilizzate per una psicoterapia, comprendendo anche il setting analitico pi  noto, centrato sulla parola, attivano il processo analitico partendo da questo irrinunciabile nucleo primario. La diversit  della prospettiva ed il contatto fra teorie   in grado di evidenziare nella ricerca aspetti diversi del processo di crescita e cambiamento nella relazione analitica i cui soggetti sono analista, analizzando e struttura vitale del setting.

Ringrazio i relatori, tutti gli intervenuti e l'Ordine dei Medici per l'ospitalit , il patrocinio e la cordialissima presenza.

Giuseppe Andretto

Nel quadro di ricerca del Laboratorio Analitico delle Immagini sono stati pubblicati:

- PAESAGGI DELLA PSICHE

Paolo Aite, Ed. Boringhieri, Luglio 2002

- GIOCHI ANTICHI - PAROLE NUOVE il Gioco della Sabbia nel campo analitico a cura di Franco Castellana e Angelo Malinconico, Ed. Vivarium, 2002

Una recensione dei due volumi   disponibile presso la sede dell'Ordine.

LAI sito internet <http://www.laigroup.org>
e-mail: info@lai-group.org

Il 26 e 27 settembre a Sassari e Alghero

I luoghi della cura e dell'assistenza: esperienze a confronto

L'Università di Sassari e l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari hanno organizzato un convegno dal tema:

“I luoghi della cura e l'assistenza: ambienti, simboli e spazi architettonici esperienze a confronto”.

Il convegno si svolgerà il 26 e il 27 settembre 2003.

Questo il programma:

26 settembre 2003

Ore 16.00 Registrazione partecipanti; Ore 17.00 Saluti delle autorità; Ore 17.30 Giovanni Bo, già Rettore dell'Università degli Studi di Sassari: *Evoluzione del concetto di salute*

Ore 17.50 Dietrich von Engelhardt, Università di Lubeca: *Soggettività del paziente e problematiche etiche*

Ore 18.10 Giuseppe Armocida, Università di Varese: *Il triangolo ipocratico: malato, medico, malattia. Dal paternalismo medico al consenso informato*

Ore 18.30 Gian Franco Gensini, Università di Firenze e Dott. Andrea Conti, Università di Firenze, *Il ruolo del contesto in sanità*

Ore 18.50 John Handerson, Università di Cambridge: *Anticamera della morte o case per guarire? Ospedali e medicina nell'Italia pre-industriale*

27 settembre 2003

I sessione: Ospedali e città

Presiede la sessione il Professor

Alessandro Pastore, (Università di Verona) Ore 9.00 Registrazione partecipanti

Ore 9.30 Arc.to Corrado Marcetti, Direttore della Fondazione Giovanni Michelacci: *L'urbanistica degli Ospedali. Dall'albergo dei poveri ai grandi complessi sanitari.*

Ore 9.45 Eugenia Tognotti, Università di Sassari *Dallo Spedale dei lebbrosi all'Ospedale civile SS. Annunziata a Sassari (secc. XVI- XIX)*

Ore 10.00 Vittorio Sironi e Giorgio Cosmacini, Università statale Milano - Bicocca *L'Ospedale dei Pazzi*

Ore 10.45 Patrizia Guarnieri, Rivista Medicina & Storia *Dall'accoglienza alla cura: la riforma sanitaria nello Spedale degli Innocenti*

Ore 11.00 John Handerson, Università di Cambridge *Anticamera della morte o case per guarire? Ospedali e medicina nell'Italia pre-industriale*

Ore 11.15 Arch.to Aleardo Aleardi *Evoluzione delle architetture ospedaliere*

Ore 11.15 - 11.30 Break coffee

II sessione: La malattia, il corpo, l'ospedale

Presiede John Handerson, Università di Cambridge

Ore 11.30 Renata Crotti, Università di Pavia. *Carità, assistenza, cura nella Lombardia medievale. Il caso pavese*

Ore 11.45 Marina Garbellotti, Isti-

tuto storico italo - germanico di Trento *Il comune e l'ospedale. Aspetti della carità e dell'assistenza del comune di Verona nei secc. XVII-XVIII*

Ore 12.00 Arc.to Esther Diana, Centro di Documentazione per la storia dell'assistenza e della sanità fiorentina *Pazienti ed assistenza negli ospedali fiorentini di S. Matteo e S. Giovanni di Dio tra XVII e XVIII sec.*

Ore 12.15 Donatella Lippi, Università di Firenze *Rapporto tra malattia e assistenza: il caso di Firenze*

Ore 12.30 – 15.30 Pausa pranzo

Ore 15.30 Registrazione partecipanti

III sessione: Ospedali e città: il patrimonio storico-artistico

Presiede: Giuseppe Armocida, Università di Pavia

Ore 16.00 Pillai, sovrintendente archivistico della Sardegna, *Patrimoni dimenticati: le carte della salute e della malattia*

Ore 16.15 Mara Miniati, Istituto e Museo di Storia della Scienza, Firenze *Patrimoni dimenticati: gli strumenti per curare*

Ore 16.30 Angela Orani *L'archivio storico dell'Ospedale SS. Annunziata*

Ore 17.30 Tavola rotonda con al partecipazione di Marco Geddes da Filicaia, Alessandro Maida, Gabriele Romano, Paolo Menichetti, Gian Vittorio Campus, Agostino Sussarellu *Il sistema ospedaliero italiano tra presente e futuro*

Mostra itinerante *Il bene e il bello* a cura dell'Associazione Medicina e Persona, Milano.

Propone un percorso in senso dia-cronico, partendo dal concetto di hospitalis, delle varie strutture che hanno rappresentato nel corso del tempo la risposta ai bisogni assistenziali e sanitari.

Coordinamento scientifico:
Prof. Angelo Castellaccio, Prof.ssa Ida Mura, Prof. Eugenia Tognotti, dott. Angelo Deplano.

Coordinamento organizzativo:
Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Sassari

Si avvertono gli interessati che sarà necessaria una prescrizione un mese prima dell'evento da comunicare alla segreteria dell'Ordine.

Il 14 e 15 a Sassari in novembre Il dolore: diagnosi, trattamenti e cure paliative

Organizzato dall'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari, un convegno dal tema "Il dolore" avrà luogo a Sassari il 14 e il 15 novembre 2003.

Questo il programma:

Venerdì 14 Ore 15.00: Registrazione partecipanti

Ore 15.30:

Inizio relazioni

Moderatore: Agostino Sussarellu

Ore 15.30: Dott. Salvatore Salis:

Cure Palliative: perché?

Ore 15.50: Dott. Tonio Sollai: *Trattamento farmacologico del dolore neoplastico*

Ore 16.10: Dott. Roberto Pisano: *Fisiopatologia del dolore neuropatico*

Ore 16.30: Tavola rotonda: *Il dolore "difficile": diagnosi e trattamento*

Moderatore Tonio Sollai, parteci-

pano: Agostino Sussarellu, Chiara Musio, Roberto Pisano

Ore 18.00: Dibattito

Ore 19.00: Fine lavori e firma uscita

Sabato 15 Ore 8.30: Registrazione partecipanti

Ore 9.00: Inizio relazioni

Moderatore Agostino Sussarellu

Ore 9.00: Bazzoni: *Trattamento non farmacologico del dolore con l'agopuntura*

Ore 9.30: Agostino Sussarellu: *Trattamento non farmacologico del dolore con l'ipnosi*

Ore 10.00: Chiara Musio: *La prescrizione dei farmaci analgesici oppioidi nella terapia del dolore severo - normativa*

Ore 10.30 – 11.00: Pausa

Ore 11.00: Tavola rotonda: *Low-back Pain (La lombalgia)*

Moderatore Tonio Sollai, partecipano Nicola Dau, Roberto Pisano, Agostino Sussarellu

Ore 13.00: Dibattito

Ore 14.00: Compilazione test verifica apprendimento

Ore 14.30: Fine lavori e firma uscita

Coordinamento organizzativo: Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari

Si avvertono gli interessati che sarà necessaria una prescrizione un mese prima dell'evento da comunicare alla segreteria dell'Ordine.

VII CONGRESSO REGIONALE A.C.O.I.

(ASSOCIAZIONE CHIRURGI OSPEDALIERI ITALIANI)

Porto Conte Ricerche - Alghero 12/13 settembre 2003

Titolo del congresso: VII Congresso Regionale A.C.O.I. (Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani)

Date di svolgimento: 12/13 settembre 2003-07-14
Luogo di svolgimento: Porto Conte Ricerche località Tramarglio (Alghero)

Presidente del Congresso: dottor Giovanni Padula primario della Chirurgia dell'Ospedale Civile di Alghero. Tel. 079/996255 e.mail giovannipadula@tiscali.it

Segreteria Organizzativa: Kassiopea Group Via Mameli, 65 - 09124 Cagliari - Tel. 070.651242 Fax 070.656263 e-mail antonellamurru@kassiopeagroup.com

Iscrizione: gratuita

È stata inoltrata al Ministero della Salute la richiesta di riconoscimento dell'iniziativa nell'ambito del Progetto ECM ai fini dell'ottenimento dei crediti per la categoria dei medici-chirurghi.