Veduta di Alghero

SASSARI MEDICA

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

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

Anno XIII - Numero 4-5
novembre/dicembre 2004

Direttore responsabile: Giuseppe Melis
Direttore editoriale: Agostino Sussarellu

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

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

Registrazione n. 236 del 15-12-1989 Tribunale di Sassari. Spedizione in abbonamento postale gr. III/50%. Proprietà: Ordine 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 Sassari e a tutti gli Ordini dei Medici d'Italia.

2 La "Giornata del medico" appuntamento con la tradizione
4 Laureati in eccesso: un problema per la professione
12 I premiati e gli iscritti che hanno prestato giuramento deontologico
14 Aggiornamento professionale. ECM quali vantaggi?
17 Fermare un sistema che non garantisce risultati
18 Botta e risposta sull'ECM: ma era il direttore generale o il ministro?
19 Novità sull'obbligo dei crediti ECM
20 Contributo all'ONAOSI: nuove modalità dei versamenti
29 Specializzandi, il diritto-dovere di dire "no" al docente
31 Scenari sul futuro della Continuità assistenziale
33 I trattamenti delle sindromi dolorose oncologiche
38 Il ruolo degli oppioidi contro il dolore da cancro
42 Abuso sessuale sui minori, diffusione del reato in Sardegna
46 Soddisfa gli italiani il livello delle cure ricevute in ospedale
48 Parere del Consiglio di Stato sull'Istituto dell'Annotazione
51 Cosa cambia per i medici che esercitano l'odontoiatria
53 Colpo di spugna della Camera: sanatoria o beffa?
54 I sistemi sbiancanti per denti. Norme di commercializzazione
56 Disagio nella Sanità. Appello al presidente Ciampi
59 Disciplina tributaria per insegne e targhe di attività professionale
61 Gli "errori" dei medici e quelli del sottosegretario
64 Si chiede maggiore discrezione negli ambienti giudiziari
66 Corsi, convegni e master
69 Privacy, gli adempimenti di medici e odontoiatri

La cerimonia alla 49ª edizione

La "Giornata del medico" appuntamento con la tradizione

Nell'aula magna dell'Università, con la partecipazione di un folto pubblico e di numerose autorità, il giorno 18 Ottobre si è svolta la cerimonia della "Giornata del Medico".

Per l'Ordine dei Medici erano presenti il presidente Agostino Sussarellu, il vicepresidente Angelo Deplano, il segretario Chiara Musio e il tesoriere Alessandro Arru.

Nella sua relazione annuale – che riportiamo più avanti – il presidente ha ricordato la storia della manifestazione, istituita nel 1956 dal professor Egidio Depperu e da allora regolarmente tramandata con puntualità da lui e dal suo successore , Mario Oppes.

E' stato puntualizzato il significato di tale cerimonia che vede i giovani neolaureati prestare il giuramento deontologico e contemporaneamente vede premiare i medici che hanno raggiunto i cinquant'anni di laurea.

Sono stati toccati alcuni punti salienti, primo fra tutti il dovere per l'intera categoria di mantenere un comportamento corretto nei confronti degli utenti e dei colleghi.

E' stata quindi messa in rilievo la situazione numerica della professione che si va facendo anno dopo anno sempre più cospicua, fenomeno che non risparmia neppure gli Odontoiatri.

Le cifre riportate hanno mostrato un quadro preoccupante che può trovare soluzione solo con un ridimensionamento del numero programmato di accesso.

Nel proseguo è stato presentato il nuovo esame di stato che vede l'intera professione coinvolta nella valutazione degli abilitandi, ed è stata sottolineata la difficoltà a reperire i tutor, col conseguente rischio, per alcuni giovani neolaureati, di non poter conseguire l'abilitazione alla professione.

E' stato inoltre evidenziato il notevole aumento della presenza femminile all'interno della categoria, con i problemi che tale situazione comporta nelle fasi iniziali della professione, soprattutto per quanto concerne il ruolo di medico di continuità assistenziale.

La recente pubblicazione di un'indagine sul gradimento, da parte dell'utenza , del SSN e del lavoro dei medici e degli altri operatori

Il tavolo di presidenza: tesoriere, presidente, segretario, vicepresidente

Consegnati i premi ai medici laureati 50 anni fa. Il giuramento deontologico dei neoiscritti

Gli iscritti che hanno prestato il giuramento deontologico

della sanità, è stata segnalata e raffrontata con altre notizie, non altrettanto positive, riportate dalla stampa, come quella delle morti imputabili ad errori all'interno degli ospedali; ciò è servito per stigmatizzare i danni che informazioni, spesso prive di fondamento, possono causare sulle fasce deboli della popolazione.

Ultimata la sua relazione, il presidente ha dato la parola al rettore dell'Università di Sassari, Alessandro Maida, il quale, dopo aver portato i saluti dell'ateneo, ha sottolineato il senso di collaborazione instauratosi tra Ordine ed Università per l'espletamento del nuovo esame di stato.

Di seguito è intervenuta la presidentessa dell'AMMI, Maria Antonietta Lamberti, la quale ha presentato, come è ormai consuetudine, l'anno sociale dell'associazione.

La manifestazione è proseguita con la consegna dei riconoscimenti ai medici anziani; quest'anno la premiazione ha vissuto un momento inusuale e particolarmente toccante, visto che oltre ai medici con cinquant'anni di laurea era presente anche il professor Soletta, che ne ha raggiunto ben settanta.

Si è quindi passati ad un altro momento significativo: il giuramento deontologico da parte dei neoiscritti, letto, come vuole la tradizione, dal più giovane fra i neolaureati.

Quest'anno tale compito è stato espletato da… Spissu, mentre tutti gli altri ascoltavano in piedi, rendendosi in tal modo facilmente individuabili e conferendo, allo stesso tempo, solennità alla cerimonia.

Ciascun giovane collega ha poi ricevuto dal segretario dell'Ordine, Chiara Musio, e dal tesoriere, Alessandro Arru, la pergamena del giuramento deontologico, precedentemente sottoscritto.

Dopo il saluto di commiato del presidente, con invito al tradizionale appuntamento per l'anno successivo, la manifestazione si è conclusa con le foto di rito per i medici premiati e con un rinfresco tenutosi come ogni anno nel portico dell'Università.

Il discorso del presidente Agostino Sussarellu

Laureati in eccesso: un problema per la professione

Pubblichiamo il discorso introduttivo del presidente dell'Ordine dei Medici Agostino Sussarellu alla cerimonia per la "Giornata del Medico".

Gentili signore, signori, autorità presenti, colleghe e colleghi giovani e meno giovani, vi ringrazio di essere oggi qui con noi in questa illustre sede.

Ringrazio altresì, a nome del Consiglio Direttivo tutto e a nome mio personale, l'Università di Sassari nella figura del Magnifico Rettore, prof. Alessandro Maida, per averci ancora una volta ospitato in questa splendida e prestigiosa Aula Magna, nella quale la maggior parte di noi ha conseguito la laurea, e nella quale oggi ci troviamo per celebrare, come è ormai tradizione, la Giornata del Medico, giunta quest'anno alla sua quarantanovesima edizione.

Non so quanti di voi ne siano al corrente: oggi ricorre la festività di San Luca Evangelista, patrono dei medici, ed in questo stesso giorno, quarantanove anni fa, si tenne per la prima volta tale cerimonia, ideata, voglio ricordarlo, dal Prof. Egidio Depperu, che la portò avanti per anni, e di seguito tramandata con eguale puntualità dal suo successore e mio predecessore , il Dott. Mario Oppes.

Questa nostra tradizionale manifestazione non è e non vuole essere una semplice celebrazione della categoria, ma vuole rappresentare il momento più saliente della professione medica, il momento in cui si puntualizza l'importanza e l'obbligo dell'osservanza del nostro Codice di Deontologia.

I giovani colleghi, iscritti per la prima volta all'Ordine nel corso dell'ultimo anno, oggi prestano e sottoscrivono il giuramento deontologico, ed inoltre, come è ormai tradizione consolidata, in tale occasione ricevono una medaglia d'oro i medici che hanno raggiunto l'importante traguardo dei cinquant'anni di laurea, o meglio, se mi è concessa questa espressione, l'importante traguardo delle nozze d'oro con la Medicina.

Si tratta di una sorta di staffetta tra due generazioni, estremamente distanti tra loro in una dimensione temporale, ma sicuramente accomunate dallo stesso spirito di abnegazione e di dedizione al prossimo che da sempre caratterizza la professione del medico.

Ma quest'anno festeggiamo anche un evento non molto usuale, un collega ha infatti raggiunto il ragguardevole ed invidiabile primato di settant'anni di iscrizione all'Ordine.

Nonostante l'età, egli ha voluto onorarci della sua presenza, e noi per questo ci sentiamo in dovere di ringraziarlo, porgendogli, altresì, le più sentite congratulazioni a nome di tutta la categoria.

La targa destinata al collega Soletta, che si laureò in un tempo tanto lontano, e la medaglia d'oro che verrà consegnata ai colleghi che conseguirono la stessa laurea cinquant'anni fa, più che limitarsi a rappresentare un mero ricordo di questa

Incrementi negli ultimi 5 anni del 17% per i medici e del 28% per gli odontoiatri: forse è il momento di rivedere il numero degli accessi all'università

cerimonia, vogliono soprattutto esprimere il nostro riconoscimento nei confronti di chi ha svolto, per tanti anni , una professione che mai è stata facile, né priva di rischi, ma che sa dare, nel contempo, benessere e salute agli utenti, nonché gratificazione e soddisfazione a chi la esercita.

Il Logo della manifestazione odierna, scelto, come è ormai consuetudine, dal nostro valente Segretario Consigliere Chiara Musio, rappresenta il ***Consulto***, un'antica tradizione della medicina, ***"richiesto di solito dal medico curante, per approfondire i vari problemi clinici connessi alla malattia, discuterne la diagnosi e la condotta terapeutica"***.

Ci è sembrato che quest'immagine potesse simboleggiare in maniera adeguata uno dei punti di forza della nostra professione, cioè la possibilità di scambiare opinioni e pareri su quello che è l'argomento principale dell'esser medico: la salute dei cittadini.

Sempre più spesso assistiamo ad eccessi che possono manifestarsi, da una parte, sotto forma di solitari ed esasperati personalismi in cui, anche di fronte a difficoltà diagnostiche o terapeutiche, ci si ostina ad operare in solitudine, e, dall'altra, sotto forma di incomprensibili tentativi di scaricare completamente ad altri le difficoltà che si incontrano, disinteressandosi completamente del paziente avviato ad un altro collega per una consulenza specialistica.

Il risultato, in casi limite come quelli ipotizzati, è spesso il fallimento, che si ripercuote interamente sul paziente, in quanto a salute persa, e sui sanitari, per implicazioni medico-legali, che tutti sanno essere già di per sé in continuo aumento.

Trovo estremamente importante, nel nostro mestiere, chiedere l'aiuto di un collega, discutere con lui dei dubbi che abbiamo, esporre le proprie ipotesi, senza il timore di ammettere i propri limiti, e nel contempo, quando si è specialisti della

La premiazione del professor Luigi Soletta

materia, e ci viene chiesto un consulto, ascoltare con attenzione quanto ci viene riferito da chi, nel contatto continuo col paziente, ha sicuramente già vagliato molte ipotesi e, non riuscendo a trovare soluzioni, si sta rivolgendo a noi per arrivare a quella utile per il malato, il tutto mantenendo un adeguato e corretto comportamento, sia nei confronti del collega, che del paziente che ci si trova di fronte.

L'aver scelto questo soggetto, quale simbolo della Giornata del Medico, vuole anche essere un invito, rivolto innanzitutto ai giovani che stanno iniziando la professione, ad ascoltare i pareri dei colleghi più anziani, in quanto sicuramente più ricchi di esperienza, ma estensibile anche ai meno giovani, affinché non disdegnino il punto di vista di chi, essendo fresco di studi, possiede un bagaglio culturale che può essere più vasto e aggiornato.

Sia gli uni che gli altri vengono inoltre esortati a mantenere quella dignità di comportamento che deve sempre caratterizzare i rapporti tra colleghi, evitando di indulgere in tentazioni di protagonismo che, in ultima analisi, si ritorcono su chi le fa proprie, ma purtroppo anche sull'intera categoria.

Categoria, la nostra, che si sta facendo sempre più numerosa, in un crescendo che non conosce crisi; pare che quest'anno le domande di ammissione alla facoltà di Medicina e Chirurgia fossero oltre cinquecento, per una disponibilità di cento posti, sebbene nella nostra provincia il rapporto numerico medico-pazienti sia ormai giunto a livelli critici, molto al di sotto della già grave situazione nazionale.

Questo evento sta lentamente portando ad un fenomeno sicuramente negativo per la professione: la sottoccupazione.

Vi sono fasce crescenti di giovani, e ormai anche di quarantenni, che dopo aver svolto con regolarità un corso di studi, né facile, né breve, finalizzato al conseguimento della laurea e di una specializzazione, si trovano a barcamenarsi tra sostituzioni di guardia medica, di qualche collega di medicina generale, o che restano in attesa di concorsi mai banditi, perché bloccati dalla finanziaria del momento, o ancora che si adattano a lavorare con contratti libero professionali, di dubbia legittimità, o infine, come ormai sempre più spesso accade, che prendono la via del continente.

Purtroppo, l'emigrazione, un tempo propria delle categorie meno preparate, ha ormai assunto la caratteristica di esportazione intellettuale, con una perdita notevole di risorse e capacità per la nostra regione.

L'eccesso di laureati sta già interessando anche l'odontoiatria, che inizia a fare i conti con una quantità di professionisti sempre crescente.

A tutt'oggi, gli iscritti all'albo dei medici sono 3362, e 292 gli appartenenti all'albo degli odontoiatri; dal 2000, anno della mia elezione a Presidente, l'incremento per i medici è stato di 497 unità, e per gli odontoiatri di 64 unità.

Se trasformiamo questi dati in percentuale, gli incrementi, nell'arco di soli cinque anni, sono, rispettivamente, del 17,34% per i medici, e del 28% per gli odontoiatri.

Forse è il momento di rivedere il numero di accessi alle facoltà mediche e di individuare, con molta attenzione, l'effettivo fabbisogno di specialisti per la nostra realtà regionale.

Quest'anno, grazie alla riforma dell'Esame di Stato, ho avuto modo di avvicinare e di incontrare ripetutamente i neolaureati, prima dell'iscrizione all'Ordine; parlare con loro, conoscerne le aspettative, i desideri, mi ha ancor più convinto che è ne-

La platea con le autorità: il sindaco di Sassari e il rettore dell'Università

cessario dare precise indicazioni sulle strade effettivamente percorribili. Proprio in questi giorni è stato firmato il protocollo d'intesa Regione-Università; è auspicabile che da questo accordo nascano degli indirizzi precisi sui campi specialistici da mantenere e sviluppare, in modo che sia possibile offrire un'effettiva possibilità di occupazione ai nostri giovani medici, fornendo altresì ai cittadini risposte adeguate in offerta di salute e in qualità di prestazioni.

E' doveroso, a questo punto, spendere due parole su un argomento a cui ho appena accennato: il nuovo Esame di Stato per l'accesso alla professione di Medico Chirurgo.

Oggi, in questa sala, sono presenti molti giovani colleghi neoiscritti all'Ordine, la maggior parte dei quali ha conseguito l'abilitazione alla professione col vecchio sistema, per intenderci quello dell'esame diretto, di tipo scolastico, con gli stessi docenti che li avevano seguiti nel corso di studi, ma una ventina di loro, mi si perdoni il termine, ha fatto da cavia al nuovo corso.

L'attuale Esame di Stato prevede due verifiche: una prova pratica, suddivisa in tre periodi, ciascuno di un mese, da svolgersi rispettivamente presso un ambulatorio di medicina generale, presso un'unità operativa di medicina, presso un'unità operativa di chirurgia, ed una prova scritta , consistente nella risoluzione di due gruppi di quiz a risposta multipla, che si tiene contemporaneamente in tutt'Italia.

La vera novità di questa riforma sta nel fatto che i neolaureati vengono affiancati, nei mesi del tirocinio, da tre diversi Tutor, uno per ogni mese, ai quali, nella fase dell'applicazione pratica delle nozioni acquisite durante il corso di studi, è affidato il compito di aiutarli ad affinare la loro preparazione, e nel contempo, compito più importante, quello di valutarli sugli aspetti più salienti dell'esser medico.

La nostra è una professione che va

oltre la preparazione teorica, e che da sempre si è cimentata nel rapporto diretto col paziente; essendo dunque basilare la comunicazione medico-paziente, ogni sanitario dovrà saper gestire tale rapporto per svolgere nel miglior modo possibile l'attività di Medico.

I Tutor, per la struttura stessa di questo nuovo esame, sono in buona parte al di fuori del mondo accademico; oltre ai colleghi universitari, hanno infatti prestato la loro opera i colleghi della Medicina Generale, e anche molti medici ospedalieri appartenenti a vari presidi della nostra provincia.

Questa nuova strutturazione dell'abilitazione alla professione chiama l'intera categoria a valutare il proprio futuro.

Nella fase che ha preceduto questa novità, sono stati sollevati mille dubbi e soprattutto paure.

La principale preoccupazione nasceva da una statistica preventiva che ipotizzava un elevato numero di bocciati, si parlava almeno del trenta per cento, si paventava una vera ecatombe.

Alla prova dei fatti, non è avvenuto niente di tutto ciò; nella nostra sede tutti i candidati hanno superato la prova, ma il dato più significativo, emerso in tale circostanza, al di là di questo risultato sicuramente lusinghiero, è stato l'alto gradimento per il tirocinio pratico, espresso non solo dai concorrenti, ma anche e soprattutto dai tutor.

In un prossimo futuro sarebbe auspicabile che situazioni di questo genere venissero codificate all'interno della fase formativa, per far sì che i giovani medici possano conoscere in anticipo il mondo in cui stanno per entrare.

Il rapporto diretto e continuato tra i giovani abilitandi e quei colleghi più anziani, mediamente con venti, venticinque anni di esperienza alle spalle, ha avvicinato due generazioni che hanno saputo interpretare in maniera corretta il proprio ruolo,

Gli iscritti premiati

traendo così giovamento da tale esperienza.

Il nuovo esame di stato è sicuramente un evento importante per l'Università e per gli Ordini dei Medici, ma lo è soprattutto per la professione, chiamata a valutare, lo ribadisco, il proprio futuro.

Purtroppo la nostra categoria, nonostante la sua sovrabbondanza, non sembra comprendere l'importanza di tale coinvolgimento, e difatti, mi duole dirlo, ci stiamo imbattendo in grosse difficoltà per il reperimento dei tutor.

La commissione paritetica Università/Ordine dei Medici, presieduta dal Prof. Cerimele, si sta adoperando per riuscire a reclutare colleghi che svolgano questo ruolo.

Noi, come Ordine, abbiamo fatto e continuiamo a fare, in tal senso, opera di persuasione, ma ci siamo anche voluti rivolgere ai Ministri Moratti e Sirchia affinché ai tutor vengano riconosciute giuste ed adeguate gratificazioni.

Ieri il Consiglio Nazionale della FNOMCeO, anche su nostra sollecitazione, ha approvato un documento in cui si chiede ai Ministri competenti un adeguato riconoscimento di tale importante funzione .

Ci auguriamo che si possa giungere a superare le difficoltà che si stanno via via palesando, anche grazie ad un coinvolgimento di altri Ordini della nostra regione, ed in particolare di quello di Nuoro, visto l'alto numero di giovani laureati che si devono abilitare alla professione.

Nel chiudere questo argomento, che potrebbe essere portato avanti per delle ore, è doveroso porgere un vivo ringraziamento, a nome dell'intero Consiglio dell'Ordine, e quindi dell'intera categoria, nonché mio personale, ai colleghi che hanno svolto il ruolo di tutor, in quanto, dimostrando un impegno ed una serietà di cui non dubitavamo, si sono prestati a ricoprire un compito serio ed importante in maniera totalmente gratuita e disinteressata. Sono certo che altrettanto farà il Magnifico Rettore, a nome della Facoltà di Medicina e dell'Ateneo di Sassari.

Guardando verso il gruppo dei giovani colleghi che si apprestano a sottoscrivere il giuramento Deontologico, è facile notare che vi è in esso una netta prevalenza femminile; questo è un aspetto importante che sta caratterizzando la professione, almeno nella realtà della nostra provincia e dell'intera Sardegna.

Attualmente la percentuale delle donne, tra i nostri iscritti, va oltre il 43%, ma se andiamo a verificare le percentuali per fasce d'età, scopriamo che al di sotto dei cinquant'anni la presenza femminile supera il 53% del totale degli iscritti.

Anno dopo anno, tale presenza aumenta sempre più (ha ormai raggiunto il 70% dei laureati), perciò, entro breve tempo, la professione sarà esercitata prevalentemente da donne.

Col progredire di tale fenomeno, stanno però emergendo seri problemi che interessano in particolare la fase iniziale della professione,.

Difatti è quasi ormai consuetudine che le prime esperienze lavorative vengano effettuate nel servizio di continuità assistenziale, cioè a dire negli ambulatori della guardia medica, che non rappresentano certamente il massimo di quanto il SSN possa offrire, a pazienti e medici, dal punto di vista logistico e soprattutto della sicurezza.

Lo scorso anno tale realtà salì tristemente alla cronaca con l'assassinio della collega Roberta Zedda nel punto di guardia di Solarussa.

A seguito di quella drammatica vicenda, il nostro Ordine decise di fare un'indagine sulla situazione degli

ambulatori di continuità assistenziale della nostra provincia; il quadro che emerse da tale analisi fu estremamente sconfortante, non solo, ripeto, per l'aspetto logistico, ma anche e soprattutto per quello riguardante la sicurezza.

I dati ricavati furono consegnati ai due Direttori Generali delle Aziende Sanitarie comprese nel nostro territorio, nonché al Prefetto, con la promessa che a distanza di un anno avremmo ripetuto l'indagine per evidenziare i cambiamenti.

Pensavamo che il fatto stesso di avere a disposizione un quadro sintetico delle maggiori carenze evidenziate dagli operatori, avrebbe indotto chi di competenza a rivedere la rete degli ambulatori e soprattutto a migliorare le dotazioni di sicurezza passiva, necessarie per integrare il servizio di protezione con guardie giurate, istituito in emergenza dalla regione, dopo il triste episodio di Solarussa.

A distanza di un anno, come d'altronde avevamo preannunciato, abbiamo ripetuto l'indagine, più volte sollecitata dal Prefetto, per poter valutare i cambiamenti effettuati nei 48 punti di guardia delle due aziende.

A questo secondo controllo ha risposto, anche se a fatica, una grossa percentuale delle postazioni di continuità assistenziale, per la precisione oltre l'87,5%.

L'elaborazione dei dati ricevuti ha posto in evidenza uno spaccato preoccupante, che non sto a riferire nei particolari, ma che ha rimarcato un immobilismo estremamente inquietante; i quadri emersi dalle due indagini sono praticamente sovrapponibili: dopo la tempesta e l'agitazione che a questa ha fatto seguito, è tornata una calma quasi assurda.

Noi ci auguriamo che un tale stato di tranquillità, andato gradualmente instaurandosi, non sia la bonaccia che prelude ad una nuova tempesta.

Vorrei concludere con delle considerazioni riaffioratemi alla mente in seguito ad una notizia, riportata proprio in questi giorni dagli organi di stampa, riguardante il gradimento che i cittadini italiani esprimono sul rapporto con gli ospedali.

Da quanto viene riferito, un'alta percentuale dei nostri concittadini giudicherebbe in maniera sostanzialmente positiva l'esperienza propria, o di un familiare, all'interno degli ospedali, per ciò che concerne l'impegno dei medici e degli infermieri, nonché l'esito delle cure.

Un sondaggio analogo, sul gradimento dei servizi prestati dai medici di medicina generale, era stato eseguito qualche tempo fa con un esito altrettanto positivo.

Ma a metà Settembre, gli stessi organi di stampa avevano invece diffuso, con dovizia di particolari, e con un risalto notevole, i risultati di un'altra indagine che definire agghiacciante è poco: ogni anno in Italia si conterebbero tra i quattordicimila e i cinquantamila morti per errore dei medici (tra i 40 e i 138 al giorno), e oltre trecentoventimila persone subirebbero dei danni dalle cure (circa mille al giorno), con un costo complessivo pari all'1% del PIL. Uno dei quotidiani definiva queste stime "non ufficiali, ma sufficienti a far scattare l'allarme".

A parte l'assurdità di una notizia estremamente allarmistica data senza un minimo di ufficialità, come è possibile conciliare dati così contrastanti?

Purtroppo, da anni vengono divulgate informazioni di questo genere, o comunque fortemente denigratorie per la classe medica, e allora viene spontaneo domandarsi se tutto ciò faccia parte di un piano preordinato contro il SSN, per non dire contro i

Il pubblico segue la cerimonia nell'aula magna dell'Università

medici, o se non si tratti di un'imperdonabile leggerezza, da parte dei mass media, nel far proprio l'assioma che parlare di malasanità fa sempre vendere meglio i giornali.

Anni fa, con la stessa enfasi e dovizia di particolari, era stata diffusa un'altra notizia altrettanto agghiacciante: "Un'alta percentuale di anestesisti pratica regolarmente l'eutanasia attiva"; in quell'occasione avevo seguito la traccia indicata dai giornali come fonte certa del comunicato, per arrivare a scoprire che nessuno aveva mai fatto l'indagine.

Non voglio certo affermare l'inammissibilità dell'errore medico, sarebbe assurdo, visto che anche i medici sono esseri umani e come tali sono imperfetti, ma ritengo che notizie di questo genere siano estremamente dannose per la salute pubblica, poiché ingenerano diffidenza nei confronti del SSN e della medicina.

Tale diffidenza sta da una parte portando ad un'esasperazione dei contenziosi medico-legali, con un aumento continuo delle richieste di risarcimento, ma dall'altra sta dirottando l'utenza debole della sanità, i cittadini facilmente influenzabili, verso una fascia di trafficanti e di praticoni, maghi, guaritori, taumaturghi, che altro non sono se non dei truffatori, consapevoli di esserlo, che speculano sui dubbi e sulla paura, approfittando dell'ignoranza della gente.

Spero di non aver ingenerato troppi timori tra i giovani colleghi; ho in effetti parlato di una serie di difficoltà a cui il pianeta sanità è purtroppo da tempo abituato, e su cui insistentemente gli Ordini, devo dire senza grande successo, cercano di portare l'attenzione del mondo politico, ma trovo giusto che chi si addentra nell'esercizio della Medicina sappia che la nostra professione non è, lo ribadisco, né semplice, né facile, e che bisogna agire sempre con attenzione, diligenza, senza farsi tentare da falsi miti.

Questa è la direttiva cui sempre dovrà attenersi il Medico: esercitare incondizionatamente l'arte medica in scienza e coscienza.

Agostino Sussarellu

Giornata del Medico edizione 2004

I premiati e gli iscritti che hanno prestato giuramento deontologico

Premio per 70 anni di Laurea
SOLETTA LUIGI

Premi per 50 anni di Laurea
ARRU ANDREA SALVATORE
ARRU LUIGI
ARTIZZU PIERINO
BENELLI MARIO
CAMPESI GIUSEPPE
GIUA ALDO BATTISTINO
MASIA CESARE
PAULESU FRANCESCO
SALIS MICHELE
SANNA ADRIANO
SANNA GIOVANNI ANDREA
SATTA FILIPPA
SATURNO MARIA LUCIA RIMEDIA
TARAS GIOVANNI

Neo iscritti che hanno prestato il giuramento deontologico. L'elenco è compilato con cognomi e nomi preceduti dal numero di iscrizione all'Ordine.

Medici Chirurghi

4754 SALE MARCO
4755 MARONGIU GUIDO
4757 FODDAI MARIA SILVIA
4758 VALENTI SILVIA
4760 CARTA ELENA
4761 OPPIA ANDREA
4762 CHESSA ROBERTO
4763 SANNA ROBERTO
4764 COCCO TOMASO GEROLAMO
4765 MELONI MARIA SELENA
4766 MANCONI EMANUELA
4767 TOLA SALVATORE GIOVANNI
4769 MANCA VALENTINA
4770 TARAS LOREDANA
4771 NEMATI FARD ALI
4772 SERRA FRANCESCO
4773 RUGGIU ADRIANO
4774 CATTOGNO FRANCESCA MARIA
4775 FALCHI GIOVANNI BATTISTA VINCENZO
4776 DEMURO FRANCESCO
4777 CARTA ILARIO
4778 LAI BACHISIO
4779 TANDA BARBARA
4780 FERRARI FULVIA
4781 MESSINA MASSIMO
4782 FRAU ANNA MARIA
4783 FRAU FLAVIO
4784 LURIDIANA GIANLUIGI
4785 FRASSETTO GUIDO
4786 PILO LUCA
4787 DESSI' RENATA
4788 SANTEUFEMIA DAVIDE ADRIANO
4789 RUBATTU EDOARDO LEONARDO
4790 VIDILI MARCO
4791 SIDDI VALENTINA ALBA
4792 COCCO FRANCESCA RITA
4793 DELOGU ISABELLA
4794 SIMULA PIERA
4795 BARROCU MARIANNA
4796 COCCO GIOVANNI ANTONIO
4797 SATTA GIOVANNI
4798 CANESSA SIMONE
4799 ALAGNA GIULIANO
4800 TOLA GIANFRANCO
4801 FILIPPI ALESSANDRA
4802 MELONI FRANCESCO
4803 TOLU FRANCESCO
4804 MANINCHEDDA PAOLA
4805 BETTOSCHI ALBA SUNSHINE
4806 LAI MASSIMO
4807 CARRUCCIU VITTORIA
4808 LONGU MARIA GIOVANNA
4809 OTTAIANO FRANCESCO
4810 SECHI ANNA, MARIA ANDREA
4811 PIRODDA CATERINA
4812 PEDRONI ANTONIETTA

4813 NIEDDU BARBARA
4814 BENNARDO DANIELE
4815 MELE ANTONIO
4816 MESCHINI SARA
4817 MULAS PIETRO
4818 PALITTA ILARIA
4819 SANNA DANIELA
4820 CATERINI ALESSANDRA
4821 DURGALI ILARIA
4822 IBBA SARA
4823 CAU LOREDANA
4824 DETTORI MANUELA
4825 MURRU FLORA MARIA
4826 SCOGNAMILLO EMANUELA
4827 LEONI STEFANIA
4828 BANDIERA CHIARA
4829 PIRAS MAURO
4830 GUIDONE CATERINA
4832 MARONGIU PIETRO
4833 DETTORI GIOVANNA
4834 ZUCCA ALESSANDRO
4835 BIGLIO VITTORIO
4836 CAMBOSU FEDERICA
4837 SPISSU NOEMI
4841 ARRU BENEDETTO
4842 BUA CARLO
4843 FARINA GIULIO
4844 BARMINA MARIA LUCIA
4845 TANCA ANNA RITA
4846 ANDOLFI ANNA MARIA
4847 OGGIANO LEONARDO
4850 GARCIA VICENTE LUIS
4851 MADEDDU ALESSANDRA
4852 PISCHEDDA CATERINA
4853 SOLINAS MARIA PAOLA
4854 CANNAS LAURA
4855 PETRETTO VALERIA
4856 TANCA MARIA GIUSY
4857 MANCA CLORJS COSTANZA
4858 PULCINA MARIANGELA
4859 PUDDU SARA
4860 ARRU ALESSANDRA RITA
4861 PIREDDA ANNA LUISA
4862 MASIA CARLO
4863 LAI ROBERTA
4864 PILUZZA MARIA GIOVANNA
4665 TILOCCA PIER LUIGI
4666 MARCHISIO ANDREA EMANUELE MARIA

Odontoiatri

359 FARINA GIUSEPPE
361 ARU ANDREA
362 MUNDULA DANIELA
363 MELONI SILVIO MARIO
364 SPARTA' PATRIZIA
365 MARONGIU CARLO
366 CUCCIARI MARCO
367 PITTA SERENELLA

I neo iscritti all'Ordine leggono il giuramento

Il sistema rischia di diventare un "mostro"

Aggiornamento professionale: ECM quali vantaggi?

L'articolo 16 del nostro Codice di Deontologia Medica recita: "Il medico ha l'obbligo dell'aggiornamento e della formazione professionale permanente, onde garantire il continuo adeguamento delle sue conoscenze e competenze al progresso clinico scientifico".

La nostra categoria ha da sempre fatto dell'aggiornamento un cardine della professione, ritenendo che senza di esso il professionista sanitario sarebbe stato superato implacabilmente dall'evolvere della scienza.

L'esercizio della medicina è stato da sempre correlato al concetto di aggiornamento costante.

La formazione professionale permanente è considerata indice di buona qualità della prestazione sanitaria, con un linguaggio moderno si potrebbe dire che certifica la qualità dell'assistenza che un sanitario eroga ai suoi pazienti.

La nascita dell'ECM non poteva che trovare il pieno e incondizionato sostegno degli Ordini dei Medici di tutt'Italia.

Devo essere sincero, il nostro Ordine ha creduto in questa istituzione in maniera particolare, da subito abbiamo provveduto alla nostra registrazione come Provider e, conseguentemente, abbiamo organizzato molti incontri di formazione, e continueremo su questa linea finché ci verrà permesso.

Con l'inizio della fase sperimentale, tutti noi abbiamo dovuto familiarizzare con termini del tutto nuovi, o comunque poco usati, quali: provider, referee, accreditamento, crediti formativi.

In quel primo lasso di tempo, qualcuno faceva anche confusione, ma non sembrava avere grande importanza, tanto, come veniva ripetutamente detto, si trattava di una fase sperimentale che avrebbe permesso ai funzionari del Ministero di correggere meglio il tiro, in modo tale che la fase definitiva non presentasse problemi.

Un bel giorno abbiamo scoperto, quasi senza preavviso, che il periodo sperimentale, ormai terminato, aveva lasciato il posto alla fase a regime; questa però non era veramente tale, ma un nuovo momento sperimentale, all'interno del quale tutti i medici dovevano comunque costruire il loro gruzzolo di crediti con una modalità crescente, ma con possibilità di recupero o cessione di crediti da un anno all'altro, una specie di elastico che può essere teso o rilasciato in base a ciò che offre il mercato degli eventi.

Mai nessuno ci ha saputo dire cosa potrebbe succedere, o meglio cosa succederà, a quei sanitari che incautamente non hanno maturato i crediti necessari.

Alcune circolari hanno nel tempo paventato situazioni mostruose: il conseguimento dei crediti "servirà per validare l'esame di stato", e allora, come nel peggiore degli incubi, ti rivedi seduto di fronte ad un cattedratico che ti interroga con severo cipiglio, o meglio ancora, con la riforma dell'esame di stato in fase di attuazione, ti immagini tirocinante

Che cosa accadrà ai sanitari che non dovessero maturare i crediti necessari?

presso il collega a cui hai insegnato il mestiere.

Ancora qualcun altro ha avanzato l'ipotesi che gli Ordini professionali dovessero sottoporre a procedimento disciplinare i sanitari colpevoli del mancato conseguimento dei crediti; immagino sedute bisettimanali delle commissioni disciplinari per il nostro Ordine e bigiornaliere per Ordini più corposi come quelli di Roma e Milano.

Mettendo da parte queste facezie, è giusto dire che personalmente ho posto il quesito alla Commissione Nazionale ECM, nella figura del suo Vicepresidente, durante il "Forum Sanità Futura", la scorsa primavera; la risposta è stata piacevole: "….. per ora non è previsto che succeda alcunché, ma una volta a regime" (forse avevamo capito male, non eravamo già a regime?) "chi non consegue i crediti dovrà seguire un periodo di formazione presso uno dei reparti clinici individuati dalla Commissione, naturalmente a proprie spese", ma siamo sicuri che il timoniere sappia dove sta portando la nave?

Non so chi dei colleghi abbia provato a collegarsi al sito del Ministero per effettuare l'accreditamento di un evento, ma sicuramente chi lo ha fatto è stato bravo a barcamenarsi all'interno di una scheda elettronica che richiede un'infinità di dati.

E' giusto che sia così ed è altrettanto giusto che i provider sappiano gestire i programmi informatici, ma ciò che colpisce è la severità del sistema: non è permesso alcun errore o svista o piccola imperfezione, ragion per cui, pazienza, si ripete l'operazione finché non si riesce ad ottenere il percorso netto.

Forse però in troppi avevano imparato a fare il percorso netto, perché improvvisamente è stato messo a punto "l'ostacolo a sorpresa", una raffinata metodica, preparata sicuramente nei mesi della sperimentazione, consistente nella modifica del regolamento in corso d'opera.

Un bel dì si è scoperto che era stata aggiunta l'obbligatorietà per i relatori di sottoscrivere una dichiarazione sulla mancanza di conflitto d'interessi, e questo non solo per gli eventi di nuova registrazione, ma anche per quelli che avevano la pratica in corso.

Trovo che l'idea sia stata formidabile, e il risultato pure: tutte le pratiche sono state bloccate, il sistema è riuscito da solo a creare al suo interno il caos, ancora adesso si paga il fio di quel marasma con l'attesa di alcuni eventi che in quel periodo si trovavano a metà del guado.

La realtà è che il sistema dell'ECM è fortemente in crisi, nato da una buona idea, si è rapidamente deteriorato, e non poteva essere altrimenti, infatti nella sua costruzione si è partiti dal tetto senza che fossero neanche impostate le fondamenta.

Si è permesso che chiunque avesse un minimo di iniziativa si accreditasse come provider: società più o meno scientifiche, soggetti privati, società di servizi, si è potuto iscrivere chiunque avesse possibilità di accedere tramite internet al sito del Ministero della Salute, di provider se ne contano ormai migliaia, perché in molti hanno capito che l'ECM è un vero e proprio affare, un ottimo sistema per veicolare soldi e quindi per ottenere un qualche guadagno.

Si arriva al punto di mettere in dubbio la possibilità che gli Ordini e i Collegi professionali siano pienamente idonei alla gestione dell'attività formativa; da una parte sono previste, in tale ambito, tematiche sicuramente di nostra pertinenza, quali: la Deontologia, l'Etica, la Bioetica, la Medicina Legale, ma dall'altra si vogliono introdurre l'Inglese e l'Informatica, discipline che non

rientrano assolutamente nelle nostre competenze.

Circa un anno fa, quando il Ministero della Salute tentò di emanare il cosiddetto decreto antitruffa, scrissi al Ministro Sirchia una lettera di protesta, e in quell'occasione feci un appunto sull'ECM, dicendo che era il caso di regolamentare bene la materia, perché si iniziava ad aver sentore di irregolarità riguardanti i vari corsi, soprattutto quelli in cui industrie farmaceutiche facevano da sponsor.

Numerose sono le voci che girano intorno a questo grosso "business", e sicuramente molte di queste voci sono vere. Forse se il Ministero avesse ascoltato di più gli Ordini e i Collegi, e meno le società scientifiche, i sindacati, le società di servizi e tanti altri soggetti che sono apparsi improvvisamente sullo scenario della formazione, il progetto si sarebbe sviluppato in altre direzioni.

Adesso non ci verrebbe il sospetto che, nella valutazione degli eventi, alcuni referee abbiano occhi particolari, premiando delle iniziative fortemente discutibili e punendone altre che hanno programmi estremamente interessanti, senza che i funzionari ministeriali addetti abbiano nulla da rilevare; non ci verrebbe il sospetto che questo o quel politico, come alcuni colleghi riferiscono, possa influire sull'attribuzione del numero dei crediti, e non avremmo paura di scoprire , prima o poi, il comparaggio a fine di aggiornamento.

E' ora che il Ministero riprenda in mano la situazione, coinvolgendo chi realmente ha, fra i suoi compiti, la formazione, per ridefinire un sistema che, pur buono nell'impostazione, è oramai divenuto un mostro assurdo che tende a fagocitare grandi risorse economiche e che fa sentire l'intera categoria, la quale, giova ripeterlo, ha fatto dell'aggiornamento, da sempre, un proprio cavallo di battaglia, fortemente invischiata in un sistema ferruginoso, burocratico, che talvolta impone, al fine di concedere i crediti richiesti, l'esborso di notevoli somme di denaro per poi offrire eventi di nessun interesse ed utilità.

Per chiudere, lancio un'ultima idea: ha indagato, il Ministero, sull'effettivo vantaggio che l'ECM può aver apportato, in questi anni, alla sanità?

Agostino Sussarellu

PER INFORMAZIONI E MODULISTICA

Per informazioni riguardanti corsi organizzati dall'Ordine, scadenze, adempimenti connessi alla professione e per la modulistica relativa alle pratiche ordinistiche è possibile consultare il sito dell'Ordine: www.omceoss.it

Documento del Consiglio Nazionale sull'ECM

Fermare un sistema che non garantisce risultati

Ecco il testo della "mozione Panti" (tra i cui firmatari ci sono molti altri membri del Consiglio Nazionale) approvata all'unanimità domenica 17 ottobre 2004.

Ordine del giorno

Il Consiglio Nazionale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, riunito a Roma il 16 e 17 ottobre 2004

Esaminata

l'evoluzione del quadro istituzionale ed attuativo dell'ECM e constatata sia la sempre maggiore distanza tra le attese dei medici e la realtà dell'offerta formativa che il disagio che si registra in tutta la categoria

Valutate

le responsabilità politiche del Ministro e quindi la necessità di uscire da una situazione in cui sembra avere maggiore valore l'acquisizione dei crediti rispetto alla qualità della formazione

Riaffermati

i contenuti del documento approvato nel Consiglio Nazionale del 10 luglio 2004

Decide

di dare corso alle soluzioni in esso prospettate con lo scopo di far sì che la professione si riappropri della potestà di indirizzo e controllo di un così rilevante pilastro della qualità e della deontologia quale è la formazione curriculare e permanente del medico e pertanto, nel considerare esaurito il tempo della partecipazione e della collaborazione,

1) conferma la immediata dimissione dei propri rappresentanti dalla Commissione Nazionale ECM;
2) chiede lo scioglimento della predetta Commissione ECM e la messa in mora del sistema formativo così come finora attuato;
3) chiede al Ministro una immediata e puntuale smentita delle gravi affermazioni contenute nella lettera del Direttore Generale D'Ari;
4) impegna il Comitato Centrale ad un confronto con Conferenza Stato-Regioni per valutare ed incidere sulle modalità attuative della formazione permanente, allo scopo anche di omogeneizzarne l'attuazione;
5) si impegna ad avviare una profonda riflessione sulla formazione allo scopo di proporre una nuova progettazione di tutto lo sviluppo formativo del medico adeguandolo alle esigenze dei pazienti e della società, anche facendo sì che gli Ordini abbiano gli strumenti per dirimere il conflitto di interessi che così pesantemente incide sulla formazione del medico e non è affatto garantito dall'attuale contesto normativo;
6) di convocare in tempi brevi una conferenza nazionale sulla formazione del medico anche nel quadro di un rinnovato ruolo della istituzione ordinistica.

Decisa una riflessione e la convocazione di una conferenza nazionale per elaborare un progetto di sviluppo formativo

Una lettera del presidente della FNOMCeO

Botta e risposta sull'ECM: ma era il direttore generale o il ministro?

Il presidente della Federazione Nazionale degli Ordini ha inviato una lettera al ministro della Salute Gerolamo Sirchia sui problemi dell'ECM

Caro ministro, mi corre l'obbligo, in obbedienza al mandato ricevuto dal Consiglio Nazionale della FNOMCeO riunitosi il 16 e 17 ottobre u.s., di aggiornarti sugli ultimi avvenimenti in tema ECM.

Alla lettera da me inviata alla tua attenzione in data 28 settembre, ha fatto seguito una risposta, tanto articolata quanto inesatta, del direttore generale del Ministero della salute dottor D'Ari il quale, in sei pagine dattiloscritte, riversava sulla Federazione accuse di mancata collaborazione e trasparenza e, quindi, la responsabilità della situazione in cui ci si è venuti a trovare.

Confesso che non l'ho accolta di buon grado, soprattutto pensando che quella fosse la risposta da te voluta e scritta per mano del direttore generale, tuo stretto collaboratore. Mi sono invece rasserenato, ma non completamente, quando ho ricevuto, dopo di cinque giorni, la tua lettera breve, concisa e di tono completamente diverso che invitava, sulle tracce di un recente accordo, assunto in occasione del tuo intervento al Comitato Centrale, ad iniziare una collaborazione tra Ministro e FNOMCeO.

Tuttavia, ad un esame più approfondito e condotto insieme ai colleghi del Comitato prima e del Consiglio Nazionale subito dopo, sono venuti a galla interrogativi e dubbi ai quail è difficile dare una risposta: il dottor D'Ari scriveva a titolo personale o per conto del Ministro? Poteva il professor Sirchia essere del tutto all'oscuro della suddetta nota? La seconda lettera non potrebbe essere un modo di rimediare ad una serie di invettive troppo forti e comunque non veritiere? La lettera di D'Ari, stranamente impegnato come direttore del Ministero e come Vice Presidente della Commissione Nazionale ECM, era condivisa dal Ministro?

Devo dirti, caro Ministro, che il Consiglio Nazionale non ha gradito l'intera vicenda considerando che, comunque la si voglia interpretare, lascia incolmati vuoti e lacune difficilmente sanabili nei confronti della istituzione ordinistica ed ha di fatto privato la professione medica della potestà di indirizzo e controllo della qualità e della deontologia, quale è la formazione permanente del medico, trascurando poi le poche certezze di carattere economico.

Aggiungo che la decisione adottata, espressa nell'ordine del giorno che ti invio allegata alla presente, è stata assunta all'unanimità dai presidenti degli Ordini provinciali, pur con un malcelato rammarico, stando la stessa a significare il fallimento di un sistema in cui la categoria aveva creduto e a cui aveva guardato con fiducia in vista di una formazione permanente che avrebbe migliorato la qualità professionale.

Nella certezza di averti reso edotto

dell'intera vicenda, ti invio i migliori saluti.

Giuseppe del Barone

Novità sull'obbligo dei crediti ECM

(*Questa notizia è stata reperita dal sito del Ministero della Salute dedicato all'ECM:* www.ministerosalute.it/ecm)

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

I crediti per il primo quinquennio sono stati fissati in complessivi 150, con un obbligo progressivo di crediti da 10 per il primo anno fino a 50 per il quinto anno (10-20-30-40-50) con un minimo annuale di almeno il 50% del debito formativo previsto per l'anno e con un massimo annuale del doppio del credito formativo previsto per l'anno. Il numero dei crediti da conseguire ogni anno e nel quinquennio è uguale per tutte le categorie.

Alla luce di tale premessa, la Commissione ha ritenuto opportuno prevedere una progressione nel numero di crediti acquisibili annualmente secondo il programma quinquennale così definito:

- 2002 : 10 crediti (con un minimo di 5 ed un massimo di 20)
- 2003 : 20 crediti (con un minimo di 10 ed un massimo di 40)
- 2004 : 30 crediti (con un minimo di 15 ed un massimo di 60)
- 2005 : 40 crediti (con un minimo di 20 ed un massimo di 80)
- 2006 : 50 crediti (con un minimo di 25 ed un massimo di 100)

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

ORARIO DI RICEVIMENTO DEL CONSULENTE LEGALE DELL'ORDINE

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

Obblbigo esteso a tutti gli iscritti agli Ordini

Contributo all'ONAOSI nuove modalità dei versamenti

Alcuni mesi fa i colleghi medici e odontoiatri, ma anche i farmacisti e i veterinari, hanno ricevuto un bollettino di pagamento per un contributo all' ONAOSI (Opera nazionale per l'Assistenza agli Orfani dei sanitari Italiani) e questo ha creato non poco scompiglio e molte proteste, dovute soprattutto alla completa mancanza di informazione da parte dell' Opera medesima.

Per capirne qualcosa in più può essere interessante leggere la relazione del presidente della Fondazione, Aristide Paci, alla quale premettiamo alcune sintetiche considerazioni. Il contributo di cui parliamo veniva pagato in precedenza solo dai Colleghi dipendenti (ai quali veniva detratto dallo stipendio); con la legge n. 289/2002 l'obbligo della contribuzione è stato esteso a tutti i Sanitari (medici chirurghi, odontoiatri, farmacisti e medici veterinari) iscritti ai rispettivi ordini professionali. La richiesta di contribuzione per gli anni 2003 e 2004, per un importo calcolato in base all'età dei singoli iscritti, è stata inviata alla fine di luglio. Il Consiglio di amministrazione ONAOSI ha deliberato una contribuzione obbligatoria per tutti i Sanitari, per gli anni 2005-2009, articolata in questo modo:

- € 36,00 per i Colleghi di età <33 anni, reddito imponibile pro capite < € 28.000,00
- € 120,00: età < 33 anni ma con reddito imponibile pro capite > 28.000,00
- € 72,00: età compresa tra 33 e 67 anni, reddito imponibile pro capite < € 28.000,00
- € 120,00: età compresa tra 33 e 67 anni e reddito impon. pro capite > € 28.000,00
- € 12,00 (oppure 60,00 una tantum): età > 67 anni
- esenti: chi ha regolarmente versato contributi ONAOSI per trenta anni

La relazione di Paci descrive in dettaglio gli scopi e il funzionamento dell'ONAOSI: in essa si fa un breve cenno alle difficoltà di comunicazione con gli iscritti e alla necessità di migliorare l'informazione: peccato non averci pensato prima di spedire i bollettini di pagamento!

Proteste: i bollettini di pagamento sono arrivati senza alcuna preventiva informazione

Relazione del Presidente della Fondazione ONAOSI

Un saluto ed un grazie, davvero sentito, per aver accettato il nostro invito agli Onorevoli Parlamentari, ai Presidenti degli Ordini provinciali, alle Autorità Civili, Militari e Religiose, ai Rappresentanti delle Istituzioni, alle Organizzazioni sindacali, alle Associazioni di volontariato, alla FEDERSPeV, all'AMMI, all'AMVI, ai Colleghi e a tutti i presenti.

Un saluto alle ragazze ed ai ra-

Mozione FNOMCeO sull'Onaosi

Ecco il testo della mozione, approvata all'unanimità, che riguarda il coinvolgimento degli Ordini Professionali dei medici, dei farmacisti e dei veterinari nel CdA dell'ONAOSI.

MOZIONE D'ORDINE

Il Consiglio Nazionale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, riunito in Roma il 16 e 17 ottobre 2004, dopo approfondita discussione e dopo aver manifestato apprezzamento per l'opera dell'attuale Presidente ONAOSI e per il Consiglio di Amministrazione

INVITA

il Presidente ONAOSI a proporre una modifica statutaria che istituzionalizzi il Consiglio Nazionale ONAOSI che preveda una adeguata partecipazione dei presidenti degli Ordini coinvolti nell'Ente, nella fase di predisposizione dei bilanci preventivo e consultivo; il tutto nei tempi tecnici necessari.

Approvato all'unanimità con una astensione.

gazzi assistiti, a cui è rivolto il primo pensiero mio e del Consiglio di Amministrazione, ed un augurio per affrontare con impegno il prossimo Anno scolastico ed accademico.

Un saluto ed un ringraziamento particolare al Consiglio di Amministrazione e ai Sindaci revisori, al Direttore Generale e a tutto il Personale della Fondazione.

L'ONAOSI: una realtà dalle radici antiche al passo con i tempi

L'Inaugurazione dell'Anno accademico 2004/2005 coincide con la conclusione della Consiliatura: è, pertanto, l'occasione per tracciare un bilancio complessivo del lavoro svolto dal Consiglio di Amministrazione e dalla Fondazione nel suo insieme. Sono molti gli obiettivi centrati, i risultati raggiunti e le conquiste di cui le categorie sanitarie, a nostro avviso, possono fregiarsi. Una elencazione delle singole decisioni degli Organi assunte nel corso della legislatura sarebbe riduttiva, e, senza dubbio, inadatta a questa sede e, per questo, rimandiamo alla pubblicazione che raccoglie il lavoro fatto.

Il Consiglio di Amministrazione ha lavorato a tutto campo, con attenzione costante ai cambiamenti in atto nella società e nei vari ordinamenti (la riforma universitaria e scolastica, in primo luogo), ispirandosi alle linee strategiche che si era dato all'inizio del suo mandato, tra cui la preservazione del principio della contribuzione obbligatoria; la tutela del patrimonio formativo, culturale e storico maturato fino ad oggi; la valorizzazione ed il potenziamento di tutte le possibili forme di intervento, dirette ed indirette, nei confronti degli aventi diritto; l'implementazione e lo sviluppo di sistemi e di procedure informatizzate al servizio della formazione e della didattica; la possibilità di nuove strategie di comunicazione. In sintesi, il Consiglio di Amministrazione ha scelto la strada di impostare una politica di alto profilo, piuttosto che limitarsi a garantire l'ordinaria amministrazione, che, comunque, già di per sé, è un'attività impegnativa.

L'estensione della obbligatorietà: una svolta storica

In questa sede non può non essere dedicata un'attenta riflessione sulla obbligatorietà della contribuzione ONAOSI per tutti i sanitari iscritti ai relativi Ordini professionali.

Tale scelta è stata utile, assolutamente necessaria ed equa. Utile e necessaria perché un'Opera, che, per più di cento anni, ha dato assistenza a migliaia di giovani con livelli quali-quantitativi molto elevati, che tutti riconoscono, non avrebbe, certamente, potuto realizzarla con i contributi dei sanitari volontari, che, nel migliore dei casi, hanno raggiunto appena 2750 su una platea di oltre 300.000 potenziali iscritti. Equa perché ha consentito di eliminare un'odiosa sperequazione tra sanitari pubblici e privati e di realizzare una generale (e sostanziosa) riduzione della quota contributiva. Sull'entità delle quote di contribuzione consentiteci di dire che il Consiglio di Amministrazione ha fissato degli importi davvero contenuti ed esigui, che diventano ancora più ridotti grazie alla totale deducibilità fiscale.

Qualcuno lamenta che sono troppi gli oneri fiscali e tributari che gravano sui sanitari e che, quindi, un'ulteriore "tassa" o "balzello", come da pochi è stato definito, ingiustamente e strumentalmente, il contributo ONAOSI, sarebbe "incostituzionale" o addirittura "illiberale". Ciascuno è libero di pensare e di dire ciò che vuole, a patto che non si travisi la realtà o si faccia finta di non conoscere i dati oggettivi.

Il Consiglio di Amministrazione ha deciso di non alimentare, né di entrare nel merito di polemiche sterili, che perseguono obiettivi non ben individuabili e che, a nostro avviso, nulla hanno a che vedere con gli interessi dei contribuenti, rappresentando, anzi, una minaccia sul futuro dell'Opera, con possibili ricadute negative sugli assistiti.

Al contrario, quando sono pervenute critiche costruttive, il Consiglio di Amministrazione non ha avuto alcuna perplessità ad accoglierle ed a tradurle in atti concreti.

Le basi per un futuro di certezze per l'Opera le abbiamo gettate e ci sembrano assai solide. Queste basi consentiranno, soprattutto ai giovani iscritti, di costruirsi, con lungimiranza, un "ombrello", una forma di "assicurazione", che tuteli loro ed i propri cari, esprimendo, non solo un valore intramontabile (la solidarietà tra generazioni e all'interno di una categoria), ma usufruendo di un'opportunità che è anche convenienza.

Solidarietà e convenienza per tutti i sanitari

La lista dei benefici che derivano dall'allargamento della base contributiva sarebbe molto lunga. Mi limito, quindi, ad alcune riflessioni.

La nuova legge ha adeguato una normativa, in parte superata, a criteri e principi che trovano riconoscimento anche nella Costituzione: se l'ONAOSI è di tutti i sanitari, tutti devono contribuire; ha dato risposta alle istanze degli orfani e dei sanitari che, prima, erano esclusi dalla tutela; ha rimosso le differenze, ormai del tutto ingiustificate, tra contribuenti obbligatori e volontari.

Va ricordato, infatti, che gli orfani dei contribuenti obbligatori erano tutelati, prima della riforma, per il solo fatto che il loro potenziale dante causa fosse un pubblico dipendente, tenuto a contribuire alla Fondazione per tutto il periodo della sua attività lavorativa. Al contrario, gli orfani degli altri sanitari potevano essere tutelati solo a seguito di un atto volontario di iscrizione e di contribuzione

del loro genitore, nei limiti temporali da lui ritenuti opportuni.

La legge 289/2002 ha garantito, inoltre, all'ONAOSI la continuità di risorse necessarie per il perseguimento degli scopi ad essa assegnati istituzionalmente, mantenendo inalterato il principio che le risorse ed i finanziamenti provengono, esclusivamente, dalle categorie professionali degli iscritti, con esclusione di ausili o contributi esterni.

Per quanto riguarda l'entità delle quote, il passaggio da circa 130.000 a circa 450.000 iscritti ha consentito al Consiglio di Amministrazione di dimezzare – lo sottolineo – la misura della quota precedentemente dovuta, in tal modo soddisfacendo, ancora più pienamente, il principio di solidarietà: con minore sacrificio per ciascuno, tutti gli appartenenti alla categoria contribuiscono, avendo diritto agli stessi benefici.

Quanto alla situazione, sollevata e condivisa dal Consiglio di Amministrazione, degli specializzandi e dei sanitari con redditi, comunque, bassi, essa sarà oggetto di decisione in relazione al contenimento ulteriore delle quote dal 2006 o, se possibile in base a studi attuariali, dal 2005. I benefici dell'estensione della contribuzione sono, quindi, numerosi e tangibili.

Il passaggio dal vecchio al nuovo quadro normativo: la sanatoria per centinaia di orfani

L'attenzione del Consiglio di Amministrazione si è tradotta in termini concreti anche per coloro che, a causa di un complicato intrecciarsi di norme transitorie, rischiavano di essere tagliati fuori dall'assistenza, cioè gli orfani di sanitari deceduti nella fase immediatamente successiva alla legge 289/2002. Sono particolarmente lieto di condividere con Voi la notizia che i Ministeri Vigilanti hanno definitivamente approvato le due delibere con le quali il Consiglio d'Amministrazione della Fondazione ha "sanato" la posizione di centinaia di orfani di sanitari deceduti nel periodo 01.01.03-31.12.03, che, in precedenza, non erano tenuti alla contribuzione ONAOSI. Altrettanto significativa è la volontà del Consiglio di Amministrazione, tradotta in un atto deliberativo che è all'esame degli stessi Ministeri Vigilanti, con cui si è inteso ammettere alle prestazioni gli orfani del Dr. Carlo Urbani che, come tutti ricorderete, è rimasto vittima della Sars, una malattia appena conosciuta, mentre svolgeva la propria missione di medico nel Sud-Est asiatico per conto della Organizzazione Mondiale della Sanità e che, per questo, ha ricevuto la Medaglia d'oro al Valor civile dal Presidente della Repubblica, Carlo Azeglio Ciampi.

Grazie a questi atti deliberativi si potranno dare risposte positive e concrete a numerose famiglie. Insomma, anche questi sono effetti positivi della novità legislativa introdotta.

La comunicazione

Il futuro dell'Opera non può, tuttavia, prescindere da un miglioramento della comunicazione. Il passaggio ad una platea di iscritti quasi triplicata ha richiesto un impegno notevole da parte di tutti i comparti della Fondazione e ha avuto, come è facilmente immaginabile, alcuni riflessi sulla nostra capacità di comunicare e di comunicare al meglio. Stiamo rafforzando questo aspetto, attraverso un potenziamento degli strumenti che abbiamo già a disposizione, rivolgendoci anche ad esperti del settore per fare quel passaggio di qualità da un tipo di comunicazione "artigianale", affidata prevalentemente a risorse interne, verso una comunicazione nuova e professionale.

L'anagrafe di nuovi 321.000 iscritti

L'estensione della platea dei contribuenti ha comportato l'adeguamento, in tempi necessariamente stretti, della "macchina" amministrativa, per renderla adeguata alle nuove esigenze. E' stata costituita l'anagrafe delle posizioni di circa 321.000 nuovi iscritti, investendo consistenti risorse per acquisire e gestire un data base complesso, che ha generato una casistica eterogenea e particolare (omonimie, dati anagrafici non aggiornati o incompleti, cancellazioni dall'Ordine o cambiamenti di residenza non rilevabili, ecc.). L'invio degli avvisi bonari di pagamento, relativi al contributo 2003-2004, è stato corredato da un'ampia informativa, contenente tutti gli elementi di conoscenza sulle novità e sugli adempimenti da ottemperare.

E' comprensibile, d'altra parte, che, nella fase di avvio della gestione di una anagrafe di tali dimensioni - che la Fondazione intende gestire direttamente - si siano presentate alcune criticità oggettive, già in fase di graduale superamento, sulle quali il Consiglio di Amministrazione ha, immediatamente, posto l'attenzione.

Alcuni avvisi sono stati recapitati in ritardo: abbiamo fatto ammenda su questo, anche se il disagio non è dipeso da noi. Ma superate queste difficoltà organizzative, va sottolineata la potenzialità che l'anagrafe può rappresentare per un decisivo sviluppo della comunicazione con tutti gli iscritti, permettendo, come già ora sta avvenendo, di dialogare con loro e di fornire ulteriori notizie ed informative sulle attività istituzionali e sull'evoluzione delle rispettive posizioni contributive.

Le prestazioni ed i servizi. La formazione

La svolta storica dell'estensione della contribuzione non ha impedito l'ordinario svolgimento delle attività assistenziali e di ospitalità.

Il Consiglio di Amministrazione ha rivolto anche una particolare attenzione ai soggetti assistiti disabili.

Sia lo Statuto che il Regolamento sulle prestazioni e servizi recepiscono la possibilità di erogare interventi speciali. Il numero degli interventi economici è già significativo e si rivolge ad un consistente numero di soggetti. Il Consiglio di Amministrazione ha, inoltre, deciso di allargare la propria presenza oltre il mero sussidio economico. Sotto il profilo della quotidiana gestione delle posizioni amministrative, sono state introdotte procedure dedicate che facilitano la presentazione delle istanze alla Fondazione e della relativa documentazione istruttoria.

Nel 2004 si è dato seguito al modello che pone la Formazione al centro della vita nelle nostre strutture di ospitalità. L'ONAOSI vuole essere una realtà sempre viva ed innovativa, che, pur muovendosi nel solco della tradizione, si adegua ai tempi. Formare, per l'ONAOSI, vuol dire preparare persone oltre i banchi di scuola e le aule universitarie, mettendo loro a disposizione i mezzi e gli strumenti qualificati per accrescere la professionalità, per orientarla e per valorizzare gli aspetti attitudinali di ciascuno.

Nel corso della legislatura sono stati potenziati gli strumenti di formazione ed ampliate, notevolmente, le opportunità di accrescimento, anche personale, dei giovani, sia per gli assistiti che hanno scelto di usufruire delle prestazioni a domicilio, sia per i giovani ospiti nelle strutture.

E' stata potenziata l'assistenza per i giovani assistiti che si recano all'estero per lo studio o per il perfezionamento della lingua straniera, estendendo l'arco temporale utile per la partecipazione ai corsi, secondo le

modalità organizzative prescelte. Da quest'anno, inoltre, il Progetto Logos, rivolto ai neolaureati, è stato trasformato in Master di I° livello, in collaborazione con la Facoltà di Economia e Commercio dell'Università di Perugia.

La novità è costituita dalla costante testimonianza di esponenti del mondo della cultura e della produzione e dalla dotazione di testi considerati pietre miliari per il completamento dei progetti educativi personali.

Da un monitoraggio effettuato, abbiamo rilevato che oltre il 90% dei diplomati con il Logos e lo Start trovano occupazione.

Nel 2004 sono stati consolidati i rapporti con le Università, già positivamente avviati, con il finanziamento delle borse di studio per Specializzazioni e Master post lauream. In particolare, con l'Università di Perugia, si è realizzato un modello innovativo di accordo-quadro, finalizzato alla realizzazione di progetti formativi destinati agli assistiti ONAOSI. L'accordo recepisce i principi ed i criteri di cooperazione potenziale di carattere generale, con l'intento di costruire, insieme e con successivi atti, qualificati percorsi di crescita culturale e di formazione dei giovani. La prospettiva aperta con la Convenzione sopra citata ha già dato vita ad un ulteriore contatto nell'area di Perugia con l'Università per Stranieri, che, ci auguriamo, possa essere il prossimo partner istituzionale della Fondazione. Il progetto pilota sarà esteso e sviluppato anche con altri Atenei, specie dove sono presenti i Centri di Formazione ONAOSI (Bari, Bologna, Messina, Padova, Pavia e Torino). Sono anche stati attivati, con successo, vari servizi di supporto formativo e didattico, tra cui l'orientamento alla scelta universitaria ed il tutoring.

L'ampliamento della ricettività delle strutture: apertura di nuovi Centri Formativi a Bologna e Torino

La Fondazione ha, notevolmente, incrementato la ricettività nelle proprie strutture. E' stato completato il programma di ampliamento degli Istituti maschili e Femminili di Perugia, con un aumento di circa il 40% dei posti di studio. E' stato acquisito un modernissimo nuovo centro Formativo a Bologna, che può ospitare, già da questo anno accademico, 120 giovani. Sempre in questo mese è stato riattivato il Centro Formativo di Messina, che conferma la volontà di presenza dell'ONAOSI nel Meridione. Alla fine del 2005 è prevista la consegna dell'immobile che sarà sede del nuovo Centro Formativo di Torino, che porterà il numero di posti dagli attuali 50 a 110.

E' in fase avanzata la realizzazione della nuova sede dell'Amministrazione centrale. La struttura fa parte di un più ampio complesso edilizio, inserito nel nuovo e prestigioso Centro Direzionale della città. Facilmente raggiungibile dalle principali vie di comunicazione, sarà servito dalla rete pubblica di mini-metrò, sistema di viabilità alternativa. Queste acquisizioni realizzano, concretamente, forme di investimento immobiliare che apportano valore al patrimonio dell'Opera e contribuiscono a consolidare ulteriormente il quadro di certezza economica e finanziaria dell'ente.

Un nuovo servizio ai contribuenti: la Residenza di Montebello

Il 2004 segna anche l'attivazione di un importante nuovo servizio ai sanitari "over 60": la Residenza in Montebello (Perugia).

L'8 giugno scorso la struttura è stata inaugurata ed ha iniziato la sua attività, registrando, immediata-

mente, un elevato gradimento da parte degli ospiti. La Residenza è ubicata sulla collina di Montebello, circondata da un verde parco di circa 30.000 mq., dispone di 41 camere doppie dotate dei più moderni confort. Secondo criteri di priorità regolamentati, sono consentiti soggiorni da un minimo di una settimana ad un massimo di quattro settimane. Il Consiglio di Amministrazione ha reso maggiormente fruibile il servizio, consentendo soggiorni più brevi della durata settimanale, in presenza di particolari situazioni (organizzazione di gruppi da parte di Associazioni di categoria, ecc.), a condizione che nella Residenza ci sia la disponibilità di posti.

Su questo e su altri temi comuni che riguardano la "terza età" abbiamo costituito con la FEDERSPeV un gruppo paritetico di lavoro, che già da qualche mese è pienamente attivo per formulare proposte da sottoporre all'attenzione del Consiglio di Amministrazione.

La privatizzazione ed il sistema dei controlli sull'ONAOSI

Il D. Lgs. 509/94, in attuazione della Legge 537/1993, che delegava il Governo ad emanare uno o più decreti legislativi diretti a riordinare o sopprimere enti pubblici di previdenza e assistenza, ha previsto il passaggio dell' ONAOSI da Ente pubblico a Fondazione privata.

Il permanere dell'obbligatorietà della contribuzione, secondo la legge, era ed è la condizione prioritaria perché tale trasformazione potesse avvenire, costituendo, come asserito dalla Corte Costituzionale già nel 1997 e riconfermato nel 1999, un corollario della natura pubblicistica delle finalità perseguite. All'autonomia organizzativa, amministrativa e contabile riconosciuta all'ente privatizzato, in ragione della mutata veste giuridica, fa riscontro, tuttavia, un articolato sistema di poteri ministeriali di controllo, che si estrinseca nell'approvazione espressa dello Statuto, dei Regolamenti e di tutte le delibere in materia di contribuzione e di prestazioni. A questo si aggiunge il controllo della Corte dei Conti e della Commissione Parlamentare bicamerale sulle attività degli Enti gestori di forme obbligatorie di previdenza ed assistenza. I bilanci della Fondazione, sono, infine, soggetti ad obbligo di revisione contabile e di certificazione da parte di una Società che sia in possesso di precisi requisiti di legge.

I controlli sono, dunque, molteplici e penetranti. A questo proposito, la stessa Commissione Parlamentare di controllo sugli Enti Previdenziali, nella relazione inviata alle Camere, il 25 ottobre 2000, nelle considerazioni conclusive così si esprimeva: "Allo scopo di assicurare il rigore e l'efficienza delle gestioni alle quali deve essere, tuttavia, offerto un quadro normativo che ne agevoli l'operare, la Commissione ha proposto che l'attuale sistema di controlli debba essere rivisto in senso meno oppressivo, purché ne sia mantenuta la necessaria efficacia". Ribadisco che come Amministratori ci sentiamo più garantiti da un valido sistema di controllo, che, però, per essere efficace richiede meno burocrazia con modalità operative più snelle, tali da garantire decisioni più rapide.

Sul tema del maggiore coinvolgimento della categorie sanitarie nella politica dell'ente, che richiede, ovviamente, per renderlo pregnante, quantomeno una modifica statutaria, il Consiglio di Amministrazione è in perfetta sintonia con il l'orientamento su questo tema che il Consiglio Nazionale della FNOMCeO, qualche giorno fa, ha espresso all'unanimità, con una sola astensione, riaffermando, nel contempo, la soli-

darietà all'ONAOSI e l'apprezzamento per l'opera del suo attuale Presidente e del Consiglio di Amministrazione.

L'AdEPP

Come è noto, l'ONAOSI fa parte, fin dalla sua origine, dell'Associazione degli Enti Previdenziali Privatizzati (AdEPP) e in questi anni di Consiliatura non ha fatto mai venir meno l'impegno e la sua presenza attiva, nell'intento di contribuire, concretamente, al riconoscimento e alla tutela dei diritti delle Casse aderenti. Nel 2001 il secondo contratto collettivo nazionale del personale di tali Enti fu stipulato qui a Perugia e questa circostanza ci ha onorati. Attualmente, è in corso il rinnovo di quel contratto, che ci chiama ad un costante e significativo impegno, che intendiamo assolvere con la consueta determinazione, per arrivare al più presto alla sua stipula.

La politica dell'AdEPP si è sempre orientata a dare certezza al quadro normativo e legislativo in cui operano gli Enti Privatizzati, condizione indispensabile per garantire la missione e l'assolvimento delle finalità di ciascun ente. La successione di novità legislative, su aspetti rilevanti ed essenziali, peraltro, può inficiare il sistema di certezze di cui il sistema previdenziale ed assistenziale ha bisogno.

La sana e corretta gestione: una conferma positiva dei controlli e della vigilanza parlamentare

Anche per il 2004, la politica gestionale lungimirante del Consiglio di Amministrazione ha avuto un riconoscimento autorevole. Il 21 luglio scorso la Commissione Parlamentare di controllo sugli Enti di previdenza ed assistenza privati, ha approvato - senza osservazioni - la Relazione conclusiva sull'ONAOSI concernente il bilancio consuntivo 2002 e preventivo 2003 (altrettanto positivo era già stato, peraltro, il giudizio dell'Organismo parlamentare sui risultati di bilancio del 2000 e del 2001).

Il rapporto tra spesa destinata al soddisfacimento delle esigenze istituzionali ed il totale dei contributi percepiti, che nel 2000 si attestava già oltre il 95% ha raggiunto a consuntivo del 2003, il 96,22%. Il che significa che quasi la totalità delle entrate contributive viene destinata a prestazioni e servizi. Va anche sottolineato che è garantita, ben oltre le cinque annualità di prestazioni prescritte dal D. Lgs. 509/1994, la riserva legale che l' ONAOSI, quale ente previdenziale privato, deve accantonare per legge, a garanzia per le future prestazioni agli assistiti.

Sull'argomento delle risorse accantonate, va segnalato che, con cadenza pressoché periodica, torna ad essere paventata l'ipotesi di un prelievo forzoso a favore dello Stato.

Si tratta di "lampi", di pietre gettate nello stagno da parte di alcuni, ma che destano preoccupazione e sulle quali si dovrà per il futuro continuare a vigilare per prevenire tentativi inammissibili di ingerenza nell'autonomia attribuita, dalla legge, alle Casse di previdenza privatizzate.

Conclusioni

Oggi l' ONAOSI è una realtà sana e con un futuro certo. Consegniamo l'Opera, simbolicamente, nelle mani del prossimo Consiglio di Amministrazione, che si insedierà in aprile 2005. Il presente ed il futuro assegnano all'ONAOSI un ruolo ed una funzione di pilastro del sistema assistenziale e previdenziale in Italia.

Luigi Casati, fondatore morale dell'Opera, giovane studente in medicina a Firenze nel 1847, dopo un

convivio con compagni di studio, tornando a casa, fu avvicinato da una ragazza che chiedeva elemosina. Quella ragazza era figlia di un medico condotto deceduto, che aveva lasciato la sua famiglia nella totale miseria materiale, ma anche morale.

In occasione del Primo Congresso nazionale dei Medici condotti, che si tenne a Padova, l'oramai affermato professionista Casati, lanciò l'idea, coltivata per anni, di istituire un'Opera che, su basi e con finalità solidaristiche, attraverso il contributo dei sanitari, si occupasse di assistere gli orfani dei loro colleghi meno fortunati. L'episodio di quella sera, di per sé, rappresenta un minuscolo, se non invisibile, frammento di storia. Quello che è seguito alla geniale intuizione, nei decenni successivi fino ad oggi, costituisce un'evoluzione straordinaria che appartiene non solo alle categorie sanitarie, ma, se mi è consentito, rientra nel patrimonio culturale, intellettuale e sociale di tutti gli italiani.

A conclusione di questa relazione vorremmo sottoporre alla Vostra attenzione alcune notazioni finali, senza apparire velleitari o, peggio, presuntuosi:

- l'ONAOSI non si sovrappone e non è comparabile con alcuna altra forma di previdenza ed assistenza di categoria in Italia (e, probabilmente, anche in Europa e oltre);
- l'ONAOSI svolge attività di previdenza ed assistenza integrativa, rispondenti a finalità di interesse pubblico e, per questo, riconosciute e tutelate dalla legge, fin dal 1901;
- l'ONAOSI eroga prestazioni e servizi, che trovano, da sempre, unanime e costante riconoscimento di un elevato standard, sia quantitativo che qualitativo;
- l'ONAOSI, con la corretta gestione e con la particolare attenzione e sensibilità, costantemente dimostrate, alle esigenze ed istanze degli iscritti e dei destinatari dei benefici assistenziali, dimostra, con i fatti, di essere una realtà moderna dalle radici antiche.

Da questi elementi di riflessione derivano alcune considerazioni.

La prima è che, nell'eventualità in cui un siffatto pilastro del sistema previdenziale ed assistenziale fosse scalfito o, peggio, venisse depauperato, anche solo in minima parte, delle proprie certezze, si determinerebbe una crepa profonda, un danno considerevole, con un prezzo non solo materiale, ma anche etico, dalle conseguenze facilmente immaginabili.

La seconda considerazione è che, in una prospettiva lungimirante, non dovranno essere sottovalutate le dinamiche sociali, culturali e giuridiche in atto e future: la riforma delle Professioni, i cambiamenti nell'Università e nella Scuola, i fenomeni demografici, l'autonomia delle Casse di previdenza private, l'evoluzione del mondo sanitario.

Sono solo alcuni argomenti di riflessione, validi non solo per l'ONAOSI, ma per tutte le categorie sanitarie.

Il prossimo Consiglio di Amministrazione avrà, quindi, un compito etico, prima ancora che politico, cui non potrà sottrarsi: tutelare la conquista dell'obbligatorietà della contribuzione; capitalizzare e potenziare i risultati conseguiti; rafforzare i pilastri così faticosamente rinsaldati.

Conquiste e risultati che appartengono non solo a noi Amministratori e all'ONAOSI, ma, fuori da qualsiasi retorica, alle categorie sanitarie, che ne devono andare fiere ed orgogliose, e nelle cui mani consegniamo, qui, idealmente, il patrimonio di storia e di solidarietà, oltre che il nostro personale vissuto.

Pronunciamento della Corte di Cassazione

Specializzandi, il diritto dovere di dire "no" al docente

La Corte di Cassazione, nelle conclusioni di una recente sentenza, richiama il diritto-dovere del medico specializzando di non eseguire le direttive del suo docente quando non siano appropriate. I giudici rilevano che l'applicazione di questo principio potrebbe pur avere, in concreto, dei costi, ma «il bene, Il valore, del quale è costituito garante, non può non imporre al medico, oltre che l'obbligo di conoscere le "leges artis", anche l'ulteriore obbligo di farle meditatamente e responsabilmente valere qualora sia necessario». E ciò anche se il medico che viene fatto intervenire è uno specializzando, non potendo anche lo specializzando non agire se non rifacendosi al modello di agente e cioè al corretto criterio dettato dalle regole della buona arte medica (al di là, quindi, delle soggezioni e dei timori reverenziali verso Il docente).

La sentenza della Cassazione

CASSAZIONE: Confermata la condanna per un medico in formazione specialistica

Sono responsabili dei danni al paziente se la prestazione è inadeguata

Una recentissima sentenza della Cassazione penale (sezione quarta, udienza del 20 gennaio 2004, depositata il 29 luglio scorso) torna sul tema della responsabilità che assume il medico specializzando allorché intervenendo come discente sul paziente nello svolgimento dell'attività didattica prevista dalla legge gli cagioni lesioni personali. La vicenda. In una clinica universitaria presso un ospedale, a un neonato era stata diagnosticata «asfissia perinatale ed encefalopatia ipossico-ischemica convulsa» che avrebbe determinato in seguito un quadro di tetraplegia spastica dovute alla prolungata condizione di ipotensione materna, verificatasi, durante il parto, subito dopo l'inizio dell'anestesia epidurale. Non praticata secondo l'accertamento dei giudici di primo e di secondo grado, nel rispetto delle "leggi dell'arte". Le lesioni gravissime determinate furono ascritte agli autori dell'anestesia, risultati un anestesista (docente) e uno specializzando in Anestesia e rianimazione. La colpa fu individuata nel fatto che i due sanitari, che pure ben sapevano che l'anestesia epidurale avrebbe potuto provocare un calo pressorio con effetti negativi sul feto, avevano effettuato in modo non adeguato il previsto "preriempimento del letto vascolare" e, una volta manifestatasi l'ipotensione, avevano impiegato un farmaco non idoneo alla correzione del fenomeno. Proponendo ricorso per Cassazione (dopo che la sentenza di appello aveva dichiarato con formula piena la prescrizione del reato), il medico specializzando fra l'altro deduceva ai fini di una sua assoluzione che, quand'anche avesse realmente egli stesso proceduto all'inserimento, del l'ago epidurale (ciò che il ricorrente contestava fosse accaduto), in ogni

Ritenuto legittimo il comportamento dello specializzando quando le direttive non siano appropriate

caso lo avrebbe fatto svolgendo mera attività didattica come discente e assistente alla lezione del cattedratico, il quale soltanto stava compiendo attività medico professionale. **La sentenza di piazza Cavour**. La Suprema Corte ha ritenuto del tutto priva di fondamento la doglianza dello specializzando. Dopo aver rilevato che dalle due decisioni di merito risultava in realtà accertato che proprio il ricorrente avesse materialmente eseguito l'anestesia, la sentenza soprattutto chiarisce come secondo un principio già stabilito da precedenti sentenze (sezione quarta, n° 2453/1998 e n° 13389/1999) il concreto personale espletamento di attività operatoria da parte dello specializzando comporti "anche da parte sua, della posizione di garanzia nei confronti del paziente in merito all'osservanza delle "leges artis". Viene sottolineato che già la corte d'appello aveva evidenziato che il ricorrente non era stato mero spettatore, ma aveva compiuto tutte le attività necessarie per l'anestesia, sicché tale partecipazione richiedeva anche a lui di conoscere e porre in essere tutte quelle tecniche di base ivi compreso l'uso dei farmaci necessarie per la positiva riuscita dell'anestesia stessa.

La Cassazione ritiene di condividere pienamente tali enunciazioni, aggiungendo che se lo specializzando è stato egli stesso operatore e ha assunto le vesti dell'anestesista, al di là di qualche problema di manualità che avrebbe potuto avere nella pratica dell'atto anestesiologico, non poteva, però, non far presumere che conoscesse, come doveva, sia il significato e le implicazioni della pratica dell'anestesia epidurale, e quindi i possibili, se non probabili, effetti della stessa, tra cui proprio il calo pressorio della paziente con tutti i connessi rischi per il feto, sia le tecniche e i farmaci per prevenirli o ovviarvi.

Tutto ciò implicando che, nel momento in cui egli (specializzando) interveniva, «non potesse non far valere le sue ineliminabili conoscenze tecniche per doverosamente contribuire, grazie a esse, alla riuscita dell'intervento nel quale, rispetto alla paziente, assumeva la posizione di garante», unitamente al cattedratico autore delle direttive. Perciò anche il ricorrente aveva l'obbligo di osservare le "leges artis" che hanno come fine la prevenzione del rischio non consentito, nel caso di specie costituito dal verificarsi e dal protrarsi del calo pressorio con il temuto danno per il feto.

Gianfranco Iadecola

Sito web dell'Ordine:
www.omceoss.it

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

Il servizio della ex "guardia medica"

Scenari sul futuro della Continuità assistenziale

Il convegno del 29 ottobre scorso, dedicato alla continuità assistenziale, è stato occupato in grandissima parte, e con piena ragione, dalla relazione della professoressa Mazzeo e dal successivo dibattito, dove si sono affrontati argomenti di grande interesse per l'aggiornamento professionale dei colleghi.

La mancanza di tempo ha fatto sì che venisse risparmiata ai presenti la seconda parte del mio intervento, in cui pensavo di delineare alcuni scenari sul futuro della ex guardia medica. La relazione mi era stata gentilmente richiesta dal presidente Sussarellu anche per ampliare gli argomenti del convegno e ottenere un maggior punteggio di ECM! Ma lui non sapeva che, facendo così, rischiava, al contrario, di togliere punti.

Basti pensare al nostro curriculum vitae, solitamente povero; la guardia dà, certamente, un bagaglio di esperienze prezioso per la crescita professionale ma, nello stesso tempo, ti impedisce di acquisire titoli spendibili per migliorare la tua condizione e che non siano la mera anzianità lavorativa: non puoi accedere a una scuola di specializzazione (potresti seguire solo corsi fuori dall'Università, molto costosi e perciò incompatibili con il nostro stipendio), non puoi nemmeno proporre il tuo nome per seguire per un mese i giovani tirocinanti come tutor (figura di cui c'è grande necessità e che non prevede nessuna ricompensa ma che tu non puoi rivestire anche se hai un'esperienza di decenni), sei, insomma, caduto in trappola, costretto in un ghetto culturale prima che economico e sociale.

Eppure siamo certi di svolgere un'opera essenziale nel garantire a tutti i cittadini un diritto fondamentale (ricordate l'articolo 32 della Costituzione? La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti…). La legge n. 833 del 1978, che istituiva il Servizio sanitario nazionale, rispondeva per la prima volta a una delle necessità più profonde dell'uomo: la certezza di un intervento medico qualificato in caso di malattia per tutti i giorni dell'anno, sia di giorno che di notte.

L'istituzione della Guardia medica era un'innovazione di portata storica e il medico di guardia, in un sistema più serio, avrebbe dovuto diventare uno dei cardini principali su cui basare la sanità pubblica. Ma così non è avvenuto e la splendida novità è stata presto confinata nell'ingrato cantuccio di Cenerentola, popolato di dottori che "fanno la gavetta " e che si portano il marchio stucchevole di giovane medico anche quando sono sulla soglia dei cinquanta.

Dobbiamo ammettere che, se molti hanno voluto vedere nel nostro lavoro un mero contenitore della "pletora medica", adatto appena a esorcizzare il fantasma della disoccupazione per migliaia di laureati, anche da parte di noi guardisti non c'è stato troppo impegno nel far cre-

Come un'innovazione di portata storica è stata ridotta a "Cenerentola" della sanità pubblica

scere il nostro peso all'interno del servizio pubblico.

Questa apparente rassegnazione deriva anche dal fatto che, per molti anni, abbiamo tutti sperato di poter, prima o poi, trovare altri sbocchi professionali: solo da pochi anni si è cominciato a prendere coscienza che si tratta di un lavoro destinato ad accompagnarci fino alla pensione.

Tanto vale quindi cominciare una riflessione matura che ci consenta di portare nuove idee per valorizzare pienamente le nostre professionalità e per ottenere quelle gratificazioni a cui aspiriamo più che legittimamente ma che sembrano tanto lontane. L'Ordine dei Medici di Sassari vuole offrire il suo contributo a questa crescita non più rinviabile, senza, con questo, invadere il campo delle competenze proprie dei sindacati, che potranno trovare un prezioso sostegno nelle proposte derivate da un dibattito più ampio e coinvolgente.

Gli spunti non mancano e possiamo ritrovarli già alla nascita del Sistema sanitario nazionale, che aveva tra gli obbiettivi fondamentali frasi come"la formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di una adeguata educazione sanitaria del cittadino e della comunità", la "prevenzione delle malattie e degli infortuni in ogni ambito di vita e di lavoro"e tante altre idee che sono rimaste spesso nel limbo delle buone intenzioni e che potrebbero rappresentare campi di intervento molto importanti per una medicina pubblica moderna e innovativa, nella quale la continuità assistenziale deve essere protagonista.

Questi sono alcuni degli argomenti a cui avrei voluto dedicare il mio intervento (ma spero che ci siano presto altre occasioni di confronto con i colleghi); per gli aggiornamenti sulla nuova convenzione, che è ancora in uno stadio embrionale, verrà organizzato un incontro con i responsabili sindacali appena ci saranno concrete novità.

In questo periodo è necessario convincersi che il nostro futuro è legato non solo alle vicende contrattuali ma, ancora, alla nostra capacità di riacquistare quel ruolo di medici a trecentossessanta gradi che molti stentano ad attribuirci. Hans-Geog Gadamer scriveva che "la medicina rappresenta una singolare unità di conoscenza teoretica e di sapere pratico… un genere speciale di scienza pratica di cui nel pensiero moderno si è smarrito il concetto" e in cui mi pare che noi possiamo, invece, riconoscerci pienamente.

Giovanni Biddau

DEPOSITO TITOLI DI STUDIO

Nel rispetto degli artt. 1, 2, 3, 4 del DPR n. 221/50 l'Ordine deve avere gli albi costantemente aggiornati.
Pertanto, è fatto obbligo a tutti gli iscritti depositare presso la segreteria dell'Ordine il conseguimento dei titoli di studio: diploma di specializzazione, diploma di formazione specifica in Medicina Generale.
Si ricorda che è possibile avvalersi dell'autocertificazione per comunicare il conseguimento dei suddetti titoli.

1/Cause, metodi, terapie

I trattamenti delle sindromi dolorose oncologiche

Il controllo del dolore è essenziale nel percorso di cura del malato oncologico e per ottenere questo scopo devono essere messi in atto tutti i metodi idonei secondo una gradualità che ha come primo livello terapeutico la corretta applicazione della scala analgesica dell'O.M.S.

Una corretta terapia antalgica presuppone una corretta valutazione del paziente. La valutazione del paziente è, dunque, la tappa basilare del percorso terapeutico antalgico che porta ad una appropriata diagnosi del dolore e al successivo trattamento antalgico. In un lavoro di Grond del 1996, in cui 80% dei pazienti ha ottenuto una soddisfacente analgesia, la valutazione del dolore dei 2266 pazienti trattati prevede un lavoro serio, preciso e parcellare di osservazione, di quantificazione, di classificazione e di successiva diagnosi del dolore. Il lavoro di Grond sottolinea l'importanza della diagnosi del dolore, della valutazione del malato e del suo contesto familiare.

Nel dolore da cancro, infatti, alle componenti fisiche si associano implicazioni emotive e sociali, che inducono una sconvolgente modificazione della esistenza sia fisica sia spirituale del paziente e della sua famiglia, che devono essere prese in considerazione da chiunque si avvicini al malato oncologico in veste terapeutica.

La **valutazione del paziente** si avvale di informazioni fondamentali che comprendono: anamnesi personale e familiare, anamnesi farmacologica, esame obiettivo e neurologico, analisi delle alterazioni della personalità e del comportamento, anamnesi delle caratteristiche del dolore.

L'analisi delle caratteristiche del dolore, si basa su 5 principali osservazioni: localizzazione e irradiazione, qualità del dolore, intensità del dolore, temporalità del dolore. La **misurazione del dolore** dovrebbe essere una procedura usuale per il personale sanitario, come quella di misurare la pressione arteriosa; nella cartella medica e in quella infermieristica dovrebbe essere prevista la rilevazione del dolore. I metodi di rilevazione del dolore sono numerosi e, secondo l'ambito nel quale si opera, è possibile scegliere il metodo più congruo.

Le componenti di valutazione del dolore cronico saranno diverse da quelle del dolore acuto, e, nell'ambito di quest'ultimo, diverso sarà il dolore postoperatorio di una procedura diagnostica da quello di una colecistectomia o di una resezione di neoplasia, ma è ormai provato che una intensità del dolore superiore a 4 (su una scala 0-10), interferisce con il movimento, l'umore, il godimento della vita e, in modo altamente significativo, con il lavoro e con le relazioni sociali.

Il dolore non è una risposta univoca ad una determinata stimolazione nocicettiva ma cambia da individuo ad individuo e, nello stesso individuo, varia in tempi diversi; il dolore non è una entità immutabile ma subisce variazioni nel tempo, non solo di intensità, e, quindi, una sin-

L'importanza delle diagnosi, la valutazione del malato e del contesto familiare

gola misurazione non dà indicazioni esaustive.

Classificazione del dolore

Interessante per le implicazioni terapeutiche è la diagnosi ***patogenetica***, in cui schematicamente riconosciamo: un dolore nocicettivo somatico superficiale (essenzialmente cutaneo), un dolore nocicettivo somatico profondo (muscoli, tendini, articolazioni, ossa), un dolore nocicettivo profondo viscerale, un dolore neuropatico periferico, un dolore neuropatico centrale e, eccezionalmente causa di dolore nel paziente oncologico, un dolore psicogeno.

Di fatto, ci si trova frequentemente di fronte a dolori misti nocicettivi e neuropatici, per cui anche il trattamento diviene più complesso.

Secondo un classico criterio ***etiologico,*** il dolore può dipendere da cause direttamente dipendenti dal tumore, da cause dipendenti dalle terapie effettuate, da cause direttamente collegate al tumore ma non dipendenti dal tumore in sè, da cause indipendenti dal tumore e dai trattamenti (dolore cronico benigno). La invasione tissutale della massa tumorale determina la comparsa di quadri algici, già identificati da Bonica, caratteristici e distinti secondo la sede di invasione del tumore primitivo o delle localizzazioni secondarie: invasione del tessuto osseo, invasione del tessuto nervoso, sia dei nervi periferici sia dei grossi plessi, invasione dei visceri, dei vasi e delle membrane mucose.

Una ulteriore classificazione proposta da Bonica riconosce un dolore acuto ed un dolore cronico, intendendo per dolore acuto non solo quel dolore che compare all'inizio della malattia e fa diagnosticare la presenza della malattia stessa, ma anche tutti quei dolori che compaiono durante il corso della malattia neoplastica e ai quali si può ragionevolmente attribuire una durata limitata nel tempo, per esempio quelli che compaiono dopo indagini diagnostiche, nel periodo postoperatorio o in seguito ad un evento acuto (frattura patologica). Nel gruppo dei dolori cronici Bonica inserisce, invece, quelli dovuti alla invasione tissutale da parte delle cellule tumorali e quindi i dolori persistenti ed ingravescenti nel tempo.

I trattamenti analgesici

Il trattamento analgesico parte dalla applicazione della scala analgesica dell'OMS, la cui utilità è stata comprovata da numerosi studi di validazione in cui si riesce ad ottenere un controllo del dolore in almeno il 70% dei pazienti. I trattamenti analgesici devono essere attuati secondo alcune regole di comportamento che prevedono:

1 impiego di farmaci adiuvanti, soprattutto nel controllo del dolore neuropatico
2 associazione di oppioidi e antinfiammatori non steroidei
3 prescrizione di farmaci al bisogno per il breakthroug pain
4 passaggio tempestivo agli oppioidi per il dolore di forte intensità
5 ricorso a trattamenti concomitanti a scopo antalgico: radio-chemioterapia a scopo palliativo, bifosfonati, senza dimenticare, se necessario, metodi invasivi o semiinvasivi.

Quadri Algici e trattamenti

Il dolore nocicettivo è dovuto alla stimolazione di nocicettori periferici non solo da parte di vari stimoli lesivi quali una compressione persi-

stente o sostanze chimiche lesive ma anche in seguito a cambiamenti del microambiente nel quale si trova il nocicettore (eventi primari che determinano stimolazione degli afferenti); il dolore neuropatico è da riferirsi ad una patologia del sistema nocicettivo ed è, in parte, dovuto ad una ipersensibilizzazione centrale determinata da una prolungata e continua stimolazione da parte di fattori nocicettivi, da scariche parossistiche generate lungo le fibre nervose da focolai ectopici, da meccanismi di ipereccitabilità sinaptica. L'origine psicologica nel dolore da cancro, non è mai una causa primaria.

Dolore somatico- dolore osseo

Per i ***dolori miofasciali*** o da contrattura muscolare è indicato sia l'uso di stimolazione elettrica transcutanea (a corrente continua e ad alta frequenza con ampiezza regolata sulla sensazione del paziente di "formicolio" per tempi prolungati in caso di beneficio dopo stimolazione di prova) che la somministrazione di baclofen a dosi iniziali modeste da incrementare ogni 3-4 giorni oppure di diazepam, oppure l'infiltrazione con anestetico locale di punti triggers. I dolori da ***lesione cutanea*** trovano una difficile risoluzione con terapia sistemica, mentre può dare un discreto beneficio la somministrazione topica di corticosteroidi o di unguenti e creme a base di anestetico locale e benzidamina.

Il ***dolore osseo*** è in genere continuo, profondo, ingravescente, esacerbato dai movimenti e dalla stimolazione pressoria; solitamente riceve sollievo dal riposo e compare al movimento (dolore incidente). Può essere considerato come l'effetto della localizzazione ossea tumorale (metastatica o primitiva) associato alle manifestazioni secondarie a livello dei tessuti superficiali: articolare, miofasciale, muscolare. Un dolore al collo irradiato alla nuca e aggravato dai movimenti di flessione del capo può essere indicativo di lesioni localizzate al processo odontoide, mentre un dolore paraspinale, irradiato alle spalle può indicare lesioni di C7-T1. Nevralgia intercostale e dorsalgia può riferirsi ad una localizzazione alle vertebre toraciche. Un dolore paraspinale irradiato alle articolazioni sacro-iliache è caratteristico della compromissione delle vertebre lombari. Il sospetto di un dolore osseo richiede una indagine radiologica con radiografia standard che può evidenziare circa l'80% delle lesioni ma che appare assolutamente inadeguata per le localizzazioni alla base cranica e al sacro. In caso di negatività è opportuno ricorrere alla scintigrafia ossea, esame meno specifico ma più sensibile rispetto alla radiografia standard, che può dimostrare lesioni ossee anche 4 mesi prima che siano evidenti ad una radiografia; la scintigrafia può risultare positiva anche in presenza di malattie non tumorali quali l'osteoporosi o malattie degenerative dell'osso rispetto alle quali si deve porre diagnosi differenziale.

Terapia

Un dolore osseo ben localizzato causato da metastasi trova la sua terapia d'elezione nella radioterapia palliativa: generalmente le dosi utilizzate a scopo palliativo sono basse tali da non implicare la comparsa di gravi effetti collaterali e l'effetto antalgico può essere ottenuto anche con una unica dose di applicazione. Essenziale la collaborazione con il radioterapista. La terapia farmacologica prevede l'uso di FANS (naproxene, ketorolac, ibuprofene, ketoprofene) per il loro noto effetto antiprostaglandinico; la risposta analgesica può, comunque, non essere com-

pleta. Oltre al meccanismo d'azione periferico, per i FANS è riconosciuto un effetto centrale attraverso l'attivazione del sistema endorfinico.

Ai FANS può essere associata una terapia oppioide e deve essere presa in considerazione la somministrazione di difosfonati (clodronato, zoledronato o pamidronato) in combinazione con la terapia oncologica specifica. La somministrazione per via spinale di anestetico locale, eventualmente associato ad un oppioide (es.morfina) può essere la soluzione antalgica d'elezione nei casi di dolori non responsivi ad altri trattamenti o nei casi di frattura ossea non suscettibile di chirurgia ortopedica.

Dolore viscerale

Il dolore viscerale può essere dovuto ad una localizzazione agli organi parenchimatosi (fegato, rene, ovaio) o ad una lesione/compressione degli organi cavi. Il primo assume le caratteristiche di essere mal localizzato, continuo, profondo, tagliente, generalmente tardivo e a comparsa graduale, "riferito" a volte ad una superficie corporea lontana dalla proiezione cutanea del viscere coinvolto.

Il secondo tipo di dolore viscerale è in genere diffuso e poco localizzato assumendo spesso il carattere della colica per la contrazione della muscolatura liscia in condizioni isometriche: è tale il dolore delle neoplasie sia intrinseche sia estrinseche (primitive o metastatiche) dell'intestino, della colecisti, dello stomaco, dell'uretere, della vescica. Si presenta con carattere di regolarità, subcontinuo, tagliente, a pugnalata, come uno spasmo e non sembra trovare alcun fattore di miglioramento.

Terapia

Nel dolore viscerale degli organi parenchimatosi è indicata la somministrazione FANS associato ad oppioidi e corticosteroidi a bassi/medi dosaggi. In alcuni casi, la somministrazione di anestetici locali (ed oppioidi) per via spinale può essere vantaggiosa, anche se l'innervazione dei visceri è tale da sfuggire al livello metamerico. Può essere utile la radioterapia o, in alcuni casi selezionati ove sia possibile una fattiva collaborazione con l'oncologo medico e con il radioterapista, la chemioterapia a scopo palliativo. Nel dolore degli organi cavi è necessario prendere in considerazione la terapia chirurgica, anche se solo a scopo palliativo (occlusione intestinale) o, in alternativa la somministrazione di corticosteroidi anche ad alte dosi, ioscina butilbromuro, FANS e oppioidi.

Dolore da compromissione nervosa- Dolore neuropatico

Le cause primarie sono fondamentalmente la compressione, la lesione o l'infiltrazione del tessuto nervoso. La compressione di una radice nervosa o il coinvolgimento dei grossi plessi nervosi (brachiale, lombare e sacrale) determina un dolore continuo o subcontinuo spesso lancinante, che picchia, che taglia, come una lama, spesso è associato al fenomeno della allodinia, ad iperestesia e ipoestesia. Nelle neoplasie dell'utero e dell'ovaio si assiste ad una importante compromissione del plesso lombo-sacrale sia per infiltrazione perinervosa sia per compressione estrinseca della massa tumorale e delle localizzazioni linfonodali.

Una sindrome spalla-mano, solitamente monolaterale con irradiazione del dolore alla parte posteriore del braccio, al gomito sino al 4°-5° dito della mano, accompagnato da disestesie e parestesie e, incostantemente, a progressiva ipostenia della mano e del tricipite, suggerisce una compromissione delle radici nervose di C7-T1.

CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ORDINARIA

14 DICEMBRE 2004

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI SASSARI

CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE

Gli iscritti sono convocati in Assemblea ordinaria annuale il giorno 12 dicembre 2004 alle ore 24.00 in prima convocazione e il giorno **14 dicembre 2004 alle ore 17.00 in seconda convocazione** in Sassari nella Sala Conferenze dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri in via Cavour 71/b piano terra.
Sarà discusso il seguente

ORDINE DEL GIORNO

1) Relazione del Presidente;
2) Bilancio di previsione anno 2005;
3) Varie ed eventuali.

Si ricorda che l'Assemblea è valida in prima convocazione se è presente almeno un terzo degli

iscritti e in **seconda convocazione con qualsiasi numero di partecipanti.**
È consentita la delega che deve essere apposta in calce al presente avviso di convocazione da rimettere al delegato.
La medesima delega deve essere consegnata dal delegato al Presidente dell'Assemblea all'inizio dei lavori.
Nessun iscritto può essere investito di più di due deleghe

IL PRESIDENTE
dott. Agostino Sussarellu

Il sottoscritto dott. ..... delega a rappresentarlo nell'Assemblea ordinaria dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri del giorno 14 dicembre 2004 il dott. .....

....., lì .....

firma .....

Terapia

La compressione delle radici nervose trovano, ove possibile, risposta antalgica dalla radioterapia, dalla somministrazione di corticosteroidi ad alte dosi, dalla somministrazione di anestetici locali per via spinale o da blocchi tronculari, oltre ad una terapia farmacologica in cui è previsto l'uso di oppioidi e di adiuvanti.

La radioterapia è utile in caso di dolore causato da compressione di grossi plessi o radici, soprattutto nei tumori a localizzazione pelvica, nelle compressioni peridurali e nelle cefalee secondarie a carcinosi meningea.

Il dolore neuropatico ha una terapia di elezione negli anticonvulsivanti e negli antidepressivi, in particolare triciclici, che a basse dosi hanno dimostrato di dare risultati antalgici in molte sintomatologie croniche benigne. La risposta è molto individuale ed un paziente non responsivo ad un farmaco, lo può essere ad un altro Numerosi studi, sin dal 1982, hanno riconosciuto ad alcuni antidepressivi un'azione analgesica indipendente dal loro effetto antidepressivo in molte situazioni algiche quali la neuralgia posterpetica e la neuropatia diabetica.

La loro efficacia analgesica sembra essere legata ad un potenziamento dei sistemi discendenti di controllo del dolore; i meccanismi coinvolti sembrano essere soprattutto quelli noradrenergici o, comunque, un equilibrato effetto sia sui noradrenergici sia su quelli serotoninergici

L'effetto antalgico compare per dosaggi più bassi di quelli necessari per ottenere l'effetto antidepressivo: il farmaco di 1° scelta può essere la amitriptilina o la nortriptilina, di 2° scelta la desipramina o la maprotilina e di 3° scelta un farmaco serotoninergico. Gli anticonvulsivanti hanno una importante efficacia nel controllo del dolore neuropatico attraverso diversi meccanismi d'azione che coinvolgono i canali del Calcio (carbamazepina, lamotrigina, fenitoina, valproato) e del Sodio (gabapentina), i recettori GABA (benzodiazepine e barbiturici) e il metabolismo del GABA (gabapentina, valproato, tiagabina), i recettori del glutammato (carbamazepina, topiramato, felbamato) e il metabolismo del glutammato (gabapentina).

Numerosi studi indicano nella gabapentina, per il suo profilo farmacologico e la sua efficacia clinica, un farmaco di particolare utilità nel dolore neuropatico, agendo sia sul dolore spointaneo sia su quello parossistico sia sulla allodinia.

l suo dosaggio efficace è molto variabile: da '300 sino a dosaggi superiori a 1500 mg/die.

Considerazioni Conclusive

Il controllo del dolore deve essere considerato uno scopo primario nella cura di un ammalato, anche non oncologico; i metodi per ottenerlo saranno, inevitabilmente diversi secondo la causa del dolore, ma, comunque, una corretta strategia deve essere messa in atto in qualsiasi caso. Questo comportamento è tanto più essenziale e doveroso in presenza di un paziente con dolore oncologico, presumibilmente ingravescente.

L'inadeguato controllo del dolore potrebbe avere oltre che ovvie implicazioni etiche, anche gravi implicazioni legali: la somministrazione di terapie che non determinano un adeguato trattamento del dolore può costituire una situazione di negligenza medica.

Laura Piva
Unità di cure palliative
Unità operativa di oncologia medica
A.O. San Paolo Milano

2/Cause, metodi, terapie

Il ruolo degli oppioidi contro il dolore da cancro

Il dolore da cancro, presente in circa il 74% dei malati in fase avanzata, può essere causato dal tumore stesso (75-80% dei pazienti), dalle terapie oncologiche (15-19% dei pazienti) e può non essere correlato al cancro né alle terapie (3-5% dei pazienti). Numerose sindromi dolorose sono state descritte nei pazienti con cancro.

Il trattamento del dolore da cancro dipende dalla intensità, dalla natura (nocicettiva verso neuropatica) e dalla localizzazione (unifocale o multifocale). La percezione dell'intensità del dolore non è proporzionale al tipo o all'estensione del danno tissutale ma dipende da una interazione tra fattori fisici, psicologici, culturali e spirituali.

La terapia farmacologica è la principale forma di trattamento per il controllo del dolore da cancro acuto e cronico. Tre classi di analgesici sono indicate secondo le linee guida della Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). I farmaci non-oppioidi, oppioidi e adiuvanti sono somministrati singolarmente o in associazione secondo il tipo e l'intensità della sintomatologia dolorosa piuttosto che in relazione alla prognosi del paziente.

Una efficace terapia analgesica deve: 1. prevenire l'insorgenza del dolore; 2. essere di semplice somministrazione, 3. essere personalizzata. Studi retrospettivi e prospettici hanno confermato la efficacia analgesica di questo approccio farmacologico che è in grado di controllare il dolore in più dell'80% dei pazienti in ambienti socioculturali diversi. Quando un adeguato approccio farmacologico risulta inefficace è indicato utilizzare blocchi nervosi e tecniche neuroinvasive.

Farmaci non-Oppioidi

L'aspirina, il paracetamolo ed i farmaci anti-infiammatori non steroidei (FANS) somministrati da soli sono raccomandati per il trattamento del dolore di lieve intensità e possono essere associati agli oppioidi nel trattamento del dolore moderato o severo. Il paracetamolo ha la stessa potenza ed efficacia della aspirina.

I FANS somministrati in singole dosi hanno mostrato avere una efficacia analgesica maggiore del placebo ed avere una equianalgesia pari a 5-10 mg di morfina intramuscolare (meta-analisi di RCTs). I FANS somministrati come agenti singoli hanno mostrato avere un effetto tetto del loro potenziale analgesico cioè ogni addizionale incremento delle dosi raccomandate non produce un maggior sollievo del dolore.

I FANS risultano particolarmente efficaci come analgesici nei dolori causati dalla stimolazione di terminazioni nervose libere di tessuti come le fascie muscolari, le membrane serose ed il periostio, mentre la loro attività è ridotta nel dolore causato da lesioni di grossi nervi ed è virtualmente inesistente nel dolore da deafferentazione. L'evidenza clinica mostra che i FANS sono efficaci

Tipologie di intervento con i farmaci analgesici per prevenire l'insorgenza del dolore

nel trattamento del dolore causato da metastasi ossee.

In uno studio clinico controllato che ha paragonato la efficacia e la tollerabilità di aspirina, paracetamolo, diclofenac, ibuprofene, indometacina, pirprofene, sulindac, naprossene e suprofene i farmaci più efficaci per il controllo del dolore sono risultati essere il naprossene, il diclofenac e l'indometacina mentre la tollerabilità dei diversi farmaci era sovrapponibile.

La tossicità gastrointestinale, renale, epatica e della crasi ematica provocata dai FANS è il fattore più importante nel limitare il loro utilizzo ad indicazioni precise e a brevi periodi di tempo.

Farmaci Oppioidi

Le linee guida dell'OMS classificano gli analgesici oppioidi secondo la loro abilità di controllare il dolore di intensità lieve - moderato (codeina, tramadolo, destropropossifene) e di controllare il dolore di intensità moderata- severa (morfina, metadone, ossicodone, buprenorfina, idromorfone, fentanyl, eroina). Al momento, l'idromorfone e l'eroina non sono disponibili in Italia e l'ossicodone è disponibile solo in forma orale ed in preparazione galenica.

Più dell'80% dei pazienti con cancro richiedono l'uso degli oppioidi per controllare il dolore. L'utilizzo di farmaci quali il tramadolo, la codeina, l'ossicodone, il destropropossifene e la buprenorfina è efficace per un periodo di tempo limitato. In una casistica di 944 pazienti solo il 24% è ancora in trattamento con questi farmaci dopo 1 mese di terapia ed il 4% dopo 3 mesi di terapia.

La morfina per via orale è il farmaco di prima scelta nel trattamento del dolore di intensità moderata- severa. Due tipi di formulazioni sono necessarie: quella a rilascio immediato da somministrare ogni 4 ore nella la fase di adattamento farmacologico e al bisogno per il trattamento del breakthrough pain (alla stessa dose di quella somministrata ogni 4 ore) e quella a rilascio controllato da somministrare ogni 12 ore oppure ogni 8 ore nella fase di mantenimento. In questo caso per il breakthrough pain va somministrata morfina a rilascio immediato alla dose di 1/3 della dose regolare. Per un adeguato controllo del dolore la dose di morfina va progressivamente incrementata sino a raggiungere un adeguato sollievo dal dolore, non vi è una dose standard nè una dose limite ma solo una dose individuale.

Il metadone orale è una utile alternativa alla morfina orale nel trattamento del dolore da moderato a severo e ha il potenziale di controllare dolori non controllati da altri oppioidi.

Per le sue caratteristiche farmacocinetiche è necessario somministrarlo ogni 12 o al massimo ogni 8 ore e la dose va incrementata progressivamente. Il dosaggio di metadone richiesto per ottenere e mantenere l'analgesia è notevolmente inferiore a quello della morfina e si mantiene costante per lunghi periodi di tempo.Sebbene la morfina ed il metadone mostrano approssimativamente la stessa potenza analgesica dopo somministrazioni di dosi singole questa si è mostrata completamente diversa nei pazienti in trattamento cronico con morfina che passano a metadone; in tali pazienti il rapporto equianalgesico dipende dalla dose di morfina precedentemente assunta .

In circa l' 80% dei pazienti il tipo di oppioide analgesico e/o la sua via di somministrazione devono essere cambiati più di una volta al fine di personalizzare la terapia, di risolvere

specifiche situazioni cliniche, di migliorare il controllo del dolore e di ridurre la tossicità oppioide correlata.

Vie di somministrazione degli Oppioidi

Nei pazienti con nausea, vomito, disfagia, occlusione intestinale, malassorbimento e nei pazienti in cui si rendono necessarie alte dosi di oppioidi la via orale di somministrazione non è indicata. In questi casi altre vie di somministrazione vanno considerate come la via rettale, la via sottocutanea continua mediante pompe siringa più o meno associata alla possibilità di boli extra (patient-controlled analgesia PCA), la via spinale, la via transdermica(fentanyl) la via intravenosa . La via sublinguale ha molte potenzialità per essere efficace, ma, attualmente, solo la buprenorfina è disponibile in questa formulazione. La Tabella 1 mostra le potenziali applicazioni cliniche delle diverse vie di somministrazioni degli oppioidi analgesici .

Farmaci adiuvanti

Antidepressivi triciclici (amitriptilina, imipramina, desipramina): hanno mostrato la loro efficacia analgesica in varie sindromi neuropatiche specialmente quando il dolore presenta caratteristiche disestesiche e parestesiche. In studi clinici controllati sia la amitriptilina che la desipramina erano efficaci nel trattamento della nevralgia post-erpetica; la clorimipramina e la nortriptilina erano efficaci nel trattamento del dolore centrale ; la imipramina, clomipramina, desipramina e fluoxetina erano utili nel dolore da neuropatia diabetica . L'evidenza della loro efficacia nel trattamento del dolore neuropatico maligno è meno chiaro. In uno studio controllato con placebo effettuato su malati con cancro terminale, la somministrazione di imipramina era accompagnata da una minor richiesta di morfina. Un trial con gli antidepressivi triciclici è utile in qualsiasi paziente il cui dolore neuropatico non risponde adeguatamente agli analgesici oppioidi.

Corticosteroidi: sono frequentemente somministrati nei malati con cancro ma la loro efficacia è stata mostrata in uno scarso numero di studi controllati. Probabilmente la riduzione dell'edema peritumorale e dell'infiammazione con conseguente riduzione della pressione e della trazione sui nervi provoca il sollievo del dolore. Il desametazone è efficace nella compressione midollare e nel trattamento della cefalea da ipertensione endocranica.

Anticonvulsivanti: (carbamazepina, fenitoina, acido valproico, clonazepam, gabapentina) sono farmaci utilizzati nel trattamento del dolore neuropatico con componente riferita come "lancinante". Esperienze cliniche si sono accumulate circa l'uso di questi farmaci nel trattamento del dolore neuropatico causato da invasione neurale dal tumore, fibrosi da radioterapia o lesione chirurgica, herpes zooster e deafferentazione.

Anestetici locali: la efficacia della somministrazione intravenosa e sottocutanea di lidocaina nei pazienti con cancro e dolore neuropatico hanno dato risultati contrastanti. Negli studi su pazienti con dolore neuropatico non maligno una breve infusione di lidocaina, quando efficace, produceva una analgesia di breve durata cioè non più di alcune ore.

I *Bisfosfonati* agiscono sul metabolismo osseo inibendo il riassorbimento da parte degli osteoclasti. Nella pratica clinica oncologica quelli più utilizzati sono il clodronato, il pamidronato disodico e, recentemente, lo zoledronato somministrati per via intravenosa. L'azione

ipocalcemizzante di questi farmaci è ben documentata in letteratura. L'acido zoledronico, sul modello animale, è risultato fino ad 850 volte più potente del pamidronato nell'inibire l'induzione di ipercalcemia e 100 volte più potente nell'inibire il rilascio di calcio dall'osso sotto lo stimolo di diversi attivatori ossei. Studi multicentrici controllati, condotti per confrontare l'efficacia e la tollerabilità dello zoledronato 4-8 mg rispetto a 90 mg di pamidronato disodico nel trattare l'ipercalcemia correlata a neoplasia maligna, hanno dimostrato una significativa superiorità dello zoledronato rispetto al pamidronato. Il dosaggio raccomandato è di 4 mg ev in 15 minuti d'infusione per il trattamento iniziale; in caso di ricaduta o di refrattarietà dell'ipercalcemia il dosaggio consigliato è di 8 mg ev in 15 minuti d'infusione.

Studi clinici controllati hanno mostrato non solo l'efficacia dei *Bisfosfonati* sulla riparazione ossea e sulla riduzione delle complicazioni scheletriche ma anche sul controllo del dolore e sulla riduzione dei farmaci analgesici. Per quanto riguarda l'efficacia antalgica, il numero maggiore di trias clinici riguarda l'effetto del pamidronato disodico nel dolore da mieloma multiplo e da metastasi ossee da K mammario. Nell'aggiornamento ASCO 2003 viene ancora sottolineato che i *Bisfosfonati* (pamidronato e zoledronato) non devono essere utilizzati come farmaci analgesici ma devono essere associati alla terapia oncologica specifica.

Per quanto riguarda il ruolo antineoplastico dei *Bisfosfonati* studi recenti suggeriscono che possano avere un effetto antitumorale a diversi livelli: inibizione dello sviluppo di metastasi osse (invasione tumorale, adesione delle cellule tumorali alla matrice ossea), induzione di apoptosi delle cellule tumorali.

Carla Ripamonti

Unità Operativa di Riabilitazione e Cure Palliative, Istituto per lo studio e la cura dei tumori, Milano

VARIAZIONE DOMICILIO

Tutti gli iscritti, ai sensi degli artt. 1, 2, 3 del DPR n. 221/50, sono pregati di comunicare **per iscritto** alla segreteria dell'Ordine l'eventuale variazione del recapito (domiciliare o professionale) ove ricevere la corrispondenza dell'Ordine e degli altri vari enti (Enpam, FNOMCeO, Bipiesse, Esatri).
L'irreperibilità dei destinatari causa disguidi agli enti ma soprattutto agli stessi interessati.

Le sentenze dei tribunali

Abuso sessuale sui minori diffusione del reato in Sardegna

Nonostante numerose carte, convenzioni e dichiarazioni tutelino e garantiscano a livello internazionale i diritti dei minori, si assiste ovunque ad una dilagante violazione degli stessi, soprattutto nel campo della sessualità. Partendo da questo presupposto abbiamo cercato di fornire uno spaccato dell'abuso sessuale sui minori in Sardegna, delineando un quadro circa l'andamento, la diffusione e i caratteri del fenomeno nell'Isola, con particolare riferimento ai Tribunali di Sassari, Tempio, Nuoro, Oristano, Cagliari ed ai territori di loro competenza, mediante la consultazione delle sentenze di condanna irrevocabili emanate durante il decennio 1992-2002.

I dati raccolti sono stati ripartiti secondo le seguenti variabili: luogo di accadimento del reato; età e sesso, sia delle vittime che degli abusanti; ambiente di accadimento (intra-extrafamiliare); andamento delle denunce in seguito all'emanazione delle leggi n. 66/96 e 268/98.

Dalla nostra casistica è emerso che tra il 1992 ed il 2002, in Sardegna, sono stati registrati complessivamente 93 casi casi d'abuso sessuale nei confronti di minori; il minor numero di casi è stato registrato nel Tribunale di Nuoro e corrisponde a 5 casi; il numero di casi aumenta progressivamente nei territori di Sassari, Tempio Pausania ed Oristano, rispettivamente con 8, 9 e 9 casi registrati; la maggior parte delle sentenze è stata pronunciata nel territorio di Cagliari che, sebbene sia quello con maggior densità di popolazione, assomma un numero complessivo di casi (62 registrati) pari a più del doppio di quelli registrati in tutta l'Isola (Tab.1).

La maggior parte delle condanne sono concentrate in provincia di Cagliari

ANNO E NUMERO ABUSI	SASSARI	TEMPIO	ORISTANO	NUORO	CAGLIARI	NUMERO CASI TOTALI
1992					3	3
1993					15	6
1994					16	8
1995					26	8
1996						
1997		1			6	7
1998	1	3			3	7
1999	2	1			11	14
2000	3	2	2		14	24
2001	32	1	7		8	19
2002		1	3	1		4
TOTALE	8	9	9	5	62	93

Tabella 1 - Casi di abuso sessuale contro i minori registrati nei Tribunali della Sardegna dal 1992 ed il 2002.

L'età media delle vittime, varia da un massimo di 12 anni, registrati a Nuoro, a valori intermedi pari a 11 anni, registrati a Sassari e Tempio, fino ad un minimo di 10 anni registrati ad Oristano e Cagliari, con una media complessiva di circa 11 anni in tutta l'Isola (Tab.2).

SASSARI	TEMPIO	ORISTANO	NUORO	CAGLIARI
11	11	10	12	10

Tabella % ″ Et9 ∏edia delle vitti∏e

L'età media complessiva degli abusanti, che è di 47 anni circa in tutta la Sardegna, diminuisce progressivamente da un massimo di 56 anni a Tempio ai 54 anni di Oristano, 45 anni a Cagliari, 40 anni a Sassari, 39 anni a Nuoro. Nella tabella successiva si può agevolmente notare che gli abusanti con età maggiore sono stati registrati a Tempio, mentre quelli con età minore sono stati registrati a Nuoro. Poiché si tratta di soggetti di età relativamente giovane, ci si trova lontani dallo stereotipo dell'abusante in età senile riportato fino a non molto tempo fa in letteratura, che adescava i minori nei casi di abuso extrafamiliare (Tab.3).

SASSARI	TEMPIO	ORISTANO	NUORO	CAGLIARI
40	56	54	39	45

Tabella 3 - Età media degli abusanti.

Per quanto riguarda il sesso delle vittime, dai dati raccolti emerge che in Sardegna la maggior parte delle giovani vittime di abusi sessuali sono prevalentemente di sesso femminile. Solo nel territorio di Sassari risultano essere per metà dell'uno e per metà dell'altro sesso (Tab.4).

SASSARI	TEMPIO	ORISTANO	NUORO	CAGLIARI
50% maschile 50% femminile	femminile	femminile	femminile	femminile

Tabella 4 - Prevalenza del sesso delle vittime.

Per quanto concerne il sesso degli abusanti, è emerso che nella totalità dei casi questi erano di sesso maschile (Tab.5).

SASSARI	TEMPIO	ORISTANO	NUORO	CAGLIARI
Maschile	Maschile	Maschile	Maschile	Maschile

Tabella 5 - Prevalenza del sesso degli abusanti.

Riguardo alle caratteristiche ambientali degli abusi, ovvero al carattere intra o extrafamiliare degli stessi, è emerso che il maggior numero degli abusi avvenuti in Sardegna, per cui è stata pronunciata sentenza di condanna dall'Autorità competente, è a carattere extrafamiliare, ovvero è stato commesso da soggetti esterni alla famiglia, risultando nel solo territorio di Sassari per metà di tipo intrafamiliare e per metà extrafamiliare (Tab.6).

SASSARI	TEMPIO	ORISTANO	NUORO	CAGLIARI
50% Extrafamiliari 50% Extrafamiliari	Extrafamiliari	Extrafamiliari	Extrafamiliari	Extrafamiliari

Tabella 6 - Caratteristiche ambientali degli abusi.

Infine, ci siamo chiesti se l'emanazione di nuove norme relative all'abuso sessuale, contenute nelle leggi 66/1996 e 269/1998, abbia indotto o no un incremento delle denunce, data l'introduzione di nuove e più severe fattispecie penalmente perseguibili.

La risposta al nostro quesito è stata in linea di massima positiva, eccezion fatta per Cagliari, in cui si sono registrati casi di abuso sessuale nei confronti di minori sia prima che dopo l'emanazione delle citate leggi, e per Nuoro dove, contrariamente agli altri territori da noi considerati, le condanne per tale tipo di reato sono risultate tutte antecedenti, come se la novella normativa avesse indotto una maggior cautela nell'esposizione pubblica dei casi (Tab.7).

SASSARI	TEMPIO	ORISTANO	NUORO	CAGLIARI
Successive	Successive	Successive	Antecedenti	Antecedenti Successive

Tabella 7 - Collocazione temporale delle denunce di abuso sessuale nei confronti dei minori rispetto all'emanazione delle leggi 66/1996 e 269/1998.

In sintesi, dalla nostra ricerca è emerso che, in Sardegna, le vittime di abuso sessuale minorile sono rappresentate prevalentemente da bambine di circa 11 anni di età e che lo stereotipo dell'abusante è rappresentato da un uomo relativamente giovane, d'età media pari a 47 anni. Le caratteristiche ambientali degli abusi sono prevalentemente di tipo extrafamiliare, sebbene sia molto probabile che, a causa della presenza di regimi familiari impenetrabili e chiusi, in aggiunta al fatto che all'interno di dette famiglie i figli sono considerati di proprietà e la violenza un mezzo di correzione, l'effettiva nonché occulta connotazione ambientale di tali reati possa essere anche nell'Isola di natura domestica, in linea con quanto emerge dalle statistiche giudiziarie dell'ISTAT relative agli anni 1994-2001, da cui non risulta la reale estensione del fenomeno nel nostro Paese, bensì solamente la "punta dell'iceberg", poiché i casi denunciati e conclusisi con sentenza di condanna risultano essere pochissimi rispetto a quelli rimasti impuniti. Soltanto quando è lo stesso minore, come ab-

biamo potuto rilevare dalla lettura della maggior parte delle sentenze di condanna per violenza sessuale intrafamiliare, che sottoposto a stress psicologico sente la necessità di confidare gli abusi subiti, ora agli insegnanti, ora a conoscenti, il fatto esce all'esterno delle mura domestiche. Ed è a questo punto che si arriva alla messa a nudo della vicenda nella sua interezza e nei suoi risvolti di connivenza con la madre, di minacce e maltrattamenti anche psicologici effettuati sui figli per evitare che la verità fosse portata allo scoperto.

Carlo Lubrano, Alessandro Bucarelli, Anna Amadori
Istituto di Medicina Legale
e di Medicina del Lavoro dell'Università
degli Studi di Sassari,
via Matteotti n. 58, Sassari

RICHIESTA CERTIFICATI

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

Gli iscritti sono pertanto invitati a collaborare, evitando lamentele agli sportelli in quanto il personale amministrativo si limita ad attenersi ai dettami del Codice sulla privacy.

Si ricorda, inoltre, che gli iscritti si possono avvalere della possibilità di autocertificare i dati relativi all'iscrizione.

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

Si precisa che qualsiasi ente pubblico è obbligato ad accettare l'autocertificazione.

Rapporto del CENSIS

Soddisfa gli italiani il livello delle cure ricevute in ospedale

Una notizia di "buonasanità" decisamente importante che emerge da una ricerca del Censis, che ha indagato il rapporto tra gli italiani e gli ospedali del Paese, intervistando, nell'ambito del Forum Biomedico, 1.000 italiani...

L'88.5 % degli italiani giudica sostanzialmente positiva la propria esperienza o quella di un familiare in ospedale. L'impegno e la serietà professionale dei medici e degli infermieri, l'esito delle cure e la qualità delle attrezzature tecnologiche risultano essere i motivi fondamentali di questa soddisfazione.

Una notizia di "buonasanità" decisamente importante che emerge da una ricerca del Censis, che ha indagato il rapporto tra gli italiani e gli ospedali del Paese, intervistando, nell'ambito del Forum Biomedico, 1.000 italiani.

In media, i cittadini italiani hanno un ospedale a circa 8 km da casa, il 55,9% ne ha uno nel comune di residenza, il 36,6% nella provincia di residenza. In caso di malattia grave il 23,2% si rivolgerebbe a quello più vicino, il 38,5% al più importante nella propria regione e il 29,6% al più importante in Italia. L'affezione degli italiani per i loro ospedali sembra dipendere da una sorta di "rassicurazione istituzionale", dovuta anche all'immagine di presidio territoriale. Solo il 9% (circa 4 milioni di italiani) dichiara che in caso di malattia grave si rivolgerebbe ad un ospedale all'estero.

Tuttavia la scarsità di servizi alternativi sul territorio e la capacità dell'ospedale di dare sicurezza ai pazienti più deboli, in particolare agli anziani, sono indicati come gli elementi maggiormente negativi negativi nell'organizzazione delle strutture sanitarie.

E la vera nota dolente riguarda le procedure di accesso: oltre il 55% per accedere alle prestazioni ha fatto ricorso a conoscenze, il 47,2% è stato costretto a cambiare strutture, il 23,5% dice di essere stato dimesso troppo presto e il 21,3% di essere stato trasportato con l'ambulanza in più strutture.

Unica nota negativa: pochi quotidiani hanno dato rilievo all'indagine. Evidentemente il dato di "fiducia" e "soddisfazione" non fa notizia...

Antonella Caricati

Impegno e serietà professionali alla base della fiducia. Poco rilievo sui giornali: la "buonasanità" non fa notizia

ORARI DI APERTURA AL PUBBLICO

Lunedì - Mercoledì - Venerdì: dalle ore 11.00 alle ore 13.00
Martedì: dalle ore 11.00 alle ore 13.00 e dalle ore 16.00 alle ore 18.00
Giovedì: dalle ore 11.00 alle ore 15.30 (orario continuato)

LE PAGINE
DELL'ODONTOIATRIA

(da pagina 48 a pagina 55)

Le richieste del ministero della Salute

Parere del Consiglio di Stato sull'Istituto dell'Annotazione

Il ministero della Salute con la nota trasmessa alla Federazione in data 16 settembre 2004, ha inviato copia del parere del Consiglio di Stato sull'interpretazione dell'art. 13, ultimo comma, L. 3 febbraio 2003, n. 14.

Il parere del Consiglio di Stato è stato espresso dalla Sez. I in data 5 maggio 2004, su apposita richiesta del Ministero della Salute. Si ricorda a questo proposito che il Consiglio di Stato, Organo ausiliario del Governo, oltre a compiti di carattere giurisdizionale, svolge compiti di consulenza giuridico-amministrativa e di tutela della giustizia nell'amministrazione (v. art. 100, Costituzione).

I quesiti posti dal Ministero della Salute erano i seguenti :

1) se l'introduzione della professione di odontoiatra, rendendo obbligatoria l'iscrizione al relativo albo, abbia fatto venir meno la legittimazione ad esercitare l'odontoiatria per coloro che sono iscritti al solo albo dei medici chirurghi, conseguentemente prevedendo, anche per i medici indicati dall'art. 19 della Direttiva 78/686/CEE, il requisito della doppia iscrizione per svolgere entrambe le attività di medico chirurgo e di odontoiatra;
2) se (ed eventualmente in quali limiti) i laureati in medicina e chirurgia, regolarmente autorizzati ad esercitare la professione medica, possano continuare ad esercitare le attività inerenti alla prevenzione, alla diagnosi e alla cura delle anomalie e delle malattie dei denti, della bocca, delle mascelle e dei relativi tessuti senza essere iscritti nell'albo degli odontoiatri e soltanto sulla base della espressa previsione di cui all'art. 19 Direttiva 78/686/CEE;
3) se dopo l'abrogazione dell'art. 5 della L. 409/1985 i laureati in medicina e chirurgia, in possesso di un diploma di specializzazione in campo odontoiatrico e già iscritti nell'albo dei medici con annotazione ai sensi del citato art. 5, possano continuare ad esercitare la professione di dentista senza essere iscritti anche all'albo degli odontoiatri.

In riferimento al primo quesito il Consiglio si è pronunciato in senso favorevole alla doppia iscrizione, ritenendo che le modifiche operate con la L. n. 13 del 2003 e con il Dlgs. N. 277 del 2003 alla L. 409 del 1985 abbiano reso obbligatoria, per l'esercizio dell'odontoiatria, l'iscrizione al relativo albo professionale ed abbiano fatto venir meno la possibilità di esercitare tale professione con la sola iscrizione all'albo dei medici chirurghi..

Quanto al secondo quesito, la Sezione ha osservato che, ai sensi dell'art. 2 della L. n. 409 del 1985 "le attività inerenti alla diagnosi ed alla terapia delle malattie ed anomalie congenite ed acquisite dei denti, della bocca, delle mascelle e dei relativi tessuti, nonché alla prescrizione ed alla riabilitazione odontoiatriche" costituiscono oggetto della profes-

Pronuncia in senso favorevole per la doppia iscrizione per svolgere le attività di medico chirurgo e di odontoiatra

sione di odontoiatra. Tali attività, nel sistema della L. 409/1985, possono essere svolte soltanto da soggetti iscritti all'albo degli odontoiatri. L'art. 19 della Direttiva n. 78/686/CEE (citato nel quesito) riguarda il riconoscimento a determinate categorie di soggetti del diritto di svolgere l'attività di dentista, ma non si occupa del diverso problema, di competenza degli ordinamenti nazionali, relativo all'identificazione dell'albo professionale al quale, a tal fine, occorre iscriversi.

In relazione all'ultimo quesito, viene ribadita l'indispensabilità per i laureati in medicina e chirurgia, in possesso del diploma di specializzazione in campo odontoiatrico, di iscriversi all'albo degli odontoiatri per l'esercizio della relativa attività; i medesimi, comunque, potranno continuare ad esercitare la professione per il tempo strettamente necessario al conseguimento dell'iscrizione nell'albo innanzi citato".

Il Ministero ha sollecitato la Federazione affinché ne venga data notizia agli Ordini provinciali ricordando che lo stesso Ministero, ovviamente, non rinviene motivi per discostarsi dall'orientamento espresso dal Consiglio di Stato.

Facciamo presente che il parere del Consiglio di Stato e la comunicazione del Ministero della Salute al riguardo sono pienamente in linea con gli orientamenti più volte espressi in passato dalla Federazione sulla materia e che nessun diritto acquisito viene leso, considerato che i medici specialisti legittimamente in possesso dell'annotazione ex art. 5, L. 409/85, possono continuare ad esercitare la professione odontoiatrica attraverso l'iscrizione al relativo albo professionale.

In sostanza, il parere del Consiglio di Stato ha confermato che, a seguito dell'abrogazione dell'istituto dell'annotazione (art. 13, L. 14/03), oltre ai laureati in Odontoiatria e Protesi dentaria, possono esercitare l'Odontoiatria, iscrivendosi all'Albo degli odontoiatri e mantenendo l'iscrizione all'Albo dei medici, le seguenti categorie di medici:

- i medici (specialisti in campo odontoiatrico o non) immatricolati al relativo corso di laurea prima del 28 gennaio 1980;
- i medici immatricolati al relativo corso di laurea negli anni accademici dal 1980-81 al 1984-85 che hanno superato le prove attitudinali per l'iscrizione all'Albo degli odontoiatri di cui al Dlgs 386/98;
- i medici specialisti in campo odontoiatrico immatricolati negli anni accademici dal 1980-81 al 1984-85 (si ricorda che, ai sensi del DM 18/9/2000, sono considerate specializzazioni in campo odontoiatrico soltanto le seguenti:

1) Odontoiatria e Protesi dentaria
2) Chirurgia odontostomatologica
3) Odontostomatologia
4) Ortognatodonzia.

Giuseppe del Barone

L'orientamento del Ministero

In data 5 maggio 2004 il Consiglio di Stato, sezione I, su richiesta di questo Ministero, ha espresso proprio parere sull'interpretazione dell'art. 13, ultimo comma, della Legge 3 Febbraio 2003 n. l4 (che ha abrogato l'istituto dell'annotazione presso l'albo professionale dei medici chirurghi).

I quesiti posti all'Alto Consesso erano i seguenti:

1. se l'introduzione della professione di odontoiatra, rendendo obbligatoria l'iscrizione al relativo albo, abbia fatto venir meno la legittima-

zione ad esercitare l'odontoiatria per coloro che sono iscritti al solo albo dei medici chirurghi, conseguentemente prevedendo, anche per i medici indicati dall'art. 19 della Direttiva 78/686/CEE, il requisito della doppia iscrizione per svolgere entrambe le attività di medico chirurgo e di odontoiatra;

2. se (ed eventualmente in quali limiti) i laureati in medicina e chirurgia, regolarmente autorizzati ad esercitare la professione medica, possano continuare ad esercitare le attività inerenti alla prevenzione, alla diagnosi e alla cura delle anomalie e delle malattie dei denti, della bocca, delle mascelle e dei relativi tessuti senza essere iscritti nell'albo degli odontoiatri e soltanto sulla base della espressa previsione di cui all'art. l9 Direttiva 78/686/CEE;

3. se dopo l'abrogazione dell'art. 5 della L. 409/1985, i laureati in medicina e chirurgia, in possesso di un diploma di specializzazione in campo odontoiatrico e già iscritti nell'albo dei medici con annotazione ai sensi del citato art. 5, possano continuare ad esercitare la professione di dentista senza essere iscritti anche all'albo degli odontoiatri.

In riferimento al primo quesito il Consiglio si è pronunciato in senso favorevole alla doppia iscrizione, ritenendo che le modifiche operate con la L. n. 13 del 2003 e con il D.lgs. n. 277 del 2003 alla L. 409 del 1985 abbiano reso obbligatoria, per l'esercizio dell'odontoiatria, l'iscrizione al relativo albo professionale, ed abbiano fatto venir meno la possibilità di esercitare tale professione con la sola iscrizione all'albo dei medici chirurghi.

Quanto al secondo quesito, la Sezione ha osservato che, ai sensi dell'art. 2 della L. n. 409 del 1985, "le attività inerenti alla diagnosi ed alla terapia delle malattie ed anomalie congenite ed acquisite dei denti, della bocca, delle mascelle e dei relativi tessuti, nonché alla prescrizione ed alla riabilitazione odontoiatriche" costituiscono oggetto della professione di odontoiatra. Tali attività, nel sistema della L. n. 409/1985, possono essere svolte soltanto da soggetti iscritti all'albo degli odontoiatri. L'art. 19 della Direttiva n. 78/686/CEE (citato nel quesito) riguarda il riconoscimento a determinate categorie di soggetti del diritto di svolgere l'attività di dentista, ma non si occupa del diverso problema, di competenza degli ordinamenti nazionali, relativo all'identificazione dell'albo professionale al quale, a tal fine, occorre iscriversi.

In relazione all'ultimo quesito, viene ribadita l'indispensabilità per i laureati in medicina e chirurgia, in possesso del diploma di specializzazione in campo odontoiatrico, di iscriversi all'albo degli odontoiatri per esercizio della relativa attività; i medesimi, comunque, potranno continuare ad esercitare la professione per il tempo strettamente necessario al conseguimento dell'iscrizione nell'albo innanzi citato.

Si invia, in allegato, il testo integrale del parere perché ne venga data notizia agli Ordini provinciali, rappresentando che questa Amministrazione, ovviamente, non rinviene motivi per di scostarsi dall'orientamento espresso dall' Alto Consesso.

Claudio Mastrocola
(Direttore generale)

Sito web dell'Ordine:
www.omceoss.it

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

Dopo il parere del Consiglio di Stato

Cosa cambia per i medici che esercitano l'odontoiatria

L'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri della provincia di Sassari comunica formalmente che l'art. 13 della legge 3 febbraio 2003 n. 14 ha abrogato l'art. 5 della legge 24 luglio 1985 n. 409, che prevedeva *l'annotazione ai fini dell'esercizio della professione odontoiatrica* per i laureati in medicina e chirurgia in possesso dei requisiti previsti dalla legge.

La legge 3 febbraio 2003, pur essendo attuazione della direttiva 2001 / 19 CE, ha dato luogo a diverse interpretazioni sul contenuto dell'art. 13, per risolvere i quali è stato richiesto, attraverso il ministero della Salute, il parere del Consiglio di Stato.

Giova ricordare che il Consiglio di Stato, organo ausiliario del Governo, svolge tra l'altro compiti di consulenza giuridica amministrativa e di tutela della giustizia nell'amministrazione ai sensi dell'art. 100 della Costituzione.

Il Consiglio di Stato, nel parere rilasciato il 05.05.2004 e trasmesso dalla FNOMCeO agli Ordini provinciali in data 28.09.2004, ha confermato sostanzialmente quanto segue:

1. abrogazione dell'Istituto dell'annotazione all'esercizio dell'odontoiatria;
2. i medici chirurghi che intendono esercitare l'odontoiatria ***devono*** iscriversi all'Albo degli **Odontoiatri, *anche*** mantenendo la possibilità di iscrizione all'Albo dei medici chirurghi.

L'iscrizione all'Albo degli odontoiatri può essere richiesta soltanto dai medici che rientrano in una delle seguenti categorie:

- medici (specialisti in campo odontoiatrico o non) immatricolati al relativo corso di laurea prima del 28 gennaio 1980;
- medici immatricolati al relativo corso di laurea negli anni accademici dal 1980 – 81 al 1984 -85 che hanno superato le prove attitudinali per l'iscrizione all'albo degli odontoiatri di cui al DLGs 386 / 98;
- i medici specialisti in campo odontoiatrico immatricolati negli anni accademici dal 1980-81 al 1984-85.

Ai sensi del DM 18.09.2000, sono considerate specializzazioni in campo odontoiatrico **soltanto** le seguenti:

1) odontoiatria e Protesi dentaria;
2) chirurgia odontostomatologica;
3) odontostomatologia;
4) ortognatodonzia.

Ne consegue che il medico chirurgo in possesso dei requisiti previsti dalla legge, che intende esercitare l'odontoiatria ha due possibilità:

1) iscrizione al solo Albo degli odontoiatri:
– diritto all'esercizio della sola professione odontoiatrica (anche in relazione all'attività di prescrizione di farmaci);
– pagamento della tassa di appartenenza all'Albo degli odontoiatri fissata dal Consiglio Direttivo per l'anno 2005 in € 120,00

Abrogazione dell'Istituto dell'Annotazione ex articolo 5 legge 409/85: comunicazione dell'Ordine ai medici interessati

2) contemporanea iscrizione all'Albo dei medici chirurghi e all'Albo degli odontoiatri :

– diritto al contemporaneo esercizio della professione medica e di quella odontoiatrica (anche in relazione all'attività di prescrizione);
– obbligo di pagamento della tassa annuale di appartenenza all'Albo medici chirurghi e della tassa annuale di appartenenza all'Albo degli odontoiatri.
– obbligo di pagamento di una sola quota a favore della FNOMCEO. Tassa di appartenenza all'Albo dei medici chirurghi fissata dal Consiglio Direttivo per l'anno 2005 in € 120,00
– Tassa di appartenenza all'Albo degli odontoiatri fissata dal Consiglio Direttivo per l'anno 2005 in € 101,51.

La tassa di appartenenza all'Albo è un tributo annuale e indivisibile: pertanto deve essere corrisposta per intero indipendentemente dal mese dell'anno nel quale è avvenuta l'iscrizione o la cancellazione.

Giova rimarcare quanto segue:

1) **entro due mesi** dal ricevimento della lettera raccomandata a.r. di cui la presente costituisce un allegato i medici chirurghi che intendono esercitare l'odontoiatria devono necessariamente provvedere all'iscrizione all'Albo degli Odontoiatri;
2) in assenza di una eventuale comunicazione in merito l'Ordine provvederà d'ufficio alla revoca dell'annotazione all'esercizio dell'Odontoiatria;
3) l'esercizio dell'attività odontoiatrica in assenza di iscrizione all'Albo degli odontoiatri costituisce **esercizio abusivo della professione odontoiatrica;**
4) ai medici chirurghi che richiedono la cancellazione dall'Albo dei medici e si iscrivono al solo Albo degli Odontoiatri non è successivamente preclusa la possibilità di chiedere un nuova iscrizione all'Albo dei medici chirurghi.

Nella speranza di aver fornito un contributo utile alla determinazione della decisione in merito, si precisa che gli uffici dell'Ordine sono a disposizione per fornire eventuali ulteriori informazioni.

PER INFORMAZIONI E MODULISTICA

Per informazioni riguardanti corsi organizzati dall'Ordine, scadenze, adempimenti connessi alla professione e per la modulistica relativa alle pratiche ordinistiche è possibile consultare il sito dell'Ordine: www.omceoss.it

Consentito l'accesso indiscriminato

Colpo di spugna della Camera: sanatoria o beffa?

Passa alla Camera la sanatoria che cancella il responso negativo dato ad alcuni studenti che nell'anno accademico 2000-2001 non riuscirono a superare i test di ingresso ad alcune facoltà a numero chiuso, tra le quali Medicina e Odontoiatria. Sia il presidente della Fnomceo, Giuseppe del Barone, che il presidente della Commissione Odontoiatri, Giuseppe Renzo, "hanno espresso il loro sdegno su una sanatoria che consente un accesso indiscriminato alle due professioni"

E' fatta. Il paese delle sanatorie è salvo e l'onore dei raccomandati tutelato. Il 3 novembre 2004, in Aula alla Camera è passata una sanatoria che con un colpo di spugna cancella il responso negativo dato ad alcuni studenti che nell'anno accademico 2000-2001 non riuscirono a superare i test di ingresso ad alcune facoltà a numero chiuso, tra le quali Medicina e Odontoiatria.

Peccato che quel numero chiuso sia stato concepito per queste facoltà perché si ritiene indispensabile che chi vi entra a farne parte, avendo come finalità il bene supremo della salute, debba avere un livello culturale "minimo" di ingresso.

Gli studenti in oggetto non l'avevano? Non importa, poveri figli.

E non importa, anche se a chiedere a squarciagola giustizia, mantenendo questo sbarramento, non era solo "l'insensibile corporazione di medici ed odontoiatri" ma tutti quegli studenti che, invece, quegli stessi test li avevano superati brillantemente ("saremmo davanti ad un sopruso a danno dei meritevoli", aveva paventato Cristian Lalli, presidente dell'AISO, l'associazione italiana degli studenti in odontoiatria); e pure storiche associazioni di utenti del servizio sanitario ("siamo contro ogni sanatoria, ogni deroga, ogni condono", dichiarò ad ogni buon conto il segretario generale dell'Aduc, Primo Mastrantoni).

Tutti espressero il loro sdegno per una sanatoria che, se approvata, avrebbe "scardinato il concetto stesso di numero programmato, vanificando l'attuale impianto della didattica e conseguentemente la qualità professionale dei futuri medici ed odontoiatri, con gravi ricadute sulla salute dei cittadini", sottolineando inoltre: "O questo numero programmato ha un senso, e allora lo si mantiene, oppure non lo ha ma allora lo si cancelli, senza ipocrisie a ulteriore danno di utenti inconsapevoli".

Ora il dato è tratto. E la legge della discordia – la n. 2005 sulla regolarizzazione delle iscrizioni ai corsi di laurea per l'anno accademico 2000-2001 ndr – è legge dello Stato. Una legge che, magnanima, grazia chi non si dimostrò all'altezza di intraprendere studi così delicati.

Con buona pace anche delle indicazioni dell'Oms che, cifre alla mano, ci dice che nel nostro paese i dentisti e i medici sono già troppi.

Ma, dicevamo, il paese delle sanatorie almeno è salvo.

Simona Dainotto

Cancellato il responso negativo dato ad alcuni studenti che non riuscirono a superare i test d'ingresso a facoltà a numero chiuso

Nota del ministero della Salute

I sistemi sbiancanti per denti. Norme di commercializzazione

Pubblichiamo la nota del Ministero della Salute avente ad oggetto la commercializzazione dei sistemi sbiancanti per denti a base di perossido di idrogeno.

Alcune ditte hanno manifestato l'intenzione di commercializzare tramite la grande distribuzione prodotti sbiancanti per denti con formulazioni e presentazioni varie a base di perossido di idrogeno o curbammide perossido espresse in equivalenti di perossido di idrogeno con una a percentuale fino ad un massimo del 6%.

I prodotti sbiancanti per denti con percentuali di perossido di idrogeno dal 3.3% al 40% sono stati fino ad ora prodotti di uso professionale impiegati o, comunque prescritti, direttamente dal dentista.

Il Consiglio Superiore di Sanità (CSS) nella seduta del 23/01/04 ha preso in esame la richiesta delle ditta relativa alla commercializzazione nella grande distribuzione ed ha fatto presente che l'utilizzo dei sistemi sbiancanti presenta dei rischi, seppur accettabili, che devono essere resi noti al paziente. Inoltre sempre il CSS ha rilevato che una distribuzione al pubblico attraverso i normali punti di vendita, al di fuori dei canali professionali (dentisti, farmacie) potrebbe portare in alcuni casi ad un uso non corretto.

Alla luce di tali considerazioni il CSS ha ritenuto pertanto che:

- sia necessario limitare la distribuzione al canale professionale (Dentisti e Farmacie) allo scopo di garantire la presenza di un professionista sanitario in grado di fornire informazioni sul corretto utilizzo;
- è utile un periodo di monitoraggio del prodotto di almeno 12 mesi;
- il foglietto illustrativo dei preparati dovrà riportare controindicazioni ed avvertenze specifiche.

Ciò premesso si ritiene pertanto necessario che la distribuzione dei prodotti di cui si tratta, con percentuale di perossido di idrogeno fino ad un massimo del 6%, avvenga soltanto attraverso i canali professionali (dentisti e farmacie) ed alle seguenti condizioni:

a) il foglietto illustrativo dovrà riportare almeno le seguenti controindicazioni:

1) gravidanza
2) nei bambini;
3) in presenza di interventi odontoiatrici quali otturazioni, corone, ponti, "faccette" o impianti effettuati nelle due settimane precedenti e successive;
4) in caso di macchie da farmaci;

b) Il foglietto illustrativo dovrà anche riportare almeno le seguenti avvertenze:

1) attenta lettura delle istruzioni prima dell'uso del prodotto;
2) non utilizzo prima e dopo trattamenti ortodontici:
3) utilizzo solo dopo aver consultato il dentista soprattutto in caso di sensibilità dentale, disturbi gengivali, irritazioni o in caso di consumo di alcool e/o tabacco;
4) limitazione temporale di utilizzo

(non più di due trattamenti/anno nelle quantità stabilite).

Dopo 12 mesi dalla commercializzazione questo Ministero analizzerà le eventuali segnalazioni di eventi avversi pervenute al fine di rivalutare le modalità di distribuzione.

Le SS. LL. in indirizzo, per quanto di competenza, sono invitate a diffondere i contenuti delle presente nota in particolare alle ditte interessate, alle farmacie ed ai medici dentisti invitando ad una ristretta osservanza di quanto in essa indicato.

Le ditte interessate, in particolare, dovranno attenersi alle prescrizioni sopra riferite e dovranno trasmettere al Ministero dello Salute - Direzionale Generale. dei farmaci e dei dispositivi medici etichetta dei prodotti di cui si tratta nonché foglio illustrativo contenente le avvertenze e le controindicazioni sopra specificate e dovranno adottare una procedura di sorveglianza sul mercato, informando questo Ministero relativamente ad eventuali segnalazioni di eventi e relativamente ai dati di commercializzazione.

Nello Martini
(Dirigente Generale)

L'accesso ai concorsi pubblici di I e II livello dirigenziale degli Odontoiatri

Le decisioni del Consiglio di Stato nn. 3597 e 3598 del 2004 hanno annullato le sentenze del TAR Lazio che avevano riconosciuto ai laureati in odontoiatria e protesi dentaria il diritto all'accesso ai concorsi per il I e II livello dirigenziale del Servizio Sanitario. La Commissione per gli Iscritti all'Albo degli Odontoiatri della FNOMCeO ha chiesto l'intervento del Ministero per risolvere il problema.

Il Tribunale Amministrativo del Lazio aveva, infatti, riconosciuto il carattere specialistico della laurea in odontoiatria e protesi dentaria con il conseguente giustificato esonero per I laureati in quell corso, dal possesso di una specializzazione ulteriore nel campo, per accedere ai concorsi Le decisioni del Consiglio di Stato, stravolgendo questa impostazione hanno, di fatto, tolto ai laureati qualsiasi certezza del diritto di accedere ai concorsi.

Si chiede un intervento fattivo di codesto Ministero per risolvere la questione attraverso l'eventuale modifica dell'art. 28, DPR 484/97, relativo alla determinazione dei requisiti per l'accesso al I e II livello dirigenziale.

L'attuale situazione normative – vista anche la difficoltà tecnica di esperire ricorsi giurisdizionali nei confronti delle decisioni del Consiglio di Stato – rischia, oltretutto, di paralizzare il sistema concorsuale, considerando che anche I medici in possesso della specializzazione in campo odontoiatrico, necessaria per garantire loro l'esercizio della professione odontoiatrica, dovrebbero essere in possesso di un ulteriore diploma di specializzazione per accedere ai concorsi.

Sembra evidente che questa situazione non sia ulteriormente prorogabile se non si vuole creare un blocco dell'assistenza pubblica in campo odontoiatrico, con conseguenti gravissime ricadute sulla salute pubblica.

Giuseppe Renzo

Medici ingiustamente colpevolizzati

Disagio nella Sanità Appello al presidente Ciampi

"La categoria medica è purtroppo accerchiata e ingiustamente colpevolizzata per posizioni preconcette legate all'eccessivo peso delle incombenze burocratiche e del netto prevalere dell'interesse economico su quello professionale, con grave nocumento al rapporto di fiducia medico-paziente che costituisce il fondamento primo di qualsiasi tipo di cura".

Esordisce in questo modo la nota indirizzata al Capo dello Stato Carlo Azelio Ciampi dal Presidente della Federazione degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Giuseppe del Barone il quale ha voluto manifestare alla massima Autorità del Paese il crescente disagio della categoria. Tra i vari e diversi motivi che sono al fondo del malessere di una professione di cui Del Barone ha evidenziato "*l'impegno e la dedizione diretti a garantire il bene primario della popolazione*", il Presidente della FNOMCeO ha citato l'eccessiva burocratizzazione, il clima denigratorio nei confronti dei sanitari, le accuse generalizzate di malasanità, il mancato – o quanto meno ritardato – rinnovo di contratti e convenzioni, il programma ECM, il nuovo esame di Stato.

Sottolineando che la sua denuncia non vuole mirare ad ottenere privilegi indiscriminati per la categoria, né vuole essere una rivendicazione sindacale che spetta ad altri organismi all'uopo costituiti, il Presidente Del Barone ha richiamato l'attenzione del Capo dello Stato sulle legittime attese di una categoria deputata alla tutela della salute sulla quale, anche, si fonda il benessere dello Stato.

Pubblichiamo il testo della lettera:

Caro Presidente,

nel mio ruolo istituzionale di Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e su mandato del Consiglio Nazionale della stessa FNONCeO, costituito dai 103 Presidenti degli Ordini Provinciali dei Medici, desidero sottoporre alla sua sicura attenzione il disagio crescente che pervade la categoria che ho l'onore di rappresentare.

Ricercare i motivi del malessere sarebbe arduo e periglioso e la cosa pin facile e dire che essi riguardano aspetti diversi dell'esercizio professionale, ingenerando un clima di malcontento che poco giova all'esercizio di una professione particolarmente impegnativa e delicata, diretta a garantire il bene primario della popolazione.

È mia intenzione sottoporre tali motivi alla sua considerazione, non certo come rivendicazioni di carattere sindacale che spettano ad altro tipo di organizzazioni, all'uopo costituite, ma come mio precipuo dovere legato alla funzione di difesa - non corporativa ma professionale attribuita dalla legge istitutiva all'Ordine. Ordine che, pur nella propria qualità di organo ausiliario dello Stato, si trova di fatto nella impossibilità di svolgere a pieno la funzione

Illustrati in una nota i motivi del malessere che reca grave nocumento al rapporto di fiducia fra medico e paziente

di garante della salute dei cittadini e di organismo di controllo della professione a causa di una legge istitutiva obsoleta, che risale al 1946 e non e più in grado di consentire all'Ordine medesimo di rispondere in modo adeguato alle moderne esigenze degli iscritti.

Proprio al fine di non esasperare il concetto della difesa di una categoria, faccio mio, signor Presidente, il suo richiamo alla funzione - che e divenuto una lodevole costante dei suoi discorsi in ambito politico - trasferendolo al settore medico onde favorire, insieme politici e sanitari, le battaglie per la salute. Purtroppo la nostra categoria si trova accerchiata e colpevolizzata - il più delle volte a torto - per posizioni preconcette legate all'eccessivo peso delle incombenze burocratiche e del netto prevalere dell'interesse economico su quello professionale. Il tutto naturalmente con grave nocumento al rapporto di fiducia medico-paziente che è basilare e costituisce il fondamento primo di qualsiasi tipo di cura.

Sulla stampa politica e di informazione continuano ad apparire esempi, spesso volutamente esasperati, di malasanità come colpe personali dei medici dimenticando le carenze strutturali e la mancanza di condizioni ottimali del sistema sanitario pubblico, e senza considerare che il governo clinico, sempre promesso sulla carta, e attuato poco e con estrema difficoltà.

A ciò si aggiunga il clima denigratorio nei confronto dei sanitari favorito anche dalla fuga reiterata di notizie riservate dagli ambienti giudiziari, cosa che non posso non stigmatizzare e per la quale ho gia richiesto un sollecito intervento del ministro Castelli.

Altro motivo di legittimo malcontento dei medici è rappresentato dal mancato rinnovo di contratti e convenzioni che seppure stiano ora, come sembrerebbe, in dirittura d'arrivo, giungerebbero comunque dopo oltre tre anni dalla scadenza, cosa che, come dimostrano le cronache giornaliere, nessuna categoria di lavoratori, e disposta a tollerare. Tutto ciò non può non creare negli operatori sanitari disagio e incertezza, compromettendo parimenti l'immagine e il funzionamento stesso del SSN di cui, invece, i medici vogliono essere - e sono - parte attiva. Un SSN il cui finanziamento, peraltro, appare ancora una volta sottostimato nella recente Legge Finanziaria rispetto alle reali esigenze.

Per quanto attiene poi al programma di formazione continua (ECM) istituito tre anni fa dal Ministero delta Salute al fine di promuovere un aggiornamento costante del medico, a tutt'ora i programmi sono rimasti tali, mancando atti certi, finanziamenti e soprattutto ciò che maggiormente preme sottolineare - mancando il coinvolgimento diretto degli Ordini professionali che nel programma di formazione avrebbero dovuto avere un ruolo di terzietà rispetto al Ministero e alle Regioni, con compiti di analisi dei bisogni formativi dei professionisti e partecipazione alla elaborazione degli obiettivi di formazione, verifica e controllo dei providers anche di certificazione, compiti che sono invece stati attribuiti ad altri organismi relegando gli Ordini ad attività puramente notarili.

Potrei aggiungere il problema del nuovo Esame di Stato e del richiesto tirocinio pratico valutativo dove, a fronte dell'impegno, non è prevista dalla normativa esistente alcun riconoscimento per i sanitari che svolgano funzioni di tutors/valutatori.

E ancora il problema connesso alla mancata regolamentazione del settore delle medicine non convenzio-

nali che, cosi com'è attualmente, non dà certezze professionali agli operatori né garanzie di sicurezza ai cittadini. II tentativo esperito dalla FNOMCeO di dare linee-guida sull'argomento onde fornire indicazioni utili ai medici almeno sugli aspetti etico-deontologici legati all'esercizio delle medicine non convenzionali, non è stato supportato da alcun intervento governativo, tant'è che ad oggi - a tre anni dal documento approvato dal Consiglio Nazionale delta FNOMCeO a Terni - non è stato varato alcun provvedimento legislativo capace di normare un settore che va sempre più estendendosi sia per il numero crescente di cittadini che vi fa ricorso, sia per quello di medici che praticano tali medicine.

Ho citato, signor Presidente, soltanto alcune delle problematiche più evidenti che riguardano 1'attività professionale di una categoria di professionisti fra le più numerose, contando ben 358.000 iscritti, e fortemente impegnata nel sociale, nella prevenzione e nella cura delle malattie, nel mantenimento delta stato di salute della popolazione, con risultati ottimali che pongono il nostro Paese al secondo posto in Europa nell'efficienza del sistema sanitario e con risultati visibili e concreti legati soprattutto all'innalzamento notevole dell' età.

Il desiderio di portare tali problematiche alla sua conoscenza è legato alla fiduciosa speranza che una sua presa di posizione nei confronti dei Ministeri competenti, degli Assessori Regionali e degli alti dirigenti ministeriali potrebbe significare per i medici una dichiarazione di manifesta solidarietà da parte della massima autorità dello Stato e una volontà di difesa e di intervento al più alto livello che non potrebbe che giovare fortemente alla categoria.

Grande è il sentimento di fiducia che ripongo in lei, signor Presidente, come rappresentante dell'intera categoria medica e a titolo personale, tanto che sono stato convinto sostenitore della sua elezione nella mia qualità di parlamentare nella XIII Legislatura.

Mi preme evidenziare che tutto quanto sopra non vuole mirare ad ottenere privilegi indiscriminati, ma unicamente a far sì che siano riconosciute giuste e legittime attese volte a garantire la tutela delta salute delta popolazione, sulla quale, anche, si fonda il benessere dello Stato.

Giuseppe del Barone

MEDICI DI FAMIGLIA E PEDIATRI PATRIMONIO DA TUTELARE

"La figura del medico di medicina generale e quella del pediatra di libera scelta sono patrimonio, ormai consolidato, della collettività e come tale deve essere salvaguardato". Così si è espresso il presidente della FNOMCeO, Giuseppe Del Barone, di fronte alla notizia di un emendamento alla Finanziaria presentato dalle Regioni, nel quale verrebbero messe in discussione le due figure professionali, la valenza nazionale delle convenzioni, nonché la durata triennale degli stessi accordi. "Se l'emendamento dovesse essere accettato si aprirebbe la strada ai contratti stipulati a livello regionale con buona pace dell'attuale Servizio Sanitario Nazionale già messo fortemente in discussione dalla ormai avviata devolution. La Federazione – ha concluso Del Barone – auspica il ritiro dell'emendamento anche alla luce della sensibilità più volte dimostrata dagli stessi assessori alla sanità nei confronti di un Servizio Sanitario pubblico che garantisca uniformità di prestazioni su tutto il territorio nazionale".

Esenzione fino a cinque metri quadri

Disciplina tributaria per insegne e targhe di attività professionale

In data 24.09.2004 la FNOMCeO ha inviato la comunicazione n. 93 relativa alla disciplina tributaria delle targhe e insegne esposte dai professionisti per l'individuazione della sede dello svolgimento dell'attività professionale.

Con la comunicazione in oggetto la FNOMCeO rende noto agli Ordini provinciali di aver presentato un esposto alla Commissione per la tenuta dell'Albo delle società incaricate della riscossione delle imposte comunali presso il Ministero dell'Economia per sottoporre la questione relativa alle richieste di pagamento delle imposte sulle targhe esposte dai medici chirurghi e dagli odontoiatri inoltre da una società incaricata della riscossione dei tributi locali denominata ICA srl e operante in particolare nel Veneto. Il Ministero ha risposto alla FNOMCeO ribadendo quanto già chiarito nella sua Circolare n. 3 del 3 maggio 2002 di cui di seguito riportiamo il contenuto di interesse per la categoria :

Il comma 1 dell'art. 2 bis della legge 75 del 2002 stabilisce che, analogamente a quanto previsto dall'art. 10 della legge 448 del 2001, il canone "*non e' dovuto per le insegne di esercizio delle attività commerciali e di produzione di beni o servizi che contraddistinguono la sede ove si svolge l'attività cui si riferiscono, per la superfice complessiva fino a 5 metri quadrati*".

A titolo meramente esemplificativo sono elencate le fattispecie che godono del beneficio in questione tra le quali: i mezzi pubblicitari esposti dai professionisti, tra i quali i medici, che assolvono il compito di individuare la sede dove si svolge un'attività economica, rientrando in tale modo nella definizione di cui al citato art. 47 del DPR n. 495 del 1992;

Pertanto le targhe dei professionisti godono del trattamento agevolativo di cui all'art. 10 della legge 448/01 successivamente integrato dall'art. 2 bis della legge 75/02 di conversione del D.L. n. 13 del 2002 che ha stabilito l'esenzione dal pagamento dell'imposta sulla pubblicità e del canone per l'installazione dei mezzi pubblicitari per le insegne di superficie fino a 5 metri quadrati.

In conclusione qualsiasi richiesta da parte dell'I.C.A. srl o di altre società incaricate della riscossione dei tributi locali di pagamento dell'imposta sulla pubblicità delle targhe è illegittima è potrebbe dare luogo alla formulazione di un esposto da parte della FNOMCeO alla Commissione per la tenuta dell'albo delle società incaricate della riscossione delle imposte comunali presso il Ministero dell'Economia.

Illegittima la richiesta di pagamento delle società incaricate della riscossione dei tributi locali

Da gennaio l'obbligo della ricetta a lettura ottica

Nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 251 del 25 ottobre 2004 – Supplemento Ordinario N. 159 – è stato pubblicato il decreto interministeriale 18 maggio 2004 at-

tuativo dell'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, recante disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell'andamento dei conti pubblici, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326.

L'articolo 50 del decreto-legge 269/2003 introduce il nuovo sistema di monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prescrizioni sanitarie.

In particolare viene introdotta la nuova Tessera sanitaria, che potrà essere utilizzata nei Paesi dell'Unione Europea per ricevere l'assistenza sanitaria, e la nuova ricetta a lettura ottica il cui utilizzo sarà obbligatorio dal 1° gennaio 2005.

La Tessera sanitaria e la nuova ricetta saranno strumenti che consentiranno alle strutture sanitarie accreditate di trasmettere, con modalità telematiche, i dati di ciascuna prestazione erogata e della relativa spesa, nel completo rispetto della normativa vigente della tutela della privacy.

In particolare il decreto 18 maggio 2004, concernente la definizione dei modelli ricettari medici standardizzati e di ricetta medica a lettura ottica, disciplina le caratteristiche e l'impiego del ricettario per l'erogazione di prestazioni sanitarie.

I nuovi ricettari, che saranno distribuiti a cura dell'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, debbono essere utilizzati per le prescrizioni delle prestazioni sanitarie agli assicurati, cittadini italiani o stranieri, residenti o in temporaneo soggiorno in Italia e per le prescrizioni delle prestazioni sanitarie al personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile.

Pertanto anche il libretto modulario per l'assistenza sanitaria agli assicurati di istituzioni estere in temporaneo soggiorno in Italia verrà abolito non appena sarà emanato il relativo decreto interministeriale.

Il decreto in esame prevede, inoltre, che in attesa della piena operatività delle procedure informatizzate di stampa del codice fiscale a barre, sia consentito ai medici prescrittori di riportare in chiaro, nell'apposito spazio della ricetta, il codice fiscale dell'assistito.

Notifica obbligatoria per sindrome/infezione da rosolia congenita

Nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 259, del 4 novembre 2004, è stato pubblicato il decreto 14 ottobre 2004 recante "Notifica obbligatoria della sindrome/infezione da rosolia congenita", che entrerà in vigore dal 1° gennaio 2005.

L'articolo 1, comma 1, del decreto in esame dispone che all'elenco delle malattie di cui alla classe terza del decreto ministeriale 15 dicembre 1990 siano aggiunte la sindrome/infezione da rosolia congenita e l'infezione da virus della rosolia in gravidanza.

Come è noto il decreto ministeriale 15 dicembre 1990 prevede all'articolo 1 l'obbligo di notifica da parte del medico di tutti i casi di malattie diffusive pericolose per la salute pubblica.

Pertanto il medico che ha osservato il caso o ha posto il sospetto di sindrome/infezione da rosolia congenita e di infezione da rosolia in gravidanza deve segnalarlo entro due giorni all'Azienda sanitaria locale in cui è stato avanzato il sospetto diagnostico.

La relativa notifica va effettuata utilizzando le schede epidemiologiche di cui agli allegati 2 e 3 che costituiscono parte integrante del decreto indicato in oggetto di cui si allega copia.

Una polemica fra Ordine e il senatore Cesare Cursi

Gli "errori" dei medici e quelli del sottosegretario

Il presidente della FNOMCeO ha inviato una nota al sottosegretario al Ministero della Salute senatore Cesare Cursi, a seguito delle Sue dichiarazioni comparse su "La Stampa" dell'8 novembre scorso in merito agli errori dei medici. Pubblichiamo il testo della nota.

Caro sottosegretario, mi è capitato di leggere su "La Stampa" dell's novembre u.s. e di sentire per radio nella trasmissione "Baobab" dello stesso giorno, alcune Tue dichiarazioni che non mi sento di poter condividere. Hai affermato che bisogna abbattere i casi di errore medico che, testualmente, "stando alle denunce sono veramente troppi". Hai poi aggiunto che "bisogna coinvolgere direttamente l'Ordine dei Medici che deve prendersi le proprie responsabilità" e consigliato, sempre agli Ordini, un atteggiamento di severità a carico dei medici, rimarcando che si vedono "pochissime risoluzioni, pochissime diffide, pochissimi sanzioni e quasi nessun caso di radiazione dall'Albo e questo non va bene.

Mi vedo costretto a ricordarti - chiedendotTi nella fattispecie una maggiore prudenza in dichiarazioni di un certo tenore - che, quando la pronuncia giurisprudenziale in terzo grado è negativa per il medico, l'Ordine fa immediatamente scattare le sanzioni previste che sono l'avvertimento, la censura la sospensione sino a 9 mesi o la radiazione. Inoltre il procedimento disciplinare una volta iniziato, rimane aperto sino alla conclusione della causa penale che, in più del 90% dei casi si conclude in modo favorevole al sanitario. Non va inoltre, dimenticato che anche se assolto penalmente, il medico può essere punito dall'Ordine per mancanze contro la deontologia.

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

Potrei a tale riguardo, portare a tua conoscenza alcuni esempi, come si è verificato alla ASL NA 1 dove un medico, assolto mesi or sono, è stato sospeso per sei mesi dall'attività convenzionale. I danni, se richiesti, addebitati al direttore generale e allo Stato, cioè a noi!

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

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

Contestata la tendenza di certo politici a lmiquidare argomenti delicati con poche superficiali battute

(quasi sempre infondato) di un errore medico.

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

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

Giuseppe del Barone

Pubblichiamo il testo dell'articolo apparso sul quotidiano "La Stampa" del 08.11.2004 con le dichiarazioni del sottosegretario alla salute Cesare Curzi, dal titolo "Scontro sul boom delle denunce presentate dai pazienti: il governo ai medici: dovete fare meno errori".

Le cause contro i medici si moltiplicano, le compagnie di assicurazione si rifiutano di coprire i camici bianchi e, quindi, i medici chiedono una polizza obbligatoria, sul tipo delle Rc auto. Ma il governo replica che la novità è un'altra. Dice il sottosegretario alla Salute Cesare Curzi: «Bisogna abbattere i casi di errori che, stando alle denunce, sono veramente troppi, perfino considerando l'aumentata litigiosità di chi si ritiene danneggiato. E poi bisogna coinvolgere direttamente l'Ordine dei medici, che deve prendersi le sue responsabilità. A fronte dei problemi d'incuria ci deve essere un atteggiamento di severità a carico dei medici. Invece vediamo pochissime risoluzioni, pochissime diffide, pochissime sanzioni e quasi nessun caso di radiazione dall'albo e questo non va bene». Se non va bene che il prezzo delle polizze sia aumentato del 250%, non va nemmeno bene che in un anno ci siano state 32 mila denunce, di cui 7 mila per sospetti errori diagnostici. Mentre i medici invocano l'assicurazione obbligatoria, differenziata per settori più o meno a rischio, replica Curzi: «Lo Stato può sostenere la copertura assicurativa, ne stiamo discutendo in Senato e l'argomento è in sede d'approfondimento nella conferenza Stato-Regioni. Ma, sia ben chiaro, non dipende da noi il rapporto di fiducia medico-paziente: non le facciamo noi le liste d'attesa in ospedale e non si possono imputare a noi i ricoveri impropri. E non ci possiamo più permettere spese inutili per analisi superflue. Nella Finanziaria abbiamo stanziato 7 miliardi di euro in più e il fondo sanitario nazionale ha ora 87 miliardi. Può bastare». Anche le assicurazioni non ci stanno più con le cifre e sostengono che il 50% delle richieste danni avviene per omissioni in sala operatoria nei reparti di traumatologia, ostetricia, ginecologia. Peggio, si adombra una ben più seria responsabilità a carico della cosìddetta «medicina difensiva» (la prescrizione di una miriade di analisi fatte dai dottori per tutelarsi contro l'accusa di negligenza). Oltre a rappresentare l'8% dei costi totali, costituisce un possibile danno al paziente: troppe radiografie, troppe Tac e spirometrie, tutte sostanze nocive che bombardano il corpo di quanti si sottopongono ad esami, spesso inutili. E sotto tiro finiscono anche le strutture sanitarie nel loro complesso, accu-

sate di essere poco manageriali e poco organizzate nell'abbattimento dei rischi. Marco Fusciani, vicedirettore generale dell'Ania – l'associazione delle assicurazioni – uccide ogni speranza dei medici sulla polizza come quelle delle auto: «L'assicurazione obbligatoria non risolve i problemi, non si possono scaricare su di noi le inefficienze del sistema sanitario. L'assicuratore deve alzare i premi, se i risarcimenti sono moltissimi. Partiamo dal fatto che l'evoluzione della scienza medica porta il malato a pretendere l'obbligazione di risultato. L'unico metodo è risolvere il problema alla radice, introducendo la capacità di gestione del rischio, un'analisi completa della struttura sanitaria atta ad attenuare gli inconvenienti (uso dei macchinari, preparazione del personale e poi evitare la concentrazione di macchine in uno stesso ambiente col rischio di sovrapposizione di onde)». Le assicurazioni – aggiunge – «hanno elaborato un questionario con l'università Sant'Anna di Pisa per una gestione oculata dei rischi. E se i sinistri diminuiscono, non ci sarà più bisogno della polizza obbligatoria. Noi offriamo gratis il questionario, ma le strutture devono investire sulla sicurezza e anche sulla cultura che manca. Resto esterrefatto rispetto a quanto dichiarato sulla "medicina difensiva". Il medico, assicurandosi, non cambia la sua responsabilità nei confronti del malato; significherebbe che, non sentendo più il rischio patrimoniale, il medico diventa meno scrupoloso e abbassa i livelli di sicurezza». Analisi prescritte solo a seconda dell'assicurazione? «Stiamo scherzando? Qui si parla dei cittadini, dei malati».

POSITIVO L'INCONTRO CON L'AIFA: STOP ALLA DOPPIA FIRMA SULLE RICETTE

La parola fine sulla doppia firma del medica sulle ricette è stata posta a conclusione di un incontro che il Presidente della Federazione degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Giuseppe Del Barone ha avuta con la dr.ssa Antonella Cinque e il dr. Nello Martini rispettivamente Presidente e Direttore Generale dell'AlFA (Agenzia Italiana del Farmaco). In precedenza, infatti, il medico oltre a sottoscrivere la ricetta era obbligato ad apporre la propria firma anche nell'apposito spazio riservata alle note CUF, con un ulteriore aggravio burocratico a carico dello stesso sanitario.

Soddisfazione per questa semplificazione procedurale è stata espressa da Del Barone: "Finalmente - ha affermato il Presidente della FNOMCeO - dopo tante richieste in tal senso abbiamo fatto un piccolo ma significativo passo avanti nella lotta alla burocrazia nell'ambulatorio del medico il quale potrà dedicare più tempo al rapporto con i pazienti. Una semplificazione tanto più gradita anche in previsione dell'entrata in vigore, il prossimo 19 novembre delle note AlFA in sostituzione delle vecchie note della Commissione Unica del Farmaco (CUF).

Protesta col ministro della Giustizia Castelli

Si chiede maggiore discrezione negli ambienti giudiziari

Il Presidente della Federazione degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Giuseppe del Barone di fronte alle numerose notizie apparse sulla stampa riguardanti medici coinvolti nell'inchiesta Glaxo ed altro, ha inviato al ministro Castelli una nota per sollecitare una maggiore discrezione da parte degli ambienti giudiziari.

Nella nota si lamenta che le indiscrezioni abbiano alimentato un clima di denigrazione nei confronti dei sanitari interessati e di tutta la categoria dei medici, clima che ha reso possibile anche casi come quello del prof. Francesco Mercuriali, morto suicida.

Il presidente Del Barone ha concluso la nota ribadendo che "gli Ordini professionali faranno la loro parte nel sanzionare, ove esistenti e provati, i comportamenti contrari alla dignità della professione medica".

Pubblichiamo il testo della nota.

Signor Ministro,

nel mio ruolo istituzionale di Presidente di tutti i medici e odontoiatri italiani mi permetto di sottoporre alla Sua attenzione una questione che sta creando un forte malessere nell'ambito della categoria da me rappresentata. Per la nota vicenda GLAXO ed altre similari sono stati coinvolti alcuni medici e della notizia è stato dato ampio risalto sui giornali. Di recente si è verificato che la Procura di Verona abbia inviato i fascicoli presso le procure competenti per territorio, per ciascuno dei coinvolti, le quali hanno aperto il procedimento iscrivendo i medici nel registro degli indagati.

Questa notizia è stata oggetto di numerosi articoli su alcune testate giornalistiche locali generando un clima fortemente denigratorio nei confronti della categoria dei medici.

Mi permetto di chiederle pertanto di intervenire affinché notizie che dovrebbero essere riservate, relative a posizioni di sanitari sui quali non sono stati ancora accertati i fatti, non siano divulgate perché puntualmente vengono rese di dominio pubblico accentuando la "versione scandalistica" e minando il principio di fiducia che deve essere alla base di qualsiasi rapporto tra cittadino e medico.

Con l'auspicio che la magistratura proceda il più rapidamente possibile per definire le esatte responsabilità dei medici interessati dalle indagini in corso e cessino le illazioni e false informazioni che ingannano il cittadino e screditano la figura del medico. La ringrazio per un eventuale suo autorevole intervento.

Pressante invito a garantire il rispetto del segreto istruttorio nei confronti dei medici sottoposti ad indagine

Sito web dell'Ordine:
www.omceoss.it

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

AVVISO AGLI ISCRITTI CON INDIRIZZO NEL COMUNE DI OLBIA

Avendo appreso che il Comune di Olbia ha variato la toponomastica ed i numeri civici di alcune vie, al fine di evitare disguidi nella corrispondenza, si invitano gli iscritti a comunicare agli uffici della segreteria le eventuali variazioni.
Si prega di utilizzare possibilmente il modulo di seguito riportato (accompagnato dalla fotocopia di un documento di identità) e recapitarlo all'indirizzo: Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari – via Cavour 71/b – 07100 Sassari o inviarlo via fax al numero 079/232228.

- -

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ
VARIAZIONE DI RESIDENZA ELEZIONE DI DOMICILIO SPECIALE
– art. 47 Codice Civile - (artt. 47 e 76 del D.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a Dott. _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente in _____ prov. ____ in via _____ n. ___
con recapito telefonico _____
consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA CHE

la propria residenza o il proprio domicilio speciale è variato

da via _____ n. _____

a via _____ ____ n. _____

Il/La sottoscritto/a, inoltre, dichiara di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003.

Data _____ Il / La dichiarante

_____

N.B. • ALLEGARE FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL SOTTOSCRITTORE.
• IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA.

Il 29 gennaio a Platamona

Attuali indicazioni all'ossigenoterapia iperbarica

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari ha indetto un corso dal tema: **"Attuali indicazioni all'ossigenoterapia iperbarica".** Il corso avrà luogo il 29 gennaio 2005 alla Fiera del mare - Via della Torre, Località Platamona Sassari.

L'apertura delle preiscrizioni è fissata per il 29 dicembre 2004.

Pubblichiamo il programma:

Ore 8.30: Registrazione dei partecipanti e saluti delle Autorità

Ore 08.55: Saluti e presentazione

I Sessione

"La terapia Iberbarica nelle infezioni"

Moderatori: dottor Pasquale Longobardi, dottor Carlo Randaccio

Ore 9.00 – 09.45: "Le infezioni da anaerobi"dottor Marco Brauzzi

Ore 09.45 - 10.30: "Adattamenti cardiovascolari in ambiente iperbarico: moderne acquisizioni e tecnologie applicate" dottor Umberto Berrettini:

Ore 10.30 – 11.00: Dibattito con gli esperti sui temi trattati

Ore 11.00 – 11.30: pausa

II Sessione

"Sperimentazione clinica in ossigenoterapia iperbarica"

Moderatori: dottor Marco Brauzzi, dottor Alfonso Bolognini

Ore 11.30 – 12.15: "Piede diabetico: ruolo dell'OTI – esperienza U. E.- COST B 14" dott. Pasquale Longobardi

Ore 12.15 - 13.00: "La ricerca in medicina iperbarica: sperimentazioni e prospettive cliniche" dottor Gerardo Bosco

Ore 13.00 - 13.30: Dibattito con gli esperti sui temi trattati

Ore 13.30 – 15.30: pausa pranzo

III Sessione

"Terapia iperbarica in ortopedia"

Moderatori: dottor Pasquale Longobardi, dottor Paolo Castaldi

Ore 15.30 – 16.15: "Osteomielite cronica" dottoressa Laura Vernotico

Ore 16.15 - 16.35: "Ammissione e preparazione del paziente al trattamento iperbarico"

dottor Carlo Randaccio, dottor Fausto Scotto

Ore 16.35 - 16.55: "Osteonecrosi e OTI" dottor Carlo Randaccio, dottor Fausto Scotto

Ore 16.55 - 17.15: Dibattito con gli esperti sui temi trattati

IV Sessione

"Terapia iperbarica in otorinolaringoiatria"

Moderatori: dottor Carlo Randaccio, dottor Umberto Berrettini

Ore 17.15 – 18.00: "Sicurezza in un moderno impianto iperbarico" dottori Paolo Castaldi e Cesare Iesu.

Ore 18.00 - 18.45: "Indicazioni all'ossigenoterapia iperbarica in otorinolaringoiatria" dottor Alfonso Bolognini

Ore 18.45 – 19.15: Dibattito con gli esperti sui temi trattati

Ore 19.15 – 19.30: compilazione test verifica apprendimento

Ore 19.30: fine lavori

Il 15 dicembre a Sassari

Convegno dibattito su etica e sperimentazione clinica

Il Comitato di Bioetica di Sassari, l'Ordine dei Medici-Chirurghi della provincia di Sassari con la Fondazione Banco di Sardegna ha indetto un convegno-dibattito dal tema: "**L'etica della sperimentazione clinica".** Il convegno avrà luogo a Sassari 15 dicembre 2004 ore 16.00 nella Sala Angioy del Palazzo della Provincia.
Questo il programma:

Introduzione: Mario Oppes, presidente Comitato di Bioetica

Relatori: Ignatio Carrasco De Paula, direttore Istituto di Bioetica Università Cattolica Roma; Raffaella De Franco docente di Bioetica Università di Bari.

Dopo le relazioni avrà luogo un dibattito e avrà luogo l'assegnazione del Premio "Francesco Giuffrida**",** **c**oncorso "La Bioetica nelle Scuole". Antonio Minisola, sostituto procuratore generale presso la Corte d'Appello di Sassari ricorderà la figura di Francesco Giuffrida.

Il Premio verrà consegnato dalla presidente della Commissione valutatrice Barbara Tidore Giuffrida.

Medicina biologica e medicina generale

L'A.I.O.T. (Associazione Medica Italiana di Omotossicologia), con il patrocinio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari, nell'ambito delle attivitá didattiche promosse per l'aggiornamento professionale dei Medici, ha indetto il corso dal tema: **"Medicina Biologica possibilità di utilizzo in medicina generale".** Il corso avrà luogo a Sassari sabato 18 dicembre 2004 all'hotel Leonardo da Vinci, via Roma 79.

Relatore sarà il dottor Giorgio Romani, medico chirurgo, docente AMIDEAV, specializzazione: geriatria. Orario: 9.00-13.00 / 14.30-18.30

Questo il programma:

Valutazione dei fondamenti scientifici e dell'efficacia della MNC in relazione alla medicina generale

Omeopatia e omotossicologia: i principi fondamentali, le peculiarità, i punti di contatto con l'allopatia

Il concetto di salute e di malattia in medicina biologica

Cenni di fisiopatologia omotossicologica: una moderna interpretazione del fenomeno infiammatorio

L'approccio al malato in omotossicologia: definizione di malattia

La tavola delle omotossicosi: moderno strumento di valutazione diagnostica.

Caratteristiche della farmacologia omotossicologica: studi scientifici e modelli sperimentali

Il drenaggio, primo step di ogni terapia biologica. Drenaggio connettivale e drenaggio emuntoriale: linee guida per la scelta della strategia terapeutica

Linee guida per la terapia delle

principali patologie in ambito internistico.

Prenotazione obbligatoria: Telefono 02/28018217 o via e-mail: corsi.aiot@medibio.it

Analgesia del parto: diritto negato

La Commissione Pari Opportunità del Comune di Sassari ha indetto un convegno sul tema: **"Analgesia del parto: diritto negato".** Il convegno si terrà il 17 dicembre 2004 ore 15.30-19.30 alla Camera di Commercio di Sassari in Via Roma 74.

Questi i relatori:

- dottor Danilo Celleno, anestesista ostetrico ospedale Fatebenefratelli Isola Tiberina - Roma
- dottor Giovanni Battista Manduco, responsabile del centro pilota analgesia del parto ospedale Brotzu – Cagliari
- professor Giuseppe Susini, direttore istituto di anestesia e rianimazione Università di Sassari
- professor Salvatore Dessole, primario della clinica ostetrica Università di Sassari
- professor Sebastiano Milia, primario della divisione di ostetricia A.U.S.L. n. 1 di Sassari

Interverranno inoltre:

- onorevole Pierangelo Masia, presidente commissione Sanità del Consiglio Regionale - Regione Sardegna
- onorevole Piergiorgio Massidda, componente della XII Commissione Parlamentare Sanità e Pari Opportunità
- dottor Antonello Scano, direttore generale AUSL n. 1 Sassari.

Segreteria Organizzativa Commissione Pari Opportunità del Comune di Sassari, dottoressa Giovanna Simula

Master in bioterapie nella cura dei disturbi psichici

La Società Italiana di Psichiatria Olistica organizza la "**III Edizione del Master Nazionale in Bioterapie nella cura dei disturbi psichici".** Il master in programma a Bologna presso l'hotel Europa in via Boldrini, 11 (vicino alla stazione F.S.), una domenica al mese a partire dal 23 gennaio 2005 con orario: 10-14 / 15-19.

Il relatore sarà il dottor Ermanno Paolelli, psichiatra e psicoterapeuta, presidente della Società Italiana di psichiatria olistica. Questi gli argomenti: nutrizione ortomolecolare, fitoterapia, floriterapia, omotossicologia, organoterapia, oligoterapia, fitoterapia, sali di Schussler, terapie di biorisonanza, nella prevenzione e cura dei più comuni disturbi psichici: ansia, insonnia, disagio esistenziale, depressione minore, nevrosi, fobìe, attacchi di panico, disturbi psicosomatici e del carattere.

Segreteria: Telefono 051.441020 - Cell. 333.3857130 - E-mail: info.sipol@libero.it

Master di floriterapia clinica

La Società Italiana di floriterapia ed il tutor ufficiale del Bach Centre Inglese dottor Ermanno Paolelli organizzano la **"III Edizione del Master Nazionale di floriterapia Clinica"**. Il master si terrà a Bologna presso l'hotel Europa in via Boldrini, 11 (vicino alla stazione F.S.), una domenica al mese a partire dal 16 gennaio 2005 con orario: 10-14 / 15-19.

Segreteria: Tel. 051.441020 - Cell. 333.3857130

E-mail: info.sif@libero.it

Illustrati in un incontro a Sassari

Privacy, gli adempimenti di medici e odontoiatri

Il 19 novembre 2004 presso la sala conferenze dell'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della provincia di Sassari si è svolto un'incontro dal titolo "Privacy: quali adempimenti per i medici e per gli odontoiatri".

Il relatore dell'incontro, il dottor Nicolino D'Autilia, presidente dell'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della provincia di Modena e componente della commissione designato dalla Federazione Nazionale degli Ordini per la Commissione Privacy istituita presso il Ministero della Salute, ha illustrato gli articoli principali del D.Lgs. n. 196/2003, conferendo agli stessi attualità e concretezza attraverso l'esposizione di una serie di esempi pratici tratti, anche, dalla sua attività di medico di medicina generale.

Di particolare interesse è stata inoltre la parte introduttiva dell'incontro, nella quale il dottor D'Autilia ha illustrato il complesso iter legislativo che ha portato alla redazione del testo attualmente in vigore e quale importante contributo sia stato portato dai rappresentanti della FNOMCeO ai fini della semplificazione degli adempimenti posti a carico degli esercenti le professioni sanitarie.

All'incontro hanno preso parte numerosi medici ed odontoiatri, i quali partecipando attivamente al dibattito, hanno fornito un valido contributo all'analisi della normativa e alla sua applicazione concreta nello svolgimento delle attività sanitarie, in regime libero professionale, di convenzione o di dipendenza.

Per gli iscritti che non hanno partecipato alla riunione riassumiamo brevemente:

- il titolare/responsabile dei dati dei pazienti è il medico/odontoiatra titolare dello studio
- il DPS è una delle misure minime di sicurezza previste dagli artt. 33-36 del D.Lgs. 196/2003, che devono essere adottate dai "titolari del trattamento dei dati" per assicurarne un livello minimo di protezione dei dati stessi. Il *Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza* (allegato B del D.Lgs. 196/2003) elenca gli elementi che devono essere contenuti nel DPS, tra i quali i principali sono:
  – l'elenco dei dati trattati
  – la distribuzione dei ruoli e delle responsabilità
  – l'analisi dei rischi
  – le misure di sicurezza adottate per proteggere i dati
  – le modalità di formazione degli incaricati del trattamento
- il titolare dello studio deve redigere il Documento programmatico per la sicurezza (DPS) in piena autonomia eventualmente, qualora l'organizzazione dell'attività sanitaria sia particolarmente complessa, rivolgendosi a società di consulenza tecnica appositamente abilitate.
- A questo proposito giova sottolineare che l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari può unicamente dare indicazioni di carattere

Le responsabilità del titolare dello studio nel trattamento dei dati dei pazienti

generale sulla normativa e fornire, a titolo meramente esemplificativo, modelli semplificati predisposti al fine di agevolare i sanitari nell'assolvere agli adempimenti previsti dal D.Lgs. 193/2003.

L'Ordine, non può sostituirsi al medico/odontoiatra nella redazione del DPS e fornire un modello personalizzato in quanto la redazione di questo importante documento presuppone un'analisi delle procedure utilizzate nel trattamento dei dati, i rischi ai quali i dati sono esposti, l'organizzazione dello studio professionale o della struttura sanitaria che soltanto il titolare dello studio o suo delegato può effettuare.

Un approfondimento delle tematiche sulla tutela del trattamento dei dati personali, che segue le precedenti pubblicazioni di Sassari Medica n. 1 – 2 /2004 e n. 5 / 2003 alle precedenti, si trova su una sezione a parte di questo numero 4-5 / 2004.

Si ricorda infine che la modulistica si può reperire sul sito e allo sportello dell'Ordine.

Ulteriori informazioni sono contenute nella sezione di "Sassari Medica" dal titolo

"CODICE PRIVACY" E PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

Linee guida dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Sassari

---

LE NOTE AIFA

ELENCO DEI MEDICI DISPONIBILI AD EFFETTUARE SOSTITUZIONI DI MEDICINA DI B. E DI PEDIATRIA DI B.

n.	a.p.	pdb	Cognome e nome	a. laurea	Indirizzo	Cap-città	Telefono	Cell.
1	si	si	AZARA MARIOLINA	1998	VIA ROCKFELLER 20	07100 SASSARI	347 481 95 94	
2	si	no	BOSINCO GIOVANNI MARIA	1999	VIA SANDRO PERTINI 10	07100 SASSARI	347 76 70 405	
3	si	no	BRAU MARIA FRANCA	2000	VIA MOSCA 37	07100 SASSARI	349 211 94 78	
4	si	no	BRICHETTO GIOVANNA	1996	VIA UGO FOSCOLO 33	07040 ALGHERO	079 97 90 98	340 790 52 49
5	si	no	BULLA PATRIZIA	2000	VIA ALGHERO 69 /D	07100 SASSARI	079 27 50 30	340 28 57 466
6	si	no	CHESSA ROBERTO	2003	VIALE UMBERTO 123	07100 SASSARI		339 72 48 519
7	si	si	CILLIANO MARCO	1999	LUNGOMARE ROVIGNO 14	07041 ALGHERO-FERTILIA	079 93 00 16	328 43 74 938
8	si	no	COLOMBELLI STEFANIA	2000	VIA GIUSEPPE DEMARTIS 1	07029 TEMPIO	079 67 05 64	349 29 40 272
9	si	no	COSSU ROCCA MARIA	1999	VIA MURONI 28	07100 SASSARI		339 13 28 199
10	si	no	DEMURO FRANCESCO	2003	VIA B. CROCE 5	07100 SASSARI	079 21 89 79	347 43 25 261
11	si	no	DETTORI IVANA	1997	VIA B. CROCE 5	07100 SASSARI	079 21 94 61	349 578 67 48
12	si	no	FARINA GIULIO	2003	VIA TURRITANA 6	07100 SASSARI		328 61 64 801
13	si	si	FENU STEFANO	1994	VIA DEGLI ULIVI 19	08028 S. TEODORO		338 522 59 55
14	si	no	FERRARI FULVIA	2003	VIA BELLIENI 5	07100 SASSARi		333 73 25 757
15	si	no	FIORE GIUSEPPINA	2002	VIA MANZONI 20	07047 THIESI		340 50 30 034
16	si	no	IRA MASSIMILIANO FILADELFO	2000	VIA GENOVA 20	07100 SASSARI	079 277 250	347 53 63 295
17	si	no	KAPATSORIS MARIA	1999	VIA P.PE DI PIEMONTE 10/C oppure Olbia Via Iglesiente 26	07100 SASSARI	079 23 34 58 0789 22 258	349 4629535
18	si	no	MANCONI EMANUELA	2003	VIA CIVITAVECCHIA 29	07100 SASSARI		320 630 37 28
19	si	si	MOSSA MICHELE	1994	VIA LUIGI ORECCHIONI 2/C	07040 SASSARI-LI PUNTI	079 395 346	347 400 96 85
20	si	no	MURGIA CARLO	1996	VIA CORADDUZZA 49	07100 SASSARI		347 312 72 09
21	si	no	NEMATI FARDALI	2003	VIA COPENAGHEN 8:B	07100 SASSARI		329 634 02 42 339 288 36 65
22	si	no	PAZZONA GRAZIANO	1997	VIA FRANCESCO CANO 11	07100 SASSARI	079 235 796	339 27 56 790
23	si	no	PILO LUCA	2003	STR. PROV.LE SS	07100 SASSARI	079 309 928	329 8053 114
24	si	no	PULCINA MARIANGELA	2004	ARGENTIERA 103/A VIA CAVOUR 7	07017 PLOAGHE	079 44 92 95	328 94 19 768
25	si	no	SANNA EMANUELA	1995	VIA ANGIOI 106	07040 TISSI	079 38 82 28	349 86 64 427
26	si	no	SANNA ROBERTO	2003	VIA CIVITAVECCHIA 29	07100 SASSARI		320 844 82 60
27	si	no	SCANU FRANCA TINA	1994	VIA WALTER FRAU S.N.	07030 CHIARAMONTI	079 569 656 079 569 246	380 510 22 39
28	si	no	TANDA BARBARA	2003	VIA DEI GREMI 8	07100 SASSARI	079 237 406	329 230 8214
29	si	no	TAVERA MARIA CRISTINA	2002	VIA IV NOVEMBRE 166	07044 ITTIRI	079 441 145	
30	si	no	TOLA SALVATORE	2003	VIA MANNU 22	07020 BUDDUSÒ	079 230 065	328 302 95 05
31	si	no	USAI LUCA	2002	VIA ZANETTI 27	07100 SASSARI	079 29 09 10	328 474 38 34