

SASSARI MEDICA



2

**IN QUESTO
NUMERO**

Nuova dirigenza alla FNOMCeO
Editoriale/Ritrovata coesione

Inaugurato l'Anno sanitario:
il paziente al centro del sistema

Responsabilità del medico
di continuità assistenziale

Deontologia e diritto
fra "missione" e professione

La scomparsa di Fancellu
presidente della FEDERSPEV

Il problema degli specializzandi:
medici o studenti?

Sperimentazioni ECM,
da giugno si cambia

Riscontri diagnostici
per le vittime della AIDS

Nuove disposizioni
sulle sostanze stupefacenti

È solido il rapporto dei cittadini
con i medici

Le ricette per gli assistiti
con tessera europea

Amedeo Bianco presidente:
i nuovi organi della Federazione

Il saluto di Amedeo Bianco
Il commiato di Aristide Paci

La rappresentanza degli odontoiatri
nell'ONACSI

Disciplina delle professioni
sanitarie infermieristiche

Errori nella Sanità:
basta con la caccia alle streghe

Le valutazioni sulle prescrizioni
sono materia professionale

Consenso informato
e diritto dei minori

Iva, un quadro più chiaro
sulle visite fiscali per l'INAIL

Nuova polizza sanitaria
per gli iscritti all'ENPAM

Mario Vacca ai campionati senior
di atletica leggera

Prevenzione della carie dentale:
la catena della collaborazione

A Montecatini in luglio
i Giochi Mondiali della medicina

I siti Web dell'Associazione
di informazione scientifica

Gli eventi formativi ECM
programmati dall'Ordine

Un corso a Milano sull'ipnosi
nel controllo del dolore

ANNO XV
MARZO
APRILE 2006

*"Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in
abbonamento postale D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/2/2004 n° 46) art. 1,
comma 2 DCB Sassari. Proprietà: Or-
dine dei medici di Sassari".*



Tomba dei Giganti

SASSARI MEDICA

*Periodico dell'Ordine dei medici
chirurghi e degli odontoiatri
della provincia di Sassari*

SITO WEB: www.omceoss.org

E-MAIL: ordine@omceoss.org

Anno XV - Numero 2
marzo - aprile 2006

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:* Chiara Musio - *Segretario:* Giovanni Biddau - *Tesoriere:* Alessandro Arru - *Consiglieri:* Nicola Addis, Pasqualina Bardino, Vincenzo Bifulco, Tiziana Casti, Alberto Delpini, Alessandro Ganau, Vittorio Renato Lai, Elena Mazzeo, Rita Nonnis, Giovanni Padula, Mario Palermo - *Consiglieri odontoiatri:* Pier Luigi Delogu, Antonella Bortone. *Collegio dei revisori dei Conti:* *Revisori effettivi:* Giancarlo Bazzoni, Marco Vidili, Nadia Tola - *Revisore supplente:* Margherita Pruneddu - *Commissione per gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri:* *Presidente:* Pier Luigi Delogu; *Componenti:* Antonella Bortone, Alessandra Lucaferri, Ines M. Putzu, Alessandro Sechi.

Registrazione n. 236 del 15-12-1989 Tribunale di Sassari. "Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in abbonamento postale D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/2/2004 n° 46) art. 1, comma 2 DCB Sassari. Proprietà: Ordine dei medici di Sassari".

Realizzazione editoriale: Tipografia TAS, Zona Industriale Predda Niedda sud - str. n. 10 - 07100 Sassari
Tel./Fax (079) 26.22.36 - 079. 262221

Stampa: TAS srl - Sassari.

Sassari Medica è inviato gratuitamente a tutti gli iscritti all'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della provincia di Sassari e a tutti gli Ordini dei medici d'Italia.

- 2 Editoriale/Ritrovata coesione
- 4 Inaugurato l'Anno sanitario: il paziente al centro del sistema
- 6 Responsabilità del medico di continuità assistenziale
- 10 Deontologia e diritto fra "missione" e professione
- 24 La scomparsa di Fancellu presidente della FEDERSPEV
- 25 Il problema degli specializzandi: medici o studenti?
- 29 Sperimentazioni ECM, da giugno si cambia
- 34 Riscontri diagnostici per le vittime della SIDS
- 41 Nuove disposizioni sulle sostanze stupefacenti
- 49 È solido il rapporto dei cittadini con i medici
- 50 Le ricette per gli assistiti con tessera europea
- 51 Amedeo Bianco presidente: i nuovi organi della Federazione
- 53 Il saluto di Amedeo Bianco/Il commiato di Aristide Paci
- 55 La rappresentanza degli odontoiatri nell'ONAOSI
- 57 Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche
- 59 Errori nella Sanità: basta con la caccia alle streghe
- 60 Le valutazioni sulle prescrizioni sono materia professionale
- 61 Consenso informato e diritti dei minori
- 62 Iva, un quadro più chiaro sulle visite fiscali per l'INAIL
- 64 Nuova polizza sanitaria per gli iscritti all'ENPAM
- 65 Mario Vacca ai campionati senior di atletica leggera
- 66 Prevenzione della carie dentale: la catena della collaborazione
- 67 A Montecatini in luglio i Giochi Mondiali della medicina
- 68 I siti Web dell'Associazione di informazione scientifica
- 69 Gli eventi formativi ECM programmati dall'Ordine
- 70 Un corso a Milano sull'ipnosi nel controllo del dolore

Le elezioni per il Comitato Centrale della FNOMCeO

Ritrovata coesione

Il 17, 18 e 19 marzo si sono svolte le votazioni per il rinnovo del Comitato centrale, il quale ha a sua volta eletto l'Esecutivo Nazionale.

Dalla tornata elettorale è scaturito il seguente Esecutivo: Presidente, Amedeo Bianco (Torino); Vicepresidente, Maurizio Benato (Padova); Segretario, Roberto Lala (Roma); Tesoriere, Claudio Cortesini (Roma); Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti, Salvatore Onorati (Foggia); Presidente Commissione Odontoiatri, Giuseppe Renzo (Messina).

L'elezione ha avuto una caratterizzazione particolare: dopo una fase iniziale animata, in cui si paventava la presenza di due schieramenti contrapposti, si è riusciti a presentare un unico raggruppamento su cui sono confluiti i voti della maggioranza dei Presidenti.

Un'altra novità ha contraddistinto questa tornata elettorale: ai presidenti elettori è stato chiesto di scegliere tra due candidati, il più votato dei quali avrebbe guidato la FNOMCeO per il prossimo triennio, mentre il secondo avrebbe ricoperto la carica di Vicepresidente; si è voluta in tal modo riconoscere la sovranità del Consiglio Nazionale sulla politica della Federazione.

Questa ritrovata coesione ha di fatto messo fine ad anni di contrasti che non hanno certo giovato alla professione.

Si è puntato, anziché sulla politica della contrapposizione, su una scelta di programma che ha visto la quasi totalità degli Ordini Provinciali con-

vergere su un'idea di rinnovamento, con al centro un percorso concordato.

Tale programma è stato il punto di aggregazione di tutte le componenti presenti ai vertici della professione, ed ha voluto essere, al tempo stesso, semplice ed estremamente impegnativo, poiché tocca aree e argomenti dibattuti da molti anni, ma mai risolti, forse proprio per le divisioni che finora avevano caratterizzato la categoria.

I punti della politica della Federazione, posti come prioritari per il prossimo triennio, sono i seguenti: la riforma degli Ordini, che affronti temi quali l'elezione dei vari direttivi, il riconoscimento definitivo delle Federazioni Regionali, l'esercizio dell'azione disciplinare, le autonomie degli albi; un nuovo ruolo della Federazione e degli Ordini provinciali nella formazione di base, nonché nella formazione continua; un ruolo più incisivo della FNOMCeO nei confronti degli Ordini Provinciali.

Queste argomentazioni sono state alla base della nascita del nuovo Comitato Centrale e del nuovo Esecutivo.

Il nostro augurio è che tale unità porti realmente a dei risultati che noi tutti aspettiamo da anni, giacché siamo certi che i colleghi eletti faranno quanto è in loro potere per arrivare ad ottenere il massimo in un momento in cui la sanità è un pesante fardello per l'intero paese, ma un fardello su cui tutti vogliono mettere le

*I punti prioritari
del programma
per il prossimo
triennio*

mani, possibilmente allontanando quelle degli operatori.

Prima di concludere, è doveroso ringraziare l'Esecutivo di transizione, per aver in questi pochi mesi traghettato la Federazione da un momento estremamente pericoloso, come il ventilatato commissaria-

mento, a queste elezioni unitarie.

Grazie, perciò, ad Aristide Paci, Benito Meledandri, Michele Olivetti e Roberto Gozzi.

Agostino Sussarellu

*Altre informazioni
da pag. 51 a pag. 54*

In ricordo di Ugo Franco

È venuto a mancare recentemente il collega Ugo Franco, al quale ho sentito il bisogno di dedicare queste righe.

Caro Ugo,

a pochi giorni dalla tua scomparsa, sento forte il bisogno di rivolgermi a te ancora una volta, non solo per salutarti, ma anche per ringraziarti di quanto ci hai dato nei lunghi anni che abbiamo passato insieme.

In momenti come questo, la mente estrae dai suoi meandri tutta una serie di ricordi, di episodi che hanno contribuito a trasformare quello che poteva essere un banale rapporto fra colleghi di lavoro, in un legame molto più stretto che supera lo stesso concetto di amicizia. Fra tutti i ricordi, spunta prepotente un dialogo che avemmo subito dopo la nascita di tuo figlio, Sergio. In quell'occasione, parlando con me, ma in realtà parlando con te stesso, ponesti una domanda: "Come posso insegnare l'onestà a mio figlio?" e da solo desti la risposta: "Il modo migliore è con l'esempio".

Ecco, proprio il saper dare l'esempio ti ha fortemente caratterizzato e questa tua immagine rimarrà sempre viva dentro di noi, perché tu sei stato un esempio di onestà, ma anche di serietà e di dedizione al lavoro, di rapporto con i colleghi, con i pazienti e con chiunque ti avvicinasse.

Sei stato d'esempio, caro Ugo, anche nel corso delle tue malattie, sia della prima, che ti ha accompagnato per lunghi anni, sia della seconda, che in pochi mesi ti ha portato via.

La serenità che hai dimostrato non poteva che essere il frutto di una tranquillità interiore profonda. Devo dirti la verità, vederti così sereno mi aveva convinto che la diagnosi posta fosse completamente sbagliata, forse una parte di me non voleva vedere...

D'esempio, caro Ugo, sei stato anche nella morte, che hai fatto rientrare in quel destino ineluttabile, ma naturale, che spetta a tutti noi. Mi consola il fatto che non potrò mai dimenticarti e che ogni qualvolta avrò bisogno di te, riapparirai con i tuoi saggi consigli.

Un abbraccio
Agostino

A Nuoro il 18 febbraio la quinta edizione

Inaugurato l'Anno sanitario: il paziente al centro del sistema

Nuoro è stata per un giorno la capitale della sanità sarda: il centro barbaricino ha, infatti, ospitato, il 18 febbraio scorso, l'inaugurazione dell'anno sanitario, manifestazione giunta ormai alla sua quinta edizione. Anche questa volta l'iniziativa si è dimostrata preziosa occasione per discutere, in maniera molto qualificata, tematiche di particolare attualità e interesse.

Nella sala convegni della Camera di commercio nuorese, affollata da autorità e operatori rappresentativi di tutta l'isola, la giornata è iniziata con il saluto di Bruno Lacu, vice presidente della Federazione regionale, che ha ricordato la necessità della riforma degli Ordini, fermi ancora alla legge del 1947, necessaria per contrastare la deriva del mercato e ribadire i principi fondanti della professione, l'autonomia e la responsabilità. A livello regionale si è accennato all'iter troppo lento del piano sanitario regionale, all'Agenzia regionale della sanità e alla Camera di conciliazione come strumenti utili per elevare la qualità e per fare in modo che i cittadini possano avere una percezione positiva del servizio sanitario. Il sindaco di Nuoro, Mario Zidda, ha poi richiamato i principi etici che dovrebbero caratterizzare l'operato dei sanitari sottolineando, in particolare, l'esigenza di ottenere l'inclusione delle fasce sociali e dei cittadini che oggi non trovano risposte adeguate ai loro problemi di salute.

Il presidente dell'Ordine di Ca-

gliari, Raimondo Ibba, ha ribadito la necessità di una riforma che aggiorni quella, ormai troppo datata, del 1978 e che persegua la valorizzazione della salute oltre alla cura delle malattie; bisogna "prima stimare i bisogni e poi determinare le risorse, per evitare che una coperta troppo corta possa lasciare scoperte troppe parti del sistema". Antonio Sulis, presidente di Oristano, ha fatto riferimento al manifesto pubblicato nel giugno del 2005 sui concetti di appropriatezza, necessità di redistribuzione delle risorse in un sistema caratterizzato da un efficace gioco di squadra, da cui nasca una informazione corretta e completa; in questo contesto il medico di famiglia è la figura principe, anche in un'ottica di abbattimento del numero dei ricoveri ospedalieri, da realizzare fornendo le massime garanzie per il paziente, che deve restare al centro del sistema.

Agostino Sussarellu ha voluto soffermarsi sull'opera profusa in questi anni dal presidente regionale uscente, Pier Paolo Vargiu, che ha definito come determinante per dare all'Ordine regionale quello spessore e quella autorevolezza che non hanno ancora un riconoscimento normativo, e lo ha ringraziato calorosamente; il resto dell'intervento è stato dedicato alla necessità di riprendere ispirazione dal Codice deontologico, che deve diventare costante riferimento per una formazione del medico che non sia solo clinica, ma che tenga conto in maniera più ampia del ruolo del medico. Non è mancato un cenno

*Discussi
i temi
più attuali
e indicati
i provvedimenti
più urgenti*

al ritardo nell'approvazione del nuovo piano sanitario che però, a dispetto dei tempi lunghi della politica, è giunta alla fase conclusiva del suo iter.

Luigi Arru, presidente di Nuoro, ha mostrato la foto del primo medico condotto donna d'Italia, la sassarese Adelasia Cocco che esercitò a Lollove e, dopo aver espresso solidarietà alla guardia medica di Bitti per l'ultimo atto di violenza subito, ha espresso il parere che gli Ordini debbano non solo restare, ma essere potenziati a causa della loro peculiarità, che li rende diversi da ogni altro ordine professionale in relazione al ruolo di garanzia delle prestazioni mediche e alla delicatezza dei compiti svolti: il rafforzamento degli ordini deve passare anche attraverso la istituzione formale della Federazione regionale e la promozione della nascita di una Consulta della salute e di una Camera di conciliazione. La formazione di un sistema, previsto nella terza parte della bozza di piano sanitario regionale, è la garanzia di risarcimento contro il rischio sempre più pesante di "medicina difensiva", ma non bisogna sempre aspettare il politico ma bisogna che anche i medici si assumano spesso le loro responsabilità.

L'assessore Dirindin ha espresso il suo piacere nel partecipare per la seconda volta all'inaugurazione, il suo apprezzamento per questa occasione di bilancio e ha proposto il maggiore coinvolgimento, nei prossimi anni, di tutte le figure e gli operatori, per dare davvero il senso del sistema; ha espresso poi il suo gradimento per l'argomento di quest'anno, l'etica, che ritiene molto importante e che è uno degli aspetti che andrebbero più sottolineati. Ha avanzato la richiesta a tutti che ci sia un gesto di responsabilità nei confronti della sanità pubblica affinché sia tenuta fuori dalle contese generali: la politica ha

risposto unanimemente sul sociale, ma questo è molto più difficile quando si parla di sanità; in essa si deve riconoscere il primato della politica al servizio dei bisogni dei cittadini, ma non in termini elettorali.

I punti che l'assessore ha voluto evidenziare sono: 1) il grande bisogno di condivisione delle scelte e della partecipazione delle comunità e degli operatori: la sanità è un diritto, non una concessione; il sindaco è il primo punto di riferimento e il coinvolgimento di tutti è un modo per rafforzare l'etica in sanità; 2) il rapporto tra ambiente e salute: sono stati fatti approfondimenti sulle aree potenzialmente a rischio per la salute dei cittadini, la conoscenza della realtà permette una prevenzione più efficace; esiste un importante progetto per diffondere lo screening dei tumori femminili e di altre patologie, per una prevenzione efficace e una diagnosi precoce; 3) è in funzione un gruppo di studio sugli incidenti sul lavoro; 4) esiste un piano per l'eradicazione della peste suina e della trichinellosi; 5) dare particolare risalto ai problemi della salute mentale.

Il sistema di sanità pubblica e il suo rafforzamento sono messi a dura prova e dipendono da tre fattori: 1) rafforzamento delle politiche sociali integrando il territorio con il centro e con i servizi sociali, che hanno costi molto alti che tolgono risorse alla sanità; 2) superare il divario che esiste tra le regioni e recuperare i ritardi; 3) nuova politica del personale in tutte le sue categorie. Urge l'umanizzazione della sanità e il recupero del decoro e della professionalità, partendo da un ascolto attento del paziente.

La giornata si è conclusa con un dibattito molto partecipato sugli importanti temi trattati, che è la dimostrazione dell'importanza raggiunta dalla inaugurazione dell'anno sanitario per il mondo della sanità sarda.

Giovanni Biddau

Il rifiuto e l'omissione di atti d'ufficio

Responsabilità del medico di continuità assistenziale

Pubblichiamo la seconda parte della relazione tenuta dal dottor Riccardo Masera nel corso del convegno sulla responsabilità medica organizzato recentemente dall'Ordine a Olbia; la prima parte è stata pubblicata nel numero precedente di *Sassari Medica*

Il Rifiuto di Atti d'Ufficio.

Le considerazioni sin qui svolte non presentano, in riferimento alla medicina di continuità assistenziale, specifiche peculiarità rispetto a quanto avviene nell'esercizio della professione medica in genere. Un'ipotesi di reato frequentemente ascritta in particolare al medico di continuità assistenziale, invece, è quella di rifiuto di atti d'ufficio, prevista dall'art. 328 c.p.

Tale norma incrimina – per quanto qui interessa – la condotta del pubblico ufficiale che indebitamente rifiuta un atto del suo ufficio che per ragioni di igiene e sanità deve essere compiuto senza ritardo.

Sotto un primo profilo, il sanitario del Servizio di Continuità Assistenziale è dotato, nell'espletamento dell'attività di diagnosi e di prescrizione di prestazioni farmaceutiche e terapeutiche, di poteri certificativi ed autoritativi; egli è quindi partecipe delle pubbliche funzioni dell'Ente sanitario pubblico, e dunque riveste lo *status* di pubblico ufficiale.

L'atto che deve essere compiuto senza ritardo per ragioni di sanità,

poi, è quell'atto che per la sua natura (e a prescindere dall'espressa previsione di un termine entro il quale deve essere compiuto) presenta il carattere dell'indifferibilità, nel senso che deve essere compiuto immediatamente per non pregiudicarne, sia pure potenzialmente, l'utilità e per non determinare l'aumento del rischio per gli interessi tutelati dalla fattispecie incriminatrice, e quindi *in primis* per la salute dell'utente; nel caso di atti di questo genere, quindi, il ritardo ingiustificato nel loro compimento equivale ad un rifiuto.

Il delitto in esame, poi, è un reato di pericolo concreto, che sussiste quando vi sia un potenziale pericolo di danno, indipendentemente dal fatto che poi il danno si verifichi o meno¹.

Perché possa essere ritenuta la responsabilità del medico, inoltre, è anche necessario che questi abbia compreso l'urgenza ed indifferibilità dell'intervento a lui richiesto, per come gli vengono rappresentate le condizioni del paziente, e sia quindi consapevole che il suo mancato intervento viola i doveri a lui imposti da specifiche disposizioni o dalla stessa situazione concretamente prospettatagli. Di conseguenza, la valutazione del giudice non potrà investire la diagnosi formulata o le scelte terapeutiche effettuate (in relazione alle quali potrà al più porsi il problema della possibile sussistenza dei reati di omicidio o lesioni colposi), ma unica-

I reati e la casistica: anche il ritardo ingiustificato equivale a un rifiuto

mente la valutazione effettuata dal medico di continuità assistenziale circa la necessità di sottoporre a visita il paziente.

Alla luce di tali principi, con una recentissima decisione² la giurisprudenza ha ravvisato il reato di rifiuto di atti d'ufficio nella condotta del medico di continuità assistenziale che alle ore 3.44 era stato avvertito dal "118" che un paziente ottantenne lamentava fortissimi dolori addominali e non riusciva ad urinare, e ciò nonostante non si era recato prontamente presso il domicilio di questi. Dopo circa 50 minuti il paziente era stato accompagnato da un vicino al Pronto Soccorso ove gli era stata diagnosticata una ipertrofia prostatica con ritenzione urinaria ed applicato un catetere; successivamente l'infermiere del Pronto Soccorso aveva chiesto raggugli, ed il medico di guardia aveva riferito di aver effettivamente ricevuto la chiamata, e di essere stato in procinto di recarsi a casa del paziente allorché gli era stato comunicato che questi era già stato accompagnato in ospedale. In questo caso la Cassazione ha ritenuto irrilevanti le deduzioni difensive secondo cui l'intervento non aveva carattere di estrema urgenza e non rientrava nel "codice rosso", peraltro di competenza del "118", e che un ritardo di 50 minuti rientrava nei limiti previsti dagli accordi collettivi nazionali, rilevando che l'atto richiesto al medico di continuità assistenziale, informato dettagliatamente sull'età avanzata del paziente e sulla grave e persistente sintomatologia dallo stesso avvertita, rivestiva i caratteri dell'urgenza, tanto che successivamente il paziente era stato ricoverato, e che l'infermiere del Pronto Soccorso aveva constatato direttamente

le precarie condizioni del paziente, che manifestava anche difficoltà respiratorie. In sostanza, "il medico in servizio di guardia è tenuto ad effettuare al più presto tutti gli interventi che siano richiesti direttamente dall'utente; e se è pur vero che non può negarsi al sanitario il compito di valutare la necessità di visitare il paziente sulla base del quadro clinico prospettato, considerando che il rifiuto rilevante a norma dell'art. 328/1° c.p. deve riguardare un atto indifferibile dal cui mancato compimento può derivare un pregiudizio, è anche vero che una tale discrezionalità può ben essere sindacata dal giudice di merito sulla base degli elementi di prova sottoposti al suo esame".

In quel caso, del resto, lo stesso medico di continuità assistenziale aveva compreso la necessità del suo intervento professionale, assicurandolo a parole, ma non nella realtà.

Il reato di cui all'art. 328 c.p. è poi stato ritenuto a carico di un medico di guardia, il quale, interpellato telefonicamente da un soggetto affetto dal morbo di Crohn, che aveva necessità dell'urgente somministrazione per endovena di un medicinale idoneo ad arrestare l'emorragia, si era limitato a prescrivere la somministrazione del medicinale per via orale e a indicare al paziente il nome di un infermiere professionista cui eventualmente rivolgersi, omettendo di intervenire personalmente presso il domicilio del paziente³.

Sono stati inoltre ritenuti colpevoli del reato in esame un medico di guardia che aveva indebitamente rifiutato di effettuare un intervento domiciliare d'urgenza richiestogli per alleviare i violenti dolori che affliggevano una persona malata terminale di

cancro, dove l'urgenza e indifferibilità dell'intervento non era da ricollegare alla pretesa di un'impossibile guarigione, ma piuttosto alla necessità di alleviare le atroci sofferenze dell'ammalato⁴, nonché un medico di guardia che, sebbene richiesto di un intervento a domicilio in favore di un paziente diabetico che lamentava una perdita di conoscenza perché colpito da una crisi ipoglicemica, si era rifiutato di intervenire, limitandosi a invitare il richiedente a provvedere al ricovero ospedaliero⁵.

Ancora, è stato condannato per il delitto di omissione di atti di ufficio il sanitario del servizio di guardia medica che, richiesto di una visita domiciliare urgente per un malato con chiari sintomi di infarto, non era intervenuto, pur presentando la richiesta di soccorso inequivoci connotati di gravità, in quanto la discrezionalità, riconosciuta al medico, di valutare la sussistenza *prima facie* dell'urgenza non può mai debordare in arbitrio o coprire colpevoli inerzie⁶, così come è stato ritenuto che commetta il delitto in esame il medico addetto al servizio di guardia medica, che - sebbene più volte sollecitato ad un intervento urgente di visita domiciliare - intervenga con un ritardo di circa due ore senza che vi siano impegni professionali o altri impedimenti per giustificare tale ritardo⁷.

Viceversa, si è già detto che perché sia configurabile il reato di rifiuto di atti d'ufficio l'urgenza prospettata da chi richiede l'intervento deve essere effettiva e reale. In applicazione di tale principio è stato assolto il medico che aveva telefonicamente suggerito alla madre di un bambino di quattro anni con stato febbrile piuttosto elevato di sommi-

nistrargli una compressa di aspirina⁸, come pure è stato assolto il medico del servizio di continuità assistenziale che aveva omesso di effettuare una visita domiciliare ad un paziente appena deceduto, posto che il servizio è diretto a garantire la necessaria ed improcrastinabile assistenza sanitaria in situazioni di emergenza, e dunque il relativo obbligo del medico di intervenire ha, come presupposto indefettibile, l'esistenza in vita della persona destinataria della prescrizione richiesta⁹.

Infine, per la commissione del reato previsto dall'art. 328 c.p. è necessario che il rifiuto riguardi un atto del proprio ufficio, ossia un atto che rientri nella competenza funzionale del pubblico ufficiale, e che si configuri anche in concreto come dovuto, in modo che il rifiuto risulti di conseguenza ingiustificato giuridicamente ed in fatto.

Con riguardo al servizio di continuità assistenziale, quindi, l'atto dovuto è, in primo luogo, quello che rientri tra fra quelli tipici della professione del medico, tra i quali non sono compresi quelli che, pur avendo natura sanitaria, possono essere eseguiti da personale paramedico e infermieristico.

È inoltre necessario, come già accennato, che l'intervento riguardi un atto indifferibile, il cui mancato compimento può comportare un pregiudizio irreparabile.

Di conseguenza, è stato assolto dall'accusa di rifiuto di atti d'ufficio il medico che, trovandosi solo nella sede della guardia e richiesto di un intervento domiciliare urgente al fine di praticare l'iniezione di un medicinale antibiotico a un paziente malato di cancro e affetto da ipertensione, si era rifiutato di intervenire oppo-

nendo il dovere di non lasciare sguarnita la guardia medica per eseguire una prestazione di tipo infermieristico in un intervento di immediata necessità ma non particolarmente urgente, in quanto la prestazione, volta a praticare una normale terapia anti-febbrile, non era destinata a curare la malattia e neppure ad alleviarne le sofferenze, ma soltanto a far fronte a un rialzo febbrile che il medico curante aveva genericamente avvertito di non sottovalutare.

Tant'è che il primario di altro presidio sanitario, successivamente interpellato dai familiari aveva mandato al domicilio del paziente un'infermiera che aveva provveduto all'incombente¹⁰.

Note

¹ E nel primo caso, evidentemente, dovrà essere verificata, alla luce di quanto sopra esposto, l'eventuale configurabilità (anche) del reato di omicidio o di lesioni colpose.

² Cassazione penale, 19 maggio - 7 settembre 2005 n. 33018.

³ Cassazione penale, sez. VI, 21 giugno 1999, Tedeschi.

⁴ Cassazione penale, sez. VI, 27 giugno 2000, Lo Faro.

⁵ Cassazione penale, sez. VI, 27 novembre 2000, Cannata.

⁶ Cassazione penale, sez. VI, 18 marzo 1988, Bevilacqua.

⁷ Cassazione penale, sez. V, 5 febbraio 1985, Mortara.

⁸ Cassazione penale, sez. VI, 12 febbraio 1985, Bracci.

⁹ Cassazione, penale, sez. VI, 24 novembre 1999 n. 2930, Cavallero.

¹⁰ Cassazione penale, sez. VI, 5 novembre 2003 n. 9204, Pigliaru.

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.

Il “Codice” e i princìpi etici

Deontologia e diritto

fra “missione” e professione

I. LE PREMESSE

1. Il bisogno di deontologia

Il bisogno di deontologia e di codici deontologici cresce di pari passo con il progressivo venir meno di un'etica unanimemente condivisa alla quale pur continua a far riferimento il codice civile italiano quando all'art. 2034 parla espressamente di “doveri morali e sociali la cui spontanea esecuzione dà vita a una “obbligazione naturale”.

Ma le “obbligazioni naturali” (les obligations naturelles evocate dal Code Napoleon all'art. 1235) postulano un “diritto naturale”. E il diritto naturale “a lungo celebrato come anima stessa del codice fu presto dimenticato e successivamente divenne oggetto di sprezzante derisione” (G. Fassò).

Il diritto rinuncia allora a propugnare una morale presupposta, tende a trincerarsi in una posizione di cosiddetta neutralità valutativa. In una parola, il diritto si fa “mite” (G. Zagrebelsky).

E si aprono così spazi sconfinati – e ancora scarsamente esplorati – alle regole deontologiche.

La Francia ha fatto da “battistrada”: il primo “Code de deontologie medicale” – pubblicato nel 1947 – non si é limitato a riprodurre la “Charte medicale” con i suoi “quattro princìpi” di impronta liberale recepiti dai “Syndicats medicaux” risa-

lenti al XIX secolo – libera scelta del medico; libertà di prescrizione medica; intesa diretta tra medico e paziente in materia di onorari; pagamento diretto da parte del paziente – ma, mostrando chiaramente di voler affiancare – per dirla con Jean Savatier – a una medicina “liberale” una medicina “sociale”, ha introdotto un super-principio squisitamente deontologico, puntualmente riprodotto nelle versioni successive, con il quale si esplicita un riferimento prioritario alla “probité” e al “devouement” (oltre che a una non meglio precisata “moralité”) considerati come “indispensables all’ exercice de la médecine” (art.3).

E – a completamento di questa svolta epocale (o, più semplicemente, di questo ritorno aggiornato al giuramento di Ippocrate?) – la seconda versione del Code, pubblicata nel 1949, ha provveduto a specificare tale super-principio stabilendo che il medico “exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité” norma, questa, puntualmente confermata nella versione vigente, pubblicata nel 1995 (art. 2): dunque, “missione”, prima ancora che “professione” “dedizione”, prima ancora che “doverosità”: “humanisme medical” per dirla con René Savatier, prima ancora che “deontologie”.

Il codice italiano di deontologia medica, pur nella tendenziale uniformità degli obiettivi, tende fin dalle

*La difficile
ma obbligata
strada verso
un equilibrio
fra logiche
di mercato,
tecnologia
ed esigenze
di responsabilità
e salvaguardia*

sue prime versioni ad accreditare un modello distinto: alla coesistenza ancor oggi non del tutto armonizzata tra regole per così dire sindacali (“i quattro principi”) e precetti genuinamente etici (il *devoiment* del medico e la sua *mission*), che caratterizza la struttura complessiva del Code francese, quello italiano rende a omogeneizzare le regole dando loro una veste che valga ad avvicinarle, nella loro struttura, alle regole normative: così, per un verso, la “libertà di prescrizione medica” (il primo dei “quattro principi”), che per il Code francese consiste in una pura e semplice scelta delle prescrizioni che il medico “estime les plus appropriées” (art. 8. comma 1), per il codice italiano “impegna la responsabilità professionale ed etica del medico” fermo restando che solo “su tale presupposto al medico è riconosciuta autonomia” (art. 12 commi 1 e 2); e, per altro verso, la “mission” del medico diventa più semplicemente la “professione” (art. 2), e il suo “*dévoiment*” si traduce nel dovere di “attenersi alle conoscenze scientifiche e ispirarsi ai valori etici fondamentali” (art. 5).

Guardando al futuro ruolo dei codici deontologici (e in particolare dei codici di deontologia medica) può forse dirsi che il modello italiano è quello che meglio si presta, da un lato, a stemperare in una formulazione deontologica gli obiettivi “sindacali” e, per altro verso, a favorire quel processo di affiancamento delle regole deontologiche alle regole normative che, come si vedrà, costituisce uno dei più stimolanti obiettivi di ricerca nella ricostruzione del sistema delle fonti dell’ordinamento giuridico.

2. La “divaricazione delle professioni”

Quando nel 1958 Giovanni Cattaneo scrisse un volume sulla “responsabilità del professionista” le professioni all’uopo considerate erano le classiche “professioni intellettuali” in particolare quelle del notaio, del legale e del medico. Su quest’ultima professione, più specificamente, si è venuta formando, come si è detto, il moderno modello dei codici deontologici.

Oggi si assiste a un doppio ordine di divaricazioni: all’interno delle professioni tradizionali (A), e con riferimento alle nuove professioni (B).

A) Un esempio per tutti. La responsabilità del medico è diventata responsabilità medica: lo constatò un convegno svoltosi agli inizi degli anni 80 alla Scuola Superiore S. Anna di Pisa, evidenziando come si fosse venuto “dilatando l’ambito dei soggetti e la tipologia delle attività”. Si è così aperta la strada a una “pluralizzazione” di codici deontologici che riflette i caratteri e le esigenze del passaggio dalla professione “del medico” alle “professioni sanitarie”, così definite dalla Legge n. 42 del 26 febbraio 1999.

Il fenomeno è ormai diffuso e in certa misura necessitato. Il compianto dottor Louis René, già Presidente dell’Ordine dei medici francesi, nel presentare l’ultimo “Code de déontologie médicale”, osservava non senza un misto di curiosità e di preoccupazione che un codice deontologico “specifico” si impone, con apposito decreto governativo, per “chirurgiens-dentistes et sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes et pédicures-podologues”.

In Italia, dove com’è noto l’autonomia privata non è sottoposta a un controllo da parte dello Stato, il fe-

nomeno ha raggiunto proporzioni davvero preoccupanti: agli inizi del 1999 una decisione del Tribunale di Palermo (un'ordinanza del gennaio di quell'anno), che ha riconosciuto alla vedova il diritto di ottenere l'impianto degli embrioni già formati per dare inizio a una gravidanza nonostante il sopravvenuto decesso del coniuge, segnalava il contrasto tra il Codice di deontologia medica (giunto proprio nel 1998 alla quarta versione), che non poneva ostacoli a tale impianto e un pressoché sconosciuto – a detta di Mauro Barni – "Codice Nazionale di autoregolamentazione per la Procreazione Medicalmente Assistita", che invece sembrava vietarlo: e bene ha fatto il giudice palermitano a disattendere un simile divieto poggiando la sua decisione non tanto sull'argomento più generico (e stancamente ricorrente in giurisprudenza) della natura extragiuridica delle regole deontologiche, quanto sull'argomento più approfondito della incompatibilità di quella specifica regola con i principi desumibili (in mancanza, allora, di una legge) dalla Carta Costituzionale e dai documenti internazionali, oltre – beninteso – che dal Codice di deontologia medica, che si limita a vietare, opportunamente, forme di fecondazione assistita dopo la morte del partner (art. 42). Non a caso, a cercare di mettere ordine è poi sopraggiunta la legge n. 42/1999 che ha previsto "specifici codici deontologici" per contribuire a determinare "il campo proprio di attività e responsabilità delle professioni sanitarie".

B) Quanto alle "nuove professioni", una piccola divagazione può consentire di additare un esempio bizzarro concernente una "nuova

professione", non certo intellettuale. Qualche tempo fa un quotidiano riferiva che a Istanbul un calciatore del Besiktas, Pascal Nouma, era stato licenziato per aver "esultato" dopo un goal nel derby cittadino contro il Fenerbahce infilando "una mano dentro i pantaloncini, dopo essersi tolto la maglietta" (Il Corriere della Sera 23 aprile 2003). Cose turche, verrebbe fatto di commentare. Ma di recente, il problema - mutatis mutandis - è il caso di dire - si è riproposto in Italia dove al "comunista" Zampagna è stata inflitta la stessa sanzione rispetto a quella irrogata al "fascista" Di Canio, essendo stato il "pugno chiuso" equiparato al "saluto fascista" (La Repubblica 1° aprile 2005). Esiste, dunque, anche una "deontologia dell'esultare nella professione" economicamente emergente del calciatore?

Ma, adesso dal "faceto" passiamo al "serio" e torniamo, quindi, alle "professioni intellettuali".

Il Codice in materia di protezione dei dati personali (D.lgs. 30 giugno 2003. n. 196), sviluppando il programma delineato dalla legge n. 675/1996 (art. 31, comma 1 lett. h) in piena sintonia con la direttiva comunitaria n. 95 46, ha provveduto a individuare nuovi codici deontologici riguardanti i soggetti pubblici e privati, ivi comprese le società scientifiche e le associazioni professionali, interessati al trattamento dei dati per scopi storici" (art. 102) ovvero per "scopi statistici o scientifici" (art. 106); "i soggetti pubblici e privati interessati al trattamento dei dati personali effettuato per finalità previdenziali o per la gestione del rapporto di lavoro" (art. 119: i soggetti privati che gestiscono sistemi informativi "utilizzati a fini di concessione di

crediti al consumo o comunque riguardanti l'affidabilità e la puntualità nei pagamenti da parte degli interessati (c.d. "centrali rischi" private: art. 117) ovvero i soggetti che effettuano il trattamento dei dati personali "a fini di informazione commerciale" (art. 118); "i fornitori di servizi di comunicazione e informazione offerti mediante reti di comunicazione elettronica" (art. 133); "i soggetti che effettuano il trattamento dei dati personali con strumenti elettronici di rilevamento di immagini" (art. 134); i soggetti – "in particolare liberi professionisti o soggetti che esercitano un'attività di investigazione privata - che effettuano il trattamento dei dati personali – per lo svolgimento di investigazioni difensive... o per far valere o difendere un diritto in sede giudiziaria" (art. 135); i soggetti che effettuano il trattamento dei dati personali a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta ovvero per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale (art. 140).

Alla "novità" delle professioni – o, più esattamente, delle categorie (art. 1 comma 1) - identificate dal D. Lgs. n. 196/2003 corrisponde una "innovazione" quanto alla formazione e all'ambito di operatività dei relativi - "codici di deontologia e di buona condotta" (così li chiama la rubrica dell'art. 12).

La loro formazione è frutto di un procedimento complesso: si tratta di codici "promossi" nell'osservanza del "principio di rappresentatività" dal Garante, il quale è tenuto a verificarne la conformità alle leggi e ai regolamenti anche attraverso l'esame di osservazioni di soggetti interessati, oltre che a contribuire a garantirne la diffusione e il rispetto. Il loro

ambito di operatività diverge da quello tradizionalmente proprio dei "vecchi" codici deontologici: è più esteso, in quanto i "nuovi" codici non sono necessariamente collegati all'esistenza di un ordine professionale: è più circoscritto, in quanto essi mirano a specificare, settore per settore, le modalità del trattamento dei dati personali (art. 11. comma 1 con particolare riferimento alla lett. a) e in tale contesto, ad assicurare la liceità e correttezza del trattamento" stesso (art. 1 comma 3).

Peculiare è, infine, il codice deontologico per l'esercizio della professione di giornalista già specificamente individuato, come tale, dalla legge n. 675/1996 ed ora riproposto dal D.lgs. n. 196/2003 in una formula aperta a tutte le "attività giornalistiche" a prescindere dalla qualifica professionale di chi esercita tali attività: qui si è in presenza di un codice che postula una singolare procedura di cooperazione tra il Consiglio nazionale dell'Ordine dei giornalisti e il Garante, il quale legittimato a prescrivere eventuali misure e accorgimenti a garanzia degli interessati che il Consiglio è tenuto a recepire", ferma restando la legittimazione del Garante a procedere in via sostitutiva quando - e fin che dura - l'eventuale inottemperanza del suddetto Consiglio (art. 12. commi 2 e 3).

3. Le sfide della tecnologia.

Hans Jonas, nel suo classico "Das Prinzip Verantwortung" evidenzia un fenomeno importante e spesso trascurato "la perdita di reciprocità nell'etica del futuro". Nel porre mente alla responsabilità del professionista di oggi nei confronti delle generazioni future, la deontologia non viene soddisfatta dall'idea tradizionale dei

diritti e dei doveri reciproci". Poiché il progresso – conclude il grande filosofo tedesco – ha luogo più nel segno dell'arroganza che non della necessità la cautela altrimenti oggetto marginale della nostra saggezza, diventa il nucleo dell'agire morale.

Grande, e forse talvolta eccessivo, è il ruolo assegnato alla deontologia. Una recente sentenza della Corte costituzionale (del 26 giugno 2002. n. 282), nel dichiarare l'illegittimità costituzionale di una legge regionale (l. reg. Marche 13 novembre 2001. n. 26) che disponeva la sospensione dell'applicazione della terapia elettroconvulsivante, delle pratiche di lobotomia e di altri simili interventi di psichirurgia, chiama in causa espressamente il Codice di deontologia medica per avallare l'affermazione secondo cui, "poiché la pratica dell'arte medica si fonda sulle acquisizioni scientifiche e sperimentali, che sono in continua evoluzione, la regola di fondo in questa materia è costituita dall'autonomia e dalla responsabilità del medico": il quale - aggiunge la Corte, riproducendo l'art. 12 di detto codice - "deve adeguare, nell'interesse del paziente, le sue decisioni ai dati scientifici accreditati e alle evidenze metodologicamente fondate, mentre sono vietate l'adozione e la diffusione di terapie e di presidi diagnostici non provati scientificamente o non supportati da adeguata sperimentazione e documentazione clinico-scientifica".

La conclusione è nel senso che le scelte del legislatore regionale, che non si fondano su "specifiche acquisizioni tecnico-scientifiche verificate da parte degli organismi competenti" ma poggiano su "valutazioni di pura discrezionalità politica", non possono prevalere sui "principi fonda-

mentali comunque risultanti dalla legislazione statale già in vigore": principi ai quali sarebbe riconducibile il codice di deontologia medica, che prospetta un "punto di incrocio tra autonomia del medico nelle sue scelte professionali e obbligo di tener conto dello stato delle evidenze scientifiche e sperimentali".

Un'opportuna correzione di rotta viene introdotta peraltro dalla Corte costituzionale con la successiva sentenza n. 338 del 14 novembre 2003 che nel dichiarare parzialmente illegittime altre due leggi regionali (l. reg. Piemonte. 3 giugno 2002 n. 14 e l. reg. Toscana. 28 ottobre 2002. n. 39) contenenti limiti all'applicazione di dette terapie precisa che in ordine ai diritti fondamentali della "persona malata... la tutela non può non darsi in condizioni di fondamentale eguaglianza su tutto il territorio nazionale".

Orbene, se può apparire quanto meno ultronea l'invocazione – delle regole di deontologia medica a diretto supporto dei principi già desumibili dall'art. 32 Cost. – ossia a sostegno di quell'incrocio fra due diritti fondamentali della persona malata: quello ad essere curata efficacemente, secondo i canoni della scienza e dell'arte medica: e quello ad essere rispettata come "persona", di cui parla la sentenza n. 282/2002 (ma non a caso, sia detto per inciso, la sentenza n. 338/2003 non torna sullo specifico argomento) – certo è che le regole deontologiche, con la loro connaturale propensione a offrire previsioni generali e "generalizzanti", modellate sulle "categorie" interessate più che sul territorio e con la loro altrettanto connaturale apertura all'adeguamento alle sempre nuove sfide della tecnologia possono

essere di grande ausilio per una specificazione di detti principi.

Di questo non ha ritenuto di tener conto il Tribunale di Roma che, con una decisione del 17 febbraio 2002, ha tranquillamente disatteso la regola deontologica sul divieto di maternità surrogata (art. 42) andando alla ricerca di opinabili nuovi principi, diversi da quelli tradizionalmente ricollegabili al principio della indisponibilità degli status e ora puntualmente confermati dalla legge 19 febbraio 2004, n. 40 – del quale il Codice deontologico costituisce una coerente specificazione – con l'intento, indubbiamente ambizioso, di "ridefinire il fenomeno della maternità ridisegnandone i confini" così da pervenire alla conclusione, per così dire eversiva, secondo cui il negozio di maternità surrogata "deve essere ritenuto ammissibile, lecito e legittimo". La soluzione adottata può suscitare, nel pubblico, facili entusiasmi quanto decise repulse.

Un punto, tuttavia, è certo: essa comporta un vulnus alle regole deontologiche e al tempo stesso, ai principi dell'ordinamento giuridico.

II - LE QUESTIONI APERTE

1. Norme giuridiche e norme deontologiche

È noto che la giurisprudenza, con una formula ricorrente nelle sentenze della Corte di Cassazione suole affermare che "le regole di deontologia professionale si riferiscono a precetti extragiuridici, ovvero a regole interne alla categoria, e non ad atti normativi" (vedi per tutte Cass. 4 giugno 2004, n. 10644). Questa affermazione merita di essere riesaminata e quindi ridimensionata alla luce di un duplice vaglio che valga a porre a

confronto dette regole per un verso con i principi e le regole generali del nostro sistema normativo e per altro verso con le innovazioni legislative a cui si è già fatto cenno. Dal primo punto di vista la dottrina più attenta non ha mancato di attribuire alle regole deontologiche "un ruolo di determinazione e di specificazione di principi e di clausole generali dell'ordinamento giuridico": basti pensare all'importanza che possono avere le regole dei codici deontologici che si riferiscono al corretto esercizio della professione (art. 2 cod. deont. med.) o ancor più specificamente al "dovere di svolgere la propria attività professionale con lealtà e correttezza" (art. 6. cod. deont. forense) per il giudice civile chiamato ad applicare la "clausola generale" dell'art. 1175 del codice civile in tema di "comportamento secondo correttezza"; ovvero al rilievo decisivo che per lo stesso interprete vengono ad avere le regole dei codici deontologici che impongono e specificano "l'impegno di adempiere i propri doveri professionali con diligenza" (art. 8 cod. deont. forense) ai fini della valutazione della diligenza: la quale com'è noto ai sensi dell'art. 1176 comma cod. civ. "deve valutarsi con riguardo alla natura dell'attività esercitata". In ultima analisi può dunque concludersi che la regola deontologica "viene attratta nell'ordinamento giuridico e, per così dire, recuperata nella sua rilevanza per il diritto dalla clausola generale il cui contenuto essa vale a determinare" (A. Bellelli).

Dal secondo punto di vista, occorre sottolineare come i recenti interventi normativi in materia di trattamento dei dati personali (legge n. 675 1996, D.lgs. n. 196/2003 "co-

dice” del 2003) hanno introdotto una diversificazione di species (o, forse, di modelli) all'interno del genus tradizionale “codice di deontologia”. Invero, accanto ai codici deontologici, per così dire, tradizionali, interamente affidati all'autonomia degli ordini professionali, sono stati enucleati, come si è visto, numerosi “codici di deontologia e di buona condotta” promossi e sottoposti a verifica dal Garante, secondo un modello che potrebbe definirsi “a formazione controllata”, e un codice (il “codice di deontologia relativo ad attività giornalistiche”) che prevede il pieno coinvolgimento del Garante nella formazione del codice stesso, secondo un modello che potrebbe definirsi a “formazione partecipata”.

Per questi nuovi modelli di codice deontologico diventa difficile continuare a parlare di precetti “extragiuridici” e di regole interne alla categoria. In particolare, il codice deontologico per le attività giornalistiche è stato autorevolmente definito “una nuova fonte normativa secondaria sebbene atipica dell'ordinamento statale” (L. De Siervo).

Ma l'introduzione dei nuovi modelli non può non ripercuotersi sulla qualificazione del modello tradizionale di codice deontologico: non certo nel senso di scalfire l'autonomia degli ordini professionali, che anzi deve diventare reale indipendenza (soprattutto dallo Stato); ma piuttosto nel senso di accreditare sempre più il principio – enunciato per i nuovi modelli dall'art. 12 comma 3, del D.lgs. n. 196/2003 in ordine al trattamento dei dati personali, ma suscettibile di una cauta generalizzazione – del “rispetto delle disposizioni contenute nei codici [di deontologia]” come “condizione es-

senziale per la liceità e la correttezza” dell'attività professionale a volta a volta contemplata.

La criptica penetrazione delle norme deontologiche nell'ordinamento giuridico, da tempo avviata, sembra ora dover uscire “allo scoperto” e spingersi oltre il terreno della correttezza per invadere, con un salto indubbiamente ardito, il campo della liceità. Ma per giustificare un simile salto non c'è forse neppure bisogno di invocare il principio della sussidiarietà (G. Piepoli) o di proclamare – la formazione negoziale del diritto (N. Lipari), o addirittura di inneggiare a – “un droit sans l'etat” (J. Cohen-Tanugi); basta, forse, rileggere le pagine (troppo presto dimenticate) dedicate da Salvatore Romano all'autonomia e agli ordinamenti giuridici privati per essere in grado di ricostruire, senza necessariamente scomodare l'insegnamento del grande Genitore, le basi teoriche per un'interpretazione sistematica diretta non già – si badi – a marginalizzare l'ordinamento statale, ma piuttosto a ricondurre, appunto, a sistema quella molteplicità di fonti che e a sua volta espressione – il rilievo è di Gustavo Zagrebelsky – di un pluralismo di ordinamenti ‘minori’ che vivono “all'ombra di quello statale”, distinguendosi da quest'ultimo ma rivelando una loro intrinseca giuridicità.

Ma, se queste conclusioni dovessero apparire plausibili, anche lo scarto che si è soliti evidenziare tra la asserita “non-giuridicità” delle regole deontologiche italiane e il carattere di “fonte primaria del diritto” attribuito dalla stessa (bozza di) “Carta di Sanremo” a quelle francesi, in quanto approvate dal Governo sembra destinato a ridimensionarsi nella prassi.

Invero, sul versante italiano, di-

venta sempre più un problema teorico (peraltro non trascurabile) interrogarsi sul se il giudizio (anche di legittimità) debba vertere sulla inosservanza della regola deontologica in sé considerata (per esempio, in tema di correttezza) o non piuttosto – come si suole affermare, non senza fondamento – sulla norma giuridica (nello stesso esempio, la “clausola generale” dell’art. 1175 del codice civile) di cui la regola deontologica costituisce una specificazione.

Sul versante francese, d’altro canto, è forse opportuno ricordare che l’intervento statale più incisivo, ad opera del Conseil d’Etat, tendeva a correggere l’assolutezza dei “quattro principi” di stampo liberale della cosiddetta Charte medicale.

Inoltre aveva proprio lo scopo di mettere in chiaro il primato del super-principio deontologico con il quale si apre (art. 2) il “Code de deontologie medicale” fin dalla sua prima versione, sottolineando in particolare l’esigenza di un “développement normal des services ou institutions de médecine sociale”; quod erat in votis, e soprattutto quod est in votis, tanto in Francia quanto in Italia, nella formulazione dei rispettivi codici deontologici.

Diventa allora, quanto meno dubbio che, anche sotto questo profilo, quello francese sia il modello da imitare: e sembra invece da condividere, sul punto, l’avviso di chi (G. D. Comporti) ritiene che non sia auspicabile, “neppure in prospettiva che la materia in esame sia interessata da un intervento più incisivo dell’ordinamento statale”.

A tacer d’altro, una consapevole rinuncia all’usbergo dello Stato facilita il percorso che porta all’approdo europeo.

Non a caso, il dottor Louis Renè,

europeista convinto, si poneva il problema di un modello esagonal – quello francese, appunto – che in ragione del suo “statalismo” potrebbe essere “taxé de gallican”.

2. Regole deontologiche e principi bioetici

Un vero e proprio “fossato” (l’espressione è di Stefano Rodotà) divide i principi europei da quelli nordamericani: e la diversità si ripercuote sulle regole deontologiche.

Negli Stati Uniti, il super-principio bioetico della autonomia individuale giustifica per esempio, anche sotto il profilo deontologico, “sistemi sanitari in competizione”. Ad esempio – precisa Tristram Engelhardt – si potrebbero prevedere un Vati-Care per i cattolici romani, un Islam-Care per i musulmani, un Agnosti-Care per i non credenti. Ovviamente, il Vati-Care non offrirebbe l’aborto, la procreazione assistita o l’eutanasia. D’altra parte, per chi aderisce all’Agnosti-Care l’aborto, la procreazione assistita, l’eutanasia sarebbero viceversa disponibili.

In Europa, il super-principio bioetico della dignità umana, proclamato dalla “Convenzione sui diritti umani e la biomedicina” (c.d. Convenzione di Oviedo del 1997) e recepito dalla “Carta dei diritti fondamentali dell’Unione europea” (che lo pone a capo del Titolo I), non consentirebbe un analogo indirizzo di “neutralità”. Si può dire, anzi, che la Convenzione di Oviedo non fa che recepire tradizioni deontologiche fortemente radicate.

Basti pensare al super-principio deontologico con cui, come si è già rilevato, il Code de deontologie medicale dichiara solennemente di volersi ispirare “al rispetto della vita

umana, della persona e della sua dignità". La stessa dichiarazione di intenti emergeva dalle prime versioni del codice deontologico italiano, che all'art. 5 menzionava "il rispetto della dignità della persona umana" e all'art. 7 aggiungeva a guisa di specificazione, "rispetto della vita e della persona umana".

Di rispetto della libertà e della dignità della persona umana parla ora lo stesso codice, con una integrazione che potrebbe a prima vista suscitare qualche dubbio di voluta - ambiguità. Ma le regole che seguono smentiscono il sospetto che si sia voluti passare da una nozione, per così dire, "oggettiva" a una nozione "soggettiva" di dignità da riferire - secondo i canoni della bioetica nordamericana - alla qualità della vita autonomamente prescelta dal singolo individuo competente. Così, per esempio, secondo il Codice di deontologia medica "l'interruzione della gravidanza, al di fuori dei casi previsti dalla legge, costituisce grave infrazione deontologica (art. 41): "è fatto divieto al medico, anche nell'interesse del bene del nascituro, di attuare forme di maternità surrogata" ed è "bandita la produzione di embrioni ai soli fini di ricerca (art. 42)"; "il medico, anche su richiesta del malato, non deve effettuare né favorire trattamenti diretti a provocarne la morte" (art. 36).

Quanto, poi, ai "codici di deontologia e di buona condotta" promossi dal Garante per la protezione dei dati personali, il D.lgs. n. 196/2003, che è mosso dalla finalità di "garantire che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità dell'interessato (art. 2), esige in certi casi la previsione di "misure

ed accorgimenti a garanzia degli interessati rapportate alla natura dei dati, in particolare per quanto riguarda quelli idonei a rivelare lo stato di salute e della vita sessuale" (è il caso del "codice di deontologia relativo ad attività giornalistiche": art. 139); in altri casi la previsione di particolari cautele per la raccolta, la consultazione e la diffusione di documenti concernenti dati idonei a rivelare lo stato di salute, la vita sessuale o rapporti riservati di tipo familiare (è il caso del codice deontologico per il trattamento "per scopi storici": art. 102).

Va, infine, rilevato che per quanto concerne "gli esercenti le professioni sanitarie", le norme poste dal D.lgs. n. 196/2003 a garanzia del rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali e della dignità degli interessati (art. 83 comma 1), e in particolare del rispetto della dignità dell'interessato in occasione della prestazione medica. (art. 83, comma 2 lett. e), trovano una analitica e diffusa regolamentazione, per così dire, "anticipatrice" nel codice di deontologia medica.

III - GLI INTERROGATIVI

1. Deontologia o deontologie?

Quella che viviamo sembra essere una stagione di tragic choices tanto per usare la fortunata sintesi espressiva di Guido Calabresi, che con Philip Bobbit sottopose a confronto i diversi criteri di selezione degli aspiranti a un trapianto di reni, prendendo in considerazione anche la clinica nefrologica pisana. Sullo sfondo, si staglia la preoccupante alternativa tra uno scontro di deontologie (America vs. Europa) e una "globalizzazione deontologica" che per evi-

tare lo scontro partorisce "un topolino", ossia una deontologia talmente "mite" da diventare evanescente.

Il messaggio che può trarsi dal codice di deontologia medica non è, in sintesi, né ricerca dello scontro, né rifugio nell'indifferenza: è, piuttosto, consapevolezza delle differenze e individuazione delle scelte di fondo in conformità con i principi costituzionali, a cominciare dal prioritario riferimento alla libertà individuale.

Il concetto di libertà assunto dal codice deontologico risponde, come si è già accennato, a valori etici fondamentali che lo pongono a stretto confronto con il rispetto della vita della salute e della dignità (art. 5), nel quadro delineato dagli artt. 2, 3, 13, 32 della Costituzione. E un concetto di libertà diverso da quello ben scolpito da Tristram Engelhardt nelle sue classiche *Foundations of Bioethic* ove "non si concentra l'attenzione sulla libertà come valore, ma sul rispetto della libertà come condizione di possibilità dell'autorità morale generale... come condizione della morale" nel quadro di "un'etica procedurale, basata sul rispetto della libertà degli agenti morali coinvolti, anche senza stabilire la correttezza di nessun senso morale particolare. Di questa diversità mostra di essere consapevole il nostro codice deontologico, che non rinuncia a perseguire un obiettivo di conciliazione tra valori individuali e valori sociali, tra osservanza della "volontà di curarsi liberamente espressa" dal singolo paziente (art. 34. comma 1) e "protezione del minore, dell'anziano e del disabile" (art. 29), tra richieste del paziente e principi di scienza e coscienza posti alla base della responsabilità professionale del medico (art. 12); tra "sollievo dalla sofferenza

individuale" (art. 3) e "partecipazione all'attività e ai programmi di tutela della salute nell'interesse della collettività" (art. 77). Il quadro costituzionale e costituito dall'art. 32 Costituzione che, com'è noto, parla di una tutela della salute concepita al tempo stesso come "diritto dell'individuo" e come "interesse della collettività" (art. 32 della Costituzione).

Paul Ricoeur, nel suo mirabile "Preface al Code de deontologie médicale introduit et commenté par Luis René" (Paris 1996), ha parlato, al riguardo, di un felice paradosso: "la souffrance est privée, la santé est publique".

Su questo paradosso, che poi è solo apparentemente tale si può forse tentare di edificare una deontologia medica europea.

2. Quali "fonti" per la deontologia

In origine, le regole deontologiche erano norme consuetudinarie, sorte nell'ambito del gruppo sociale costituito dai membri della professione (G. Cattaneo). Ed invero, "la norma consuetudinaria, fondata unicamente sull'autorità della tradizione, è propria di ordinamenti limitati nel numero dei membri e soprattutto omogenei nella qualità dei rapporti e delle azioni (N. Bobbio).

Di questa fonte "consuetudinaria" restano nel Codice di deontologia medica tracce significative di persistente o rinnovata attualità.

Si pensi, per un verso, all'obbligo di intervento previsto dall'art. 7, che impedisce al medico "di rifiutarsi di prestare soccorso o cure di urgenza", un obbligo che va ben oltre i confini della norma penale sull'omissione di soccorso, perché – come ha modo di precisare la corrispondente norma del "Code de deontologie médicale"

(art. 9) – esso sembra riguardare non soltanto il caso in cui il medico si trovi in presenza di un malato o di un ferito in pericolo, ma anche il caso in cui il medico sia informato che un malato o un ferito è in pericolo. Si tratta di un obbligo che si ricollega precisa ancora il Code francese (art. 47) - ai più generali “devoirs d'humanité” tradizionalmente riferiti alla professione del medico.

Dubbia è, allora, la rilevanza di un simile obbligo sul piano del diritto statale. Esclusa dalla giurisprudenza l'applicabilità dell'art. 593 cod. pen. al di fuori delle ipotesi di “ritrovamento”, si tratterebbe di vedere se l'obbligo di intervento sancito dal Codice deontologico, in quanto espressione di una norma consuetudinaria, integri gli estremi di un obbligo “giuridico” di impedire l'evento dannoso ai sensi dell'art. 40 comma 2, del codice penale. E non è mancato chi in dottrina ha autorevolmente risposto in senso affermativo: “se dunque la norma consuetudinaria è sanzionata nell'ordinamento professionale – così argomenta Giovanni Cattaneo – essa è una norma giuridica dell'ordinamento dello Stato: e l'obbligo da essa stabilito è un obbligo giuridico nel senso dell'art. 40, comma 2. del codice penale”.

In altri casi, la consuetudine è stata adattata alla rinnovata realtà sociale. Per esempio, la tradizione legittimava il medico “pietoso” a “dissimulare” la verità in caso di prognosi gravi o infauste: così si esprimeva la prima versione del “Code de deontologie medicale”: così si continua a dire, sia pure in termini meno crudi (“un malato può essere tenuto nell'ignoranza di una prognosi grave”, art. 35, comma 2), nell'attuale versione di detto Code. Con apprezzabile inno-

vazione, il codice italiano di deontologia medica ha adattato la consuetudine alla rinnovata sensibilità per i diritti fondamentali del paziente, stabilendo che “le informazioni riguardanti prognosi gravi o infauste, o tali da poter procurare preoccupazione e sofferenza alla persona, devono essere fornite con prudenza usando terminologie non traumatizzanti e senza escludere elementi di speranza (art. 30 comma 3).

Ma la consuetudine come fonte esclusiva della deontologia non resiste al processo di “continua evoluzione delle acquisizioni scientifiche e sperimentali” (Cass. n. 282 cit.), e all'imponente trasformazione dei costumi sociali.

Soccorre, ancora una volta, un penetrante rilievo di Paul Ricoeur: la deontologia diviene sempre più “un échangeur entre les jugements prudents entretenus par la pratique de la profession médicale et les jugements normatifs qui relie l'ethique d'une profession a l'ethique generale”.

Consuetudini (jugements prudents) e precetti (jugements normatifs), dunque, consuetudini che tramandano esperienze professionali e precetti che si affiancano, specificandoli, ai comandi legislativi o addirittura li anticipano ispirandosi a un “etica generale”.

Di questi precetti (jugements normatifs) si rinvencono importanti tracce nel codice italiano di deontologia medica che spesso viene ad assumere la fisionomia di un “codice anticipatore”.

Il divieto di attuare “forme di maternità surrogata” (art. 42), opinabilmente disatteso dal giudice romano nel caso già ricordato, ha anticipato in Italia la legge n. 40/2004 (in una parte non soggetta al taglio referen-

dario), orientandosi in una direzione largamente diffusa in Europa quanto meno in relazione ai contratti onerosi di cosiddetto affitto d'utero. Il divieto di prelievo di organi e tessuti da persona vivente "per fini di commercio e di lucro" (art. 39) è perfettamente in linea con l'art. 21 della Convenzione di Oviedo, che all'art. 21 stabilisce, com'è noto, che "il corpo umano e le sue parti non devono divenire, in quanto tali, fonti di profitto".

Sempre in linea con la Convenzione di Oviedo, e anticipando il legislatore italiano (che non si è ancora deciso a legiferare), l'art. 34, comma 2, prevede il senso e i limiti di rilevanza delle cosiddette advanced directives, delineando una figura di medico né dominus né servant, ma semplicemente partner di un'alleanza terapeutica.

L'"assistenza al malato inguaribile" prevista dall'art. 37, ha prefigurato l'attuale attenzione legislativa e organizzativa per le cure palliative, favorendo il superamento di antiche remore moralistiche e la stigmatizzazione di persistenti "resistenze della cultura medica" che – a detta del Ministro della salute – sarebbero indotte dalla "cappa di terrore riferita alla tossicodipendenza".

3. Morte della deontologia?

Può sembrare paradossale che queste riflessioni, che sono partite dalla constatazione del grande bisogno di deontologia, si chiudano con un interrogativo che ipotizza la morte della deontologia. Eppure le avvisaglie in tal senso non mancano, e chiamano in causa la tecnologia, il mercato, la corporazione.

A) Secondo i dettami filosofici del nichilismo, "la tecnica tende all'onnipotenza". Nella tecnica totalmente

dispiegata, la norma suprema, da cui tutte le altre discendono – la suprema legge "morale" – è agire assumendo come forma dell'agire la volontà di accrescere all'infinito la potenza della tecnica. Quindi, le norme deontologiche, così come del resto le norme giuridiche – questa è, per esempio, la conclusione di Emanuele Severino – che ancora si illudono di regolare la tecnica, sono destinate a trasformarsi da regole a regolati. Viene annunciata dunque una tecnologia "schiacciante". Deve, allora, ipotizzarsi una morte della deontologia per "schiacciamento".

B) Secondo i più recenti indirizzi economici imperniati sulla esaltazione del mercato e sulla capacità di quest'ultimo di economize on morality (l'espressione è di Henry Hansmann, che propone un "mercato degli organi"), occorrerebbe sottoporre le vecchie tradizioni di una morale fatta di "ignoranza, ideologia, superstizione ad un acid bath of economics". "La teoria che propongo – questa è, allora, la sintesi enunciata da Richard Posner – è una teoria funzionalista, laica, strumentalista e utilitarista che ricorre in modo massiccio all'analisi economica".

In questo clima di "onnipotenza del mercato", che rapidamente ha contagiato l'Europa, si è diffusa la tendenza a considerare "la deontologia professionale come una soluzione marginale, in una prospettiva di analisi economica della professione", considerata in tutto e per tutto come un'impresa, "in quanto tale sottoponibile alle regole del mercato" (così si conclude il grido di dolore di Aldo Pagni). Nel grande mare di un mercato globalizzante, viene annunciata la scomparsa della ormai superata "deontologia ordinistica". Deve,

allora, ipotizzarsi una morte della deontologia per “annegamento”?

C) Questa “deontologia ordinistica”, frettolosamente ricollegata alla logica della “corporazione”, ha incontrato di recente le critiche di chi ha ritenuto di poter affermare che le regole “imposte” dagli Ordini professionali sono “servite per giustificare misure a protezione dei soli interessi corporativi del gruppo” così da dar vita - questa è, per esempio, la conclusione di Francesco Galgano - a “un privilegio “odioso” che nuoce all' esercente la professione intellettuale protetta”. E alla dottrina che si batte contro questo asserito privilegio ha fatto eco l' Autorità garante della concorrenza e del mercato che, con un provvedimento (n. 5400/97), emanato a conclusione di una “indagine conoscitiva nel settore degli ordini professionali”, ha notato come talvolta “sotto la veste dell' interesse pubblico si persegua la tutela di interessi privati meramente contingenti e di breve respiro che si traducono in uno svantaggio per la collettività”. Sull' altare di un soffocante “corporativismo”, viene dunque annunziato il sacrificio della deontologia; come dire: muoia Sansone con tutti i Filistei. Deve, allora, ipotizzarsi una morte della deontologia per “soffocamento”?

IV - A MO' DI CONCLUSIONE

La morte della deontologia è soltanto una morte annunciata.

Le professioni intellettuali, “per gli interessi essenziali della collettività e della persona che coinvolgono”, postulano - ha “sentenziato”, con tutta la sua autorevolezza, Giorgio Oppo - un’ordine” che valga a collocarle in quelli che Angelo Fal-

zea chiama “gli spazi giuridici preservati e incoercibili in cui stanno i valori sommi della nostra società giuridica e della persona umana”; gli ordini professionali sono chiamati a esprimere democraticamente regole deontologiche: le regole deontologiche sono destinate sempre più ad affiancarsi alle regole normative, pur senza confondersi con queste.

Gli attacchi, diretti o obliqui, alla cittadella della deontologia non debbono tuttavia essere tenuti in non cale.

La tecnologia non deve essere ostracizzata o, comunque, guardata con sospetto. Nella sua fisiologica corsa al rinnovamento, il codice di deontologia medica deve accostarsi con le sue regole a quella “Information technology” che - come ha osservato il Presidente Giuseppe del Barone - si rivela “sempre più diffusa e utile per l' analisi dei bisogni di salute dei cittadini e per la programmazione e gestione dei servizi e delle prestazioni sanitarie”: ma deve anche, con le sue regole - attingendo, per specificarle, alle regole normative dettate dal Codice per la protezione dei dati personali (più volte qui richiamato) far fronte ai “rischi che comporta una pericolosa e possibile invasività nella privacy che il medico deve salvaguardare”.

La tecnologia, insomma, non può pretendere di diventare la “regola” deve continuare a essere “regolata”; e la deontologia deve sempre più affiancarsi al diritto in questo compito. Il mercato non può essere ignorato dalla deontologia.

È al riguardo condivisibile il monito dell' Autorità garante della concorrenza e del mercato a orientare la regolamentazione deontologica in modo che essa miri a “soddisfare esi-

genze di carattere generale e a sanare imperfezioni di mercato (asimmetrie informative ed esternalità) di significativo rilievo, altrimenti suscettibili di produrre risultati iniqui e inefficienti”. Meno condivisibile è, però, il monito stesso quando conclude nel senso che questo “solo” deve essere l'orientamento delle regole deontologiche. Anche qui, non è il mercato che detta le “sue” regole: ma è il mercato, come la tecnologia, a dover essere regolato. E le regole deontologiche devono affiancarsi alle regole normative nel far fronte a quello che Giorgio Oppo considera il “rischio di una sempre più accentuata mercificazione al posto del prestigio, della dignità e della creatività della professione”.

La "corporazione" merita di essere salvaguardata nella misura in cui, sollevandosi dagli aspetti più specificamente “sindacali” – che vanno, appunto, lasciati alla competenza dei sindacati – e, spogliandosi di una latente tendenza alla “burocratizzazione fine a sé stessa dei servizi professionali”, dimostri di essere in grado di affrontare democraticamente al suo interno misure atte a proiettarsi all'esterno a beneficio della collettività e a servizio dell'utilità sociale. Ma perché questa impostazione sia difendibile, occorre – come ben è stato puntualizzato da Gian Domenico Comporti – che “la definizione, l'aggiornamento e la puntuale sanzione delle regole deon-

tologiche avvengano sempre in funzione della valorizzazione della correttezza, serietà e consapevolezza dei rapporti con i terzi utenti e del loro affidamento sulla qualità delle prestazioni richieste, anziché per l'imposizione di limiti concorrenziali che valgano a soddisfare solo interessi interni alla categoria”.

Guardando, infine, all'Europa, non ci si può nascondere che, oggi, forte è il vento degli entusiasmi che soffia a favore di una pervasività della tecnologia, di una onnipotenza del mercato, di un individualismo libertario insofferente di vincoli (anche) deontologici. Ma gli entusiasmi, come le mode, sono passeggeri, mentre duraturi sembrano voler essere l'impegno dell'Unione Europea, solennemente proclamato nel Preambolo della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione, a “preservare e a sviluppare i valori comuni” su cui si fonda il suo “patrimonio spirituale e morale”, e la consapevolezza, che ne deriva che “il godimento dei diritti risultanti dalle tradizioni costituzionali... comporta responsabilità e doveri tanto verso il prossimo quanto nei confronti della comunità umana e delle generazioni future”. In questo quadro generale, la deontologia (e in particolare la deontologia medica) può ancora servire: e in esso può rinvenire – questo, almeno, è l'auspicio – tutte le premesse per diventare una deontologia europea.

Francesco Donato Busnelli

PER INFORMAZIONI E MODULISTICA

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

Fino all'ultimo ha lavorato per l'associazione

La scomparsa di Fancello presidente della FEDERSPEV

La Sezione Provinciale della FEDER.S.P.E.V. di Sassari partecipa, con viva commozione, la recente scomparsa del suo presidente professor Leonida Fancellu.

Ricorda a quanti lo conobbero negli anni del suo mandato, l'impegno, la correttezza e la generosità profusi affinché l'associazione fosse apprezzata e conosciuta in ambito locale e nazionale.

Ha curato presso le istituzioni, la tutela dei diritti dei sanitari pensionati e delle vedove, la conoscenza e la divulgazione capillare delle notizie che li riguardavano, offrendosi, nelle situazioni più delicate, di farsi

tramite presso gli uffici competenti.

Uomo colto e sensibile, ha supportato con entusiasmo tutte le iniziative di carattere sociale e culturale che potessero favorire l'aggregazione e il proselitismo per incentivare nuove iscrizioni.

Anche durante la malattia e fino agli ultimi giorni, ha voluto mantenere contatti e dare suggerimenti affinché l'attività non si fermasse.

Alla moglie Clara e ai figli portiamo un abbraccio di conforto, nel ricordo della sua preziosa opera.

**La Sezione Provinciale
della FEDER.S.P.E.V. di Sassari**

*Il ricordo
del suo
entusiasmo
per le iniziative
di carattere
sociale*



Il professor Leonida Fancellu recentemente scomparso in occasione della sua premiazione per i 50 anni di laurea

Fra tutele e obblighi: molte ambiguità

Il problema degli specializzandi: medici o studenti?

Le implicazioni medico-legali derivanti dall'attività dei medici specializzandi costituiscono un argomento molto vasto e pieno di peculiarità, non ancora approfondito organicamente nella sua complessità e di recente inserimento in ambito giurisprudenziale.

La trattazione e la definizione del problema non possono prescindere dall'analisi di quell'intreccio stabilitosi tra normativa, giurisprudenza e realtà in cui si esplica l'attività lavorativo-assistenziale connessa alla formazione medica specialistica.

La normativa. Dal 1991 il medico specializzando occupa un ruolo nelle strutture sanitarie e universitarie ove è tenuto a operare. La sua attività è definita dai decreti legislativi 257/1991 e 368/1999. La legislazione precisa che il medico in corso di specializzazione, guidato dal tutore, deve partecipare a tutte le attività mediche dell'unità operativa a cui è assegnato.

L'autonomia esercitata dallo specializzando nello svolgimento dei compiti assistenziali e nell'esecuzione degli interventi è vincolata alle direttive ricevute dal tutore, d'intesa con la direzione sanitaria e con i dirigenti responsabili delle strutture sanitarie presso cui si svolge la formazione. In nessun caso l'attività del medico in formazione specialistica è sostitutiva del personale di ruolo.

Non essendoci equivoci a riguardo, ossia che allo specializzando

deve essere garantita una graduale responsabilizzazione intellettuale sino alla completa autonomia decisionale e operativa, lo specialista in formazione deve compiere personalmente ogni atto medico sotto il controllo del responsabile della sua formazione ed il formatore ha l'obbligo di essere immediatamente reperibile in caso di bisogno, di verificare costantemente e discutere criticamente con l'interessato ogni prestazione lasciata all'autonomia gestionale dello specializzando.

Le ambiguità. Il medico specializzando, quindi, diventa di fatto parte dell'équipe medica della struttura, tant'è che presenta gli stessi obblighi del medico dipendente del Servizio sanitario nazionale riguardo all'orario di lavoro, contrae relazione diretta con gli utenti e con la struttura sanitaria, esercita attività istituzionali di tipo diagnostico e interventistico, nonostante la grave e illogica anomalia giuridica che lo definisce studente (articolo 6 decreto legisl. 257/91). A ciò si aggiungono le diverse interpretazioni istituzionali: il ministero dell'Università e della ricerca scientifica e tecnologica in una nota del 6 dicembre 2000 afferma che "l'iscrizione all'albo professionale non è prevista fra i requisiti per l'ammissione alle scuole di specializzazione mediche.

Al riguardo si ritiene opportuno ricordare che le attività pratiche degli specializzandi, eseguite sotto la gui-

Per la Cassazione non c'è differenza con la posizione del tutore-formatore, nonostante lo status di "studente"

da di un tutor, come peraltro prevede il Dm 11/5/95, non sono assimilabili all'attività professionale autonoma del medico che richiede, naturalmente, l'iscrizione all'albo".

La Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, al contrario, in una comunicazione del 31 gennaio 2001 afferma che la mancata iscrizione all'albo e la frequenza al corso di specializzazione configurano esercizio abusivo della professione medico-chirurgica perseguibile ai sensi di legge, essendo incontrovertibile che il medico ammesso alle scuole universitarie di specializzazione in medicina e chirurgia svolge attività assistenziale e pertanto deve essere iscritto al relativo albo (articolo 8 del Dleps 233/46).

La giurisprudenza. Se la legislazione palesa una abnorme contraddizione, che nonostante le denunce dell'Amsce nessuna istituzione del Paese ha voluto pienamente risolvere nel corso degli ultimi 15 anni, molto chiara appare la giurisprudenza che con le sentenze n. 2453/99 e n. 32901/2004 (si veda la massima in pagina) della quarta sezione penale della Corte di Cassazione entra nel merito delle responsabilità penali dello specializzando.

La Suprema Corte ha infatti affermato che l'atto medico eseguito dallo specializzando, anche sotto le direttive del docente, comporta pur sempre l'assunzione diretta di quella tutela di garanzia, propria di ogni professionista sanitario, di tutela della salute dell'assistito, garantita dall'articolo 32 della Costituzione.

Pertanto nei confronti del paziente-utente lo specializzando assume la medesima posizione di garanzia del suo tutore-formatore, a

differenza del quale però non percepisce alcun indennizzo per la responsabilità e la garanzia che assume.

Nella sentenza succitata è anche chiaramente espresso il concetto di colpa "in équipe" nel caso in cui il medico specializzando, anche sotto vigilanza o indicazione del suo tutore-formatore, esegue un atto medico e cagiona danno all'assistito.

Qualora la direttiva del tutore-formatore non si presenti appropriata alla diretta esecuzione del medico specializzando, quest'ultimo non deve supinamente e acriticamente eseguire l'attività professionale richiesta, anzi ha l'obbligo di astenersi dall'eseguire la pratica delegatagli in quanto ciò metterebbe a rischio la salute dell'assistito che, invece, ha prevalenza sia sull'esigenza didattica, sia sull'eventuale atteggiamento di riverenza nei confronti del tutore.

A tal proposito, come ogni altro professionista, il medico specializzando dovrà sempre valutare la complessità della prestazione professionale richiesta, il rischio collegato all'abilità, all'esperienza richiesta in relazione alle cognizioni specialistiche fino a quel momento acquisite.

Bisogna considerare, inoltre, che secondo la Corte di Cassazione il medico nell'esercizio delle sue funzioni è tenuto a una diligenza che non è solo quella media e generica "del buon padre di famiglia", ma quella che è in concreto richiedibile a un tecnico esperto nel campo di intervento, indipendentemente dal livello concreto di esperienza del medico.

Vale a dire che l'inesperienza nel settore specifico non è una scusante, ma semmai un'aggravante (si definisce infatti imperizia - di chi fa ma non sa fare, in contrapposizione a ne-

gligenza – di chi saprebbe fare ma trascura di osservare le norme di diligenza e perizia e dunque fa male).

Relativamente a ciò è d'uopo evocare che sono ravvisate la *culpa in eligendo* del medico tutore per aver scelto o utilizzato persona non sufficientemente esperta e la *culpa in vigilando* per non aver predisposto le necessarie cautele a prevenire il danno (codice civile, articolo 2049).

Trattandosi sempre di responsabilità di équipe, in tale contesto risulta responsabile anche il primario-soggetto apicale (*culpa in eligendo*) poiché da questi dipende l'organizzazione dell'unità operativa, l'impiego di mezzi e di persone, il coordinamento e la sorveglianza sull'attività dei collaboratori, nonché la pianificazione e la modalità di espletamento dei compiti assistenziali degli specializzandi (attività di reparto, attività di sala operatoria, attività ambulatoriali, turni di guardia, consulenza).

Marilena Celano

presidente Amsce

(Associazione medici specialisti della Comunità Europea e specialisti in formazione)

Strutturati fantasma e mansioni "allargate": in corsia è Far West

Nonostante la chiarezza della legislazione riguardo all'attività dello specialista in formazione, i medici specializzandi si lamentano poiché spesso vengono di fatto lasciati soli nell'adempimento dei propri compiti assistenziali, sia nell'attività di reparto che in quella ambulatoriale o di consulenza. Sovente si scontrano con i soliti problemi di carenza di perso-

nale sanitario laureato e non laureato, di budget e tempi tecnici da rispettare.

A tal proposito sul territorio nazionale si delineano differenti scenari, così alcune realtà sono caratterizzate da una ineccepibile organizzazione della scuola di specializzazione per cui lo specializzando è realmente accompagnato e sostenuto durante tutto il percorso formativo, mentre altre si caratterizzano per "metodi formativi anomali", per cui non di rado gli specializzandi svolgono da soli turni di guardia diurna e/o notturna.

A volte si trovano affiancati da specialisti di altre discipline, altre volte il medico strutturato è soltanto reperibile telefonicamente. In questi casi la lotta tra la tutela della salute degli assistiti e la riverenza è molto dura e non può essere lasciata alla sola discrezionalità dello specializzando.

Di frequente capita che lo specializzando sia impiegato in mansioni che esulano inequivocabilmente dai propri doveri formativi, come quelli di segreteria, di eseguire trasporti di pazienti da un reparto all'altro, di recapitare richieste di esami o campioni biologici, di ritirare esami refertati, etc.

Tutto questo accade per tradizione o su specifica richiesta del formatore, ma in "clandestinità" poiché gli specializzandi non risultano coperti da alcuna tutela assicurativa per l'espletamento di tali mansioni, che non sono neppure codificate o previste dalla direzione sanitaria. Troppo spesso viene loro richiesto un orario di lavoro aggiuntivo che più facilmente li espone a rischi di errore professionale. Gli aspetti amministrativi legati al ruolo dello specializzando costituiscono un altro rompicapo irri-

solo ove la legislazione e la teoria si scontrano ancora una volta con la realtà.

La compilazione della cartella clinica la certificazione di prestazioni ambulatoriali, la richiesta di esami biochimici e strumentali, la certificazione di ammissione e quella di dimissione da un reparto ospedaliero o da un pronto soccorso, l'esecuzione e la refertazione di un determinato esame per gli usi consentiti dalla legge sono atti che, presentando risvolti amministrativi, competono esclusivamente ai dipendenti della struttura sanitaria, ma che nella gran parte dei casi vengono espletate dai medici specializzandi, in alcuni casi sotto controllo del tutore, in altri in forma autonoma.

Molto chiara in tal senso appare l'anomalia, di larga diffusione, per cui gli specializzandi sono impegnati nelle attività ambulatoriali e di consulenza per gli utenti che afferiscono alla struttura sanitaria mediante la compartecipazione della spesa sanitaria (pagamento del ticket per esempio) nonostante sia il decreto legislativo 257/91 che il 368/99, illogicamente in rapporto al vero e alle esigenze formative dei medici specializzandi, ben esplicitano che l'ammissione e la frequentazione del corso di specializzazione non determinano la costituzione di alcun rapporto di lavoro, o di impiego, con il Servizio sanitario nazionale e neppure con l'Università. A tal proposito è lecito domandarsi come è possibile, e soprattutto con quale modalità gli specializzandi possano svolgere le attività sopra accennate.

Per il momento non si possono che formulare due ipotesi: o la legislazione è chiaramente deficitaria e pertanto andrebbe riscritta, o gli enti di formazione medica specialistica abu-

sano della presenza degli specializzandi compiendo illeciti, dal momento che nessuno specializzando ha la facoltà di inserirsi nell'ambito di una struttura pubblica gestendo la propria attività in modo autonomo, ossia slegato da una subordinazione gerarchica.

Non solo è opportuno approfondire tutti i risvolti medico-legali connessi alla attività pratica degli specializzandi, ma è anche necessario chiarire quali responsabilità competono alle strutture sanitarie (direzione sanitaria e direzione amministrativa) e quali garanzie sono tenute a fornire sia agli utenti che agli specializzandi che inequivocabilmente svolgono attività di utilità per le stesse.

M.C.

La sentenza

In tema di colpa professionale del medico, il concreto e personale espletamento di attività da parte dello specializzando comporta pur sempre l'assunzione diretta, da parte sua, della posizione di garanzia nei confronti del paziente, condivisa con quella che fa capo a chi le direttive impartisce, secondo i rispettivi ambiti di pertinenza e di incidenza; anche sullo specializzando incombe pertanto l'obbligo di osservanza delle "leges artis" che hanno come fine la prevenzione del rischio non consentito.

Nella specie la Corte ha ritenuto che lo specializzando non fosse esente da responsabilità non avendo egli valutato l'errore nella direttiva impartitagli dal primario, con lui in sala operatoria.

Nuove regole da concordare fra Stato e Regioni

Sperimentazioni ECM

da giugno si cambia

Sperimentazioni Ecm avanti tutta e con le carte più che mai in regola per fare “crediti”.

Ma a giugno si cambia. E la “rifondazione” dell’Educazione continua la scriveranno a quattro mani Governo e Regioni, dando finalmente seguito al mandato ricevuto dall’Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, che aveva stabilito termini e paletti per la stesura del “Piano nazionale per l’aggiornamento del personale sanitario 2005-2007”.

Intanto la macchina dell’educazione continua in medicina proseguirà la sua corsa: con gli obiettivi già noti e con l’obbligo per gli operatori di accaparrarsi altri 30 crediti nell’anno in corso, per completare il debito formativo di 120 previsto per il 2002-2006.

Incassate le significative limature richieste dalle Regioni, il nuovo accordo con la salute destinato a rimettere in moto la macchina della formazione continua ha finalmente incassato, giovedì scorso, il via libera della conferenza Stato-Regioni.

E la nuova formulazione dello schema voluto dalle Regioni mette bene in chiaro che nulla verrà dato per scontato.

Rispetto al testo originariamente trasmesso dal ministero (cfr. “Il Sole-24 ore Sanità” n. 6/2006) non si parla più di accordo ponte; si ribadisce con forza l’opportunità di proseguire con tutte le esperienze in campo; si chia-

risce definitivamente che i documenti già redatti dalla Commissione nazionale Ecm non saranno presi in blocco per oro colato, bensì eventualmente utilizzati, se del caso.

Non è un caso dunque se il documento sui requisiti minimi per l’accreditamento di provider per l’Ecm, approvato dalla Commissione nazionale omonima nel novembre 2004 - teoricamente pezzo forte per l’avvio della seconda fase del progetto Ecm - non figura più in allegato al documento varato giovedì scorso.

Tutto è rinviato al nuovo Piano che un gruppo paritetico immediatamente installato alla Salute dovrà produrre entro il 31 maggio rispettando l’impegnativa scaletta fissata con l’Intesa di marzo.

Il progetto dovrà individuare: i temi d’aggiornamento comuni a tutte le professioni, di prevalente interesse per lo Stato; i temi specifici per le singole discipline e quelli organizzativo-gestionali di interesse per le Regioni; le tipologie delle attività formative; le modalità per l’accreditamento dei provider e la tenuta del relativo albo nazionale; i criteri per l’attribuzione dei crediti; l’armonizzazione delle norme già vigenti; il ruolo delle società scientifiche; le regole per trattare con gli sponsor. In quella sede sarà fissata anche una disciplina ad hoc per la Formazione sul campo (Fsc), scegliendo criteri e modalità capaci di favorire l’aggiornamento professionale sul posto di la-

*Lavoro
paritetico
per aggiornare
il piano
2005-2007*

voro, nello studio o a casa dell'operatore sanitario.

Nel frattempo nulla andrà perduto: i criteri maturati da gennaio saranno ritenuti comunque validi.

E nei prossimi tre mesi chi lo vorrà potrà intanto arricchire gli orizzonti degli operatori da aggiornare focalizzando l'attenzione su obiettivi connessi al Piano nazionale della prevenzione, puntando in particolare su prevenzione cardiovascolare, screening dei tumori e appropriatezza clinico-assistenziale.

Questioni che da sole – se ben affrontate – bastano e avanzano a fare i 30 punti che servono per mettersi in regola.

Sara Todaro

(da "Il Sole - 24 Ore")

Testo dello schema approvato dalla Conferenza Stato-Regioni

Premesso che:

- gli accordi sanciti dalla Conferenza Stato-Regioni il 20 dicembre 2001, il 13 marzo 2003 e il 20 maggio 2004 hanno consentito l'avvio a partire dal 2002, dell'accreditamento a regime dei singoli eventi residenziali e l'avvio, nel 2004, del sistema di accreditamento sperimentale regionale e/o nazionale dei soggetti pubblici e privati che svolgono attività formative residenziali a distanza, nonché formazione sul campo;
- l'articolo I, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, ha inserito tra gli obiettivi che le Regioni devono conseguire, al fine di ottenere l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato per le risorse destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale, la realizzazione del "Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario 2005-2007", coerentemente con il Piano sanitario nazionale;
- il Piano sanitario nazionale 2003-2005 ha individuato, tra gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute e degli altri diritti sociali e civili in ambito sanitario, la "realizzazione di una formazione permanente di alto livello e qualità in medicina e Sanità" per tutti i professionisti della salute;
- che con l'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 per quanto concerne il "Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario" si è convenuto che esso dovrà contemplare la ridefinizione degli obiettivi formativi garantendo, in ogni caso che, nella formazione continua del personale sanitario, siano presenti:
 - a) i temi comuni a tutte o più professioni, di prevalente interesse dello Stato;
 - b) i temi specifici delle singole professioni, discipline e specialità mediche e sanitarie;
 - c) i temi di natura organizzativo-gestionale, di prevalente interesse delle Regioni;
 - d) la fissazione delle tipologie delle attività formative;
 - e) le modalità per l'accreditamento dei provider e le modalità della tenuta dell'albo nazionale del provider;
 - f) la definizione di un organico intervento formativo nazionale;

- g) i criteri per l'attribuzione dei crediti;
- h) l'armonizzazione delle regole già previste nei precedenti accordi;
- i) il ruolo delle società scientifiche;
- l) la definizione delle problematiche relative alla contribuzione alle spese da parte degli organizzatori di eventi.

Si conviene:

1. Fino alla definizione del Piano nazionale per l'aggiornamento del personale sanitario 2005-2007, restano confermati gli obiettivi formativi di interesse nazionale definiti con l'accordo Stato-Regioni del 20 dicembre 2001 (atti rep. n. 1358), nonché le modalità di accreditamento degli eventi formativi residenziali e le sperimentazioni in corso, così come confermato con gli accordi Stato-Regioni del 13 marzo 2003 (rep. Atti n. 1667) e del 20 maggio 2004 (rep. Atti n. 1992).
2. Nelle more della definizione dei procedimenti di cui al punto 1) e comunque entro il 15 marzo 2006, verrà costituito presso il Ministero della Salute un gruppo di lavoro paritetico Stato-Regioni, che opererà, avvalendosi anche dei documenti prodotti dalla Commissione nazionale per la formazione continua, per la definizione della proposta "Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario".
3. Per l'anno 2006, ai fini del debito formativo, il valore di riferimento dei crediti da acquisire da parte degli operatori sanitari resta fissato a n. 30 crediti.
I crediti formativi possono essere acquisiti dagli operatori sanitari

con gli stessi criteri di flessibilità stabiliti con il Programma nazionale di educazione continua in medicina, avviato con accordo Stato-Regioni del 20 dicembre 2001, in base al quale l'operatore può acquisire il numero minimo o massimo di crediti formativi fino a raggiungere l'ammontare complessivo pari a 120 crediti formativi, a completamento del debito formativo stabilito nel quinquennio 2002-2006.

4. Sono fatti salvi i crediti maturati con la partecipazione a eventi formativi nel periodo compreso dal 1° gennaio 2006 alla data del presente accordo.
5. Durante il periodo di validità del "Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario 2005-2007", gli obiettivi possono essere prevalentemente connessi al "Piano nazionale della prevenzione" e agli altri interventi previsti in attuazione dell'intesa di cui al comma 173 della legge n. 311 del 2004 e in particolare:
 - alla prevenzione cardiovascolare;
 - allo screening dei tumori;
 - all'appropriatezza clinico-assistenziale.
6. Per l'anno 2005 ai fini della certificazione degli adempimenti di cui all'articolo 4, comma 1 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 e dell'allegato 3 della medesima per quanto attiene agli impegni assunti dalle Regioni ai punti 2.8 e 2.10 del suddetto allegato 3, sarà resa l'autocertificazione a cura delle Regioni al Comitato di cui all'articolo 9 della Intesa medesima in ordine agli interventi realizzati.
7. Fino alla definizione del Piano nazionale dell'aggiornamento del

personale sanitario 2005-2007, proseguono le sperimentazioni relative alle diverse attività poste i essere sia per l'accreditamento dei provider che per le tipologie di formazione.

8. In sede di formulazione del Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario verrà disciplinata anche la formazione sul campo (Fsc) e saranno stabiliti i criteri e le modalità per privilegiare l'aggiornamento sul posto di lavoro e nello studio presso il domicilio dell'operatore sanitario, nonché in stages di lavoro presso centri di documentata eccellenza.
9. Entro il 31 maggio del 2006 dovrà essere approvato il Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario 2005-2007, predisposto secondo quanto previsto al comma 2 del presente accordo, all'interno del quale saranno definiti i requisiti minimi per l'accreditamento dei provider integrati con i criteri per l'attribuzione dei crediti formativi per le diverse tipologie di formazione.

Ecco i principi per formare i nuovi Mmg

Come si svolgeranno i corsi di formazione in medicina generale nei prossimi anni e quale sarà la cornice comune a tutte le Regioni? A dettare la nuova disciplina è un decreto del Ministero della Salute, datato 7 marzo 2006, e pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 60 del 13 marzo, dal titolo "Principi fondamentali per la disciplina unitaria in materia di formazione specifica in medicina ge-

nerale". I corsi, spiega il decreto, vengono attivati a livello regionale, ma nell'organizzarli le amministrazioni dovranno garantire uniformità dei bandi, date comuni per la loro presentazione e per l'espletamento dei concorsi, uguali prove di ammissione e regole omogenee per lo svolgimento dei tirocini. Il numero dei posti, invece, sarà stabilito a livello di ogni singola Regione e Provincia autonoma in accordo con la Salute tassativamente entro il 31 ottobre di ogni anno e sarà il frutto della combinazione dei posti carenti e dei Mmg già in graduatoria. Stessa data e orario per le prove d'esame (è quindi vietato fare domanda in più di una Regione), composte da un quiz di 100 domande a risposta multipla in medicina clinica.

Il giudizio spetta a una commissione presieduta dal presidente dell'Omceo del capoluogo di Regione, e composta da un dirigente di struttura complessa di medicina interna scelto dalla Regione, da un Mmg nominato dall'Omceo e da un funzionario amministrativo regionale o provinciale. Una commissione di composizione analoga, integrata da un professore ordinario di medicina interna e da un rappresentante del Ministero della Salute, presiederà anche all'esame finale che precede l'accesso alla graduatoria dei medici di base.

I tirocini in medicina generale, della durata di tre anni (ma possono essere ridotti "per un periodo totale di un anno pari a 1.600 ore"), sono aperti a medici italiani e comunitari abilitati all'esercizio della professione. Per i camici bianchi "Ue" è comunque necessaria l'iscrizione all'ordine dei medici italiano prima dell'avvio dei corsi. Attività in ospedale, in ambulatorio e nei turni di guardia compongono la parte pratica del tirocinio.

Generalmente i corsi sono a tempo

pieno per cui, ai corsisti, che non instaurano un rapporto di dipendenza o convenzionato col Servizio Sanitario Nazionale un rapporto di lavoro, si richiede una disponibilità piena per l'intera durata della settimana lavorativa e per tutto l'anno. Per questo la partecipazione al corso è incompatibile con "attività libero-professionali e ogni rapporto convenzionale, precario o di consulenza con il Servizio Sanitario Nazionale o enti e istituzioni pubbliche o private, anche di carattere saltuario e temporaneo". Vietato, inoltre, svolgere contemporaneamente un dottorato o la specializzazione. In ogni caso, si rischia l'espulsione dal corso.

Le incompatibilità vengono meno se i corsi sono a tempo parziale,

scelta che tocca alla Regione e che può avvenire se le modalità di svolgimento dei tirocini rispettano alcuni requisiti come, ad esempio, che la durata complessiva della formazione non sia comunque inferiore rispetto a quella a tempo pieno.

Ogni anno di formazione dà diritto a una borsa di studio di 11.103,82 euro dai quali vanno però dedotti i costi per la copertura assicurativa, a meno che il tirocinante non decida di stipularla individualmente e non tramite la Regione.

Malattia, gravidanza o servizio militare sospendono la formazione secondo le disposizioni del Dlgs 368/1999.

(Testo: www.24oresanita.com)

DEPOSITO TITOLI DI STUDIO

Nel rispetto degli artt. 1, 2, 3 e 4 del D.P.R. n. 221/50, l'Ordine deve avere gli albi costantemente aggiornati.

Pertanto, è fatto obbligo a tutti gli iscritti depositare presso la segreteria dell'Ordine il conseguimento dei titoli di studio: diploma di specializzazione, diploma di formazione specifica in medicina generale.

Si ricorda che è possibile avvalersi dell'auto-certificazione per comunicare il conseguimento dei suddetti titoli.

La legge è entrata in vigore

Riscontri diagnostici per le vittime della SIDS

Nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 34 del 10 febbraio 2006 è stata pubblicata la legge 2 febbraio 2006, n. 31, recante "Disciplina del riscontro diagnostico sulle vittime della sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS) e di morte inaspettata del feto".

La legge prevede, al fine di promuovere la ricerca e la prevenzione nel settore in esame, che tutti i lattanti vittime della SIDS e tutti i feti deceduti senza causa apparente dopo la venticinquesima settimana di gestazione siano sottoposti, previo consenso dei genitori, a riscontro diagnostico nei centri autorizzati cui devono essere inviati gli organi prelevati.

Il provvedimento dispone che il riscontro diagnostico sia effettuato secondo il protocollo diagnostico predisposto dalla prima cattedra dell'Istituto di anatomia patologica dell'Università di Milano. Il suddetto protocollo per essere applicabile dovrà essere approvato dal Ministero della salute.

Per garantire che ogni decesso sia esaminato in maniera completa ed esaustiva è richiesta la collaborazione di tutti i medici (ostetrico-ginecologo, neonatologo, pediatra curante e anatomico patologo) depositari delle informazioni relative alla gravidanza, allo sviluppo fetale, al parto.

Il provvedimento dispone, inoltre, che nella attuazione dei programmi

di formazione continua in medicina la Commissione nazionale provveda affinché ogni ostetrico, ginecologo, pediatra, neonatologo, anatomico patologo, istologo, medico di base e personale infermieristico conseguano crediti formativi in materia di SIDS

Il testo della legge

Art. 1.

1. 1. lattanti deceduti improvvisamente entro un anno di vita senza causa apparente e i feti deceduti anch'essi senza causa apparente dopo la venticinquesima settimana di gestazione devono essere prontamente sottoposti con il consenso di entrambi i genitori a riscontro diagnostico da effettuarsi nei centri autorizzati secondo i criteri individuati nell'articolo 2, a cui sono inviati gli organi prelevati.

Le informazioni relative alla gravidanza, allo sviluppo fetale e al parto e, nel caso di sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS), alle situazioni ambientali e familiari in cui si è verificato il decesso, raccolte con un'indagine familiare, devono essere accuratamente registrate e vagliate, per il completamento diagnostico e per finalità scientifiche, dall'ostetrico-

*Gli accertamenti
per i decessi
da sindrome
della morte
del lattante
dovranno
essere
effettuati
presso i centri
autorizzati*

ginecologo, dal neonatologo, dal pediatra curanti e dall'anatomo patologo sulla base dei protocolli internazionali.

2. Il riscontro diagnostico di cui al comma 1 è effettuato secondo il protocollo diagnostico predisposto dalla prima cattedra dell'Istituto di anatomia patologica dell'Università di Milano.

Il suddetto protocollo, per essere applicabile, deve essere approvato dal Ministero della salute.

Art. 2.

1. I criteri per l'autorizzazione dei centri di cui all'articolo 1 sono definiti, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.
2. Entro centottanta giorni dall'adozione del decreto di cui al comma 1, le regioni provvedono ad individuare, sul loro territorio, i centri scientifici, di carattere universitario od ospedaliero, che svolgono la funzione di centri di riferimento per il riscontro diagnostico dei lattanti deceduti improvvisamente senza causa apparente entro un anno di vita e dei feti deceduti senza causa apparente dopo la venticinquesima settimana di gestazione.
3. Per l'attuazione del presente articolo è autorizzata la spesa di 31.000 euro annui a decorrere dall'anno 2006.

Art. 3.

- I. I risultati delle indagini svolte ai sensi dell'articolo 1 sono comuni-

cati dai centri autorizzati alla prima cattedra dell'Istituto di anatomia patologica dell'Università di Milano che, nel rispetto delle regole sul trattamento dei dati personali, provvede ad istituire una banca dati nazionale e a trasmettere i dati così raccolti alla regione competente per territorio, ai medici curanti e ai parenti delle vittime.

2. Per l'attuazione del presente articolo è autorizzata la spesa di 36.000 euro annui a decorrere dall'anno 2006.

Art. 4.

1. Le autorità sanitarie nazionali e regionali provvedono, nell'ambito degli ordinari stanziamenti di bilancio:
 - a) a promuovere campagne di sensibilizzazione e di prevenzione per garantire una corretta informazione sulle problematiche connesse alla SIDS e ai casi di morte del feto senza causa apparente;
 - b) a predisporre appositi programmi di ricerca multidisciplinari che comprendano lo studio dei casi sul piano anamnestico, clinico, laboratoristico, anatomo patologico, istologico.
2. Il Ministero della salute, in collaborazione con le società scientifiche interessate e con le associazioni dei genitori, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, provvede ad emanare le linee guida per la prevenzione della SIDS.
3. Nell'attuazione dei programmi di formazione continua in medicina di cui all'articolo 16-bis del decreto legislativo 30 dicembre

1992, n. 502, la Commissione nazionale per la formazione continua, di cui all'articolo 16-ter del medesimo decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modificazioni, provvede affinché ogni ostetrico, ginecologo, pediatra, neonatologo, anatomico patologo, istologo, medico di base e personale infermieristico consegua crediti formativi in materia di SIDS.

4. Al fine di garantire una migliore assistenza ai nuclei familiari colpiti da casi di SIDS o di morte del feto senza causa apparente, le regioni possono prevedere progetti di sostegno psicologico ai familiari delle vittime anche facilitando i contatti con le associazioni delle famiglie toccate da esperienze analoghe.
5. Dall'attuazione del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Art. 5.

1. Agli oneri derivanti dagli articoli 2 e 3, pari a 67.000 euro annui a decorrere dall'anno 2006, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2006-2008, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte corrente «Fondo speciale» dello stato di previsione del Ministero dell'Economia e delle finanze per l'anno 2006, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero dell'Istruzione, dell'università e della ricerca.
 2. Il Ministro dell'Economia e delle Finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.
- La presente legge, munita del si-

gillo dello Stato, sarà inserita nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. E fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

NOTE

AVVERTENZA:

Il testo delle note qui pubblicato è stato redatto dall'amministrazione competente per materia, ai sensi dell'art. 10, comma 3, del testo unico delle disposizioni sulla promulgazione delle leggi, sull'emanazione dei decreti del Presidente della Repubblica e sulle pubblicazioni ufficiali della Repubblica italiana, approvato con D.P.R. 28 dicembre 1985, n. 1092, al solo fine di facilitare la lettura delle disposizioni di legge alle quali è operato il rinvio. Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi qui trascritti.

Nota all'art. 4:

- Si riportano il testo degli articoli 16-bis e 16-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 305 del 30 dicembre 1992:

«Art. 16-bis (Formazione continua). - 1. Ai sensi del presente decreto, la formazione continua comprende l'aggiornamento professionale e la formazione permanente. L'aggiornamento professionale è l'attività successiva al corso di diploma, laurea, specializzazione formazione complementare, formazione specifica in medicina generale, diretta ad adeguare per tutto l'arco della vita professionale le conoscenze professionali. La formazione permanente

**CONVOCAZIONE
ASSEMBLEA ORDINARIA
ANNUALE**

30 MAGGIO 2006

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI SASSARI

CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE

Gli iscritti sono convocati in Assemblea Ordinaria il giorno 27 maggio 2006 alle ore 24.00 in prima convocazione e il giorno **30 maggio 2006 alle ore 18.00 in seconda convocazione** a 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) Conto consuntivo anno 2005;**
- 3) Variazioni al Bilancio di previsione anno 2006;**
- 4) 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 **30 maggio 2006** il dott.

....., li

Firma

comprende le attività finalizzate a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali e i comportamenti degli operatori sanitari al progresso scientifico e tecnologico con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza alla assistenza prestata dal Servizio sanitario nazionale.

2. La formazione continua consiste in attività di qualificazione specifica per i diversi profili professionali, attraverso la partecipazione a corsi, convegni, seminari, organizzati da istituzioni pubbliche o private accreditate ai sensi del presente decreto, nonché soggiorni di studio e la partecipazione a studi clinici controllati e ad attività di ricerca, di sperimentazione e di sviluppo.

La formazione continua di cui al comma 1 è sviluppata sia secondo percorsi formativi autogestiti sia, in misura prevalente, in programmi finalizzati agli obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale e del Piano sanitario regionale nelle forme e secondo le modalità indicate dalla commissione di cui all'art. 16-ter.».

«Art. 16-ter (*Commissione nazionale per la formazione continua*)

1. Con decreto del Ministro della sanità, da emanarsi entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, è nominata una Commissione nazionale per la formazione continua, da rinnovarsi ogni cinque anni.

La Commissione è presieduta dal Ministro della salute ed è composta da quattro vicepresidenti, di cui uno nominato dal Ministro della salute, uno dal Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ri-

cerca, uno dalla Conferenza permanente dei Presidenti delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, uno rappresentato dal presidente della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, nonché da venticinque membri, di cui due designati dal Ministro della salute, due dal Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, uno dal Ministro per la Funzione Pubblica, uno dal Ministro per le pari opportunità, uno dal Ministro per gli Affari Regionali, sei dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta della Conferenza permanente dei presidenti delle regioni e delle province autonome, due dalla Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, uno dalla Federazione nazionale degli ordini dei farmacisti, uno dalla Federazione nazionale degli ordini dei medici veterinari, uno dalla Federazione nazionale dei colleghi infermieri professionali, assistenti sanitari e vigilatrici d'infanzia, uno dalla Federazione nazionale dei collegi delle ostetriche, uno dalle associazioni delle professioni dell'area della riabilitazione di cui all'art. 2 della legge 10 agosto 2000, n. 251, uno dalle associazioni delle professioni dell'area tecnico-sanitaria di cui all'art. 3 della citata legge n. 251 del 2000, uno dalle associazioni delle professioni dell'area della prevenzione di cui all'art. 4 della medesima legge a 251 del 2000, uno dalla Federazione nazionale degli ordini dei biologi, uno dalla Federazione nazionale degli ordini de-

gli psicologi e uno dalla Federazione nazionale degli ordini dei chimici.

Con il medesimo decreto sono disciplinate le modalità di consultazione delle categorie professionali interessate in ordine alle materie di competenza della Commissione.

2. La Commissione di cui al comma 1 definisce, con programmazione pluriennale, sentita la Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano nonché gli ordini e i collegi professionali interessati, gli obiettivi formativi di interesse nazionale, con particolare riferimento alla elaborazione, diffusione e adozione delle linee guida e dei relativi percorsi diagnostico-terapeutici.

La Commissione definisce i crediti formativi che devono essere complessivamente maturati dagli operatori in un determinato arco di tempo, gli indirizzi per la organizzazione dei programmi di formazione predisposti a livello regionale nonché i criteri e gli strumenti per il riconoscimento e la valutazione delle esperienze formative. La Commissione definisce altresì i requisiti per l'accREDITAMENTO delle società scientifiche nonché dei soggetti pubblici e privati che svolgono attività formative e procede alla verifica della sussistenza dei requisiti stessi.

3. Le regioni, prevedendo appropriate forme di partecipazione degli ordini e dei collegi professionali, provvedono alla programmazione e alla organizzazione dei programmi regionali per la formazione continua, concorrono alla individuazione degli obiettivi formativi di interesse nazionale di cui

al comma 2, elaborano gli obiettivi formativi di specifico interesse regionale, accreditano i progetti di formazione di rilievo regionale secondo i criteri di cui al comma 2. Le regioni predispongono una relazione annuale sulle attività formative svolte, trasmessa alla Commissione nazionale, anche al fine di garantire il monitoraggio dello stato di attuazione dei programmi regionali di formazione continua.».

Nota alla Corte di Giustizia Europea su prestazioni sanitarie soggette a imposta

Con Risoluzione n. 174 del 22/12/2005, l'Agenzia delle Entrate ha ribadito la legittimità da parte dell'amministrazione finanziaria del recupero dell'IVA nei confronti dei medici che abbiano applicato l'esenzione da IVA per gli anni passati rispetto alla data di pubblicazione delle sentenze interpretative della Corte di Giustizia Europea C – 212/01 e C – 307/101 del 23/1/2003 fermo restando il principio del non recupero delle sanzioni e delle more ex art. 10 della Legge 212/2000.

Il presidente della FNOMCeO è intervenuto con una nota presso la Corte di Giustizia Europea che ha valutato in sede di conclusione di questione pregiudiziale in materia per il non addebitamento dell'IVA, per un periodo passato, quando l'informazione dell'amministrazione tributaria nazionale abbia fatto sorgere un legittimo affidamento con riferimento all'esenzione dell'operazione.

Pubblichiamo il testo della nota:

Gentile avvocato generale Christine Stix - Hackl,

nel mio ruolo istituzionale di Presidente della Federazione Nazionale dei medici chirurghi ed odontoiatri che rappresenta 365.000 medici ed odontoiatri d'Italia mi permetto di sottoporre alla sua cortese attenzione la posizione dei medici ed odontoiatri italiani dopo le sentenze della Corte di Giustizia Europea C – 212/01 e C – 307/01 del 23/1/2003 che hanno fornito la corretta interpretazione dell'art. 13, parte A, n.l, lett. c) della Sesta Direttiva (Direttiva 77/388/CEE del 17 maggio 1977).

L'interpretazione della Corte di Giustizia Europea ha modificato radicalmente l'orientamento adottato dall'Amministrazione Finanziaria dello Stato Italiano con Circolare 4/11/1992, n. 65/431007 - successivamente confermato con Risoluzione n. 181/E del 18/9/2003 - in base al quale tutte le prestazioni dei medici e degli odontoiatri dovevano considerarsi esenti IVA in quanto collegate con lo specifico esercizio delle professioni e arti sanitarie e sulla base del quale tutti i professionisti hanno operato fiscalmente fino alla data di pubblicazione delle sentenze summenzionate.

L'Amministrazione Finanziaria Italiana - in forza del principio che le sentenze interpretative della Corte di Giustizia hanno efficacia ex tunc - ha assoggettato ad IVA operazioni, ora considerate imponibili, che sono state effettuate dai medici in regime di esenzione nei precedenti periodi di imposta rispetto alla pubblicazione delle sentenze interpretative, con oneri finanziari difficilmente recuperabili a posteriori e gravi ripercussioni economiche.

La materia è stata affrontata nelle Conclusioni dell'Avvocatura Gene-

rale, in relazione alle cause riunite C -181/04, C – 182/04 e C – 183/04, che ha risolto la questione pregiudiziale concernente il non addebitamento dell'IVA per un periodo passato sulla base dei principi di tutela del legittimo affidamento e della certezza del diritto. La Sesta direttiva pertanto, interpretata alla luce del principio della tutela del legittimo affidamento, osta all'addebitamento dell'IVA per un periodo passato, ove un'informazione dell'amministrazione tributaria nazionale abbia fatto sorgere un legittimo affidamento con riferimento all'esenzione di un'operazione.

La FNOMCeO è intervenuta presso le autorità italiane competenti fin dal 2004 con argomentazioni similari a quelle enunciate nelle conclusioni dell'Avvocatura Generale sottolineando, inoltre, come la Corte di Cassazione, con sentenza n.17576 del 10 dicembre 2002, abbia affermato *che il principio del legittimo affidamento deve essere applicato in tutti i rapporti tributari e la sua tutela comporta in determinati casi non soltanto la non applicabilità delle sanzioni bensì l'inesigibilità tout court della prestazione tributaria.*

L'intervento della FNOMCeO non ha trovato un interlocutore disponibile a un confronto approfondito della questione tant'è che l'Amministrazione Finanziaria ha, con Risoluzione n. 174 del 22 dicembre 2005, ribadito - così come espresso nel punto 34 delle conclusioni della Corte di Giustizia Europea - l'addebitamento dell'IVA per il periodo passato e quindi il recupero dell'imposta da parte dello Stato valutando il legittimo affidamento del contribuente limitato alla sola misura del

non recupero della multa e degli interessi.

Tuttavia, la presa visione delle conclusioni dell'Avvocato Generale nella materia e del rigore logico con cui le stesse sono state definite costituisce una concreta aspettativa per tutti i medici ed odontoiatri italiani a che la soluzione della problematica in oggetto sia vicina.

Alla luce delle suesposte considerazioni la Federazione Nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri auspica una rapida conclusione delle cause riunite C - 181/04, C - 182/04 e C - 183/04, che accolga il principio enunciato nella

terza questione pregiudiziale, in quanto oltre a ribadire il principio essenziale dello Stato di diritto che il cittadino non può essere leso da norme con effetti retroattivi che incidano irragionevolmente su situazioni regolate da leggi precedenti o interpretazioni rese dalle autorità competenti, costituisce per tutti i medici ed odontoiatri italiani un autorevole precedente per la definizione delle controversie pendenti con l'Amministrazione Finanziaria e scoraggerà ulteriori richieste da parte di quest'ultima evitando un contenzioso inutilmente gravoso.

Aristide Paci

Laurea in scienze motorie e diploma di fisioterapista: no all'equiparazione

Critiche sono state espresse dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri all'ipotesi di equiparazione del diploma di laurea in scienze motorie a quello di fisioterapista.

Quest'ultima figura professionale - è stato osservato - su diagnosi e prescrizione medica contribuisce, per la parte di propria competenza, alla guarigione del malato, definendo i programmi di riabilitazione, la pratica di rieducazione funzionale della disabilità, l'addestramento all'uso delle protesi, verificando sul campo la rispondenza delle metodologie riabilitative attuate agli obiettivi di recupero.

Al contrario del laureato in scienze motorie il cui sbocco professionale, per tipologia di formazione, è principalmente rivolto all'educazione motoria, fisica e sportiva attraverso un ruolo ben definito presso le scuole di ogni ordine e grado, nei centri a carattere ricreativo e sociale, presso gli assessorati allo sport. Un'attività questa che non può essere ricompresa tra quelle a carattere sanitario anche dopo la frequenza di un apposito "corso di formazione sul paziente" come ipotizzato.

Il Comitato Centrale della FNOMCeO, pertanto, nel rimarcare che il bene salute debba essere affidato a coloro i quali hanno specifica ed idonea formazione in campo sanitario, auspica che il Ministero della Salute e il MIUR sollecitino il Parlamento a riesaminare la materia al solo scopo di fornire ai cittadini assistenza di qualità e sicurezza per quanto attiene ogni tipo di prestazioni.

Le modalità di prescrizione

Nuove disposizioni sulle sostanze stupefacenti

Si portano a conoscenza di tutti gli Ordini le nuove disposizioni in merito alla prescrizione di sostanze stupefacenti derivanti dalla legge 49/2006 recante *“Misure urgenti per garantire la sicurezza ed i finanziamenti per le prossime Olimpiadi invernali, nonché la funzionalità dell’Amministrazione dell’interno. Disposizioni per favorire il recupero di tossicodipendenti recidivi e modifiche al testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, di cui al D.P.R. 309/90”* che ha modificato il D.P.R. 309/90 - Testo Unico in materia di sostanze stupefacenti e dal successivo decreto 10 marzo 2006 recante: *“Approvazione del ricettario per la prescrizione dei farmaci di cui alla tabella II, sezione A, e dell’allegato III bis al DPR 309/90, come modificato dal D.L. 272/05, convertito con modificazioni, dalla L. 49/06”* pubblicato sulla G.U. 31/3/06, n. 76.

1 - L’art. 4 - vices ter, ai commi 2 e 3, della Legge 49/05, ha apportato modifiche al sistema di tabellazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope (art. 13 e 14 D.P. R. 309/90)

Con il nuovo sistema nella tabella I sono ricomprese tutte le sostanze individuate come stupefacenti e psicotrope suscettibili d’abuso mentre nella tabella II sono ripor-

tati i principi attivi dei medicinali suddivisi in 5 sezioni a seconda del maggiore o minore potere di indurre dipendenza.

2 - L’art. 4 vices ter della Legge succitata, ha, inoltre, sostituito l’art. 43 DPR 309/90 che, al 1° comma, stabilisce: *“I medici chirurghi e i medici veterinari prescrivono i medicinali compresi nella tabella II, sezione A, di cui all’art. 14, su apposito ricettario approvato con decreto del Ministero della Salute”* eliminando la possibilità di prescrizione sul ricettario a madre - figlia così come previsto nel vecchio testo dell’art. 43.

Con il decreto 10 marzo 2006, che si allega alla presente, il Ministero della Salute ha approvato il nuovo ricettario con le relative norme d’uso.

L’art. 1 del citato decreto dispone che le ricette in triplice copia autocopiante, confezionate in blocchetti di trenta, numerate progressivamente, sono consegnate a cura dell’Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato ai centri di riferimento individuati dalle regioni e province autonome, che provvedono alla distribuzione alle ASL. Quest’ultime si occuperanno di distribuire le ricette ai medici operanti nel territorio di competenza, in ragione del fabbisogno preventivato dagli stessi. L’art. 3 del decreto succitato stabilisce che, in via transitoria, in attesa che le nuove ricette siano stampate e distribuite, i medici potranno utilizzare i ricettari a ri-

calco previsti per le prescrizioni dei medicinali di cui all'Allegato III - bis. Per quanto riguarda i ricettari a madre e figlia di tipo unico, previsti nella vecchia formulazione del comma 2° dell'art. 43 DPR 309/90, l'art. 4 del decreto in oggetto dispone che gli stessi non sono più utilizzabili per la prescrizione dei medicinali compresi nel DPR 309/90 e devono essere riconsegnati dai possessori ai rispettivi Ordini professionali che dovranno provvedere alla restituzione presso il Ministero della Salute - magazzino centrale del materiale profilattico - via dei Carri Armati n. 13 - 00159 Roma per la relativa distruzione.

3 - L'art. 4 vices ter Legge 49/06 ha, inoltre, sostituito l'art. 45 D.P.R. 309/90 riducendo, al comma 8, da tre mesi a trenta giorni dalla data del rilascio la spedizione della ricetta medica. Tale disposizione si applica anche ai medicinali di cui alla tabella II, sezione E.

Come ha chiarito il Ministero della Salute, nella circolare 1 marzo 2006, tale riduzione lascia impregiudicata l'utilizzabilità della ricetta sino a cinque volte.

4 - Per quanto riguarda il Flunitrazepam per uso orale, il Ministero della Salute ha specificato che i limiti prescrittivi specifici del medicinale, in base ai quali in ciascuna ricetta è consentito prescrivere una sola confezione per non più di 60 mg. di principio attivo, non sono abrogati a seguito dell'inserimento nella tabella II, sezione A.

Il decreto con l'approvazione del ricettario

Pubblichiamo il testo del decreto 10 maggio 2006

(Gazzetta Ufficiale n. 76 del 31/3/2006).

Il Ministro della Salute

Approvazione del ricettario per la prescrizione dei farmaci di cui alla tabella II, sezione A e all'allegato III-bis al decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309, come modificato dal decreto-legge 30 dicembre 2005, n. 272, convertito, con modificazioni, dalla legge 21 febbraio 2006, n. 49.

Visto il testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, approvato con decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni ed integrazioni, di seguito indicato come «testo unico»;

Vista la legge 8 febbraio 2001, n. 12, concernente «Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore», che integra e modifica il testo unico;

Visto il decreto-legge 30 dicembre 2005, n. 272, convertito, con modificazioni, dalla legge 21 febbraio 2006, n. 49, recante «Misure urgenti per garantire la sicurezza ed i finanziamenti per le prossime Olimpiadi invernali, nonché la funzionalità dell'Amministrazione dell'inter-

Sito web dell'Ordine:

www.omceoss.org

e-mail dell'Ordine:

ordine@omceoss.org

no. Disposizioni per favorire il recupero di tossicodipendenti recidivi e modifiche al testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309»;

Considerato che l'art. 43, commi 1 e 4, come riformulato dalla legge 21 febbraio 2006, n. 49, prevede che i medici chirurghi e i medici veterinari prescrivano i medicinali compresi nella tabella II, sezione A, di cui all'art. 14 dello stesso testo unico su apposito ricettario approvato con decreto del Ministero della Salute e che tali ricette siano compilate in duplice copia a ricalco per i medicinali non forniti dal Servizio Sanitario Nazionale e in triplice copia a ricalco per i medicinali non forniti dal Servizio Sanitario Nazionale;

Considerato che il comma 2 del nuovo testo del citato art. 43 del testo unico detta specifiche previsioni per la prescrizione dei medicinali ricompresi nell'allegato III-bis;

Visto il decreto del Ministro della Sanità del 24 maggio 2001, concernente «Approvazione del ricettario per la prescrizione dei farmaci di cui all'allegato III-bis al decreto del presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309, introdotto dalla legge 8 febbraio 2001, n. 12», pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 133 dell'11 giugno 2001;

Visto il decreto del Ministro della salute del 4 aprile 2003 concernente «Modifiche ed integrazioni al decreto del Ministro della sanità del 24 maggio 2001» concernente «Approvazione del ricettario per la prescrizione dei farmaci di cui all'allegato III-bis al decreto del Presi-

dente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309, introdotto dalla legge 8 febbraio 2001, n. 12», pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 122 del 28 maggio 2003;

Considerato che i citati decreti ministeriali di approvazione del ricettario per la prescrizione dei medicinali compresi nell'allegato III-bis già prevedevano un ricettario in triplice copia a ricalco, come oggi richiesto anche per la prescrizione dei medicinali compresi nella tabella II, sezione A;

Ritenuto, pertanto, di approvare un unico ricettario che consenta le prescrizioni di tutti i medicinali compresi nella tabella II, sezione A e nell'allegato III-bis del testo unico, confermando le disposizioni concernenti la stampa del ricettario già a suo tempo emanate;

Considerata la necessità di facilitare la distribuzione dei ricettari per la prescrizione dei farmaci di cui all'allegato III-bis e della tabella II, sezione A del testo unico.

Preso atto che nella regione autonoma a statuto speciale Valle d'Aosta e nelle provincia autonoma di Bolzano vige istituzionalmente il sistema del bilinguismo.

Ritenuto opportuno consentire, in via transitoria, ai medici e ai veterinari di poter effettuare le prescrizioni di medicinali compresi nella tabella II, sezione A e nell'allegato III-bis del testo unico utilizzando il ricettario già approvato con decreto del Ministro della sanità del 24 maggio 2001 e successive modificazioni ed integrazioni.

Considerato che sul territorio nazionale è ancora disponibile il ricettario a madre-figlia di tipo unico previsto dalla previgente formulazione dell'art. 43, comma 2 del testo unico, ma che le caratteristiche di tale ricet-

tario sono difforni da quelle previste dall'attuale formulazione del citato art. 43;

Decreta:

Art. 1.

1. È approvato il ricettario, con le relative norme d'uso, di cui agli allegati I, II, III e IV al presente decreto.
2. Le ricette, in triplice copia autocopiante, sono confezionate in blocchetti da trenta, e sono numerate progressivamente.
3. La stampa del ricettario è effettuata a cura dell'istituto Poligrafico e Zecca dello Stato.
4. Le regioni e province autonome comunicano annualmente al Ministero della Salute - Ufficio centrale stupefacenti il fabbisogno di ricettari necessari alle aziende sanitarie locali.
5. I ricettari sono consegnati, a cura dell'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, ai centri di riferimento regionali individuati dalle regioni e province autonome, che provvedono alla distribuzione alle aziende sanitarie locali.

Il trasporto dei ricettari deve avvenire in presenza delle forze dell'ordine o di un tecnico della prevenzione dell'azienda sanitaria locale con qualifica di Ufficiale di polizia giudiziaria.

6. Le aziende sanitarie locali provvedono alla distribuzione delle ricette ai medici ed ai veterinari operanti nel territorio di competenza, in ragione del fabbisogno preventivato dagli stessi. Le ricette sono consegnate al medico o al veterinario oppure ad una persona da essi delegata a provvedere al ritiro degli stessi.
7. Le aziende sanitarie locali provve-

dono alla conservazione dei ricettari in appositi locali opportunamente custoditi.

Art. 2.

1. Per le esigenze della regione autonoma a statuto speciale Valle d'Aosta è consentito l'uso del modello di ricetta di cui all'allegato II del presente decreto.
2. Per le esigenze della provincia autonoma di Bolzano è consentito l'uso del modello di ricetta di cui all'allegato III del presente decreto.

Art. 3.

1. Nel periodo di tempo necessario alla stampa e alla distribuzione dei ricettari secondo quanto previsto dal presente decreto, i medici e i veterinari sono autorizzati ad usare i ricettari approvati con decreto del Ministro della sanità del 24 maggio 2001 e successive integrazioni e modificazioni, fino ad esaurimento delle scorte, rispettando le norme d'uso di cui all'allegato IV del presente decreto.

Art. 4

1. Il ricettario a madre-figlia di tipo unico previsto dalla formulazione dell'art. 43, comma 2 del decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni ed integrazioni, vigente prima dell'entrata in vigore della legge n. 49 del 2006, non è più utilizzabile per la prescrizione dei medicinali compresi nelle tabelle di cui al testo unico richiamato in premessa. I possessori dei ricettari di cui al presente comma consegnano tali ricettari ai rispettivi ordini professionali che provvederanno alla loro

restituzione al Ministero della Salute - magazzino centrale del materiale profilattico - via dei Carri Armati n. 13 - 00159 Roma, ai fini della relativa distruzione.

Art. 5

1. Sono abrogati i decreti del Ministro della sanità del 24 maggio 2001 e del Ministro della salute del 4 aprile 2003, richiamati nelle premesse, fatto salvo quanto disposto dall'art. 7 del decreto del Ministro della salute del 4 aprile 2003.

Art. 6

1. Il presente decreto entra in vigore il quindicesimo giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 10 marzo 2006

Sul ricettario ulteriori chiarimenti

Nuovi chiarimenti Decreto 10 marzo 2006 - Approvazione del ricettario per la prescrizione dei farmaci di cui alla Tabella Il sez. A e all'allegato III - bis del DPR 390/90.

Facendo seguito alla Comunicazione n.16 della FNOMCeO del 7 aprile 2006 si comunica che il Ministero della Salute ha fornito ulteriori chiarimenti relativamente all'applicazione delle nuove disposizioni del Decreto 10 marzo 2006 "Approvazione del ricettario per la prescrizione dei farmaci di cui alla tabella A e dell'allegato III - bis al D.P.R. 309/90". In via prioritaria si ribadisce che il nuovo ricettario, di cui al decreto in oggetto, diventa l'unico ricettario spe-

ciale utilizzato dai medici e veterinari per prescrivere i farmaci compresi nella Tabella II, Sezione A e nell'Allegato III - bis di cui al testo unico D.P.R. 309/90.

In attesa che lo stesso sia stampato e distribuito i medici possano utilizzare i ricettari a ricalco approvati con Decreto del 24 maggio 2001 rispettando le norme d'uso di cui all'allegato IV al DM 10 marzo 2006.

Il ricettario madre - figlia non è più utilizzabile dal 14 aprile 2006: per le ricette redatte entro il 14/4/06, avendo le stesse validità 30 giorni escluso quello di emissione, possono essere spedite in farmacia entro il 14 maggio 2006.

Si specifica che i medici debbono riconsegnare all'Ordine di appartenenza i ricettari a madre - figlia anche se sono stati parzialmente utilizzati, non ricorrendo alcun adempimento ulteriore per il medico (conservazione delle ricette utilizzate per due anni, disposizioni ex D. Lgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali"). L'Ordine provinciale dovrà riconsegnare al Ministero della Salute - magazzino centrale del materiale profilattico - Via dei Carri Armati 13 - 00159 - Roma i ricettari restituiti dai medici e quelli eventualmente ancora in giacenza presso l'Ordine stesso.

**Sito web
dell'Ordine:
www.omceoss.org**

**e-mail
dell'Ordine:
ordine@omceoss.org**

Il testo del decreto sul nuovo modello di ricettario

Nella Gazzetta Ufficiale N. 76 del 31 marzo 2006 è stato pubblicato il Decreto Ministeriale riferito in oggetto, in applicazione dall'articolo 43, comma 1 del testo unico di cui al D.P.R. 309/90, come modificato dalla legge n. 49/2006 (di seguito indicato come testo unico), in vigore dal 15 aprile 2006.

Il nuovo modello di ricettario in triplice copia autocopiante, previsto dal succitato DM, sostituisce la ricetta ministeriale speciale a "madre-figlia" ed il ricettario in triplice copia autocopiante approvato con DM 24 maggio 2001 e successive modificazioni ed integrazioni.

Si ritiene, pertanto, opportuno evidenziare le novità introdotte, al fine di agevolare l'attività degli operatori sanitari e degli Organi di controllo.

Il ricettario in triplice copia autocopiante diventa l'unico ricettario speciale, previsto dal testo unico in materia di stupefacenti, utilizzato dai medici e dai veterinari per prescrivere **farmaci compresi nella tabella II, Sezione A e nell'allegato III-bis** di cui al testo unico, come di seguito riportato:

- **Medicinali compresi nell'allegato III-bis** (buprenorfina, codeina, diidrocodeina, fentanil, idrocodone, idromorfone, morfina, metadone, ossicodone, ossimorfone.): prescrizione con ricetta autocopiante che può comprendere fino a due medicinali diversi tra loro o uno stesso medicinale in due forme farmaceutiche diverse o con due dosaggi differenti tra loro per una cura non superiore a trenta giorni.

- **Medicinali compresi nella tabella II, sezione A:** prescrizione con ricetta autocopiante di un solo medicinale per la cura di durata non superiore a trenta giorni, salvo quanto previsto per i medicinali a base di flunitrazepam ad uso orale, per i quali la prescrizione è comunque limitata ad una sola confezione per non più di 60 mg per ciascuna ricetta.

- **Medicinali compresi nella tabella II, sezione A utilizzati per il trattamento di disassuefazione dagli stati di tossicodipendenza da oppiacei** (metadone, buprenorfina): ricetta autocopiante nel rispetto di un piano terapeutico predisposto da una struttura sanitaria pubblica o privata autorizzata, per una cura non superiore a trenta giorni.

- Nella ricetta devono essere indicati:
 - a) cognome e nome dell'assistito ovvero del proprietario dell'animale ammalato;
 - b) la dose prescritta, la posologia ed il modo di somministrazione;
 - c) l'indirizzo e il numero telefonico professionali del medico o del veterinario;
 - d) la data e la firma del medico o del veterinario da cui la ricetta è rilasciata.

Le ricette sono compilate in duplice copia a ricalco per i medicinali non forniti dal servizio sanitario nazionale ed in triplice copia per i medicinali forniti dal servizio sanitario nazionale.

È importante evidenziare che la persona (assistito o proprietario dell'animale) alla quale sono prescritti i medicinali compresi nella tabella II, sezione A e nell'allegato III-bis deve conservare la terza copia della ricetta che gli viene consegnata dal medico

per giustificare il possesso degli stessi medicinali. Quando i medicinali si esauriscono la copia della ricetta deve essere eliminata.

Fermo restando che il farmacista dispensa i medicinali compresi nella tabella II, sezione A utilizzati per il trattamento di disassuefazione dagli stati di tossicodipendenza da oppiacei (metadone, buprenorfina) dietro presentazione di ricetta autocopiante, la persona a cui sono consegnati tali medicinali in affidamento è tenuta ad esibire a richiesta la prescrizione medica o il piano terapeutico in suo possesso.

I medici e i veterinari sono autorizzati ad approvvigionarsi, attraverso autoricettazione, a trasportare e a detenere i medicinali compresi nell'allegato III-bis per uso professionale urgente, utilizzando la ricetta autocopiante. In tal caso devono, quindi, conservare la terza copia della ricetta come giustificativo del carico dei medicinali nel registro delle prestazioni effettuate, dove annoteranno le successive somministrazioni. Si ricorda che il registro delle prestazioni non è di modello ufficiale, non è vidimato e deve essere conservato per due anni a far data dall'ultima registrazione.

La vendita o consegna dei medicinali compresi nella tabella II, sezione A e nell'allegato III bis è effettuata dal farmacista che ha l'obbligo di accertarsi dell'identità dell'acquirente trascrivendo gli estremi di un documento di riconoscimento sulla ricetta. La persona che ritira i medicinali stupefacenti in farmacia deve portare con sé una copia della prescrizione medica che deve essere conservata con i medicinali. Il farmacista conserva la prima copia della ricetta per due anni a far data dall'ultima registrazione nel registro di entrate e uscita. Il DM 10 marzo 2006 (art. 5)

abroga il DM 24 maggio 2001 ed il DM 4 aprile 2003 (ad esclusione dell'art. 7). Conseguentemente le previsioni dell'art. 3 del DM 4 aprile 2003, concernenti i medicinali contenenti farmaci compresi nell'allegato III-bis in associazione con altri principi attivi (compresi nella ex tabella V), non sono più applicabili, dovendosi oggi rispettare quanto previsto dall'articolo 43, comma 9 del testo unico.

Nel contempo valgono le previsioni previste nelle indicazioni della tabella II, sezione D (allegata al testo unico) riguardanti la prescrizione delle composizioni medicinali a base di codeina e diidrocodeina in associazione con altri principi attivi, i quali devono essere prescritti con ricetta autocopiante a ricalco quando prescritti per il trattamento del dolore severo in corso di patologia neoplastica o degenerativa.

Pertanto, fatte salve le eventuali ulteriori istruzioni che potranno essere impartite dall'Agenzia Italiana del Farmaco, per quanto di competenza, si evidenzia che la prescrizione dei suddetti medicinali deve essere effettuata come segue:

- composizioni a base di codeina o diidrocodeina in associazione con altri principi attivi prescritte per il trattamento del dolore severo in corso di patologia neoplastica o degenerativa: ricetta autocopiante (il farmacista non deve trattenerla);
- medicinali compresi nella tabella II, sezione D: ricetta da rinnovarsi volta per volta;
- medicinali compresi nella tabella II, sezione E: ricetta medica.

Si sottolinea, inoltre, che il possessore di tali medicinali non deve conservare copia della prescrizione come giustificativo del possesso. Le regioni e province autonome comuni-

cano annualmente ai Ministero della Salute - Ufficio Centrale Stupefacenti il fabbisogno di ricettari in triplice copia autocopiante necessari alle aziende sanitarie locali.

I ricettari sono consegnati, a cura dell'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, ai centri di riferimento regionali individuati dalle regioni e province autonome, che provvedono alla distribuzione alle aziende sanitarie locali, il trasporto dei ricettari deve avvenire in presenza delle forze dell'ordine o di un tecnico della prevenzione dell'azienda sanitaria locale con qualifica di Ufficiale di polizia giudiziaria.

Le aziende sanitarie locali provvedono alla distribuzione dei ricettari ai medici ed ai veterinari operanti nel territorio di competenza, in ragione del proprio fabbisogno. I ricettari sono consegnati al medico o al veterinario oppure ad una persona da essi delegata a provvedere al ritiro degli stessi.

Le aziende sanitarie locali provvedono alla conservazione dei ricettari in appositi locali opportunamente custoditi.

Nel periodo di tempo necessario alla stampa e alla distribuzione dei nuovi ricettari, i medici e i veterinari sono autorizzati ad usare i ricettari approvati con decreto del Ministro della sanità del 24 maggio 2001 e successive integrazioni e modificazioni, fino ad esaurimento delle scorte, rispettando le norme d'uso di cui all'allegato IV al DM 10 marzo 2006.

A far data dal 15 aprile 2006, il ricettario a madre-figlia non è più utilizzabile.

I medici e i veterinari che ne sono in possesso devono consegnarli (anche se parzialmente utilizzati) ai rispettivi ordini professionali che provvederanno alla loro restituzione al Ministero della Salute - magazzino

centrale del materiale profilattico - Via dei Carri Armati n. 13 - 00159 - Roma, ai fini della relativa distribuzione.

Si precisa, altresì, che le ricette a madre-figlia redatte entro il 14 aprile 2006, avendo comunque validità di trenta giorni, escluso quello di emissione, possono essere spedite in farmacia entro l'ordinario periodo di validità (sino al 14 maggio 2006).

Si coglie l'occasione per richiamare l'attenzione sui due seguenti aspetti, che non sono modificati dai nuovi provvedimenti legislativi:

- 1) I farmacisti devono conservare il registro di entrata e uscita delle sostanze stupefacenti o psicotrope di cui all'art. 60 del testo unico per cinque anni a far data dall'ultima registrazione (art. 63 del testo unico).
- 2) Il registro di carico e scarico di cui all'art. 64 del testo unico, in uso agli ospedali e alle case di cura privi dell'unità operativa di farmacia, nonché ai titolari di gabinetto per l'esercizio delle professioni sanitarie, richiamato nell'art. 42, comma 4, deve essere vidimato e firmato in ciascuna pagina dall'autorità sanitaria locale. Inoltre, ogni anno dalla data di rilascio devono essere sottoposti al controllo e alla vidimazione dell'autorità sanitaria locale che ne ha effettuato la prima vidimazione. Ulteriori informazioni sono reperibili al sito del Ministero della Salute www.ministerosalute.it - medicinali e vigilanza - sostanze stupefacenti o psicotrope.

Sito web dell'Ordine:
www.omceoss.org

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

I risultati del Monitor Biomedico 2006

È solido il rapporto dei cittadini con i medici

Grande soddisfazione ha espresso lo scorso febbraio il presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Aristide Paci, per i risultati del Monitor Biomedico 2006, realizzato dal Forum per la Ricerca Biomedica e dal CENSIS, dove emerge come sia solido il rapporto dei cittadini con il proprio medico di medicina generale.

Il 72,6%, infatti, giudica ottimo o bravo il proprio medico di famiglia; l'88,7% indica come sia sempre presente nell'orario di ricevimento; mentre è l'85,1% a sostenere come egli valuti sempre attentamente i sintomi.

Ma dal medico di famiglia non vengono tralasciati nemmeno gli aspetti psicologici e relazionali: oltre il 78 % del campione analizzato, infatti, sostiene che il proprio medico sia molto attento anche a questi indicatori.

Infine, il 41 % dichiara di non aver difficoltà alcuna a reperirlo fuori dall'orario di studio "È un'ulteriore conferma - ha dichiarato Paci - di come il medico di famiglia sia uno dei cardini fondamentali nell'architettura sanitaria degli italiani".

Tali risultati sono stati realizzati analizzando un campione di cittadini di quattro regioni italiane, Piemonte, Umbria, Puglia e Sardegna: il nord, quindi, il centro, il sud ed un'isola del nostro Paese.

E dal Nord al Sud il refrain è

unico: il vero problema della sanità, per i cittadini italiani, è la lunghezza delle liste d'attesa, dato che la indica così oltre il 67 % degli italiani.

"Ma questo - ha dichiarato ancora Paci - non è certo un problema addebitabile ai medici, riguardando invece tutte quelle tematiche organizzative del nostro Servizio Sanitario Nazionale che andranno modificate: e anche su tale argomento i medici vogliono far sentire alta la loro voce".

È stato infatti proprio il nuovo presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Aristide Paci, a sottolineare più volte come il problema delle liste d'attesa vada affrontato a tutto tondo, evitando strumentalizzazioni e atteggiamenti demagogici.

Il cittadino in sostanza dovrà essere informato che, quando le prestazioni possono essere oggettivamente e senza documento differite, deve evitare pressioni e insistenze, e ciò a tutto vantaggio dell'appropriatezza della cura.

"Spero - ha concluso infine Paci - che queste cifre sgombrino definitivamente il campo - ove fosse necessario - da ogni ombra sulla saldezza del rapporto medico paziente: sono cifre non diffuse da noi, in maniera autoreferenziale a difesa della categoria, ma sono state rese note da altri referenti sulla cui autorevolezza non vi sono dubbi".

Chiarimenti del ministero della Salute

Le ricette per gli assistiti con tessera europea

Il Ministero della Salute con propria circolare ha fornito ulteriori chiarimenti sulla ricetta per gli assistiti in possesso di Tessera Europea di Assicurazione Malattia.

La ricetta deve essere compilata sul retro con l'indicazione della data di scadenza della tessera medesima e della data di nascita dell'assistito.

In attesa che venga ristampata la ricetta comprensiva dei due campi dove inserire le informazioni summenzionate può essere utilizzata quella corrente.

Solo la corretta compilazione della ricetta da parte dei medici consentirà il rimborso da parte degli Stati Esteri delle prestazioni erogate agli assistiti.

La circolare ministeriale

Pubblichiamo la Circolare del Ministero della Salute nelle nuove ricette del Servizio Sanitario Nazionale.

Con la presente si apporta un'ulteriore integrazione relativamente alla compilazione della ricetta.

Sul retro della ricetta, infatti, per quanto concerne gli assistiti in possesso di Tessera Europea di Assicurazione Malattia, dovrà essere indicata anche la data di scadenza di quest'ultima.

Questo dato, insieme a quello rela-

tivo alla data di nascita, è indispensabile per una corretta fatturazione all'istituzione estera competente.

Nelle successive ristampe della ricetta verrà appositamente individuato un campo per indicare la scadenza (ed anche la data).

Per il momento si consiglia di fare apporre la data di scadenza (e la data di nascita).

Resta valida, in ogni caso, la facoltà del medico di allegare alla ricetta la fotocopia della TEAM.

Le Aziende sanitarie e gli Ordini dei medici devono essere informati per gli adempimenti di loro competenza rappresentando l'importanza della corretta compilazione della ricetta da parte dei medici, ai fini del rimborso da parte degli Stati esteri delle prestazioni sanitarie erogate ai loro assistiti.

ORARI DI APERTURA AL PUBBLICO DEGLI UFFICI DELL'ORDINE

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)

Comitato Centrale, le elezioni del 30 marzo

Amedeo Bianco presidente

I nuovi organi della Federazione

Amedeo Bianco è il nuovo presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.

In un clima di grande responsabilità ed unità, il Comitato Centrale della Fnomceo, eletto lo scorso 21 marzo, il 30 marzo ha infatti provveduto all'attribuzione delle nuove cariche.

Per il prossimo triennio 2006 - 2008, l'Esecutivo della Fnomceo risulta così composto:

Presidente: Amedeo Bianco (presidente Ordine di Torino)

Vice presidente: Maurizio Benato (*presidente* Ordine di Padova) *segretario*: Roberto Lala (*vice presidente*: Ordine di Roma) *tesoriere*: Claudio Cortesini (*presidente* Cao Ordine di Roma)

Come Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti è stato nominato il presidente dell'Ordine di Foggia, Salvatore Onorati, mentre Giuseppe Renzo è stato riconfermato quale presidente della Commissione Nazionale per gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri.

Al termine della votazione, il neo eletto Amedeo Bianco (nato a Napoli nel 1948, medico ospedaliero, specializzato in Malattie dell'apparato digerente e Oncologia clinica ha così dichiarato: "È risultato vincente un grande progetto di unità della Professione medica e della Professione odontoiatrica. Obiettivo della nuova squadra - ha così continuato - sarà

quello di procedere in maniera compatta per affrontare le prossime, imminenti scadenze, e per dare finalmente soluzioni unitarie ai veri problemi della professione: la Riforma degli Ordini, una maggiore integrazione tra Istituzioni, Professioni e Sistema formativo, infine il rilancio dei Valori deontologici, da intendersi anche come nonna di buona pratica clinica. In grado cioè - ha concluso - di garantire appropriatezza, efficacia e sicurezza dei servizi resi ai cittadini".

*Né vecchie
né nuove corporazioni*

È un Ordine nuovo quello che emerge dal primo Consiglio Nazionale della presidenza Bianco.

Quella del 30 marzo è stata infatti per i medici italiani l'occasione per confrontarsi sui temi più importanti che la Professione dovrà fronteggiare nei prossimi mesi. E vuole farlo elaborando un pensiero profondamente autonomo, che ridia senso e ruolo a tutto un patrimonio valoriale.

"Abbiamo di fronte - ha detto a questo proposito Amedeo Bianco - l'occasione non già per guardare indietro al mondo perduto ma per rilanciare il progetto di professioni moderne, che interpretano una moderna medicina in una moderna società". E ha spiegato: "La moderna deontologia non si esaurisce nel defi-

nire le regole etiche che governano la relazione medico-paziente ma abbraccia molti altri campi: il rapporto con le istituzioni, ad esempio, come pure quello con le risorse". Tutti discorsi – questi – che si intrecciano con problematiche deontologiche e di Formazione professionale.

Mentre è stata "propedeuticamente" ribadita la volontà di svolgere appieno le competenze che derivano dall'essere gli Ordini Enti sussidiari dello Stato che "svolgono una funzione di garanzia verso i cittadini relativamente alla qualità, all'indipendenza, all'appropriatezza ed efficacia delle attività professionali mediche ed odontoiatriche" e dopo aver approvato all'unanimità un bilancio preventivo 2006 (per un quarto già trascorso) che ha effettuato dolorosi ma necessari tagli, sono stati i grandi temi della Deontologia e quelli che riguardano l'Educazione Medica Continua i protagonisti forti della "due giorni" romana. Una due giorni che ha visto peraltro snocciolarsi, una ad una, tante altre tematiche (dalla pubblicità, alla malpractice, dalla revisione della legge istitutiva dell' Ordine, all'uso delle risorse in sanità, alle medicine e pratiche non convenzionali).

Per quanto riguarda il primo punto, l'intento "non più procrastinabile" è quello di concludere l'aggiornamento del Codice Deontologico, avviato nel 2005. Ed in questo contesto Fnomceo non intende avere timidezze, volendosi invece riappropriare di temi che sono stati delegati esclusivamente alla legge.

E anche la liceità deontologica della fecondazione eterologa, vietata invece dalla legge "40", rispunta all'orizzonte.

“È tema, questo dell'eterologa (del resto già previsto nel precedente co-

dice – ha detto a questo proposito Bianco – che ci pone di fronte al tema della laicità del Codice Deontologico. E per laicità non si intende assolutamente relativismo etico, né tantomeno l'etica della maggioranza ma il rispetto profondo di tutti i valori e le sensibilità in campo, fermi restando quelli della vita e della dignità delle persone".

Sull'Educazione Medica Continua è stato espressa "senza se e senza ma" "la rivendicazione di un ruolo di garanzia della qualità e di definizione dei bisogni formativi".

Ma il problema non è solo come e perché si aggiorna il medico e l'odontoiatra ma anche come – ha detto quindi Bianco – questi professionisti vengono formati. Da qui la proposta, lanciata da Bianco, di una Conferenza nazionale sulla formazione e l'aggiornamento del medico chirurgo e dell'odontoiatra, a testimonianza di una forte necessità di dialogo e di scambio tra sistema formativo e sistema professionale.

"Gli Ordini che vogliamo - ha concluso Bianco – non sono né vecchie né nuove corporazioni ma moderni soggetti istituzionali che vogliono mettere il loro patrimonio di valori civili, etici e tecnico – professionali al servizio del paese e dei diritti dei cittadini".

**Sito web
dell'Ordine:
www.omceoss.org**

**e-mail
dell'Ordine:
ordine@omceoss.org**

Dopo l'elezione della nuova dirigenza

Il saluto di Amedeo Bianco

Il commiato di Aristide Paci

Il presidente eletto della FNOM-CeO Amedeo Bianco ha inviato una lettera in occasione della sua elezione. Aristide Paci, presidente uscente, ha scritto un breve saluto. Pubblichiamo i due testi.

Cari Presidenti,

voglio, prima di ogni cosa, ringraziare tutti voi e gli amici del Comitato Centrale per questo atto di fiducia, che mi piace pensare vada oltre la mia persona, premiando un progetto di unità nelle e fra le nostre professioni.

Il progetto che ci coinvolge è stato fortemente voluto da tutti i presidenti e da quanti guardano, con interesse e rispetto, la nostra Federazione e i nostri Ordini, auspicando un forte recupero di autorevolezza e di iniziativa da parte di tali istituzioni.

Se è vero che il passato ci appartiene e che, anzi, siamo un po' tutti suoi figli, è altrettanto vero che ciascuno di noi è un po' padre del futuro.

Nel ruolo che mi avete generosamente assegnato, mi impegno a spendere la vostra fiducia nel costruire un futuro di doverosa attenzione alle ragioni di tutti, di grande rispetto per ogni diversa esigenza categoriale e/o professionale.

Tutto questo nel segno di una volontà forte di rilancio etico, civile e tecnico-professionale delle nostre istituzioni, perché sempre più diventino la casa di professioni moderne,

attente ai bisogni dei cittadini, rispettose dei loro diritti, ma anche gelose custodi di valori professionali inalienabili, quali la piena libertà e la piena responsabilità dell'esercizio professionale.

Vi garantisco, con ostinata determinazione, che non esisteranno altri luoghi decisionali o altre fabbriche di idee e proposte che non siano il Comitato Centrale e il nostro Consiglio Nazionale. Da oggi noi tutti siamo una squadra, da oggi gettiamo il cuore e la mente oltre gli steccati e insieme lavoriamo per onorare al meglio il nostro difficile ma straordinario mandato.

Amedeo Bianco

Cari Colleghi,

con le operazioni elettorali appena terminate, si è concluso il mio mandato alla Presidenza della FNOM-CeO. Mi appresto, pertanto, a lasciare la guida della Federazione secondo l'impegno assunto il 26 gennaio scorso nel momento in cui i colleghi del Comitato Centrale me ne affidarono la conduzione fino al rinnovo degli organi istituzionali.

Ritengo di aver portato a termine il mandato affidatomi con impegno e coerenza, insieme ai colleghi del Comitato Centrale che mi hanno seguito e sostenuto in questo periodo, breve, ma intenso di lavoro, nel quale ci siamo trovati ad affrontare numerose problematiche.

Chiudo, pertanto, il mio percorso ordinistico a livello nazionale, tornando ad occuparmi a tempo pieno dell'Ordine provinciale di Terni e dell'ONAOISI che, come sapete, assorbe grande parte del mio impegno e della mia attività.

Continuerò, altresì, ad interessarmi di deontologia medica, nell'intento di contribuire alla diffusione di una "cultura deontologica" che travalichi i confini della professione.

Aristide Paci

Dichiarazioni di Roberto Lala: finalmente un nuovo clima

Al termine dei lavori del primo Consiglio Nazionale FNOMCEO tenutosi dopo l'elezione di Amedeo Bianco a presidente, il neo eletto Se-

gretario, Roberto Lala ha dichiarato:

“Esprimo la mia netta soddisfazione – ha detto – per gli alti contenuti politici che impegnano l'intero Consiglio Nazionale – oltre che ovviamente il Comitato Centrale – a portare avanti un progetto che riporti la professione a quei livelli che le competono per la specificità dell'atto medico”.

E ha continuato: “Grande è inoltre il mio apprezzamento per il nuovo clima che si è respirato nei numerosi interventi che si sono succeduti in questa densa “due giorni” romana: apprezzamento per il senso di unitarietà che ha prevalso e apprezzamento per il dispiegarsi esplicito di una strategia che punti unicamente agli interessi più alti della categoria. Era ora che dalla cultura dello scontro si passasse alla cultura del dialogo”.

IN ITALIA 1 MEDICO OGNI 165 ABITANTI E 1 ODONTOIATRA OGNI 1.124 RESIDENTI

*Grazie al contributo dei singoli Presidenti di Ordine e all'opera del CED FNOM-
CeO, sono stati infatti "radiografati" i dati riguardanti gli iscritti (sia per l'albo dei Me-
dici Chirurghi che per quello degli Odontoiatri) ai singoli Ordini, componendo tabelle
analitiche per provincia, Regione e Aree geografiche per un arco temporale che co-
pre il periodo dal 1985 al 2006. Il quadro che emerge esprime questi numeri:
353.945 sono i medici iscritti oggi all'Albo (erano 235.230 nel 1985) mentre 51.975
sono gli odontoiatri (erano 22.065 nel 1991). La Lombardia è la regione con il più
alto numero di iscritti medici (51.200) e odontoiatri (8.291) seguita dal Lazio (41.578
medici e 5.432 odontoiatri).*

*Volendo procedere con una stima indicativo-comparativa del dato 2006, sugli ul-
timi dati ISTAT riguardanti la popolazione residente in Italia, che al 1 gennaio 2005
riportavano la cifra di 58.462.375 (ripetiamo: è una stima non corretta - in quanto
compara dati del 2005 a dati del 2006 - ma indicativa), potremmo affermare che
oggi esiste 1 medico ogni 165 abitanti e un odontoiatra ogni 1124 residenti. Visto che
nel 1981 la popolazione residente era di 56.557.067, si registra che all'inizio degli
anni '80 l'incidenza professionale medica era di 1 su 240: il salto in questi 25 anni è
stato impressionante.*

Scambio di lettere sulle modifiche allo statuto

La rappresentanza degli odontoiatri nell'ONAOSI

Sul tema della rappresentanza odontoiatrica negli organi statutari dell'ONAOSI vi è stato un carteggio fra Giuseppe Renzo, presidente della Commissione per gli iscritti all'albo degli odontoiatri, e il presidente dell'ONAOSI Aristide Paci, che all'epoca era anche presidente della FNOMCeO. Pubblichiamo le lettere.

Cari Colleghi,
il dottor Paci ci comunica che è stato istituita una Commissione per lo Statuto della Fondazione che ha il compito di valutare i problemi rappresentati dalla Commissione odontoiatrica.

Credo di poter affermare, senza alcuna presunzione, che un altro degli argomenti più importanti relativi al programma della Commissione Albo Odontoiatri si stia avviando a trovare una positiva soluzione.

È con piacere che ricordo le parole di grande attenzione e di impegno pronunciate dal dottor Aristide Paci in occasione dell'Assemblea dei Presidenti CAO svoltasi a Perugia il 30/10/2004, in occasione del dibattito seguito alla promulgazione della legge che obbliga all'iscrizione tutti i professionisti medici e odontoiatri.

Da quella data molta strada è stata fatta ma è nostro compito continuare a richiedere una maggiore presenza negli organi statutari dell'ONAOSI; in particolare, come più volte rappresentato, (vedi a riguardo la lettera

ufficiale da me trasmessa al presidente dell'ONAOSI il 09/07/2004), deve spettare ai presidenti delle Commissioni Odontoiatriche eleggere i propri rappresentanti, come avviene per le altre professioni, presenti nel consiglio di amministrazione dell'Opera. Sono certo che, attraverso le necessarie modifiche statutarie cui sta attendendo la Commissione interna dell'ONAOSI, questo obiettivo potrà e dovrà essere realizzato.

Giuseppe Renzo

* * *

In precedenza, nel luglio 2004, Giuseppe Renzo aveva inviato al presidente dell'ONAOSI la seguente nota:

Egregio presidente,

la Commissione per gli iscritti all'albo degli odontoiatri della Federazione ha avuto modo di esaminare il nuovo statuto della Fondazione Onaosi e i vari regolamenti recentemente approvati per quanto riguarda l'attività dell'Opera.

Emerge, e questo è senz'altro un elemento positivo, il riconoscimento della rappresentatività, ai fini della designazione dei componenti del Consiglio d'Amministrazione, della Commissione odontoiatrica della Fnomceo. Mi riferisco, in particolare, al disposto dell'art. 9, comma 1, lettera e) dello Statuto. Questo riconoscimento costituisce un nuovo im-

portante passo verso la piena applicazione delle disposizioni della legge 24 luglio 1985, n. 409 e successive modifiche e integrazioni.

Come è noto, l'art. 6 di detta legge attribuisce alle Commissioni odontoiatriche provinciali, oltre che a quella della Federazione, il compito di designare i rappresentanti della professione odontoiatrica nei vari enti e istituzioni.

La CAO della Federazione ritiene, pertanto, necessario osservare che, anche i sei rappresentanti riguardanti i medici e gli odontoiatri, previsti al comma 2 dell'art. 9 dello statuto, dovrebbero essere eletti con le stesse modalità di cui al comma 1.

In buona sostanza, dovrebbero eleggere i componenti medici e i componenti odontoiatri, rispettivamente, i presidenti degli Ordini e i presidenti delle Commissioni odontoiatriche.

L'art. 7 del regolamento sulle prestazioni, servizi e organizzazione della Fondazione non prevede alcun ruolo per i presidenti delle CAO né del resto, l'art. 9 dello statuto prevede una rappresentanza specifica degli componenti

Sono certo che si possa ovviare a questa carenza che peraltro rischia di penalizzare la giusta rappresentanza degli odontoiatri nel Consiglio d'amministrazione dell'Opera.

Giuseppe Renzo

* * *

Questa la risposta del presidente dell'ONAOSI alla nota scritta da Giuseppe Renzo lo scorso febbraio.

Caro Renzo,

la tua cordiale nota del 2 ultimo scorso mi offre lo spunto per puntare, nuovamente, l'attenzione sulla irri-

nunciabilità di una impostazione, data all'Opera, che ha alla base il principio dell'obbligatorietà contributiva.

Va fatto comprendere agli scettici che le preoccupazioni, come anche tu sottolinei, potrebbero essere rivolte, anche sotto un profilo morale, a tutte le forme di previdenza di categoria che si fondano su tale principio, messo in discussione da iniziative davvero incomprensibili.

Una "crociata", oggi, contro l'obbligatorietà ONAOSI, può diventare (già ci sono forti, preoccupanti segnali in tal senso!), domani, per effetto di trascinamento, una guerra, altrettanto ingiusta, per l'abolizione di altri obblighi, mettendo in discussione la sopravvivenza delle altre forme previdenziali che, come il caso dell'ONAOSI, ne sono espressione.

Riguardo la rappresentatività degli odontoiatri nell'ONAOSI, cui, come tu stesso dai atto, è stato dato deciso impulso con l'avvento della mia presidenza già nella trascorsa consiliatura.

Ti informo, inoltre, che, insieme al consiglio di amministrazione, abbiamo tracciato un ulteriore, significativo traguardo, che riconferma la nostra sensibilità verso le istanze della categoria, istituendo una commissione per lo statuto della Fondazione con il compito di valutare anche i problemi da te sollevati al fine di consentire al consiglio di amministrazione di procedere alle relative decisioni.

La commissione è composta come segue: coordinatore: Graziano Conti, vice coordinatore: Stefano Zingani; commissari: Luca Bertani, Giorgio Cavallero, Vincenzo Paroli, Anna Maria Veronesi.

Aristide Paci

Prevista l'istituzione di 6/10 nuovi Ordini Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche

Nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 40 del 17 febbraio 2006 è stata pubblicata la legge 1° febbraio 2006, n. 43, recante "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali".

Il provvedimento interessa una pluralità di profili. L'aspetto più rilevante appare senz'altro la disciplina delle professioni oggetto di legislazione concorrente per la quale compito dello Stato è stabilire le norme di principio, mentre spetta alle regioni la potestà regolamentare. La novella del Titolo V della Costituzione ha infatti modificato l'impostazione di cui al decreto legislativo n. 502 del 1992, che rinviava a decreti di natura regolamentare del Ministro della salute la individuazione delle professioni sanitarie e dei relativi profili.

Secondo l'orientamento espresso del Consiglio di Stato e della Corte Costituzionale l'individuazione delle figure professionali ed i relativi profili ed ordinamenti didattici rientrano nell'ambito dei principi fondamentali riservati alla legge statale, lasciando alle regioni il compito di dettare la normativa di attuazione (art. 117, comma 6, della Costituzione).

La legge si compone di sette articoli.

L'art. 1 prevede una abilitazione rilasciata dallo Stato per l'esercizio

delle attività previste dalle professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione, i cui operatori svolgono attività di prevenzione, assistenza, cura e riabilitazione. Appare quindi chiaro che essi non possono svolgere alcuna attività di diagnostica così come sancito dalla legge 10 agosto 2000, n. 251.

L'art. 2 stabilisce che l'esercizio di una delle professioni in esame sia subordinato al conseguimento del titolo universitario rilasciato a seguito di esame finale con valore abilitante all'esercizio della professione. Inoltre, esso specifica che l'iscrizione all'albo professionale è obbligatoria anche per i pubblici dipendenti ed è subordinata all'esito dell'esame di Stato abilitante all'esercizio della professione, salvaguardando comunque il valore abilitante dei titoli già riconosciuti come tali alla data di entrata in vigore della presente legge.

L'art. 3 istituisce gli ordini e gli albi delle professioni sanitarie. A tal fine l'art. prevede una delega al governo da esercitare entro 6 mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge sulla base di determinati principi e criteri direttivi, tra i quali, in particolare: la trasformazione dei collegi professionali esistenti in ordini professionali, con l'istituzione di un ordine specifico con albi separati per ognuna delle professioni previste e per ciascuna delle citate aree sanitarie; la possibilità di costituire un

unico ordine per due o più aree di professioni sanitarie individuate; l'eventuale istituzione di ordini separati per le professioni i cui albi abbiano almeno ventimila iscritti.

Nella fattispecie si assisterà alla costituzione di 6-10 ordini, di cui 3 derivanti dalla trasformazione degli attuali Collegi delle professioni di infermiere, ostetrica e tecnico di radiologia, mentre altri 6 ordini potrebbero essere istituiti ex novo in base alla appartenenza alle aree professionali e alla presenza di almeno 20 mila iscritti.

Ciò potrebbe riguardare fisioterapisti, educatori professionali, tecnici di laboratorio, assistenti sanitarie, tecnici della prevenzione.

Le restanti professioni confluirebbero in altri due ordini: il primo, delle professioni della riabilitazione (logopedista, ortottista, podologo, tecnico riabilitazione psichiatrica, terapista età evolutiva, terapista occupazionale) e il secondo ordine per le professioni tecniche sanitarie (tecnico di neurofisiopatologia, tecnico audiometrista, tecnico audioprotesista, tecnico ortopedico, tecnici di fisiopatologia cardiocircolatoria, dietiste e igienista dentale).

L'art. 5 disciplina l'istituzione di nuove professioni in ambito sanitario, operanti su tutto il territorio nazionale, individuate attraverso direttive comunitarie, ovvero su iniziativa dello Stato o delle regioni, da collocare comunque nelle quattro aree di cui all'articolo 1 del provvedimento, che comunque richiama sempre la legge n. 251 del 2000.

L'art. 6 istituisce la funzione di coordinamento per le predette professioni sanitarie.

L'art. 7 stabilisce infine che alle professioni sanitarie di cui all'articolo 1, comma 1, riconosciute prima

dell'entrata in vigore del presente provvedimento, si applicano le specifiche norme contenute nelle rispettive fonti di riconoscimento.

In conclusione si sottolinea che durante l'iter parlamentare è stato presentato un articolo aggiuntivo volto ad inserire nell'ambito delle professioni sanitarie non mediche la figura degli odontotecnici e degli ottici, prevedendo l'istituzione del relativo albo professionale.

L'articolo aggiuntivo è stato poi ritirato. Infatti i rappresentanti del governo intervenuti durante l'iter di approvazione, con specifico riferimento alla figura degli ottici ed odontotecnici, hanno sottolineato come il Consiglio Superiore di Sanità non abbia ancora definito i profili professionali che riguardano le due categorie. Al tempo stesso, nella seduta del 24 gennaio 2006, è stato accolto con raccomandazione un ordine del giorno (Carlucci n. 9/6229/5) con il quale il governo si impegna ad adottare comunemente iniziative normative volte a ridefinire la categoria e il ruolo dell'odontotecnico italiano, collocandolo tra gli operatori assoggettati agli obblighi delle professioni sanitarie.

Non si può non rilevare come alcune posizioni espresse più volte dalla FNOMCeO, tra le quali l'obbligatorietà dell'iscrizione all'albo professionale anche per i pubblici dipendenti, siano state recepite da questo provvedimento. Resta tuttavia da affrontare il discorso riguardante l'inserimento di tutte queste nuove professioni nell'ambito sanitario e la definizione di un preciso campo di azione delle stesse onde evitare una sovrapposizione delle loro competenze con quelle della categoria medica e odontoiatrica.

Aristide Paci

Protesta della nuova dirigenza

Errori nella Sanità: basta con la caccia alle streghe

“Il sistema ha bisogno di un colpevole o vuole cercare di capire perché avvengono gli errori in Sanità? Basta con questa “caccia alle streghe” che non giova a nessuno: non al cittadino, sempre più spaventato e sfiduciato, non ad una categoria - quella medica - messa all’angolo da stime inesistenti, non alla collettività che paga i costi di inefficaci pratiche difensive”.

Il primo comitato centrale della nuova presidenza della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri alza i toni e protesta contro l’infondatezza dei numeri relativi agli errori in medicina, ampiamente diffusi dalla Stampa in questi giorni.

“Perché - è stato detto durante la riunione politica- invece di sbattere il mostro in prima pagina non cominciamo a porci delle domande? Cosa si sta facendo, in concreto, per prevenire tali errori e garantire veramente la sicurezza del paziente: affermazioni quali quelle circolate in questi giorni sulle responsabilità del medico non solo sono infondate dal punto di vista numerico - dato che non esistono statistiche in tal senso - ma sicuramente non contribuiscono a dare soluzioni ad un fenomeno che è assai complesso e al quale concorrono molte variabili”.

In sostanza, hanno detto i camici bianchi uscendo dalla loro assise istituzionale, l’importante è capire come e perché si è determinato un errore e

individuare tutte le responsabilità coinvolte, per arrivare poi ad un’efficace prevenzione e gestione del rischio”.

Su questo argomento il neo eletto alla presidenza della Federazione, Amedeo Bianco, è stato molto esplicito. “Nulla volendo togliere alle personali responsabilità dei medici, laddove esistano - ha dichiarato - a questo punto è importante responsabilizzare tutti i protagonisti del sistema: chi lo organizza, chi lo gestisce, chi lo sanziona, chi comunica queste informazioni. Tutti dovranno fare la loro parte per cambiare la cultura presente, più rivolta ad una rozza ricerca del colpevole che alla prevenzione dell’errore. Perché non si ripeta”.

Orario di ricevimento del consulente legale dell’Ordine

Il consulente legale dell’Ordine riceve tutti i martedì pomeriggio presso la sede dell’Ordine previo appuntamento da stabilire al numero di telefono 079.234430

*Prevenzione
dell’errore
piuttosto che
rozza ricerca
del colpevole*

Compiti di Aziende Usl e Ordini

Le valutazioni sulle prescrizioni sono materia professionale

Le recenti notizie di stampa relative ai 560 medici lombardi denunciati alla Corte dei Conti, se confermate, sembrano evidenziare un ruolo di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva da parte di un corpo militare dello Stato.

La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, apprezzando il lavoro svolto dalla Guardia di Finanza per la repressione delle truffe in sanità e dei reati correlati, non può che affermare con forza come la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva non possa essere demandata a valutazioni statistiche realizzate anche attraverso l'eventuale utilizzo di strumenti evoluti.

L'appropriatezza prescrittiva, cardine della sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale, è materia tecnico professionale la cui verifica è prevista dalle norme regolatorie e contrattuali ed attende ad attività proprie delle Aziende Sanitarie e, per gli aspetti deontologici, agli Ordini.

Anche ex parlamentari possono ora dirigere le ASL?

Con un colpo di mano, sono stati varati due commi all'interno della legge n. 43 del 1° febbraio 2006, quella che disciplinerà le professioni sanitarie non mediche, creando al-

meno sei nuovi Ordini professionali.

Infilati all'ultimo momento, permetteranno che, a dirigere un'azienda ospedaliera, possa ora essere chiamato un ex senatore, un ex deputato, o anche solo un ex consigliere regionale. E se si tratta di un medico, sarà esonerato dalla formazione continua: ecco confezionato ad hoc un incarico "di riserva" per eventuali parlamentari non rieletti.

"Al di là di qualsiasi altra considerazione - ha dichiarato Aristide Paci - bisogna evitare che, in una Azienda sanitaria, ci sia commistione tra politica e gestione: il ruolo gestionale deve essere affidato a chi ne ha le competenze". Come dire: basta con la lottizzazione della Sanità che non giova alla salute dei cittadini.

I due commi sono stati aggiunti all'articolo 2 di tale legge, laddove si definiscono i requisiti per l'iscrizione ai nuovi albi. Vengono in sostanza modificati i precedenti requisiti disciplinati dal decreto legislativo 502 del 1992.

"Questa operazione - ha dichiarato infine Paci - rischia di esporre il sistema sanitario, già peraltro provato, al rischio di un'ulteriore sudditanza ai partiti e, per quanto ci riguarda, non ci fermeremo alle sole dichiarazioni di principio ma cercheremo di affermare con forza una separazione netta tra la gestione di un'azienda particolare - come è quella sanitaria - e le scelte di politica sanitaria che spettano, ovviamente, alla politica."

Raccomandazione del CPME

Consenso informato e diritti dei minori

Il CPME ha approvato all'unanimità una raccomandazione sul diritto dei minori all'informazione e al consenso informato. Pubblichiamo il testo del documento.

I principi dell'informazione e del consenso informato costituiscono elemento centrale nei rapporti medico/ paziente. Tuttavia, questi principi possono variare al fine di acquisire il consenso dei minori, dal momento che, in differenti età e secondo legislazioni diverse, altri possono essere incaricati di prendere decisioni sulle scelte terapeutiche per conto del minore.

Tale situazione non può negare il diritto di un minore ad essere curato in quanto soggetto e ad essere, per quanto possibile, coinvolto in decisioni riguardanti le scelte terapeutiche. Mentre un minore può non avere maturità giuridica nel prendere alcune decisioni nella scelta terapeutica, lo stesso/a può aver sviluppato un'esperienza significativa nei confronti della propria malattia, e può avere un'opinione sulla terapia che occorre ascoltare e prendere in considerazione. Pertanto, ad un minore dovrebbe essere riconosciuta tale capacità in rapporto alle decisioni sulle scelte terapeutiche.

I medici dovrebbero provvedere ad informare in modo adeguato alle capacità intellettive del minore e alla maturità dello stesso/a, riconoscendo, nel contempo, che la stessa

informazione dovrebbe essere fornita a coloro che hanno il diritto di dare il consenso alle cure.

La finalità di tale approccio è quella di dare informazione al minore guidandolo con sensibilità e prudenza e supportandolo nella sua malattia.

Sono infine essenziali, sia il riconoscimento del diritto del minore coinvolto nelle scelte terapeutiche, sia il ruolo dei genitori o dei suoi legali rappresentanti.

VARIAZIONI DI 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 disagi agli enti ma soprattutto agli stessi interessati.

Risoluzione dell'Agenzia delle Entrate

Iva, un quadro più chiaro sulle visite fiscali per l'INAIL

Nell'ambito delle sue prestazioni caratteristiche, il medico è sovente chiamato a effettuare visite fiscali per conto dell'Inail, accertando l'eventuale stato di infortunio e fornendo altresì all'ente l'indicazione del periodo di prognosi riconosciuta sulla base della relativa diagnosi, con rilascio di un certificato.

Fino a poco tempo fa, si presentavano al professionista non pochi problemi al momento dell'emissione delle relative parcelle.

Infatti, le sentenze pronunciate dalla Corte di giustizia Ue nel novembre 2003 e la circolare dell'Agenzia delle Entrate 4/E del gennaio 2005 – che avevano dettato chiare istruzioni in tema di esenzione Iva delle prestazioni – lasciavano alcune difficoltà interpretative, soprattutto nell'individuazione, caso per caso, dello scopo primo della prestazione (tutela della salute o mero effetto giuridico) che determina o meno l'esenzione.

A complicare il quadro, alcune direzioni provinciali Inail, nel liquidare il compenso per il rilascio del certificato di infortunio, imponevano al medico di assoggettare a Iva le parcelle relative a tali prestazioni. Grande attenzione ha destato, pertanto, la Risoluzione 36/E del 13 marzo scorso dell'Agenzia delle Entrate.

Il documento, infatti, precisa che è applicabile l'esenzione Iva a tutti i compensi spettanti al medico chiamato a rilasciare il certificato di

infortunio, contenente anche i giorni di prognosi riconosciuti all'assistito per curarsi e predisporre al rientro al lavoro. Idem per i controlli eseguiti sui lavoratori al fine di stabilire l'idoneità fisica al rientro.

L'Agenzia, richiamando la sentenza C-307/01 della Corte Ue, afferma che "i controlli medici regolari, istituiti da taluni datori di lavoro e da talune compagnie di assicurazione, possono realizzare le condizioni dell'esenzione purché siano diretti principalmente a permettere la prevenzione e il depistaggio di malattie e la verifica costante dello stato di salute dei lavoratori o degli assicurati.

Il fatto che tali controlli medici avvengano su richiesta di terzi e che possano soddisfare interessi propri dei datori di lavoro o delle compagnie di assicurazione, non impedisce di considerare che tali controlli hanno come scopo principale la tutela della salute".

Pertanto, le prestazioni rese dai medici che effettuano visite fiscali per l'Inail "rientrano tra le prestazioni mediche esenti dall'Iva ai sensi dell'articolo 10, comma 1, del D.P.R. 633/72".

Infatti, in detti casi "la prestazione resa dal medico, concretizzandosi in un intervento che accerta la non idoneità al lavoro del dipendente per un determinato periodo di tempo, persegue in via prevalente una funzione di tutela della salute".

*Quali sono
le condizioni
per l'esenzione
sui controlli
medici*

Prestazioni sicuramente esenti da Iva ex articolo 10, comma 1, n. 18 Dpr 633/72

• Certificazioni rilasciate solo nei confronti dei propri assistiti:

- Certificato per l'ammissione in case di riposo o simili
- Certificato per attività sportive e frequenza di palestre, piscine, ecc.
- Relazioni cliniche per idoneità alle cure termali
- Certificato per il rilascio o rinnovo del porto d'armi
- Certificato di esonero dalle lezioni di educazione fisica
- Certificato di ammissione a colonie e centri estivi
- Certificato per soggiorni marini o montani o per vacanze e soggiorni di studio
- Certificato per dieta personalizzata per le mense
- Certificato di malattia ai militari di leva
- Certificazioni Inail
- Certificati per delega a riscuotere la pensione o analoghi espletamenti
- Certificati di inabilità temporanea per mancata comparizione disposta dall'autorità giudiziaria
- Certificato volto all'evidenziazione di limiti allo svolgimento di talune attività esecutive
- Certificato di avvenuta vaccinazione
- Certificato di idoneità a viaggiare

• Prestazioni professionali rese dai medici in ambito di:

- Visite mediche nell'ambito di rilascio o rinnovo di patenti di guida, licenze o abilitazione alla conduzione di mezzi di trasporto o impianti particolari
- Prestazioni volte all'accertamento, a scopo profilattico, dell'idoneità fisica a svolgere determinati lavori o assumere determinate mansioni
- Prestazioni rese dai medici di famiglia nell'ambito delle proprie attività convenzionali ed istituzionali che abbiano come presupposto la tutela in via preventiva della salute dei cittadini, sia come singoli che come collettività (da esaminare caso per caso)
- Controlli regolari istituiti dal datore di lavoro per verificare la presenza di virus o altre malattie
- Prestazioni del medico competente in merito all'attività di prevenzione e di sicurezza
- Prestazioni di medicina estetica, le quali rientrano delle attività sanitarie tipiche ancorché in ambito di finalità voluttuarie.

Le modalità di adesione

Nuova polizza sanitaria per gli iscritti all'ENPAM

Il prossimo 1° giugno ha inizio la seconda annualità della polizza stipulata tra Enpam e la Compagnia Generali Assicurazioni ed anche quest'anno è concessa agli iscritti la possibilità di aderire alla convenzione per la prima volta, compilando il modulo di adesione reperibile sul sito internet dell'ente www.enpam.it e presso le sedi provinciali degli Ordini. Quest'anno è possibile aderire anche utilizzando il modulo on-line.

Per le modalità di adesione ricordiamo brevemente:

1) **I medici già assicurati per l'annualità 31 maggio 2005 – 31 maggio 2006** riceveranno nel mese di maggio il bollettino Mav per il pagamento del premio che potrà essere effettuato presso qualsiasi Istituto bancario o ufficio postale, entro e non oltre il 31/05/2006.

2) **I nuovi aderenti** dovranno compilare il modulo di adesione ed inviarlo, entro e non oltre il 31 maggio 2006, alla Fondazione Enpam - Casella Postale 7216 - 00100 Roma Nomentano, successivamente riceveranno il bollettino Mav per il pagamento del premio.

3) **Coloro che vogliono variare l'adesione** rispetto allo scorso anno dovranno compilare il modulo di adesione, nelle modalità descritte al punto b) ed attendere il ricevimento di un nuovo Mav.

La formulazione dei premi annui per rinnovi e/o nuove adesioni, viene così stabilita: per il solo medico euro

150; per l'intero nucleo familiare: euro 300 per nucleo familiare composto dal medico e un solo familiare; euro 400 per nucleo familiare composto dal medico e due o più familiari.

Per nucleo familiare assicurabile si intendono il coniuge (anche se con residenza diversa dal medico, sempreché non sia in corso una separazione legale) o convivente more uxorio e i figli (anche se di età superiore ai 26 anni, purché ancora fiscalmente a carico del medico). Al pari dei medici, possono usufruire della polizza anche i superstiti dei medici, i dipendenti degli Ordini provinciali, della F.N.O.M.C. e O., dell'ONAOSI e delle organizzazioni sindacali mediche.

L'assicurazione (a costo irrisorio, se confrontato con quelli correnti) ha avuto nel corso di questi anni grande successo. Non impone nessun limite di età; né limiti geografici; né la compilazione di un questionario preventivo; ed il massimale (per anno e per nucleo familiare) è di euro 700.000,00. Per proseguire la convenzione e migliorarne i contenuti, oltre la conferma delle adesioni degli anni precedenti, ci aspettiamo un numero sempre maggiore di iscritti.

Pietro Ayala

vice direttore generale Enpam

Si ricorda che i moduli di adesione alla polizza possono essere ritirati presso lo sportello dell'Ordine.

Con buoni risultati

Mario Vacca ai campionati senior di atletica leggera

Campionati italiani Senior-Master di Atletica leggera Indoor svoltisi ad Ancona dal 3 al 5 marzo 2006.

Ha partecipato Mario Vacca medico di medicina generale e ortopedico di Sorso, tesserato FIDAL nella categoria Master 55 con la società di Atletica San Giovanni di Sassari.

Ha gareggiato in: salto in alto, salto triplo, salto in lungo e staffetta 4x200.

Nel salto in alto ha conquistato la medaglia d'argento migliorando il bronzo dello scorso anno a Genova.

Nel salto triplo ha confermato la medaglia di argento dello scorso anno sempre a Genova.

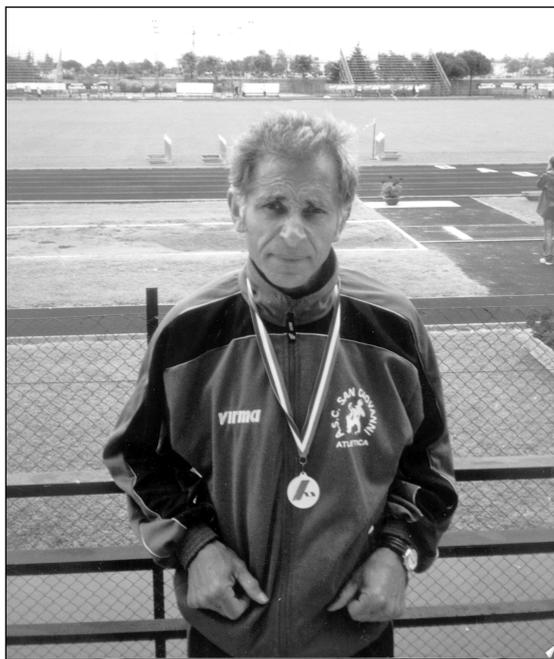
Nel salto in lungo, svoltosi il giorno seguente, purtroppo ha riportato una serie di salti nulli di battuta che non gli hanno permesso di classificarsi.

Nella staffetta 4 x 200 metri ha conseguito assieme ai compagni di squadra Elio Pilo, Salvatore Sini e Daniele Manca un lusinghiero 5° posto.

Tali piazzamenti sono stati nel complesso buoni e preannunciano un buon se-

guito di stagione agonistica 2006 già ben iniziata e che culminerà con i campionati italiani Fidal all'aperto a Misano Adriatico a giugno e soprattutto con i Giochi Mondiali della Medicina a Montecatini Terme in luglio.

Mario Vacca, costante partecipante a questi campionati mondiali sanitari sin dal 1990, lo scorso anno ad Alicante in Spagna ha migliorato il suo record personale di vittorie con ben tre medaglie d'oro (nel salto in lungo, salto in alto e pentathlon) e una di bronzo (nei 100 metri piani).



Mario Vacca

In programma a Sassari il 17 giugno

Prevenzione della carie dentale: la catena della collaborazione

Uconvegno sul tema "La catena della collaborazione nella prevenzione della carie dentale: igienecologo, medico scolastico, dentista, igienista dentale, odontoiatra" avrà luogo a Sassari il 17 giugno 2006 al Centro San Camillo.

Si tratta di un evento E.C.M., in fase di accreditamento.

Il convegno è organizzato dall'Associazione Nazionale Dentisti Italiani (ANDI) e dalla Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP) ed è patrocinato dalla ASL di Sassari.

La collaborazione tra diverse professionalità può fattivamente incidere nella riduzione del fenomeno della carie dentale; la scelta etica di sostenere la ricerca nella prevenzione e di finanziare i progetti di prevenzione dentale, solo inizialmente può apparire in contrasto con determinanti interessi economici.

In realtà sul medio e lungo periodo è possibile constatare la bontà del progetto proprio sulla base di criteri economici di risparmio con, inoltre decisivo miglioramento della salute del cittadino e quindi in ultima analisi della sua felicità oggettiva.

Inoltre la collaborazione tra diverse professionalità aiuta a migliorare la "compliance" tra differenti specialisti alla ricerca di un linguaggio che, comprensibile a tutti, possa diventare linguaggio comune.

Il progetto di collaborazione nella prevenzione della carie diventa quindi, oltre che un laboratorio per la

"Salute" anche un laboratorio di studio dei meccanismi di interconnessione nella professione medica tra diversi protagonisti.

Scopo del convegno è approfondire questi temi affrontando il problema della prevenzione della carie secondo tutti gli aspetti oggi conosciuti e secondo tutte le specificità della professione.

Questo il programma:

Ore 9.00 Registrazione partecipanti

I sessione I pilastri della prevenzione

Il ruolo del centro di collaborazione OMS nel territorio: obiettivi di lavoro: professoressa Laura Strohmenger.

Il ruolo dell'etica nella prevenzione della patologia orale: dottor Marco Scarpelli;

Analisi dei risultati dei rilevamenti epidemiologici della patologia cariosa a Sassari: dottor Gianluca Sacco, dottor Guglielmo Giuseppe Campus;

Il fluoro nelle acque minerali: professor Paolo Castiglia, professor Antonio Azara;

Dibattito con i partecipanti.

Alimentazione, stili di vita e dieta: professor Pietrino Deiana;

Igiene orale domiciliare: dottoressa Maria Alice Boldi;

Fluoroprofilassi indicazioni OMS per il 2010: dottoressa Maria Grazia Cagetti

II Sessione La Catena nella prevenzione della carie dentale

Ruolo del pediatra e del ginecologo nella prevenzione delle patologie orali dell'infanzia risultati... anni di progetto: dottor Tiziano Basso

Il programma Cariogram identificazione dei soggetti a rischio: dottor Guglielmo Giuseppe Campus

Ruolo dell'Odontoiatra nella prevenzione della gravidanza: professor Silvio Abati

Tavola rotonda su "Profilassi delle carie nell'ambito dell'igiene dentale scolastiche": dottor Michele Quidacciolu, dottoressa Caterina Brundu, professoressa Laura Strohmerger, dottor Marco Scarpelli, dottor Gianluca Sacco, dottor Guglielmo Giu-

seppe Campus, professor Paolo Pastiglia, professor Antonio Azara, professor Pietrino Deiana, dottoressa Maria Alice Boldi, dottoressa Maria Grazia Cagetti, dottor Marcello Cabiddu, professor Silvio Abati, dottor Tiziano Basso, dottoressa Tiziana Casti.

Test di verifica dell'apprendimento.

Per ulteriori informazioni contattare la segreteria organizzativa:

dottoressa Ines Putzu

Tel. 079.216869

dottor Lino Argiolas

Tel. 380.5050353

dottor Antonello Senes

Tel. 079.275706

A Montecatini in luglio i Giochi Mondiali della medicina

I Giochi Mondiali della medicina e della sanità, giunti alla ventisettesima edizione, tornano dopo vent'anni a Montecatini Terme in Toscana dall'1 all'8 luglio prossimi.

I Giochi sono aperti a tutti, senza prova eliminatoria né selezioni di livello. Gli accompagnatori possono partecipare alle prove ma non saranno classificati.

Fra le gare in programma atletica, badminton, basket, beach volley, ciclismo, scacchi, scherma, calcio, calcetto a cinque, sollevamento pesi, golf, judo, nuoto, tavola a vela, tennis, tennis tavolo, tiro con pistola, tiro con carabina, tiro con fucile, triathlon, sprint, vela, pallavolo, mountain bike. Per ogni categoria i primi tre classificati riceveranno rispettivamente medaglie d'oro, d'ar-

gento e di bronzo. Per le prove collettive è invece prevista una coppa alla squadra vincitrice. Come ogni anno, i Giochi Mondiali della medicina e della sanità sono accompagnati da un simposio internazionale di medicina. Il simposio è aperto a tutti medici generici, medici dello sport, kinesiterapisti, farmacisti etc.

Sono previste numerose comunicazioni scientifiche e l'aspetto pratico sarà completato dagli studi con dimostrazione delle cure sul terreno di gioco. Il simposio si svolgerà dal 3 al 7 luglio dalle ore 15 alle ore 19.

Informazioni: FRABEN TRAVEL

Viale Verdi, 78 - 51016 Montecatini Terme - Tel. 0572.78689

Fax 0572.771535 - e-mail:

frabentravel@frabentravel.com

Sezioni e aggiornamenti

I siti Web dell'Associazione di informazione scientifica

Sono in rete due siti riguardanti l'informazione scientifica. Si tratta del sito nazionale dell'Associazione Italiana Informatori Scientifici del Farmaco (www.aiisf.it) e del sito della sezione di Sassari (www.aiisf-ss.it).

Il primo è organizzato in varie sezioni, alcune di pertinenza quasi esclusiva degli informatori scientifici (organizzazione dell'Associazione, ruolo dell'ISF, leggi e normative inerenti la professione) altre di aggiornamento medico, scientifico e farmacologico di grande interesse anche per i medici.

In particolare da segnalare l'area News esterne che propone aggiornamenti su argomenti differenti ogni giorno della settimana:

- a) Sanità formazione e carriere: ogni lunedì notizie ed aggiornamenti su ECM, formazione e concorsi nella sanità
- b) Sanità ed health: ogni martedì notizie ed aggiornamenti riguardanti telemedicina, teleassistenza e sanità elettronica
- c) Sanità lex: ogni mercoledì selezione dalla Gazzetta Ufficiale e dalla banca dati delle Leggi Regionali e della Camera di tutte le norme di interesse sanitario
- d) Sanità professione: ogni giovedì norme, contratti, vertenze, comunicati sindacali nazionali e locali ecc.
- e) Sanità magazine: dal lunedì al ve-

nerdi rassegna stampa on-line

- f) Sanità profilo: ogni venerdì rende disponibile l'immensa ricchezza di contenuti di PubMed secondo una profilazione personalizzata facendo giungere nella propria casella di posta elettronica i documenti inerenti gli argomenti ritenuti più interessanti dall'utente.

Si può scegliere tra:

- calcolosi renale
- cibi geneticamente modificati
- fumo ed ambiente di lavoro
- home care
- sclerosi multipla ecc.

Il sito della sezione di Sassari propone le attività svolte sia a livello provinciale che regionale ed una rubrica di aggiornamento scientifico.

**Sito web
dell'Ordine:
www.omceoss.org**

**e-mail
dell'Ordine:
ordine@omceoss.org**

Il calendario di giugno

Gli eventi formativi ECM programmati dall'Ordine

L'Ordine ha programmato una serie di eventi formativi ECM.

Le pre-iscrizioni per ciascun evento saranno aperte un mese prima della data dell'evento.

Gli interessati potranno iscriversi allo sportello dell'Ordine o telefonando al numero di telefono 079/234430. Non è possibile iscriversi via e-mail o via fax. Si precisa che gli eventi sono rivolti ai soli iscritti all'Ordine di Sassari.

Alcuni eventi potrebbero essere rivolti a figure professionali precise, le eventuali restrizioni legate alle figure professionali saranno comunicate più avanti. Questo l'elenco degli eventi formativi:

La responsabilità medica in Otorinolaringoiatria

Sassari 10.06.2006 – Camera di Commercio di Sassari via Roma, 7 n. 200 partecipanti - professione Me-

dico chirurgo – n. 5 crediti ECM

Apertura pre-iscrizioni il 10 maggio.

Dalle medicine non convenzionali alle medicine complementari: problematiche, esperienze e prospettive di integrazione

Sassari 17.06.2006 Camera di Commercio di Sassari - Via Roma, 74 - n. 200 partecipanti - professione Medico chirurgo – In fase di accreditamento

Apertura pre-iscrizioni il 17 maggio

La terapia del dolore nel paziente oncologico

Sassari 24.06.2006 Sala Conferenze dell'Ordine dei Medici di Sassari n. 60 partecipanti – professione Medico Chirurgo – n. 5 Crediti ECM.

Apertura pre-iscrizioni il 24 maggio.

ORARI DI APERTURA AL PUBBLICO DEGLI UFFICI DELL'ORDINE

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)

Otto giornate fra ottobre e gennaio

Un corso a Milano sull'ipnosi nel controllo del dolore

La società italiana di ipnosi ha organizzato un corso di formazione e perfezionamento clinico in ipnosi nel controllo del dolore.

Il corso si articola in otto giornate (50 ore) distribuite in quattro fine settimana ed è destinato a coloro che avendo già una formazione professionale adeguata, medica o psicologica, desiderano approfondire l'uso dell'ipnosi nel settore specifico.

Il corso avrà luogo al Centro Congressi Fondazione Stellina, in Corso Magenta, 61 a Milano nei giorni 14 - 15 ottobre; 11-12 novembre; 16-17 dicembre; 13-14 gennaio 2007.

Il corso è riservato a medici chirurghi, in particolare terapisti del dolore, anestesisti, neurologi, fisiatristi, psichiatri e internisti, oncologi, ginecologi. E inoltre a odontoiatri e psicologi, e medici di base.

Direttore del corso è Giuseppe De Benedittis, direttore del Centro per lo studio e la terapia del dolore dell'Università di Milano e vice presidente della Società Italiana di Ipnosi.

Lo svolgimento del corso verrà articolato in modo da garantire l'approfondimento più ampio possibile del tema, affidato in larga parte al docente responsabile e per il resto ad altri colleghi esperti ipnoterapeuti, i quali tratteranno temi più generali relativi alle modalità di induzione ed approfondimento della trance.

Anche i partecipanti, anche coloro i quali non hanno nessuna precedente esperienza con la metodica, po-

tranno apprendere i principi fondamentali. Saranno incluse anche esercitazioni indispensabili per far acquisire l'attitudine ad utilizzare l'ipnosi.

Oltre al professor De Benedittis i docenti sono: il professor G. Gulotta, Ordinario di Psicologia Giuridica, Università di Torino; il professor C. Loriedo, Aiuto Clinica Psichiatrica all'Università di Roma; la dottoressa C. Casula Psicoterapeuta.

Argomenti trattati.

Algologia: psiconeurobiologia del dolore, teorie del dolore, misura del dolore, stress, personalità e dolore, elementi di psicopatologia e semeiotica psichiatrica, elementi di medicina psicosomatica, le cefalee, le algie oro-facciali, il dolore neuropatico, il dolore oncologico e il paziente terminale, psicodinamica del dolore cronico.

Ipnosi: storia e teorie dell'ipnosi, neurobiologia e neuropsicologia dell'ipnosi, fenomenologia ipnotica, tecniche di induzione della trance, ipnosi diretta e indiretta, l'uso della metafora in ipnosi, fondamenti di analgesia ipnotica, tecniche avanzate di ipnosi terapia nel controllo del dolore e nelle cure palliative, principi e tecniche di ipnoanalisi, il sogno in ipnosi terapia, esercitazioni e casistica clinica.

Per informazioni: professor Giuseppe De Benedittis

Tel./Fax 02.55035518

e-mail: giuseppe.debenedittis@unimi.it

info@rmcogress.it

