

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

# SASSARI MEDICA



3

**IN QUESTO  
NUMERO:**

Editoriale/Nulla è così  
sopportabile  
come il dolore degli altri

Le liberalizzazioni:  
tariffe e pubblicità  
non si decretano d'urgenza

Medicine non convenzionali:  
Sardegna e Toscana  
a confronto

Convegno: accesso  
programmato razionale  
alla formazione sanitaria

Documento della commissione  
sui problemi della psicologia  
e psicoterapia

Precisazioni sulla ricetta del  
Servizio Sanitario Nazionale  
ed esenzioni

Farmacovigilanza/Analisi  
dei segnali: i bifosfonati

Intramoenia: l'invio dei dati  
all'Enpam entro luglio

Come versare all'ONAOSI  
i contributi per il 2006

Dal codice deontologico  
alla formazione professionale

ANNO XV  
LUGLIO 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".*



Vista panoramica dell'isola di Tavolara.

# SASSARI MEDICA

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

SITO WEB: [www.omceoss.org](http://www.omceoss.org)

E-MAIL: [ordine@omceoss.org](mailto:ordine@omceoss.org)

Anno XV - Numero 3  
Luglio 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/ Nulla è così sopportabile come il dolore degli altri
- 4 Le liberalizzazioni: tariffe e pubblicità non si decretano d'urgenza
- 9 Medicine non convenzionali: Sardegna e Toscana a confronto
- 11 Convegno: accesso programmato razionale alla formazione sanitaria
- 18 Documento della commissione sui problemi della psicologia e psicoterapia
- 22 Precisazioni sulla ricetta del SSN ed esenzioni
- 38 Farmacovigilanza/Analisi dei segnali: i bifosfonati
- 43 Intramoenia: l'invio dei dati all'Enpam entro luglio
- 45 Come versare all'ONAOSI i contributi per il 2006
- 46 Dal codice deontologico alla formazione professionale

*Sofferenza e indifferenza*

# *Nulla è così sopportabile come il dolore degli altri*

**V**oglio raccontare un breve episodio verificatosi sul finire della primavera.

Venni contattato da una signora che con fare molto cortese mi chiedeva se fosse possibile assistere il marito, il quale, affetto da un tumore polmonare, stava soffrendo in maniera incoercibile perché la terapia che gli veniva somministrata non era sufficiente.

L'incontro col paziente e la moglie si rivelò per me una vera sorpresa, poiché mi vennero raccontati dei fatti, spero legati a fraintendimenti, che vi riporto per invitare tutti noi a riflettere.

Il medico di famiglia, di fronte all'incalzare della malattia e soprattutto del dolore, interpellato sulla possibilità di utilizzo di farmaci oppiacei, avrebbe affermato che, per motivi etici, non era propenso a prescrivere stupefacenti.

A questo punto, durante una fase di dolore particolarmente acuto, venne proposta la medesima richiesta al medico della guardia medica, ma il collega di turno avrebbe risposto di non poter prescrivere stupefacenti perché sprovvisto dell'apposito ricettario.

La storia è breve e finisce qui.

In quell'occasione è stato possibile permettere al malato di giungere con dignità alla conclusione della propria esistenza, ma quante volte invece ciò non è possibile?

Medici e dolore, sembra proprio

essere un connubio difficile. Troppo spesso capita di appurare che dove c'è uno manca l'altro.

Mi sono sempre domandato come mai questo accada, ed ho spesso ripercorso la mia storia professionale per trovare i punti critici.

Durante il mio corso di studi di medicina, l'argomento dolore non è mai stato, in realtà, preso in considerazione, né nello studio della clinica, né tanto meno della farmacologia o, se ciò è avvenuto, l'argomento è stato solo sfiorato, per poi venir svolto.

Subito dopo la laurea, eravamo tutti molto spaventati dal rischio di poter essere considerati quasi degli spacciatori nel caso in cui avessimo dovuto prescrivere farmaci stupefacenti.

Fu questo il periodo d'oro della Pentazocina, farmaco di poca efficacia, ma col grandissimo pregio di appartenere alla V classe, per cui si poteva prescrivere su ricetta bianca non ripetibile.

Durante la mia formazione in anestesia e rianimazione, ho effettivamente imparato ad usare i grandi analgesici, gli oppiacei, con disinvoltura, ma vi era un unico, grosso inconveniente: la preparazione di noi anestesisti era tutta orientata verso l'utilizzo di tali sostanze nel corso degli interventi chirurgici e alla fine di questi, molto spesso si lasciava il paziente in balia di se stesso, senza curarsi molto del suo dolore nel post

*Sul problema  
della prescrizione  
dei farmaci  
per la terapia  
del dolore  
c'è ancora  
molta confusione  
e scarsa  
conoscenza*

operatorio. Questo è il mio vissuto, quale è stato il vostro?

C'è stata per fortuna una modifica del pensiero, l'uomo ha percepito che curare il dolore è un segno di civiltà.

Finalmente il professor Veronesi, quasi nell'atto di lasciare il dicastero della Sanità, ha emanato la legge che ha semplificato la ricettazione delle sostanze stupefacenti per le patologie tumorali e cronico degenerative.

Il ghiaccio sembrava finalmente rotto, quando il nuovo ministro, professor Sirchia, ha voluto ulteriormente semplificare le norme di ricettazione, ma a quanto pare tutto questo non è bastato.

Come Ordine, abbiamo cercato di dare ai colleghi il maggior numero di elementi possibile per l'utilizzo dei farmaci analgesici, sulla loro prescrivibilità, sulla ricettazione.

Abbiamo chiamato a Sassari dapprima i colleghi che nella nostra isola si interessano di terapia antalgica e di cure palliative, quindi alcuni tra i più grandi esperti nazionali del settore, molti dei quali conosciuti in quasi tutto il mondo.

Abbiamo dato spazio e visibilità a tutto ciò che concerne il dolore, ma ci rendiamo conto che continua ad esserci confusione, paura, scarsa conoscenza, tutte situazioni che incrementano l'opinione che la classe medica è indifferente al problema della sofferenza.

Per curiosità vi riporto un fatto emblematico. Per circa un anno e mezzo, prima che la recente normativa li abolisse, nessuno più ha ritirato un ricettario per stupefacenti dai nostri uffici, il servizio farmaceutico della AUSL n°1 deve insistere affinché i medici ritirino i nuovi ricettari.

Nelle due Aziende Sanitarie della nostra grande provincia sono presenti colleghi che si interessano di questo problema, il loro numero è esiguo, ma sicuramente sono disponibili a seguire pazienti, ad essere consultati, a dare consigli.

Una riflessione nasce spontanea di fronte all'indifferenza che la nostra categoria manifesta nei confronti del dolore: "Nulla è così facilmente sopportabile come il dolore degli altri".

**Agostino Sussarellu**

## **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.

## *Tariffe e pubblicità*

### *non si decretano d'urgenza*

I medici e i dentisti italiani, riuniti a Roma nel loro Consiglio Nazionale in tre giorni di intenso dibattito, hanno preso in esame il decreto legge sulle “Disposizioni per il rilancio economico e sociale per il contenimento e la razionalizzazione della spesa pubblica”, il cosiddetto “decreto sulle liberalizzazioni”. E non sono mancate critiche e preoccupazioni.

A conclusione dei lavori che sabato pomeriggio hanno impegnato il consiglio nazionale a discutere su tutti i temi caldi che riguardano oggi la professione, la FNOMCeO ha stilato sul decreto denominato “liberalizzazioni” una mozione che in quattro punti elenca, a chiare note, tutti i suoi rilievi. E così esordisce:

“E’ inaccettabile lo strumento della decretazione di urgenza che va a regolamentare questioni delicate che da anni sono oggetto di una nostra richiesta di consultazione con il Governo per una loro incisiva revisione”. In particolare, i camici bianchi si riferiscono al problema delle tariffe, della pubblicità, delle caratteristiche delle società professionali.

Pollice verso soprattutto sull’articolo 2, dove “questo provvedimento affronta in modo parziale ed impositivo una questione ormai centrale per lo sviluppo economico e civile del nostro Paese e cioè quello di realizzare un moderno ordinamento delle professioni e dei servizi professiona-

li che abbia il suo baricentro in Ordini in grado, quali soggetti pubblici, di promuovere, controllare e garantire ai cittadini la qualità dei servizi resi, attraverso lo strumento della regolamentazione deontologica.”

Ed è proprio la visione del cittadino, secondo la Federazione dei medici e degli Odontoiatri, un vero punto dolens della intera impalcatura del provvedimento.

“A mio avviso – ha a questo proposito sostenuto il presidente Amedeo Bianco – il Decreto è dominato da una visione del cittadino inteso esclusivamente come consumatore, dimenticando che la forte asimmetria informativa che caratterizza il mercato della salute fa del nostro cittadino-utente un “consumatore imperfetto” e quindi più debole, in balia di una sorta di nuovo consumismo sanitario”.

Il valore sociale e civile degli Ordini, quali enti pubblici con funzioni ausiliarie dello Stato a garanzia e tutela della qualità dei servizi professionali, verrebbe – a giudizio della Fnomceo – “fortemente messa in discussione da questo discutibile passaggio legislativo”.

E, nella complessità delle variabili in campo, rilanciano il ruolo oggi cruciale delle Istituzioni ordinistiche.

Dopo aver sottolineato anche l’aspetto della normativa riguardante le modalità del pagamento dei servizi professionali, “che diventano com-

*I medici criticano il decreto sulle liberalizzazioni: cittadini in balia di una sorta di consumismo sanitario*

plesse e onerose per tutti”, il Consiglio Nazionale – massimo organo rappresentativo della FNOMCeO – dà mandato al comitato centrale e al presidente, Amedeo Bianco, di aprire un confronto con le istituzioni parlamentari e governative, affinché “nelle strette temporali della decretazione, vengano apportati gli opportuni miglioramenti al testo”. E chiede con forza – e d’intesa con tutte le professioni – il proseguimento dell’iter di riforma delle Professioni e degli Ordini, “salvaguardando la specificità delle professioni sanitarie”, e sanzionando diversamente la piaga dell’abusivismo.

Spenti i riflettori su questo importante Consiglio Nazionale, il presidente Bianco ha dichiarato che, “qualora non si realizzino gli indirizzi fondamentali “ da loro espressi, in fase di conversione in legge del decreto convocherà di urgenza, un nuovo Consiglio Nazionale per le ulteriori azioni di tutela dei legittimi interessi in campo.

## ***La mozione del Consiglio Nazionale***

**ROMA 8 Luglio 2006**

Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO, riunito a Roma il 6, 7 e 8 luglio 2006, ha preso in esame il decreto legge 4 luglio 2006 n. 223

Disposizioni per il rilancio economico e sociale, per il contenimento e la razionalizzazione della spesa pubblica, nonché interventi in materia di entrate e di contrasto all’evasione fiscale”.

Nell’esercizio del suo ruolo di rappresentanza istituzionale, facendo

proprio il deliberato approvato dall’assemblea dei presidenti delle commissioni Odontoiatriche e le forti preoccupazioni che denunciano l’impossibilità di gestire gli Ordini provinciali, muove a tale decreto, nelle parti di specifico interesse, i seguenti rilievi:

- 1 È inaccettabile lo strumento della decretazione d’urgenza che va a regolamentare questioni delicate (tariffe, pubblicità, caratteristiche delle società professionali etc.) da anni oggetto di una nostra richiesta di consultazione con il governo per una loro incisiva revisione. In modo particolare, all’articolo 2 questo provvedimento affronta in modo parziale ed impositivo una questione ormai centrale per lo sviluppo e economico e civile del nostro Paese e cioè quello di realizzare un moderno ordinamento delle professioni e dei servizi professionali che abbia il suo baricentro in Ordini professionali in grado, quali soggetti pubblici di promuovere, controllare e garantire ai cittadini la qualità dei servizi resi.
- 2 Il decreto è dominato da una visione del cittadino inteso esclusivamente come consumatore, dimenticando che la forte asimmetria informativa che caratterizza il mercato della salute fa del nostro cittadino-utente un “consumatore imperfetto” e quindi più debole, in balia di una sorta di nuovo consumismo sanitario.
- 3 Il valore sociale e civile dei nostri Ordini, la loro natura giuridica di enti pubblici con funzioni ausiliarie dello Stato a garanzia e tutela dei diritti dei cittadini viene fortemente messa in discussione da

questo discutibile passaggio legislativo. L'esercizio di tali funzioni richiede una forte e autonoma valorizzazione dello strumento deontologico e della connessa attività disciplinare, che non possono né devono ridursi a mere espressioni derivate della legislazione o dei codici civili e penali.

4 La modernizzazione della normativa che regola i servizi professionali all'interno della quale è da prevedere un forte rilancio delle istituzioni ordinistiche, impone l'esigenza di avviare un percorso legislativo contestuale nel tempo e su corsie parlamentari preferenziali secondo i seguenti indirizzi:

- L'obbligatorietà dell'iscrizione agli albi di tutti gli esercenti le specifiche professioni;

- Il riconoscimento e l'affidamento di compiti e funzioni di promozione e sviluppo della qualità professionale (dalla formazione alla valutazione delle performances professionali) attraverso la previsione di misure da inserire nei codici deontologici;

- La titolarità della potestà disciplinare erga omnes, indipendentemente cioè dalle forme e tipologie contrattuali con le quali viene svolta l'attività professionale.

Considerando alcuni altri aspetti del decreto, non possiamo non sottolineare la discutibile normativa riguardante le modalità di pagamento dei servizi professionali, che diventano complesse ed onerose per tutti; in tal senso gravate dal forte rischio di favorire ciò che giustamente si vorrebbe colpire e cioè l'evasione.

(art. 35, comma 12).

A tale proposito sorprende la mancanza di interventi nel campo del-

l'abusivismo, grossa sacca di evasione fiscale oltre che di illegalità, a partire da una revisione dell'articolo 348 del Codice Penale che preveda sanzioni e pene più severe. Così come paradossalmente lo stesso fenomeno viene favorito laddove è prevista la possibilità di costituire società interprofessionali senza quelle regole che garantiscono la netta e trasparente distinzione delle competenze professionali specifiche.

A tal fine, il Consiglio Nazionale dà mandato al Comitato Centrale e al Presidente di aprire un confronto incisivo con tutte le istituzioni parlamentari e governative di riferimento affinché, anche nelle strettoie temporali della decretazione, vengano apportati gli opportuni miglioramenti al testo finalizzati a conseguire il rispetto di tutti i legittimi interessi in campo.

In modo particolare ritiene necessario che le previsioni di abrogazione contenute nell'articolo 2 abbiano efficacia solo nei termini e nelle scadenze previste nell'ultimo capoverso dello stesso articolo evitando vuoti normativi e pericolose vacatio gestionali. di chiedere con forza, d'intesa con tutte le professioni, la ripresa dell'iter parlamentare del progetto di riforma delle professioni e degli Ordini, salvaguardando le specificità delle professioni sanitarie.

Il Consiglio Nazionale verrà convocato d'urgenza in fase di conversione in legge del decreto, qualora non si realizzino gli indirizzi fondamentali sovra espressi, al fine di definire tutte le azioni conseguenti.

## ***Gli orientamenti della Commissione Odontoiatri***

Anche l'assemblea dei presidenti delle Commissioni per gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri riunita in Roma il 7 e 8 luglio 2006, ha preso posizione sul decreto delle liberalizzazioni. Pubblichiamo il testo del documento:

**VISTO** il Decreto Legge 4 luglio 2006, n. 223 concernente "*Disposizioni per il rilancio economico e sociale, per il contenimento e la razionalizzazione della spesa pubblica nonché interventi in materia di entrate e di contrasto all'evasione fiscale*";

**VISTO** in particolare l'art. 2 del Decreto stesso concernente norme relative agli Ordini professionali;

**CONSIDERATO** che lo strumento del Decreto Legge non ha permesso agli Ordini e comunque alle parti sociali interessate di esprimere i loro orientamenti sulle materie di interesse;

**RILEVATO** che i requisiti della necessità e della urgenza che dovrebbero essere, in virtù del dettato costituzionale, alla base della decretazione d'urgenza, non appaiono riscontrabili nel caso in questione;

**CONSIDERATO** che alcune modifiche normative introdotte con il Decreto Legge vengono a colpire l'interesse dei cittadini-utenti per quanto riguarda la migliore tutela della loro salute;

**CONSIDERATO** ancora che la professione odontoiatrica, pur non volendo assumere posizioni di assoluta contrarietà e di protesta fine a se stessa, tuttavia non può fare a meno di evidenziare notevoli perplessità in merito alle scelte adottate e alle pro-

cedure poste in essere, esprime i seguenti orientamenti:

- Non è accettabile la previsione contenuta nell'art. 2 del testo del Decreto che prevede l'aggiornamento automatico dei Codici di Deontologia sottraendo ai rappresentanti delle professioni qualsiasi potestà discrezionale al riguardo;
- L'abolizione della tariffa minima per gli onorari libero-professionali, non costituisce un particolare *vulnus* stante il mancato aggiornamento della tariffa stessa (pur prevista a norma di legge) dal 1992; ma è in contrasto con la prevalente giurisprudenza europea e con l'orientamento espresso anche nel recente passato dal Consiglio Superiore di Sanità in termini di determinazione dei costi minimi delle prestazioni sanitarie a tutela della qualità e dunque della salute dei cittadini;
- L'abrogazione delle disposizioni legislative che prevedono il divieto di pubblicizzare le attività professionali sembra lasciare un vuoto legislativo contribuendo a creare falsi bisogni e soprattutto non dirime il problema più importante che riguarda la necessità di distinguere tra pubblicità e informazione. Solo attraverso la soluzione di questo problema gli Ordini potrebbero poi essere chiamati ad un giusto ruolo di responsabilità attraverso il necessario controllo deontologico di forme pubblicitarie palesemente scorrette;
- L'abolizione di qualsiasi divieto di fornire all'utenza servizi professionali di tipo interdisciplinare da parte di società di persone o di associazioni tra professionisti costituisce una generica apertura

all'ingresso delle società commerciali nel campo delle professioni senza la necessaria regolamentazione che garantisca il cittadino-utente sulla qualità dei servizi e sulla responsabilità personale dei professionisti;

- Le norme che nel decreto legge obbligano i cittadini-utenti a versare tramite assegno non trasferibile o bonifico bancario o mediante sistema di pagamento elettronico i compensi in favore dei professionisti, costituiscono un sistema di maggiori oneri per i cittadini stessi e ledono i diritti fondamentali degli utenti andando ad incidere prevalentemente sulle fasce più deboli della popolazione;
- Nell'ambito del necessario recepimento del decreto legge il Parlamento potrebbe, invece, modificare l'art. 348 c.p. che attualmente colpisce in modo assolutamente non dissuasivo l'esercizio abusivo della professione. In questo campo, infatti, si nasconde la vera evasione fiscale e, pertanto, un'efficace lotta all'abusivismo consentirebbe, fra l'altro, oltre a tutelare la salute pubblica anche di recuperare una sommersa

e imponente evasione tributaria;

- A tal fine, così come deciso congiuntamente con il Consiglio Nazionale per quanto riguarda la componente medici, l'Assemblea dei Presidenti delle Commissioni per gli iscritti all'albo degli odontoiatri dà mandato alla CAO Nazionale e al suo Presidente:
  - di aprire un confronto incisivo con tutte le istituzioni parlamentari e governative di riferimento affinché, anche nelle strettoie temporali della decretazione, vengano apportati gli opportuni miglioramenti al testo finalizzati a conseguire il rispetto di tutti i legittimi interessi in campo. In modo particolare ritiene necessario che le previsioni di abrogazione contenute nell'art. 2 abbiano efficacia solo nei termini e nelle scadenze previste nell'ultimo capoverso dello stesso articolo evitando vuoti normativi e pericolose vacatio gestionali.
  - di chiedere con forza, d'intesa con tutte le professioni, la ripresa dell'iter parlamentare del progetto di riforma delle professioni e degli Ordini, salvaguardando le specificità delle professioni sanitarie.

## **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](http://www.omceoss.org)**

## *Problematiche, esperienze e prospettive di integrazione Medicine non convenzionali: Sardegna e Toscana a confronto*

**S**i è svolto a Sassari, il 17 giugno, il corso di aggiornamento, accreditato ECM, organizzato dall'Ordine dei medici provinciale e intitolato: "Dalle medicine non convenzionali alle medicine complementari: problematiche, esperienze e prospettive di integrazione".

L'interessante iniziativa fa seguito a un lavoro di approfondimento di questi temi che l'Ordine provinciale porta avanti da tempo e che ha prodotto, fra l'altro, l'istituzione di un registro riservato ai medici esperti nelle medicine non convenzionali (MnC), operativo dal 2002.

Fra gli obiettivi del corso anche quello di attivare un momento di confronto con le realtà della Regione Toscana dove, dalla seconda metà degli anni Novanta, sono state attuate numerose attività volte all'integrazione delle medicine non convenzionali nelle risorse per la salute, fino all'inserimento di tre discipline mediche complementari (omeopatia, agopuntura e fitoterapia) nei livelli essenziali di assistenza regionali, sancito con l'approvazione del Piano sanitario regionale 2005-07.

Sono stati i responsabili dei tre centri regionali toscani di riferimento per le medicine non convenzionali ad avviare i lavori, dopo i saluti delle autorità e in particolare del presidente dell'Ordine dei medici provinciale Agostino Sussarellu, con un'ampia panoramica introduttiva alle tre medicine non convenzionali

più diffuse sul territorio. Fabio Firenzuoli, direttore del Centro di medicina naturale dell'ASL 11 di Empoli, ha definito criteri e metodologie cliniche della fitoterapia; Sonia Baccetti, responsabile del centro di medicina tradizionale cinese Fior di Prugna di Campi Bisenzio, ha sviluppato la parte concernente agopuntura e tecniche correlate, mentre Elio Rossi, responsabile dell'ambulatorio omeopatico dell'ospedale Campo di Marte di Lucca, ha introdotto ai principi teorici e all'applicazione clinica della "Medicina dei Simili".

Ha fatto seguito la relazione di Giancarlo Bazzoni, membro della Commissione per le medicine non convenzionali presso la FNOMCeO, che ha ripercorso i diversi passaggi che, in questi ultimi e decisivi anni, hanno visto crescere progressivamente le relazioni del mondo delle terapie non convenzionali con le istituzioni, dalle Università, alle Regioni, alla FNMCEO.

Ha riportato la discussione nella sfera epistemologica Alessandro Arru, del Comitato di Bioetica di Sassari, analizzando le complesse problematiche bioetiche correlate alla pratica delle medicine non convenzionali. Quali sono le basi filosofiche delle categorie di arte e scienza in medicina, come si è giunti a definire il profilo e gli obiettivi della medicina basata sull'evidenza (EBM), come si attua oggi la libertà di scelta terapeutica e in che modo quest'ultima si declina con la scelta solidari-

*Corso a Sassari  
su opportunità  
e scelte  
terapeutiche.  
Omeopatia,  
agopuntura  
e fitoterapia*

stica su cui si fonda il servizio sanitario nazionale del nostro Paese? Sono soltanto alcuni degli interrogativi posti dalla lunga relazione di Arru, domande alle quali è difficile dare una risposta a breve termine, ma che non hanno mancato di suscitare ampio dibattito fra i partecipanti.

Gli aspetti medico-legali connessi alla pratica delle medicine non convenzionali, resi ancora più complessi dall'assenza di una regolamentazione nazionale in materia, sono stati al centro della brillante relazione di Elena Mazzeo, docente di medicina legale presso l'Università di Sassari.

Le medicine non convenzionali sono un atto medico, come hanno stabilito diverse sentenze della Corte di Cassazione, e compie pertanto un evidente abuso legale chi le pratica senza essere in possesso della laurea in medicina, quand'anche non si arrecano danni alle persone.

Occorre tuttavia conoscere sudette terapie, anche se non sempre chi si trova, in virtù del ruolo istituzionale che gli è stato assegnato, a formulare giudizi sulle medicine non convenzionali soddisfa questa fondamentale preconditione. È quanto si rileva, ha sostenuto Mazzeo, dalla lettura del parere che il Comitato Nazionale di Bioetica ha espresso, l'anno scorso, sulle medicine non convenzionali. Un documento in cui si sono assemblate senza distinzione alcuna, o con distinzioni poco plausibili, discipline molto diverse fra loro per giungere a formulare un giudizio di netta condanna. Un giudizio sul quale l'esperta in medicina legale ha manifestato un chiaro e ragionato dissenso. Nella sessione pomeridiana sono state presentate le iniziative di integrazione delle medicine complementari in Toscana, illustrando le attività - clinica, di formazione e di ricerca - dei tre centri regionali di rife-

rimento. Katia Belvedere, della direzione generale politiche di salute della Regione Toscana, ha riferito nei dettagli gli ultimi passaggi a livello legislativo e le prospettive avviate.

Sono poi intervenuti in sequenza i responsabili dei centri regionali di riferimento della Toscana che hanno presentato le attività svolte in questi anni, dal 1995, data di fondazione del centro di MTC Fior di Prugna, ad oggi. Intorno a questo filo rosso si sono dipanati altri approfondimenti: Sonia Baccetti ha affrontato il tema dell'intercultura, vissuto quotidianamente in prima linea lavorando in un territorio che ospita la più numerosa comunità cinese d'Europa.

Elio Rossi ha preso in esame la questione dell'informazione ai cittadini sulle medicine non convenzionali e quella della formazione degli operatori, dai corsi professionalizzanti all'educazione continua in medicina (ECM), proponendo la soluzione degli ECM regionali che hanno tuttavia valore nazionale, mentre Fabio Firenzuoli ha discusso i vari aspetti della farmacovigilanza per i medicinali non convenzionali, il problema del commercio di piante medicinali con effetti tossici e le possibili, negative, interazioni tra fitoterapici e farmaci convenzionali.

È intervenuto, infine, il vice presidente dell'Ordine dei medici di Cagliari, Alberto Puddu, che ha sottolineato quanto sia importante avanzare la proposta di una regolamentazione ordinistica nazionale su questa materia e discutere anche dell'eventuale inserimento delle medicine non convenzionali nel prossimo piano sanitario regionale della Regione Sardegna, a partire dall'istituzione di una commissione regionale per le medicine non convenzionali.

**Mariella Di Stefano**  
Direttrice "MNC Toscana"

*Per una sanità più coerente col territorio*

## *Accesso programmato razionale alla formazione sanitaria*

Il 27 maggio 2006 si è svolto a Sassari un importante convegno-dibattito promosso dalla Commissione dell'Albo degli Odontoiatri della Provincia di Sassari dal titolo: "Accesso programmato razionale alla formazione sanitaria: un'opportunità per una sanità più coerente col territorio". Nella sala convegni della Camera di Commercio di Sassari si sono avvicendati i vari relatori in rappresentanza dell'università, delle professioni sanitarie, dell'Amministrazione Regionale:

- Giulio Rosati, preside della facoltà di medicina e chirurgia dell'università degli studi di Sassari
- Gavino Faa, preside della facoltà di medicina e chirurgia dell'università degli studi di Cagliari
- Agostino Sussarellu, presidente dell'Ordine dei medici e degli odontoiatri della provincia di Sassari
- Roberto Cadeddu, rappresentante dell'Ordine dei farmacisti della provincia di Sassari
- Andrea Sarria presidente dell'Ordine dei veterinari della provincia di Sassari
- Raffaele Iandolo, rappresentante della Commissione albo odontoiatri nazionale
- Nerina Dirindin, assessore regionale alla sanità

Il convegno si è aperto con la presentazione di Pierluigi Delogu presidente della Commissione dell'albo degli odontoiatri della provincia di Sassari che ha esposto le motivazioni

e gli intenti promotrici dell'evento. Ha enunciato il problema del controllo degli accessi alla formazione per arrivare ad un numero di sanitari che rispecchino realmente le esigenze di professionisti nel territorio. Per far questo ha esortato una "sinergia" tra le varie componenti interessate all'argomento quali Università, Ordini ed Amministrazione Regionale in modo da istituire un tavolo permanente di concertazione che favorisca una programmazione delle necessità formative del territorio regionale in raccordo alle leggi ed alle esigenze nazionali.

Dopo lo spunto introduttivo è intervenuto Giulio Rosati che ha parlato della formazione universitaria basata sul modello europeo. Ogni corso di laurea oggi deve possedere obbligatoriamente dei requisiti minimi per l'attivazione e questi consentono di poter definire le capacità numeriche di studenti iscrivibili che entro il 31 maggio vengono comunicati al ministero dell'università per la ricerca.

In seguito a livello nazionale vengono fatte le valutazioni sulla quantità e qualità della didattica. In pratica per i corsi di laurea dei settori scientifico disciplinari si intende magistrale la capacità didattica se almeno il 50 % degli insegnamenti è ricoperta da professori di ruolo e questo consente per esempio al corso di laurea di medicina a Sassari di far iscrivere 100 studenti ogni anno.

Per quanto riguarda le scuole di

*In un convegno  
a Sassari  
confronto  
sulle prospettive e  
sulle opportunità  
di lavoro*

specializzazione sul numero totale degli studenti iscritti nel territorio nazionale 11% è in Campania e il 3% in Sardegna. Egli ha messo anche in evidenza come attualmente vi sia una sproporzione tra il numero di medici formati ed il numero degli infermieri. Mentre il rapporto medici/popolazione in Italia è di 4,2 per mille negli altri paesi quali Olanda, Danimarca e Germania è di 3,1 per mille, mentre per gli infermieri il rapporto si ribalta e vediamo in Italia 5,4 per mille contro il rapporto UE che è ben 8,5 per mille. Ciò ci costringerebbe ad importare tali figure professionali. Inoltre ha evidenziato la necessità di dimensionare le facoltà sull'esigenze delle studenti in modo da raggiungere il perfetto rapporto docente-discente, rapporto che in alcuni casi purtroppo non è ideale come l'esempio del corso di laurea in odontoiatria di Sassari che ha una carenza per gli insegnanti di ruolo alla quale sopprime con un aumento di numero di ore di pratica clinica.

Per questo motivo l'università è disponibile ad aumentare la collaborazione didattica con gli ospedalieri, e i liberi professionisti affidandogli ore di insegnamento a contratto perché per migliorare la qualità della formazione c'è bisogno dell'aiuto di tutti.

Galvano Faa dell'università di Cagliari ha affermato che il tema del convegno è molto impegnativo e ha l'obiettivo di proporre un percorso comune, per questo ha richiamato una frase dal discorso del neo ministro della salute Livia Turco: "Ogni modifica nel campo della sanità richiede larghe intese", perciò, ha aggiunto Faa, non si deve andare ai tavoli di discussione in modo ostruzionistico, ma per attivare una discussione seria servono i dati.

Dati sulle necessità sanitarie della

Regione per poter impostare un progetto di programmazione, dati che in questo momento mancano e che chiede all'assessore regionale alla sanità oltre che al presidente della commissione sanità (presente al convegno) della giunta regionale, riguardanti la popolazione, età media e trend di sviluppo oltre che le esigenze sanitarie del territorio. Gli 800 psicoterapeuti o psicologi per un territorio come la Sardegna sono troppi e questo è solo uno degli esempi e perciò è utile inserire una programmazione nel contesto generale di tutti i corsi di laurea.

Faa ha ricordato che il presidente della Regione Soru ha affermato che la competitività della Sardegna in Europa passa attraverso l'aumento della percentuale dei laureati e sulla internazionalizzazione; per questo vuole attivare dei voli diretti Cagliari-New York, e questo può rappresentare un'opportunità di crescita per tutti.

Naturalmente, ha ribadito Faa, bisogna puntare sulla qualità della formazione per il funzionamento della sanità del futuro e per questo necessitano risorse umane ed economiche. Inoltre se la formazione è di eccellenza potremo richiamare nelle nostre università studenti dal resto d'Italia o dall'estero e perciò il numero degli iscritti potrebbe in quel caso non essere necessario ridurlo.

A seguire, Agostino Sussarellu ha fatto il punto sulla situazione numerica dei medici e degli odontoiatri in Sardegna aggiornati a dicembre 2005. I medici sono 11.412 e gli odontoiatri 1.377, ma il dato più interessante è che negli ultimi tre anni vi è stato un incremento del 6% dei medici contro il 4,4 della media nazionale e del 31,7 degli odontoiatri contro il 24% nazionale.

Questo si esemplifica con un rap-

porto medico/abitante di 1/144 (rapporto nazionale 1/165) e di odontoiatra/abitante 1/1200 (nazionale 1/1.1121).

Facendo una valutazione sul numero di iscritti medici da considerare come forza lavorativa attiva (under 30anni e over 65 anni esclusi) in Sardegna questi sono il 79% del totale e hanno un rapporto medico/abitante di 1/184 (rapporto nazionale 1/253). Tale valutazione non è fattibile per gli odontoiatri che sono quasi tutti forza attiva di lavoro tranne solo 39 over 65 in tutta la regione e il cui rapporto abitante è molto sfavorevole rispetto a quello consigliato dall'OMS che è di 1/2000 e che secondo alcune proiezioni scenderà ancora nei prossimi anni.

Il numero delle donne medico è in aumento rispetto al passato e in particolare in Sardegna esse rappresentano il 44,6%, contro il 33,9 nazionale, se poi si osservano le under 30 il dato sale al 69,2%. Le donne odontoiatra sono il 35% e sotto i 30 anni salgono al 56%.

Questi ultimi dati, secondo un documento dell'OCSE potranno influenzare il numero di offerta dei medici per una serie di motivi, da studi canadesi e australiani le donne preferiscono dedicarsi alle terapie primarie, sono meno inclini a lavorare in aree rurali e tendono diminuire l'attività durante l'età fertile lavorando meno ore (part-time) e andando in pensione prima. Per quanto riguarda la distribuzione occupativi dei medici Sussarellu ha citato i dati nazionali che vedono 118000 dipendenti, 90000 convenzionati, 20000 dipendenti di sanità privata e 90000 pensionati, mancano all'appello 35000 medici che figurano liberi professionisti ma che in buona parte potrebbero essere sottooccupati. Gli odontoiatri invece sono per il 90% libero professionisti.

Per i medici il rapporto per milione di abitanti è in Sardegna di 5424 mentre in Italia è di 4520.

In Italia non è obbligatorio per i sanitari comunicare agli Ordini provinciali, né la specializzazione, né l'attività che viene realmente svolta.

Questo fatto comporta l'impossibilità di pianificare la formazione specialistica e di avere il quadro reale della situazione occupazionale, sia sull'intero territorio nazionale, sia nelle singole regioni.

E' necessario trovare all'interno di una legge di riordino degli Ordini, chiesta da troppo tempo, il sistema di rendere obbligatoria la comunicazione della specializzazione conseguita, onde poter predisporre delle anagrafiche attinenti alla realtà. Analizzando le variabili che intervengono in un piano di programmazione della formazione è importante rilevare che la formazione di un medico chirurgo necessita di un lungo periodo di tempo che va attualmente, dai 9 / 10, agli 11 / 12 anni.

Con la riforma delle scuole di specializzazione e con l'applicazione del nuovo esame di stato, i tempi si dilatano ulteriormente e si attestano tra i 13 e i 14 anni. Dunque i giovani che quest'anno accederanno alla facoltà di medicina e chirurgia entreranno nel mondo del lavoro nel 2019 o nel 2020.

La formazione di un odontoiatra necessita attualmente di circa 5 anni, tale è infatti la durata del corso di laurea.

La riforma prevista dovrebbe portarlo a 6 anni, a questo si dovrà aggiungere il nuovo esame di stato che comporterà un ulteriore aumento di circa un anno.

Per formare un odontoiatra saranno dunque necessari 7 anni, ciò significa che i giovani che accederanno alla facoltà entreranno nel

mondo del lavoro intorno al 2014. Da anni ormai assistiamo al fenomeno dell'emigrazione sanitaria.

Molti giovani lasciano la Sardegna per recarsi nella Penisola, o in altre nazioni europee, con lo scopo di conseguire una specializzazione o di cercare un posto di lavoro.

In questa situazione generale soprattutto gli ordini assistono all'aumento del precariato nuova piaga della professione.

Il medico disoccupato è facilmente ricattabile.

Gli esempi più eclatanti sono: lo sfruttamento dei meno fortunati, nel mondo della convenzionata, e i contratti atipici nel sistema ospedaliero.

Esiste una fascia di medici quarantenni, con varie specialità, i quali, avendo sbagliato nella scelta della specializzazione e non avendo trovato occupazione nella loro branca, vagano nelle graduatorie delle sostituzioni di guardia medica, perennemente superati dai neo-laureati, per via di una norma non modificabile.

I contratti atipici saranno a lungo termine un disastro, sia per la pubblica amministrazione, sia per i giovani, ormai costretti ad accettarli. Infatti questa si troverà ad aver contribuito a formare dei professionisti che prima o poi perderà, mentre i giovani si troveranno a non aver maturato, a distanza di anni, alcuna anzianità utilizzabile in possibili concorsi, o a fini previdenziali.

La società cambia in continuazione e di conseguenza la formazione deve adeguarsi alle nuove realtà. Attualmente al medico vengono chieste conoscenze che esulano dalla pura formazione clinica:

- normative complesse in fatto di ricezione
- nuove competenze per i dirigenti sanitari

- importanza crescente dei problemi economici
- rischi medico-legali in crescita
- obblighi fiscali all'ingresso nella professione
- norme legate all'assistenza agli extracomunitari

In questi ultimi anni gli Ordini professionali sono coinvolti nell'organizzazione e nell'espletamento del nuovo esame di stato.

Il contatto diretto con i giovani che si affacciano alla professione ci ha permesso di comprendere molto della loro formazione.

E' giusto sottolineare che dal punto di vista teorico hanno una preparazione di buon livello: finora a Sassari, tranne pochissime eccezioni, i candidati hanno superato l'esame con voti alti o medio-alti.

Diverso è il discorso se esaminiamo la formazione pratica, nella quale si rileva attualmente una carenza che noi riteniamo facilmente superabile con il coinvolgimento dell'intero sistema sanitario regionale.

Gli attori principali dell'intero processo hanno l'obbligo di programmare il futuro della sanità, dando ciascuno il proprio contributo. Loro dovere è quello di garantire al cittadino la migliore assistenza possibile.

La programmazione non può e non deve riguardare l'immediato, il contingente, deve guardare al futuro, deve pensare oggi a ciò che sarà domani. E' importante, per evitare errori, in un senso o nell'altro lavorare insieme. Il Messico e il Regno Unito sono esempi di errori diametralmente opposti, nella programmazione degli accessi. E' importante imparare dagli errori e dalle intuizioni personali ed altrui per poter offrire:

- una formazione adeguata e al passo con i tempi

- la possibilità di un lavoro adeguato al percorso formativo
- la certezza per i cittadini di trovare risposta ai loro bisogni di salute.

Riuscire a capire con largo anticipo le necessità, le carenze, gli eccessi che in un futuro più o meno lontano si presenteranno, permetterebbe di progettare l'orientamento a partire dalla scuola superiore. Nessuno si deve sentire investito di un ruolo dominante, ma tutti devono dare il loro contributo perché il mondo e la società sono di tutti.

Gli ordini professionali, consapevoli del ruolo che possono svolgere, hanno voluto questo incontro per gettare le basi di un lavoro comune, il cui risultato ultimo sia una sanità funzionale nel territorio.

Di seguito Roberto Cadeddu, rappresentante dell'Ordine dei farmacisti della provincia di Sassari ha ribadito la necessità di istituzione di un tavolo di concertazione tra università, ordini professionali e amministrazione regionale.

Ognuno deve contribuire con le proprie conoscenze: l'ordine per la conoscenza del mercato e delle problematiche del lavoro, l'università per la formazione professionale di qualità adeguata alle nuove esigenze del paziente.

I problemi da affrontare oggi sono rappresentati dal numero eccessivo dei professionisti e della qualità della formazione degli stessi, ma soprattutto che capacità ha il mondo del lavoro di assorbire i nuovi laureati che l'Università forma.

Un numero di laureati superiore alle esigenze porta ad un incremento della disoccupazione ma d'altra parte una carenza di laureati ha come conseguenza una mancanza di servizio e danni all'utenza. In farmacia si è passati da 72 iscritti nel 2000-01 a 185 nel 2005-06 e questo è dovuto so-

prattutto a due fattori: l'assenza del numero chiuso nella facoltà di farmacia e la presenza del numero chiuso nelle altre facoltà scientifiche sanitarie e tentativo di passaggio successivo da farmacia alle altre facoltà.

La situazione occupazionale degli iscritti all'Ordine dei farmacisti della provincia di Sassari vede un aumento dei nuovi iscritti per ogni anno dal 2000 a oggi da 31 a 65 ma i neo laureati sono 85 e perciò 20 non si sono neanche iscritti all'ordine, inoltre i neo occupati sono scesi da 18 a 6. Questo ha come conseguenza una scarsa prospettiva occupazionale, sfiducia nell'Ordine, non rispetto delle regole contrattuali a tutela del lavoratore, aumento della pratica professionale a "lungo termine" non retribuita e ulteriore saturazione del mercato occupazionale.

Per quanto riguarda la formazione dei farmacisti oggi la figura del professionista passati dal preparatore dei medicinali di 30 anni fa a una farmacia che è presidio sanitario aperto 24 ore su 24 per 365 giorni all'anno impegnata nell'educazione sanitaria, nel corretto e adeguato uso del farmaco e nella farmacovigilanza, inoltre oggi è in continua evoluzione la farmacopea ed è necessario adeguare in continuazione le conoscenze specifiche, inoltre la farmacia è diventata un'impresa commerciale e il farmacista è di fatto un imprenditore che necessita di conoscenze di tipo commerciale.

Il presidente provinciale dell'Ordine dei veterinari, Andrea Sarria, ha chiarito la situazione dei medici veterinari nel territorio portando i dati degli iscritti all'Ordine e mettendo in risalto che in Sardegna la facoltà di veterinaria ha sede a Sassari e pertanto la maggior parte dei laureati sono portati ad iscriversi all'Ordine dove hanno studiato.

In Sardegna il numero dei veterinari per milione di abitanti è doppio rispetto alla media nazionale che è comunque alto rispetto ai valori indicati, come ideali, dall'OMS. La provincia di Sassari ha 531 iscritti di cui solo 189 sono dipendenti (ASL=126, ARA=43, Istituto Zooprofilattico=20) e ben 309 sono libero professionisti che si dedicano esclusivamente ai piccoli animali domestici.

Un numero sicuramente esagerato rispetto alla popolazione faunistica della provincia e questo dato porta a concludere che molti di questi iscritti siano senza occupazione o in qualche modo sotto occupati.

Molti colleghi vedono l'Ordine professionale quasi come un ufficio di collocamento e chiedono chiarimenti sulle carenze occupazionali. Il corso di laurea in medicina veterinaria accetta 50 iscritti all'anno che con questi presupposti saranno destinati, per diversi anni ad emigrare nella speranza di trovare occupazione.

E' perciò necessaria, dopo un'attenta analisi, una programmazione a medio e lungo termine degli accessi sulle esigenze del territorio.

Il rappresentante nazionale della Commissione centrale per gli albi degli odontoiatri, Raffaele Iandolo, ha ribadito come sia critica la situazione degli esercenti l'odontoiatria anche in campo nazionale e come vi sia uno sbilanciamento netto della situazione italiana rispetto al resto dell'Europa, fatta eccezione della sola Grecia.

Ha fatto presente anche il rischio, per l'immediato futuro, di vedere l'arrivo di professionisti (con preparazioni non armonizzate) dai paesi dell'est che entreranno nella comunità europea a breve. Ha poi ricor-

dato che la formazione in campo odontoiatrico, pur avendo un buon livello medio viene espletata in un numero di sedi che non ha paragoni negli altri paesi europei e questo è un aspetto da risolvere, visto che vi sono delle sedi universitarie solo di nome dove sono assenti ogni tipo di strutture formative.

A questo punto, prima che prendesse la parola l'assessore Dirindin, si è dato spazio a brevi interventi liberi che hanno visto protagonisti in Pierangelo Masia, presidente della Commissione Sanità del Consiglio regionale della Sardegna che ha voluto riaffermare il grande interesse che riveste il tema degli accessi programmati in ambito di giunta regionale e che la componente politica amministrativa con gli Ordini e l'Università devono convergere verso un comune obiettivo di razionalizzazione.

Mario Oppes, ex presidente dell'Ordine dei medici e odontoiatri di Sassari, ha detto che non bisogna farsi prendere dai discorsi demagogici sugli accessi ai corsi di laurea sanitari, ma bisogna puntare con decisione sulla qualità della formazione che è da migliorare e rendere eccellente.

I nuovi esami di stato per i laureati in medicina, per esempio, hanno evidenziato alcune carenze negli aspetti pratici della formazione.

Michele Palomba, vice presidente dell'Ordine dei farmacisti ha chiarito poi la sostanziale differenza tra il titolare di farmacia e il dipendente farmacista rimarcando il rischio di sottooccupazione nel settore.

Luigi Arru, presidente dell'Ordine dei medici e odontoiatri di Nuoro ha chiesto una collaborazione forte della controparte politica regionale

per istituire un tavolo permanente che produca in breve tempo dei risultati pratici per migliorare la formazione e programmare gli aspetti specifici in base alle necessità, che vanno anche indicate dalle ASL.

Nell'intervento conclusivo l'assessore regionale alla sanità, Nerina Dirindin riprendendo il termine "sinergia" utilizzato nella presentazione del convegno ha richiesto un lavoro e una programmazione comune sui temi affrontati e ha esortato tutti a passare dalle enunciazioni ai fatti, ognuno per la sua parte.

Ha proposto di costituire un tavolo, una commissione o un gruppo di lavoro regionale per la programmazione sanitaria che deve operare con uno spirito costruttivo tra le parti e senza difensivismi preconcepi.

Per partire con dei concetti chiari bisogna identificare il ruolo di chi forma i professionisti (università) e il ruolo di chi impiega i professionisti nel mondo sanitario (SSN) ed è necessario un dialogo tra queste due componenti perché, come si è evinto dagli interventi della mattinata, è molto complesso fare un'analisi corretta sui fabbisogni.

La Regione ha la volontà di avviare questa analisi anche se le università hanno l'autonomia di formare secondo le loro regole, ma proprio per questo bisogna avviare una discussione seria.

In sintesi dovremo capire qual è la dimensione geografica che recepisce gli operatori sanitari formati in Sardegna e tendere ad elevare la qualità della formazione a livello delle migliori scuole europee per essere concorrenti.

Il sistema di accessi alla formazione non può essere ingessato, ma deve tenere conto che la formazione

nelle materie sanitarie come: medicina, odontoiatria, farmacia e veterinaria è molto specifica e chi si laurea difficilmente avrà possibilità di collocazione diversa da quella per cui si è formato.

Per questo motivo è auspicabile un aumento dell'informazione dei giovani prima dell'iscrizione all'università per evitare un dispendio di risorse economiche e intellettuali senza un riscontro utile.

Per quanto riguarda il numero chiuso bisogna rivedere le condizioni di accesso nel migliorare l'informazione a priori e i criteri di selezione che possono essere effettuati all'ingresso del corso di laurea (come si fa attualmente) o durante il corso stesso addirittura alla fine dopo il conseguimento del diploma.

La scarsa richiesta di mercato per ciò che riguarda le professioni sanitarie è un problema nazionale e anche gli accessi negli ultimi anni sono garantiti da concorsi nazionali e questo è un ulteriore spunto di riflessione. La Regione è attiva nell'aiutare i laureati a perfezionarsi e diventare sempre più competitivi stanziando ogni anno i fondi per le borse di studio alle specialità mediche e aprendo ai neolaureati di medicina e odontoiatria il progetto "Master and back", ove ci si specializza all'estero per tornare in Sardegna e portare le esperienze acquisite.

In conclusione l'assessore ha voluto esprimere un ringraziamento a tutti e in particolare agli organizzatori per la interessante ed utile iniziativa rappresentata da un evento di sicuro spessore che rappresenta un passo importante nella programmazione futura.

# La commissione sui problemi della psicologia e psicoterapia

*Il presidente dell'Ordine di Sassari ha coordinato negli ultimi due anni la commissione per la psicologia e psicoterapia della FNOMCeO: ne pubblichiamo la relazione finale.*

**L**a commissione per i problemi della psicologia e psicoterapia durante il mandato 2004-2005, in linea con il diritto dei cittadini ad una tutela, costituzionalmente protetta, della propria salute psicofisica e nella convinzione del dovere del medico - deontologicamente stabilito - di garantire ai pazienti un'adeguata assistenza professionale di elevato livello qualitativo ha espresso riguardo all'esercizio professionale della psicoterapia aperto ai medici e agli psicologi, la necessità di una corretta applicazione del comma 2 art. 3 della legge 18 febbraio 1989 n. 56. Il comma prevede: "Agli psicoterapeuti non medici è vietato ogni intervento di competenza esclusiva della professione medica", evidenziando la necessità di far precedere una corretta diagnosi differenziale di esclusiva pertinenza medica all'accesso alle cure psicoterapeutiche da parte degli utenti, ritenendo utile a tal fine una costante collaborazione tra la Federazione degli Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri e il Consiglio Nazionale dell'Ordine dei psicologi.

Si ritiene, infatti, indispensabile un rapporto collegiale tra laureato in medicina e chirurgia e abilitato all'esercizio professionale e psicologo, laddove l'utente sia preso in carico

da questa seconda figura professionale, per garantire una diagnosi complessiva psicopatologica e psicosomatica, onde escludere la presenza di patologie organiche concomitanti, la cui cura e la cui diagnosi risultano essere esclusivo compito del medico.

Riguardo alla specifica problematica della psicologia e della necessaria formazione psicologica che deve far parte del bagaglio culturale e professionale del medico, la commissione ricorda di aver sottoposto al comitato centrale che la fece propria, approvandola, il 17 giugno 2004, una "raccomandazione" quale linea ufficiale della Federazione nazionale.

L'approfondimento effettuato dalla commissione e condiviso dal comitato centrale relativamente al percorso formativo universitario delle facoltà di medicina e chirurgia e della facoltà di odontoiatria ha portato la FNOMCeO ad assumere quale principio fondante di un'adeguata didattica quello del sostegno al discente nel processo di acquisizione delle competenze utili ad ottenere l'abilitazione all'esercizio della professione - prima - e nello svolgimento professionale - dopo - e quello della validità di un'umanizzazione del ruolo del medico specialista, affinché l'esercizio professionale non prescinda da una valorizzazione dell'individuo così come inserito nel contesto dell'ambiente e dei diversi stili di vita.

Nella raccomandazione inviata al ministro dell'istruzione e ricerca, al CUN, alla CRUI, alle conferenze dei presidi delle facoltà interessate, "la

*L'accesso alle cure psicoterapeutiche è di esclusiva competenza dei medici*

FNOMCEO pone una forte richiesta, nella convinzione che un ampio spazio fornito ai discenti, sin dalle prime fasi dell'apprendimento universitario, sugli aspetti interattivi, relazionali, dinamici e dei vissuti esperienziali dell'uomo, potrebbe ben contribuire a formarli, non quali semplici laureati in medicina e chirurgia e in odontoiatria, bensì nella qualità di medici consapevoli della natura dell'individuo nella sua unicità di persona e non solo di paziente”.

La commissione riguardo alla psicologia clinica che in quanto specializzazione non valevole per l'accesso al ruolo sanitario del SSN, vede penalizzati fortemente i medici specialisti, preso atto della forte strategia di difesa attuata dai colleghi psicologi che contestano la condivisione con i medici dell'accesso al SSN nella disciplina psicoterapia area psicologia (unico varco occupazionale SSN per i medici specialisti in psicologia clinica), ha sostenuto la necessità di esprimere, più chiaramente rispetto al passato, la posizione della Federazione Nazionale, a garanzia e tutela di questo ambito di esercizio professionale.

Il comitato centrale della Federazione accogliendo la disamina effettuata dalla commissione, ha ritenuto quindi coerentemente di attivarsi a tutti i livelli sia di confronto che giudiziario. In particolare riguardo al ricorso al TAR Lazio presentato dagli psicologi al fine dell'annullamento dei decreti rettorali di 13 università che istituiscono le scuole di psicologia clinica aperte ai medici e agli psicologi la FNOMCeO ha deliberato di resistere in giudizio.

Obiettivo a medio/lungo termine riguardo alla problematica “psicologia clinica” della FNOMCeO secondo la commissione dovrà essere quello di giungere alla istituzione di una nuova specializzazione denomi-

nata “medicina psicologica” – riservata ai medici – con programma formativo di indirizzo psicologico, psicodiagnostico e psicosomatico e di una ulteriore, diversa specializzazione denominata “Psicologia Clinica – riservata agli psicologi – con programma formativo congruo alla loro competenze; entrambe le specializzazioni preparatorie ad un inserimento nel SSN.

Per quanto concerne l'esercizio professionale medico della psicoterapia la successione delle leggi e dei decreti, la richiesta sociale, sempre crescente, di sostegno psicoterapeutico derivante dalle esigenze di salute nel campo del disagio e delle patologie psichiche, le problematiche inerenti oggi e in prospettiva alla diversa situazione giuridico-formativa dell'Italia rispetto agli altri Paesi europei, determina secondo la disamina effettuata dalla commissione la necessità di garantire il cittadino-fruitori circa la qualità della formazione e delle prestazioni.

Il comitato centrale della FNOMCeO facendo proprio l'approfondimento effettuato dalla commissione sollecitò in tal senso i soggetti cui istituzionalmente la formazione stessa è demandata.

Il MIUR dando seguito a questa sollecitazione ha invitato la Conferenza dei presidi delle facoltà interessate, a tenere conto “nell'attivazione dei percorsi formativi di quanto rappresentato dalla FNOMCeO ovvero dell'esigenza di arricchire ulteriormente i percorsi formativi dei futuri medici e odontoiatri con principi etico-deontologici che assicurino una maggiore umanità a tutela della collettività e a garanzia della qualità della prestazione professionale dando un più ampio spazio agli insegnamenti etico-deontologici soprattutto nei primi anni di formazione universitaria; ponendo particolare atten-

zione all'approccio di tipo pratico sul malato, ampliando ed integrando nell'ambito della formazione il concreto contatto clinico terapeutico tra discente e paziente, al fine di creare il prezioso ed insostituibile rapporto medico-paziente". La necessità di monitorare la qualità della formazione e delle prestazioni erogate a livello nazionale non può però far sottovalutare i rischi che la diversificata situazione giuridico/formativa esistente in Europa determina.

A tale riguardo emblematica appare la situazione seguita, congiuntamente agli psicologi, dalla commissione in rappresentanza della FNOMCeO, relativa ad uno psicoterapeuta austriaco che in possesso del semplice riconoscimento del titolo accademico austriaco ai fini dell'esercizio professionale in Italia di assistente sociale, richiesto al MIUR il riconoscimento per l'attività di Psicoterapeuta e ottenutone diniego si è visto annullare tale diniego dal TAR di Bolzano. Ed il ricorso presentato contro tale sentenza è stato rigettato dal Consiglio di Stato

In tal senso la FNOMCeO quale ente esponenziale della professione e a tutela della salute dei cittadini deve porsi quale obiettivo qualificante quello della istituzione di una specializzazione riconosciuta a livello europeo denominata "psicoterapia" e collocata in area medica. Questo risultato oltre che rilevante a livello di qualità delle prestazioni professionali risulterebbe significativo per quanto concerne la programmazione numerica all'accesso all'attività.

Si indurrebbe, infatti, anche un razionale contenimento della pleora psicoterapeutica che risulterebbe connessa alle reali esigenze sociali.

La commissione nella convinzione che le risorse finanziarie destinate alla salute e al benessere dell'individuo non debbono – come generalmente

accade – essere considerate una spesa bensì un investimento per il miglioramento dell'intero assetto sociale dello Stato. Nella convinzione che la prevenzione non consista soltanto in diagnosi precoce e rimozione delle possibili cause patologiche, bensì nella promozione e impiego di tecniche e metodiche attinenti alla salute della "mente" dell'uomo quale risorsa di eccellenza, la commissione ritiene che l'accesso alla psicoterapia deve essere considerata un diritto sanitario del cittadino cui va garantito l'ottimale livello qualitativo della specifica formazione specialistica.

Sentiti anche a riguardo i sindacati di settore, questi, concordando sugli obiettivi a tutela dei cittadini, hanno assicurato l'impegno a lavorare congiuntamente su ipotesi omogenee sul territorio nazionale, onde evitare situazioni di conflittualità in ambito lavorativo che si riverberano inevitabilmente sull'utenza.

La commissione su tale aspetto ritiene necessario che la FNOMCeO si faccia portatore di una sollecitazione forte, nei confronti dei competenti soggetti istituzionali, per realizzare l'obiettivo di incrementare l'accessibilità dei cittadini alle cure psicoterapeutiche garantite dagli psicoterapeuti nell'ambito degli specifici servizi di psicoterapia del Servizio Sanitario Regionale.

L'iniziativa dei 6 incontri-dibattito "sulla formazione in psicoterapia, sulla qualità della didattica, sulla pratica psicoterapeutica e psicoterapica pratica" promossi dalla FNOMCeO con la collaborazione degli Ordini provinciali, su richiesta della commissione, per il forte interesse suscitato tra gli addetti ai lavori, tra i colleghi, nel mondo universitario e in quello delle scuole private di formazione deve essere considerato atto iniziale di un percorso di approfondimento e confronto sulla tematica ma

anche e soprattutto volano di un progetto più articolato che la commissione auspica possa avere il suo momento più aggregante in un convegno nazionale sulla psicoterapia da organizzare entro il 2006.

La commissione ha anche posto particolare attenzione ai problemi di accesso, per l'attività di psicoterapia, condivisa con gli psicologi, nel Servizio Sanitario Nazionale.

Più precisamente si è ritenuto di sottolineare la disomogeneità, esistente a livello nazionale, per quanto concerne i requisiti richiesti, all'interno dei bandi concorsuali, per l'accesso alla qualifica di dirigente di psicoterapia nelle ASL

Emblematica appare la situazione rilevata a Pomigliano d'Arco (scadenza bando 16.12.2004) e quella rilevata a Cosenza (scadenza bando 9.3.2005) laddove i concorsi per l'accesso Servizio Sanitario Nazionale alla medesima posizione, risultavano riservati alternativamente una volta ai medici con esclusione degli psicologi ed un'altra volta agli psicologi con esclusione dei medici.

Ciò evidenziato e prescindendo da azioni di diffida e di sollecitazione che pure la FNOMCeO su richiesta della commissione ha posto in essere, con la collaborazione dei presidenti degli Ordini provinciali di riferimento, l'impegno posto dalla commissione in questa direzione e frutto di una disamina congiunta effettuata in diverse occasioni con i vertici nazionali ordinistici degli psicologi e con i sindacati, vuole essere di sollecitazione alla FNOMCeO perché si faccia promotore di un'azione di sensibilizzazione onde ottenere di "incrementare l'accesso degli utenti alla psicoterapia nel Servizio Sanitario Nazionale, offerta sia da psicoterapeuti medici che da psicoterapeuti psicologi anche mediante apposite dirigenze di psicoterapia che devono essere riservate agli psicoterapeuti di

provenienza medica o psicologica".

Riguardo ad ulteriori aspetti messi a fuoco dalla commissione nella sua funzione di organismo consultivo del comitato centrale, quale la psicoterapia "on line" che ultimamente sta avendo sulla scorta dell'esperienza anglosassone, una certa diffusione la commissione evidenzia al comitato centrale come la psicoterapia sia un intervento sanitario in cui la relazione terapeuta-paziente è fondamentale per il buon esito dell'intervento, analogamente ad altri interventi di natura medica. Non si può, quindi, considerare l'intervento "on line" un intervento in cui i parametri di garanzia del rapporto paziente-terapeuta siano sufficienti per una dinamica efficace, efficiente e di buona qualità.

La psicoterapia "on line" non è rispondente, peraltro ai dettami del Codice di deontologia medica laddove art. 18 il medico "deve affrontare i problemi diagnostici con il massimo scrupolo, dedicando il tempo necessario per un approfondito colloquio e per un adeguato esame obiettivo..."

La consulenza clinica "on line" in generale, snatura il senso profondo della relazione terapeutica e svisciva il valore clinico del rapporto tra medico e paziente, innaturalmente mediato dal filtro tecnologico, a maggior ragione per quanto concerne l'esercizio professionale della psicoterapia, inducendo anche ad una banalizzazione del giudizio sicuramente non clinicamente né responsabilmente fondato.

La commissione auspica che la FNOMCeO ponga attenzione particolare a questa tematica di contingente attualità e di evidente interesse per la professione.

Agostino Sussarellu (*coordinatore*)  
Giacomo Giacomini, Domenico Mangione,  
Maurizio Mottola, Franco Paggio,  
Claudio Pandullo, Piero Petrini

*Risposte sulle norme prescrittive*

## *Precisazioni sulla ricetta*

### *del SSN ed esenzioni*

Nel settembre 2005 abbiamo pubblicato su Sassari Medica un articolo esplicativo sulle norme prescrittive del nuovo ricettario. Su richiesta di molti colleghi ripubblichiamo l'articolo con le codifiche ASL e le codifiche delle condizioni di esenzione alla partecipazione alla spesa.

Al riguardo inseriamo, sempre su richiesta dei colleghi, una precisazione in merito alle codifiche delle esenzioni per la diagnosi precoce. La legge finanziaria 2001, art. 85, e la legge n° 388 del 23/12/2000 hanno definito:

4. A decorrere dal 1° gennaio 2001, fermo restando quanto previsto dall'articolo 1, comma 4, lettera a), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124, e secondo le indicazioni del Piano sanitario nazionale, sono escluse dalla partecipazione al costo e, quindi, erogate senza oneri a carico dell'assistito al momento della fruizione, le seguenti prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale e di laboratorio, finalizzate alla diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale femminile, del carcinoma e dei precancerosi del colon retto:

- a) mammografia, ogni due anni, a favore delle donne in età compresa tra quarantacinque e sessantanove anni e tutte le prestazioni di secondo livello qualora l'esame mammografico lo richieda ;
- b) esame citologico cervico-vaginale (PAP test), ogni tre anni, a

favore delle donne in età compresa tra venticinque e sessantacinque anni;

- c) colonscopia, ogni cinque anni, a favore della popolazione di età superiore a quarantacinque anni e della popolazione a rischio individuata secondo criteri determinati con decreto del ministro della sanità.

5. Sono altresì erogati senza oneri a carico dell'assistito gli accertamenti diagnostici e strumentali specifici per le patologie neoplastiche nell'età giovanile in soggetti a rischio di età inferiore a quarantacinque anni, individuati secondo criteri determinati con decreto del ministro della sanità.

Di conseguenza le codifiche di esenzione sono le seguenti:

- D02:** l'esame citologico cervico-vaginale (ogni tre anni, per le donne tra 25 e 65 anni),
- D03:** la mammografia (ogni due anni per le donne tra 45 e 69 anni),
- D04:** la colonscopia (ogni cinque anni, per la popolazione di età superiore a 45 anni)
- D05:** "Le prestazioni di approfondimento diagnostico correlate alla diagnosi precoce del tumore della mammella ovvero tutte le prestazioni di secondo livello qualora l'esame mammografico lo richieda".

**Chiara Musio**

**Sito web dell'Ordine:  
[www.omceoss.org](http://www.omceoss.org)**

*Le prestazioni  
e gli accertamenti  
diagnostici  
erogati  
senza oneri  
per gli assistiti*

La legge 531/1987 all'art. 2, comma 1, stabilisce che l'utilizzo dei ricettari del SSN è riservata esclusivamente ai medici dipendenti del SSN o in regime di convenzione con lo stesso cioè medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale e specialisti ambulatoriali interni. Restano esclusi, sino a nuove disposizioni regionali, i medici convenzionati esterni.

Nell'ambito della Regione Sardegna sono confermati, ad ottenere il nuovo ricettario, tutti i soggetti autorizzati ai sensi del D.M. 350/88 compresi i medici operanti nei Policlinico Universitario di Sassari (esclusivamente i dipendenti convenzionati con il SSN e non i libero-professionisti) ai quali verranno consegnati i ricettari direttamente dall'Azienda USL n° 1 di Sassari.

**I medici specializzandi o in formazione** non possono ottenere l'assegnazione del ricettario ma devono utilizzare quello del medico tutor apponendo il doppio timbro e la loro firma o solo il timbro del tutor ma con la propria firma perfettamente leggibile.

**Il medico sostituto di uno specialista ambulatoriale o di un medico di continuità assistenziale (guardia medica)**, se non ancora in possesso di un suo ricettario, dovrà utilizzare quello del medico titolare apponendo però il proprio timbro identificativo.

**Nella medicina di gruppo e di associazione** il medico dovrà utilizzare il proprio ricettario anche nei casi in cui rilascia prescrizioni a pazienti in carico agli altri medici.

**I medici che operano in sostituzione temporanea (sino a 30 giorni) ed occasionale di un medico di medicina generale o di un pediatra di libera scelta** devono utilizzare il ricettario ed il timbro del medico titolare con l'apposizione della loro firma leggibile; in tale ipotesi il timbro e la firma vanno riportati anche nei fogli della matrice del ricettario corrispondenti alle ricette utilizzate.

Si ricorda che il codice identificativo di ogni ricetta individua il medico prescrittore che risulta sempre responsabile della relativa prescrizione.

**La compilazione delle ricette** va effettuata con le seguenti modalità:

- a) scrivere con la massima chiarezza e semplicità evitando ornati e grafismi di difficile interpretazione per le apparecchiature di lettura ottica;
- b) riportare un solo carattere in ciascuna casella;
- c) occupare nella trascrizione solo lo spazio bianco interno della casella, evitando di invadere il bordo colorato delimitante la casella stessa;
- d) non legare i caratteri tra loro;
- e) usare esclusivamente penne stilografiche o a sfera ad **inchiostro nero**;
- f) evitare assolutamente cancellature o correzioni dei caratteri già scritti;
- g) evitare puntini, lineette, virgole o barrature tra i caratteri;
- h) non barrare o annullare le caselle non utilizzate ad esclusione degli elementi indicanti le note CUF che devono necessariamente essere barrate dal medico nel caso in cui lo stesso medico non le abbia utilizzate.

La compilazione delle caselle destinate alla lettura ottica di biffatura è effettuata apponendo un segno evidente (ad esempio una X) all'interno del cerchio contenuto nella casella o annerendo il cerchio, avendo cura di non fuoriuscire dalla casella stessa. È fortemente consigliato l'impiego di procedure informatizzate e di relative stampanti laser o a getto d'inchiostro.

Il codice dell'assistito cioè il suo codice fiscale va sempre indicato da parte del medico prescrittore.

**Per quanto riguarda la sigla della provincia e il codice ASL, la Regione Sardegna ha stabilito che vanno sempre indicate, anche se coincidono con l'ASL del medico prescrittore.**

- CODICI ASL ITALIA vedi Allegato 1
- CODICI ESENZIONI vedi Allegato 2
- ESENZIONI IN GRAVIDANZA vedi Allegato 3
- ESENZIONI PER PATOLOGIA vedi Allegato 4

**La Regione Sardegna ha deciso di non adottare la codifica nazionale per l'esenzione per reddito (condizioni economiche: E01 E02 E03 E04 ).**

Per tale ragione per quanto riguarda l'esenzione per reddito l'indicazione dell'esenzione deve essere effettuata dal cittadino barrando la lettera R presso la struttura sanitaria che eroga il servizio ed autocertificando il diritto all'esenzione, come finora operato.

Per gli **Invalidi di Guerra** si ricorda che in base alla Legge 203/2000 anche i farmaci in fascia C sono erogabili a totale carico del SSN nei casi in cui il medico ne attesti la comprovata utilità terapeutica per il paziente.

Qualora l'assistito SSN abbia diritto all'esenzione per invalidità, patologia cronica, malattia rara o per altra causa (gravidanza, screening tumori, infortunio sul lavoro, ecc) il medico riporterà il codice relativo alla tipologia di esenzione riconosciuta.

Qualora l'assistito SSN non abbia diritto a nessuna delle suddette esenzioni (invalidità, patologia cronica, malattia rara, gravi danza, screening tumori, infortunio sul lavoro) il medico dovrà biffare la casella contrassegnata dalla lettera N.

#### **Le tipologie delle prescrizioni sono:**

- *suggerita*, se la prescrizione contenuta nella ricetta deriva da uno specifico suggerimento specialistico o da indicazioni rilasciate da una struttura di ricovero.  
Qualora ricorrano le anzidette circostanze il prescrittore procede alla biffatura dell'apposita casella contrassegnata dalla lettera "S";
- *ricovero ospedaliero*, se la ricetta contiene la proposta di ricovero presso una struttura ospedaliera. Qualora ricorrano l'anzidetta circostanza il prescrittore procede alla biffatura dell'apposita casella contrassegnata dalla lettera "H"
- *altro*, da utilizzare per altre tipologie di prestazioni di pertinenza regionale o di ASL.

Per le prescrizioni farmaceutiche e specialistiche il medico deve indicare nell'apposita area e con allineamento a sinistra il numero complessivo dei pezzi o delle prestazioni prescritte.

La Regione Sardegna ribadisce che l'allineamento a sinistra deve essere indicato come segue: esempio 002 008 048 09B (esempio di nota 9 Bis).

#### **Note AIFA**

Le caselle relative vanno barrate se non utilizzate.

Nel caso di farmaci privi di nota AIFA, ma per i quali è previsto il **Piano Terapeutico** (cioè alcuni farmaci che fanno parte del PTH: prontuario della distribuzione diretta ma che possono essere anche prescritti sul territorio) è necessario scrivere a fianco del nome del medicinale la dicitura "Classe A".

Si ricorda che il **Piano Terapeutico** deve essere redatto in triplice copia: una copia deve rimanere al centro prescrittore, una deve essere sempre consegnata al medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta dell'assistito e una copia deve essere trasmessa al Servizio Farmaceutico della ASL di residenza del paziente.

Il **Piano Terapeutico**, che potrà essere rilasciato solo dai centri individuati dalla Regione, deve riportare:

- I dati anagrafici del paziente
- La diagnosi
- Il farmaco prescritto con relativa posologia e durata del trattamento
- Il timbro e la firma del medico prescrittore
- Il timbro della struttura autorizzata (Centro di riferimento).

### **Priorità della prescrizione**

L'avvio, nelle singole regioni, della compilazione di questa area è subordinato alla definizione di modalità stabilite attraverso accordi locali tra le regioni e le associazioni rappresentative dei medici di famiglia, anche nell'ambito della contrattazione decentrata.

La segnalazione della priorità della prestazioni avviene biffando una sola delle quattro caselle presenti, con la seguente modalità:

- “U” per *urgente*, da eseguire nel più breve tempo possibile;
- “B” per *breve*, da eseguire entro 10 giorni;
- “D” per *differita*, da eseguire:  
§ entro 30 giorni per le visite,  
§ entro 60 giorni per gli accertamenti specialistici;
- “P” per *programmata*, da eseguire entro 180 giorni.

La Regione Sardegna ha deciso che nel caso in cui il medico non ritenga di esprimere priorità temporali rispetto all'erogazione della prestazione, dovrà biffare tutte le caselle di priorità ( U B D P ).

### **Matrice**

È facoltà del medico prescrittore, tranne che per le prescrizioni per il SASN (Servizio Assistenza Sanitaria Naviganti) per cui è obbligatorio, inserire nella matrice i dati anagrafici, il codice e l'indirizzo dell'assistito nonché la diagnosi riferita alla ricetta rilasciata.

La matrice rimane in carico al medico prescrittore.

### **Tagliando adesivo**

Va applicato esclusivamente nel caso di prescrizioni farmaceutiche solo su richiesta del paziente.

Per tutte le prescrizioni farmaceutiche si ricorda la norma per la quale non è possibile prescrivere farmaci per indicazioni terapeutiche diverse da quelle riportate sulla scheda ministeriale .

L'art. 3 comma 1 della legge n° 94 del 1998 ha stabilito che... “il medico, nel prescrivere una specialità medicinale o altro medicinale prodotto industrialmente, si attiene alle indicazioni terapeutiche, alle vie e alle modalità di somministrazioni previste dall'autorizzazione all'ammissione in commercio rilasciata dal Ministero della Sanità”.

E all'art. 3, comma 2...“In singoli casi il medico può sotto la sua responsabilità e previa informazione del paziente e acquisizione del consenso dello stesso, impiegare un medicinale prodotto industrialmente per un'indicazione diversa da quella autorizzata... in base a dati documentabili... purché tale impiego sia noto e conforme a lavori apparsi su pubblicazioni scientifiche accreditate in campo internazionale”.

Comma 4 “In nessun caso, il ricorso anche improprio del medico alla facoltà prevista dai commi 2 e 3 può costituire riconoscimento del diritto del paziente all'erogazione dei medicinali a carico del SSN...”

Comma 5 “La violazione da parte del medico delle disposizioni del presente articolo è oggetto di procedimento disciplinare ai sensi del Decreto Legge del 13/09/1946 n° 233.

La possibilità di erogazione di farmaci per indicazioni diverse da quelle autorizzate, con oneri a carico del SSN è prevista invece nell'ipotesi disciplinata dall'articolo 1 comma 4 del D.L: n° 536 del 21/10/1996, convertito dalla Legge.n° 648/96 e limitatamente ad un elenco del Ministero con richiesta da parte di un medico specialista.

## **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'autocertificazione per comunicare il conseguimento dei suddetti titoli.























## *La comparsa di osteonecrosi*

# *Analisi dei segnali: i bifosfonati*

**U**no degli scopi principali di un sistema basato sulla segnalazione spontanea è quello di generare “segnali”, cioè identificare reazioni avverse non note o rilevare un aumento della frequenza di reazioni già note.

Il sistema ha però dei limiti: non è facile calcolare il dato di incidenza preciso, in quanto le reazioni sono sottosegnate e non si conosce il numero esatto degli esposti al farmaco.

Nonostante ciò, dalla segnalazione spontanea arrivano molte informazioni sul profilo di rischio di un farmaco.

L'aumento negli anni del numero di segnalazioni presenti nel database della Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNF) ci permette di procedere ad una prima fase che consiste in una selezione quantitativa delle segnalazioni, a cui segue l'analisi di tipo qualitativo.

### *Il segnale*

Dalla letteratura e dalla banca dati sulle reazioni avverse dell'Agenzia Italiana del Farmaco giungono segnalazioni che associano l'uso dei bifosfonati con la comparsa di osteonecrosi della mandibola e della mascella in pazienti oncologici e con osteoporosi.

Per la loro capacità di inibire l'attività osteoclastica e impedire, quindi, il riassorbimento osseo, i bifosfonati sono stati impiegati nel trattamento delle patologie ossee e principalmente nella cura dell'osteoporosi. Tuttavia, nel tempo, il loro impiego nelle patologie oncologiche come il morbo di Paget, il mieloma multiplo e l'ipercalcemia

è divenuto sempre più frequente fino ad essere attualmente inseriti in diversi protocolli terapeutici di pazienti con metastasi ossee. Il tessuto osseo è spesso sede di metastasi da neoplasie che hanno origine in altre sedi come la mammella, la prostata o il polmone. In questi casi, i valori della calcemia si elevano e il tessuto osseo presenta alterazioni metaboliche che possono condurre a processi di osteolisi con diminuzione della quota minerale e conseguente fragilità della struttura scheletrica e rischio di fratture spontanee.

Tra i bifosfonati autorizzati all'immissione in commercio in Italia vi sono l'acido pamidronico, clodronico, zoledronico, aledronico, risedronico, etidronico, neridronico e ibandronico.

La prescrizione dell'acido etidronico e clodronico è soggetta a nota limitativa 421, quella dell'acido alendronico e risedronico a nota 791. L'acido zoledronico, pamidronico, neridronico e ibandronico ad uso endovenoso sono rimborsati dal Servizio Sanitario Nazionale.

I primi casi di osteonecrosi associati all'uso di bifosfonati sono stati segnalati a partire dal 2003. La maggior parte dei casi descritti è riferita al trattamento con acido zoledronico e pamidronico somministrati per via endovenosa. Alcuni autori hanno stimato che l'incidenza di osteonecrosi da bifosfonati ad uso endovenoso potrebbe essere molto elevata, nell'ordine di qualche caso ogni cento pazienti trattati, con una più alta incidenza nei pazienti trattati con acido zoledronico rispetto a quelli trattati con acido pamidronico.

Per quanto non sia chiaro il meccanismo d'azione di tali farmaci, alcuni studi riportano che l'etidronato e il clodronato, a livello cellulare, danno origine ad un analogo citotossico dell'ATP, che, a sua volta, si accumula all'interno delle cellule alterandone la funzionalità; altri, invece, riferiscono che gli aminobifosfonati come l'alendronato, il pamidronato e il risedronato non vengono metabolizzati e inducono apoptosi cellulare. È stato anche osservato che i bifosfonati sarebbero in grado di inibire l'angiogenesi necessaria per il metabolismo del tessuto osseo.

Rimane tuttavia ancora da chiarire il motivo per cui l'osteonecrosi risulta localizzata solo in un sito specifico, mascella e mandibola.

Diversi fattori possono favorire l'insorgenza dell'osteonecrosi:

- terapia antiblastica: uso di chemioterapici, cortisonici e radioterapia;
- particolari condizioni patologiche: coagulopatie, infezioni;
- lesioni a livello del cavo orale: parodontopatie, estrazioni dentarie.

I casi di osteonecrosi associati a bifosfonati descritti in letteratura sono riferiti prevalentemente a pazienti oncologici in trattamento con chemioterapici, cortisonici o radioterapia.

Inoltre, la maggior parte di essi era stata sottoposta precedentemente a manovre odontoiatriche o di chirurgia orale.

Le misure preventive da adottare per pazienti in terapia con bifosfonati sono rappresentate da:

- accurata igiene orale;
- terapia parodontale (es. rimozione tartaro);
- terapia endodontica;
- assenza di procedure di chirurgia orale in corso di trattamento (estrazioni dentarie);
- monitoraggio del paziente.

Il trattamento dell'osteonecrosi della mascella e della mandibola pre-

vede l'uso di antibiotici, di collutori a base di clorexidina, terapia chirurgica (rimozione del tessuto necrotico) e ossigeno iperbarico; discussa è la loro reale efficacia.

## *I dati della Rete Nazionale di Farmacovigilanza*

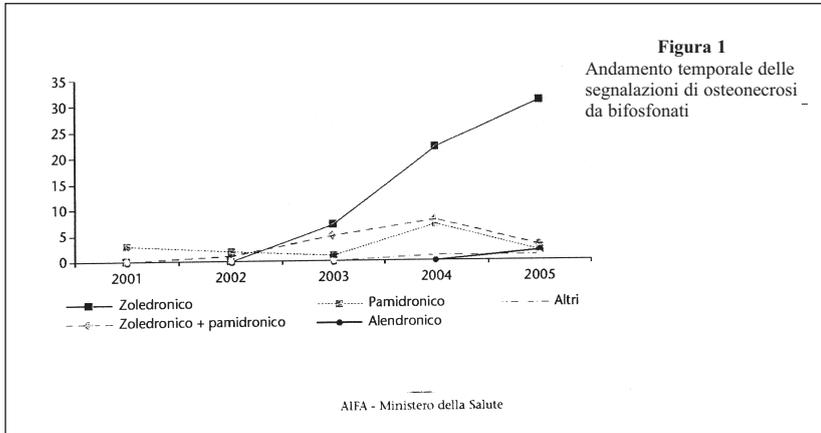
Nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza, prendendo in considerazione le segnalazioni le cui reazioni avverse (adverse drug reaction - ADR) sono insorte dal 2001 fino a metà febbraio 2006 (figura 1), sono state individuate 375 segnalazioni di ADR da bifosfonati, somministrati sia per via endovenosa sia per via orale.

Poiché l'osteonecrosi da bifosfonati è una complicanza rilevata solo di recente e poiché i dati finora disponibili sono scarsi, non esiste ancora una definizione accurata e concorde sulla sua diagnosi.

Nell'analisi di seguito presentata sono state prese in esame tutte le segnalazioni da bifosfonati le cui ADR riguardavano l'apparato dentale e i cui sintomi potevano essere correlati alla patologia in questione; quindi, oltre alle osteonecrosi specificamente descritte, sono state considerate anche l'osteomielite, l'ascesso dentale, il gonfiore gengivale, la necrosi asettica, patologie non specificate ai denti o perdita dei denti, ecc.

Il numero di queste segnalazioni è pari a 98 e corrisponde al 26% del totale delle segnalazioni di ADR da bifosfonati. Bisogna tenere conto che in Italia esiste una sottostima delle segnalazioni di ADR da farmaci in quanto esse provengono da pochi centri e il loro numero risulta inferiore agli standard europei.

Il maggior numero di tali segnalazioni è associato al più potente dei



bifosfonati, l'acido zoledronico, per il quale se ne registrano 80, di cui 60 relative ad acido zoledronico somministrato da solo, 18 in associazione con acido pamidronico, 1 con acido clodronico e 1 con acido clodronico e pamidronico. Le altre segnalazioni associate a bifosfonati sono correlate soprattutto ad acido pamidronico somministrato da solo (16 segnalazioni). Pochi sono i casi di osteonecrosi associati all'impiego dei bifosfonati per via orale nel trattamento dell'osteoporosi (2 casi da acido alendronico).

Confrontando i dati di vendita per l'acido zoledronico contenuti nella banca dati SIRIO (Sistema Rapporti Informativi on line del Ministero della Salute), con quelli delle segnalazioni, si nota che l'andamento temporale dei

dati di vendita non può essere semplicemente legato all'aumento delle prescrizioni di tali farmaci (tabella).

Il rapporto femmine/maschi è pari a 2,16 (67 femmine e 31 maschi) e l'età media a 65 anni (64 per le femmine e 66 per i maschi). In relazione alla gravità, il 60% delle 98 segnalazioni riguarda ADR gravi (47 con invalidità grave o permanente e 12 ospedalizzazioni), il 38% ADR non gravi e il restante 2% ADR con gravità non definita.

Più del 50% di queste segnalazioni proviene dalla Lombardia che è stata anche una delle prime regioni ad inviare segnalazioni di osteonecrosi da bifosfonati.

La maggior parte dei casi segnalati di osteonecrosi si è verificata in media dopo circa 30 mesi dall'inizio del trat-

**Tabella - Segnalazioni e dati di vendita dell'acido zoledronico.**

Variazione %	Segnalazioni ADR da acido zoledronico	Dati di vendita di acido zoledronico
dal 2003 al 2004	+ 214%	+ 17%
dal 2004 al 2005	+ 41%	+ 1%

tamento con acido zoledronico e 53 mesi con acido pamidronico, ma con notevoli oscillazioni (da 0,37 a 210 mesi per acido zoledronico e da 4 a 210 mesi per acido pamidronico). In generale, sembra esserci una relazione tra la durata del trattamento e l'insorgenza dell'osteonecrosi; per i casi a più rapido esordio (dopo pochi mesi) probabilmente è più importante il ruolo dei fattori predisponenti.

Le schede tecniche dei farmaci contenenti i bifosfonati per via endovenosa sono state aggiornate nel 2004 e contengono precauzioni riguardo all'osteonecrosi della mandibola. A breve saranno aggiornate anche quelle dei bifosfonati per via orale, per quanto l'osteonecrosi sia ancora riportata come un effetto indesiderato raro.

Le informazioni contenute nelle segnalazioni spontanee di ADR purtroppo sono poche e non consentono una valutazione accurata e approfondita della problematica; tuttavia, possono fornire informazioni importanti per definire il rischio associato all'osteonecrosi da bifosfonati. Come in tutte le ADR, specie le non note o rare, è importante poter stimare l'entità del rischio; in questo caso, la quantificazione del rischio può venire solo dalle segnalazioni dei medici, i quali, oltre a conoscere l'eventualità dell'osteonecrosi, devono segnalare le ADR rilevate, per permettere ai propri colleghi e alle autorità regolatorie una migliore conoscenza del problema.

## Bibliografia

1. Ministero della Salute - AIFA. Le nuove note AIFA 2004. Bollettino d'informazione sui Farmaci 2004; 3-4.
2. Marx RE. Pamidronate (Aredia) and zoledronate (Zometa) induced avascular necrosis of the jaws: a growing epidemic. *J Oral Maxillofac Surg* 2003; 61: 1115-7.
3. Ruggiero SL, Mehrotra B, Rosenberg TJ, Engroff SL. Osteonecrosis of the jaws associated with the use of bisphosphonates: a review of 63

cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2004; 62: 527-34.

4. Migliorati CA. Bisphosphonates and oral cavity avascular bone necrosis. *J Clin Oncol* 2003; 21: 4253-4.

5. Melo D, Obeid G. Osteonecrosis of the maxilla in a patient with a history of bisphosphonate therapy. *J Can Dent Ass* 2005; 71: 111-3.

6. Migliorati CA. Bisphosphonate-associated oral osteonecrosis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005; 99: 135.

7. Bagan JV, Murillo J, Jimenez Y, et al. Avascular jaw osteonecrosis in association with cancer chemotherapy: series of 10 cases. *J Oral Pathol Med* 2005; 34: 120-3.

8. Durie BG, Katz M, Crowley J. Osteonecrosis of the jaw and bisphosphonates. *N Engl J Med* 2005; 353: 99-102.

9. Purcell PM, Boyd IW. Bisphosphonates and osteonecrosis of the jaw. *Med J Aust* 2005; 182: 417-8.

10. Bagan JV, Jimenez Y, Murillo J, et al. Jaw osteonecrosis associated with bisphosphonates: multiple exposed areas and its relationship to teeth extractions. Study of 20 cases. *Oral Oncol* 2006; 42: 327-9.

11. Frith JC, Monkkonen J, Blackburn GM, Russell RG, Rogers MG. Clodronate and liposome-encapsulated clodronate are metabolized to a toxic ATP analog, adenosine 5'-(beta, gamma-dichloromethylene) triphosphate, by mammalian cells in vitro. *J Bone Miner Res* 1997; 12: 1358-67.

12. Luckman SP, Hughes DE, Coxon FP, Graham R, Russell G, Rogers MJ. Nitrogen-containing bisphosphonates inhibit the mevalonate pathway and prevent post-translational prenylation of GTP-binding proteins, including Ras. *J Bone Miner Res* 1998; 13: 581-9.

13. Wood JM, Bonjean K, Ruetz S, et al. Novel anti-angiogenic effects of the bisphosphonate compound zoledronate, a potent inhibitor of bone resorption. *J Pharmacol Exp Ther* 2002; 302: 1055-61.

14. Fournier P, Boissier S, Filleur S, et al. Bisphosphonates inhibit angiogenesis in vitro and testosterone-stimulated vascular regrowth in the ventral prostate in castrated rats. *Cancer Res* 2002; 62: 6538-44.

15. Fournier P, Boissier S, Serre CM, et al. The bisphosphonate risedronate inhibits both angiogenesis and bone metastasis formation in vivo. *Proc Am Ass Cancer Res* 2003; 44: 1256-57.

16. Ruggiero S, Gralow J, Marx R, et al. Practical guidelines for the prevention, diagnosis and treatment of osteonecrosis of the jaw in patients with cancer. *J Oncol Pract* 2006; 2: 7-14.

## AGOSTINO SUSSARELLU ELETTO ALLA PRESIDENZA DELLA FEDERAZIONE DEI MEDICI SARDI

Agostino Sussarellu, presidente dell'Ordine di Sassari, è stato eletto all'unanimità presidente della Federazione Regionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli Odontoiatri della Sardegna ( F.R.O.M.S. ).

Nel prossimo triennio sarà affiancato dal vice presidente Luigi Arru, che è anche presidente dell'Ordine di Nuoro.

Il consiglio direttivo è inoltre composto dai dottori Nicola Addis, Alessandro Arru, Rosa Maria Caliandro, Giuseppe Chessa, Anna Rita Ecca, Raimondo Ibba, presidente di Cagliari, Bruno Giorgio Lacu, Cesare Moretti, Rita Nonnis, Alberto Puddu, Antonio Sulis, presidente di Oristano.

Il consiglio direttivo della F.R.O.M.S. intende ribadire il ruolo che compete agli Ordini, in quanto enti di diritto pubblico e quindi organi ausiliari dello stato, nel governo della professione, attraverso il controllo della qualità dell'assistenza, a tutela dei diritti del cittadino utente e della dignità della professione medica ed odontoiatrica.

La Federazione Regionale degli Ordini della Sardegna, in un momento di profondi cambiamenti nel mondo sanitario, vuole riaffermare il proprio ruolo istituzionale partecipando attivamente alla discussione in atto a livello regionale, e provinciale, per giungere ad un modello sanitario equo e condiviso del servizio sanitario regionale.

È stata confermata la volontà di partecipare, in modo responsabile, a modellare una figura moderna del medico la cui alta professionalità sia il frutto di un giusto orientamento di base e di scelte attentamente valutate.

Nei prossimi mesi la F.R.O.M.S. promuoverà una serie di incontri per approfondire, con le istituzioni e con tutti i soggetti coinvolti, gli argomenti di precipuo interesse sanitario, nel convincimento che il diritto alla salute sia uno dei pilastri principali di una società moderna.

Il consiglio direttivo neo eletto, ringrazia i componenti uscenti degli organi FROMS, il presidente Pier Paolo Vargiu, il vice presidente Bruno Lacu, il segretario Alessandro Arru e l'intero consiglio direttivo, per il lavoro svolto con serietà e competenza negli anni del loro mandato.

*Redditi soggetti a contribuzione pensionistica*

## *Intramoenia: l'invio dei dati all'Enpam entro luglio*

**C**on scadenza al 31 luglio 2006 l'Enpam, l'ente previdenziale dei medici, ha previsto il termine per l'invio – da parte dei professionisti iscritti alla «quota B» del Fondo generale – della comunicazione relativa al reddito derivante dall'esercizio libero-professionale prodotto nel corso del 2005.

La dichiarazione, in alternativa, può essere effettuata anche in via telematica, previa registrazione presso l'area riservata del sito della fondazione ([www.enpam.it](http://www.enpam.it)). Il reddito assoggettato a contribuzione è quello derivante dall'esercizio, anche in forma associata, della professione medica e odontoiatrica, non soggetto ad altra copertura previdenziale obbligatoria.

Il reddito dovrà essere calcolato al netto delle spese sostenute per produrlo. Ricadono nella valutazione di questo reddito anche i compensi pure se equiparati ai fini fiscali ai redditi da lavoro dipendente. Si tratta di proventi derivanti dallo svolgimento di attività attribuite al sanitario in ragione di particolari competenze professionali o di specifiche attività.

In particolare ricadono in questa fattispecie i compensi relativi all'attività libero-professionale, cosiddetta «intra-moenia», svolta dai medici dipendenti dalle Asl che, in quanto non assoggettati a contribuzione verso l'ente principale di previdenza pubblica Inpdap sono, comunque, soggetti alla contribuzione pensionistica

a favore dell'ente professionale Enpam, ancorché definiti legislativamente, ma esclusivamente ai fini fiscali e non previdenziali, redditi equiparati a quelli da lavoro dipendente.

Sono, altresì, soggetti alla contribuzione al Fondo generale «quota B» i redditi da lavoro autonomo prodotti nell'esercizio della professione medica e odontoiatrica; i redditi da collaborazione coordinata e continuativa; i compensi per partecipazione a congressi o convegni e per attività di ricerca in campo sanitario; i proventi derivanti da prestazioni anche occasionali richieste al medico e anche, gli utili derivanti da associazioni in partecipazione, quando l'apporto è costituito esclusivamente dalla prestazione professionale.

Qualora, tuttavia, la somma dei compensi sia inferiore a quanto previsto quale riferimento economico vitale relativo al contributo obbligatorio al Fondo generale «quota A», il sanitario sarà soggetto all'esonero dall'obbligo di presentazione della relativa dichiarazione per l'anno di reddito 2005.

In pratica viene prevista, per tutti i medici iscritti all'Enpam, una specie di franchigia che riguarda il corrispettivo di guadagno ipotetico, libero-professionale, che viene, comunque, assoggettato al contributo del 12,5% in relazione a quanto richiesto dallo stesso ente in forma obbligatoria ai fini del Fondo generale

*Il pagamento dovrà essere effettuato entro ottobre 2006*

per la «quota A». La somma al di sotto della quale non si dovrà procedere alla dichiarazione, è di 4.945,44 euro per gli iscritti con età inferiore a 40 anni e per coloro che alla data del 31 dicembre 1989 avessero richiesto la contribuzione ridotta in quanto iscritti ad altre forme di previdenza obbligatoria.

Mentre è di euro 9.133,28 per gli iscritti di età superiore ai 40 anni ovvero non rientranti fra coloro che sono a contribuzione ridotta. In caso di redditi libero-professionali superiori, previo l'invio da parte del medico interessato della comunicazione sul modello (D 2006) predisposto dall'Enpam e inviato, comunque, a tutti gli iscritti all'ente, il contributo dovuto sarà determinato dagli uffici della fondazione, mentre il realtivo pagamento dovrà essere effettuato, in un'unica soluzione, entro il 31 ottobre 2006.

A tutti coloro che sono soggetti al pagamento sarà inviato, a cura della Banca popolare di Sondrio, un bollettino, pagabile presso qualsiasi Istituto di credito o ufficio postale, pre-

compilato. Tuttavia, precisa l'Enpam, il mancato ricevimento del bollettino non esonera dal pagamento del contributo. In questi casi, sottolinea l'ente gli interessati si potranno rivolgere all'istituto bancario che ha predisposto a riguardo uno specifico numero verde.

Per i redditi da libera professione, che ricordiamo, non comprendono, e quindi non sono soggetti a contribuzione, gli stipendi, per quanto attiene ai sanitari dipendenti, nei compensi corrisposti dalle aziende sanitarie ai medici e odontoiatri convenzionati, è prevista la possibilità di richiedere la contribuzione ridotta.

La richiesta di contribuzione ridotta alla «quota B» del Fondo generale deve essere prestata entro il 31 luglio 2006. Qualora fosse inoltrata successivamente a tale data sarà considerata valevole ai fini degli eventuali redditi prodotti nel 2006 e quindi li assoggetterà al 2% (misura ridotta) anziché al 12,5 (misura intera) nei versamenti previsti nell'anno 2007.

C.A. Testuzza

## **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)

*Differenziazione in base all'anzianità*

## *Onaosi: come versare i contributi per il 2006*

**N**uovi contributi da versare all'Onaosi (l'Opera nazionale assistenza orfani sanitari italiani, a cui contribuiscono tutti gli operatori sanitari dirigenti). La differenziazione è in base all'anzianità ordinistica e pagano 12 euro l'anno i dottori con meno di cinque anni di iscrizione o quelli che sono iscritti a un corso di prima specializzazione in discipline sanitarie. Stessa cifra anche per chi ha un reddito inferiore a 14 mila euro l'anno.

Si sale a 36 euro l'anno per chi ha meno di 33 anni e un reddito superiore a 14 mila euro, ma inferiore a 28 mila e a 120 euro l'anno per chi supera, con la stessa età, i 28 mila euro l'anno di reddito.

Sempre 120 euro l'anno per chi supera i 33 anni, ne ha meno di 67, ma non guadagna più di 28 mila euro l'anno.

Per gli ultrasessantasettenni è previsto un contributo di 12 euro l'anno o una *una tantum* di 60 euro. Ma chi in questa fascia di età ha già versato contributi all'Onaosi per trenta anni non paga, così come gli invalidi al 100 per cento.

La prima scadenza per il versamento relativo al primo semestre 2006 è il 15 luglio, mentre il secondo semestre andrà pagato entro il 15 gennaio del prossimo anno. Da calcolare anche il contributo eventualmente dovuto sugli aumenti di stipendio legati ai rinnovi dei contratti, mentre sono entrate in vigore con re-

troattività al 1° gennaio 2005 le nuove e minori misure di contribuzione. La Fondazione ricorda che occorre per questo effettuare il conguaglio sulle maggiori trattenute effettuate.

La circolare della Fondazione, datata 21 giugno 2006, ricorda anche che dal 2003 l'indennità integrativa speciale è conglobata nello stipendio tabellare, ma che l'incremento di retribuzione che ne deriva non concorre alla formazione della base imponibile Onaosi. In caso di aspettativa del dipendente, infine, se questa è retribuita il contributo non cambia. Se invece non lo è, vanno distinti gli incarichi da direttore generale e sanitario, che comportano la contribuzione, dalle aspettative che iniziano e terminano nell'anno di competenza, per le quali, dopo il versamento, avverrà una successiva regolarizzazione contributiva.

Per le aspettative che non terminano nell'anno di competenza, invece, occorre segnalare il momento di uscita dal lavoro e quello dell'eventuale rientro.

**Sito web dell'Ordine:  
[www.omceoss.org](http://www.omceoss.org)**

**e-mail dell'Ordine:  
[ordine@omceoss.org](mailto:ordine@omceoss.org)**

*Scadenze,  
aumenti  
e conguagli  
nella circolare  
della Fondazione*

*La svolta della nuova dirigenza*

## *Dal codice deontologico alla formazione professionale*

**G**randi manovre in casa Fnomceo: varo di un nuovo Codice di Deontologia, Revisione del Regolamento di esecuzione della legge istitutiva degli Ordini, Formazione del medico pre e post laurea.

In un comitato centrale che si è da poco concluso a Milano, la nuova presidenza Bianco delinea un Ordine di alto profilo, per consegnare alla società un medico adeguatamente formato e in grado di governare tutte quelle variabili legate ad una sempre più complessa domanda di salute dei cittadini.

“Per una effettiva garanzia del diritto alla tutela della salute e del rispetto della dignità della persona, bisogna delinare – e far lavorare – un moderno Ordine professionale che non rincorra più i cambiamenti – o peggio ancora li percepisca come minacce – ma ne divenga un attore consapevole, ridefinendo l’atto medico, anche sul piano civile, di nuove regole deontologiche, di una forte spinta all’autonomia, e coniugando l’attenzione verso il paziente con le più generali istanze economico-sociali che provengono dalla società”.

Questa la dichiarazione di Amedeo Bianco, presidente della Fnomceo, a conclusione dell’importante assise svoltasi nel capoluogo lombardo.

In questa cornice, si ridefiniscono

ed assumono spessore alcuni temi strategici che la Fnomceo andrà a discutere nel prossimo futuro.

**Codice deontologico.** “In un moderno esercizio professionale – si è interrogato Bianco – come deve porsi il medico, incalzato da ineludibili limitazioni economiche e gestionali? Le risorse servono, e non possono certo latitare ma è compito del medico anche sapere come ottimizzarne l’impiego”.

L’appropriatezza delle risorse entra insomma saldamente nel Codice deontologico. Così, infatti, ha continuato Bianco: “Lo storico rapporto medico-paziente, che resta il baricentro dell’esercizio professionale, deve inquadarsi in un contesto attuale di regole etiche e civili”. Ed entro l’anno l’intento è quello di adeguare il Codice, riflettendo ancora più a fondo anche su altri temi “scottanti”, come ad esempio la Bioetica di inizio e fine vita, i conflitti di interesse, l’informazione via internet, ecc.

Revisione del regolamento di esecuzione della legge istitutiva degli Ordini. Ripartita in maniera compatta, la Fnomceo, dopo aver rincorso invano, per intere legislature, l’idea di modificare la legge istitutiva dell’Ordine (che risale al 1946), prende ora in considerazione una via più semplice ma non meno efficace: quella cioè dell’aggiornamen-

to del suo Regolamento esecutivo (vale a dire il DPR 221 del 1950). Tale revisione consentirà di “eliminare le discrasie, le incongruità, le contraddizioni, le asimmetrie e le incertezze interpretative tra il Regolamento stesso e le leggi che si sono succedute” in oltre cinquant’anni.

### **Formazione pre e post laurea.**

E’ un altro dei punti cardine della nuova politica per la qualità della professione, vale a dire la questione della formazione pre e post laurea e il mantenimento delle competenze nel corso della vita professionale del medico e dell’odontoiatria. “Anche qui – ha detto Bianco in conclusione dei lavori – lo scopo è quello di consegnare alla società un professionista adeguatamente preparato”.

E su questo argomento, il prossimo appuntamento è la Conferenza Nazionale sulla Formazione del medico e dell’odontoiatra, prevista per il prossimo 18 novembre.

Chiusi i battenti sulla platea milanese che ha visto ridelineare il programma, ora Fnomceo si appresta ad applicarlo.

## ***Testamento biologico: ma cosa c’entra il notaio?***

Il presidente della Fnomceo Amedeo Bianco ha così commentato la recente iniziativa di Veronesi sul Testamento Biologico.

“Sorprende constatare che, in una materia tanto delicata quale è quella del Testamento Biologico, Veronesi individui – quale garante della volontà del paziente – un notaio piuttosto che il medico curante. In un contesto di convinta affermazione del principio etico e civile di autodeterminazione del paziente – peraltro già contemplato nel Codice di Deontologia Medica – questa “intrusione notarile” ci sembra francamente stonata”. Così Amedeo Bianco, presidente nazionale Fnomceo, ha commentato la recente iniziativa di Veronesi di affidare a questo pubblico ufficiale la “volontà anticipata” del paziente, nel caso in cui un evento dovesse privarlo della possibilità di esprimere la propria volontà riguardo ai trattamenti terapeutici..

**Sito web dell’Ordine:**

**[www.omceoss.org](http://www.omceoss.org)**

**e-mail dell’Ordine:**

**[ordine@omceoss.org](mailto:ordine@omceoss.org)**

