

# SASSARI MEDICA



2

ANNO XVI  
APRILE  
MAGGIO 2007

*"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".*

**IN QUESTO  
NUMERO:**

Formazione e occupazione: il ruolo  
di Ordini, Università e Politica

Odontoiatri: ormai necessario  
il numero programmato degli accessi

Comportamento deontologico  
e comunicazione fra colleghi

Le nuove norme  
sull'informazione sanitaria

Le linee guida in applicazione  
del Codice di deontologia medica

Il mega inceneritore di Ottana  
e la gestione (sbagliata) dei rifiuti

La riforma delle professioni  
e i compiti degli Ordini

Errori umani e errori dei sistemi  
Le responsabilità del medico

Risposte efficaci e coraggiose  
agli errori e al rischio clinico

Medici e industria farmaceutica  
Un'alleanza possibile?

Trasparenza e sponsorizzazioni  
di convegni e congressi

I contratti di lavoro per i medici  
in formazione specialistica

Contratto della dirigenza medica  
e attività intramuraria

Casse ticket automatiche  
per ridurre le code agli sportelli

La pillola del giorno dopo  
e la "clausola di coscienza"

Autorizzazioni/Importanti novità  
per chi deve aprire uno studio

Seminario sull'ipnosi  
nel controllo del dolore

Un'asta per restaurare l'opera  
del '500 "Nostra Signora del Regno"

**PAGAMENTO  
DELLA TASSA ANNUALE  
DI APPARTENENZA  
ALL'ORDINE ANNO 2007**

Si ricorda che il pagamento della tassa annuale di appartenenza all'Ordine per l'anno 2007 scadeva il 31 gennaio 2007.

Il concessionario incaricato della riscossione è la società SARDEGNA RISCOSSIONI SPA, che per l'anno 2007 ha utilizzato un diverso sistema di consegna degli avvisi bonari di pagamento.

Considerato che sono stati segnalati disguidi nella consegna degli avvisi bonari, si pregano gli iscritti che non avessero ancora provveduto al pagamento della tassa annuale per l'anno 2007 a recarsi direttamente agli sportelli territoriali della società SARDEGNA RISCOSSIONI SPA - oggi EQUITALIA SPA.



“Nostra Signora del Regno”, opera  
attribuita al pittore Baccio Gorini.

# 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 XVI - Numero 2  
Aprile - Maggio 2007

*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 - strada n. 10 - 07100 Sassari  
Tel. 079.26.22.36 - 079.262221  
Fax 079.4100169

*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/ Formazione e occupazione:  
il ruolo di Ordini, Università e Politica
- 11 Ormai necessario programmare  
gli accessi degli odontoiatri
- 16 Comportamento deontologico  
e comunicazione fra colleghi
- 19 Le nuove norme  
sull'informazione sanitaria
- 23 Le linee guida in applicazione  
del Codice di deontologia medica
- 29 Il mega inceneritore di Ottana  
e la gestione (sbagliata) dei rifiuti
- 32 La riforma delle professioni  
e i compiti degli Ordini
- 38 Errori umani e errori dei sistemi  
Le responsabilità del medico
- 45 Risposte efficaci e coraggiose  
agli errori e al rischio clinico
- 47 Medici e industria farmaceutica  
Un'alleanza possibile?
- 48 Trasparenza e sponsorizzazioni  
di convegni e congressi
- 49 I contratti di lavoro per i medici  
in formazione specialistica
- 50 Contratto della dirigenza medica  
e attività intramuraria
- 51 Casse ticket automatiche  
per ridurre le code le code agli sportelli
- 52 La pillola del giorno dopo  
e la “clausola di coscienza”
- 54 Autorizzazioni/Importanti novità  
per chi deve aprire uno studio
- 58 Seminario sull'ipnosi  
nel controllo del dolore
- 59 Un'asta per restaurare l'opera del '500  
“Nostra Signora del Regno”

## *1/L'inaugurazione dell'Anno Sanitario*

# *Formazione e occupazione: il ruolo di Ordini, Università e Politica*

**L**a manifestazione dell'Anno Sanitario è alla sua sesta edizione. L'inaugurazione si è svolta il 3 marzo scorso. Pubblichiamo l'intervento del presidente dell'Ordine Agostino Sussarellu.

Siamo particolarmente fieri di perpetuare questa cerimonia nata all'interno dell'istituzione ordinistica con l'intento di puntare, per un giorno, i riflettori sulla sanità così come la vedono i medici:

La sanità intesa nel senso più ampio del termine come benessere assoluto del cittadino.

Il tema scelto quest'anno per l'inaugurazione dell'anno sanitario è il seguente: programmazione, formazione e occupazione del medico in

Sardegna. Ruolo degli ordini professionali, dell'Università, della Politica.

Nella sanità sarda ci sono state novità importanti, sia nello scorso anno, sia in questi primi mesi del 2007.

Nel luglio del 2006 è stata approvata la legge regionale 10 sulla tutela della salute e sul riordino del servizio sanitario della Sardegna, e il 19 gennaio il Consiglio Regionale ha approvato il Piano Regionale dei Servizi Sanitari.

Con questi due dispositivi la Regione sarda si è dotata degli elementi necessari per riallinearsi con il Servizio Sanitario Nazionale e per recuperare il tempo perduto.

Tutti noi sappiamo che la Sarde-

*Le previsioni di occupazione dei medici nei prossimi decenni devono indurre a programmare l'inserimento alla professione*

### NUMERO DEI MEDICI

#### ◆ ITALIA

- ◆ MEDICI  
353.945
- ◆ ODONTOIATRI  
51.975
- ◆ INCREMENTO MEDIO  
ULTIMO TRIENNIO
- ◆ MEDICI                   4,4%
- ◆ ODONTOIATRI       24,0%

#### ◆ SARDEGNA

- ◆ MEDICI  
11.412
- ◆ ODONTOIATRI  
1.377
- ◆ INCREMENTO MEDIO  
ULTIMO TRIENNIO
- ◆ MEDICI                   6,0%
- ◆ ODONTOIATRI       1,7%

## RAPPORTO MEDICI / ABITANTI

### ◆ ITALIA

◆ MEDICI	1 / 165
◆ ODONTOIATRI	1 / 1.121

### ◆ SARDEGNA

◆ MEDICI	1 / 144
◆ ODONTOIATRI	1 / 1.200

gna era infatti orfana di un Piano Sanitario Regionale ormai da 21 anni, ed il precedente piano, nel frattempo, non solo ha raggiunto la maggiore età, ma ha maturato il diritto, anzi il dovere, di andare in pensione.

In questi anni abbiamo visto salire la spesa sanitaria fin quasi al cinquanta per cento dell'intero bilancio della Regione. Ciò nonostante tutte le forze politiche che si sono succedute nel governo della nostra isola hanno lasciato che la grande nave della sanità andasse alla deriva, senza una rotta precisa, spinta, ora a destra, ora a sinistra, dal vento politico del momento.

Adesso, con l'approvazione del Piano Sanitario Regionale, possiamo quantomeno affermare che la rotta è stata tracciata.

C'è da dire che il tempo di gestazione è stato notevole, è infatti passato circa un anno e mezzo dalla presentazione pubblica della prima bozza all'approvazione; segno, questo, che i protagonisti del mondo della politica riescono a creare dei tempi di attesa più lunghi di quelli che loro stessi rimproverano alla sanità.

Non intendo dare giudizi sul Piano, anche perché uscirei fuori tema rispetto all'argomento della

giornata odierna, ma devo dire che alcuni lo hanno molto apprezzato, mentre altri hanno espresso a riguardo pesanti critiche. Comunque non credo sia possibile riuscire a soddisfare sempre tutti.

Reputo in ogni caso importante che la Sardegna abbia attualmente un Piano Sanitario: potrà magari presentare pregi e difetti, ma sicuramente permetterà di dare il via a quella modifica della sanità sarda che tutti auspicano da troppo tempo. Le disposizioni della legge 10 dovrebbero impedire che questo Piano possa diventare un elemento statico, ingessato per altri vent'anni, visto che prevede l'approvazione di un nuovo piano di indirizzo entro il 31 di ottobre "dell'ultimo anno di vigenza del piano in scadenza".

Speriamo che tanta rapidità non ci faccia male!

### *Programmazione*

La speranza nel futuro ci spinge a parlare di programmazione che non può non tenere conto delle risorse disponibili, sia economiche, sia umane.

Alle disponibilità economiche penserà la politica nazionale e regio-

## FASCIA ATTIVA

NUMERO DEI MEDICI CHIRURGI DECURTATO DEGLI UNDER 30, DEGLI OVER 65 E DEI DOPPI ISCRITTI

### ◆ ITALIA

◆ PERCENTUALMENTE

◆ 65 / 70%

◆ RAPPORTO MEDICI /  
ABITANTI

◆ 230.064            1 / 253

◆ 247.761            1 / 235

### ◆ SARDEGNA

◆ PERCENTUALMENTE

◆ 79%

◆ RAPPORTO MEDICI /  
ABITANTI

◆ 8.965              1 / 184

nale; per quanto riguarda le disponibilità umane, è necessario fare i conti con i numeri a disposizione e non solo con quelli attuali, dobbiamo infatti proiettarci nel futuro, onde evitare errori che a lungo termine possono rivelarsi irreparabili.

Dobbiamo guardare al futuro, perché le disposizioni legislative vigenti prevedono che i medici per accedere al rapporto di dipendenza o alla convenzione col Servizio Sanitario Regionale debbano possedere una specializzazione o il titolo di formazione in medicina generale.

E anche perché i giovani che nel corrente anno accademico 2006/2007 sono stati ammessi al corso di laurea in medicina e chirurgia saranno pronti ad entrare nel mondo del lavoro non prima del 2015, con punte che arriveranno al 2018 o 2019, ipotizzando che durante il corso di studi non trovino ostacoli sulla loro strada. Il corso di formazione in medicina generale dura tre anni, mentre le spe-

cializzazioni, a partire dall'anno accademico in corso, durano dai cinque ai sei anni. Vediamo dunque questi numeri: attualmente, nel totale, ai quattro ordini della nostra regione risultano iscritti 11.412 medici. Il dato è di per sé notevole, ma c'è da rilevare che per tradizione i medici mantengono l'iscrizione sino alla fine naturale della vita, per cui, per avere dati più attinenti alla realtà lavorativa, è necessario apportare dei correttivi.

Abbiamo ritenuto di poter ottenere un quadro abbastanza attendibile decurtando da tale dato il numero dei giovani sotto i trent'anni di età, in quanto ipoteticamente inseriti ancora nella formazione (specializzazione, formazione in medicina generale), il numero dei medici che hanno oltre 65 anni, ipotizzando che questa sia un'età media di abbandono del mondo del lavoro, in ultimo sottraendo anche i doppi iscritti, cioè coloro che, laureatisi antecedente-

mente all'istituzione del corso di laurea in odontoiatria, mantengono l'iscrizione ad entrambi gli albi.

Il numero ottenuto è di 8.965 medici in attività di servizio.

È opportuno anche fare un rapido paragone tra i dati della nostra regione e i dati nazionali: da questa comparazione risulta evidente un esubero di medici, sia nel rapporto medico/abitanti (Italia 1/165 - Sardegna 1/144), sia nel rapporto numero di medici per milioni di abitanti (Italia 4.520 - Sardegna 5.424).

Da molti anni il bilancio tra pensionamenti e nuove iscrizioni agli ordini professionali evidenzia che si iscrivono più medici di quanti ne vanno in pensione, ma ci si sta avvicinando ad una parte consistente della popolazione medica, quella, per intenderci, appartenente al boom delle iscrizioni degli anni settanta, la cosiddetta gobba della professione.

Siamo andati a verificare il mutamento che avverrà riguardo al nu-

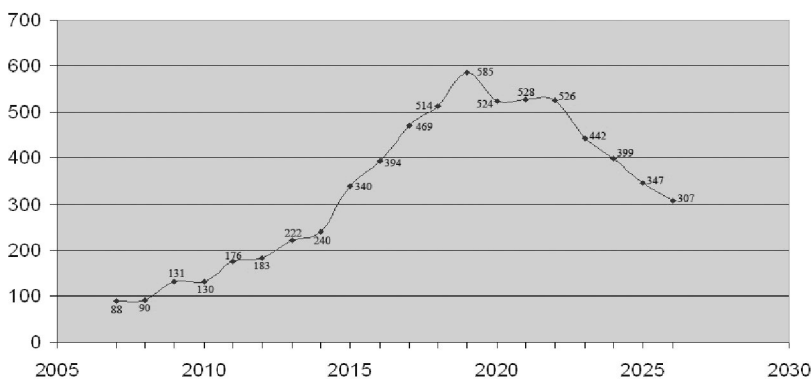
mero dei medici nel prossimo ventennio, ipotizzando stabile il numero degli iscritti, come in effetti è stato negli ultimi dieci anni, come pure il numero degli specializzandi.

Il trend attuale tra pensionati e nuovi iscritti si manterrà ancora positivo fino al 2014, dopodiché, gradualmente, si negativizzerà fino al 2026, per tornare positivo dal 2027.

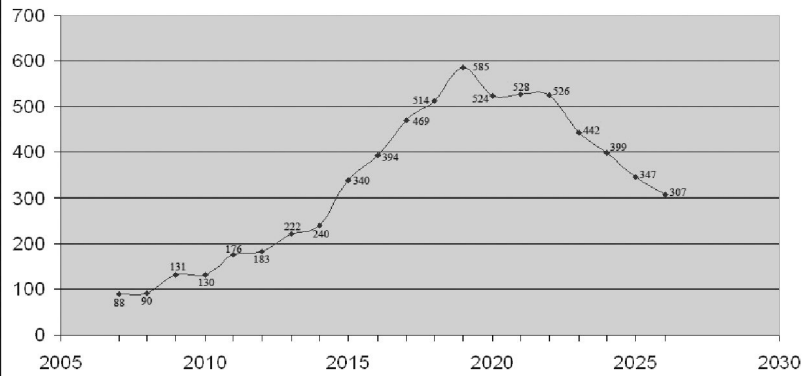
Nei prossimi vent'anni, nella nostra regione, il numero totale dei medici in attività di servizio si andrà dunque riducendo sensibilmente, sino ad arrivare a circa 8.182 medici, 730 in meno rispetto ad ora, mentre il dato nazionale dovrebbe aggirarsi sui 70.000.

Per una previsione ragionata bisogna tener conto di un altro fattore importante: la sempre maggiore "femminilizzazione" della professione; la nostra regione conta attualmente la maggior percentuale di donne medico, e tale proporzione è sempre in aumento.

Curva dei pensionamenti per il periodo 2007/2026



## Curva dei pensionamenti per il periodo 2007/2026 in rapporto ad un andamento costante delle nuove iscrizioni



Nel 2027 ci saranno 730 medici in meno disporremo di 8.182 medic i

In Sardegna le donne rappresentano dunque il 44,6% del totale, contro una media nazionale del 33,9%, ed inoltre negli ultimi anni la percentuale femminile è giunta a rasentare il 70% degli iscritti.

Secondo un documento dell'OCSE, la presenza femminile nella professione tenderà, a lungo termine, a ridurre l'offerta di medici, per tutta una serie di motivi.

Studi australiani e canadesi suggeriscono infatti che "le donne preferiscono le cure primarie, ma sono meno disponibili a lavorare in aree rurali, sono più inclini a ridurre l'attività lavorativa durante l'età fertile, tendono a lavorare meno ore (part-time) e ad andare in pensione prima".

Bisogna poi tener conto delle variazioni della popolazione residente, cioè del numero degli abitanti, come pure dell'offerta sanitaria che si intende dare alla popolazione, delle patologie preminenti, di quelle emergenti, nonché di tanti altri fattori che

influenzano il mondo della salute, e tutto ciò è compito dell'assessorato competente.

In tal modo sarà anche possibile programmare le specializzazioni verso cui orientare maggiormente la formazione.

### Formazione

La formazione rappresenta l'aspetto fondamentale dell'attività del medico, essa ne caratterizza il percorso sin dall'accesso al corso di laurea, lo accompagna lungo tutto il suo iter professionale, perché non è pensabile di poter svolgere una professione così delicata senza un aggiornamento continuo.

Gli ordini professionali, nel ruolo che compete loro, e per garanzia dei cittadini che hanno il diritto di avere un'assistenza di qualità, sono particolarmente attenti ai problemi della formazione, sia di quella pre-laurea,



sia di quella specialistica, ed hanno fra l'altro tra i loro compiti istituzionali quello di favorire la crescita culturale dei propri iscritti.

## **Formazione pre-laurea**

La formazione è il compito istituzionale dell'università.

Suo scopo principale è quello di formare un professionista completo che abbia basi scientifiche, una preparazione sia teorica che pratica, capacità di diagnosi e di cura, una visione interdisciplinare della professione e che nel contempo possieda capacità relazionali e conoscenza delle problematiche che la moderna medicina si trova a dover affrontare.

La partecipazione all'espletamento del nuovo esame di stato ci ha permesso di avvicinare in maniera diretta i giovani laureati e con questi abbiamo potuto stabilire un dialogo estremamente interessante per comprendere quale sia il loro bagaglio scientifico e pratico.

La loro preparazione risulta fondamentalmente di tipo teorico e il tirocinio per l'esame di stato, che dovrebbe essere solo ed esclusivamente valutativo sul sapere, saper fare e saper essere, si tramuta in un'occasione per apprendere attività pratiche.

Il contatto diretto con la professione risulta estremamente gradito ai giovani colleghi che ne danno conferma nei questionari che compilano alla fine della prova teorica, dei quiz.

Il trimestre di tirocinio viene di solito valutato estremamente interessante, si rileva un particolare gradimento per il periodo trascorso con i colleghi della medicina generale.

È dunque chiaro che per avere dei medici adeguati a tempi come il no-

stro, in continua variazione, occorre una formazione più pratica ed una particolare attenzione volta ai temi emergenti della moderna medicina, quali ad esempio:

- La gestione delle risorse
- Il risk management
- La multietnicità
- La capacità di gestire il percorso diagnostico terapeutico in maniera multidisciplinare
- La capacità comunicativa (rapporto col paziente, capacità di indirizzare il paziente verso un determinato percorso terapeutico e al cambiamento di certe abitudini).
- La collaborazione multiprofessionale
- Una buona conoscenza degli aspetti deontologici della professione

Ma soprattutto i problemi di bioetica che stanno attraversando il mondo medico (vedasi il caso Welby e il più vicino caso Nuvoli).

La laurea dovrebbe consegnarci un medico con una formazione completa che ne permetta da subito l'inserimento nel mondo della professione, perfettamente in grado di integrarsi nella società e che possa liberamente circolare in Europa.

## **La formazione specialistica**

Attualmente in Italia le specializzazioni hanno una durata di cinque o sei anni, solo dopo il conseguimento della specializzazione il medico può iniziare ad esercitare in strutture pubbliche.

La programmazione nazionale delle borse, o dei contratti di formazione specialistica (come in teoria da

quest'anno si dovrebbero chiamare) si sta gradualmente riducendo, così come si sta gradualmente riducendo il numero di borse regionali, e ciò causa di fatto un blocco completo per quei medici che non possono conseguire una specializzazione, destinandoli ad una marginalità nel mondo medico e obbligandoli alla sottooccupazione.

Non sappiamo quale sarà la disponibilità economica per quest'anno, ma temiamo che, se si dovesse mantenere stabile il finanziamento, si dovrà assistere ad un'ulteriore riduzione, infatti l'entrata in vigore dei contratti di formazione specialistica fa aumentare i costi per ogni specializzando.

La specializzazione per gran parte dei medici è una sorta di area di parcheggio, una prosecuzione pura e semplice della condizione di "studente", ancora sottopagato, senza contributi previdenziali, senza tutela della maternità, questa situazione si

protrae fino alla soglia dei trent'anni, e talvolta la supera.

Proprio in questi giorni è in atto una protesta da parte dei giovani colleghi per il ritardo dell'attuazione della normativa vigente che, neanche a farlo apposta, doveva partire dall'anno accademico in corso.

Su questo argomento si è espresso l'ultimo consiglio nazionale della FNOMCeO con un documento di pieno appoggio, approvato all'unanimità dai presidenti di tutt'Italia.

Gli stessi specializzandi lamentano una preparazione insufficiente nel saper fare, soprattutto nelle specialità chirurgiche, che si traduce in un ulteriore ritardo nel conseguire un'autonomia professionale, il che li pone in condizione di inferiorità rispetto ai colleghi di altre nazioni europee. Vale anche per i corsi di specializzazione la necessità di allargare la formazione ad attività più pratiche e ad argomenti sempre più rilevanti per una moderna medicina.

## PRESENZA FEMMINILE NELLA PROFESSIONE MEDICA

### ◆ ITALIA

◆ 33,9 %

### ◆ SARDEGNA

◆ 44,6 %

◆ CAGLIARI	46,20%
◆ NUORO	46,75%
◆ ORISTANO	42,36%
◆ SASSARI	44,72%

Se analizziamo i dati con attenzione e ci riportiamo a determinate fasce d'età la peculiarità della nostra isola ci proietta su percentuali molto diverse

sotto i 50 anni 55,67%

sotto i 30 anni 69,28%

## MEDICI IN ATTIVITA ' PER 1 MILIONE DI ABITANTI

### ◆ ITALIA

◆ 4.520

### ◆ SARDEGNA

◆ 5.424

Alcune nazioni hanno stabilito dei parametri che indicano il numero di medici necessari, vengono indicati sia il numero dei medici di base che dei vari specialisti, la programmazione tiene costantemente conto di tutte le variabili che possono influenzare l'offerta di medici.

Importante è per gli operatori della sanità il mantenimento di standard qualitativi che solo una formazione permanente può dare, è per questo motivo che abbiamo particolarmente apprezzato, nel Piano Sanitario Regionale, l'istituzione della commissione regionale per la formazione e della consulta regionale per la formazione in sanità; gli ordini rivendicano da tempo un ruolo da protagonisti nella formazione post-laurea a cui da anni si dedicano e sono perciò pronti a dare il loro fattivo contributo.

Rivendichiamo, in quanto soggetti deputati a garantire ai cittadini e alle istituzioni la qualità professionale, un ruolo ben preciso all'interno del programma ECM:

- contribuire alla rilevazione dei bisogni formativi
- valutare le attività formative e verificare il mantenimento nel tempo dei requisiti di accreditamento dei providers
- assumere diretta responsabilità di providers nell'ambito di discipline

proprie alla nostra vocazione: quali la deontologia, l'etica, la bioetica, la comunicazione.

### *Occupazione*

Non è attualmente possibile riuscire a definire, per i medici, il livello occupazionale nella nostra isola.

Così come riportato nel piano sanitario, riteniamo che sia necessaria una ricognizione dei livelli occupazionali, dell'offerta delle diverse figure professionali fatta di concerto con la regione e con le organizzazioni di categoria.

Riteniamo sia importante prestare attenzione ad un grosso problema che si è sviluppato e consolidato negli ultimi anni, sia sul territorio nazionale, sia nella nostra regione, quello dei precari, molti dei quali, oltre tutto, lavorano con contratti atipici, che comportano il dover lavorare senza avere il diritto alla malat-

tia, alla tutela della gravidanza, alle ferie, alla contribuzione, senza maturare punteggio valido per i concorsi; la necessità di veder riconfermato il contratto pone inoltre i giovani in una posizione di inferiorità rispetto a chi governa quei rinnovi.

In campo nazionale il fenomeno è stato recentemente quantificato dai sindacati intorno al 10%, e tale dato è stato confermato da esponenti del governo, invece non abbiamo idea dell'estensione del fenomeno in Sardegna.

Riteniamo che si debba trovare comunque una soluzione, anche perché molti di questi medici lavorano ormai da anni all'interno delle strutture del Servizio Sanitario Regionale dove nel frattempo hanno perfezionato la loro formazione, e perderli significherebbe rimetterci il patrimonio di professionalità che nel tempo ciascuno di loro ha costruito e dover ricorrere inoltre a nuove assunzioni che comporterebbero un ulteriore lavoro di formazione.

La sottoccupazione è un problema particolarmente spinoso, non è possibile quantificarla, ma dati nazionali darebbero un valore di circa il 10% del totale della fascia attiva, questa può essere controllata solo con un'attenta politica di programmazione che risulta essere la migliore arma a disposizione per risolvere questo ed altri problemi.

## *L'emigrazione sanitaria*

Con questo termine intendo riferirmi a quel fenomeno che ormai con sempre maggior frequenza sta interessando i nostri giovani medici, i quali, infatti, non trovando lavoro nell'isola si spostano verso il continente, ma anche all'estero.

Il fenomeno dell'emigrazione che per anni ha caratterizzato la nostra

isola continua ancora, solo che un tempo esportavamo manodopera, mentre adesso esportiamo operatori intellettuali.

## *Conclusione*

È chiaro che le problematiche della sanità sono complesse e di difficile soluzione proprio perché per anni si è preferito lasciar perdere e non prendere alcuna decisione, ma ora, se realmente si vuole cambiare la sanità, gli attori principali dell'intero processo hanno il compito di partecipare al cambiamento portando ciascuno il proprio contributo.

L'errata programmazione sanitaria, in eccesso o in difetto, è stata il tallone d'Achille di numerosi sistemi sanitari nel mondo, è dunque importante che si lavori insieme, e che ciascuno metta a disposizione della collettività le proprie competenze.

La programmazione non può e non deve riguardare l'immediato, il contingente, deve piuttosto guardare al futuro, deve pensare oggi a ciò che sarà domani.

Riuscire a capire con largo anticipo le necessità, le carenze, gli eccessi che in un futuro più o meno lontano si presenteranno, imparando anche dagli errori propri ed altrui, permetterà di progettare una sanità migliore.

Nessuno deve sentirsi investito di un ruolo dominante, ma tutti devono dare il loro contributo, perché il mondo e la società sono di tutti.

Noi, Ordini della Sardegna, consapevoli della complessità del problema, dichiarandoci pronti chiediamo di iniziare un lavoro comune che possa offrire ai cittadini la certezza di trovare risposte sicure ai loro bisogni di salute.

**Agostino Sussarellu**

# Ormai necessario programmare gli accessi degli odontoiatri

**I**ntervento del presidente della Commissione odontoiatri Pierluigi Delogu dell'Inaugurazione dell'Anno Sanitario 2007.

L'analisi della situazione sulla programmazione, la formazione e l'occupazione in Sardegna dal punto di vista odontoiatrico si può svolgere attraverso l'approfondimento dei seguenti punti salienti:

- La regolamentazione degli accessi e le prospettive sul territorio
- La formazione per creare il professionista odontoiatra
- L'abilitazione alla professione
- La formazione e la deontologia
- L'aggiornamento continuo
- I piani sanitari integrati con la formazione.

Per quanto riguarda la regolamen-

tazione degli accessi nella laurea specialistica in odontoiatria si può dire che fino ad ora non è stata fatta nessuna programmazione e i dati che elenchiamo di seguito ne sono una evidente dimostrazione.

### RAPPORTO MEDICI/ABITANTI

ITALIA	
MEDICI	1 / 165
ODONTOIATRI	1 / 1.121

SARDEGNA	
MEDICI	1 / 144
ODONTOIATRI	1 / 1.200

### NUMERO DEI MEDICI E ODONTOIATRI

ITALIA		SARDEGNA	
MEDICI	353.945	MEDICI	11.412
ODONTOIATRI	51.975	ODONTOIATRI	1.377
INCREMENTO MEDIO ULTIMO TRIENNIO		INCREMENTO MEDIO ULTIMO TRIENNIO	
MEDICI	4,4%	MEDICI	6,0%
ODONTOIATRI	24,0	ODONTOIATRI	31,7%

Nella nostra provincia, negli ultimi 10 anni, è stato registrato un incremento pari al 36% per i medici e al 34% per gli odontoiatri.

*Nei prossimi anni in Sardegna gli odontoiatri saranno più del doppio rispetto agli standard internazionali e si dovrà puntare su formazione e aggiornamento*

Per gli odontoiatri lo standard internazionale stabilisce un rapporto ottimale odontoiatra/abitanti pari a 1/2.000. Si consideri che il 70% della popolazione non accede alle cure odontoiatriche e che 15 anni fa il rapporto in Italia era di 1/2.572 !

**Aumento percentuale iscritti albo odontoiatri dal 2003 al 2006 nelle province sarde.**

	2003	2006	Diff. %
Cagliari	582	743	27,7
Nuoro	122	142	16,4
Oristano	60	85	41,7
Sassari	281	407	44,8

Isritti al corso di laurea in odontoiatria per anno in Sardegna:

Università di Cagliari 20 per anno  
 Università di Sassari 25 per anno\*

\* Sono aumentati dal 2003-4 da 10 a 25

In base a questi dati in dieci anni il numero degli iscritti aumenterà di 1/3 portando il rapporto odontoiatra /popolazione a 1:900. Nell'immediato futuro si deve adottare un numero programmato degli accessi su base coerente con il territorio, con la capacità delle strutture formative e la richiesta di prestazioni odontoiatriche.

Nell'anno accademico 2005-2006 il numero totale dei posti a livello nazionale è diminuito da 903 a 779, mentre in Sardegna è rimasto identico all'anno precedente.

Per evitare che la programmazione sia affidata a parametri slegati dalla realtà è necessario che si istituisca e operi un tavolo permanente program-

matico(università, professione, amministrazione regionale) con le seguenti finalità:

- Interscambio di informazioni
- Interscambio di proposte
- Elaborazione di un piano comune
- Valutazione delle esigenze formative e lavorative da differenti angolazioni
- Individuazione delle priorità per una sanità centrata sul paziente.

In questo modo potremo seguire un obiettivo per il futuro che porti ad una programmazione più razionale, coerente, attraverso un dialogo e collaborazione tra le parti che concorrono a una sanità sempre più vicina ai pazienti. Infine servirà ad evitare di creare false aspettative di impiego e prospettive lavorative nella popolazione studentesca.

Negli ultimi 4 anni sono stati oltre 1.000 i camici bianchi Italiani che si sono iscritti al General Medical Council (Gran Bretagna)

**Il corso di laurea in odontoiatria**

La formazione di un odontoiatra necessita attualmente di circa 5 anni, tale è infatti la durata del corso di laurea. La riforma attualmente in discussione 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 oggi entreranno nel mondo del lavoro intorno al 2014. Troveranno sicuramente una situazione lavorativa molto più critica di quella attuale ma soprattutto le università che li formano saranno chiamate ad un aspro confronto con le altre realtà nazionali ed Europee.

Esse potranno essere concorrenziali e al passo con i tempi solo se

saranno organizzate come centri di formazione di eccellenza con linee di ricerca ai primi posti nel mondo.

In Sardegna questo si potrà ottenere solo con l'ottimizzazione delle risorse formative senza voler annullare le realtà esistenti ma implementandole e vestendole con un abito più moderno e concorrenziale in Europa.

Nel corso di studi poi dovranno essere più attentamente valutati dei cardini della formazione del sanitario che per prima cosa si desumono dalla definizione di atto medico che è stata emendata dal Consiglio UEMS durante il suo incontro a Budapest, il 3-4 novembre 2006 come segue:

“L'atto medico comprende tutte le azioni professionali, vale a dire le attività scientifiche, didattiche, formative ed educative, cliniche, medicotecniche, che si eseguono per promuovere la salute ed il buon funzionamento, prevenire le malattie, fornire assistenza diagnostica o terapeutica e riabilitativa ai pazienti, individui, gruppi o comunità, nel quadro del rispetto dei valori etici e deontologici. Deve essere sempre eseguito da un medico registrato (cioè abilitato e iscritto all'ordine dei medici e degli odontoiatri) o sotto la sua diretta supervisione e/o prescrizione”.

Pertanto ci sono delle materie da inserire per integrare in modo armonico la preparazione del futuro sanitario quali:

- Psicologia (in particolare nell'approfondire il rapporto con il paziente)
- Deontologia
- Bioetica

Infine per una ottima formazione dell'odontoiatra è necessario un tirocinio pratico pre laurea per il quale devono essere presenti dei tutor che seguano i discenti con un rapporto di

1:1, anche provenienti dal mondo professionale.

Del resto anche il nuovo codice deontologico ricorda che tra i doveri del sanitario vi è la trasmissione delle sue conoscenze ai colleghi meno esperti.

Per quanto riguarda la fase post laurea è al vaglio una riforma dell'attuale sistema di accesso alla professione con esame di stato o abilitazione alla professione per l'odontoiatra.

Essa consiste in un tirocinio di 9 mesi (in strutture pubbliche e private), una prova scritta, una prova orale pratica e una commissione valutatrice che viene nominata dall'Ordine dei medici e odontoiatri.

Su questa proposta di riforma si è già espresso con un parere preliminare il garante dell'antitrust, assimilando la verifica della formazione di un sanitario alle licenze per la vendita della frutta e verdura. Io mi chiedo, cosa c'entra il garante, cosa ha a che vedere con la garanzia per la salute del cittadino/paziente? Perché il dottor Catricalà si sente in dovere di dare un parere sulla proposta di riforma dell'esame di stato per l'odontoiatria? No comment.

La parte più sostanziosa della formazione post laurea è senz'altro rappresentato dall'aggiornamento dell'odontoiatra con la Formazione continua: ECM

Per prima cosa bisogna fare chiarezza sulla necessità o meno di seguire il programma ECM da parte dei liberi professionisti che rappresentano il 90% degli Odontoiatri.

Questa è la posizione del Ministero della salute:

il programma ECM è obbligatorio per tutti i professionisti della salute; gli articoli 16-bis e 16-ter del decreto legislativo 502 prevedono, in gene-

rare, l'obbligo formativo per tutti gli "operatori sanitari".

Il Piano Sanitario 2003/2005, approvato con D.P.R. 23 maggio 2003, ha confermato chiaramente l'obbligatorietà della formazione continua per tutti i professionisti della salute.

- Il Piano Sanitario, facendo riferimento al Programma ECM, fra i dieci progetti proposti per il cambiamento, prevede, infatti, quello di "realizzare una formazione permanente di alto livello in medicina e sanità" e, al riguardo, afferma che "elemento caratterizzante del programma è la sua estensione a tutte le professioni sanitarie".

In conclusione, il Programma ECM deve ritenersi obbligatorio per tutti gli operatori sanitari dipendenti, convenzionati o liberi professionisti.

Premesso che per la componente odontoiatrica l'aggiornamento continuo ha sempre rappresentato un obbligo deontologico prima che un dovere di valore puramente notarile sono evidenti dopo la fase sperimentale di 4 anni delle criticità nel sistema ECM:

- Riduzione del tutto ad una raccolta di punti
- Disguidi burocratici
- Perplessità sugli sponsor commerciali
- Inadeguata analisi dei bisogni formativi per i libero professionisti
- Attribuzione dei crediti da parte di esperti anonimi
- Mancanza di controllo da parte di istituzioni con carattere di terzietà (Ordini)

Si registrano peraltro degli aspetti positivi dell'ECM come l'adeguata programmazione dei corsi e standardizzazione dell'offerta, il miglioramento dell'interattività tra docenti e discenti e l'obiettivo di un accreditamento dei provider di tipo qualita-

tivo. Per contro abbiamo evidenziato degli aspetti negativi quali: crediti assegnati non verificati, assenza di valutatori degli eventi durante il loro svolgimento, mancanza di autonomia per la libera professione, e ritardi nell'individuare i criteri della FAD.

Per il futuro l'esperienza maturata ci è servita a capire che il sistema si deve fondare su tre cardini organizzativi:

- 1 - Ministero: criteri generali di indirizzo per accreditare i provider a carattere nazionale e per le linee di aggiornamento
- 2 - Regione con gli stessi compiti a livello regionale
- 3 - La FNOMCeO e gli Ordini provinciali sono gli organi istituzionali che devono garantire tutto il processo

Il ruolo degli Ordini assume un valore centrale nell'aggiornamento continuo per la garanzia della qualità dei programmi formativi, il controllo della formazione continua degli iscritti e la proposta di percorsi di aggiornamento di alta valenza e, in concordanza con le iniziative del piano sanitario regionale, in campo di prevenzione primaria della carie e delle parodontopatie, screening e intercettazione delle malocclusioni, diagnosi precoce delle neoplasie orali, prevenzione del rischio biologico.

Infine cito i punti proposti alla Conferenza Stato-Regioni per il miglioramento della formazione continua che con molta chiarezza riafferma l'importanza degli Ordini professionali nella gestione e indirizzo dell'ECM.

- Trasparenza nella tempistica e nei criteri di accreditamento dei provider, definendo il ruolo delle Agenzie regionali e degli Ordini
- Percorso formativo autonomo per



il libero professionista con premio per l'aggiornamento su argomenti di maggior impatto sulla salute pubblica

- Detraibilità completa dei costi sostenuti per l'ECM
- Legittimazione della FAD
- I crediti non sono titoli qualificanti
- Formazione di Commissioni regionali ECM con rappresentanti odontoiatri nominati dalle CAO provinciali.

In conclusione sull'argomento for-

mazione e occupazione in odontoiatria ci sono tanti spunti di riflessione e tante proposte di miglioramento del sistema attuale che potranno essere raggiunte con la collaborazione di tutte le parti interessate, lasciando da parte gli interessi di categoria e ragionando in una prospettiva che metta al centro il cittadino/paziente e il miglioramento della salute odontoiatrica pubblica.

**Pierluigi Delogu**

## **PAGAMENTO DELLA TASSA ANNUALE DI APPARTENENZA ALL'ORDINE ANNO 2007**

**Si ricorda che il pagamento della tassa annuale di appartenenza all'Ordine per l'anno 2007 scadeva il 31 gennaio 2007.**

**Il concessionario incaricato della riscossione è la società SARDEGNA RISCOSSIONI SPA, che per l'anno 2007 ha utilizzato un diverso sistema di consegna degli avvisi bonari di pagamento.**

**Considerato che sono stati segnalati disguidi nella consegna degli avvisi bonari, si pregano gli iscritti che non avessero ancora provveduto al pagamento della tassa annuale per l'anno 2007 a recarsi direttamente agli sportelli territoriali della società SARDEGNA RISCOSSIONI SPA - oggi EQUITALIA SPA.**

# Documento approvato dal Consiglio dell'Ordine

## Comportamento deontologico e comunicazione fra colleghi

**N**ell'esigenza di migliorare il comportamento deontologico e la comunicazione fra i medici ospedalieri ed universitari, medici specialisti ambulatoriali e tutti i medici del territorio, l'Ordine ripropone il documento che definisce i compiti dei colleghi in merito a prescrizioni, proposte di ricovero e accertamenti.

Il Consiglio dell'Ordine si impegna a divulgarlo capillarmente e chiede una fattiva collaborazione da parte di tutti i colleghi e da parte delle Aziende Sanitarie della Provincia.

### **Il ricovero ospedaliero può avvenire**

- A** Su proposta del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, con indicazione della diagnosi presunta o accertata, accompagnata dalla scheda di accesso o da una relazione clinica con informazione sulla terapia domiciliare praticata.
- B** Su proposta dello specialista del reparto, il quale prescriverà direttamente, sugli appositi moduli, gli esami prericovero o preoperatori occorrenti (in questo caso esenti dal pagamento del ticket), senza necessità di ulteriore richiesta da parte del medico curante.

### **Il ricovero ospedaliero urgente può essere effettuato**

- A**) Su proposta di un medico del territorio (medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, medico di guardia medica, medico del 118): in tale circostanza, è opportuno, successivamente al ricovero, un contatto telefonico del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta con il medico del reparto o l'invio della scheda di accesso con relativa terapia domiciliare.
- B**) Su accesso diretto del paziente al Pronto Soccorso: in tale evenienza si auspica, qualora insorgano difficoltà e comunque per avere notizie più precise sulla storia clinica del paziente, che sia il medico stesso del reparto a contattare il medico curante.
- C**) Su proposta diretta dello specialista che in questo caso contatterà il reparto per dare ulteriori e opportune informazioni sul paziente.

Si fa presente la necessità che ogni medico sia in possesso di un timbro, personale e/o del reparto, in cui sia presente un recapito telefonico in modo da agevolare la comunicazione fra colleghi.

Durante la degenza è auspicabile che vi siano contatti tra il medico del reparto e il medico curante del paziente.

Durante il ricovero del paziente tutti i farmaci sono a carico della struttura ospedaliera (anche quella privata in convenzione) che li eroga, su prescrizione del reparto, tramite la rispettiva farmacia ospedaliera.

### ***Il medico del reparto alla dimissione dovrebbe:***

**A)** Predisporre una relazione clinica accurata per il medico curante, nella quale andranno indicati gli accertamenti clinici effettuati, le terapie eseguite e la terapia proposta.

Onde evitare di gravare sulla spesa farmaceutica, sarebbe opportuno sostituire i farmaci, assunti dal paziente precedentemente al ricovero, solo se strettamente necessario e preferibilmente parlandone con il medico curante.

Nella prescrizione della terapia, si suggerisce di formulare l'eventuale consiglio terapeutico indicando il nome del farmaco, la classe di appartenenza (sempre nel rispetto delle note AIFA e delle indicazioni terapeutiche del farmaco), con formulazione di piano terapeutico ove previsto, al fine di evitare problematiche fra il medico curante e il paziente.

**B)** Prescrivere la prima visita di controllo dopo il ricovero, che insieme agli accertamenti diagnostico-strumentali e alle prestazioni alla stessa collegati sono esenti dal pagamento del ticket in quanto richiesti dal medico del reparto per completare la diagnosi di dimissione.

**C)** Disporre il ritiro da parte del paziente dei farmaci prescritti alla dimissione presso la farmacia in-

terna ospedaliera che li dispenserà nella quantità necessaria al primo ciclo terapeutico (circa un mese)

In caso di prescrizione di terapia con analgesici stupefacenti, tali farmaci possono essere consegnati, per un massimo di tre giorni, ricorrendo alla disponibilità del reparto, e scaricati nell'apposito registro con nota di consegna alla dimissione.

**D)** Programmare la dimissione di un paziente che necessita di "assistenza domiciliare integrata", contattando, con il necessario anticipo, il medico curante e l'équipe dell'ADI, in modo tale che la valutazione del paziente avvenga già presso il reparto.

**E)** Certificare l'eventuale malattia post ricovero, con relativa prognosi.

A questo proposito si ricorda che l'INPS accetta i certificati, su carta intestata, compilati sia dai medici delle strutture pubbliche, sia dagli specialisti convenzionati nonché dai libero-professionisti.

### ***Consulenze specialistiche:***

**A)** Il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta, nel richiedere una visita specialistica, devono sempre specificare, in maniera chiara e leggibile, la diagnosi certa o presunta ed eventualmente ogni ulteriore notizia utile all'inquadramento del problema del paziente.

**B)** Lo specialista deve sempre rispondere al medico di fiducia, in maniera altrettanto chiara e leggibile, specificando diagnosi,

eventuali proposte di esami e terapie consigliata.

Si suggerisce di formulare l'eventuale consiglio terapeutico indicando preferibilmente il nome del farmaco, la classe di appartenenza e/o le eventuali note. Nel caso di modifica necessaria della terapia, sarebbe utile motivare la sostituzione del farmaco e/o parlare col medico curante.

Alla lettera, firmata in maniera leggibile, deve essere apposto il timbro personale e/o del reparto, con relativo recapito telefonico.

- C) Lo specialista che deve richiedere ulteriori accertamenti necessari per la diagnosi, deve effettuare direttamente le prescrizioni comunicandole comunque al medico di fiducia nella lettera di risposta. Fanno eccezione gli specialisti convenzionati esterni ai quali, per disposizioni nazionali e regionali, non è stato fornito il ricettario del Servizio Sanitario Nazionale

Qualora lo specialista sia un libero professionista e/o uno specialista convenzionato esterno, il medico di fiducia, nel prescrivere, se condivisi, gli esami indicati, barrerà la casella "Suggerito".

Si ricorda che in base al Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale della Regione Sardegna, esistono degli esami come la TC e la RM che vanno prescritti dallo specialista della branca.

Nel caso di richiesta o di indicazione alla prescrizione di un medico libero professionista o di uno specialista convenzionato esterno o di struttura privata accreditata o a seguito di indicazione specialistica di altra strut-

tura pubblica extra Asl, il medico di medicina generale ed il pediatra di libera scelta possono effettuare la prescrizione, sempre secondo scienza e coscienza, barrando la casella della ricetta "suggerito" e allegando la copia della richiesta specialistica, tenendone eventualmente copia agli atti. Tale comportamento eviterebbe disagi ai pazienti.

- D) La richiesta di visita di controllo, soprattutto se a breve distanza dalla prima, va effettuata direttamente dallo specialista; fanno eccezione gli specialisti ambulatoriali convenzionati esterni, ai quali ciò è vietato.

Si ricorda che ogni relazione clinica e ogni referto medico va redatto in maniera chiara e leggibile o preferibilmente dattiloscritto.

Per finire sottolineiamo l'importanza della collaborazione fra tutti i medici sia del territorio che ospedalieri con rispetto reciproco delle rispettive competenze e con impegno nel definire una condivisione di un processo assistenziale che ha come fine la tutela della salute del cittadino.

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Sassari è convinto che la condivisione di tali raccomandazioni possa risolvere numerose problematiche deontologiche coinvolgenti tutti i medici e i cittadini pazienti.

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

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

# Le nuove norme sull'informazione sanitaria

Con la Legge "Bersani" del 4 agosto del 2006 n. 248 sulle liberalizzazioni delle professioni intellettuali, sono state introdotte, tra le altre modifiche sostanziali in campo di "pubblicità sanitaria". L'intenzione del legislatore è quella di aumentare le informazioni indirizzate ai cittadini-pazienti in campo sanitario da parte dei professionisti e/o delle strutture sanitarie, per avere una visione più completa della qualifica dei sanitari, delle prestazioni erogate e del servizio offerto, in modo da effettuare una scelta ponderata delle proprie terapie. Nella stessa legge si dava una scadenza al 31 dicembre del 2006, per gli Ordini professionali di adeguamento dei propri codici e regolamenti al fine di ampliare le possibilità in campo di "pubblicità".

Allo stesso tempo gli Ordini professionali mantengono il loro ruolo di garanti della veridicità, coerenza e decoro dell'informazione diretta ai pazienti. Su tali presupposti la Federazione Nazionale degli Ordini dei medici e degli odontoiatri, attraverso il Consiglio Nazionale degli Ordini provinciali ha elaborato e poi approvato un nuovo Codice Deontologico e delle linee guida proprio in campo di pubblicità sanitaria in data 16 dicembre 2006. Queste regole sono state già modificate dal Consiglio Nazionale degli OMCEO in 24 febbraio 2007 poiché durante il mese di gennaio 2007 sono sopraggiunte due

novità: una sentenza della Cassazione che giudica abrogata la legge 175 del 92 "Volponi" sulla pubblicità sanitaria e sulla necessità di autorizzazione per la stessa, sulla base di un opinabile interpretazione della recente "legge Bersani".

Una richiesta ufficiale del Garante dell'antitrust delle modifiche introdotte nei codici e regolamenti dei vari Ordini professionali per la liberalizzazione della pubblicità a garanzia della libera concorrenza.

Le modifiche introdotte sono riassunte da un documento di indirizzo per le procedure di valutazione sulla informazione della pubblicità sanitaria e con delle modifiche degli articoli del codice e delle linee guida sugli stessi argomenti. Questi documenti ve li sottoponiamo integralmente per avere una visione più chiara del problema.

In sintesi dal 1 aprile del 2007 non sarà più necessario il nulla osta dell'Ordine competente e l'autorizzazione del sindaco per la pubblicità sanitaria con i vari mezzi disponibili (targhe, giornali, elenchi, interne etc.), ma per adempiere alla sua funzione di garante della veridicità, coerenza e decoro dell'informazione l'Ordine chiederà una autodichiarazione preventiva sui contenuti dell'informazione sanitaria e darà un parere sul rispetto dei principi espressi dalle linee guida allegate al codice deontologico e sulla veridicità dei titoli dichiarati.

*Le regole  
recepite  
nel nuovo  
Codice  
deontologico:  
non più  
il nulla osta  
dell'Ordine,  
basterà  
l'autocertificazione  
dei contenuti*

In conclusione permettetemi una mia valutazione personale sull'argomento. Siamo di fronte ad un cambiamento radicale nell'approccio con il cittadino/paziente che potrà essere realmente un vantaggio per tutti solo se ognuno di noi assumerà una forte autodeterminazione dei valori che ci contraddistinguono in qualità di medici e odontoiatri votati a assistere, al

2004, n. 112; meglio, i pazienti mantenendo sempre un rapporto di correttezza nei loro confronti e nei confronti dei colleghi.

Valori che sono presenti nel giuramento che ognuno di noi ha fatto al momento dell'inizio della propria professione.

**Pierluigi Delogu**

## ***I messaggi pubblicitari e il ruolo degli Ordini***

*Il Comitato Centrale della FNOM-CeO, riunito a Roma il 23 febbraio 2007, ha approvato una deliberazione che modifica le regole delle linee guida sulla pubblicità sanitaria. Ecco il testo:*

VISTO l'articolo 2, comma 1, lett. b), della legge 4 agosto 2006, n. 248 che testualmente sancisce: "Sono abrogate le disposizioni legislative e regolamentari che prevedono con riferimento alle attività libero professionali e intellettuali il divieto, anche parziale, di svolgere pubblicità informativa circa i titoli e le specializzazioni professionali, le caratteristiche del servizio offerto nonché il prezzo e i costi complessivi delle prestazioni secondo criteri di trasparenza e veridicità del messaggio il cui rispetto è verificato dall'Ordine";

VISTA la legge 5 febbraio 1992, n. 175 così come modificata dall'articolo 3 della legge 26 febbraio 1999, n. 42, dall'articolo 12 della legge 14 ottobre 1999, n. 362 e dal comma 8 dell'articolo 7 della legge 3 maggio

VISTO il decreto legislativo 9 aprile 2003, n. 70 "Attuazione della direttiva comunitaria 2001/31/CE" relativa a taluni aspetti giuridici dei servizi della società dell'informazione nel mercato interno, con particolare riferimento al commercio elettronico;

VISTI gli articoli 55, 56 e 57 del Codice di Deontologia Medica approvato in data il 16 dicembre 2006 e la Linea-guida sulla pubblicità dell'informazione sanitaria allegata al Codice di Deontologia Medica;

VISTA la sentenza della Corte di Cassazione n. 652/2007;

VISTE le risultanze della riunione del 30 gennaio 2007 della Commissione tecnico-giuridica della Federazione;

VISTE le risultanze della riunione del 6 febbraio 2007 della Commissione sulla pubblicità sanitaria;

CONSIDERATO che occorre individuare orientamenti comuni finalizzati a consentire agli Ordini provinciali di svolgere, in modo omogeneo e coerente il ruolo di verifica della trasparenza e veridicità dei messaggi pubblicitari così come stabilito nel già citato articolo 2, comma 1, lett. b), della legge 4 agosto 2006, n. 248;

CONSIDERATO che gli Ordini provinciali, anche prima dell'entrata in vigore della legge 4 agosto 2006, n. 248 non dovevano provvedere a rilasciare alcun provvedimento auto-

rizzatorio nei confronti dei messaggi pubblicitari proposti dagli iscritti ma che avevano solo il compito di rilasciare un nullaosta, quale parere obbligatorio ma non vincolante nei confronti degli enti territoriali, titolari del potere di adottare l'autorizzazione prevista dagli articoli 2 e 5 della legge 175/92;

CONSIDERATO che la sentenza della Corte di Cassazione n.652/2007 non ha in alcun modo modificato l'interpretazione del quadro normativo preesistente, essendosi espressa in via incidentale sulla materia;

CONSIDERATA la necessità di sostituire al comma 2 dell'articolo 56 del Codice di deontologia medica la dizione: "autorizzata dall'Ordine" con "verificata dall'Ordine";

CONSIDERATO altresì che in relazione a quanto previsto nella presente deliberazione occorre modificare ed integrare in parte alcune indicazioni previste nella Linea-guida sulla pubblicità dell'informazione sanitaria allegata al Codice di Deontologia medica;

VISTO l'articolo 15, comma 1, lett. b), del DLCPS 13 settembre 1946, n. 233 relativo all'attribuzione di coordinare e promuovere l'attività degli Ordini;

### DELIBERA

– ogni messaggio pubblicitario, svolto dai medici e dagli odontoiatri in materia sanitaria a titolo individuale, in forma societaria o comunque nelle loro funzioni di Direttori Sanitari di strutture autorizzate, deve essere rispondente alle disposizioni deontologiche di cui agli art. 55, 56, e 57 del vigente Codice di deontologia e alla Linea-guida sulla pubblicità dell'informazione sanitaria allegata

al Codice, relativamente ai contenuti, ai mezzi e alle forme dell'informazione sanitaria;

- gli Ordini, ai fini degli obblighi della verifica deontologica prevista nell'articolo 2, comma 1, lett. b), della legge 4 agosto 2006, n. 248 cui corrisponde l'esercizio della potestà disciplinare in caso di accertata violazione delle norme, promuovono iniziative ed attivano procedure idonee a favorire la comunicazione da parte degli iscritti dei propri messaggi pubblicitari;
- a partire dal 1° aprile 2007, fatta salva la pubblicità già oggetto di specifica autorizzazione da parte degli Ordini o degli altri enti allo scopo abilitati, la comunicazione di cui sopra dovrà avvenire tramite una specifica dichiarazione, rilasciata dall'iscritto, di conformità del messaggio pubblicitario alle norme del Codice di deontologia e a quanto previsto nella Linea-guida sulla pubblicità dell'informazione sanitaria allegata al Codice stesso.

La mancata comunicazione preventiva ha rilievo disciplinare solo nel caso in cui il messaggio non sia, alla verifica, conforme alle norme deontologiche;

- gli Ordini devono attivare strutture e procedure di consulenza per i propri iscritti, al fine della valutazione preventiva e precauzionale del messaggio, allo scopo di prevenire e contenere il contenzioso disciplinare;
- gli Ordini, qualora formalmente richiesti, sono tenuti a rilasciare il "nulla osta" previsto dalla legge 175/92 che gli enti territoriali (Comuni e Regioni) dovessero esigere nel procedimento, quale atto indefettibile della procedura amministrativa;

- ai fini della tutela della dignità e del decoro, i mezzi, le forme e gli strumenti indicati nella legge 175/92 e nel DM 657/94 per la diffusione dei messaggi pubblicitari conservano piena rispondenza alle disposizioni del vigente codice di deontologia anche a seguito delle innovazioni legislative introdotte in materia;
- la dizione “autorizzata dall’Ordine” di cui al comma 2 dell’articolo 56 del codice di deontologia Medica viene sostituita con “verificata dall’Ordine”;
- il testo della Linea-guida sulla pubblicità dell’informazione sanitaria, approvato il 16 dicembre 2006, viene modificato secondo gli orientamenti contenuti nella presente deliberazione;
- il testo dell’articolo 56 del nuovo Codice di deontologia medica e della Linea-guida sulla pubblicità dell’informazione sanitaria fanno parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- al fine di esercitare le funzioni di indirizzo e coordinamento dell’attività degli Ordini di cui all’arti-

colo 15, lett. b), del DLCPS 233/46, la FNOMCeO costituisce l’Osservatorio nazionale sulla pubblicità dell’informazione sanitaria, coordinato dal segretario della federazione e composto da un gruppo tecnico-giuridico e da responsabili istituzionali degli Ordini provinciali, da individuare con apposita deliberazione del Comitato centrale.

L’Osservatorio avrà compiti di monitoraggio sull’efficacia delle procedure attuate, di sviluppo degli orientamenti in materia di nomenclatore delle attività sanitarie e di valutazione degli elementi costitutivi i costi delle prestazioni infine di consulenza agli Ordini provinciali al fine di rendere uniformi e coerenti i comportamenti degli stessi. entro dicembre 2007, l’osservatorio provvede alla definizione di un primo specifico rapporto al Comitato centrale, anche allo scopo di motivare eventuali proposte al Consiglio nazionale di adeguamenti ed integrazioni alle procedure di verifica e alla Linea-guida sulla pubblicità dell’informazione allegata al Codice.

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

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



# *Le linee guida in applicazione del Codice di deontologia medica*

## **1. PREMESSA**

La presente linea-guida in attuazione degli artt. 55-56-57 del Codice di Deontologia Medica è riferita a qualsivoglia forma di pubblicità dell'informazione, comunque e con qualsiasi mezzo diffusa, compreso l'uso di carta intestata e di ricettari, utilizzata nell'esercizio della professione in forma individuale o societaria o comunque nello svolgimento delle funzioni di Direttore sanitario di strutture autorizzate.

## **2. DEFINIZIONI**

Ai fini della presente linea-guida, si intendono:

**Prestatore di servizi:** la persona fisica (medico o odontoiatra) o giuridica (struttura sanitaria pubblica o privata) che eroga un servizio sanitario. Nella presente linea-guida si usa la parola "medico" al posto di "prestatore di servizi", pur riferendosi ugualmente a persone fisiche o giuridiche.

**Pubblicità:** qualsiasi forma di messaggio, in qualsiasi modo diffuso, con lo scopo di promuovere le prestazioni professionali in forma singola o societaria. La pubblicità deve essere, comunque, riconoscibile, veritiera e corretta.

**Pubblicità ingannevole:** qualsiasi pubblicità che in qualunque modo, compresa la sua presentazione, sia idonea ad indurre in errore le persone fisiche o giuridiche alle quali è rivolta o che essa raggiunge, e che, a

causa del suo carattere ingannevole, possa pregiudicare il loro comportamento.

**Pubblicità comparativa:** qualsiasi pubblicità che pone a confronto in modo esplicito o implicito uno o più concorrenti di servizi rispetto a quelli offerti da chi effettua la pubblicità.

**Informazione sanitaria:** qualsiasi notizia utile e funzionale al cittadino per la scelta libera e consapevole di strutture, servizi e professionisti. Le notizie devono essere tali da garantire sempre la tutela della salute individuale e della collettività.

## **3. Elementi costitutivi dell'informazione sanitaria**

Il medico su ogni comunicazione informativa dovrà inserire:

- nome e cognome
- il titolo di medico chirurgo e/o odontoiatra
- il domicilio professionale

L'informazione tramite siti Internet deve essere rispondente al D.Lgs n. 70 del 9 aprile 2003 e dovrà contenere:

- il nome, la denominazione o la ragione sociale;
- il domicilio o la sede legale;
- gli estremi che permettono di contattarlo rapidamente e di comunicare direttamente ed efficacemente, compreso l'indirizzo di posta elettronica;
- l'Ordine professionale presso cui è iscritto e il numero di iscrizione;

- gli estremi della laurea e dell'abilitazione e l'università che li ha rilasciati;
- la dichiarazione, sotto la propria responsabilità, che il messaggio informativo è diramato nel rispetto della presente linea guida;
- il numero della partita IVA qualora eserciti un'attività soggetta ad imposta.

Inoltre dovrà contenere gli estremi della comunicazione inviata all'Ordine provinciale relativa all'autodichiarazione del sito Internet rispondente ai contenuti della presente linea-guida.

I siti devono essere registrati su domini nazionali italiani e/o dell'Unione Europea, a garanzia dell'individuazione dell'operatore e del committente pubblicitario.

#### **4. Ulteriori elementi dell'informazione**

I titoli di specializzazione, di libera docenza, i master universitari, dottorati di ricerca, i titoli di carriera, titoli accademici ed eventuali altri titoli. I titoli riportati devono essere verificabili; a tal fine è fatto obbligo indicare le autorità che li hanno rilasciati e/o i soggetti presso i quali otternerne conferma;

- il curriculum degli studi universitari e delle attività professionali svolte e certificate anche relativamente alla durata, presso strutture pubbliche o private, le metodiche diagnostiche e/o terapeutiche effettivamente utilizzate e ogni altra informazione rivolta alla salvaguardia e alla sicurezza del paziente, certificato negli aspetti quali-quantitativi dal direttore o responsabile sanitario;
- il medico non specialista può fare menzione della particolare disci-

plina specialistica che esercita, con espressioni che ripetano la denominazione ufficiale della specialità e che non inducano in errore o equivoco sul possesso del titolo di specializzazione, quando abbia svolto attività professionale nella disciplina medesima per un periodo almeno pari alla durata legale del relativo corso universitario di specializzazione presso strutture sanitarie o istituzioni private a cui si applicano le norme, in tema di autorizzazione e vigilanza, di cui all'art. 43 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833. L'attività svolta e la sua durata devono essere comprovate mediante attestato rilasciato dal direttore o dal responsabile sanitario della struttura o istituzione:

- nell'indicazione delle attività svolte e dei servizi prestati può farsi riferimento al tariffario nazionale o ai nomenclatori regionali. L'Ordine valuterà l'indicazione di attività non contemplate negli elenchi di cui sopra, in modo particolare le cosiddette medicine e pratiche non convenzionali già individuate quale atto medico dalla FNOMCeO e, comunque, per tali finalità già oggetto di specifiche deliberazioni del Comitato Centrale. In ogni caso dovranno restare escluse le attività manifestamente di fantasia o di natura meramente reclamistica, che possono attrarre i pazienti sulla base di indicazioni non concrete o veritiere;
- ogni attività oggetto di informazione deve fare riferimento a prestazioni sanitarie effettuate direttamente dal professionista e, ove indicato, con presidi o attrezzature esistenti nel suo studio. In ogni

caso l'effettiva disponibilità di quanto necessario per l'effettuazione della prestazione nel proprio studio costituirà elemento determinante di valutazione della veridicità e trasparenza del messaggio pubblicitario;

- pagine dedicate all'educazione sanitaria in relazione alle specifiche competenze del professionista;
- l'indirizzo di svolgimento dell'attività, gli orari di apertura, le modalità di prenotazione delle visite e degli accessi ambulatoriali e/o domiciliari, l'eventuale presenza di collaboratori e di personale con l'indicazione dei relativi profili professionali e, per le strutture sanitarie, le branche specialistiche con i nominativi dei sanitari afferenti e del sanitario responsabile. Può essere pubblicata una mappa stradale di accesso allo studio o alla struttura;
- le associazioni di mutualità volontaria con le quali ha stipulato convenzione;
- laddove si renda necessario ai fini della chiarezza informativa e nell'interesse del paziente, il medico utilizza, ove non già previsto, il cartellino o analogo mezzo identificativo fornito dall'Ordine;
- nel caso in cui il professionista desideri informare l'utenza circa le indagini statistiche relative alle prestazioni sanitarie, deve fare esclusivo riferimento ai dati resi pubblici e/o e comunque elaborati dalle autorità sanitarie competenti.

In caso di utilizzo dello strumento Internet è raccomandata la conformità dell'informazione fornita ai principi dell'HONCode, ossia ai criteri di qualità dell'informazione sanitaria in rete. Inoltre in tali forme di informazione possono essere presenti:

- collegamenti ipertestuali purché rivolti soltanto verso autorità, organismi e istituzioni indipendenti (ad esempio: Ordini professionali, Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Servizio Sanitario Regionale, Università, Società Scientifiche);
- spazi pubblicitari tecnici al solo scopo di fornire all'utente utili strumenti per la navigazione (ad esempio: collegamenti per prelevare software per la visualizzazione dei documenti, per la compressione dei dati, per il download dei files).

## 5. Regole deontologiche

Quale che sia il mezzo o lo strumento comunicativo usato dal medico:

- non è ammessa la pubblicità ingannevole, compresa la pubblicazione di notizie che ingenerino aspettative illusorie, che siano false o non verificabili, o che possano procurare timori infondati, spinte consumistiche o comportamenti inappropriati;
- non è ammessa la pubblicazione di notizie che rivestano i caratteri di pubblicità personale surrettizia, artificialmente mascherata da informazione sanitaria;
- non è ammessa la pubblicazione di notizie che siano lesive della dignità e del decoro della categoria o comunque eticamente disdicevoli;
- non è ammesso ospitare spazi pubblicitari, a titolo commerciale con particolare riferimento ad aziende farmaceutiche o produttrici di dispositivi o tecnologie operanti in campo sanitario, né, nel caso di internet, ospitare collegamenti ipertestuali ai siti di tali aziende o comunque a siti commerciali;

- per quanto concerne la rete Internet, il sito web non deve ospitare spazi pubblicitari o link riferibili ad attività pubblicitaria di aziende farmaceutiche o tecnologiche operanti in campo sanitario;
  - non è ammessa la pubblicità e la vendita, né in forma diretta, né, nel caso di Internet, tramite collegamenti ipertestuali, di prodotti, dispositivi, strumenti e di ogni altro bene o servizio;
  - è consentito diffondere messaggi informativi contenenti le tariffe delle prestazioni erogate, fermo restando che le caratteristiche economiche di una prestazione non devono costituire aspetto esclusivo del messaggio informativo.
- portamento; va altresì riportato che trattasi di corrispondenza aperta;
  - è rigorosamente vietato inviare messaggi contenenti dati sanitari di un paziente ad altro paziente o a terzi;
  - è rigorosamente vietato comunicare a terzi o diffondere l'indirizzo di posta elettronica dei pazienti, in particolare per usi pubblicitari o per piani di marketing clinici;
  - qualora il medico predisponga un elenco di pazienti suddivisi per patologia, può inviare messaggi agli appartenenti alla lista, evitando che ciascuno destinatario possa visualizzare dati relativi agli altri appartenenti alla stessa lista;
  - l'utilizzo della posta elettronica nei rapporti fra colleghi ai fini di consulto è consentito purché non venga fornito il nominativo del paziente interessato, né il suo indirizzo, né altra informazione che lo renda riconoscibile, se non per quanto strettamente necessario per le finalità diagnostiche e terapeutiche;
  - la disponibilità di sistemi di posta elettronica sicuri e attrezzati alla corrispondenza chiusa, può consentire la trasmissione di dati sensibili per quanto previsto dalla normativa sulla tutela dei dati personali.

## **6. Pubblicità dell'informazione tramite Internet**

Per le forme di pubblicità dell'informazione tramite Internet, il professionista dovrà comunicare all'Ordine provinciale di iscrizione (in caso di strutture sanitarie tale onere compete al direttore sanitario) di aver messo in rete il sito, dichiarando la conformità deontologica alla presente linea-guida.

## **7. Utilizzo della posta elettronica per motivi clinici**

L'utilizzo della posta elettronica (e-mail) nei rapporti con i pazienti è consentito purché vengano rispettati tutti i criteri di riservatezza dei dati e dei pazienti cui si riferiscono ed in particolare alle seguenti condizioni:

- ogni messaggio deve contenere l'avvertimento che la visita medica rappresenta il solo strumento diagnostico per un efficace trattamento terapeutico e che i consigli forniti via e-mail vanno intesi come meri suggerimenti di com-

## **8. Utilizzo delle emittenti radiotelevisive nazionali e locali, di organi di stampa e altri strumenti di comunicazione e diffusione delle notizie**

Nel caso di informazione sanitaria, il medico che vi prende parte a qualsiasi titolo non deve, attraverso lo strumento radiotelevisivo, gli organi di stampa e altri strumenti di comuni-

cazione, concretizzare la promozione o lo sfruttamento pubblicitario del suo nome o di altri colleghi. Il medico è comunque tenuto al rispetto delle regole deontologiche previste al punto 5) della presente linea-guida.

Nel caso di pubblicità dell'informazione sanitaria il medico è tenuto al rispetto di quanto previsto ai punti 3) 4) e 5) della presente linea-guida.

## **9. Verifica e valutazione deontologica**

I medici chirurghi e gli odontoiatri iscritti agli albi professionali sono tenuti al rispetto della presente linea-guida comunicando all'Ordine competente per territorio il messaggio pubblicitario che si intende proporre onde consentire la verifica di cui all'art. 56 del Codice stesso.

La verifica sulla veridicità e trasparenza dei messaggi pubblicitari potrà essere assicurata tramite una specifica autodichiarazione, rilasciata dagli iscritti, di conformità del messaggio pubblicitario, degli strumenti e dei mezzi utilizzati alle norme del Codice di deontologia medica e a quanto previsto nella presente linea-guida sulla pubblicità dell'informazione sanitaria.

Gli iscritti potranno altresì avvalersi di una richiesta di valutazione preventiva e precauzionale da presentare ai rispettivi Ordini di appartenenza sulla rispondenza della propria comunicazione pubblicitaria alle norme del Codice di deontologia medica.

L'Ordine provinciale, ricevuta la suddetta richiesta, provvederà al rilascio di formale e motivato parere di eventuale non rispondenza deontologica.

L'inosservanza di quanto previsto

dal Codice secondo gli orientamenti della presente linea-guida è punibile con le sanzioni comminate dagli organismi disciplinari previsti dalla legge.

La FNOMCeO predisporrà laddove opportuno ulteriori atti di indirizzo e coordinamento.

## **ARTICOLI DEL CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA SU INFORMAZIONE SANITARIA E PUBBLICITÀ**

### **Art. 55**

#### **Informazione sanitaria**

Nella comunicazione in materia sanitaria è sempre necessaria la massima cautela al fine di fornire una efficace e trasparente informazione al cittadino .

Il medico deve attenersi in materia di comunicazione ai criteri contenuti nel presente Codice in tema di pubblicità e informazione sanitaria; l'Ordine vigila sulla corretta applicazione dei criteri stessi.

Il medico collabora con le istituzioni pubbliche al fine di una corretta informazione sanitaria ed una corretta educazione alla salute.

### **Art. 56**

#### **Pubblicità dell'informazione sanitaria**

La pubblicità dell'informazione in materia sanitaria, fornita da singoli o da strutture sanitarie pubbliche o private, non può prescindere, nelle forme e nei contenuti, da principi di correttezza informativa, responsabilità e decoro professionale.

La pubblicità promozionale e comparativa è vietata.

Per consentire ai cittadini una scelta libera e consapevole tra strutture, servizi e professionisti è indi-

spensabile che l'informazione, con qualsiasi mezzo diffusa, non sia arbitraria e discrezionale, ma obiettiva, veritiera, corredata da dati oggettivi e controllabili e autorizzata dall'Ordine competente per territorio.

Il medico che partecipa, collabora od offre patrocinio o testimonianza alla informazione sanitaria non deve mai venir meno a principi di rigore scientifico, di onestà intellettuale e di prudenza, escludendo qualsiasi forma anche indiretta di pubblicità commerciale personale o a favore di altri.

Il medico non deve divulgare notizie su avanzamenti nella ricerca bio-

medica e su innovazioni in campo sanitario, non ancora validate e accreditate dal punto di vista scientifico in particolare se tali da alimentare infondate attese e speranze illusorie.

#### Art. 57

#### **Divieto di patrocinio**

Il medico singolo o componente di associazioni scientifiche o professionali non deve concedere avallo o patrocinio a iniziative o forme di pubblicità o comunque promozionali a favore di aziende o istituzioni relativamente a prodotti sanitari o commerciali

## **RICHIESTA CERTIFICATI**

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

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

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

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

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

*Troppi rischi dal termovalorizzatore*

## *Il mega inceneritore di Ottana e la gestione (sbagliata) dei rifiuti*

**R**iceviamo e volentieri pubblichiamo un documento inviato dal dottor Vincenzo Migalettu referente dell'Associazione Medici per l'Ambiente - ISDE Italia. Tale documento, scritto a tre mani da Legambiente Macomer, WWF Sardegna e l'Associazione Medici per l'Ambiente - ISDE Italia, esprime un parere sul megainceneritore che si vorrebbe costruire ad Ottana e sulla gestione dei rifiuti. È bene ricordare a tutti che il nuovo Codice deontologico sottolinea che il medico è coinvolto in prima persona nella tutela dell'ambiente in quanto responsabile della salute del cittadino. Si vuole quindi sottolineare quanto sia importante che i medici, insieme alle associazioni ambientaliste, prendano posizione sui problemi ambientali anche portando avanti campagne informative a favore dei cittadini su tali argomenti. L'articolo 5, che riportiamo integralmente, non ha bisogno di commenti.

**Chiara Musio**

### **Art. 5 - Educazione alla salute e rapporti con l'ambiente**

Il medico è tenuto a considerare l'ambiente nel quale l'uomo vive e lavora quale fondamentale determinante della salute dei cittadini. A tal fine il medico è tenuto a promuovere una cultura civile tesa all'utilizzo appropriato delle risorse naturali, anche allo scopo di garantire alle future generazioni la fruizione di un ambiente vivibile. Il medico favorisce e partecipa alle iniziative di prevenzione, di tutela della salute nei luoghi di lavoro e di promozione della salute individuale e collettiva.

## *Il documento di medici, WWF e Legambiente*

Le associazioni Medici per l'Ambiente, Legambiente, WWF, che operano nella provincia di Nuoro, appoggiano senza riserve il Comitato Popolare delle Comunità dei paesi che vivono nelle zone limitrofe a Ottana che sono contrarie al mega-inceneritore di Ottana.

La scelta della regione Sardegna di

realizzare un termovalorizzatore da 20 Mw nell'area industriale di Ottana-Bolotana si propone come un ulteriore attacco alla loro salute, all'ambiente e allo sviluppo economico complessivo.

Le tre associazioni considerano frammentario e irrazionale il metodo usato dai consigli comunali, provinciali e regionali, nell'affrontare le problematiche legate ai rifiuti solidi e urbani e ai rifiuti speciali. Infatti, considerano importanti gli inceneritori perché producono energia bruciando i rifiuti e altrettanto impor-

*Le associazioni Medici per l'Ambiente appoggiano le popolazioni contrarie all'impianto*

tante la raccolta differenziata che ha come obiettivo la valorizzazione dei rifiuti.

Questo tipo di impostazione deve essere rifiutata.

– L'inceneritore di Ottana e la raccolta differenziata operano in contrapposizione per i seguenti motivi:

I rifiuti prodotti in Sardegna in un anno sono 850.000 t;

– Per produrre l'energia prevista, gli inceneritori devono bruciare CDR, cioè quello che rimane da una raccolta differenziata spinta, e ne devono bruciare 200.000 t/anno;

– Per ottenere tale quantità di CDR si dovrà partire da una quantità di rifiuti tal quali di circa 1.000.000 t/anno;

– Questo potrebbe significare che ad Ottana si brucerà, oltre alla metà del CDR che si potrà produrre in Sardegna, anche una quota consistente di CDR proveniente da altre regioni d'Italia;

– Oppure si bruceranno rifiuti tal quali e la raccolta differenziata è condannata a sicuro fallimento;

La delibera n°6/5 del 14/02/06 parla di frazione secca da incenerire pari al 50% di rifiuti decisamente troppo elevata. Anche in questo caso significa non fare una buona raccolta differenziata ed inviare all'incenerimento materiale indifferenziato, con un controllo della combustione problematico e che si tradurrebbe in emissioni altrettanto indifferenziate e poco controllabili.

Inoltre l'inceneritore di Ottana concentra i carichi ambientali e sanitari nelle zone circostanti.

Il territorio sarà percorso da una quantità elevata di mezzi di trasporto con i rifiuti di mezza Sardegna con

conseguente aumento di gas serra in contrasto con il protocollo di Kyoto.

Si aggiungeranno i fumi inquinati che escono dagli inceneritori con sostanze per il 90% sconosciute e per il restante 10% tossiche e cancerogene che finiranno irreversibilmente nell'aria, nel terreno e nell'acqua. L'impegno della Regione all'uso di filtri tecnologicamente avanzati non annullerà la fuoriuscita di tali sostanze.

Nella sola area di Ottana (comuni di Ottana, Sarule, Olzai, Sedilo, Bolutana e Noragugume) il rapporto uomo/pecora è di 1/10 con circa 140.000 capi ovini e la produzione di latte media è di 24.000.000/anno di litri e quella di formaggio di 3800 t/anno. Tutto ciò rappresenta una condizione ideale per l'accumulo nella catena alimentare (carne, latte e latticini) di tali sostanze tossiche con grave pericolo per la salute umana.

La genuinità dei prodotti della nostra filiera agro-alimentare potrebbe essere compromessa; ciò costituirebbe un grave danno l'economia del centro Sardegna e dell'intera isola.

Il 25-30% dei rifiuti finirà in discarica come ceneri, con la caratteristica di rifiuti pericolosi. Ad Ottana se ne produrrebbero almeno 60.000 t l'anno.

Le associazioni Medici per l'Ambiente, Legambiente, WWF propongono:

- Il progressivo ridimensionamento e dismissione degli inceneritori esistenti;
- Una politica credibile e concreta in grado di superare l'emergenza cronica che caratterizza in Sardegna la gestione dei rifiuti e particolarmente di quelli speciali pericolosi e non.
- Un piano dei rifiuti slegato dal piano energetico;



**CONVOCAZIONE  
ASSEMBLEA ORDINARIA  
ANNUALE**

**26 GIUGNO 2007**

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI SASSARI

## CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE

Gli iscritti sono convocati in Assemblea Ordinaria il giorno **24 giugno 2007 alle ore 24.00 in prima convocazione** e il giorno **26 giugno 2007 alle ore 16.00 in seconda convocazione** a Sassari nella Sala Conferenze dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri in Via Cavour 71/b, piano terra.

Sarà discusso il seguente ordine del giorno:

Relazione del Presidente;

Conto consuntivo anno 2006;

Variazioni al bilancio di previsione anno 2007;

Varie ed eventuali.

Si ricorda che l'Assemblea è valida in prima convocazione se è presente almeno un terzo degli iscritti e in **seconda convocazione con qualsiasi numero di partecipanti**. È consentita la delega che deve essere apposta in calce al presente avviso di convocazione da rimettere al delegato.

La medesima delega deve essere consegnata dal delegato alla Presidenza dell'Assemblea all'inizio dei lavori.

Nessun iscritto può essere investito di più di due deleghe.

IL PRESIDENTE

**Dott. Agostino Sussarellu**

....., lì .....

Il sottoscritto dott. .... delega a rappresentarlo

nell'Assemblea Ordinaria dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri del giorno **26 giugno 2007**,

il dott. ....

....., lì .....

Firma .....



- Un piano dei rifiuti in coerenza con la normativa nazionale e le direttive europee che considera primarie le infrastrutture necessarie per la gestione, la valorizzazione e il riciclaggio dei rifiuti. Nel nostro territorio mancano centri di compostaggio per il rifiuto organico, centri di stoccaggio e valorizzazione dei rifiuti, discariche controllate per le competenze di ciascun bacino, impianti di selezione e stabilizzazione dell'organico;
- Un piano dei rifiuti che consideri gli inceneritori esistenti come ultimo anello della gestione con l'obiettivo di trattare i reali residui della raccolta differenziata prevedendo in prospettiva la sostituzione di tali tecnologie e/o pratiche con altre tecnologie e/o pratiche quali ad esempio il TMB-Trattamento Meccanico Biologico;
- Il coinvolgimento delle amministrazioni comunali e provinciali e ogni altro soggetto interessato

onde affrontare la problematica dei rifiuti anche dal punto di vista sanitario, tecnico-scientifico e non solo economico;

L'assunzione responsabile dei ruoli che spettano alle singole amministrazioni locali. Molti dei comuni che rivendicano scelte corrette e democratiche, non hanno ancora introdotto nei loro paesi una seria e avanzata raccolta differenziata. La raccolta differenziata è una ricchezza in termini di posti di lavoro, di risparmio energetico, di risparmio di materia prima, di risorse naturali e ambientali, di rispetto della salute delle popolazioni. Tutto questo se non è fine a se stessa ma è accompagnata da processi industriali di recupero qualificato e di riuso della materia selezionata. Mancando tali requisiti si realizzano operazioni prive di utilità e fuorvianti per i cittadini, disperdendo così inutilmente le risorse e portando a sicuro fallimento la soluzione del problema dei rifiuti.

## **ORARIO DI RICEVIMENTO DEL PRESIDENTE DELL'ORDINE**

**Il presidente dell'Ordine,  
dottor Agostino Sussarellu  
riceve tutti i martedì  
pomeriggio presso la sede dell'Ordine  
previo appuntamento da stabilire  
al numero di telefono 079/234430**

# *Audizione alla Camera dei presidenti Renzo e Bianco*

## *La riforma delle professioni e i compiti degli Ordini*

**I**rappresentanti della FNOMCeO sono stati ascoltati dalle Commissioni riunite di giustizia e attività produttive della camera dei deputati in materia di riforma delle professioni.

Il presidente della Federazione e il presidente della Commissione per gli iscritti all'albo degli odontoiatri hanno avuto modo di presentare un documento che rappresenta la posizione della Federazione sulla materia.

Le istituzioni ordinistiche, in entrambe le sue componenti, mediche e odontoiatriche, hanno saputo assumere una posizione coerente a tutela dei valori della professione.

Il presidente dell'albo odontoiatri si è riferito in particolare alla chiara enunciazione della necessità di trovare principi e modalità attraverso i quali i rappresentanti di più albi all'interno dello stesso ordine abbiano titolo, in piena autonomia, ad esprimere la rappresentanza interna ed esterna sia negli organi di gestione che presso enti e istituzioni pubbliche, ad esercitare il potere disciplinare in ogni ordine e grado all'interno del proprio albo, a promuovere la formazione permanente e l'aggiornamento ai fini di uno sviluppo professionale continuo.

Di notevole importanza per la professione odontoiatrica è il parere negativo sulla costituzione di società interprofessionali e/o con soci non

professionisti. Nel documento è sottolineato il timore che le società interprofessionali possano diventare contenitori-copertura di fenomeni di abusivismo e prestanomismo, vera piaga in ambito odontoiatrico sul piano della sicurezza e qualità dei servizi e della evasione ed elusione fiscale e contributiva previdenziale.

La preoccupazione dell'intera Federazione è stata anche espressa attraverso un chiaro parere negativo per quanto concerne l'istituzione di nuove figure professionali progettate a tavolino con il rischio di creare vere e proprie guerriglie di competenze sulla pelle dei cittadini.

Questa posizione della Federazione è assolutamente unitaria sui tanti problemi che sono all'ordine del giorno per quanto concerne la riforma della professione e dimostra una vera unità di intenti e auspica che possa rivelarsi decisiva per l'accoglienza della nostra proposta ampiamente motivata.

## *L'audizione di Bianco*

*Testo dell'audizione del presidente della FNOMCeO alla Camera dei deputati - Commissione giustizia.*

Vorrei innanzitutto esprimere un sentito ringraziamento agli illustri presidenti delle Commissioni giusti-

*Ribadita la posizione unitaria di medici e odontoiatri*

zia ed attività produttive, onorevoli Pisicchio e Capezzone, ai relatori, onorevoli Chicchi e Mantini e a tutti i componenti delle commissioni, per questa audizione che ci offre la straordinaria occasione di rappresentare al legislatore i nostri auspici e le nostre preoccupazioni sul processo in atto di revisione dello stato giuridico e normativo delle professioni e degli ordini professionali.

In premessa mi preme sottolineare che quanto vi rappresenterò è stato oggetto di un vasto ed articolato confronto all'interno delle nostre professioni, medica ed odontoiatrica, culminato con un documento comune siglato dalla FNOMCeO e da 15 organizzazioni sindacali di categoria ed associazioni professionali, mediche ed odontoiatriche.

Pur con accenti diversi, ma in assoluta sintonia con una visione moderna dei nostri servizi professionali e dei nostri ordini, tutti non abbiamo condiviso il metodo con il quale il governo, attraverso il decreto Bersani poi convertito in legge, è intervenuto su materie che riguardano l'esercizio delle nostre professioni ed in particolare sulle competenze e sulle funzioni regolatorie degli ordini, che potevano essere affrontate sicuramente meglio con una iniziativa legislativa autorevole ed organica supportata da un vasto confronto con le parti sociali interessate.

Nel merito di quel decreto ed in rapporto con le peculiari caratteristiche dei nostri servizi professionali, sottolineammo i limiti e i rischi di una visione del cittadino inteso come consumatore da tutelare esclusivamente sul piano economico, dimenticando che la forte asimmetria informativa che caratterizza i servizi della salute ne fa invece un "consumatore imper-

fetto", spesso in balia di un consumismo sanitario indotto in modo inappropriato.

Questa argomentazione, più di ogni altra e al di sopra di ogni sospetto, disegna a nostro giudizio, quella cornice di assoluta specificità delle funzioni e dei compiti tecnico professionali, civili e sociali del moderno esercizio delle nostre professioni scolpite nell'art. 32 della Costituzione della nostra repubblica e nell'ordinamento generale delle leggi e dei codici che hanno previsto uno status di "professioni regolamentate".

È questo e non altro la matrice di quella "riserva" a cui siamo profondamente legati ad al cui interno, convintamente ci dichiariamo disponibili all'innovazione e alla modernizzazione dei nostri servizi professionali.

Il parlamento, nel convertire il legge il decreto Bersani, si dimostrò sensibile su questi temi apportando alcune significative correzioni, per esempio rivedendo l'uso indiscriminato della pubblicità, definendo meglio le caratteristiche delle società interprofessionali, riconoscendo ai codici di deontologia il compito di governare le innovazioni nell'ambito dei principi di qualità, dignità e decoro dei professionisti e dell'esercizio professionale.

Ora che il parlamento dovrà mettere mano ad un testo compiuto ed organico, sia esso una legge delega o una legge ordinaria, riteniamo opportuno rendere espliciti quegli orientamenti che, a nostro comune giudizio, potranno guidare l'iter legislativo verso soluzioni condivise dai professionisti medici ed odontoiatri rispettose delle legittime esigenze dei cittadini.

Innanzitutto riteniamo che i nostri ordini debbano mantenere lo status

giuridico di enti pubblici non economici, con funzioni sussidiarie dello Stato in materia di promozione, governo e valutazioni della qualità professionale. della dignità e del decoro dei professionisti a garanzia dei cittadini, anche attraverso l'esercizio di una potestà disciplinare autonoma fondata sul rispetto delle norme del codice deontologico.

Respingiamo dunque quelle posizioni sempre emergenti in settori, per fortuna limitati e circoscritti ma molto vivaci, di opinione pubblica, di partiti politici e di impresa, che considerano gli ordini professionali vere e proprie palle al piede di un sistema di mercato dei servizi professionali che, anche per questo, stenterebbe ad intercettare la modernità.

I tanti cambiamenti che hanno coinvolto i nostri servizi professionali, in particolare il prepotente ingresso del cosiddetto "terzo pagante" (il SSN) che detta le sue regole nella tradizionale relazione a due tra il professionista ed il suo paziente-cliente, non hanno certo fatto venir meno ma anzi esaltato l'obiettivo di tutelare l'autonomia e la responsabilità dei professionisti a garanzia dei diritti dei cittadini.

Per tale ragione riteniamo necessaria la obbligatorietà della iscrizione agli albi per tutti gli esercenti le nostre professioni (medica e odontoiatrica), indipendentemente dal tipo di rapporto di lavoro in essere e il contestuale obbligo di iscrizione agli specifici fondi presso il nostro ente autonomo previdenziale di categoria.

La prima considerazione si motiva da sé: i valori professionali tutelati da un ordine prescindono dalle forme giuridiche del rapporto di lavoro e lo stesso esercizio della potestà disciplinare deve essere autonoma da queste.

La seconda rivendica invece una forte autonomia dell'assetto previdenziale professionale che per alcune categorie (convenzionati e libero-professionisti puri) rappresenta tutta la tutela previdenziale; per altri (dipendenti universitari) ne rappresenta una quota parte che affianca quella dei grandi enti previdenziali pubblici.

Pur con queste diversità di interessi tutelati, ci dichiariamo solidali all'ENPAM, ne condividiamo gli obiettivi di stabilità finanziaria, perché chiamato a reggere le sfide di un equilibrio contabile esse noti si appella a risorse pubbliche anche nell'attonare il problema di una tutela post lavorativa sempre meno consistente per le giovani generazioni che, sempre più tardi e con sempre più storie di lungo precariato alle spalle, si affacciano alla contribuzione previdenziale.

Questo richiede all'ente previdenziale strategie e scelte per il presente e per il futuro che è possibile assumere e praticare solo attraverso una forte e diversa partecipazione e cooperazione di tutti gli aventi legittimi interessi ed in ragione degli stessi. In questa stessa cornice di forte e convinta affermazione di un ruolo incisivo delle professioni nell'ambito delle nostre specifiche tutele previdenziali, ribadiamo la nostra solidarietà all'ONAOI (Opera Nazionale Assistenza Orfani Sanitari Italiani) rivendicandone la piena autonomia gestionale.

Sul cosiddetto riconoscimento giuridico del sistema duale, cioè quello degli ordini e quello delle associazioni, non vogliamo ambiguità nel disegno dei confini fra gli uni e le altre, a nostro giudizio particolarmente confuso nel progetto Mastella, e siamo molto preoccupati per le questioni



particolarmente delicate che coinvolgono soprattutto le professioni di interesse generale. L'accettabilità di questo sistema duale ed il suo efficace funzionamento è, a nostro avviso, fondato sul rigoroso rispetto di due condizioni:

- il primo riguarda la cosiddetta “riserva delle attività” ovvero l'esclusione di ogni possibile sovrapposizione di prestazioni professionali e quindi l'impossibilità di accreditare (riconoscere) associazioni che svolgerebbero attività già di pertinenza di professioni configurate in ordini e collegi professionali;
- il secondo attiene alla definizione rigorosa di criteri, requisiti e procedure di accreditamento delle associazioni e all'obbligo di una valutazione preventiva da parte degli ordini e collegi delle aree professionali di riferimento.

Respingiamo dunque la prospettiva di aprire un mercato di servizi professionali nel quale sono, possibili queste sovrapposizioni di attività che determinerebbe una anomala concorrenza sui prezzi, laddove quantomeno mette sullo stesso, piano percorsi formativi e quindi qualità e quantità di competenze.

Profondamente diverse per un esercente iscritto ad un albo ed un altro iscritto ad una associazione.

Riteniamo che in ambito sanitario questo potenziale orientamento al “dumping”, dei servizi professionali, non sia rispettosa del cittadino sia come consumatore sia come titolare di diritti a servizi di tutela qualificati ed efficaci.

Esprimiamo forti preoccupazioni e riserve sulla costituzione nel nostro campo specifico, di società, interprofessionali e/o con soci non professionisti. Riteniamo infatti fondato il ti-

more che le società interprofessionali possano diventare contenitori-copertura di fenomeni di abusivismo e prestanomismo, vera piaga in ambito odontoiatrico sul piano della sicurezza e qualità dei servizi e della evasione ed elusione fiscale e contributiva previdenziale.

Inoltre nei vari testi di proposta di legge di iniziativa parlamentare, ed in modo quasi clamoroso in quello di iniziativa governativa, si registra una preoccupante incertezza sulla natura giuridica da attribuire alle società professionali e al ruolo dei soci di capitale che notoriamente, se non contenuti, possono determinare la mutazione delle finalità delle società, dovendo anteporre ad ogni altro il principio, quello, peraltro di per sé legittimo, di remunerare il capitale investito.

Questa è la drammatica esperienza che stanno vivendo i medici statunitensi rispetto alle I-40, le organizzazioni dei servizi sanitari che in questi anni hanno registrato l'ingresso del capitale finanziario mosso da stretti interessi speculativi. Gli ordini devono comunque essere posti a conoscenza dell'esistenza delle società professionali, quale condizione preliminare ma non esaustiva per l'esercizio del ruolo di tutela verso i cittadini e gli stessi professionisti e, in caso di eventuale ingresso di soci di capitale, gli assetti societari e le responsabilità devono innanzitutto garantire l'autonomia dei professionisti.

Esprimiamo invece una sostanziale revisione delle norme elettive organizzative e gestionali della federazione nazionale e degli ordini territoriali che favoriscano sia la partecipazione e la rappresentanza delle minoranze, sia la governabilità gestionale degli enti. Questo processo di demo-

cratizzazione non va però sostenuto e perseguito sulla base di pregiudizi ideologici o astrazioni sociologiche, ad esempio i criteri di incompatibilità tra ruoli devono effettivamente corrispondere a condizioni di conflitti di interesse, così come vanno valutate con prudenza quelle norme di automatica decadenza temporale dagli incarichi, tenuto conto che, al pari del mondo politico e amministrativo, una classe dirigente preparata e competente è un patrimonio difficile da costruire.

I sistemi di votazione devono promuovere la massima partecipazione al voto, garantire la segretezza dello stesso, portare all'individuazione di un gruppo dirigente che deve governare l'ente e nello stesso tempo prevedere la presenza di minoranze qualificate; vanno snellite le procedure di approvazione dei bilanci e favorite le aggregazioni funzionali ed operative degli ordini a livello territoriale e regionale.

In ragione di una ulteriore specificità dei nostri ordini che comprendono in due albi differenti due differenti professioni (medica ed odontoiatrica), nel rispetto della integrità delle funzioni, dei compiti e delle forme organizzative e gestionali degli enti, vanno stabiliti principi e modalità attraverso i quali i rappresentanti di più albi all'interno dello stesso Ordine abbiano titolo in piena autonomia, ad esprimere la rappresentanza interna ed esterna sia negli organi di gestione che presso enti e istituzioni pubbliche, ad esercitare il potere disciplinare in ogni ordine e grado all'interno del proprio albo, a promuovere la formazione permanente e l'aggiornamento ai fini di uno sviluppo professionale continuo.

Su questa materia, la complessità e la difformità delle vane realtà professionali suggerisce l'opportunità di limitarsi nel dispositivo legislativo a mere indicazioni di principio da articolare poi in norme analitiche di rango derivate

Un'altra questione, sottotraccia nei vari progetti parlamentari ma fortemente evidente in quello governativo riguarda la sostanziale indifferenza alle forti asimmetrie oggi esistenti nei rapporti fra sistema formativo e quello delle professioni, operando il primo secondo obiettivi e modalità sostanzialmente avulse dal secondo.

Non è retorico domandarsi come sia possibile pensare di modernizzare i servizi professionali limitandosi ad intervenire a valle del processo e cioè sulle dinamiche di mercato dei professionisti e dei servizi, senza dunque mettere seriamente mano a come si formano i professionisti.

Questa timidezza pesa come un macigno e l'esempio più eclatante e paradigmatico ci pare di poterlo cogliere nel dispositivo Mastella, laddove questo prevede l'attribuzione al sistema formativo universitario del ruolo di progettare "a tavolino" nuovi profili professionali garantendone poi l'inserimento *ope legis* in sezioni di albi e quindi l'accesso a fette di mercato di servizi professionali.

Ci pare, questa, una previsione di committenza autoreferenziale, mitigata dal ruolo autorizzatorio ancora in capo al ministero della salute, che rischia di creare in campo sanitario, non maggiore concorrenza ma vere e proprie guerriglie di competenza fra vecchie e nuove professioni sulla pelle dei cittadini, e non c'è limite alla fantasia creativa visto che sono già in attesa almeno altri 5-6 nuovi profili sanitari che si aggiungono ai 21 di re-

cente individuazione. Per quanto riguarda la pubblicità, in ottemperanza al decreto Bersani, abbiamo avviato un processo di forte responsabilizzazione dei nostri ordini al fine di garantire ai cittadini messaggi ed informazioni rigorose e decorose, trasferendo sul piano del controllo deontologico quello che era una riserva della legge speciale sulla pubblicità sanitaria ex Lg 15/92. A nessuno sfugge la delicatezza della questione e i profili di responsabilità conseguenti a messaggi ingannevoli, che in questo campo non si limiterebbero ad un danno alla tasca dei consumatori ma ad o ben e costituzionalmente protetto cioè la salute individuale e collettiva.

Ecco perché riteniamo che nel dispositivo legislativo in oggetto, siano da prevedersi in capo agli ordini delle professioni sanitarie e in deroga ai principi generali, procedure di autorizzazione preventiva dei messaggi pubblicitari, compresi quelli via internet, che ne garantiscano la veridicità, la trasparenza e il decoro salvaguardando l'accesso a quell'informazione che realmente consente una scelta libera e consapevole dei servizi e dei professionisti da parte dei cittadini. Siamo altresì nettamente contrari a trasferire ad altri ministeri che non sia quello della salute il ruolo di vigilanza ed indirizzo dei nostri ordini professionali, non ci pare infatti che questa storia secolare di afferenza abbia impedito o ostacolato lo sviluppo di una moderna medicina e di una moderna rete di servizi sanitari.

Riteniamo invece che il moderno esercizio delle nostre professioni necessiti di un corpus di norme e principi morali e civili, a valenza erga omnes, che si propongono di ricondurre sempre le intenzioni, le azioni e i risultati tecnico-professionali all'in-

terno dei grandi principi etici di autonomia del cittadino, di giustizia e di beneficiabilità e non maleficità.

Occorre dunque un codice dotato di forte autorevolezza e autonomia rispetto agli altri ordinamenti a cui è connessa una potestà disciplinare in cupo agli ordini e a valenza su tutti i professionisti, indipendentemente dal rapporto di lavoro, fondata sui principi del giusto processo, fondata su una sostanziale terzietà della Commissione giudicante ed un regime sanzionatorio da definire come strumento di recupero oltre che di pena, supportati da altri livelli di giudizio altrettanto autorevoli ed autonomi.

A tale riguardo ricordiamo che, al pari del consiglio nazionale forense per gli avvocati, la commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie quale organo di appello, ha una previsione legislativa che precede la costituzione e da questa confermata, per cui non se ne ravvede la necessità di abrogarla.

Onorevoli presidenti, onorevoli commissari, intorno a questi ragionamenti noi intendiamo contribuire alla costituzione di ordini professionali nuovi, moderna democratici rappresentativi in grado cioè di garantire quello che nessuna autorità o authority può ragionevolmente conseguire, ovvero l'affidabilità dei professionisti, la loro corrispondenza ai valori di autonomia, giustizia e beneficiabilità, la promozione e la valutazione della qualità del professionista e delle attività, la dignità e il decoro di professioni alle quali ogni cittadino materialmente affida la tutela della propria salute e della propria vita.

**Amedeo Bianco**  
presidente della FNOMCeO

## *Errori umani e errori dei sistemi*

### *Le responsabilità del medico*

**I**l Consiglio Nazionale della FNOMCeO ha approvato il 21 aprile scorso un documento su “errori umani ed errori dei sistemi; le responsabilità del medico” nonché la mozione d’ordine – anch’essa approvata nella stessa data – concernente l’istituzione di nuovi profili professionali in ambito sanitario.

La sicurezza delle cure rappresenta un obiettivo qualificante ed irrinunciabile di ogni moderna politica indirizzata al conseguimento dell’efficacia delle organizzazioni sanitarie e alla promozione della qualità dei servizi resa e percepita dai cittadini.

Lo sviluppo della medicina moderna come scienza biotecnologica e della sanità come complessa rete di servizi alla persona e alla collettività, hanno profondamente mutato le caratteristiche tecnico-professionali dell’atto medico, compresa la natura dei possibili errori e dei relativi profili di responsabilità. In una medicina povera di tecnologia ed in una sanità a bassa complessità organizzativa, il colloquio con il paziente, la semeiotica fisica, il ragionamento clinico, l’esperienza e l’autorevolezza del singolo professionista, erano alla base del processo diagnostico terapeutico; l’eventuale errore era fondamentalmente attribuibile ad un “profilo individuale” di responsabilità per manifesta imperizia, imprudenza e negligenza.

Lo sviluppo verticale delle cono-

scenze e delle competenze che si distribuiscono su più profili professionali, il massiccio ingresso orizzontale nella pratica clinico-assistenziale di sofisticate tecnologie e presidi, il ruolo sempre più attivo dei cittadini nel richiedere accessibilità, efficacia e sicurezza delle attività sanitarie, hanno incrementato in modo esponenziale la complessità delle organizzazioni sanitarie. Il processo clinico assistenziale, anche sotto la spinta di esasperate politiche aziendalistiche alla ricerca di efficienza, è diventato simile ad una linea di produzione di una merce che mantiene però un altissimo contenuto etico e civile. In questo processo ed intorno ad esso si muovono più attori con i propri ambiti di autonomia e di responsabilità ed un universo di domande e di bisogni ai quali non sempre possono corrispondere i medici e la medicina.

Tutto ciò va contestualizzato all’interno di un rapporto medico-paziente in continuo cambiamento, che i medici vedono sintetizzato nel concetto di alleanza terapeutica; un contesto in cui le aspettative, più o meno giustificate, del paziente hanno una grande rilevanza. La complessità tecnico organizzativa delle attività, la molteplicità delle relazioni intra ed interprofessionali, l’invasività delle nuove tecniche e tecnologie di diagnosi e cura, definiscono un sistema che a produrre al suo interno condizioni favorevoli al manifestarsi di errori. In questo senso, senza nulla vo-

*La sicurezza delle cure deve essere riportata al centro dell’assistenza, profondamente mutata anche da nuove tecnologie e politiche eccessivamente aziendalistiche*

ler sottrarre agli ambiti di responsabilità individuale, laddove presenti, l'errore in sanità modifica sostanzialmente la propria natura.

Le azioni rivolte alla sicurezza delle cure devono, dunque, innanzitutto far emergere e correggere i cosiddetti errori latenti, quelli cioè che appartengono all'area organizzativo-gestionale dei processi clinico assistenziali; in questa prospettiva il "fattore umano" rappresenta quasi sempre l'ultimo anello di una catena di difetti del sistema; in altre parole è l'effettore dell'evento indesiderato.

Questa moderna visione dell'errore consente di rappresentare in modo più realistico il fenomeno del rischio clinico e soprattutto di sviluppare efficaci politiche della sicurezza e quindi della qualità, laddove l'attenzione viene fortemente indirizzata, oltre che sugli operatori, sulle organizzazioni dei servizi. In questa prospettiva gli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, si sono adoperati affinché prevalga una cultura diversa, "positiva" dell'errore, affermando con chiarezza, all'art. 14 del nuovo codice di deontologia Medica, che al medico compete "la rilevazione, segnalazione e valutazione degli errori al fine del miglioramento della qualità delle cure".

Per tale ragione la FNOMCeO, interpretando e facendo proprie le legittime esigenze dei cittadini e della professione, ritiene che la promozione della sicurezza ed una efficace ed efficiente prevenzione e gestione del rischio clinico e degli eventi indesiderati, rappresenti un diritto dei pazienti ed un dovere dei professionisti quale elemento qualificante delle prestazioni erogate e, a tale scopo, pongono all'attenzione delle istituzioni e di tutti i soggetti coinvolti alcune proposte concrete.

## **1) Produrre e trasmettere ai professionisti la cultura dell'errore, del rischio clinico e della sicurezza delle cure**

Una efficace ed efficiente azione di prevenzione e gestione del rischio non può prescindere da una conoscenza dei determinanti del fenomeno che va considerata una vera e propria malattia del sistema sanitario. Di questa patologia sono note in letteratura le caratteristiche epidemiologiche, la tassonomia, gli strumenti di indagine, le procedure di misura e valutazione, infine alcune terapie efficaci. Queste conoscenze definiscono un nuovo sottosistema cognitivo che deve entrare a pieno titolo nel core curriculum formativo dei futuri medici (e di tutti i futuri professionisti della salute) per cui riteniamo indispensabile:

a) - introdurre nei corsi di laurea delle professioni sanitarie, e specificatamente in medicina e odontoiatria, la necessità di acquisire un congruo numero di crediti universitari (almeno 5) sul tema del rischio clinico e della sicurezza delle cure, compresi gli aspetti legati alla comunicazione e alla deontologia.

b) - affrontare, nei corsi di specializzazione post laurea e di formazione in medicina generale, le tematiche della sicurezza peculiari delle attività specialistiche in causa con particolare riguardo alle tecnologie sanitarie e ai farmaci.

c) - prevedere che, nel prossimo triennio, nel programma ECM di ogni professionista siano previsti un congruo numero di crediti formativi (non meno di 25) per le attività di audit o similari in materia di sicurezza delle cure.

In particolare nelle attività di elevata complessità tecnico-manuale è sicuramente utile favorire lo sviluppo

di tecniche e procedure di simulazione, già largamente impegnate in tutti i sistemi “ad alta affidabilità” (es. aeronautica) con scopo di insegnamento, di esercizio e di verifica periodica sia degli apparati e delle organizzazioni che delle performances umane (‘screen based simulators, task trainers e simulatori in scala reale).

## **2) Rafforzare ed estendere la diffusione delle buone pratiche cliniche, la valutazione delle attività sanitarie e la gestione integrata delle competenze.**

La sicurezza delle cure si fonda altresì sulla produzione, diffusione ed utilizzo delle buone pratiche cliniche che contrastino la pervasività della cosiddetta “medicina difensiva” e l’enorme rischio connesso al mantenimento, nella pratica professionale, di procedure ed orientamenti diagnostico-terapeutici non più validati dall’evidenza scientifica; in questa prospettiva la sicurezza delle cure è innanzitutto una questione tecnico-professionale.

Con tale obiettivo la FNOMCeO ritiene indispensabile che nelle misure legislative di ammodernamento del Servizio Sanitario Nazionale e nella direzione di un governo clinico delle attività sanitarie, fondato su un forte ed autorevole ruolo di indirizzo e governo della qualità delle cure che prevede un ruolo “centrale” del ministero della salute e su una qualificata partecipazione e cooperazione di altri soggetti aventi titolo e competenze istituzionali (regioni e province autonome) tra i quali la FNOMCeO, vengano resi operativi ed operino in rete funzionale con e/o nell’ambito di altri organismi e soggetti istituzionali:

a) - il Centro nazionale linee-guida con il compito di promuovere le atti-

vità e le procedure preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative con il miglior impatto positivo in termini di salute (e sicurezza) e ottimale utilizzo delle risorse;

b) - il Centro nazionale technology assessment con le funzioni di promuovere l’introduzione di nuove tecnologie ed il loro utilizzo secondo criteri di efficacia, appropriatezza e sicurezza sulla base delle evidenze scientifiche e di ottimale impiego delle risorse.

c) - il Centro nazionale valutazione servizi sanitari con le finalità di valutare i livelli di coerenza delle prestazioni rese, agli obiettivi e alle linee strategiche del Servizio Sanitario Nazionale e delle innovazioni apportate dai Piani Sanitari Nazionali.

In tale contesto la valutazione delle attività finalizzate alla prevenzione e gestione del rischio clinico, soprattutto se misurate sulla efficacia degli esiti, assume particolare rilievo ed appare in grado di contribuire fortemente ad un orientamento alla qualità dell’intero sistema che deve migliorare il rapporto con i cittadini garantendo loro una maggiore sicurezza e trasparenza delle strutture sanitarie specie su alcuni dei più comuni eventi avversi (infezioni ospedaliere, errori di terapia, prevenzione delle cadute ecc.).

## **3) - Progettare le organizzazioni sanitarie ed orientare la loro gestione in funzione della sicurezza delle attività.**

Le caratteristiche prevalenti di errore di sistema attribuibili alla stragrande maggioranza degli eventi avversi in sanità, pongano una questione centrale a tutti coloro che portano la responsabilità gestionale dei processi di cura e cioè quella di riprogettare organizzazioni più sicure

sulla base e sulla scorta degli errori non evitati ma evitabili, con o senza danni ai pazienti. Queste attività sono tipicamente “bottom-up”, fondate, cioè, su una forte responsabilizzazione dei professionisti, testimoni ed attori dei processi clinico-assistenziali che mandano segnali al management, da cui si aspettano risposte pronte, adeguate ed efficaci sul rimodellamento dell’organizzazione.

Su tale base la FNOMCeO ritiene che, con provvedimento legislativo attinente ai principi fondamentali dell’ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale, debba essere previsto che:

a) - tutte le aziende sanitarie pubbliche e private accreditate, siano dotate di una funzione e/o struttura operativa dedicata alla sicurezza dei pazienti e alla gestione del rischio clinico attraverso le attività di prevenzione degli errori (incident reporting), di valutazione reattiva e proattiva degli stessi ‘audit Clinico, GRC, rassegna di mortalità e morbilità, mappe di rischio, etc) infine di corretta gestione degli eventi avversi che si manifestano nel corso e a seguito di procedure cliniche dalla comunicazione alle procedure di valutazione e riconoscimento del danno ingiusto. Il dipartimento ospedaliero ed analoghe configurazioni organizzative e gestionali delle attività territoriali definiscono l’ambiente fisico mentre tutti i professionisti in ragione delle proprie funzioni e responsabilità gestionali rappresentano i soggetti nei quali e tra i quali far sviluppare le procedure, gli strumenti e gli obiettivi di sicurezza e la valutazione dei risultati conseguiti. Tutte le U.O. dovrebbero essere quindi vincolate all’obbligo di report periodici sui quali, tra l’altro, valutare gli obiettivi di risultato del responsabile e dei professionisti affe-

renti alla U.O. Lo stesso direttore generale andrebbe valutato in ragione degli obiettivi di sicurezza delle cure proposti ed effettivamente conseguiti.

Tali funzioni e/o strutture dedicate alla sicurezza vanno coordinate con la direzione sanitaria aziendale ma collocate in staff con la direzione generale al fine di consentire prontezza ed efficacia alle azioni di prevenzione e correzione degli errori di sistema e alle azioni di gestione degli eventi avversi.

b) - le attività legate alla segnalazione volontaria degli errori, degli stessi eventi avversi e all’audit clinico sulla sicurezza siano del tutto volontari e confidenziali. Tali strumenti, in quanto funzionali all’interesse generale dei cittadini e della collettività, dovrebbero essere adoperati solo dai professionisti con l’impossibilità quindi di un loro utilizzo sia per l’adozione di provvedimenti ‘puizitivi’, sia per un loro uso in corso di giudizio davanti all’autorità giudiziaria, ferme restando le responsabilità di ognuno in tutti gli ambiti (civile, penale, amministrativo, deontologico) e quanto altrimenti oggetto di denuncia obbligatoria.

c) - le regioni e le province autonome, nell’ambito dei propri poteri debbano dotarsi di procedure e sistemi che consentano la rilevazione sistematica e registrazione degli errori, degli eventi sentinella e degli eventi avversi in ragione sia dello sviluppo delle proprie politiche della sicurezza sia da trasmettere al Centro nazionale sicurezza delle cure, operante funzionalmente con il network degli altri organismi della qualità dei servizi sanitari e che preveda la partecipazione e cooperazione delle istituzioni professionali, con il coordinamento dell’A. S. S.R. Tale centro pro-

muove l'aggiornamento e la diffusione delle buone pratiche di prevenzione e gestione del rischio clinico, affianca e sostiene iniziative regionali e locali, sviluppa il confronto fra esperienze diverse, progetta obiettivi nazionali relativi alla sicurezza, avvia e supporta iniziative pubbliche presso i cittadini per la comunicazione sulle attività sanitarie poste in sicurezza.

#### **4) Ridurre costi economici e sociali del contenzioso garantendo l'accessibilità a procedure di risarcimento eque, tempestive e trasparenti, del danno derivante da trattamento sanitario.**

Questo aspetto è parte costituita della questione prevenzione e gestione del rischio clinico e definisce il punto di maggiore criticità nei rapporti tra i professionisti, le istituzioni sanitarie ed i cittadini.

Il nostro sistema giuridico prevede infatti che il danno da trattamento sanitario è risarcibile solo se derivante da una colpa (individuale o di sistema), il che comporta una oggettiva esasperazione del procedimento all'individuazione della colpa arrivando al punto di "presumerla" salvo diversa dimostrazione in capo all'incolpato (inversione dell'onere della prova). Non compete mettere in discussione il principio giuridico ma solo rilevarne alcune conseguenze devastanti nello specifico dei trattamenti sanitari, dove il danno si può realizzare in ragione dei limiti stessi della medicina, ovvero rappresentare una complicità non evitabile o altrimenti non ridicibile.

Questa area grigia, questa "alea della responsabilità" va rapidamente estendendosi, minacciando il rapporto fiduciario tra professionisti, pazienti ed istituzioni sanitarie. Il timore di un contenzioso medico le-

gale incoraggia tra i professionisti pratiche difensive caratterizzate dall'abuso di procedure inutili (e magari dannose!) e dall'elusione di quelle efficaci ma gravate da rischi ritenuti insopportabili. L'obiettivo di un risarcimento incoraggia invece un complesso universo di veri o presunti aventi diritto (pazienti e/o familiari di questi, studi legali e peritali) ad intraprendere azioni risarcitorie a fronte di qualunque evento o esito delle cure non previsto, magari accedendo a procedure penali, più rapide e meno costose, non pregiudicando l'eventuale successivo accesso a vie civili.

Le istituzioni sanitarie hanno, fino a pochi anni fa, completamente delegato alle compagnie assicurative o ai brokers, laddove presenti, la gestione dei contenziosi rinunciando di fatto ad ogni ruolo in materia, con le drammatiche conseguenze di dover ancor oggi, in molte situazioni, esercitare "in difesa" il ruolo di contraente di polizze sempre meno garantiste, e più impegnative dei bilanci. A fronte di questo scenario così variegato ed inquietante, la FNOMCeO ritiene indispensabile:

a) - una specifica disposizione legislativa che ponga a carico delle aziende sanitarie e degli Enti pubblici e privati accreditati operanti in conto e per conto del SSN, gli obblighi e gli oneri relativi alla tutela della responsabilità civile per danni alle persone derivanti da tutte le prestazioni sanitarie, comprese quelle erogate in regime di convenzioni nazionali e di quelle svolte in libera professione intramuraria. Resta invece in capo ai singoli professionisti l'onere della tutela della responsabilità per colpa grave e dolo e l'obbligo dell'intera tutela della responsabilità civile se liberi professionisti.

b)- la possibilità di provvedere a



tali tutele mediante stipula di polizze assicurative o forme alternative o complementari aventi le stesse finalità e livelli di garanzia. Appare al riguardo utile individuare a livello locale (aziendale) soggetti e procedure di soluzione stragiudiziale del contenzioso, mettendo in campo tutte le attività di gestione del rischio, in ambito libero-professionale gli ordini professionali rivestono invece un ruolo fondamentale nella composizione ed operatività delle commissioni conciliative;

c) - prevedere tra gli strumenti anche la costituzione di un fondo nazionale infortuni da trattamento sanitario attraverso la riserva di finanziamenti alle regioni da portare in sottrazione agli oneri delle polizze assicurative; questo è abilitato ad indennizzare i soggetti colpiti da danni in cui sia dimostrato il nesso di causalità con una prestazione sanitaria e non necessariamente un profilo di colpa professionale. A tale fondo potrebbero accedere in forma indistinta le commissioni di conciliazione costituite a livello regionale secondo modalità e composizione che ne garantiscono la trasparenza, l'autorevolezza e la terzietà e supportate nelle valutazioni tecniche (sussistenza del nesso di causalità, quantificazione del danno etc.) da collegi arbitrali con esperti certificati dagli ordini professionali. Qualora venga accettato l'indennizzo, non deve essere consentito al paziente o i suoi familiari il ricorso all' 'autorità giudiziaria.

Gli obiettivi sono:

1) - calmierare il settore assicurativo invertendo il trend di crescita dei premi e dei risarcimenti,

2) - velocizzare i tempi di indennizzo col duplice scopo di tutelare i cittadini danneggiati e recuperare il rapporto di fiducia;

3) - ridurre il ricorso a cause civili e penali che spesso hanno come movente principale la legittima esigenza di vedere risarcito il danno;

4) - incentivare le strutture sanitarie a sviluppare tutto il sistema della sicurezza posto che l'accesso al suddetto fondo è vincolato all'assolvimento di tutte le norme e le attività di prevenzione e gestione del rischio clinico.

### **5) I diversi profili di responsabilità del medico: l'illecito, le attività peritali, la qualità professionale, il ruolo degli Ordini.**

Le iniziative giudiziarie, anche quelle che formalmente esercitano una funzione di tutela quali gli avvisi di garanzia, spesso enfatizzate dalla cronaca mediatica, impattano in modo devastante la percezione che i professionisti avvertono del loro ruolo sociale e professionale. Da più parti viene rilevato come la responsabilità medica e sanitaria in caso di eventi avversi, salvo casi sporadici, largamente prescinda dalla colpa o quantomeno ne esaspera la ricerca in corso di procedimento penale a meri fini risarcitori.

A tale riguardo la FNOMCeO ritiene che:

a) - la prospettata riforma del codice penale o un intervento legislativo specifico debba prevedere modifiche dell'ordinamento idonee a circoscrivere la responsabilità professionale sanitaria in ambito esclusivamente indennitario, escludendone quindi la configurazione di illecito nell'ipotesi di colpa, fatta salva quella derivante dalla violazione di norme peculiari. Cresce altresì il disagio per un contenzioso legale che si fonda su perizie commissionate dalle parti, ovvero atti professionali, che talora non rispettano soddisfacenti standards di qualità

tecnico professionale. Questi fenomeni negativi vanno contrastati e la FNOMCeO richiede che:

b) - in corso di accertamento peritale da parte delle Autorità aventi diritto, si faccia ricorso a professionisti con acclarata competenza ed esperienza professionale (curriculum e anzianità professionale) e che questi, laddove la complessità della materia lo richiede, debbano comunque avvalersi di esperti consulenti clinici competenti per lo specifico settore oggetto di perizia con analoga esperienza.

A tale scopo si ritiene utile la istituzione di apposito elenco dei periti certificati darli ordini professionali cui dovrebbero afferire coloro che lo richiedono e ne hanno titolo e al quale le autorità potrebbero attingere per le loro esigenze, ovviamente fermo restando il vincolo costituzionale della assoluta discrezionalità e libertà del giudice. La proposta di sganciare il giusto ristoro del danno dalla definizione di una colpa, non intende sollevare i professionisti dalle loro responsabilità ma piuttosto si propone di configurare quegli ambiti tecnico-professionali, deontologici sui quali è possibile intervenire con azioni di correzione e miglioramento delle basse performances.

La FNOMCeO propone dunque di:

c) - progettare ed introdurre in settori specifici progressivamente più numerosi, accanto ai sistemi vigenti di valutazione delle attività e dei professionisti, meccanismi di valutazione della proficiency del personale sanitario, prevedendo percorsi di riqualificazione in caso di basse performances rispetto ad indicatori predefiniti. In questo contesto assume un forte rilievo il ruolo degli ordini quali tutori e promotori della qualità pro-

fessionale prevista dalla deontologia; questi potrebbero a pieno titolo sanzionare le basse performances anche attivando misure compensative e di recupero (ad esempio obbligo di documentare aggiornamenti specifici o svolgere attività con tutoraggio di esperti).

L'esperienza consolidata ci dice che molto spesso alla base di un contenzioso o del fallimento della gestione di un evento avverso c'è una pessima comunicazione del/i professionista li e della struttura. Per tali ragioni la FNOMCeO ritiene che:

d) - vada favorita la formazione dei professionisti nella comunicazione con i pazienti (e /parenti) che hanno subito un danno per mantenere il rapporto di fiducia tra i cittadini ed il servizio sanitario e per tentare di diminuire il contenzioso o facilitare soluzioni stragiudiziali.

## **Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO dà quindi mandato al Comitato Centrale di:**

1) - attivare in tutte le sedi istituzionali iniziative idonee al conseguimento di tali obiettivi,

2) - promuovere, su queste proposte, un vasto fronte di consenso nell'ambito delle rappresentanze mediche ed odontoiatriche e di tutte le professioni sanitarie configurate in ordini, collegi ed associazioni riconosciute,

3) - proporre alla federazione nazionale della stampa, una iniziativa pubblica finalizzata alla condivisione di regole comuni nella informazione e comunicazione degli eventi avversi.

4) - promuovere un forum nazionale permanente di audit civico con le organizzazioni di tutela dei pazienti sui temi della sicurezza delle cure.

## *Risposte efficaci e coraggiose agli errori e al rischio clinico*

**U**na giornata di studio ha valutato l'errore in medicina come una variabile da conoscere e studiare per affrontare e gestire in maniera efficace il rischio clinico una risposta coraggiosa e matura degli Ordini dei medici e degli odontoiatri anche ai recenti fatti di cronaca

A Cagliari, presso la sala convegni del T-Hotel di via dei Giudicati ha avuto luogo la giornata di studio su: "Errore umano, professione medica, responsabilità", organizzata dalla federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri.

I lavori, cui hanno partecipato studiosi di calibro internazionale quali James Reason, professore emerito di psicologia all'università di Manchester, hanno illustrato tutte le più innovative analisi dell'errore in medicina.

"La moderna medicina si è sviluppata come una complessa rete di servizi alla persona e alla collettività, mutando le caratteristiche tecnico-professionali dell'atto medico, così come la natura dei possibili incidenti e la cornice delle responsabilità" ha detto il presidente della Fnomceo, Amedeo Bianco.

"Lo sviluppo verticale delle conoscenze e delle competenze che sono oggi in capo a vari profili professionali – ha quindi continuato – il massiccio ingresso nella pratica clinica e assistenziale di tecnologie sofisticatissime, il ruolo dei cittadini nel richiedere giustamente accessibilità,

efficacia e sicurezza delle attività sanitarie ha reso veramente complesso tutto il sistema, tendendo a produrre al suo interno condizioni che, se non governate, favoriscono l'incidente, il quale, molto raramente, può essere attribuito ad una sola persona".

Se in sostanza nella medicina di un tempo, povera di tecnologie e con una organizzazione scarsamente complessa, si poteva attribuire l'eventuale errore ad un singolo, oggi l'errore si manifesta lungo un processo cui concorrono varie figure. E tutto ciò va indagato.

Con un colpo di reni, la categoria medica vuole uscire dalla caccia alle streghe per proporre una fredda analisi dell'errore. E certamente non per un risorto spirito corporativo ma con la convinzione salda che la sicurezza delle cure rappresenti un obiettivo qualificante ed irrinunciabile. E per garantirle efficacemente è arrivato il momento di analizzare l'errore in medicina non già come un evento cui trovare un capro espiatorio ma come una variabile da studiare per affrontare e gestire in maniera efficace il rischio clinico, per evitare le conseguenze più gravi.

Ma un'analisi fredda dell'errore, almeno nel nostro paese, presuppone un enorme salto culturale che, da quella che gli anglosassoni chiamano "blame culture" (cultura della colpa) si sposti su una concreta gestione del rischio per sviluppare serie politiche di prevenzione.

*Un sistema  
sempre più  
complesso  
produce  
condizioni  
che favoriscono,  
se non governate,  
l'incidente*

Alla fine del convegno, il consiglio nazionale di medici e degli odontoiatri italiani, riunito il giorno dopo sempre nel capoluogo sardo, ha varato un documento contenente le indicazioni che, secondo i camici bianchi, devono essere messe in atto per una corretta gestione del rischio clinico.

## *La mozione d'ordine approvata a Cagliari*

Il Consiglio nazionale delle FNOMCeO riunito a Cagliari il 21 aprile 2007;

**CONSIDERATA** l'ipotizzata istituzione degli ulteriori profili di professioni sanitarie dell'odontotecnico, dell'ottico e del chiropratico che prevedono una formazione triennale a livello universitario;

**VISTE** le numerose note trasmesse alle competenti autorità dalla FNOMCeO sia per quanto riguarda la professione medica sia per quanto concerne la professione odontoiatrica concernenti pareri nettamente negativi in riferimento a nuovi profili che tendono ad attribuire competenze ambigue rispetto all'ambito professionale proprio degli iscritti all'albo dei medici chirurghi e a quello degli odontoiatri;

**CONSIDERATO** che la Federazione è da sempre preoccupata di garantire la tutela della salute anche per quanto concerne forme di abusivismo e prestanomismo che ancora nel nostro paese proliferano in assenza di efficaci misure preventive e repressive;

**PRESO ATTO** dell'intervento del presidente della FNOMCeO che, in occasione dell'ultima riunione del Comitato centrale svoltasi a Catanzaro il 23 marzo 2007, ha assunto l'impegno di rappresentare la posizione negativa della Federazione anche nell'ambito del Consiglio superiore di sanità di cui è componente insieme al dottor Guido Marinoni;

**RILEVATO** che ancora una volta vengono sottovalutati i pericoli concernenti l'istituzione indiscriminata e ingiustificata di nuovi operatori che non recano certamente alcun miglioramento agli attuali livelli assistenziali contribuendo invece a provocare pericolose sovrapposizioni di competenze;

**INVITA** tutte le competenti autorità e in particolare il Comitato centrale della FNOMCeO ad attivarsi per impedire la istituzione di ulteriori profili delle professioni sanitarie;

**INVITA ALTRESÌ** il Comitato centrale della FNOMCeO, a portare all'attenzione del Consiglio superiore di sanità la posizione assolutamente negativa della Federazione più volte ufficialmente formalizzata presso le competenti autorità con note ufficiali e ampia documentazione.

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

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

*Dopo la svolta preannunciata da Farindustria*

## *Medici e industria*

### *Un'alleanza possibile?*

**U**n comunicato della giunta di Farindustria è stato commentato positivamente dal presidente di Fnomceo che vi ha scorto la volontà di un nuovo tipo di rapporto che sia efficacemente a tutela del cittadino.

In sintesi: Farindustria ha preannunciato una svolta e Fnomceo vuol cogliere la palla e rilanciare.

Appena diramato il comunicato della giunta dell'Associazione delle imprese del farmaco, il presidente della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, Amedeo Bianco, ha infatti voluto subito rilasciare questa dichiarazione.

“Nelle dichiarazioni del presidente Sergio Dompé sulla nuova autoregolamentazione in materia di convegni e congressi colgo segnali nuovi ed importanti che mi paiono andare nella direzione giusta” ha sostenuto il presidente della FNOMCeO Amedeo Bianco, che ha poi così continuato. “Mi riferisco cioè alla esigenza, più volte sottolineata, di disegnare un nuovo modello di relazioni tra industria e medici, fondato sulla trasparenza dei rapporti e sulla valorizzazione e condivisione di obiettivi e valori etici e civili che mettano al centro il miglioramento continuo dei servizi e delle attività che sono a tutela della salute dei cittadini”.

Il presidente della Fnomceo ha tenuto poi a sottolineare come i far-

maci e i presidi biomedicali non siano merci qualsiasi, così come le aziende che li producono non possono essere omologabili a qualunque altro soggetto di mercato: “Queste costituiscono infatti non solo un patrimonio di conoscenze e tecnologie ma esprimono anche il grande valore aggiunto di un bene etico e civile posto a tutela di un diritto fondamentale del singolo e della collettività”.

Da tempo, infatti, la FNOMCeO, nell'ambito di una progettualità autonoma, ha avviato su questi temi un processo di confronto con tutte le rappresentanze associative sindacali e scientifiche dei medici e degli odontoiatri. “Nelle prossime settimane – ha ancora argomentato a questo proposito Amedeo Bianco – presenteremo le nostre proposte a Farindustria, ad AssoBioMedica, oltre che alle istituzioni”.

E l'obiettivo dichiarato è quello di saldare un'alleanza per la qualità, la trasparenza etica e deontologica, l'efficacia e l'appropriatezza dell'informazione, della formazione, della ricerca e del marketing dei farmaci e dei presidi biomedicali.

“Al di là delle buone volontà che pure apprezzo – ha infine concluso Bianco – quell'appuntamento sarà per tutti noi l'occasione vera per misurare la forza delle nostre ragioni e la reale portata della preannunciata svolta degli industriali su questa materia”.

*Obiettivo  
è favorire  
qualità,  
etica  
e deontologia,  
ricerca  
di farmaci  
e presidi  
biomedicali*

## *Trasparenza e sponsorizzazioni di convegni e congressi*

**N**el corso dei lavori tra la Fnomceo, le rappresentanze sindacali delle professioni mediche e odontoiatriche e la FISM – Federazione delle Società Medico Scientifiche Italiane – con all'ordine del giorno le complesse relazioni tra mondo dell'industria e sistema professionale, è stato possibile valutare il testo della risoluzione della giunta di Farminindustria, in merito alle sponsorizzazioni di convegni e congressi medici.

“Questo documento di Farminindustria – ha dichiarato a margine dei lavori il presidente di Fnomceo, Amedeo Bianco – conferma lo sforzo dell'industria del farmaco nella ricerca di criteri, modalità e procedure che riescano a conseguire una maggiore trasparenza su tale questione e, soprattutto, una maggiore qualità”.

Nell'occasione, le varie sigle e la

FISM hanno ribadito che il tema delle sponsorizzazioni di convegni e congressi, pur nella sua delicata importanza, è soltanto uno dei temi che compongono la complessa relazione con l'industria.

“Stiamo lavorando per definire la cornice più complessiva della questione – ha detto a questo proposito il presidente Bianco – e questo documento ci rafforza nella determinazione di proseguire un percorso di costruzione di una proposta che affronti, nella sua interezza, non solo il rapporto fra mondo medico e farmaco ma anche quello più ampio che comprende i produttori di tecnologie, le istituzioni gli enti regolatori, tenendo conto dei principi del mondo medico fondati sulla qualità, la trasparenza etica e deontologica, l'efficacia della ricerca dei farmaci e dei presidi biomedicali”.

### **ORARI DI APERTURA AL PUBBLICO**

**lunedì – mercoledì – venerdì:**

**dalle ore 11.00 alle ore 13.00**

**martedì: dalle ore 11.00 alle ore 13.00**

**e dalle ore 16.00 alle ore 18.00**

**giovedì: dalle ore 11.00 alle ore 15.30**

**(orario continuato)**

*Difficoltà e pericoli d'interruzione delle trattative*

## *I contratti di lavoro per i medici in formazione specialistica*

**A** margine del confronto sul contratto di lavoro per i medici specializzandi, in corso presso la Conferenza stato-regioni, il presidente della Fnomceo, Amedeo Bianco, ha voluto rilasciare la seguente dichiarazione: “Mi auguro che non si creino ulteriori difficoltà alla realizzazione dei nuovi contratti per i medici in formazione specialistica e seguo con preoccupazione l'andamento dei lavori, ritenendo incomprendibile e inaccettabile un'eventuale interruzione di questo faticoso cammino che intende finalmente riconoscere una diversa dignità giuridica, economica e previdenziale agli specialisti in formazione”. Bianco ha

quindi proseguito, sottolineando che “questo tormentato iter è l'ennesima dimostrazione dei limiti dell'applicazione ‘tutta italiana’ della normativa europea in materia di formazione specialistica, che fatica ad affrancare lo status del professionista in formazione da quello di uno studente, con tutte le riserve e le ricadute negative che sono evidenti agli occhi di tutti”.

Il presidente della Fnomceo ha poi così concluso: “Intanto facciamo questo passo ma altri saranno nell'immediato futuro altrettanto necessari nell'interesse degli stessi professionisti, dei cittadini e delle istituzioni sanitarie”.

### **PAGAMENTO DELLA TASSA ANNUALE DI APPARTENENZA ALL'ORDINE ANNO 2007**

Si ricorda che il pagamento della tassa annuale di appartenenza all'Ordine per l'anno 2007 scadeva il 31 gennaio 2007. Il concessionario incaricato della riscossione è la società SARDEGNA RISCOSSIONI SPA, che per l'anno 2007 ha utilizzato un diverso sistema di consegna degli avvisi bonari di pagamento.

Considerato che sono stati segnalati disguidi nella consegna degli avvisi bonari, si pregano gli iscritti che non avessero ancora provveduto al pagamento della tassa annuale per l'anno 2007 a recarsi direttamente agli sportelli territoriali della società SARDEGNA RISCOSSIONI SPA.

*Due importanti appuntamenti*

## *Contratto della dirigenza medica e attività intramuraria*

**N**ei prossimi giorni, due questioni delicate e complesse metteranno a dura prova la ritrovata unitarietà dei medici italiani: la nuova normativa sull'attività libero professionale intramuraria svolta in studi privati – la cosiddetta ALPI allargata – e le trattative per il rinnovo del contratto di lavoro della dirigenza medica e delle convenzioni nazionali.

Su ambedue le questioni il presidente della Fnomceo, Amedeo Bianco, ha rilasciato alcune dichiarazioni. “Nel pieno rispetto dei ruoli e delle idee di ognuno – ha detto – mi permetto di sollecitare le organizzazioni sindacali di categoria affinché le legittime diversità cerchino e trovino soluzioni unitarie alle questioni aperte”.

E, forte dei risultati dell'indagine parlamentare che ha fatto giustizia di tanti pregiudizi e luoghi comuni, sull'ALPI allargata, Amedeo Bianco ha così sostenuto: “Va scongiurato il pericolo di farsi prima dividere e poi stritolare negli ingranaggi di questa imperfetta diarchia di poteri fra lo stato e le regioni, tra chi porta la responsabilità formale di dettare le regole ma non ne ha la diretta potestà di esecuzione (lo stato) e chi invece detiene la potestà di fare ma troppo spesso non sa o non vuole usarla (le regioni)”.

Nel pretendere chiarezza sulle assunzioni di responsabilità, il presidente della Fnomceo ritiene che le ragioni dell'unità “vadano cercate nella concretezza e agibilità delle soluzioni

e commisurate esclusivamente agli equilibri dei legittimi interessi in campo”. “Si deve partire dagli interessi dei cittadini – ha poi aggiunto – ai quali va consegnato un sistema che estende l'offerta dei servizi nella trasparenza e nel rispetto dei loro diritti. Ai medici va garantita l'effettiva libertà di esercizio della libera professione secondo regole condivise, in spazi separati e distinti che rispettino i criteri di dignità e decoro; alle istituzioni sanitarie compete integrare le attività libero professionali, in ogni fattispecie, in una rete di servizi sanitari equa, accessibile, di qualità esercitando tutte le funzioni di indirizzo e governo utili a scoraggiare e sanzionare comportamenti opportunistici”.

La FNOMCeO esprime infine piena e convinta solidarietà alle ragioni dello sciopero per il rinnovo del CCNL della dirigenza medica scaduto da 17 mesi. “Anche su questo delicato terreno le ragioni dell'unità vanno trovate nell'equilibrio delle proposte e delle risposte e le soluzioni fin qui messe in campo dal governo non sono ancora adeguate alla quantità e alla qualità delle questioni normative ed economiche giacenti sul tappeto, dal precariato alla previdenza integrativa, alla rivalutazione della indennità di esclusività. Di questa unità – ha perciò concluso il presidente di Fnomceo – e delle sue ragioni hanno un grande bisogno non solo i medici italiani ma anche il Servizio Sanitario Nazionale”.

*Appello alle  
organizzazioni  
sindacali  
di categoria  
per ricercare  
soluzioni unitarie*



## *Casse ticket automatiche per ridurre le code agli sportelli*

**P**ermetterà di ridurre le code agli sportelli delle casse ticket, perché consentirà ai cittadini di pagare alcune prestazioni sanitarie erogate in tutti i poliambulatori dei presidi ospedalieri, dei distretti sanitari e nel pronto soccorso della Asl n. 1 attraverso uno sportello automatico. È il nuovo sistema delle “casse ticket automatiche” che dalla prima metà del mese di maggio è entretro in funzione in via sperimentale nel presidio ospedaliero di Sassari. Nelle settimane scorse sono stati effettuati test operativi che hanno dato esito positivo.

Il progetto, realizzato dall'Asl n. 1 di Sassari in collaborazione con la Krenesiel spa e la Basilicchi spa (produttrice delle casse automatiche), comporterà una serie di vantaggi per gli utenti, i quali potranno contare su un minor tempo d'attesa, pagando direttamente alle casse, oltre che su una maggiore disponibilità oraria del servizio.

Le due “casse ticket automatiche” infatti, che sono state posizionate nel poliambulatorio di via Monte Grappa (Palazzo Rosa), vicino ai normali sportelli delle casse ticket, e presso quello che diventerà il nuovo pronto soccorso dell'ospedale civile in viale Italia, (nuovo padiglione), saranno attive 24 ore su 24 e consentiranno i pagamenti che potranno avvenire, per ora, soltanto in denaro contante (banconote e monete).

Il cittadino che utilizzerà questo

nuovo servizio, oltre all'impegnativa o alla ricevuta rilasciata dal pronto soccorso, dovrà avere con sé la propria tessera sanitaria oppure il proprio vecchio tesserino di codice fiscale di colore verde.

L'utilizzo delle “casse ticket automatiche” consentirà il pagamento dei ticket sanitari relativi alle seguenti prestazioni: visita specialistica; visita di controllo; elettrocardiogramma; ecografia dell'addome superiore; ecografia dell'addome inferiore; radiografia del polso e della mano; accesso al pronto soccorso (codice bianco); accesso al pronto soccorso (codice verde). Si tratta delle prestazioni sanitarie per le quali il cittadino maggiormente si rivolge agli sportelli cassa e che, a seguito di una indagine statistica su un arco di un anno, sono risultate le prestazioni più richieste.

L'Azienda Sanitaria Locale n. 1 ha contemporaneamente avviato un programma di integrazione tra il centro unico di prenotazione (Cup) e il servizio casse ticket che consentirà lo snellimento delle procedure di pagamento dei ticket.

Al cittadino che prenota una visita tramite Cup viene rilasciato un “codice prenotazione” con il quale potrà recarsi direttamente allo sportello cassa per il pagamento della prestazione. L'operatore di cassa, digitando il codice, troverà a video la posizione già aperta dell'utente e potrà avviare le relative procedure di pagamento.

*E' possibile  
effettuare  
i pagamenti  
per le prestazioni  
più richieste*

*Diritti dei pazienti e dei medici*

## *La pillola del giorno dopo e la “clausola di coscienza”*

**R**iceviamo dalla Federazione e pubblichiamo riservandoci di intervenire nei prossimi numeri.

Sono pervenute alla Federazione numerose richieste di informazioni in merito alla problematica dell'obiezione di coscienza relativamente alla prescrizione della “pillola del giorno dopo” con particolare attenzione alla posizione dei medici che prestano il servizio di continuità assistenziale.

Si ritiene, pertanto, opportuno fornire a tutti gli ordini provinciali chiarimenti in proposito considerando anche l'aspetto della responsabilità civile del medico in merito alla questione specifica. La Commissione nazionale di Bioetica si è pronunciata con una nota del 28/5/2004 sulla contraccettione di emergenza sostenendo il diritto del medico di appellarsi alla “clausola di coscienza” nel caso di prescrizione e somministrazione della pillola del giorno dopo.

Pur essendo tale “clausola di coscienza” concetto più sfumato rispetto all'obiezione di coscienza, riconosciuta dal nostro ordinamento giuridico solo nei casi di aborto e servizio militare, cioè di quei casi in cui l'azione del singolo è diretta alla soppressione della vita, tuttavia sul piano sostanziale costituisce diritto assimilabile a quello proveniente dall'obiezione di coscienza e trova la sua consacrazione nella disposizione di cui all'art. 19 del codice di deon-

tologia medica del 1998. Tale norma, prevedendo che il medico al quale vengono richieste prestazioni che contrastino con la sua coscienza o il suo convincimento clinico può rifiutare la propria opera, a meno che questo comportamento non sia di grave e immediato nocimento alla salute della persona assistita, è stata correttamente letta come disposizione che attribuisce alla coscienza uno spazio di espressione maggiore rispetto a quello che risulta esplicitamente attribuito dalle disposizioni di legge.

Il diritto del medico all'obiezione di coscienza non può comunque, in alcun modo ledere il diritto del paziente ad una prestazione che l'ordinamento giuridico riconosce come dovuta (art. 1, Legge 405/75 “Istituzione dei consultori familiari”).

È necessario pertanto individuare un punto di equilibrio che consenta a tutti i soggetti coinvolti di poter esercitare i loro diritti senza che ciò implichi difficoltà rilevanti e restrizione di fatto delle libertà e dei diritti civili e sociali riconosciuti che porterebbero a inevitabili contenziosi.

Considerando, inoltre, il caso specifico dei medici che forniscono servizio di continuità assistenziale bisogna considerare che i medesimi all'interno dello stesso possono intervenire in situazioni di urgenza con relativa prescrizione di farmaci ed è in questa veste che, verosimilmente, sono tra i più interessati dalla proble-

*Occorre trovare un punto di equilibrio che non implichi restrizioni delle libertà individuali*

matica e tra i più esposti ad eventuali denunce per omissioni di atti d'ufficio conseguenti alla mancata prescrizione. La Federazione ritiene, per quanto evidenziato, che nel caso in cui al medico obiettore di coscienza sia richiesta la prescrizione di cui trattasi, lo stesso non può limitarsi ad esprimere la propria obiezione ma debba provvedere nell'ambito delle proprie responsabilità affinché la richiedente possa accedere con tempi e modalità appropriate alla prescrizione. Tale posizione trova riscontro nella postilla alla nota del Comitato di Bioetica che prendendo atto che l'ampliamento della libertà riconosciuta al medico nel caso di prescrizione della pillola del giorno dopo comporta come conseguenza la possibilità di disagi aggiuntivi all'accesso al principio farmacologico in-

vita le autorità ed istituzioni competenti a vigilare e provvedere affinché l'esercizio della clausola di coscienza non si traduca di fatto nella restrizione delle libertà e diritti riconosciuti dall'ordinamento giuridico.

La FNOMCeO ritiene, inoltre, che trovando la legittimazione ad esercitare la clausola di coscienza la sua ragion d'essere nella disposizione di cui all'art. 9 della Legge 194/78 (Legge sull'interruzione della gravidanza), i medici debbano adottare le modalità prescritte nell'articolato medesimo e pertanto debbano inviare a dichiarazione relativa all'obiezione di coscienza al direttore generale della ASL e al direttore sanitario nel caso di personale dipendente dall'ospedale.

**Amedeo Bianco**  
presidente della FNOMCeO

## **DEPOSITO TITOLI DI STUDIO**

Nel rispetto degli artt. 1, 2, 3, 4 del DPR n. 221/50 l'Ordine deve tenere 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.

Si precisa inoltre che l'Ordine può provvedere alla registrazione dei titoli di studio soltanto a seguito di autocertificazione presentata dall'iscritto.

## Autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie

### Importanti novità

### per chi deve aprire uno studio

La legge regionale n. 10 del 21.07.2006 ha provveduto al riordino del Servizio Sanitario Regionale secondo i criteri ispiratori del decreto legislativo n. 229 / 99, introducendo, tra l'altro, importanti innovazioni in materia di autorizzazioni sanitarie delle strutture sanitarie e socio-sanitarie.

La legge ha, inoltre, individuato gli enti Comuni e Regioni a cui sono demandate le funzioni amministrative concernenti l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie.

E' necessario precisare che alla pubblicazione della legge regionale n. 10 / 2006, legge di indirizzo che ha lasciato molti dubbi interpretativi in particolare quelli relativi all'individuazione delle attività sanitarie soggette ad autorizzazione, ha fatto seguito la circolare esplicativa n. 723 del 18.01.2007 inviata dall'Assessorato regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale a tutti i comuni per fornire le indicazioni e chiarimenti necessari per garantire il regolare svolgimento delle competenze attribuite alle amministrazioni comunali.

Con questa breve nota, introduttiva dell'argomento dell'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie, si fa riferimento sia alle disposizioni della legge regionale che a quanto specificato nella suddetta circolare esplicativa.

La legge individua due diverse tipologie di autorizzazioni:

- autorizzazione alla realizzazione di strutture sanitarie e socio-sanitarie;

- autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie e socio sanitarie.

Tralasciando per il momento l'autorizzazione alla realizzazione che interessa le strutture sanitarie più complesse che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero e / in regime residenziale e/o prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, riteniamo opportuno approfondire la tematica dell'autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie e socio sanitarie, argomento che interessa gran parte degli studi professionali che operano in regime libero professionale.

La legge regionale n. 10 / 2006 all'art. 6 prevede che l'esercizio di attività sanitarie sia subordinato alla preventiva acquisizione dell'autorizzazione all'esercizio.

La competenza al rilascio delle autorizzazioni in oggetto è attribuita ai Comuni, ai quali la legge citata ha attribuito tutte le competenze relative all'adozione dei provvedimenti autorizzativi in argomento, pur con la facoltà di avvalersi delle Azienda AUSL competenti per territorio.

#### **Strutture sanitarie per le quali è necessario acquisire preventivamente l'autorizzazione all'esercizio**

Le strutture sanitarie per le quali è richiesta esclusivamente l'autorizzazione all'esercizio sono le sole strutture indicate al comma 2 del decreto legislativo 229 /99:

- studi professionali che svolgono le attività di specialistica ambulatoriale in forma individuale o associata, altre procedure diagnostiche e terapeutiche ( studi mono o polispecialistici ) che comportino un rischio per la sicurezza del paziente.
- studi medici odontoiatrici.
- attività specialistiche ambulatoriali mediche e chirurgiche:
- attività di odontoiatra

Compete invece alla Regione il rilascio delle autorizzazioni delle strutture ambulatoriali di seguito elencate:

- attività di laboratorio di analisi
- attività di diagnostica per immagini
- attività di medicina fisica e riabilitazione

### **Enti ai quali compete il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio di attività sanitarie**

La legge regionale n. 10 / 2006 ha attribuito le funzioni amministrative concernenti l'autorizzazione sanitaria:

- ai comuni, con facoltà di avvalersi delle ASL, per quanto concerne le strutture che erogano prestazioni specialistica in regime ambulatoriale e gli studi professionali singoli ed associati, mono e polispecialistici di cui al comma 2 dell'art. 8 ter del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modifiche e integrazioni;
- alla Regione, per quanto concerne le strutture a più elevata complessità e in particolare quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio.

### **Studi professionali mono e polispecialistici**

Ai sensi dell'art. 6 comma 2 lettera a, compete ai comuni il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio delle strutture ambulatoriali e degli studi professionali che svolgono le attività di specialistica ambulatoriale di cui al comma 2 dell'art. 8 ter del decreto legislativo 502/92.

La circolare n. 723 del 18.01.2007 inviata dall'assessorato regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale a tutti i comuni, ha indicato specificatamente quali siano le attività per le quali compete ai comuni il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio delle strutture ambulatoriali:

### **Requisiti richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie**

Anche per quanto concerne i requisiti richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie è necessario riferirsi alla circolare esplicativa n. 723 del 18.01.2007 della direzione generale dell'assessorato all'igiene e sanità della Regione Autonoma della Sardegna che ha fornito chiarimenti e indicazioni in merito agli art. 5 e 6 della l.r. 21.07.2006 n. 10.

In particolare, nella circolare in oggetto è specificato che per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio degli studi professionali e sino all'approvazione del relativo provvedimento regionale, che dovrà essere adottato sentiti gli ordini professionali e le associazioni professionali maggiormente rappresentative, i comuni dovranno richiedere i requisiti previsti dai regolamenti edilizi comunali nonché i requisiti minimi strutturali e tecnologici generali richiesti specificatamente per la specialistica ambulatoriale e fissati dal DPR 14.01.1997

### **Studi professionali associati**

Sempre la già citata circolare dell'assessorato regionale alla sanità precisa che nel caso di studi professionali associati, ove operano più professionisti, gli stessi possono condividere spazi e servizi comuni ( sala d'attesa, segreteria, servizi igienici etc.).

In ogni caso, ogni professionista, che opera nell'ambito dello studio pro-

fessionale associato, eroga le prestazioni specialistiche sotto la propria esclusiva responsabilità.

### **Provvedimenti comunali nella provincia di Sassari**

A seguito del trasferimento delle competenze in materia di rilascio di autorizzazioni ai comuni, le amministrazioni comunali, ciascuna nell'ambito della propria autonomia organizzativa e compatibilmente con le risorse umane e finanziarie disponibili, recependo la normativa in oggetto, devono attribuire la competenza in materia di autorizzazioni sanitarie ai propri servizi.

Di seguito si riporta l'esempio del Comune di Sassari.

Il Comune di Sassari, al fine di assolvere le funzioni attribuite alla propria competenza dalla legge regionale n. 10 / 2006, ha attribuito il servizio relativo al rilascio delle autorizzazioni sanitarie allo *spostello unico delle attività produttive*.

A seguito di colloqui intercorsi tra l'Ordine e l'Amministrazione comunale si è appreso inoltre che lo *spostello unico per le attività produttive* ha concordato e definito con la direzione sanitaria della AUSL n. 1 e il dipartimento di prevenzione e igiene pubblica un iter per la gestione dell'intero procedimento finalizzato al rilascio delle autorizzazioni per l'esercizio delle strutture sanitarie in base alle competenze attribuite con la legge regionale n. 10 / 2006.

La domanda volta ad ottenere il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria deve essere presentata presso gli uffici dello sportello unico del Comune di Sassari – ufficio autorizzazioni strutture socio – assistenziali e studi sanitari.

L'autorizzazione all'esercizio deve essere richiesta nei casi di nuova apertura, modifica sostanziale dei locali, trasferimento, modifica attività.

Per quanto concerne gli altri comuni della provincia di Sassari, non è, al momento, pervenuta allo scrivente alcuna comunicazione relativa al recepimento della normativa regionale in tema di autorizzazioni sanitarie e relativamente all'organizzazione del servizio autorizzazioni sanitarie.

È necessario pertanto rivolgersi agli uffici comunali del luogo nel quale si intende esercitare l'attività sanitaria per acquisire le necessarie informazioni.

## ***Incontro informativo dell'Ordine a Sassari***

Considerata l'importanza delle innovazioni introdotte dalla legge regionale n. 10 / 2006 e dalla circolare esplicativa n. 723 del 18 gennaio 2007 della direzione generale dell'assessorato della Regione Autonoma della Sardegna e considerato che gli studi odontoiatrici sono individuati specificatamente nella suddetta circolare, e considerato che il Comune di Sassari attraverso lo sportello unico ha definito l'iter procedimentale completo per l'istruzione delle pratiche volte ad ottenere l'autorizzazione, **la commissione per gli iscritti all'albo degli odontoiatri** ha organizzato un incontro-dibattito dal titolo **“L'autorizzazione sanitaria degli studi professionali odontoiatrici”**.

L'incontro si è tenuto a Sassari presso la sala conferenze dell'Ordine il 25 maggio scorso ed è stato presentato dal dottor Pier Luigi Delogu, presidente della commissione albo odontoiatri di Sassari. Hanno partecipato all'incontro-dibattito in qualità di relatori il dirigente dello sportello unico del Comune di Sassari inegener Gian Franco Masia che ha relazionato sulle procedure di autorizzazione degli studi e il regola-

mento comunale e inoltre il rappresentante del dipartimento e servizio di igiene pubblica ASL n. 1 dottor Antonio Sanna che ha relazionato sui requisiti minimi degli studi professionali: verifiche e controlli. Considerata la novità della materia introdotta in questa sede, e considerate le difficoltà interpretative derivanti dalla normativa – manca ancora la delibera della giunta regionale di cui all'art. 1 comma 6 della legge regionale 10/2006 che dovrà disciplinare e aggiornare i requisiti minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private nonché degli studi professionali – e considerato che tutti i comuni dovranno organizzarsi per svolgere le funzioni attribuite alla propria competenza dalla normativa citata, l'Ordine con questa nota ha voluto fornire soltanto una panoramica generale sulla materia e sul quadro normativo di riferimento oltre alle prime indicazioni operative.

Tuttavia è opportuno precisare che l'applicazione della norma, anche considerati i chiarimenti forniti nel corso dell'incontro-dibattito mantiene ancora diverse problematiche da chiarire Inol-

tre deve essere tenuto presente che la competenza al rilascio dell'autorizzazione sanitaria è attribuita a enti diversi dall'Ordine – al Comune e alla Regione – ai quali è attribuito anche e sino all'adozione della specifica deliberazione della giunta regionale il compito di valutare il possesso dei requisiti minimi, strutturali e tecnologici ed organizzativi necessari per il rilascio dell'autorizzazione sanitaria per l'esercizio.

All'Azienda sanitaria è inoltre attribuita la competenza relativa all'attività di vigilanza e di controllo sul possesso dei requisiti minimi strutturali.

È pertanto opportuno rivolgersi direttamente agli enti che sono tenuti al rilascio delle autorizzazioni e che sono deputate ai controlli per acquisire le informazioni più dettagliate.

I rappresentanti dell'Ordine, da parte loro, continueranno a svolgere la loro attività di confronto con le istituzioni, sia a livello comunale che regionale, impegnandosi a tenere informati gli iscritti attraverso le pagine del bollettino e attraverso la consulenza agli sportelli dell'Ordine.

**Monica Marini**

## *Prestazioni economiche INAIL per malattie causate da raggi X*

Nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 77 del 2 aprile 2007 è stato pubblicato il decreto 4 gennaio 2007 concernente la "rivalutazione delle prestazioni economiche dell'INAIL in favore dei medici colpiti dall'azione dei raggi X e delle sostanze radioattive, con decorrenza 1° gennaio 2003. Riliquidazione delle stesse prestazioni per gli anni 2003, 2004, 2005 2006".

Il decreto è stato emanato dal Ministro del lavoro e della previdenza sociale in attuazione dell'art. 5 della legge 10 maggio 1982, n. 251 e dell'art. 11 del decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38, che prevedono rispettivamente la riliquidazione e la rivalutazione annuale delle rendite in favore dei medici colpiti da malattie e lesioni causate dall'azione dei raggi X e delle sostanze radioattive. Il decreto in esame, pertanto, prevede che le retribuzioni annue da assumersi a base per la liquidazione delle prestazioni economiche a favore dei medici colpiti da malattie e da lesioni causate dall'azione dei raggi X e delle sostanze radioattive, e dei loro superstiti, siano le seguenti: dal 1° gennaio 2003 euro 45.293,32; dal 1° luglio 2004 euro 46.425,65; dal 1° gennaio 2005 euro 50.280,11; dal 1° luglio 2006 euro 51.134,87.

*Il 9 giugno a Sassari*

## *Seminario sull'ipnosi nel controllo del dolore*

**U**n seminario di Giuseppe De Benedittis sul tema "L'ipnosi nel controllo del dolore" avrà luogo a Sassari il 9 giugno presso l'hotel Carlo Felice.

Il seminario è organizzato dall'Associazione sarda di medicina biologica (ASMB) col patrocinio dell'Ordine dei medici di Sassari.

L'ipnosi è la più longeva delle psicoterapie. Tra le sue applicazioni storiche e di maggiore rilevanza vi è il controllo del dolore acuto e cronico.

Dopo una breve presentazione video della fenomenologia della trance in un paziente con algie orofacciali verrà, illustrata una sintesi della storia e delle teorie delle ipnosi.

Verranno quindi esposti i fondamenti neuropsicobiologici della analgesia ipnotica, con particolare riferimento alle più recenti acquisizioni in ambito elettrofisiologico e di neuroimaging.

La parte centrale del seminario

verrà dedicata ai principi strategici e ad alcune tecniche d'ipnositerapia antalgica, diretta e indiretta. Il seminario si concluderà con una dimostrazione di gruppo, con l'impiego di una tecnica ipnotica ideata in ambito odontoiatrico: la Rapid Induction Analgesia (RIA). Nel corso del seminario verranno illustrate le indicazioni cliniche e le tecniche di "oniroipnosi", accompagnate dalla descrizione di casi clinici.

Il professor Giuseppe De Benedittis è direttore del Centro per lo studio e la terapia del dolore e professore associato di Neurochirurgia all'università di Milano.

I lavori avranno inizio alle ore 9 e si concluderanno alle 17.30 con la discussione e il test di verifica ECM.

Referenti per il seminario sono il dottor Pietro Meloni (telefono 079.273014 -mail: piero.meloni@tiscali.it) e il dottor Girolamo Stellino (tel. 079.214326).

### *Riapre il Centro per la diagnosi e la cura delle malattie reumatiche*

**Il Centro per la diagnosi e cura delle malattie reumatiche annesso alla Cattedra di Reumatologia dell'Università di Sassari ha ripreso la sua attività, dopo un periodo di quasi sei mesi di interruzione. Il professor Giuseppe Passiu e i suoi collaboratori sono disponibili a fornire consulenze e collaborazione nella diagnostica e nel trattamento dei pazienti.**

**Per appuntamenti contattare dal lunedì al venerdì dalle ore 11.00 alle ore 13.00 il numero 079.228443.**



*Il dipinto del '500 di proprietà dell'ASL n. 1*

*Un'asta per restaurare*

*“Nostra Signora del Regno”*

“**M**adonna del Regno”, un dipinto da restituire alla memoria della città. L'Associazione antiquari della Sardegna ha organizzato un'asta per raccogliere fondi. Vuole essere l'occasione per restituire alla memoria dei cittadini un quadro di grande valore storico e artistico per la città e che, a detta di importanti critici d'arte, rappresenta una pagina notevole della pittura sarda del Cinquecento. L'asta è stata organizzata dall'Associazione Antiquari della Sardegna a Sassari a Villa Mimosa per sabato 26 maggio alle ore 17, per raccogliere fondi per il restauro del dipinto la “Madonna del Regno”, attribuito al pittore esule fiorentino Baccio Gorini. Parte del ricavato infatti sarà consegnato dall'Associazione antiquari all'Azienda sanitaria sassarese, che lo destinerà per la predisposizione di un progetto di recupero e ai successivi lavori.

La Soprintendenza per il patrimonio storico di Sassari, infatti, ha suggerito all'Azienda sanitaria locale che per questo quadro venga redatto un progetto di restauro che possa ridare stabilità e leggibilità all'opera, che versa in condizioni conservative precarie. La Soprintendenza si occuperà quindi di seguire il progetto e verificare passo per passo le varie fasi dei lavori di restauro.



La presentazione del quadro e dell'evento è avvenuta la scorsa settimana alla presenza del direttore generale dell'Asl, Bruno Zanaroli, del presidente dell'Associazione antiquari della Sardegna, Luciano Serra, e del presidente dei giovani industriali del Nord Sardegna, Giuseppe Mele.

Il dipinto cinquecentesco raffigura la “Madonna del Regno”, che appare seduta sul trono, in atteggiamento di allattare il Bambino, con alla sua destra San Leonardo e alla sinistra San Lazzaro.

Nella parte bassa del quadro, si nota un melograno sormontato da una croce, stemma dell'Ordine ospedaliero dei Fatebenefratelli.

Il quadro, una volta restaurato e restituito ai cittadini nella sua bellezza, potrà trovare la sua normale collocazione all'interno dell'ospedale di Piazza Fiume, quando anche di quest'ultimo saranno stati completati i lavori di recupero prossimi all'avvio.

*L'opera  
attribuita  
a Baccio Gorini  
verrà poi  
esposta  
nell'ospedale  
di piazza Fiume*

**ELENCO DEI MEDICI DISPONIBILI AD EFFETTUARE SOSTITUZIONI  
DI ASSISTENZA PRIMARIA E DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA**

**ANNO 2007**

n.	a.p.	pdb	Cognome e nome	anno laurea	indirizzo	cap-città	telefono	cell.
1	SI	NO	ARMINU ELENA	2001	VIA VERDI 20	07044 ITTIRI	079 440 547	338 52 13 222
2	SI	NO	BAGELLA CATERINA FRANCESCA	2005	VIA AIMO 11-13	07100 SASSARI	079 27 53 37	347 720 76 04
3	SI	NO	BRICCHETTO GIOVANNA	1996	VIA UGO FOSCOLO 33	07041 ALGHERO	079 97 90 98	340 790 52 49
4	SI	NO	CANU MARIA LUISA	2006	MANZONI 123	07041 ALGHERO	079 98 07 48	340 456 82 96
5	SI	NO	CASSISA SALVATORE	2006	VIA BUDAPEST 8	07100 SASSARI	079 21 08 24	329 628 51 37
6	SI	NO	CAU DARIO	2002	VIA UGO LA MALFA 50	07100 SASSARI		328 32 43 063
7	SI	NO	COSSO MARIO	2000	VIA FRATELLI VIVALDI 7	07100 SASSARI	079 24 35 88	347 35 46 074
8	SI	SI	DELIA MANINCHEDDA	2001	VIA FORLANINI 6	07100 SASSARI	079 277 563	348 03 00 335
9	SI	NO	FALCONI SARA	2002	VIA MERCATO 26	07100 SASSARI	079 23 80 28	347 653 97 21
10	SI	NO	FANCELLO LAURA	2006	VIA CORDEDDA 13	07100 SASSARI	079 21 91 96	349 352 15 82
11	SI	NO	FUNDONI CARLA	2002	VIA G.B. MELIS 3	0700 SASSARI	079 278 509	329 02 10 498
12	SI	NO	LAI ROBERTA	2006	VIA P. TOGLIATTI 3	07100 SASSARI	079 29 45 55	347 761 52 95
13	SI	SI	MELONI DONATELLA MARIA GRAZIA	2001	VIA UGO PADULA 13	07100 SASSARI	079 274 380	393 41 77 853
14	SI	NO	MERELLA PIERLUIGI	2006	VIA GIUSEPPE VERDI 2	07044 ITTIRI		349 076 20 17
15	SI	SI	MUSIO PAOLA	2002	P.ZZA COLONELLO SERRA 10	07100 SASSARI	079 290 454	334 33 83 988
16	SI	NO	ORTU PAOLA	1999	VIA GORIZIA 39	07100 SASSARI	079 37 63 085	347 683 65 42
17	SI	NO	PINNA ANTONIO	2006	VIA ENRICO BERLINGUER 20	07045 OSSI	079 34 84 64	328 432 06 15
18	SI	NO	PIREDDA STEFANIA	2001	VIA LUIGI TOLA 3	07100 SASSARI	079 21 41 01	338 237 31 13
19	SI	NO	RIVIECCIO SILVIA	2001	VIA PASQUALE PAOLI 14	07041 ALGHERO	079 98 48 29	347 859 39 47
20	NO	SI	SALZA YLENIA	2001	VIALE ALDO MORO 135	07026 OLBIA		347 93 01 564
21	SI	NO	SINI SILVIA	1998	VIA PALA DI CARRU 48	07100 SASSARI	079 39 82 20	338 119 69 61
22	SI	NO	SOGGIA PAOLO	2006	VIA ISTRIA 16/N	07100 SASSARI	079 29 62 89	328 108 28 02
23	SI	NO	TANDA BARBARA	2003	VIA SARAGAT 30	07100 SASSARI		329 230 82 14
24	SI	NO	URAS SARA	2006	VIA M. DE CAROLIS 11	07100 SASSARI	079 29 91 35	328 944 56 61
25	SI	NO	VALENTINA VIRDISI	2002	VIA TORRES 23	07100 SASSARI	079 28 56 124	339 132 84 59