

SASSARI MEDICA



3

**IN QUESTO
NUMERO:**

Serve una legge
che tuteli tutti

Il nuovo ospedale di Olbia
e il futuro della sanità
in Gallura

I medici dicono la loro
sulle scelte di fine vita

Favorevoli all'autodeterminazione
del paziente
capace e informato

La relazione del presidente
al Consiglio Nazionale

Rispetto dei principi fondanti
del Codice deontologico

I comportamenti dei medici quando
assistono i malati senza speranza

Studio ITAELD FNOMCeO

Confronto su etica di fine vita
e testamento biologico

Eutanasia: i tempi
sono ormai maturi?

1/Salute e ambiente:
mai più insensibili
spettatori

2/Salute e ambiente: degrado
e inquinamento, problemi di sanità

Il nuovo profilo professionale
proposto per l'odontotecnico

Salute del cavo orale
e patologie cardiocircolatorie

Quattro corsi sul tema
della prevenzione oncologica

Test truccati a facoltà di medicina
Numero programmato
irrinunciabile

La privacy sui pazienti
visitati a domicilio

Disposizioni in materia
di attività libero professionale
intramuraria

Aperto il centro sperimentale
di assistenza ai malati di Alzheimer

ANNO XVI
OTTOBRE 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".*



Il nuovo ospedale Giovanni Paolo II a Olbia

SASSARI MEDICA

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

SITO WEB: www.omceoss.org

E-MAIL: ordine@omceoss.org

Anno XVI - Numero 3
Ottobre 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 Serve una legge che tuteli tutti
- 4 Il nuovo ospedale di Olbia e il futuro della sanità in Gallura
- 9 I medici dicono la loro sulle scelte di fine vita
- 10 Favorevoli all'autodeterminazione del paziente capace e informato
- 11 La relazione del presidente al Consiglio Nazionale
- 20 Rispetto dei principi fondanti del Codice deontologico
- 22 I comportamenti dei medici quando assistono i malati senza speranza
- 23 Studio ITAELD FNOMCeO
- 31 Confronto su etica di fine vita e testamento biologico
- 35 Eutanasia: i tempi sono ormai maturi?
- 54 1/Salute e ambiente: mai più insensibili spettatori
- 56 2/Salute e ambiente: degrado e inquinamento, problemi di sanità
- 61 Il nuovo profilo professionale proposto per l'odontotecnico
- 67 Salute del cavo orale e patologie cardiocircolatorie
- 71 Quattro corsi sul tema della prevenzione oncologica
- 72 Test truccati a facoltà di medicina Numero programmato irrinunciabile
- 74 La privacy sui pazienti visitati a domicilio
- 77 Disposizioni in materia di attività libero professionale intramuraria
- 83 Aperto il centro sperimentale di assistenza ai malati di Alzheimer

Consenso informato e dichiarazioni di volontà

Serve una legge che tuteli tutti

L'editoriale di questo numero di Sassari Medica è una nota in tema di dichiarazioni anticipate di volontà, che insieme al presidente dell'OMCeO di Nuoro dottor Luigi Arru ho indirizzato al direttore del quotidiano economico "Il Sole 24 ore sanità".

L'intervento è stato oggetto di un articolo dal titolo "Serve una legge che tuteli tutti" pubblicato sul numero 33 anno X del Il Sole 24 ore sanità.

Gentilissimo direttore, chiediamo cortesemente la sua attenzione per esprimere il nostro parere riguardo alla necessità o meno di una legge sulle dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari.

Intanto vorremmo chiarire subito la nostra posizione in proposito: noi siamo convinti che sia necessaria una legge sul consenso informato e sulla validità delle dichiarazioni anticipate, sia al fine di evitare l'accanimento terapeutico, sia, soprattutto, per rispettare la volontà di autodeterminazione del cittadino.

In questi mesi abbiamo assistito ad interpretazioni discordanti su quanto riportato nella Carta Costituzionale (articoli 32 e 13); questa, approvata dopo la seconda guerra mondiale, è stata influenzata nella sua genesi dai tragici eventi verificatisi nei campi di concentramento. Tali eventi stimola-

rono la dichiarazione di Belmont (The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human of Research) sul rispetto delle persone coinvolte in ricerche mediche, e, successivamente, hanno influenzato lo sviluppo della così detta "bioetica dei principi", che enfatizza l'autonomia della persona.

Il rispetto dell'autonomia del cittadino, e l'accettazione di volontà anticipate, espresse prima di essere colpito da gravi malattie che ne possano compromettere lo stato di coscienza, vengono ribaditi chiaramente nel nuovo Codice di Deontologia medica approvato, nel dicembre 2006, dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri italiani.

Pur essendo affermati dalla Carta Costituzionale e dal nostro Codice Deontologico (il Codice Deontologico, che elenca i comportamenti obbligatori per i medici, pur avendo influenza esterna è in ultima posizione nella scala gerarchica delle leggi ed è quindi chiaramente subordinato alla Carta Costituzionale, al Codice Penale e al Codice Civile), i diritti del cittadino, di non essere sottoposto a qualsivoglia trattamento medico senza il suo volontario e consapevole consenso, vengono messi in discussione dall'interpretazione di alcuni articoli del Codice Penale e del Codice Civile. Entrambi questi codici sono stati promulgati prima della nostra attuale Costituzione.

*Necessarie
norme chiare
per evitare
l'accanimento
terapeutico
e per rispettare
la volontà
del cittadino
malato*

Al di là dei casi più conosciuti (Caso Welby e Englaro), e per facilitare e rendere lineare il percorso del cittadino all'interno del mondo della salute personale, riteniamo necessaria una legge che chiarisca il ruolo e il valore del consenso informato e delle direttive anticipate nella quotidianità.

Per fare un esempio classico, ma irrisolto, ricordiamo il rifiuto consapevole delle trasfusioni da parte di pazienti che, dovendo essere sottoposti ad un intervento chirurgico in anestesia generale, con ovvia perdita temporanea dello stato di coscienza, per motivi religiosi non accettano questa terapia. Orbene, in caso di complicanze emorragiche, bisogna rispettare la volontà del paziente, fino ad accettare le estreme conseguenze della sua volontà, pur mettendo in atto tutte le terapie mediche alternative, o bisogna richiamarsi all'articolo 54 del Codice Penale e sottoporre il paziente a trasfusione? (Articolo 54 - Stato di necessità "Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volonta-

riamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo").

Secondo alcune interpretazioni giuridiche e medico-legali, in una situazione come quella su descritta, non sottoporre il paziente a trasfusione equivarrebbe ad omissione di soccorso, secondo altre, disattendere la volontà precedentemente espressa dal paziente, sottoponendolo nonostante tutto a trasfusione, sarebbe equiparabile a "violenza privata".

Di fronte a situazioni spesso contraddittorie ed incerte, a nostro parere è necessaria una legge che affermi e tuteli l'autonomia della persona all'interno della relazione di cura tra paziente e medico, impedendo quindi che umori, interpretazioni e soprattutto visioni etiche diverse vadano a limitare, di fatto, la libertà personale dell'individuo.

Luigi Arru

*Presidente Ordine dei Medici
Chirurghi e Odontoiatri
della Provincia di Nuoro*

Agostino Sussarellu

*Presidente Ordine dei Medici
Chirurghi e Odontoiatri
della Provincia di Sassari*

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

L'intervento del direttore generale dell'ASL

Il nuovo ospedale di Olbia e il futuro della sanità in Gallura

Il 17 settembre scorso è stato inaugurato l'ospedale di Olbia, dedicato a Giovanni Paolo II. La disponibilità immediata dell'ospedale segna un importante passo avanti nella riqualificazione della sanità in Gallura. Pubblichiamo l'intervento del direttore generale della Asl n. 2 Giorgio Lenzotti che ha illustrato le caratteristiche della nuova struttura.

Credo che oggi sia una bella giornata, per le istituzioni, per l'azienda, per tutti gli operatori e per l'intera comunità della provincia di Olbia-Tempio.

Inauguriamo un nuovo ospedale che, insieme a quelli di Tempio e di La Maddalena ed al costruendo San Raffaele, costituirà una rete ospedaliera sinergica. Vorrei insistere sul concetto di rete, perché ritengo che questo sia lo strumento migliore per garantire, nel giro di pochi anni, prestazioni sanitarie sempre più appropriate, efficaci ed efficienti per tutta la popolazione della nostra provincia e oltre.

Ma la struttura che andiamo ad inaugurare oggi non è un punto di arrivo ma un punto di partenza!

Oggi infatti inauguriamo il primo lotto che consentirà il trasferimento e la attivazione entro la fine di ottobre di gran parte delle unità operative che oggi operano al San Giovanni di Dio.

Si trasferirà infatti la chirurgia ge-

nerale; il reparto di ortopedia-traumatologia; ostetricia e ginecologia pediatria; unità di terapia intensiva coronarica (Utic) la rianimazione; il pronto soccorso con 6 posti letto di osservazione breve intensiva (sino ad ora assenti) e verrà creata la nuova struttura di medicina d'urgenza con 10 posti letto .

Per un totale di 148 posti letto che si sviluppano in oltre 14000 metri quadrati, con un alto indice di confort alberghiero: le stanze sono a uno o due letti , tutte dotate di bagno e con la possibilità di avere il collegamento telefonico,quello ad internet e la televisione.

La struttura prevede:

Il Padiglione E - delle emergenze, alla sinistra del complesso, in cui sono accorpate le attività di gestione dei pazienti "critici", quindi il pronto soccorso, il blocco operatorio, con di nuova concezione, che vanta apparecchiature di altissima tecnologia, la terapia intensiva, (rianimazione e unità coronarica), la diagnostica per immagini

Il Padiglione D 1 - delle degenze, quello centrale, che ospiterà le degenze ordinarie, comprensive del day hospital, con annessa sala convegni, biblioteca e sala per l'aggiornamento culturale.

Il Padiglione S - dei servizi, a destra del complesso, in cui sono accorpate le attività di supporto alla funzione assistenziale, come il depo-

Nei nuovi reparti 148 posti letto. Il raddoppio entro il 2010



**Inaugurazione del nuovo ospedale Giovanni Paolo II
Olbia, 17 settembre 2007 ore 10.30**

sito biancheria, farmacia, cucina centralizzata, e sottocentrali tecnologiche.

Il Padiglione T – delle centrali tecnologiche, che ospita la cabina elettrica, la centrale termica, la centrale frigorifera, e le officine e attività di manutenzione.

Con il secondo lotto si prevede in sostanza il raddoppio del primo lotto, con una superficie di oltre 13 mila metri quadri, arrivando sino a **248 posti letto** complessivi e la realizzazione:

– di un **Padiglione A – dell’ac-**

cesso, in cui saranno concentrate le attività direttive, l’accoglimento dei pazienti “non critici” (hall, portineria, informazioni, accettazione amministrativa, servizi religiosi), le funzioni ambulatoriali (poliambulatori, centro prelievi, emodialisi, trasfusionale, endoscopia, day surgery).

– di un **Padiglione D 2 – delle Degenze**, in cui saranno ospitate le degenze ordinarie, comprensive di day-hospital divisionale e servizi interdipartimentali, oltre al blocco parto comprensivo di area sub intensiva neonatale, il centro trasfusionale e le

discipline laboratoristiche, il day hospital oncologico, la zona cura intensiva e semintensiva della cardiologia, i servizi di neurologia, fisioterapia riabilitativa, preparazione al parto e diabetologia.

Al momento si sta concludendo l'iter di approvazione del progetto esecutivo del II lotto del Giovanni Paolo II: i lavori potranno iniziare una volta espletati i tempi tecnici per l'indizione della gara d'appalto (prevedibili in circa sei mesi); quindi i lavori del secondo lotto di Tannaule dovrebbero iniziare entro la primavera del 2008. I tempi di costruzione del secondo lotto sono previsti intorno ai due anni.

Il taglio del nastro verrà effettuato dai bambini della seconda elementare della scuola di Rudalza, che ringrazio insieme con le loro maestre ed i genitori; i bambini rappresentano il futuro; così come questo nuovo ospedale è proiettato nel futuro

Subito dopo il taglio del nastro monsignor Sanguinetti, vescovo della nostra diocesi, benedirà l'ospedale

Quindi, guidati dal direttore sanitario dottor Mura e dal direttore amministrativo dottor Caria effettueremo un giro dell'ospedale che comprenderà il laboratorio analisi, le degenze, le sale operatorie, la terapia intensiva e la radiologia.

Finito il giro torneremo qui per un buffet ed un brindisi augurale.

Sono arrivato solo da un mese per cui non ho nessun merito in quello che è stato realizzato, ma molti hanno lavorato perché si potesse arrivare a questo giorno, per cui concludo con i doverosi ringraziamenti.

Ringrazio innanzitutto tutte le autorità istituzionali, militari e religiose per la loro presenza oggi;

le istituzioni nazionali, regionali e

comunali che hanno reso possibile l'avverarsi di questo progetto;

i direttori generali che mi hanno preceduto: i dottori Massidda, Scarteddu ed in particolare il dottor Gianni Cherchi a cui volentieri cederò la parola per un saluto;

i direttori sanitari ed amministrativi che si sono succeduti negli anni. Non posso non rivolgere un pensiero ad una figura che purtroppo non è più fra noi ma che ha lasciato un indelebile ricordo per le sue non comuni doti umane e professionali: il dottor Giovanni Obino al quale, dietro una spontanea sollecitazione degli operatori, dedicheremo il padiglione che ospiterà la direzione sanitaria;

i progettisti tutti ed i consulenti, a partire dal compianto professor Zanetti, che hanno fornito le loro preziose indicazioni;

tutte le imprese che hanno collaborato alla realizzazione della struttura;

tutto il volontariato che ci segue e ci garantisce un grande aiuto nella attività di tutti i giorni ; in particolare ringrazio l'AVO che ci ha donato molte delle piante che vedrete e che cresceranno insieme all'ospedale;

tutti gli operatori che in questi anni si sono adattati a lavorare in condizioni logistiche non sempre adeguate ma che comunque hanno garantito una buona risposta sanitaria ai bisogni dell'utenza;

ed infine la comunità di Olbia e della intera Gallura, la nostra gente, e tutte le persone che in passato hanno sopportato con pazienza l'attesa di questo traguardo.

Chiedo scusa per inevitabili, non volute, dimenticanze e comunque grazie a tutti.

OSPEDALE CIVILE DI OLBIA - GIOVANNI PAOLO II

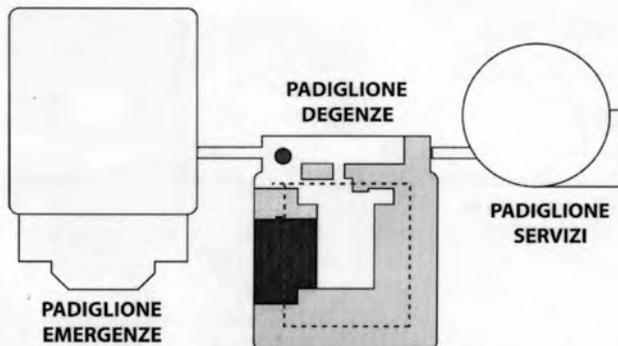
PIANO 3

PADIGLIONE DEGENZE

-  Cardiologia
-  Medicina d'Urgenza
-  Chirurgia Generale

LEGENDA

- Percorso visitatori
-  Ingresso
- Collegamenti verticali



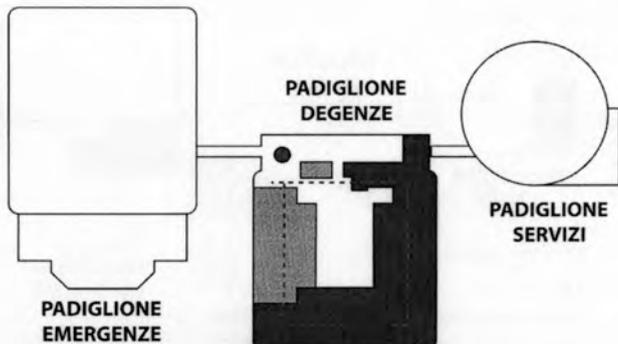
PIANO 2

PADIGLIONE DEGENZE

-  Ortopedia e traumatologia
-  Pediatria

LEGENDA

- Percorso visitatori
-  Ingresso
- Collegamenti verticali



PIANO 1

PADIGLIONE DEGENZE

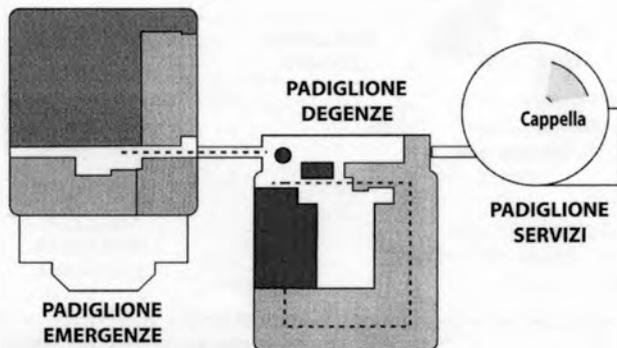
-  Nido
-  Ginecologia / Ostetrica

PADIGLIONE EMERGENZE

-  Blocco Parto
-  Blocco Operatorio
-  Rianimazione
-  U.T.I.C.

LEGENDA

- Percorso visitatori
-  Ingresso
- Collegamenti verticali



OSPEDALE CIVILE DI OLBIA - GIOVANNI PAOLO II

PIANO TERRA

PADIGLIONE DEGENZE

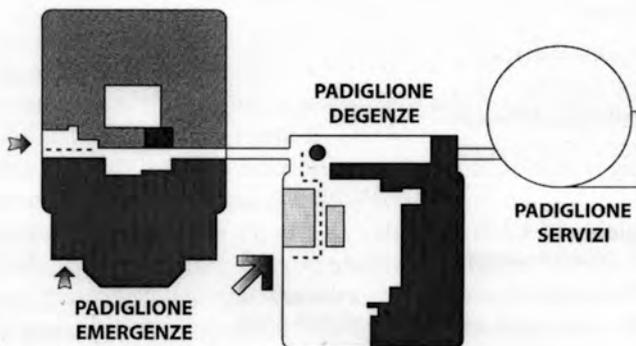
- Ingresso principale
- Laboratorio Analisi
- Direzione Sanitaria

PADIGLIONE EMERGENZE

- Pronto Soccorso
- Radiologia

LEGENDA

- Percorso visitatori
- ← Ingresso
- Collegamenti verticali



SOTTOPIANO -1

PADIGLIONE EMERGENZE

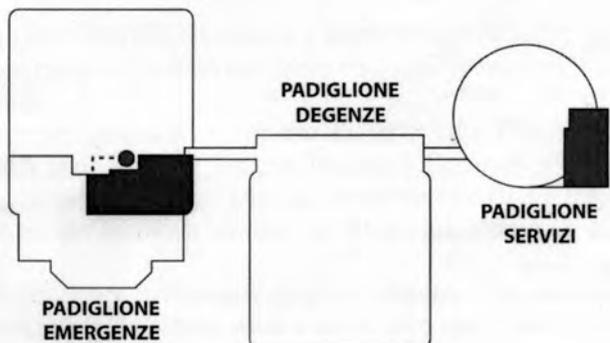
- Sala Gessi

PADIGLIONE SERVIZI

- Uffici Farmacia

LEGENDA

- Percorso visitatori
- ← Ingresso
- Collegamenti verticali



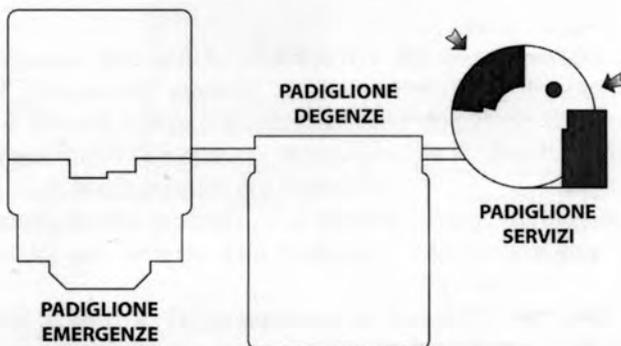
SOTTOPIANO -2

PADIGLIONE SERVIZI

- Camera mortuaria/Morgue
- Farmacia

LEGENDA

- Percorso visitatori
- ← Ingresso
- Collegamenti verticali



Udine/L'assistenza ai malati terminali

I medici dicono la loro sulle scelte di fine vita

I medici italiani sono o non sono per l'eutanasia? E in quanti casi hanno prescritto o fornito un farmaco con l'intenzione precisa di anticipare la fine della vita? In un convegno a Udine il 5 luglio scorso i medici hanno discusso sulle scelte di fine vita. Al convegno hanno partecipato qualificati operatori della sanità e fra gli altri il ministro Livia Turco.

“Quasi i due terzi dei medici italiani – ha dichiarato Luigi Conte, presidente dell’Ordine dei Medici che ha ospitato i lavori del convegno e l’assise federativa – chiede uno strumento legislativo che riporti serenità nel rapporto medico-paziente e dia certezza al medico che rifugge dall’accanimento terapeutico, di non incorrere nelle sanzioni del codice penale. Con un percentuale altissima, i medici sono disponibili ad accogliere le dichiarazioni anticipate di fine vita, ciò è espressione di una propensione a riconoscere maggiore consapevolezza al cittadino nelle scelte di vita. I medici stanno migliorando – è inequivocabile – la loro attenzione nei confronti del trattamento del dolore, nel lenire le sofferenze. Certo, su questa strada c’è ancora tanto da fare”.

“Per i medici italiani, il paziente senza speranza di guarire, e nelle fasi ultime della sua vita, non è un costo inutile, non è un cittadino che perde diritti” ha dichiarato Amedeo Bianco, che della FNOMCeO è presidente. “Il medico, soprattutto in que-

sta circostanza, è chiamato ad esprimere, sempre più e sempre meglio, la sua ancestrale vocazione alla solidarietà, al rispetto della dignità della persona, alla giustizia”.

“Ma siamo – ha dichiarato ancora Bianco, commentando questi dati – ancora lontano da standard ottimali, tanto che il 68 per cento ritiene che le cure palliative siano la risposta più efficace alla domanda di morte”.

Tante le presenze qualificate. Oltre al ministro della salute, Livia Turco, erano presenti a Udine, tra gli altri, il senatore Ignazio Marino, la senatrice Paola Binetti, la dottoressa Cinzia Caporale, vice presidente del Comitato nazionale di bioetica, il dottor Domenico Airoma, magistrato, il dottor Mario Melazzini, presidente dell’Associazione Italiana Sclerosi Laterale Amiotrofica.

ORARI DI APERTURA AL PUBBLICO DEGLI UFFICI DELL'ORDINE

Lunedì - Mercoledì - Venerdì:
dalle ore 11.00
alle ore 13.00

Martedì: dalle ore 11.00
alle ore 13.00 e
dalle ore 16.00
alle ore 18.00

Giovedì: dalle ore 11.00
alle ore 15.30
(orario continuato)

*Ribadita
la richiesta
di uno strumento
legislativo
che riporti
serenità
nel rapporto
fra medico
e paziente*

In margine alla vicenda di Giovanni Nuvoli

Favorevoli all'autodeterminazione del paziente capace e informato

I medici italiani sono contrari all'eutanasia e a ogni forma di accanimento o abbandono terapeutico.

Questa è la premessa indispensabile per dare altrettanta dignità etica e civile all'altro grande principio che governa il moderno esercizio professionale: il rispetto dell'autodeterminazione del paziente capace e informato.

Un'autodeterminazione compiutamente esigibile e praticabile all'interno di una alleanza terapeutica fondata sulla fiducia, sull'informazione, sul consenso, sullo scambio e sul rispetto dei reciproci valori etici e civili e delle rispettive libertà. "Sulla materia – ha detto Amedeo Bianco, a seguito delle notizie e delle dichiarazioni emerse sul caso di Giovanni Nuvoli – il Codice di Deontologia Medica ha operato scelte chiare ed inequivocabili: è infondato, se non addirittura strumentale, rimetterle in discussione". "Credo di interpretare correttamente il pensiero dei medici – ha continuato Bianco – esprimendo grande preoccupazione per il fatto che, per la prima volta, l'autorità giudiziaria sia intervenuta in un luogo, delicatissimo e personalissimo, qual è quello della relazione tra medico e paziente, foss'anche solo in ragione di un principio generale di tutela".

Il presidente Bianco si riferisce, ovviamente, all'episodio di cronaca avvenuto il 10 luglio scorso, quando la forza pubblica presenziò alla visita

del dottor Ciacca al signor Nuvoli, avendo quest'ultimo manifestato la volontà di interrompere la ventilazione assistita, previa sedazione.

"Fatti di tale gravità – ha quindi sostenuto Bianco – avvengono perché nel nostro ordinamento esiste una situazione di incertezza di norme – relative all'autodeterminazione – sulla quale solo il Parlamento può intervenire".

"Nonostante tanta confusione e incertezza, che si riflette sui profili di responsabilità civile e penale del medico – ha sostenuto il Presidente della FNOMCeO Bianco – portiamo con orgoglio il peso della grande responsabilità di dover garantire a tutti i cittadini – che non sono uguali ma diversi nella vita e nella morte, nelle loro scelte e nelle loro speranze – la piena osservanza degli obblighi di tutela della salute e di cura della morte".

Orario di ricevimento del consulente legale dell'Ordine

Il consulente legale dell'Ordine riceve tutti i martedì pomeriggio presso la sede dell'Ordine previo appuntamento da stabilire al numero di telefono 079/234430

La posizione dei medici: contrari all'eutanasia e a ogni forma di accanimento e abbandono terapeutico

I lavori degli organismi FNOMCeO

La relazione del presidente al Consiglio Nazionale

A Udine il 5 luglio scorso si sono svolti i lavori del Consiglio Nazionale della FNOMCeO. Pubblichiamo la relazione introduttiva del presidente Amedeo Bianco.

Cari Presidenti, l'agenda del Consiglio Nazionale odierno prevede la discussione su rilevanti questioni alcune delle quali competono alla vostra valutazione per obblighi regolamentari, altre comportano scelte che assumono grande rilevanza sotto il profilo delle politiche professionali.

Bilancio consuntivo 2006

La discussione e l'approvazione del Bilancio Consuntivo 2006 è il primo impegno di questa giornata; il Tesoriere dottor Cortesini vi illustrerà in modo analitico le risultanze della gestione 2006 e il presidente del collegio dei revisori dei Conti dottor Onorati riferirà sulla correttezza formale dell'attribuzione delle poste in entrata e in uscita. A fronte di tanta autorevolezza istituzionale mi limiterò a due sole considerazioni.

Il nostro bilancio di previsione 2007 è stato a suo tempo approvato con l'indicazione di un avanzo di gestione 2006 stimato di poco inferiore a 1.000.000 di euro; il consolidato è invece di circa 1.630.000 euro, in altre parole la gestione del 2006 ci ha consegnato un surplus di avanzo di

circa 630.000 euro che ovviamente abbiamo ripartito nel bilancio 2007, con una delibera di aggiustamento.

Scorrendo il bilancio consuntivo avrete sicuramente notato come la contrazione delle uscite si sia distribuita, oltre che sulle voci variabili di spesa anche su quelle fisse, quali ad esempio quelle riferentesi al personale e beni e servizi a testimonianza che la manovra correttiva messa in atto nel 2006 ha veramente inciso sui meccanismi di spesa e probabilmente continua a funzionare producendo, sempre più e sempre meglio, appropriatezza e sobrietà nell'uso delle risorse.

C'è tuttavia un secondo risultato che mi preme sottolineare in quanto legittima una tranquillità finanziaria che non deve però tradursi in un calo di attenzione al rigore e all'efficienza delle spese: le uscite complessive, comprese quelle connesse alla vivace attività istituzionale di consigli nazionali, convegni, gruppi di lavoro nazionali e attività all'estero, se proiettate e corrette al 2007, sono compatibili con le entrate correnti del 2007.

Questo dato ci consente, dopo anni di stasi, di attribuire finalmente risorse vere e congrue ai capitoli di riserva e di osare qualche progetto ambizioso, tipo quello di dotarci di una sede più consona al profilo della nostra istituzione.

Ci stiamo lavorando e ne ripareremo qualora dovessimo verificarne la fattibilità.

*I temi
di maggiore
rilevanza
di carattere
regolamentare
e attinenti
alle politiche
professionali*

Il nuovo codice e l'antitrust

Una seconda questione riguarda le eventuali modifiche al testo del nostro Codice Deontologico e alle annesso linee guida richieste dall'Authority del mercato e della concorrenza.

Nel corso dell'audizione l'Antitrust ha mosso alcuni rilievi circa la coerenza di specifiche norme del nuovo Codice con la legge Bersani, ai quali abbiamo risposto con pacatezza e determinazione riservando ogni decisione ai deliberati di questo Consiglio Nazionale.

I rilievi mossi si concentrano sulle norme relative alla pubblicità e sui richiami ai principi di dignità e decoro, soprattutto laddove si riferiscono alla definizione dei compensi e alla stessa pubblicità.

In particolare l'Antitrust ritiene che i concetti da noi espressi siano "discrezionali ed indeterminati" e che, in quanto tali, si presterebbero ad azioni e procedure di limitazione della pubblicità e di reintroduzione surrettizia di minimi tariffari.

Mentre alcune contestazioni al comma 3 e 4 dell'art. 56 potrebbero essere accolte, in quanto di carattere eminentemente formali, appaiono invece irricevibili altre richieste quali, ad esempio, quella di abolire i riferimenti ai principi di dignità e decoro che ricordo essere ampiamente prescritti nella legge istitutiva degli Ordini o di cancellare i divieti di pubblicità comparativa, notoriamente occasione di ripetuti equivoci se non di imbrogli nell'ambito della comunicazione sanitaria.

Va soprattutto respinta, a mio giudizio, l'obiezione mossa alla possibilità, prevista nelle linee guida che accompagnano il Codice Deontologico,

di richiedere una valutazione preventiva del messaggio pubblicitario al proprio Ordine: la qual cosa secondo l'Antitrust, intimidirebbe i professionisti, ostacolandone il diritto alla pubblicità.

Qualora il Consiglio Nazionale condividesse l'orientamento sopra delineato, dobbiamo mettere in conto la possibilità di una procedura sanzionatoria nei nostri confronti; nel qualcaso dovremmo attivare più di un' iniziativa che tenga conto anche delle sentenze di tutta la giurisdizione amministrativa a noi sfavorevoli in tema di mutualità volontaria e convenzioni private, per le quali gli Ordini sono stati equiparati ad associazioni di imprese.

Nell'audizione in Parlamento, di cui a suo tempo vi ho dato riscontro, sulla riforma delle professioni e degli Ordini e nei successivi contatti personali con i relatori Chicchi e Mantini e con altri esponenti delle commissioni parlamentari, presentatori di disegni di legge in materia (Siliquini, Vietti, Laurini) ho esplicitamente richiesto una deroga legislativa che preveda, per servizi professionali preposti ad attività di tutela della salute, l'obbligo in capo agli Ordini di valutazione preventiva dei messaggi pubblicitari.

Nel frattempo stiamo indirizzando all'Antitrust (e al ministero della Salute!) una serie di quesiti e richieste di pareri – relativamente a contenuti e forme di messaggi pubblicitari al fine di preconstituire una casistica di posizioni ufficiali nei confronti dei quali provocare l'intervento di organi giurisdizionali sovraordinati quali per esempio il Consiglio di Stato – nel merito di possibili conflitti tra organi dello Stato, espressione di interessi degni di pubblica tutela.

I nuovi profili sanitari

Così come previsto dall'art. 5 della legge n. 43/2006, su richiesta del ministro della Salute, la Conferenza Stato-Regioni, nel marzo 2007, ha inoltrato il proprio consenso e ha provveduto ad indicare i propri rappresentanti per la costituzione di una apposita commissione da individuarsi all'interno del Consiglio Superiore di Sanità incaricata di esprimere il proprio parere tecnico-scientifico su tre nuovi profili professionali: odontotecnico, ottico optometrista, e chiropratico.

Vi ricordo che le prime due figure sono a tutt'oggi comprese nelle arti ausiliare delle professioni sanitarie, così come definito dal Regio-Decreto n. 1339 del 31.5.1928, essendo tutte le altre professioni sanitarie ausiliare transitate, in forza dell'art. 6 comma 3 del DL n. 502/1992 e dei successivi reinterventi delle Leggi n. 42/1999 e n. 251/2000 nell'ambito delle professioni sanitarie, con la definizione di specifici profili professionali. A fine 2001 il Consiglio Superiore di Sanità licenziò pareri positivi sui profili dell'odontotecnico e dell'ottico che furono però bloccati nell'aprile 2002 dal Consiglio di Stato che evidenziava l'illegittimità delle procedure poste in essere in quanto in contrasto con la modifica del Titolo V della Costituzione.

In modo particolare il Consiglio di Stato così si espresse: "Alla luce delle nuove disposizioni costituzionali rientrano, pertanto, nell'ambito statale i tratti concernenti l'individuazione delle varie professioni, dei loro contenuti (rilevanti anche per definire la fattispecie dell'esercizio abusivo della professione), i titoli richiesti per l'accesso alla professionale (significativi anche sotto il profilo

della tutela dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie). Il potere statale di intervento, in relazione alle professioni sanitarie, va pertanto esercitato non più con regolamenti ma in via legislativa, con principi fondamentali, tale essendo il livello prescritto dall'art.117 della Costituzione. La Sezione rileva che nel caso degli ottici, compresi come gli odontotecnici tra gli esercenti le arti sanitarie ausiliare, non si rinvengono nell'ordinamento principi di rango legislativo statale di definizione della professione".

Non ci compete oggi valutare se la legge 43/2006 ha sciolto compiutamente questo nodo costituzionale o se, più genericamente, questo iter procedurale sia esente da vizi formali verso i quali avviare contenziosi.

E' invece pressante l'impegno ad articolare una posizione ufficiale della FNOMCeO su queste questioni, coerente con la prima risposta che abbiamo dato con la deliberazione di Cagliari, atteso che abbiamo richiesto due specifiche audizioni presso la Commissione insediata nell'ambito del consiglio superiore della sanità; la prima, sul profilo dell'odontotecnico, si è già svolta con l'intervento del presidente Renzo; la seconda su quello dell'ottico-optometrista è in calendario.

La cronaca di questi ultimi tre mesi ha reso evidenti ulteriori elementi di valutazione di cui dobbiamo tener conto nell'assumere responsabilmente una posizione che può articolarsi tra due estremi o meglio due capisaldi. Il primo di essi riveste una valenza strategica attestandosi su un'opposizione netta e pregiudiziale, come oggi si direbbe senza se e senza ma, a questa insipiente catena di montaggio di sempre nuove profes-

sioni in ambito sanitario, che vengono gettate in un calderone ormai ribollente di preoccupanti fenomeni di cannibalismo manifesto di tutti contro tutti e di abusivismo dilagante.

Il secondo è più tattico e pragmatico perchè, fermo restando la contrarietà alle logiche di questo sistema, punta sulla tutela più efficace possibile ed attuale delle categorie professionali oggi minacciate, ponendosi come obiettivo una sterilizzazione nei fatti dei nuovi profili attraverso una sistematica riconduzione delle loro competenze ad atti e procedure non invadenti delle attività oggi riservate ai medici e agli odontoiatri, così come peraltro previsto dalla stessa legge n. 43/2006.

Le categorie oggi in pista per la corsa al profilo e forse alcuni sponsors politici ed istituzionali, non sono interessati ai titoli, ma alle nuove fette di mercato che i titoli aprono essendo la sanità un'area di servizi regolamentata, è questo il core del processo in atto, è questo il punto più sensibile e più vulnerabile.

Tra questi due estremi sono possibili posizioni intermedie, da commisurare agli obiettivi, ai rapporti di forza, ai contesti politici ed istituzionali e, a tale proposito, mi corre l'obbligo di richiamare alla vostra attenzione alcuni fatti che oggi mi paiono incontrovertibili:

1. Il Ministero della Salute ha in più occasioni inequivocabilmente espresso il proprio interesse verso queste attività, che intende ricondurre, ad ogni costo, nella propria sfera di regolamentazione il che sarà possibile solo se operanti in ambito sanitario,
2. La Facoltà di Medicina non mostra

ostilità al progetto di nuove professioni con laurea triennale che viene ad aumentare la quantità delle commesse e non è neppure sfiorata dal dubbio che, in tal modo, corre il rischio di trasformarsi in un grande supermercato di lauree brevi, che ormai riguardano il 75-80 per cento degli iscritti;

3. I dispositivi legislativi, che consentono questi processi sono sempre stati approvati in modo trasversale dal Parlamento ed attuati coerentemente sia da governi di centro destra che da governi di centro sinistra; al momento sono pochi ed inascoltati quei politici e quegli osservatori che sollevano perplessità e preoccupazioni su questi opifici di professioni;
4. Evitiamo tra noi di perderci in polemiche inutili e di attardarci in strumentalizzazioni postume; questo è un treno in corsa, che non avremmo dovuto far partire, almeno non in questi termini, anni fa, quando lascio la stazione ed oggi ci troviamo a doverlo rincorrere nella speranza di contenerne la forza cinetica più devastante.

E' difficile che una decisione assunta a prescindere da questi contesti possa garantire, nello stesso tempo e nella stessa misura, un profilo strategico alla nostra azione e una tutela attuale agli interessi legittimi minacciati.

Consapevole di questo, il Comitato Centrale ha assunto l'iniziativa, credo unica nella sua storia, di convocare in audizioni rappresentanze sindacali e scientifiche delle professioni medica e odontoiatrica, delle specifiche categorie coinvolte, della facoltà di medicina e chirurgia, del ministero della salute.

Dall'ascolto dei soggetti suddetti

credo sia emerso il diffuso convincimento che debba essere messa in atto una politica diversa, in grado cioè di cambiare radicalmente questo impianto legislativo, perché sostanzialmente teso ad alimentare un contenitore sempre meno capace di regolare i propri contenuti, in un sovrapporsi caotico e incomprensibile di competenze, autonomie e responsabilità che trasformano le attività di tutela della salute in infinite guerre e guerriglie di confine .

Viene da domandarsi quanta ideologia inutile e quanta demagogia perniciosa abbiano mosso quei legislatori, visto che oggi i fabbisogni annuali nazionali di ben 12 delle 17 nuove professioni sanitarie, si assestano al di sotto delle 250 unità e tra queste addirittura 7 al di sotto delle 150.

Intanto, in base all'art. 4 della legge 42/99 i titoli e i curricula formativi che spesso non andavano oltre la scuola dell'obbligo, sono stati parificati alla laurea triennale, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post base. In altre parole todos caballeros per il presente e per il futuro.

Ritengo che con altrettanto realismo dobbiamo domandarci se questa battaglia possiamo già vincerla oggi, stoppando l'iter di questi due profili; se una possibile sconfitta di un'opposizione pregiudiziale, per quanto fortemente legittima e motivata, non rischia di metterci nell'angolo, depotenziando - per il presente - quella azione di tutela che ci compete nei confronti dei professionisti minacciati e per il futuro ogni spazio di manovra su quanto già incalza dietro l'angolo.

Nel rispetto di ogni decisione che il Consiglio Nazionale vorrà assu-

mere sulla presente questione, a cui, è nostro fermo intendimento informare il merito dell'audizione ufficiale della FNOMCeO, nonchè la nostra posizione personale nella specifica commissione insediata nell'ambito del Consiglio Superiore di Sanità di cui faccio parte con il collega Marinoni, c'è tuttavia una linea rispetto alla quale è possibile oscillare ma non derogare e cioè, in ordine di importanza:

1. no ad un profilo che consenta all'odontotecnico di operare, ad alcun titolo, anche se richiesto dal legittimo esercente l'odontoiatria, nella bocca dei pazienti e all'ottico optometrista di procedere a misurazioni ed interventi sulla funzione visiva al di fuori di condizioni e procedure definite in accordo con la categoria degli oculisti, e recepite in apposite disposizioni regolamentari,
2. no a equipollenze di titoli, diplomi, corsi formativi conseguiti in precedenza e/o riconoscimenti postumi di crediti universitari a queste attività. I nuovi profili dovranno dunque riferirsi esclusivamente ai professionisti neo laureati; gli odontotecnici e gli ottici qualificati secondo la normativa previgente devono operare, ad esaurimento, nell'ambito della definizione e delle mansioni di cui al Regio-Decreto n. 1339/1928.
3. no alla attivazione di corsi di laurea triennale in carenza di precisi e dettagliati fabbisogni, al fine di consentire una corretta programmazione, così come prevista dalla legge per le professioni sanitarie.
4. no alla possibilità di questi neo professionisti di costituire in ambito sanitario società pluriprofessionali in ragione del fatto che pro-

ducono e vendono manufatti (protesi e occhiali), confliggendo in tal modo, col principio generale, previsto dalla legge, di incompatibilità tra l'esercizio di una attività commerciale e di una attività sanitaria.

5. Previsione nei regolamenti dei nuovi profili di un Osservatorio permanente costituito nell'ambito della commissione di cui l'art. 5 del DL 43/2006, avente le finalità di aggiornare le condizioni, le procedure, le tecnologie, da ricomprendersi nelle riserve di attività delle professioni.

Su tutti questi punti è evidente che dovranno esserci assunzioni di responsabilità esplicite ed impegnative del governo e che tale impegno debba essere parte costitutiva del dispositivo legislativo.

La sfida della nostra identità

Questa sfida delle nuove professioni è una delle tante che abbiamo di fronte; a lanciarle non è un nemico cinico, ostinato, mal intenzionato; questa logica ossessiva dell'accerchiamento non ci aiuta a capire fino in fondo quanto succede dentro ed intorno.

In realtà di fronte a noi e dentro di noi si muove una società che si scompone e ricompone con ritmo incessante; le trasformazioni economiche, le innovazioni culturali, tecniche, scientifiche rimodellano senza sosta sistemi produttivi, modelli di servizi, funzioni civili, valori etici, ruoli sociali. Noi, come cittadini e come professionisti, non siamo ai riparo da questi venti impetuosi che portano scompiglio ma nello stesso tempo spingono poderosamente la macchina del nuovo, del domani, del

futuro. Le tradizionali identità di categorie sociali si frammentano e rischiano di smarrirsi se non vengono raccolte e ricomposte in ragione delle proprie radici ma anche in funzione delle innovazioni. Il che potrebbe costituire quel ruolo e quei compiti nuovi da affidare ai nostri Ordini; in altre parole progettare adoperarsi, impegnarsi a ricomporre l'identità delle nostre professioni.

Questo darebbe un senso meno retorico e una forza più creativa a quel progetto di unità su una piattaforma di valori da tutti riconosciuti e da tutti perseguiti: alcune esperienze degli ultimi mesi ci dicono che non è un obiettivo impossibile. Un frammento d'identità lo abbiamo già insieme ricomposto, visto che un documento, promosso dalla FNOMCeO e siglato da 16 organizzazioni sindacali è oggi l'architrave di un provvedimento legislativo sull'ECM, che riapre alle professioni prospettive di governo ed indirizzo del sistema della formazione continua, appena in tempo recuperato da una deriva che lo vedeva già fagocitato da anonime funzioni aziendali ed agguerrite tecnocrazie regionali.

Con lo stesso spirito e con lo stesso metodo di coinvolgimento di tutte le rappresentanze professionali stiamo lavorando sul delicato tema dei rapporti tra industria e professione e i gruppi di lavoro insediati hanno già provveduto ad inviare un primo report dei loro lavori; ci sono tutte le premesse per una svolta storica su questa questione nel segno della libertà e dell'indipendenza della professione e di una alleanza virtuosa tra produttori di servizi di tutela.

Nella stessa direzione va la giornata di domani; domani è un giorno importante per la professione me-

dica, il convegno da noi organizzato sull'etica di fine vita ha sollecitato grandi attenzioni da parte delle Istituzioni, della politica, del pensiero civile.

Abbiamo lavorato insieme producendo una ricerca ITAELD, sicuramente la più corposa condotta nel nostro Paese, verso la quale c'è un'attesa enorme dei mass media e della pubblica opinione informata.

Sentiamo con orgoglio il peso di una grande responsabilità civile, etica e tecnico professionale, quella cioè di garantire a tutti i cittadini che non sono uguali, ma diversi nella vita e nella morte, ai loro diversi pensieri, alle loro diverse sensibilità, alle loro diverse scelte, l'indipendenza del medico, la piena osservanza dei suoi obblighi deontologici e professionali di tutela della salute, che non ammette la terminazione intenzionale della vita, l'abbandono dei fragili e dei morenti, l'accanimento terapeutico, che riconosce quale valore fondante l'alleanza terapeutica, il rispetto delle volontà del paziente capace ed informato.

Questi sono i grandi temi attuali della professione. Poi abbiamo la difficile quotidianità delle tante questioni che, come meteoriti, rovinosamente impattano i nostri territori. Penso ad esempio alle farmacie che rischiano di perdere l'esclusiva della vendita dei farmaci di fascia C, ma accarezzano tuttavia l'idea di erogare prestazioni diagnostiche e terapeutiche semplici e, perché no, candidarsi al posto delle stazioni, degli aeroporti e dei supermercati ad ospitare defibrillatori o tecnologie per la telemedicina.

Più recentemente la commissione igiene e sanità della Camera ha seriamente valutato l'ipotesi di trasferire

in un obbligo legislativo con risvolti penali in caso di inadempienza, la denuncia all'Ufficio della Motorizzazione da parte del medico curante di condizioni fisiche e/o psichiche potenzialmente capaci di compromettere l'idoneità alla guida di motoveicoli.

La carta dell'autonomia e della responsabilità del medico

Queste storie di ordinaria quotidianità e di straordinaria insipienza, devono farci riflettere al di là dei fenomeni rappresentati e non vi nascondo che, al pari di altre, hanno contribuito ad irrobustire un progetto che ho proposto al Comitato Centrale e che ora vengo a manifestare al Consiglio Nazionale.

La FNOMCeO alla luce di alcune esperienze positive, si propone di avviare un processo di ricomposizione dell'identità civile, etica e tecnico scientifica della professione di medico.

Questo significa irrobustire e rendere permanente un sistema condiviso di relazioni, di scelta di temi, di individuazione di obiettivi da perseguire con tutte le rappresentanze della professione, nel rispetto assoluto dei diversi ruoli e delle diverse identità e che, in una fase iniziale, vede coinvolti i segretari nazionali dei maggiori sindacati medici e i presidenti delle principali società scientifiche e della FISM. Lo scopo finale è quello di organizzare nel più breve tempo possibile, una grande manifestazione unitaria che rilanci il tema dell'autonomia e della responsabilità della professione medica quale moderna garanzia di efficacia e sicurezza delle prestazioni e quale fonte

di chiara e trasparente identità della nostra professione.

Questo sforzo mi pare quanto mai opportuno laddove il nostro esercizio professionale è sempre più una arena di grandi mediazioni e di conflitti, dove il rischio incombente è quello di sancire come inevitabile una sostanziale marginalizzazione del medico dai ruoli e dalle responsabilità che gli competono; bisogna ovviamente agire, confrontarsi e, nei rispettivi ambiti di interesse e competenza, promuovere azioni coordinate e condivise.

Ho quindi promosso un primo incontro per la metà di luglio presso la sede della FNOMCeO, nel corso del quale verificare con i convenuti la fattibilità di tale progetto, proponendo l'individuazione di gruppi di lavoro ciascuno dei quali con specifiche tematiche da sviluppare, con l'obiettivo finale di presentare ai cittadini e alle istituzioni una "Carta della autonomia e della responsabilità del medico".

Sicuramente avremo bisogno di definire fasi intermedie, una delle quali potrebbe essere ipotizzata entro la fine di settembre sotto forma di un workshop tra i direttivi nazionali delle rispettive organizzazioni nel quale definire posizioni condivise sui temi che vi propongo e ai quali, ovviamente, insieme dovremo dare un ordine logico e funzionale.

Detti temi sono volutamente di seguito riportati secondo le modalità del brain storming.

1. Modelli organizzativi e gestionali correlati al moderno esercizio professionale e innovazioni ad esse connesse (ruolo degli ospedali, assistenza territoriale, esercizio libero professionale, nuovo modello di cure primarie, contrattazioni sindacali, rapporti di lavoro pubblici e privati, risorse);
2. rapporti con le professioni sanitarie non mediche in relazione a: riserve di attività, catene delle responsabilità, possibili conflitti tra le autonomie, modelli organizzativi allineati molteplici alle autonomie e alle differenti responsabilità;
3. rapporti con le industrie farmaceutiche e biomedicali in materia di formazione, informazione, ricerca, editoria, marketing;
4. appropriatezza tecnico-professionale e autorevolezza tecnico-scientifica; il ruolo delle linee guida tecnico professionali ed organizzative, i sistemi di valutazione, gli audit professionali e civici etc.,
5. welfare professionale, ovvero la promozione e la tutela di un grande sistema con funzioni sussidiarie dello Stato nell'ambito della tutela assistenziale e previdenziale lavorativa e post lavorativa;
6. ruolo di garanzia della professione sul piano della tutela dei diritti civili in ambito bioetico (inizio e fine vita, medicina predittiva, ecc.), in relazione con l'ambiente ed i nuovi determinanti della salute;
7. sostenibilità della medicina nell'epoca dei desideri e delle disuguaglianze, le nuove disuguaglianze;
8. medicina e tecnica; quanto e come l'evoluzione della tecnologia influenza la prassi assistenziale e l'organizzazione sanitaria, gli strangers at bedside;
9. le quattro sfide della medicina moderna: il riduzionismo specialistico, la transizione demografica,

il paziente "esigente", il progresso della tecnica; la sfida delle medicine non convenzionali,

10. la cura è ancora strumento di salute? Rimanere giovani, prevenire, personalizzare la cura, il cyberpaziente, la cura informatica, le nanotecnologie, curare la "possibilità" di ammalarsi;
11. la definizione di atto medico e il rapporto tra responsabilità professionale e responsabilità gestionale, la prevenzione e gestione del rischio clinico;
12. una scheda sulla "paideia" relativa, cioè, alla educazione che il laureato in medicina debba ricevere per essere adeguato alla esigenza dei pazienti, dei familiari e della società in genere, l'esplosione del neoumanesimo nella pratica clinica, le distanze ed i conflitti tra sistema formativo e sistema professionale ed assistenziale.

Le altre questioni

Non credo ci sia spazio materiale per rendervi ancora conto nel merito di altre iniziative sulle quali stiamo lavorando, dall'allineamento delle anagrafiche, alla ripresa di una iniziativa a scopo regolamentare sulle medicine non convenzionali, all'attivazione, a partire da settembre, di corsi di formazione sulle procedure disciplinari, ai corsi di bioetica, al prossimo avvio del corso FAD sul rischio clinico, alla ripresa di una iniziativa sulla formazione universitaria.

Al riguardo, mi impegno ad inviarvi una puntuale e sistematica rendicontazione del lavoro svolto e dei progetti in fase avanzata di realizzazione.

Conclusioni

Cari amici come potete vedere ho appuntato queste questioni in modo disordinato ma fedele alla realtà perché oggi sono disposte sul nostro tavolo di lavoro come le tessere di un puzzle tutto da comporre.

Alla nostra pazienza, alla nostra tenacia, alla nostra intelligenza, alla nostra responsabilità compete metterli insieme, incashandoli nel modo giusto gli uni con gli altri, così che la nostra identità etica, civile e tecnico-professionale possa essere vista, riconosciuta ed interpretata dai cittadini.

Ad essi va chiesta la fiducia, ma va soprattutto data la certezza che il medico, sempre e comunque, mette questa sua autonomia e questa sua responsabilità al servizio dell'interesse esclusivo dei propri pazienti.

Questo giurano i nostri giovani colleghi: anche per loro e con loro dobbiamo costruire questo presente e non stancarci di sognare e far sognare questo futuro, cercando al contempo, di farlo diventare realtà.

**SITO WEB
DELL'ORDINE
WWW.OMCEOSS.ORG**

**E-MAIL
DELL'ORDINE
ordine@omceoss.org**

Rispetto dei principi fondanti del Codice deontologico

Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO al termine dei lavori svoltisi a Udine in concomitanza con il convegno sull'etica di fine vita, ha approvato il 7 luglio scorso il documento che pubblichiamo.

I primi dati dell'indagine promossa e gestita autonomamente dalla FNOMCeO con il supporto delle principali organizzazioni mediche, sotto l'egida di un Comitato di garanti, riguardante le opinioni e le pratiche dei medici nelle fasi di fine vita dei loro pazienti, confermano, sul piano della prassi clinica, il rispetto dei valori fondanti il nuovo Codice deontologico, assicurando i cittadini che la professione medica mantiene e vuole riaffermare quel ruolo di garanzia, di solidarietà e di rispetto dei valori umani che, nei secoli, ne ha costituito il segno di appartenenza.

Questi principi, in un'epoca di profonde trasformazioni sociali e di molteplici presenze di etnie, religioni e idealità, in un mondo unificato dalla tecnica, rappresentano un punto di riferimento per la civile convivenza, per un dibattito teso all'incontro tra gli uomini, per la riaffermazione dei principi etici della solidarietà umana, nei momenti in cui ogni uomo pone le domande più ardue e personali.

Non è facile il compito dei medici che debbono trovare, all'interno dei suddetti principi, il filo del loro agire

posto a difesa della dignità e della qualità della vita del paziente, delle sue decisioni e delle sue scelte, della sua salute fisica e psichica e del sollievo della sofferenza, in un'alleanza tra pari, nel quadro della doverosa attenzione all'equità.

I medici sono contrari all'eutanasia e ad ogni forma di accanimento terapeutico così come sancito dal Codice di deontologia medica.

I medici italiani ritengono che, qualora il legislatore decidesse di intervenire in materia di dichiarazioni di volontà anticipate di trattamento sanitario, debba preliminarmente essere garantita una efficace rete di tutela dei soggetti più deboli perché inguaribili, terminali, morenti, ancor più se divenuti incapaci.

Occorrerà inoltre definire il profilo del miglior esercizio del principio di autodeterminazione, a nostro giudizio compiutamente esigibile e praticabile all'interno di una alleanza terapeutica fondata sulla reciproca fiducia, informazione, consenso, scambio e rispetto dei reciproci valori etici e civili e delle rispettive libertà.

Emerge dunque il pressante bisogno di ridefinire nuovi profili di cura e di avvicinare a questa responsabilità tecnico professionale la presa in carico di queste fragilità che va oltre questo nostro impegno.

Per realizzare queste premesse è necessaria una maggior consapevolezza della necessità di interventi

*La professione
medica
vuole
riaffermare
il ruolo
di garanzia,
solidarietà
e rispetto
dei valori
umani*

globali nell'assistenza al morente, per la quale i medici, già impegnati per una formazione più adeguata, chiedono alla società più risorse dedicate, che il tempo di ascolto non sia coartato da inutili incombenze burocratiche e che si prosegua nell'opera formativa ed informativa, anche con il potenziamento della ricerca scientifica sui temi di fine vita e delle cure

palliative. L'indipendenza del medico, cittadino al servizio di altri cittadini, è l'unica garanzia che le richieste di cura e le scelte di valori dei pazienti siano accolte nel continuo sforzo di aiutare chi soffre e ha il diritto di essere accompagnato con competenza, solidarietà e amore nel momento della morte.

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 lamenti 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.

Uno studio di Itaeld e di FNOMCeO

I comportamenti dei medici quando assistono i malati senza speranza

La FNOMCeO ha reso noti i dati di un questionario che fotografa i comportamenti e le scelte dei camici bianchi quando assistono i pazienti senza speranza di vita.

Sono alcune delle domande a cui la Federazione Nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri ha risposto, rendendo noti i risultati di un questionario postale anonimo costituito da 54 domande poste con l'obiettivo di conoscere le pratiche dei medici quando assistono i pazienti senza speranza di vita. Veramente significative le cifre, che pubblichiamo nelle tabelle illustrative. Un esempio: il 64 per cento dei medici ritiene che si debba soddisfare la richiesta di un paziente di non attuare o interrompere i trattamenti di sostegno vitale.

Le cifre sono state presentate durante il convegno che a Udine ha parlato di "Etica di fine vita: percorsi per scelte responsabili".

E gli Ordini dei medici – questo il dato forte che emerge dall'assise – sono attenti nel diffondere questa cultura, impegnati a rispondere alle esigenze che nascono nella moderna società. Sono state individuate 14 aree italiane e il campione è rappresentato da circa 15.000 medici.

Il recupero dei questionari è ancora in corso ma a Udine, sono stati divulgati i dati pervenuti e validati sino al 5 luglio.

Prima di questa indagine – che è stata realizzata da ITAELD – il prin-

cipale studio europeo, pubblicato perfino su *The Lancet* nel 2003, riportava solo i risultati di alcune aree italiane del centro-nord.

L'indagine ITAELD dice anche che i medici italiani non praticano l'eutanasia: solo lo 0,7 per cento ha infatti dichiarato di aver eseguito atti e procedure riconducibili all'eutanasia. La stessa indagine mette in evidenza che i medici italiani stanno migliorando le pratiche della sedazione del dolore.

Dal questionario emerge, infine, che deve essere migliorata la formazione dei medici e di tutti gli operatori sanitari nella cura e nell'accompagnamento ai morenti. La comunicazione stenta a mantenersi nelle drammatiche circostanze della gestione di una diagnosi infausta.

"Occorrono – ha detto a questo proposito Amedeo Bianco, presidente della FNOMCeO – investimenti di risorse, di intelligenze, di culture sulle condizioni di fine vita e i medici italiani avvertono ciò come un obbligo civile, ritenendo che i valori di giustizia, di rispetto della vita e delle scelte dei loro pazienti siano fondanti dell'alleanza terapeutica: e ciò per garantire a tutti un punto di riferimento e di equilibrio sul quale i cittadini e le istituzioni possono contare perché il confronto e le scelte su questi temi continuino, cercando e organizzando l'intesa tra gli uomini, la solidarietà dei valori, la tutela dei diritti".

*Le risposte
a 54 domande
su 14 aree
geografiche
d'Italia
e un campione
di 15 mila
sanitari*

Studio ITAELD FNOMCeO

A cura di:

Eugenio Paci & Guido Miccinesi,
UO Epidemiologia Clinica e Descrittiva,
CSPO-Istituto Scientifico Prevenzione
Oncologica, Firenze

Il campione dei medici dello studio ITAELD



- **8950 medici aziendali e universitari (su 22738)**
- **5710 medici di Medicina Generale dalle (su 5710)**
- **Limiti di età: 30 – 65 anni**



NORD 30,8%
CENTRO 22,1%
SUD 47,1%

FNOMCeO- ITAELD
Giugno 2007

Quanto sono importanti le sue convinzioni religiose o filosofiche nel suo comportamento professionale, in merito ai processi decisionali di fine vita?

	Studio ITAELD N= 2674 %	Studio EURELD N= 1508 %
Molto importanti	30	32
Importanti	42	41
Poco importanti	19	18
Non importanti affatto	9	9

Le pratiche dei medici nello studio ITAELD

• **Cure di fine vita**

1. Tipo di assistenza nell'ultimo mese di vita
2. Trattamento del dolore
3. Sedazione continua profonda

• **Decisioni mediche di fine vita**

1. Eutanasia, suicidio assistito
2. Decisioni di non trattamento

Trattamento del dolore

Il paziente ha ricevuto morfina o un derivato della morfina?

	Nord %	Centro %	Sud %	ITAELD %
Almeno una settimana prima del decesso	34	24	19	25
In qualche momento prima del decesso	62	47	37	48

Sedazione continua profonda

- Il paziente era continuamente e profondamente sedato o mantenuto in coma prima del decesso?
- Il paziente ha ricevuto nutrizione artificiale o idratazione (ANH) durante a sedazione?

	Nord %	Centro %	Sud %	ITAELD %	EURELD Italia %	EURELD Altri Paesi %
Sedazione	23	17	13	18	8*	2-8
di cui con solo oppioidi	47	37	42	43		
di cui con ANH	77	73	77	76	65	36-61

* dato non immediatamente comparabile

Eutanasia, suicidio assistito

Il decesso è stato la conseguenza dell'uso di un farmaco prescritto, fornito o somministrato con l'intenzione precisa di anticipare la fine della vita (o mettere in condizione il paziente di porre fine alla propria vita)?

Ultimo decesso

Certificati di decesso

	ITAELD %	UK 2006 %	EURELD Italia 2002 %	EURELD Altri Paesi 2002 %
	0,7	0,5	0,1	0,2-3,4
Incertezza della stima (95% c.i.)	(0,3-1,2)		(0,03-0,3)	

Decisioni di non trattamento

Non attuare un trattamento oppure interrompere un trattamento

Ultimo decesso

Certificati di decesso

ITAELD %	UK 2006 %	EURELD Italia 2002 %	EURELD Altri Paesi 2002 %
19	30	6*	22-41*

* dato non immediatamente comparabile

NORD %	CENTRO %	SUD %
27	22	12

Atteggiamento generale del medico verso la comunicazione

In genere discute i seguenti argomenti con i pazienti competenti (capaci) in fase terminale o con i loro parenti senza informare il paziente?

SI, in principio sempre	Con i pazienti %	EURELD %	Con i parenti %	EURELD Altri Paesi %
Diagnosi	52	67-98	54	18-48
Inguaribilità della malattia	19	42-92	56	15-54
Aspettativa di vita	18	9-52	49	12-52
Opzione delle cure palliative	49	73-93	52	33-61

Ogni persona dovrebbe avere il diritto di decidere di anticipare la fine della propria vita.

	NORD %	CENTRO %	SUD %	ITAELD %	EURELD Italia %
Molto d'accordo	22	21	16	19*	11
D'accordo	28	29	29	29*	26
Neutrale	15	15	15	15	20
In disaccordo	23	21	25	23	27
Decisamente in disaccordo	12	14	15	14	15

* 48%.

Una sufficiente disponibilità di cure palliative di alta qualità previene quasi tutte le richieste di eutanasia e di suicidio assistito.

	NORD %	CENTRO %	SUD %	TOTALE %	EURELD Italia %
Molto d'accordo	21	25	20	22*	26
D'accordo	50	45	45	46*	50
Neutrale	14	16	17	16	13
In disaccordo	12	12	16	14	10
Decisamente in disaccordo	3	2	2	2	1

* 68%.

I medici dovrebbero soddisfare la **richiesta di un paziente** di non attuare o di interrompere i trattamenti di sostegno vitale.

	NORD %	CENTRO %	SUD %	TOTALE %	EURELD Italia %
Molto d'accordo	26	24	17	21*	17
D'accordo	47	42	42	43*	45
Neutrale	9	11	7	8	12
In disaccordo	12	15	23	18	21
Decisamente in disaccordo	6	7	11	9	6

* 64%.

Le volontà chiaramente espresse in una **direttiva anticipata** da un paziente non competente (incapace) in merito alla non attuazione o alla interruzione dei trattamenti di sostegno vitale devono essere sempre rispettate, anche se ciò potrebbe anticipare la fine della vita del paziente.

	NORD %	CENTRO %	SUD %	TOTALE %	EURELD Italia %
Molto d'accordo	17	18	12	15*	12
D'accordo	43	40	39	40*	39
Neutrale	14	15	11	13	16
In disaccordo	21	22	30	25	28
Decisamente in disaccordo	5	5	8	7	5

* 55%.

Ad ogni persona dovrebbe essere consentito di **nominare un'altra persona** perché venga legalmente autorizzata ad assumere decisioni di fine vita al suo posto in caso di non competenza (incapacità).

	NORD %	CENTRO %	SUD %	TOTALE %	EURELD Italia %
Molto d'accordo	25	27	20	23*	13
D'accordo	41	40	41	41*	35
Neutrale	12	12	9	10	18
In disaccordo	17	15	19	18	24
Decisamente in disaccordo	5	6	10	8	10

* 64%.

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.

Interventi e tavola rotonda

Confronto su etica di fine vita e testamento biologico

Un approccio laico, ma non laicista. Il concetto della responsabilità elevato al massimo livello.

La riaffermazione che la Fnomceo e tutti i medici italiani hanno un punto di riferimento forte nel nuovo Codice deontologico, varato nel dicembre 2006.

Sono questi i punti fermi ribaditi da Amedeo Bianco, Presidente della Federazione, nel concludere i lavori del convegno "Etica di fine vita: percorsi per scelte responsabili", a Udine.

Il nuovo Codice, pertanto, è un documento da cui non si può prescindere nel dibattito che da mesi è in corso non solo tra i medici, ma nel Paese, nella politica e nelle Istituzioni, sui temi delle cure di fine vita, della terapia del dolore, delle proposte di legge sul testamento biologico, un dibattito che coinvolge tanti aspetti, che a Udine sono emersi tutti, grazie al contributo dei politici intervenuti, dei medici, dei docenti di etica e di bioetica, dei magistrati, di tutti i protagonisti dello straordinario percorso della nascita, della vita e della morte che ognuno di noi compie.

Bianco: il nuovo Codice è la nostra bussola

AI termine della giornata di lavori, caratterizzata da grande attenzione e partecipazione, Amedeo Bianco ha sottolineato che "temi così difficili, di grande delicatezza, sono stati affrontati con garbo e con serenità", mentre al Senato va avanti il percorso delle

proposte di legge sul testamento biologico, una legge da fare in punta di piedi. "Su questi temi – ha detto Bianco – non ci sono verità da gettare sul tavolo, ma noi abbiamo "Il nostro Codice" ed è così che la Fnomceo esprime una posizione condivisa nel dibattito in corso.

Proprio a Udine, Bianco, assieme ai tanti relatori e medici intervenuti, prendendo a riferimento il Codice, ha ribadito i tre NO e un SI in cui si riconoscono i medici italiani: NO all'eutanasia, NO all'accanimento terapeutico, NO all'abbandono del malato in fine vita; SI a un nuovo e rafforzato rapporto medico-paziente. Una posizione chiara, ma al tempo stesso dinamica, pronta ad essere aggiornata in coerenza con l'evoluzione del pensiero e dei processi elaborativi della dottrina dell'etica e della bioetica, così come è emerso presso la commissione Sanità del Senato, presieduta da Ignazio Marino, presente a Udine, dove notevoli sono stati i contributi della comunità scientifica, del mondo dei medici e degli infermieri, dell'associazionismo e del volontariato sui testi in esame sul testamento biologico. Un segno che l'attenzione è alta e che il lavoro che sta andando avanti in commissione è un lavoro approfondito, un lavoro che porterà all'approvazione di un legge che, per dirla con Ignazio Marino, non significa un testo per "staccare la spina al malato", ma un'opportunità per tutti i cittadini di esprimersi, di dare indicazioni sul

*Le opinioni
di Amedeo Bianco,
Livia Turco,
Ignazio Marino,
Paola Binetti
e Francesco
De Lorenzo*

trattamento che vorranno ricevere nelle fasi terminali della vita. Si tratta in altre parole di una dichiarazione anticipata di volontà sui trattamenti da porre in atto, un fatto di civiltà, non ci sono dogmi, non ci sono posizioni precostituite.

Ecco perché dal convegno di Udine è emerso un approccio laico a questi temi, l'unico possibile per rimanere nell'ambito della responsabilità e nello spirito della convenzione di Oviedo, ripetutamente citata soprattutto dai medici intervenuti nel dibattito.

Livia Turco: nuova grammatica del diritto alla salute

Citata anche da Livia Turco, intervenuta quasi alla fine della giornata, pur essendo arrivata all'apertura dei lavori, rinunciando ad andare al Consiglio dei Ministri riunito a Roma.

"Sono venuta qui soprattutto per ascoltare". Ha esordito così nel suo intervento, che comunque ha fornito un contributo ai difficili temi trattati, che, al di là delle leggi e al di là di tutto, investono comunque l'emotività dei pazienti, dei familiari, degli stessi medici. "Talvolta l'atteggiamento 'paternalistico' dei medici è invocato da noi stessi, quando viviamo la condizione di pazienti o di parenti dei pazienti. E' recentemente scomparso mio padre e a volte nascondere a fin di bene la verità a un paziente grave può aiutarlo ad alleviare la sofferenza". Sul diritto alla salute per tutti, "credo che dovremmo riscrivere la grammatica, perché diventi comune e condivisa, perché tutti ci possiamo così intendere su alcuni termini. La grande sfida oggi è quella di affinare la cultura dell'accompagnamento".

Bene, dunque, la riaffermazione

del principio di responsabilità riferito ai medici e ai familiari che non può essere disgiunto dal principio della libertà del paziente su come può affrontare la sofferenza, la malattia, le fasi di fine vita.

Livia Turco ha poi detto che altrettanto importante è ribadire il rinnovato rapporto medico-paziente: "Si tratta di una relazione interpersonale rilevante al pari dell'atto medico che, oltre che curare, è anche il prendersi cura del paziente". Torna alla mente l'ormai ricorrente citazione di Don Lorenzo Milani, che già nel '68, parlava di I care, prendersi cura, appunto, del prossimo, dei suoi problemi, della sua vita.

L'altra sfida è quella di promuovere la dignità della vita e la qualità delle cure, "riscrivendo il diritto alla salute", afferma Livia Turco, che, sull'accanimento terapeutico, afferma che "la legge deve avere il senso del limite. Quando ci fu il caso Welby, chiesi proprio questo parere al Consiglio Superiore di Sanità: c'è o no accanimento terapeutico nei caso Welby?

Quel parere l'ho qui davanti, non lo leggo per ragioni di tempo, ma resta un punto di riferimento importante, perché il CSS ha lavorato e sta continuando a lavorare con grande impegno e professionalità". E, in effetti, il CSS, presieduto da Franco Cuccurullo, ha avviato un metodo di lavoro scientifico a tutto campo per essere sempre nelle condizioni di rispondere ai più importanti interrogativi che l'evoluzione della scienza e della medicina pongono ai politici, ai medici, agli operatori tutti, ai cittadini. Sullo sfondo della giornata di Udine, la convenzione di Oviedo, approvata dal Consiglio d'Europa il 4 aprile del 1997, è stata recepita in Italia nel 2001, quando era Presidente della Repubblica Carlo Azeglio Ciampi. Nel

ricordarlo, Livia Turco ha detto che presto sarà emanato il decreto attuativo, perché l'Italia si allinei ai principi contenuti nella convenzione che già nel titolo contiene il programma: "Convenzione per la protezione dei Diritti dell'Uomo e della dignità dell'essere umano nei confronti dell'applicazioni della biologia e della medicina: Convenzione sui Diritti dell'Uomo e la biomedicina".

Livia Turco ha ricordato anche che il recepimento da parte dell'Italia è avvenuto con la legge 28 marzo 2001, n.145 - pubblicata in Gazzetta Ufficiale 24 aprile 2001. Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano riguardo all'applicazione della biologia e della medicina: Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina, fatta a Oviedo il 4 aprile 1997, nonché del Protocollo addizionale del 12 gennaio 1998, n. 168, sul divieto di donazione di esseri umani. Il 28 marzo 2001 presidente del Consiglio era Giuliano Amato e ministro della Giustizia Guardasigilli Piero Fassino.

Una contestualizzazione quanto mai opportuna, anche per riaffermare da parte di Livia Turco la necessità di approvare presto la legge sul testamento biologico "con il più ampio consenso possibile".

Ignazio Marino: la forza dell'articolo 32 della Costituzione

Auspicio condiviso dal primo firmatario di uno dei testi sul testamento biologico, il senatore Ignazio Marino, per il quale la chiave di volta è nell'articolo 32 della Costituzione, da estendere a quei pazienti che si trovano in corno, soffrono nella fase terminale della malattia e non hanno nessuna ragionevole speranza di recupero dell'integrità intellettuale. La legge vuole dare risposte in questi casi, mettendo ciascuno nelle possibilità di dire che cosa vorrà, sulla base di un consenso o di un dissenso rispetto a determinate terapie di fine vita. "Questo non significa una legge per staccare la spina, al contrario dovrà essere una legge per dare a ciascuno la libertà di scegliere fino a che punto ci si vuole spingere con la tecnologia moderna". Ignazio Marino ha commentato poi favorevolmente i risultati della ricerca della Fnomceo (Cfr. parte specifica del portale, ricerca ITAELD, presentata da Eugenio Paci e Guido Miccinesi) e ha sostenuto la posizione di Livia Turco sulla necessità di compiere passi in avanti significativi sul terreno delle cure palliative.

Paola Binetti: legge 'leggera' su testamento biologico

Paola Binetti, senatrice, anch'ella nella commissione Sanità del Senato, esponente dei Teodem, ha parlato di legge 'leggera' sul testamento biologico: "Occorre riaffermare la cultura del senso della vita e della morte. La legge sul testamento biologico passerà soltanto se sarà chiaro che si tratta di una legge di garanzia. Occorre una spinta per le cure palliative, perché i pazienti non possono essere lasciati soli.

Non si può pensare alla vita e alla morte in maniera asettica, c'è una partecipazione emotiva. Quella sul testa-

**Sito web
dell'Ordine
www.omceoss.org
e-mail
dell'Ordine
ordine@omceoss.org**

mento biologico è una grande opportunità per riflettere sulla vita e sulla morte.

C'è qualcuno che vuoi farci credere immortali, ma non è così".

Mario Melazzini, Presidente dell'Associazione Italiana Sclerosi Laterale Amiotrofica, ha portato la sua toccante testimonianza, raccogliendo l'appello di una malata SLA, la signora Maria Pia, presente in sala in barella e medicalmente assistita: "I malati vogliono essere informati e ai medici chiediamo di prendersi cura, di umanizzare la medicina, per una presa in carico globale del paziente. In tal senso, il Codice deontologico della Fnomceo è soprattutto al servizio dei cittadini".

E se Domenico Airoma, magistrato, ha paventato i rischi a distanza di una legge sul testamento biologico che potrebbe in qualche modo legittimare altre pratiche come il commercio degli organi, "rivelandosi così non come un farmaco miracolo, ma un farmaco obsoleto", ne ha auspicato invece la rapida approvazione Ezio Beltrame, assessore alla Sanità del Friuli Venezia Giulia, per il quale "il rinnovato rapporto tra medico e paziente rientra nella qualità delle cure, da garantire a tutti i cittadini". Francesco De Lorenzo, già Ministro della Sanità, che oggi si occupa a tempo pieno di volontariato e presiede l'Associazione Italiana Malati di Cancro, è tornato su un tema caro ai medici italiani, l'alleanza terapeutica medico-paziente: "C'è tanto da fare - ha detto De Lorenzo - anche sul fronte dell'assistenza domiciliare, dove si registrano ritardi da parte di alcune Regioni".

Ha sottolineato con forza De Lorenzo che "il dramma dei malati è che non sono informati. Bene il consenso informato, bene il Codice della Fnomceo, ma tutti insieme dobbiamo lavo-

rare per diffondere la cultura dell'informazione.

Spero che la legge sul testamento biologico sia approvata al più presto e soprattutto che sia una legge che trovi una effettiva applicazione".

Per un giorno Udine al centro dell'Italia che cresce con la cultura

Tutto ciò nella tavola rotonda che ha chiuso la giornata, moderatrice Manuela Lucchini, giornalista RAI, volto del Tgl, sul tema "Medico, dimmi in tuo pensiero! Confronto a più voci sui risultati dell'indagine ITAELD", nell'ambito della seconda sessione dei lavori sul tema "I medici: le scelte e le opinioni sui comportamenti di fine vita". Tavola rotonda con il pieno in sala, come nella mattinata, quando Presidenti di Ordine, esperti, magistrati ci sono confrontati nella prima sessione dei lavori sui "Limiti e le prospettive delle decisioni di fine vita". Un programma di lavori fitto che ha affrontato il tema sotto i profili giuridico, etico e deontologico, con contributi di Scalera, P.G. Conti, D'Avanzo, Miserotti, Moreschi, Drigani, Fucci, Panciotti, Brucoli, Falcinelli, Mancuso, Sassarellu, Caporale, Fiori, Amato, G. Conti, Pagni, Panti, Benato.

La Fnomceo, con questo evento, la riaffermato la sua funzione di centralità nel panorama politico-istituzionale-sanitario del Paese e per un giorno Udine è stata al centro dell'Italia che pensa, che lavora, che vuole crescere anche sul terreno della cultura. I lavori della mattina sono stati aperti da Roberto Lata, segretario della Fnomceo e introdotti da Luigi Conte, presidente Omceo di Udine, che ha sostenuto lo sforzo organizzativo di un evento che non si può dimenticare e che resterà nella storia della Federazione.

Orfeo Notaristefano

Eutanasia: i tempi sono ormai maturi?

Il dibattito etico sull'eutanasia, ormai pubblico in Italia, per la vicenda di Piero Welby, ha stimolato molti incontri e ha toccato le corde più intime inducendo ognuno di noi a schierarci a favore o contro sulla spinta dettata più dall'emozione che dalla conoscenza, magari senza conoscere bene i termini del problema. Eppure negli ultimi anni ci sono stati alcuni film che hanno parlato dell'eutanasia o hanno mostrato nel più cupo silenzio atti eutanasi molto chiari con un coinvolgimento emotivo delle platee molto forte. Le immagini dei film, peraltro molto ben fatti con splendide sceneggiature, hanno indotto la gente a schierarsi decisamente a favore dei malati che chiedevano di anticipare la loro morte per evitare una vita che dal loro punto di vista non erano degne di essere vissute. I film in questione, giusto i migliori erano "Il paziente inglese di Anthony Minghella, 1996; "Le invasioni barbariche" di Denys Arcand, 2003; "Mare dentro" di Alejandro Amenabar, 2004 e "Million dollar baby" di Clint Eastwood, 2005.

La medicina moderna con la prevenzione, con la maggiore facilità di diagnosi e di trattamento delle malattie acute, ha contribuito ad affrontarle con successo e a debellarle nella quasi totalità dei casi. Mentre per le malattie croniche il successo della medicina moderna si

è concretizzato in un paradossale aumento delle stesse, sia per la cronicizzazione delle malattie acute sia per un prolungamento di quelle croniche, portando ad un aumento della vita media con tutte le conseguenze legate a questo fenomeno. L'aumento delle malattie croniche ha determinato una maggiore dipendenza dalle cure mediche, aggravando il carico di lavoro per i medici con l'aumento del numero di farmaci da associare a quelli che già le persone anziane assumono.

Il progresso della scienza medica ha indotto, quindi, una maggiore intrusione del medico e delle persone coinvolte nei processi di assistenza e di cura nella vita privata di ognuno di noi ma anche nella vita pubblica, obbligando chi si occupa della sanità pubblica a prendersi cura in maniera preponderante delle problematiche legate alla nascita ma soprattutto di quelle legate alla morte in conseguenza dell'esponenziale incremento delle conoscenze tecnologiche e delle biotecnologie. Ciò ha creato anche dei nuovi bisogni nella popolazione e la modifica di vecchie concezioni etiche presenti nella società, legate alle biotecnologie e allo stesso tempo alla gestione delle problematiche degli anziani e delle loro malattie cronicizzate, che richiedono una maggiore attenzione e che gli stessi anziani ormai richiedono. Sono aumentate anche le richieste

I confini fra terapia specifica e accanimento sono molto sfumati: ma quando il medico può aiutare il paziente a morire?

di prestazioni mediche per mantenere uno stile di vita tipico delle generazioni adulte, ma non vecchie. I vecchi non vogliono essere tali. Non si deve più parlare di vecchiaia ma di come affrontare nel migliore dei modi un periodo dell'esistenza che richiede più attenzioni sia da parte della società che da parte del mondo della medicina e dell'assistenza sociale. Tutto ciò porta ad allontanare il pensiero della fine della vita.

Fino a poco tempo fa la morte veniva confinata nei libri, nei film, ma era quasi proibito parlarne. Il pensiero della morte doveva essere assolutamente rimosso. La tecnica e la farmacologia dovevano sforzarsi di mantenere le persone in vita il più a lungo possibile, senza acciacchi e con tutte le funzioni biologiche in perfetta efficienza. Anche i medici, disabituati ad affrontare i problemi della fine della vita, preferivano (ancora preferiscono?) non parlarne sia per non urtare la suscettibilità degli anziani, per mancanza di tempo, o per scarsa volontà di affrontare il problema con sufficiente cognizione di causa.

Il cosiddetto "rapporto medico-paziente" degli antichi medici di famiglia ha lasciato spazio ad una relazione fredda, frettolosa, incurante di affrontare i problemi relativi alle varie stagioni della vita. Il tutto in attesa che la farmacogenetica ci indichi in maniera decisamente più rigorosa quale farmaco è più efficace per una specifica patologia su uno specifico quadro genetico. Non ci sarà spazio per l'inefficacia dei farmaci e per le lunghe attese presso gli ambulatori dei medici di famiglia. La relazione con il malato

sarà ancora più sacrificata di quanto non lo sia tuttora.

Un quadro impietoso ma verosimile. Fortunatamente nelle ultime settimane il problema della morte è prepotentemente riemerso anche grazie al dramma di Welby che ha riaperto gli animi di coloro che quotidianamente, con molta fatica e in contesti culturali diversi come quelli filosofici, alimentano la riflessione su queste tematiche nelle riviste di settore, rivangando anche il problema dell'eutanasia che in questo contesto risulta fuori luogo.

Quindi di morte si deve parlare, consapevoli che è diventata un processo fortemente condizionato dall'intervento della medicina. Gli ospedali e le cliniche private sono diventate le nostre seconde case soprattutto nei momenti in cui il nostro organismo, accuratamente sostenuto durante tutta una vita, comincia a mostrare i segni di stanchezza e gli organi ed apparati non sono più efficienti come una volta. È l'inizio della fine? Forse. Si muore sempre meno in casa. La morte sopraggiunge spesso come l'esito di una malattia cronica o di una vecchiaia prolungata. In entrambi i casi l'intrusione sempre più complessa e prolungata della medicina, ha profondamente modificato il corso "naturale" degli eventi della vita riconducibili alle malattie. La medicina, quindi, condiziona pesantemente le modalità e i tempi in cui ognuno muore.

L'attività dei medici è sempre più tesa a scongiurare la morte come se essa non facesse più parte integrante della vita del genere umano. Molti operatori ritengono che tutto ciò che si pensa, si propone di fare e si fa, spesso senza il coinvolgi-

mento del diretto interessato, sia la cosa più ovvia e più giusta, che proviene dall'alto di una lunga esperienza, quindi non può essere che corretta. E talvolta non ci si cura minimamente delle conseguenze delle nostre azioni. La popolazione degli anziani è abbastanza contenta se l'azione dei farmaci e delle tecnologie regala loro qualche anno in più. Ma è compito dei medici affrontare subito il problema delle possibili ripercussioni dell'ulteriore invecchiamento confidando sulle future capacità di poterle gestire.

Il dono, giustamente gratuito, della maggiore estensione della vita a scapito di una minore capacità di gestione della stessa, non da tutti può risultare gradito. La prospettiva di uno stato terminale di malattia cronica, può generare qualche problema di accettazione. La medicina palliativa con il trattamento farmacologico del dolore e con le tecniche antalgiche, rende sicuramente più vivibile una fase terminale, ma non sempre riesce a cogliere il risultato di controllare ed alleviare la sofferenza globale, il "total pain" degli autori anglosassoni. Una particolare disposizione d'animo, associata ad elementi di depressione tipici dell'età e non suscettibile di trattamento specifico in quanto inefficace, possono portare alla decisione di anticipare, anche di un breve periodo, una morte annunciata e causata dalla malattia cronica. "Quando sarà il momento, spero di trovare un medico disposto ad aiutarmi a lasciare questo mondo sollevandomi dalla inutile sofferenza". Questa frase, pronunciata con estrema dignità e serenità, in un pomeriggio piovoso all'interno di un'aula dell'Università sta-

tale di Milano, da Indro Montanelli nel corso di un Convegno sull'Eutanasia qualche tempo prima della sua dipartita, mi è rimasta impressa. È verosimile che l'abbia trovato. Infatti abbiamo avuto la notizia della sua morte senza un accenno ad una eventuale agonia o sofferenza prolungata.

Dal trattamento farmacologico intensivo dell'anziano all'accanimento terapeutico il passo è abbastanza breve.

Accanimento Terapeutico e sedazione terminale

Sembra ormai un dato acquisito da tutti gli strati della società moderna che l'accanimento terapeutico debba essere bandito dalla pratica medica. Ma la parola "accanimento", connotata da una valenza fortemente negativa, è una scatola vuota se non è colmata di contenuti che si esplicano con atteggiamenti ed azioni specifiche in situazioni cliniche altrettanto specifiche. Tutti siamo d'accordo che non debba essere attuata, ma non tutti sanno veramente cosa significhi.

I medici dovrebbero abbandonare un atteggiamento clinico dai contorni non ben definiti. I confini tra terapia specifica e accanimento sono molto sfumati e in certe situazioni cliniche è veramente difficile discernere dove finisce l'una e comincia l'altro. Spesso la decisione unilaterale di sospendere un dato trattamento si scontra con l'atteggiamento dei parenti che vorrebbero che si persistesse con i trattamenti ad oltranza nella speranza, di solito vana, che possano portare ad un insperato miglioramento clinico del proprio congiunto. I medici non sono e non devono essere eroi e tal-

volta, sempre più raramente, si accondiscende ai desiderata dei parenti per evitare, nella migliore delle ipotesi, discussioni sgradevoli e/o procedimenti giudiziari che condizionano la vita di molti di loro per parecchi anni. Per esperienza personale il congiunto che si ostina a chiedere di continuare le cure, non è disposto a recepire il discorso che l'accanimento terapeutico porta spesso ad accorciare il corso della vita del proprio congiunto e a peggiorarne la qualità, configurando quella che io chiamo "Eutanasia delirante". Da parte loro sussiste un atteggiamento autoassolutorio tendente a placare l'incapacità di accettare la morte e a tacitare la propria coscienza, ma distruttivo nei confronti del malato, basato sulla convinzione che la medicina dei portenti possa veramente ritardare all'infinito la morte.

Se il medico instaura con il malato un rapporto leale e franco, ciò consentirà attraverso una informazione adeguata, di arrivare alla piena consapevolezza della sua grave situazione clinica e magari di programmare, in pieno accordo, una sedazione terminale che consenta un trapasso sereno senza ambascie per il malato, per i familiari e per lo stesso medico curante. Qui cominciano i primi problemi etici di grande spessore che coinvolgono operatori sanitari e parenti (i malati solitamente sono d'accordo e non si pongono problemi etici quando si tratta di alleviare la loro sofferenza). La "sedazione terminale" nella maggior parte dei casi tende ad abbreviare la vita residua. Da parte delle confessioni religiose non ci sono problemi di sorta in quanto già nel 1957, 25-26 Feb-

braio, Papa Pacelli rispose ogni dubbio affermando quanto segue, a seguito di una domanda sull'analgesia rivolta a Lui dal Prof. Haid di Innsbruck: "Esclusa l'eutanasia, bisogna che il morente sia nelle condizioni di esprimere in piena coscienza le sue volontà testamentarie, dare l'ultimo saluto alle persone care, recitare una preghiera e ricevere il soccorso del sacerdote. Adempiuti questi atti coscienti il medico può intervenire con farmaci che attenuino la coscienza e talora abbrevino, abolendo il dolore, la vita". (R. Rizzi, Quaderni ADAS, Eutanasia, una risposta all'uomo che soffre?, 1993).

Tutto risolto, quindi? Non esattamente, perché alcuni bioeticisti di area laica, in contrasto con la bioetica confessionale, hanno parlato di ipocrisia etica in quanto la sedazione terminale non è altro che una "Slow Euthanasia" (Billings JA, Block SD: Slow Euthanasia. *J. Palliative care*. 1996; 12:21-30), una lenta eutanasia. Se per Eutanasia si intende un accorciamento della vita determinato da terzi con il consenso dell'interessato, la sedazione terminale si configura come una eutanasia attuata lentamente. A questo proposito riporto una frase di Umberto Veronesi pubblicata su *Bioetica* – rivista interdisciplinare – N° 2, 06/03: "Nella situazione attuale un bravo medico che decida di dare una dose un po' più elevata di un farmaco potenzialmente letale e che lo faccia silenziosamente, sapendo che il paziente lo vuole – basta a volte uno sguardo – ebbene, un medico che agisca così risolve garbatamente un problema che è difficile mettere in pubblico." Questa polemica, comunque diventa un

po' sterile ma senza conseguenze concrete in quanto la pratica viene accettata da entrambi gli schieramenti etici.

Ulteriori problemi sorgono quando, dopo il sollievo del dolore e della gran parte dei problemi fisici, i malati realizzano che di fronte alla prospettiva di assistere al decadimento fisico e psicologico della propria persona, perdono la capacità di fronteggiare con le proprie forze anche problemi elementari. Queste sono le situazioni che possono condurre a pensare che l'accorciamento della vita potrebbe essere una soluzione percorribile.

Eutanasia, suicidio assistito e direttive anticipate

L'anticipazione della morte può verificarsi, teoricamente, in modi differenti. Se il malato è in grado di decidere può chiedere che vengano sospese le cure (Eutanasia passiva) lasciando che la malattia faccia il suo corso e acconsente solo al trattamento dei sintomi più disagiati, cioè che vengano praticate le cure palliative. In questo caso non si parla di accanimento terapeutico perché ciò prevede la sospensione dei soli interventi straordinari (anche se talvolta anche i mezzi ordinari possono risultare futili in determinate situazioni cliniche). A questo proposito riporto una frase molto illuminante di Maurizio Mori (Bioetica, dieci temi per capire e discutere, 2002, p. 108): "Solitamente crediamo che l'uccidere sia peggiore del lasciar morire. Ma stante il fatto che a volte la natura porta a morte in tempi lunghi e con grandi sofferenze, si potrebbe sostenere che è moralmente preferibile l'intervento umano attuato da

persone competenti. In questo senso, stante la tragicità delle circostanze, è meglio il "fare" che il "lasciar accadere".

Il malato potrebbe chiedere l'eutanasia attiva (per la Legge si configura il reato di omicidio del consenziente), cioè la morte diventa l'esito di un intervento attivo specifico per evitare quella che Maurizio Mori chiama "situazione infernale". Volendo differenziare l'Eutanasia passiva da quella attiva, con la prima non si persegue intenzionalmente la morte, con la seconda l'intenzione è di portare alla morte anticipata. Anche questa da alcuni bioeticisti è una differenziazione un po' ipocrita perché l'unica differenza è legata all'intenzione, ma entrambe le opzioni portano ad anticipare la morte. A tale proposito ancora Umberto Veronesi, nello stesso articolo pubblicato su Bioetica: "...Ho difficoltà a separare l'eutanasia passiva dall'eutanasia attiva. In molti casi mi sembra una distinzione sottile ipocrita. Che differenza fa interrompere il flusso dell'Ossigeno (eutanasia passiva) o eccedere nella dose di analgesico (eutanasia attiva), quando entrambe le azioni perseguono lo stesso obiettivo?"

Il suicidio assistito può essere equiparato all'eutanasia attiva. Qualche bioeticista ritiene si debba fare la sottile distinzione che nell'eutanasia attiva si configura una malattia irreversibile con morte certa prevedibile grossolanamente nei tempi e nei modi (neoplastica o cronica con una fase terminale in atto), mentre il suicidio assistito può essere attuato anche in una malattia cronica non necessariamente irreversibile. Nel caso in cui il ma-

lato non è più in grado di prendere decisioni perché ha perso improvvisamente la capacità di farlo, si può eventualmente ricorrere a documenti stilati in precedenza sotto forma di “Direttive Anticipate o Testamento biologico, Volontà previe di Trattamento, Testamento di vita (Living Will)”, in cui ognuno può dare delle disposizioni su comportamenti da assumere in condizioni specifiche, nelle quali è impossibilitato a decidere e può nominare una persona delegata ad attuare le decisioni da lui precedentemente assunte. Tale facoltà scaturisce dalla Legge N° 145 del 28/03/2001, che accoglie in toto la Convenzione di Oviedo, e dal Documento del Comitato Nazionale per la Bioetica “Dichiarazioni anticipate di Trattamento” del 18.12.2003. Peccato che questo documento lasci alla discrezionalità del medico il giudizio su quale sia il miglior interesse del paziente in quel momento e la decisione se dare corso oppure no alle disposizioni lasciate nel testamento biologico! Questo è tema di cui si discute in queste settimane nella Commissione Igiene e Sanità del Senato (Consenso informato e Dichiarazioni anticipate di trattamento) anche sulla scia emozionale delle richieste di Piero Welby di rigettare l’acquanamento terapeutico e di consentirgli di morire con la sua dignità. Si confida che su queste scelte fondamentali non prevalgano quelle componenti politiche più conservatrici che annullerebbero una opportunità unica per il legislatore di affermare la “centralità del paziente” e riconoscere ad ogni individuo il diritto all’autodeterminazione nelle scelte che lo riguardano

alla fine della propria vita terrena. Si presume pure che certe retribuite forme di paternalismo siano definitivamente superate nella mentalità non solo dei medici ma anche dei politici nostrani.

Sin qui è stata fatta una disamina che si colloca tra la sociologia e l’informativa. Un excursus rapido sull’attuale modo di affrontare le tematiche etiche più complesse da parte degli operatori della sanità e sulle possibilità di scelta a disposizione dei malati, prescindendo della liceità normativa delle opzioni riportate. Nel prosieguo vengono affrontate alcune prospettive squisitamente etiche e dibattute alla luce dei conflitti che necessariamente sorgono quando i contendenti di parte laica e coloro che si rifanno a prospettive confessionali, trattano tematiche così inerenti le umane intime convinzioni.

Dibattito etico sulla Futility

“Noi medici siamo come il capitano della nave che affonda: finché la punta di un albero sta sopra al livello dell’acqua, noi ci arrampichiamo fino alla cima e ci avvighiamo ad essa per tenere alta la bandiera... fra noi e il malato sta, tacito ma sacro, il giuramento che fino all’ultimo suo respiro, noi combatteremo per sottrarlo alla morte!” (Augusto Murri, 1908). Qualche decennio dopo nel 1936, Luigi Ferranini, incitava “Il medico ha l’altissimo dovere... di utilizzare sempre tutte le risorse dell’arte sua per rianimare la fiamma che minaccia di spegnersi.. per noi la morte è il nemico irrimediabile... Prima o dopo essa vince, ma il medico si sacrifica, non si arrende... non si dà per vinto, non rinuncia

mai alla speranza di strappare al cielo il fuoco che deve ravvivare la vita!” (riportati da Maurizio Mori in “Bioetica, 10 temi per capire e discutere, pag. 97. Ed scolastiche B. Mondadori). Penso di interpretare il pensiero di molti che preferiremmo non incontrare un medico con queste convinzioni al nostro capezzale di morenti! Purtroppo, per mia esperienza diretta, posso confermare che esistono ancora! Fanno parte, verosimilmente inconsapevoli, di una corrente di pensiero chiamato “vitalismo medico” per cui il medico aveva, appunto, come precipuo dovere il compito di prolungare la vita e allontanare la morte. La vita fisica viene ritenuta sempre di per sé buona, sacra, da qui il dovere prioritario di sostenerla e prolungarla il più possibile. È pur vero che a quei tempi l’aspettativa della vita media era nettamente inferiore a quella attuale, ma non credo che tale atteggiamento derivasse dall’anelito volto al prolungamento della vita media del genere umano. La vita umana era considerata sacra a tutti i costi. La dottrina della qualità della vita era ancora in incubazione. Era scontato che la dottrina del Vitalismo medico conducesse all’“Accanimento terapeutico” di cui sopra che inesorabilmente si accompagnava all’aggravamento della sofferenza e all’accorciamento della vita. Nessuno sostiene più questa dottrina, ma nella pratica medica quotidiana le cose vanno diversamente, anche se c’è un accordo unanime nel rigetto dell’accanimento terapeutico.

Ancora Papa Pacelli nel 1957 aveva introdotto la distinzione fra “Mezzi Ordinari” considerati obbligatori e “Mezzi Straordinari”, da

considerare facoltativi o direttamente rifiutati. Ma anche questa suddivisione poteva creare fraintendimenti, per cui la Congregazione per la dottrina della fede nel 1980 introdusse i termini mezzi proporzionati e “mezzi sproporzionati”, lasciando decidere ai medici i criteri della proporzionalità e della sproporzionalità. Ovviamente ogni medico aveva un proprio criterio di giudizio di scelta sulle azioni da porre in essere in determinate circostanze cliniche. In pratica questa suddivisione dei mezzi non aveva portato a una modificazione degli atteggiamenti e della pratica medica. Più recentemente sulla lunga scia della riforma sanitaria del 1992 e della solida partecipazione degli economisti nel mondo della sanità, si è adottato il termine di “appropriatezza” delle cure e si è mutuato dal mondo anglosassone la parola “Futility”, ad indicare e sostituire il termine “accanimento terapeutico” connotato, come detto, da un alone di elevata negatività.

Rimane comunque irrisolto, o risolto solo parzialmente, il problema dei criteri di valutazione sulla futilità degli interventi. Ragionevolmente si potrebbe considerare futile un trattamento che non è ritenuto efficace nel 99% dei casi trattati. Oppure un trattamento che non raggiunge gli obiettivi che il medico e il paziente (finalmente coinvolto nelle decisioni che lo riguardano, si spera) intendevano raggiungere. O ancora un trattamento che non è accettato dagli standard delle comunità scientifiche, che impostano la pratica clinica sulla medicina supportata da prove scientifiche valide (Evidence Based Medicine). Permangono,

però, i conflitti su alcune pratiche cliniche un po' "di confine" come sul sostegno vitale in malati con stato vegetativo persistente o permanente, su quali sforzi rianimatori attuare in malati ormai deceduti, sull'uso di cicli di polichemioterapia in malati di cancro in fase molto avanzata o ancora sull'uso di antibiotici, alimentazione parenterale e idratazione in malati in fase avanzata di malattia inguaribile. Sulla base di tali conflitti il processo decisionale impone il raggiungimento di un accordo tra le parti, malato, medico curante e i suoi colleghi, magari facendo ricorso al Comitato Etico della struttura sanitaria. Il malato pretende, in base agli accordi intercorsi, fatti concreti e possibilmente risultati dalla cura condivisa.

Nell'elenco delle situazioni di confine ho volutamente tralasciato le problematiche sulla futilità dei trattamenti nei malati neurologici o affetti da patologie muscolari, tenuti in vita da un'alimentazione attraverso sonda gastrostomica e schiavi del ventilatore meccanico, ma straordinariamente lucidi di mente. Il pensiero va al coraggioso Piergiorgio Welby e ai tanti malati (solo in Sardegna ce ne sono numerose decine e aumentano di giorno in giorno anche per una scarsa informazione di questi malati) affetti dalla stessa malattia o similari. Si sospende il giudizio in attesa delle decisioni dei giudici cui viene sottoposta questa triste vicenda. Riporto il suo "grido" di dolore inviato ai quotidiani: "Dalla mia prigione infame, da questo corpo che mi sequestrano... addio, signori che fate della tortura infinita il mezzo, lo strumento obbligato di realizzazione o di difesa dei vostri

valori!" Questo drammatico grido di dolore emerge da una mente che vede nel proprio involucro corporeo una prigione chiusa a doppia mandata senza alcuna possibilità di fuoriuscire se non per un atto di umana pietà e, si spera, di giustizia terrena. La situazione è talmente angosciosa che il valore della vita non ha più significato. Ha molto più significato il valore della persona che non è più legata alla vita del corpo. Un totale annientamento della propria personalità legata a un processo biologico che nei pensieri di Welby viene mantenuto in vita dalla moderna tecnologia, ma che ormai non gli appartiene più, che non fa più parte della propria individualità. Il binomio corpo-persona che costituiva l'individuo non esiste più. L'individuo non è più tale, è stato diviso: da una parte la persona con la propria capacità intellettuale che mantiene e vive l'idea di sé e dall'altra un processo biologico che ha un senso solo se connesso a una macchina elettrica attraverso del materiale biocompatibile, docile, malleabile che trasmette l'aria artificiale a dei polmoni stanchi di insufflarsi dieci-dodici volte al minuto in modo sempre uguale per lunghe ore, giorni, anni. Un processo biologico ormai estraneo che non ha più senso mantenere in vita, ben lontano dalla "biografia" della persona.

Dibattito etico sull'eutanasia

Il dibattito etico attuale verte precipuamente sulla opportunità di normare con una legge l'eutanasia. Il mondo cattolico, essenzialmente, avversa in maniera molto decisa questa scelta, sia per motivi strettamente confessionali che riportano

alla sacralità della vita ritenuta assolutamente indisponibile, sia per la paura del cosiddetto Slippery Slope, o china scivolosa. Questa è la paura che con la legalizzazione dell'eutanasia si potrebbe aprire la strada all'eliminazione di tutti i malati scomodi. Vengono riportati esempi storici come i programmi nazisti di eugenetica o gli orfanotrofi cinesi all'interno dei quali, in tempi precedenti, venivano perpestrate, nei confronti dei bambini, delle azioni efferate e inumane. Oppure particolare pericolo correrebbero i gruppi poco considerati nella nostra società: anziani, minoranza etniche, disabili o gruppi etnici particolarmente discriminati.

La prima prospettiva è opinabile in quanto le persone atee o che hanno una visione che riporta all'etica della qualità della vita non accettano questa impostazione. Per la seconda prospettiva le risposte possono essere molteplici. La paura di un cattivo utilizzo delle leggi di solito non frena il legislatore dal proporre leggi che tenessero conto delle varie opzioni etiche presenti nella collettività e quindi potenzialmente fruibili per tutti.

Seguendo tale prospettiva bisognerebbe eliminare le automobili perché decine di migliaia di automobilisti più o meno colpevoli muoiono ogni anno per le strade, o eliminare l'energia atomica utilizzata a scopi energetici da miliardi di persone (anche in Italia dove compriamo l'energia elettrica prodotta in Francia dai reattori nucleari), per il motivo che qualche Stato utilizza la bomba atomica come deterrente nei confronti di altri Stati. Riporto una frase del filosofo contemporaneo H.T. Engelhardt: "Il fatto che il Texas, che

per più di 130 anni non ha avuto leggi contro il suicidio o contro l'aiuto al suicidio, abbia evitato senza difficoltà le chine scivolose e pericolose, dimostra che tali linee politiche non conducono necessariamente all'abuso, se vengono perseguite in una società che prende sul serio la libertà degli individui." E, aggiungo io, in caso di approvazione della legge (fra 10-15 anni?) se venissero attuati controlli severi verrebbero impediti i comportamenti potenzialmente criminosi con l'eliminazione dei possibili arbitri.

Situazione in Europa: in Francia l'eutanasia è illegale, il codice penale distingue tra eutanasia attiva e passiva; in Svizzera il suicidio assistito non è reato, perché il malato sia giudicato consapevole delle proprie azioni; in Italia eutanasia e suicidio assistito sono considerati reati. Il Papa ha condannato esplicitamente l'eutanasia nell'Enciclica "Evangelium vitae" (25 Marzo 1995): "Le Leggi che autorizzano e favoriscono l'aborto e l'eutanasia si pongono dunque radicalmente non solo contro il bene del singolo, ma anche contro il bene comune e, pertanto, sono del tutto prive di autentica validità giuridica". (sottolineatura del sottoscritto).

Solo l'Olanda a tradizione protestante e il Belgio a maggioranza tradizione cattolica osservante, hanno una legge che autorizza l'Eutanasia su richiesta e il suicidio assistito. Nel Belgio (2002) la legge viene approvata un anno dopo l'Olanda (2001) e fa esplicito riferimento anche alla sofferenza psicologica, oltre che fisica. In entrambi i Paesi si attribuisce grande valore al Testamento biologico nei casi in

cui viene stilato e quando esso richieda espressamente l'attuazione dell'eutanasia.

La legge olandese vincola in maniera perentoria i medici ad una serie di prescrizioni. In primo luogo deve essere espletato ogni tentativo di terapia e di assistenza diretta senza risultati ritenuti efficaci dal malato e dal medico stesso. In secondo luogo la richiesta di ricorrere al suicidio assistito o all'eutanasia deve essere molto chiara e veramente pressante da parte del malato. Nei pazienti minori dai 12 ai 18 anni che manifestano la volontà di ricorrervi, il medico ha l'obbligo di consultare i genitori o eventuali altri parenti che esercitano la patria potestà o il tutore legale.

La commissione regionale (composta da un esperto di leggi, un medico e un bioeticista, tutti nominati dal Ministro della Giustizia e della Sanità), a cui il medico deve riferire, valuterà se il curante ha espletato in maniera efficace le procedure previste dalla legge e darà il proprio giudizio dopo 6 settimane. Nel caso in cui il comportamento del medico fosse ritenuto non corretto, la commissione regionale ne darà comunicazione alla Procura Generale e all'ispettorato della salute pubblica. Se dovessero intervenire delle circostanze che potrebbero mettere in discussione l'operato e compromettere il giudizio dei componenti la commissione (in carica per sei anni), questi vengono subito rimossi.

In sintesi la legge prevede il riconoscimento del ruolo esclusivo del medico nella sua applicazione, che percepisca che la sofferenza del malato sia insopportabile e non suscettibile di essere alleviata in al-

cun modo. Tali procedure molto chiare e allo stesso tempo piuttosto rigide, offrono sufficiente garanzia che i malati siano protetti da eccessi o abusi di potere dei componenti coinvolti nel giudizio. La legge è sicuramente perfezionabile e potrebbero essere introdotti anche altre limitazioni a maggiore tutela della volontà precisa e ponderata del malato di ricorrervi. È sempre meglio una legge con tanti "paletti" piuttosto che nessuna legge in una società dove alcuni medici ricorrono comunque all'eutanasia, nel silenzio delle corsie ospedaliere, attuata sicuramente per pietà nei confronti di malati, spesso inconsapevoli, nei quali la sofferenza raggiunge vette impensabili.

Alcuni dati. Siamo nel 2004. Un sondaggio segreto effettuato circa un anno fa dalla Brunel University nel Regno Unito, patria delle cure palliative attuate capillarmente sulla popolazione malata, ha messo in evidenza che circa tremila pazienti vengono aiutati a morire nell'arco di un anno, otto persone al giorno. I medici agiscono quasi sempre per compassione d'accordo con i malati e talvolta senza consenso. Lo 0,16% del totale delle morti è da attribuirsi a casi di eutanasia volontaria. Lo 0,33% è da attribuirsi ad eutanasia senza richiesta esplicita da parte del malato. Un dato che mette in evidenza che i medici inglesi sono poco propensi ad attuare l'eutanasia, ma denota anche la necessità di una legge che orienti al meglio l'operato dei medici nelle tragiche situazioni di fine vita.

Sempre circa un anno fa nel liceo scientifico Albert Einstein di Torino, 200 liceali in autogestione hanno invitato un medico del Par-

tito Radicale Silvio Viale, il “Dotto Morte del Po”, per una conferenza. È stato proiettato un filmato che riproduceva il suicidio di una ragazza di Losanna mediante l'ingestione di un succo di frutta avvelenato. Una morte vera. È successo un putiferio, ma gli studenti erano turbati più dal clamore suscitato che dalle immagini del filmato, anche se piuttosto crude.

In una recentissima indagine realizzata in tutta Italia è emerso che il 26% dei medici (oncologi e rianimatori) utilizza di routine la sedazione terminale su malati giudicati senza speranza. Il 46% dei medici vorrebbe che fosse obbligatorio per legge seguire la volontà del paziente. Il 50% ritiene che l'idratazione e l'alimentazione artificiale vengono considerati trattamenti medici e quindi potrebbero essere indicati nel testamento biologico.

Da circa venti anni la Consulta di Bioetica di Milano e, recentemente, la Fondazione Umberto Veronesi, portano avanti il discorso della necessità di istituire il testamento biologico attribuendogli piena validità giuridica di obbligo da parte del medico ad ottemperare alle volontà liberamente espresse dai malati. Purtroppo il Comitato Nazionale per la Bioetica nel documento riportato sopra, conferisce al medico, non al malato, la facoltà di giudicare quale possa essere il suo miglior interesse. Ed è verosimile che la Commissione Igiene e Sanità del Senato tenga conto delle conclusioni di quel documento piuttosto che delle volontà del malato. Non ci sono molti motivi per essere ottimisti su questo particolare versante! Il rischio che la montagna partorisca un topolino è molto ele-

vato. Per trovare manifestazioni favorevoli all'eutanasia e al suicidio assistito occorre tornare indietro ai tempi dei nostri avi greci. C'era un filosofo a Cirene, chiamato Eresia piuttosto famoso, che sosteneva il diritto di ciascun uomo di potersi dare la morte quando lo ritenesse più opportuno, al fine di potersi liberare da tutti i mali della vita. Era chiamato peisqanatox (persuasore di morte). Scriveva Sofocle: “Il peggio non è morire, ma dover desiderare la morte e non riuscire ad ottenerla”.

Nel mondo antico in tutte le comunità tribali (anche in quella sarda, come il mito del riso sardonico), era piuttosto diffusa l'usanza della soppressione degli anziani ormai incapaci di provvedere a sé stessi o degli anziani gravemente malati. Oppure i vecchi filosofi che si intrattenevano con parenti e amici, amabilmente conversando, mentre si lasciavano gradualmente morire dopo il taglio delle arterie dei polsi. Il principio a sostegno di questa scelta era la libera scelta della modalità e del tempo del morire. Oppure i guerrieri preferivano morire giovani in battaglia e guadagnare una fama imperitura piuttosto che morire nel proprio letto, vecchi nella vergogna e nella totale indifferenza dei concittadini.

Scriveva Vladimir Jankélévitch nel 1974 (A proposito dell'eutanasia): “Nell'antichità gli stoici preferivano avere una bella morte, una buona morte, il senso appunto dell'eutanasia, piuttosto che assistere al proprio decadimento”: Platone, Repubblica (III, 410) “... Instaurei nello stato una disciplina ed una legislazione che stabiliscano i compiti dei cittadini sani di corpo e di

animo; quanto a coloro che non sono sani di corpo li si lascerà morire". La Rupe Tarpea nell'antica Sparta e a Roma. Una sorta di Eutanasia Eugenic.

Con l'avvento del Cristianesimo la morte ha assunto una connotazione molto differente. Non è il dramma della fine dell'esistenza ma una forma di passaggio verso la gloria eterna in Paradiso. La morte come dono offerto da Dio agli uomini con la morte in croce del Suo Figlio prediletto. Il Medioevo ha ancora di più accentuato la necessità di una buona morte contrapposta alla malamorte di coloro che non seguivano i precetti della Chiesa.

Maimonide, filosofo, teologo e medico (XII secolo), sosteneva la concezione cristiana del dolore e della sofferenza come riscatto spirituale e, quindi, condanna ogni tentativo di eliminare il malato.

Tomaso Moro (1510) nell'Utopia, teorizzava che, essendo lecito il desiderio di usufruire dei beni dello spirito e del corpo (e quindi della salute), sarebbe stato opportuno indurre colore che ne fossero privi ad una dolce morte, anche considerando la loro inutilità sociale. Circa un secolo dopo, 1627, Sir Francis Bacon nell'Atlantide scriveva che la missione del medico consiste nel restituire la salute e nel controllo del dolore e della sofferenza, ma anche nel procurare al paziente inguaribile una morte tranquilla e serena. È stato sicuramente il primo a parlare di Eutanasia nel senso letterale di buona morte. A onor del vero entrambi aggiungevano che se il paziente rifiutava il consiglio di "farsi aiutare" a morire lo si doveva curare nel mi-

gliore dei modi possibile.

Ma al giorno d'oggi ha ancora senso parlare della morte seguendo tali criteri? O meglio questi precetti sono validi solo per i credenti o sono in termine assoluti estendibili a tutto il genere umano? Per quanto possa apparire assurdo contestare ad una persona ciò che egli ritiene sia più opportuno per sé stesso (volenti non fit iniuria), il diritto di morire non è facilmente riconosciuto nella nostra moderna società dove il più forte può decidere di intraprendere una guerra al fine di "esportare" la democrazia! Nella guerra possono morire centinaia di migliaia di persone, anche in diretta televisiva solleticando il malcelato "piacere" di vedere episodi di distruzione e morte, sevizie sui bambini e quant'altro di più efferato si possa pensare, ma la nostra tradizione culturale e filosofica respinge il suicidio e l'eutanasia.

Le argomentazioni razionali a supporto del divieto o del limite all'eutanasia, quali sono? Se la persona nell'organizzazione della sua vita ha la facoltà di autodeterminarsi (fatta salva la libertà del vicino) e di ricercare con le proprie forze uno scampolo di felicità, come si fa a negargli la facoltà e il diritto di poter decidere in merito alla sua stessa vita imponendogli di viverla a tutti i costi nonostante un netto rifiuto? Le leggi riconoscono alla persona il diritto fondamentale e inalienabile alla vita, perché non riconoscere anche il diritto alla morte? Non è ciascuno a questo mondo padrone della propria vita? Gli è stata donata? Ognuno ringrazia sentitamente per il dono, ma un dono come quello della vita assolutamente irripetibile, non torna indietro.

Il dono della vita è per sempre e finché è bella e piena di soddisfazioni è fondamentalmente giusto godersela da soli o in compagnia. Ma quando questa diventa un peso insopportabile, ognuno deve avere, ha la facoltà di decidere cosa farne: o di affidarla ad altre persone oppure a rinunciare alla stessa con un atto attivo o passivo.

“La vita è un dono. Come tale appartiene a chi la riceve. Un dono, sul cui uso e destinazione continuasse a decidere qualcun altro, infatti, tutto sarebbe fuorché un dono. Nell’ipotesi più favorevole sarebbe un prestito, ma operosissimo. Non dono ma debito, dunque. E per un prestito mai richiesto. In realtà sarebbe vincolo, sudditanza, corvèe, ricatto addirittura. In tal modo, però, il sacrosanto diritto alla vita si muterebbe in condanna, più che in dovere. E una condanna a vita può essere più insopportabile di una condanna a morte”. Così P.F. D’Arcais, *Il dono della vita e la decisione della morte*, Micromega 2/97. Cioè ognuno può rinunciare al proprio diritto di decidere sulla propria sorte e affidarsi a Dio, ma è inaccettabile imporre questa visione a chi non crede. Questo in quanto, nonostante venga costantemente negato da chi ha una visione confessionale della vita, il diritto a morire esiste come parte integrante del diritto alla vita, né più né meno.

Principi etici di riferimento

In questo contesto i principi etici di riferimento sono essenzialmente due: il principio di autonomia e quello di beneficenza. Il conflitto tra i bioeticisti verte sulla priorità da attribuire a questi due principi. Quelli di area laica ritengono che a

prevalere debba essere il principio di autonomia, altri ritengono dominante il principio della beneficenza. La prospettiva etica di riferimento è quella del cosiddetto “principilismo” proposto da alcuni autori americani Tom L. Beauchamp e James F. Childress che hanno pubblicato la loro riflessione bioetica alla ricerca di uno “schema di riferimento” (framework) in un lavoro del 1979, *Principles of biomedical ethics*, Oxford University Press, N.Y. tali principi erano Autonomia, Beneficenza, non-maleficenza e Giustizia. Sorvoliamo intenzionalmente sul Principio di Giustizia e sulla non-maleficenza, sui quali è verosimile che si sia tutti d’accordo e non ci sono conflitti. Analizziamo, invece, brevemente gli altri due principi alla luce del significato attribuito.

Il principio di Autonomia viene ritenuto prioritario in quanto l’autonomia che si cerca di perseguire è quella che rispetta le capacità decisionali dell’individuo e quindi dei diritti del malato. Il diritto all’autodeterminazione del malato si manifesta con la libertà delle scelte su sé senza interferenze esterne o leggi morali precostituite. Da ciò deriva il corollario del dovere da parte di ognuno del rispetto e della salvaguardia degli spazi e delle possibilità di scelta. Il “Manifesto di bioetica laica” (Flamigni, Massarenti, Mori, Petroni, in”*Il Sole 24 ore*”, 09.06.1966, pag. 27) dichiara, “Il primo dei principi che ispira noi laici è quello dell’Autonomia. Ogni individuo ha pari dignità e non devono esservi autorità superiori che possano arrogarsi il diritto di scegliere per lui in tutte quelle questioni che riguardano la sua vita e la sua salute.” Ancora meglio puntua-

lizza D. Neri: “In quanto autonoma...ogni persona ha diritto al rispetto delle decisioni che assume per governare la propria vita in accordo ai valori che condivide e alla propria visione del bene... nessuno può arrogarsi il diritto di decidere al posto mio ciò che è bene per me”.

Il che porta ad un rigetto del paternalismo che viene tuttora insegnato nelle nostre università. Infatti l'insegnamento verte sulla conoscenza delle malattie che possono interessare i vari organi e apparati, sulla modalità attraverso le quali poter fare la diagnosi esatta e tutte le procedure terapeutiche adatte a controllare la malattia.

In tutto questo iter diagnostico e terapeutico il malato rimane in penombra, un'entità ben diversa dagli standard che indicano la persona umana. La tecnologia si intromette tra il curante e la persona malata alterandone la comunicazione. Si crea una comunicazione monca in quanto, dopo il primo approccio anamnestico spesso frettoloso, tutta la fase diagnostica e terapeutica nelle quali il rapporto diventa più diradato e molto raramente il malato viene coinvolto nelle scelte, o quantomeno gli vengono chiarite le motivazioni e le modalità con cui vengono attuate alcune procedure sia diagnostiche che terapeutiche anche molto indagative e invasive. L'altro stadio della comunicazione si attua quando si valuta il risultato delle terapie effettuate. Se il problema è stato risolto e la malattia viene debellata, il merito del risultato è ovviamente unidirezionale verso i curanti, se il risultato non è soddisfacente, è verosimile che una parte della colpa sia del malato, per cui la comunicazione ne risente in

modo pesante. Da qui l'insoddisfazione del malato che tende a rivolgersi ad altri ospedali o ad altri curanti..

In questo scenario risulta difficile pensare che l'autonomia del malato non solo si sia manifestata, ma che possa essere stata presa in seria considerazione nel coinvolgerlo nelle scelte che lo hanno riguardato in tutto l'iter assistenziale. Tornando al principio di dell'autonomia il malato ha il diritto alla propria autodeterminazione e quindi nella fattispecie deve essere sempre coinvolto nelle scelte che lo riguardano, soprattutto quando si tratta di affrontare malattie croniche terminali.

Allo stesso tempo quando il malato ritiene che il trattamento non è gradito, il medico deve fermarsi di fronte al suo esplicito rifiuto. Compito del medico è cercare di convincerlo della bontà della scelta ma se il rifiuto è perentorio il curante ha il dover di proporre delle alternative e cercare di condividere con il malato la scelta più opportuna gradita al malato. Se questi esplicita in maniera chiara la sua autodeterminazione utilizzando il principio di autonomia, rifiutando in maniera inflessibile una terapia ritenuta futile configurando un manifesto accanimento terapeutico, deve obbligare il medico a desistere. Se tale rifiuto è messo per iscritto su un testamento biologico, dovrebbe avere lo stesso valore di una affermazione verbale attuale. E contrariamente a quanto si vuol far passare come una cosa anomala, nel testamento biologico una persona può anche scrivere che vuole accorciare la propria vita nel caso in cui si dovessero verificare delle condizioni cliniche

specifiche. Il quadro normativo olandese e belga tiene in alta considerazione quanto il malato ha stabilito nel testamento biologico, anche se quanto richiesta configge con quelle che sono le convinzioni del curante.

Coloro che fanno riferimento al principio di Beneficialità come prioritario nella gestione delle fasi terminali di malattie croniche, neoplastiche o meno, non accettano che venga conferita totale autonomia al malato perché si ritiene che non sia il malato a valutare quale sia il suo miglior interesse ma il medico curante facendo ricorso alle linee guida e la medicina basata sulle prove scientifiche.

Qui sta il problema di fondo. Chi è che valuta qual è il miglior interesse del malato? Il medico curante o il malato? La beneficialità di solito è differenziata dalla non maleficenza per un particolare sostanziale. Evitare di fare del male è un dato che tutti accettano e si fa riferimento al vecchio assioma attribuito a Ippocrate “Primum non nocere”. Fare il bene del malato, applicando il principio della beneficialità, non è altrettanto semplice perché per poter attuare qualsiasi terapia (il bene ritenuto tale dal medico per quel malato) occorre il suo benessere (Artt. 32 della Costituzione e 35 del Codice di Deontologia professionale medica del 2006). Occorre ottenere un consenso che deriva da una meticolosa informazione sulla situazione clinica e sulla necessità di attuare una data terapia piuttosto che un'altra. Occorre che il significato di bene, e quindi i suoi contenuti, siano condivisi anche dal malato. Non basta che sia il medico a dire quale sia il miglior interesse

del paziente. Egli deve essere d'accordo altrimenti non concede il consenso.

Io non credo che ognuno di noi deleghi ad altri la decisione di quale sia il nostro miglior interesse, anche se il delegato è un medico specialista

. Il medico ha il dovere di condividere il concetto di bene con il malato e insieme decidere se attuare o meno una data terapia. Se il malato non è d'accordo il medico deve desistere in quanto non ha ottenuto il Consenso.

Ecco la differenza tra la non maleficenza e la beneficenza ed è quindi spiegato perché il principio di beneficenza non può essere anteposto a quello di autonomia. In mezzo sta il consenso del malato. Piccolo dettaglio che taluni medici tendono a dimenticare o a posporre a una supposta Evidence based Medicine che il malato in fase terminale di malattia esplicitamente rifiuta.

L'accordo tra il malato e il curante deve misurarsi sulle scelte che portano ad un miglioramento della qualità della vita residua. Talvolta sono di fronte due background culturali opposti: il curante che ritiene la vita sacra e indisponibile perché proviene da un Creatore che dona e che toglie e il malato che ritiene che la sua vita è a sua completa disposizione.

È difficile che trovino un accordo quando il secondo ritiene che le proposte terapeutiche ed assistenziali non portano a una vita in cui egli non intravede i connotati della dignità rapportata ai suoi valori. In una siffatta situazione è fatale lo scontro tra le due prospettive etiche, quella “laica” del malato

che rimanda a una bioetica della “qualità della vita” e quella confessionale del curante che rimanda alla bioetica della “sacralità della vita”. Si determina una frattura insanabile che rende inconciliabile anche una normale comunicazione tra i due.

Di fronte a una sofferenza innarrabile, intesa nel senso che oltre il dolore puramente fisico, la volontà del malato di ricorrere ad un gesto estremo di rinuncia alla vita, andrebbe considerato con estremo rispetto.

Il residuo di vita viene percepito come una tortura, una tortura che è ormai bandita da quasi tutti i tribunali del mondo e perfino dai patiboli.

Il malato in questione è condannato a morte certa ma anche a una tortura spaventosa, se non ha il potere di decidere sulla propria esistenza.

Quindi una sofferenza che viene praticamente comminata a fin di bene e per il bene di chi è condannato a morte da una malattia che ha una evoluzione inesorabile.

La crudeltà nei confronti degli animali è bandita ovunque. Chi facesse soffrire un animale destinato a morire, prescindendo dalle motivazioni della morte, sarebbe considerato una persona spregevole, oltre che crudele. Da condannare comunque.

E l'uomo?. L'uomo no. Non può anticipare la propria morte perché esiste una corrente di pensiero che condanna ostinatamente questi atti e non esiste una normativa che glielo consenta.

L'uomo che, a differenza dell'animale, sa quello che lo aspetta si trova ad invidiare la loro sorte, ai quali viene risparmiata ogni sofferenza!

Conclusioni

Nel 2001 un editoriale della rivista *British Medical Journal* (323:1079-1080, 10/11) si chiedeva: “Perché l'eutanasia attiva e il suicidio assistito dovrebbero essere legalizzati?” Ne è scaturito un ampio dibattito, molto interessante, che ha coinvolto medici e filosofi per diverse settimane. I termini del problema venivano così presentati. Nel Regno Unito i più implacabili oppositori dell'Eutanasia attiva e passiva solitamente accettano che non ci sia alcuna differenza, riguardo ai trattamenti di sostegno vitale, tra omettere e attivare, incaricare qualcuno di farlo (omission and commission), o per capirci meglio, tra il fare o il lasciar accadere. Nei malati, non in grado di decidere a causa della condizione clinica (*Severily Incompetent Patients*), continuare nei trattamenti configura la condizione di cura futile (Ma se si concede al medico di assumere decisioni cliniche sulla base di quanto sopra significa che l'eutanasia passiva viene considerata nel miglior interesse del malato). Chi si oppone sostiene che la sospensione del trattamento non deve essere attuata con l'intenzione di causare il decesso, ma solo per alleviare la sofferenza. Se le intenzioni sono, invece, differenti si configura una eutanasia attiva e quindi l'azione è moralmente sbagliata. Essendo il malato *Incompetent* è il medico a giudicare futile la cura, ritenendo che la vita di questo paziente non valga la pena di essere vissuta e agisce nel miglior interesse del paziente, che è incapace di valutare l'utilità delle cure.

Quindi se la sospensione del trattamento è attuato nel miglior inte-

resse del malato significa che la morte che ne deriva è giudicata moralmente buona. Se le cose stanno così, perché è considerata sbagliata l'intenzione di determinare (commission) una cosa (la morte del malato) moralmente buona? E come corollario di quanto esposto, se un medico, in condizioni ordinarie, è negligente quando non si prende cura della sofferenza del malato vicino al decesso, il medico che si fa carico delle richieste di un malato Competent, ma impedito, che gli chiede di aiutarlo a morire per superare la sua sofferenza, non solo ne ha la facoltà ma dovrebbe considerarlo un dovere a cui non può sottrarsi. Chi si sottrae all'aiuto esercita una forte carica di violenza nei confronti del miglior interesse del paziente, quindi da considerare un atteggiamento altamente riprovevole in quanto contravviene a quella che è la Mission del medico: alleviare la sofferenza dei malati.

A seguito di questi ragionamenti, magari opinabili, dovremmo trarre delle conclusioni pratiche che a mio parere dovrebbero essere le seguenti. I medici dovrebbero avere la possibilità di sospendere i trattamenti di sostegno vitale sia quando tacitamente intendono abbreviare la vita del malato sia quando, sempre tacitamente, vogliono alleviarne le sofferenze. Se un paziente Competent, ma impossibilitato a muoversi a causa della malattia, dovesse rifiutare i trattamenti di sostegno vitale (compresa l'alimentazione e l'idratazione), i medici dovrebbero essere obbligati al rispetto delle loro scelte e aiutare i malati a morire su loro diretta richiesta, mediante una legge che ne determini le procedure in maniera netta e restrittiva.

In attesa di una normativa che

tenga conto dell'autodeterminazione dei malati, chiudo con la stessa domanda che si pone il professor Len Doyal sull'editoriale riportato nel *British Medical Journal*: "Di fronte a un diritto morale di tale portata: dov'è l'illecito?"

Post Scriptum

Gli stralci della motivazione della sentenza riportati dalla stampa, con cui il giudice Angela Salvio ha respinto il ricorso di Pier Giorgio Welby che chiedeva la sospensione della ventilazione meccanica previa sedazione, suscitano sorpresa e molte perplessità. Welby non potrebbe far valere il diritto di rifiutare le cure perchè mancherebbe nel nostro ordinamento una legge che preveda e tuteli tale diritto.

Analizziamo brevemente la situazione di Welby. Qualche anno fa, di fronte alla incipiente insufficienza respiratoria a causa della distrofia muscolare di cui soffre, il paziente facendo ricorso al suo diritto di autodeterminazione ha richiesto e ottenuto che venisse assistito nella ventilazione, in caso contrario i suoi muscoli non sarebbero stati in grado di favorire una ventilazione spontanea efficace. È stata successivamente praticata una tracheotomia percutanea con posizionamento di cannula tracheostomica per favorire la ventilazione meccanica.

Fin qui siamo tutti d'accordo che l'assistenza ultraspecialistica da lui chiesta, che prevedeva la ventilazione attraverso un ventilatore meccanico domiciliare, gli è stata regolarmente fornita. Per qualche anno questa terapia è stata accettata e sopportata di buon grado. Da qualche tempo non ci sono più que-

sti presupposti. Questa schiavitù del ventilatore meccanico non viene più accettata in quanto ritenuta futile. Siamo di fronte al rifiuto di un trattamento specifico da parte di una persona cosciente e tale rifiuto si fonda sul diritto inviolabile di ogni cittadino di determinare quali trattamenti si vogliono o non si vogliono ricevere e che la Costituzione gli riconosce con ben 2 articoli, 13 e 32 insieme all'art. 35 del Codice di Deontologia professionale medica del 2006, che testualmente recita: "In ogni caso, in presenza di documentato rifiuto di persona capace, il medico deve esistere dai conseguenti atti diagnostici e/o curativi, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà della persona." Sulla base di quanto esposto la continuazione delle terapie rifiutate con determinazione da Welby rischia di configurare il reato di violenza privata.

Il ricorso al giudice poteva essere evitato! Di fronte al netto rifiuto di una terapia specifica esplicitata di fronte all'Italia intera, consapevole delle estreme conseguenze che potevano derivare da tale atto e accettandole di fronte a decine di milioni di testimoni, il medico che l'aveva collegato al ventilatore meccanico aveva il dovere di deconnetterlo.

Ci ha pensato Mario Riccio, un coraggioso anestesista di Cremona, socio della Consulta di Bioetica. PierGiorgio Welby ha terminato il suo calvario terreno. Ha vinto la sua ultima battaglia.

È inoltre inaccettabile il parere del Consiglio Superiore di Sanità che ha ritenuto non fosse accanimento terapeutico quello operato su Welby, non essendoci imminenza

di morte. Il ragionamento fatto dal Consiglio Superiore di Sanità parte da una definizione illogica e non considera che a decidere dell'appropriatezza o della futilità delle cure può essere solo l'interessato, ossia il paziente stesso. Il criterio dell'imminenza della morte ci sembra del tutto inadeguato per la definizione di accanimento terapeutico: sulla scorta della definizione del Consiglio Superiore di Sanità corriamo tutti il rischio di essere dominati da una medicina disumana che opera in base a un rigurgito di vitalismo medico che pensavamo dimenticato e retaggio di un passato ormai remoto.

Mentre è apprezzabile la decisione della Questura di Roma di evitare la segnalazione all'autorità giudiziaria, la decisione della procura della Capitale di non promuovere l'azione penale ed è, infine, encomiabile l'Ordine dei Medici della Provincia di Cremona che non ha ravvisato comportamenti contrari al Codice di deontologia professionale, per cui è stato archiviato il procedimento disciplinare aperto a suo carico.

A seguito della richiesta della procura di Roma di archiviare il procedimento penale nei confronti di Mario Riccio, il giudice per le indagini preliminari (Gip), La Viola, ha rigettato la richiesta e ha ordinato la trasmissione degli atti al Pubblico Ministero per l'iscrizione nel registro degli indagati. L'ipotesi che viene contestata a Riccio è "omicidio del consenziente" (art. 579 c.p., 6-15 anni di reclusione). Questo non significa sicura colpevolezza perché lo stesso Gip potrebbe decidere per l'archiviazione del procedimento, ordinare ulteriori indagini al pubblico ministero op-

pure ordinare l'imputazione a suo carico. La vicenda del possibile rinvio a giudizio rischia di essere un po' grottesca, tenuto conto che tutte le istituzioni coinvolte hanno scartato la possibilità di una qualsiasi penalizzazione dell'operato di Riccio. Come non era prevedibile considerare, il giudice per le indagini preliminari Laviola, a seguito del divieto del rigetto di archiviazione, ha imposto al sostituto procuratore Gustavo De Marinis di formulare l'imputazione coatta nei confronti di Mario Riccio.

A questa decisione è pervenuto nonostante il procuratore capo Giovanni Ferrara e il sostituto Gustavo De Marinis avessero ribadito la richiesta di archiviazione dopo il primo rigetto del giudice La Viola. Nella loro richiesta veniva ribadito che con l'interruzione della ventilazione meccanica era stato realizzato un diritto del paziente che "trova la sua fonte nella Costituzione e in disposizioni internazionali recepite dall'Ordinamento italiano e ribadito in fonte di grado secondario dal codice di deontologia medica".

Il Gip ha invece ritenuto che si tratterebbe di "Un caso di eutanasia 'passiva', estrinsecata nell'intervento attivo dell'anestesista. Così il gip di Roma Renato Laviola definisce la morte di Piergiorgio Welby nel provvedimento di sette pagine con il quale ha deciso di respingere la richiesta di archiviazione del pm Gustavo De Marinis e di ordinare invece l'imputazione coatta per Mario Riccio." (Rainews 24, 8 Giugno 2007).

La vicenda sta destando molto imbarazzo e inquietudine sia nei giuristi che nei bioeticisti, in quanto viene negato al paziente un princi-

pio costituzionalmente riconosciuto e ribadito nel su menzionato articolo 35 del recentissimo Codice di deontologia professionale medica!

Come andrà a finire? Considerando che non dovrebbe essere più il Gip Laviola a occuparsi della triste vicenda, l'auspicio è che la procura di Roma ribadisca la richiesta di proscioglimento di Riccio per insussistenza del reato sin dalla prossima udienza davanti al giudice per l'udienza preliminare. Considerando le ragioni del rigetto del Gip attinenti più alla sfera dell'etica che a quella giuridica, la fine di questa vicenda si dovrebbe inscrivere nell'ambito della non esistenza di alcun reato, facendo prevalere il principio di autodeterminazione di Welby di negare il consenso a una terapia la cui prosecuzione era da lui considerata solo un ostile accanimento.

Finalmente è arrivata la sentenza! Anche con le torride temperature di fine luglio il giudice dell'udienza preliminare Zaira Secchi, accogliendo la richiesta del difensore di Riccio e del pubblico ministero Francesca Loi, proscioglie con formula piena il dottor Mario Riccio, dichiarando il non luogo a procedere perché il fatto non costituisce reato. In definitiva, Welby aveva il diritto di interrompere la ventilazione meccanica e il medico aveva il dovere di assecondare la sua richiesta!

Questo finale, tanto auspicato, costituisce un precedente che oserei definire "storico", sul quale si potrà fare riferimento per successive normative coraggiose a difesa dell'autodeterminazione di ogni soggetto.

Tonio Sollai

Il 19 ottobre “chiamata alle armi”

1/Salute e ambiente: i medici mai più insensibili spettatori

Il nuovo Codice di deontologia medica approvato il 16 dicembre 2006, per la prima volta invita ed obbliga il medico ad occuparsi delle problematiche ambientali; infatti l'articolo 5 “Educazione alla salute e rapporti con l'ambiente” recita: “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.

“In quest'ottica la FNOMCeO ha stretto alleanza con l'ISDE Italia, sezione nazionale della “Doctors for the Environment”, e formulato un progetto comune per affermare la responsabilità e quindi il ruolo dei medici nel controllo e la salvaguardia dell'ambiente, le cui modificazioni antropiche tanta importanza rivestono nell'aumento dell'incidenza di patologie maggiormente croniche e neoplastiche, le quali limitano la quantità e/o la qualità della vita non solo nei paesi a più elevata urbanizzazione ed industrializzazione, ma nell'intero globo e quindi anche a distanza dalle zone di produzione delle sostanze dannose e tossiche, ren-

dendo ubiquitario, seppur differenziato, il rischio di nocimento, che appare in allarmante rapida crescita in ogni angolo del Pianeta.

La categoria medica non può più rimanere insensibile spettatore ad osservare il progressivo e sempre più rapido depauperamento e deterioramento delle risorse idriche ed alimentari a fronte di un crescente inquinamento delle acque, del suolo e dell'atmosfera, tale da mettere prospetticamente a repentaglio non solo la salute, ma addirittura, secondo i più pessimisti fra i futurologi, la sopravvivenza stessa della razza umana, almeno come noi la conosciamo attualmente. Catastrofismi a parte bisogna comunque ricordare che purtroppo le risorse della Terra non sono infinite, così come non sono infinite le capacità di ripristino degli ecosistemi da parte di madre natura e pertanto, se vogliamo che i nostri figli possano godere di un mondo fruibile ed in armonia quale a noi lo hanno consegnato i nostri genitori, dobbiamo impegnarci a rispettarlo ed a proteggerlo.

Il Progetto ODMCeO-ISDE è stato presentato in conferenza stampa ai mass media il primo settembre scorso, ma maggiore importanza riveste la necessità di portarlo a conoscenza di tutti i medici, per cui il documento, il cui testo segue questa introduzione, è stato presentato, presso la sala dell'Ordine in via Cavour a Sassari, venerdì 19 ottobre

*Invito
a sottoscrivere
il Progetto
dell'Ordine
e dell'ISDE*

alle ore 17.00, ed in quella occasione sono stati invitati tutti i colleghi a sottoscrivere il documento stesso ed è stato costituito un gruppo di lavoro al quale si invitano ad aderire tutti i medici ai quali stia a cuore la tutela dell' ambiente in cui viviamo. Al termine della riunione, a titolo esplicativo, sono state brevemente discusse le problematiche sanitarie relative

agli inceneritori, dei quali non è inverosimile ipotizzare un tentativo di impianto nell' ambito del territorio del nostro Ordine provinciale.

Per ogni chiarimento si invitano i signori colleghi a contattare i referenti del consiglio dell'Ordine per le problematiche ambientali:

Alessandro Arru cell.. 337.563030
e Chiara Musio cell.392.9775308.

VARIAZIONE DI INDIRIZZO

Tutti gli iscritti, ai sensi degli artt. 1, 2, 3 del DPR n. 221/50, sono pregati di comunicare per iscritto alla segreteria dell'Ordine l'eventuale variazione di residenza.

Si comunica che nei casi previsti dalla normativa è possibile eleggere un domicilio speciale ai fini del recapito della corrispondenza dell'Ordine e degli altri vari enti (Enpam, FNOMCeO, Sardegna Riscossioni, Esatri).

Si ricorda agli iscritti che la comunicazione della variazione di indirizzo (residenza o domicilio speciale) all'Ordine è un obbligo previsto dalla legge, la violazione del quale comporta disagi non soltanto all' Ente ma anche e in particolare agli interessati.

2/Salute e ambiente: degrado e inquinamento, problemi di sanità

Dal momento che i rischi per la salute sono largamente legati al degrado ambientale e ai modelli di vita, i medici devono orientare il loro ruolo professionale e civile per promuovere la salute anche attraverso scelte di tutela ambientale.

La dimostrazione che molti processi patologici trovano una loro eziopatogenesi in cause ambientali, quali l'accumulo di inquinanti nell'aria, nell'acqua, nel suolo e nel cibo, e l'esistenza su scala mondiale di gravi e irreversibili dissesti ambientali, hanno sollecitato una crescente attenzione verso questi temi.

Ambiente degradato, esposizioni occupazionali a sostanze nocive e modelli di vita scorretti sono responsabili del 75% delle patologie e delle cause di morte. Da decenni nei convegni medici si discute di salute, rischi da lavoro, ambiente e inquinamento e i ricercatori si impegnano per evidenziarne le correlazioni.

Queste attività che non vanno certamente sottovalutate, non ci sono comunque sembrate espressione della intera potenzialità dei medici e degli altri professionisti della salute nei confronti della popolazione e dei politici..

Agli specialisti che tutti i giorni verificano, per le loro specifiche competenze, i danni che l'ambiente inquinato determina nella popolazione devono affiancarsi i medici del territorio che possono rappresentare la reale congiunzione tra sistema sa-

nitario, popolazione e mondo scientifico. Per far ciò è necessario superare le barriere corporative all'interno della categoria, collaborare con le altre figure di tecnici della salute e dell'ambiente, raccordarsi con quei settori professionali che più possono influenzare gli amministratori e la popolazione, in particolare i media, la scuola, il mondo giuridico e quello economico. E' opportuno sostenere e consigliare le altre categorie professionali e le amministrazioni affinché promuovano politiche di prevenzione e quindi di salvaguardia ambientale, creando consenso intorno a scelte talvolta scomode e impopolari. E' altresì necessario intervenire nei confronti di soggetti che perseguono iniziative non rispettose della salute e dell'ambiente di vita e di lavoro.

La nozione di responsabilità personale su cui la nostra cultura si è basata per millenni sembra ormai inadeguata. Sorge la necessità di elaborare concezioni nuove che ampliano tale nozione ad una dimensione collettiva.

Questo allargamento di prospettiva coinvolge il medico nella sua funzione sociale: il medico nella attuale società non ha più soltanto una veste nel rapporto individualizzato con il paziente ma un più ampio mandato nei confronti della collettività e della organizzazione sanitaria per gli aspetti di assistenza e di tutela della salute umana inserita nell'ecosistema.

*Sempre
più rilevanti
le conseguenze
dell'uso
scriteriato
delle risorse
sull'ecosistema
terrestre e
la correlazione
con l'aumento
di malattie
e mortalità*

Danno ambientale, ricadute sulla salute ed evidenze

L'inquinamento atmosferico rappresenta un grave problema di sanità pubblica dal momento che l'aria dei nostri centri urbani è resa sempre più irrespirabile dalla presenza di molteplici inquinanti.

Anche le emissioni di gas serra, di origine antropica, sono cresciute e l'effetto serra è certamente una delle cause del cambiamento climatico che ha portato anche nel nostro Paese ad un aumento della temperatura media e a eventi climatici estremi, con la prospettiva di un profondo dissesto dell'ecosistema terrestre e di un avvenire incerto per le future generazioni. Per la riduzione delle emissioni di gas serra in atmosfera – responsabili dei cambiamenti climatici – l'Italia si è impegnata (insieme ad altri 158 paesi nel mondo) a ridurre entro il 2010 l'anidride carbonica in atmosfera del 6,5% mentre in realtà dal 1990 al 2004 si è registrato un aumento dell'11,6%.

Nell'ultimo secolo la temperatura media mondiale è salita di 0,6° e l'aumento previsto entro la fine di questo secolo potrebbe essere fra 1,4° e 5,8°. In Italia l'aumento di temperatura negli ultimi decenni è stato leggermente superiore alla media mondiale.

Nell'estate 2003, caratterizzata da una forte afa, nel nostro Paese si è osservato rispetto al 2002 un aumento di 2.222 decessi (da 17.493 a 19.715) e nel periodo compreso tra il 16 luglio e il 15 agosto l'incremento è stato del 36% nella popolazione in generale e del 40% tra le persone di 65 anni e oltre (ISS, 2005).

Complessivamente l'inquinamento ambientale urbano è responsabile di effetti nocivi sull'apparato respira-

torio e cardiovascolare, di effetti oncogeni e dell'aumento della mortalità generale.

I principali studi condotti in Europa ed U.S.A. sulla correlazione fra inquinamento atmosferico e cancro al polmone sono concordi nel valutare che per ogni 10 µg/m³ di PM 2.5 si registra un incremento tra l'8% ed il 14% di neoplasie polmonari. Si ricorda che l'OMS ha stimato la quota di decessi attribuibili a valori di PM10 oltre 20µg/m³ in 13 città italiane con oltre 200.000 abitanti sulla base dei valori di PM10 registrati negli anni 2002-2004.

La stima è di 8220 morti/anno di cui 742 morti/anno per cancro del polmone.

Da studi recenti emerge, altresì, che i decessi che si misurano o si stimano come effetto dell'inquinamento atmosferico non sono una semplice anticipazione di eventi che sarebbero comunque accaduti ma rappresentano un effetto netto di una mortalità che sarebbe stata evitata se i livelli di inquinamento fossero stati inferiori.

E' noto che i principali determinanti della qualità dell'aria sono la mobilità motorizzata, i sistemi di riscaldamento e le immissioni in atmosfera di sostanze chimiche da insediamenti produttivi e dagli inceneritori. E' dunque su tutti questi elementi che si deve agire se si vuole migliorare la qualità dell'aria.

Pertanto è solo una scelta contingente quella che come medici abbiamo fatto di richiamare l'attenzione del mondo scientifico in generale e di quello politico su uno di questi determinanti: il traffico veicolare.

Il trasporto motorizzato, come sostiene autorevolmente anche l'OMS, è indubbiamente una delle fonti più

importanti di agenti inquinanti pericolosi quali gli ossidi di azoto, il benzene, l'ozono e soprattutto il particolato fine (PM10 e PM 2,5) e ultrafine, ossia di dimensioni submicroniche, che producono situazioni di rischio per la salute umana e in particolare per quella dei bambini.

Il traffico motorizzato è in aumento in tutte le città e oltre all'inquinamento atmosferico causa anche un aumento degli incidenti stradali (complessivamente in Italia causano circa 8.000 morti all'anno!), inquinamento acustico e, indirettamente, sedentarietà ed effetti psicosociali che incidono fortemente sui costi della società (Terza Conferenza Ministeriale dell'OMS, Londra 1999 - "Carta europea trasporti, salute e ambiente").

Possibili iniziative

Ormai esistono, sia a livello internazionale che nazionale, indirizzi e strumenti di riferimento per la definizione di efficaci strategie di riduzione dell'inquinamento atmosferico da traffico e da altre fonti di inquinamento.

Appaiono tuttavia ancora carenti, almeno con riferimento all'ambito nazionale e regionale, significative esperienze di elaborazione e attuazione di strategie integrate, accompagnate da estese campagne di comunicazione sul significato delle strategie stesse e da sistematiche attività di monitoraggio e valutazione dei risultati conseguiti.

Un approccio efficace dovrebbe infatti comprendere:

1. Interventi mirati a garantire la piena integrazione delle considerazioni sulla prevenzione e riduzione dell'inquinamento atmosferico nelle politiche: Valutazione

Ambientale Strategica (VAS) di piani e programmi, Valutazione di Impatto Ambientale (VIA), Valutazione di Impatto Sanitario (VIS).

2. Interventi mirati a ridurre la mobilità motorizzata, soprattutto privata: Pianificazione territoriale integrata con la pianificazione dei trasporti (aree urbane ad alta densità, a destinazione mista e compatte; rivitalizzazione dei centri urbani), politiche dei tempi delle città (Legge n. 53/2000), teleseervi/e-government, telelavoro, commercio elettronico, e-banking e servizi on-line.
3. Interventi mirati a modificare la distribuzione modale della mobilità: promozione della mobilità ciclabile e pedonale, potenziamento e miglioramento dei servizi di trasporto pubblico, potenziamento dell'offerta di trasporto ferroviario e dell'intermodalità, valorizzazione del trasporto marittimo e fluviale, sviluppo di servizi innovativi e complementari al trasporto pubblico (mobility management, servizi a chiamata e di taxi collettivo, car pooling e car sharing), tariffazione dell'uso delle infrastrutture, fiscalità dei carburanti, revisione in senso ambientale del bollo auto, interventi di road e area-pricing, istituzione di Zone a Traffico Limitato (ZTL) e di aree pedonali, regolamentazione e riorganizzazione della sosta, tecnologie telematiche per la gestione del traffico, moderazione del traffico.
4. Interventi mirati a ridurre le emissioni in atmosfera: regimi di incentivazione alla sostituzione di determinati veicoli, sostituzione del parco autobus o rinnovo delle flotte veicolari degli Enti pubblici, sistemi periodici di controllo tipo "bollino blu", carburanti alterna-

tivi (es. idrogeno, biocombustibili).

5. Interventi mirati a modificare i modelli di vita: campagne informative, campagne promozionali sull'uso di trasporti sostenibili, organizzazione/partecipazione a concorsi e eventi (es. domeniche ecologiche etc.), educazione ambientale, siti internet o uffici, sportelli, punti informativi dedicati..

Andrebbe, inoltre, prevista una partecipazione allargata ai processi decisionali e all'attuazione degli interventi; la condivisione delle decisioni è infatti indispensabile per il successo di qualsiasi strategia ed è quindi fondamentale la qualità dell'informazione, la comunicazione più ampia e trasparente possibile e l'adeguata considerazione della percezione dei rischi nella cittadinanza. Risultano ancora poco valorizzate, in tal senso, le potenzialità offerte da alcuni strumenti innovativi di costruzione partecipata delle strategie, quali Agenda 21 locale o Città Sana.

Nelle nostre città si stanno già attuando strategie quali il rinnovo del parco veicolare, l'introduzione di filtri per i motori più inquinanti ect., tutti provvedimenti utili ma che non vanno nella direzione di una progressiva riduzione del numero di autoveicoli e dei chilometri percorsi, perpetuando comunque il fenomeno del traffico.

L'opzione corrente fondamentale per poter migliorare la salute pubblica nelle città resta quella di limitare il traffico motorizzato stradale nelle nostre città e nelle aree limitrofe attraverso: l'adozione di piani di "moderazione del traffico" e la creazione di una rete realmente percorribile in sicurezza pedonale e ciclabile, con particolare riferimento ai percorsi casa-scuola, casa-ambulatorio, casa-lavoro.

Proposte operative

Il nuovo codice di deontologia medica ha dedicato un articolo, il numero 5, alla "Educazione alla salute e rapporti con l'ambiente" che recita "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."

Noi medici siamo i primi osservatori di questi fenomeni in tutte le nostre professionalità:

- Come operatori delle Aziende Sanitarie dei Dipartimenti di prevenzione contribuiamo a rilevare la frequenza e distribuzione delle malattie ed osserviamo il progressivo consolidamento dei dati che indicano un aumento delle patologie e della mortalità da inquinamento atmosferico.
- Come medici di medicina generale constatiamo direttamente nei nostri ambulatori la diffusione sempre maggiore di patologie tumorali e soprattutto l'abbassamento dell'età di incidenza (K mammari, Linfomi ecc.).
- Come pediatri vediamo aggravarsi nei bambini residenti in zone più inquinate o più trafficate patologie come l'asma, il raffreddore primaverile, le bronchiti, le broncopneumoniti e soprattutto i tumori (in Europa negli ultimi 30 anni si è registrato un incremento dell'1,2 % annuo dei tumori fra 0 e 14 anni e dell'1,4% tra i 14-19 anni).

- Come medici specialisti in tutte le branche vediamo il costante aumento delle patologie cronico-degenerative tra cui quelle cardiocircolatorie e respiratorie che rappresentano le cause principali di mortalità e di ricovero o di disturbi nello sviluppo del sistema nervoso centrale legati all'esposizione a un vasto spettro di inquinanti chimici ambientali.
- Come dirigenti del Servizio Sanitario Nazionale vediamo le risorse indirizzarsi prevalentemente verso la cura, la riabilitazione e la diagnosi precoce piuttosto che verso la prevenzione primaria.
- Come medici universitari e ricercatori studiamo le correlazioni tra patologie ed ambiente insalubre e le portiamo a conoscenza degli studenti.

Tutto questo comporta:

- a) che i medici siano fortemente impegnati nella programmazione e nella messa in opera di programmi per la comunicazione del rischio, nella promozione di progetti integrati di prevenzione primaria, nella formazione, nella valutazione d'impatto ambientale e sanitario di piani, programmi e degli strumenti di pianificazione urbanistici, nella verifica di efficacia dei provvedimenti adottati. A questi fini i medici si propongono per il supporto tecnico-sanitario ai vari livelli di governo (nazionale, regionale e locale) che esercitano

competenze politico-amministrative, normative e regolamentari, nei vari processi di pianificazione che incidono sulla salute collettiva.

Per l'esercizio di queste funzioni, cui si aggiungono quelle prettamente sanitarie di "sorveglianza epidemiologica" e "comunicazione del rischio", i medici intendono instaurare costanti relazioni funzionali con le Agenzie Regionali per l'Ambiente, al fine di assicurare l'integrazione tra politiche sanitarie, ambientali ed energetiche prevista dall'art. 7-quinquies del D.Lgs. n. 502/1992.

- b) la predisposizione di un piano d'azione condiviso da portare avanti in maniera sistematica su tutto il territorio nazionale che comprenda attività di formazione informazione (distribuzione di materiali informativi negli studi e nei presidi medici sui rischi derivanti dall'inquinamento atmosferico, interventi nelle scuole per sensibilizzare insegnanti e genitori), attività di coordinamento di tutte le figure mediche del territorio (medici di medicina generale, pediatri di famiglia, medici che lavorano nei dipartimenti di prevenzione o comunque nei settori della sanità pubblica, epidemiologi, ospedalieri ecc.), pressione nei confronti delle istituzioni locali per una valutazione dell'impatto sulla salute delle scelte di tipo urbanistico in senso lato.

Sito web dell'Ordine
www.omceoss.org

e-mail dell'Ordine
ordine@omceoss.org

Riprende fra polemiche il discusso iter

Il nuovo profilo professionale proposto per l'odontotecnico

Da quasi un anno è ripartito l'iter burocratico, presso il ministero della salute, per l'istituzione del nuovo profilo professionale dell'odontotecnico. Viene ad essere riconosciuta come professione sanitaria raggiungibile con un laurea triennale universitaria. Il Consiglio di Stato aveva già dato parere negativo nel 2002 sulla istituzione della nuova figura professionale, ma recentemente il Ministero della Salute ha riavviato la pratica con l'intenzione di creare un professionista laureato che difficilmente sarà distinguibile dall'odontoiatra stesso, generando una grossa confusione nel paziente e di conseguenza andando a minare la garanzia di salute dello stesso.

Sull'argomento pubblichiamo i pareri espressi dalla FNOMCeO e dalla CAO Nazionale e da Commissione centrale per gli esercenti le professioni Sanitarie. I pareri assolutamente negativi sono l'espressione della assoluta incongruenza di tale proposta con il miglioramento del servizio sanitario offerto ai pazienti.

Purtroppo il Consiglio Superiore di Sanità ha già dato un primo parere favorevole per l'istituzione della professione sanitaria di odontotecnico, ma sono moltissimi i pareri discordi. Citiamo il parere negativo degli istituti di scuola superiore professionali per odontotecnici e la presentazione di varie interrogazioni parlamentari contrarie.

Pierluigi Delogu

Parere contrario dei dentisti

Netta contrarietà all'istituzione del profilo degli odontotecnici è stata espressa dal presidenti delle Commissioni per gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri sia durante il Comitato Centrale svoltosi nella mattinata di venerdì 15 giugno- nel corso di alcune audizioni che il massimo organo deliberante della Fnomceo ha voluto proprio per discutere e deliberare su questo argomento, sia durante la riunione che gli odontoiatri, sempre nella stessa giornata di venera, hanno voluto tenere presso la loro sede istituzionale.

Ma ancora, durante l'affollata assemblea dei dentisti italiani tenutasi, sempre a Roma, presso il Jolly hotel, sabato 16 giugno, presente anche Giovanni Leonardi, direttore generale del Dipartimento delle professioni sanitarie del ministero della salute.

La linea seguita dai vertici odontoiatrici, del resto, era stata già tracciata il 21 aprile scorso a Cagliari durante un Consiglio della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri che, considerando l'ipotesi di tre lauree brevi per ulteriori tre profili professionali (oltre all 'odontotecnico, anche l'ottico e il chiropratico), aveva votato un Ordine del giorno.

Ciò che i dentisti italiani chiedono

Il ministero della salute intende procedere per il riconoscimento come professione sanitaria (tre anni di laurea)

a gran voce, in sostanza, è di fermare tutto e riprendere il filo del dialogo con le istituzioni dalle quali si sentono "esautorati".

"In questo ambito, stante la sollevata di scudi non solo del mondo ordinistico ma anche dei sindacati, del mondo studentesco, delle società scientifiche, e volendo responsabilmente scongiurare un conflitto tra ministero e mondo professionale nella sua interezza – ha detto a questo proposito il presidente della CAO nazionale, Giuseppe Renzo – è assolutamente necessario arrivare ad una soluzione condivisa".

"Sulle negatività che scaturirebbero dalla istituzione di questi profili, del resto non devo dire di più: senza comportare alcun miglioramento degli attuali livelli assistenziali, essi creerebbero pericolosi presupposti per una sovrapposizione di competenze, creando ambiguità sui diversi ruoli".

Giuseppe Renzo, peraltro, sottolinea anche la dubbia legittimità del percorso istituzionale sin qui scelto: "Il ricorso ai Decreti ministeriali, senza la necessaria approvazione di una legge ordinaria al riguardo – ha infatti sostenuto – mi lascia molto perplesso: l'art 5 della legge n. 46 del 2006 subordina l'individuazione di nuove professioni sanitarie o in sede di recepimento delle Direttive Comunitarie, ovvero per iniziativa dello Stato e delle Regioni, in considerazione dei fabbisogni connessi agli obiettivi di salute previsti nel Piano sanitario nazionale o nei Piani sanitari regionali che non trovano rispondenza in professioni già riconosciute".

E ha aggiunto: "lo stesso articolo, al comma 5, prevede che la definizione delle funzioni caratterizzanti le nuove professioni avviene evitando

parcellizzazioni e sovrapposizioni con le professioni già riconosciute o con le specializzazioni delle stesse".

In merito alla vicenda, il presidente della FNOMCeO, Amedeo Bianco, ha voluto ribadire: "Le questioni poste all'istituzione di nuovi profili professionali sanitari richiedono una risposta determinata e complessiva rispetto ad un sistema che produce figure "a domanda", rischiando così di generare una conflittualità permanente di competenze, di ruoli e di compiti nei processi di tutela della salute".

Dopo sette anni, la questione ha visto questa volta instaurarsi un metodo nuovo che ha coinvolto tutte le voci delle nostre professioni.

"Così come è emerso dall'ampia consultazione che il comitato centrale per la prima volta nella sua storia ha voluto istituire – ha detto Bianco a questo proposito –, non sono in discussione legittime aspirazioni di sviluppo di competenze: ciò che si vuole innanzitutto evitare è una sovrapposizione ambigua tra attività professionali e attività commerciali, disorientando sempre di più il cittadino-utente».

Delegazione esprime dissenso al ministero della salute

La delegazione della CAO (Commissione albo odontoiatri) organo della Federazione Nazionale Medici-Chirurghi e Odontoiatri – è stata ricevuta – a fine luglio dai sottosegretari alla salute Gian Paolo Patta e Serafino Zucchelli in merito alla istituzione del profilo professionale di odontotecnico, sul quale il Consiglio Superiore di Sanità ha espresso, l'11

luglio, parere favorevole. Nella riunione i rappresentanti della CAO hanno ribadito il proprio dissenso, già espresso nelle comunicazioni inviate sulla istituzione del profilo professionale dell'odontotecnico in area sanitaria, contestando in particolare la possibilità che l'odontotecnico possa collaborare con il medico dentista alla verifica delle protesi. La Commissione è altresì contraria alla abolizione delle norme che impediscono agli odontotecnici l'acquisto di attrezzature di pertinenza odontoiatrica.

Il ministero si è riservato di esprimere le proprie valutazioni nell'ulteriore itinerario di approvazione del profilo professionale.

La contrarietà della FNOMCeO

Il presidente della FNOMCeO ha indirizzato una nota al ministro della sanità Livia Turco, al presidente della Conferenza permanente Stato-Regioni ministro Linda Lanzillotta, ai presidenti e agli assessori alla sanità delle Regioni. Pubblichiamo il documento.

Ritengo mio dovere, quale presidente della FNOMFeO, rappresentare compiutamente le ragioni che hanno motivato il mio dissenso alla istituzione della nuova professione sanitaria di odontotecnico e del relativo profilo, dichiarato nelle funzioni di componente della apposita Commissione individuata all'interno del Consiglio Superiore di Sanità con l'incarico di esprimere il parere tecnico-scientifico sulla materia, così come previsto dall'art. 5 della Legge n. 43/2006.

Alla ripresa dei lavori di settembre ci attende analoga procedura per la neo professione sanitaria e relativo profilo di ottico-optometrista.

Queste due figure sono a tutt'oggi comprese nelle arti ausiliare delle professioni sanitarie, così come definito dal Regio-Decreto n. 1339 del 31.5.1928, essendo tutte le altre professioni sanitarie ausiliare transitate, in forza dell'art. 6 comma 3 del DL n. 502/1992 e con successivi reinterenti delle Leggi n. 42/1999 e n. 251/2000, nell'ambito delle professioni sanitarie, con la definizione di specifici profili professionali.

A fine 2001 il Consiglio Superiore di Sanità licenziò pareri positivi sui profili dell'odontotecnico e dell'ottico che furono però bloccati nell'aprile 2002 da due pareri del Consiglio di Stato che rilevarono l'illegittimità delle procedure poste in essere, perché in contrasto con la modifica del Titolo V della Costituzione.

In modo particolare il Consiglio di Stato così si espresse:

“Alla luce delle nuove disposizioni costituzionali rientrano, pertanto, nell'ambito statale i tratti concernenti l'individuazione delle varie professioni, dei loro contenuti (rilevanti anche per definire la fattispecie dell'esercizio abusivo della professione), i titoli richiesti per l'accesso alla professione (significativi anche sotto il profilo della tutela dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie). Il potere statale di intervento, in relazione alle professioni sanitarie, va pertanto esercitato non più con regolamenti ma in via legislativa, con principi fondamentali, tale essendo il livello prescritto dall'art. 117 della Costituzione... La Sezione rileva che nel caso degli ottici, compresi come gli odontotecnici tra gli esercenti le

arti sanitarie ausiliare, non si rinven-
gono nell'ordinamento principi di
rango legislativo statale di defini-
zione della professione".

Non ci compete oggi valutare se la
legge 43/2006 ha sciolto compiuta-
mente questo nodo costituzionale o
se, più genericamente, questo iter
procedurale non sia affatto esente da
vizi formali verso i quali avviare
contenziosi.

Mi preme invece rimettere alla vo-
stra attenzione, la posizione ufficiale
su tali questioni, espressa nel marzo
del corrente anno dal Consiglio Na-
zionale della FNOMCeO, appena
reso noto l'avvio della specifica pro-
cedura (all. 1), e il testo dell'audi-
zione presso la Commissione inse-
diata nell'ambito del Consiglio Su-
periore di Sanità, sul profilo dell'o-
dontotecnico; relazione svolta dal
presidente della CAO nazionale dot-
tor Giuseppe Renzo.

La seconda audizione su quello
dell'ottico optometrista è già in ca-
lendaro.

Quei documenti pongono lucida-
mente al centro delle considerazioni
critiche molteplici questioni, con
tutto il loro carico dicomplessità tec-
niche, professionali, giuridiche che
sarebbe ingeneroso e mortificante
per una istituzione ausiliaria dello
Stato, quale noi siamo, veder deru-
bricate al rango di mera tutela di in-
teressi corporativi.

Le categorie oggi in pista per la
corsa alla professione sanitaria e
forse alcuni sponsors politici ed isti-
tuzionali, non sono interessate ai ti-
toli, ovvero ad una maggiore qualifi-
cazione professionale, ma alle nuove
fette di mercato che i titoli aprono es-
sendo la sanità un'area di servizi re-
golamentata, è questo il core del pro-
cesso in atto, è questo il punto più
sensibile e più vulnerabile.

Consapevole delle proprie respon-
sabilità, il Comitato Centrale ha as-
sunto l'iniziativa, credo unica nella
sua storia, di convocare in audizione,
organizzazioni sindacali e scientifi-
che delle professioni medica e odon-
toiatrica, nonché rappresentanze
delle specifiche categorie coinvolte,
della facoltà di medicina e chirurgia,
del ministero della salute.

Da questo ascolto è emerso che:

- 1) il ministero della salute vuole ri-
condurre, nella propria sfera di re-
golamentazione, queste attività; il
che sarebbe oggi possibile solo se
riqualificate come professioni sa-
nitarie con laurea triennale. L'esi-
genza è condivisa ma il mezzo non
è ragionevolmente proporzionato
al fine e non si osa nemmeno più
pensare e riprogettare un modello
formativo in capo ai Servizi Sani-
tari Regionali che qualifichi, ad
onor del mondo e dell'Europa,
quelle molteplici figure tecnico-
assistenziali, definite da specifiche
nuove competenze, che incessan-
tamente produce lo sviluppo della
moderna medicina e della mo-
derna sanità.
- 2) la facoltà di medicina non mostra
ostilità al progetto di nuove pro-
fessioni con laurea triennale, che
aumenta la quantità delle com-
messe formative e non è neppure
sfiorata dal dubbio che, così fa-
cendo, si va trasformando, in un
grande supermercato di lauree
brevi, che ormai costituiscono il
75-80% dei suoi neo iscritti, verso
cui cresce l'insoddisfazione e la
delusione non solo dei medici e
degli odontoiatri ma di altre im-
portanti aree professionali.

Viene da domandarsi, più con
amarezza che con ironia, quale ideo-
logia e quanta demagogia abbia ali-
mentato quel progetto che ha pro-

dotto 17 nuove professioni sanitarie a formazione universitaria, affiancatesi alle altre 5 storiche, visto che oggi i fabbisogni annuali nazionali di ben 13 di queste si assestano al di sotto delle 350 unità, 8 al di sotto delle 250 unità ed infine ben 4 al di sotto delle 150.

Intanto, in base all'art. 4 della legge 42/99 e, soprattutto per le professioni di nuovo conio, i titoli e i curricula formativi – che talora non andavano oltre la scuola dell'obbligo – sono stati parificati alla laurea triennale,... “ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post base”, in altre parole todos caballeros per il presente e per il futuro.

Oggi ci viene assicurato che questo non è più possibile con automatismi, ma abbiamo fondati motivi per ritenere che il Parlamento non negherà una “sacrosanta” sanatoria a circa 23.000 esercenti l'attività odontotecnica e 18.000 esercenti l'attività di ottico, ben organizzati in efficienti associazioni di artigianato e/o imprese commerciali.

Da qui è emerso il diffuso convincimento che è ormai improcrastinabile mettere in atto una politica diversa, che abbia come obiettivo il cambiamento radicale di questo impianto legislativo, perché sostanzialmente alimenta un contenitore sempre meno capace di regolare i propri contenuti, in un sovrapporsi caotico e incomprensibile di competenze, di autonomie e responsabilità che trasformano le attività di tutela della salute in infinite guerre e guerriglie di confine.

Il no a questa nuova professione è stato un no ad una catena di montaggio non di titoli di formazione, ma di opifici di sempre nuove professioni in ambito sanitario, che vengono get-

tate in un calderone ormai ribollente di preoccupanti fenomeni di cannibalismo manifesto di tutti contro tutti e di abusivismo pervasivo, che non porta serenità, qualità e sicurezza nei servizi e nelle attività di tutela della salute.

Questo è un treno in corsa che andava allora diversamente guidato ed oggi tocca a noi rincorrere nella speranza di contenerne la forza cinetica più devastante.

Non siamo animati da un pensiero oscurantista, riteniamo infatti che le conoscenze ed i saperi siano la ricchezza del presente e la speranza del futuro e, come tali, debbano essere ampiamente accessibili ed esigibili come opportunità.

Vogliamo quindi lavorare e collaborare con altre competenze che possano vantare sempre più ricchezza di studi, di preparazione nel saper fare e saper essere, rispettandone le legittime sfere di autonomia e responsabilità ma non vogliamo più doverci difendere da fenomeni erosivi, sempre più invadenti ed invasori, di quelle attività riservate alle nostre autonomie e responsabilità di medici e di odontoiatri.

Questo ha motivato il no al profilo che rappresenta la somma di un:

1. no ad un profilo che consenta all'odontotecnico di operare, ad alcun titolo, anche se richiesto dal legittimo esercente l'odontoiatria, nel cavo orale dei pazienti;
- 2 no a equipollenze di titoli, diplomi, corsi formativi conseguiti in precedenza e/o riconoscimenti postumi di crediti universitari a queste attività. I nuovi profili dovranno dunque riferirsi esclusivamente ai professionisti neo laureati; gli odontotecnici qualificati secondo la normativa previgente operano, ad esaurimento, nell'am-

bito della della definizione e delle mansioni di cui al Regio-Decreto n. 1339/1928;

3. no alla attivazione di corsi di laurea triennale in carenza di precisi e dettagliati fabbisogni, al fine di consentire una corretta programmazione, così come prevista dalla legge per le professioni sanitarie.

Ritengo infine che, stante la massiccia presenza e la relativa facilità di attuare in questo settore forme di prestanomismo ed abusivismo a danno della salute dei cittadini e della collettività, il dispositivo dell'eventuale profilo debba prevedere la costituzione di un osservatorio salute avente le finalità di aggiornare le condizioni, le procedure, le tecnologie, da ricomprendere nelle riserve di attività delle professioni e di svolgere attività politiche di prevenzione sugli studi odontoiatrici e sui laboratori odontotecnici.

Mi auguro che queste considerazioni possano costituire un momento ulteriore di riflessione per le decisioni che, nel merito, le competono, prima delle quali mi permetto di formalizzare la richiesta di un incontro con le rappresentanze ordinistiche delle professioni coinvolte.

Amedeo Bianco

Parere negativo anche della Commissione per gli Esercenti le professioni sanitarie

I sottoscritti, componenti odontoiatri della Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie, dopo aver preso atto delle determinazioni assunte dalla specifica Commissione del Consiglio Superiore

di Sanità, in data 11 luglio u.s., per quanto concerne l'emanazione della normativa sul nuovo profilo professionale dell'odontotecnico, manifestano il proprio profondo dissenso per quanto deciso, richiamandosi anche a quanto più volte affermato dalla FNOMCeO su questa delicata questione.

Ancora una volta viene privilegiata una logica non condivisibile, volta a creare una pericolosa sovrapposizione di competenze, a tutto danno della tutela della salute e di una vera lotta all'abusivismo in campo odontoiatrici.

Manifestano il proprio disagio a garantire la prosecuzione della propria collaborazione istituzionale nell'ambito della commissione centrale che, quale organo di giurisdizione speciale, è pur sempre incardinato nell'amministrazione del ministero della salute.

I sottoscritti componenti esprimono quindi lo stato di agitazione pur garantendo, per spirito di servizio e di responsabilità, la propria attività nell'ambito della CCEPS.

Chiedono con energia che il Ministro della Salute e le altre competenti Autorità istituzionali si attivino per impedire la definitiva approvazione delle norme concernenti il profilo dell'odontotecnico, come più volte richiesto dalla FNOMCeO e, in particolare dalla Commissione Nazionale Albo Odontoiatri della Federazione.

Giuseppe Costa, Giovanni Del Fra, Massimo Ferrero, Ernesto Guarneri, Giuseppe Guarneri, Pasquale Pracella, Salvatore Rampulla.

Il presente documento è condiviso ed approvato anche dai seguenti componenti della Commissione Medica del CCEPS: Cosimo Nume, Gabriele Peperoni, Raffaele Festa, Ugo Garbarini, Mauro Ucci.

Evidenziate possibili connessioni

Salute del cavo orale e patologie cardiocircolatorie

Recentemente la letteratura scientifica internazionale ha posto l'attenzione sulla possibile connessione esistente tra la salute del cavo orale, ed in particolare dei tessuti parodontali, con l'insorgenza e l'aumento di frequenza delle patologie a carico del sistema cardiocircolatorio. Sembra che i batteri agenti eziologici della malattia parodontale si diffondano nel circolo ematico e abbiano la capacità di produrre lesioni sull'endotelio vasale e indurre un aumento del rischio aterosclerotico.

La prevenzione odontoiatrica e in particolare dell'insorgenza della malattia parodontale assume un'importanza ancora più rilevante alla luce di queste scoperte e diventa un fattore centrale per garantire la salute pubblica.

Sull'argomento pubblichiamo di seguito un breve, ma significativa, rassegna bibliografica.

Pierluigi Delogu

Inflammatione a distanza

L'inflammatione emerge sempre più come una chiave di lettura di svariate condizioni patologiche, i suoi effetti inoltre non appaiono confinati. Un esempio è quello della parodontite cronica, infezione piuttosto comune dei tessuti intorno al dente cioè

del parodonto, che è apparsa associata a livelli elevati di proteina C reattiva e di altri marker d'inflammatione: diversi studi hanno mostrato che si associa anche ad altri stati patologici come, in ambito cardiovascolare, disfunzione endoteliale, aterosclerosi, aumentato rischio d'infarto miocardico e ictus. Uno studio ora evidenzia che il trattamento intensivo della parodontopatia può migliorare sul lungo periodo la funzione endoteliale.

Azione pro-ateroma dei patogeni

La disfunzione del rivestimento interno dei vasi, l'endotelio, è ritenuta la via comune attraverso la quale diversi fattori di rischio quali l'inflammatione influenzano i processi aterosclerotici favorendo nel tempo gli eventi cardiovascolari. E, in aggiunta ai dati degli studi clinici, osservazioni da studi sperimentali sull'animale hanno mostrato che i batteri patogeni parodontali promuovono l'aggregazione piastrinica, la formazione delle foam-cell (cellule schiumose) e lo sviluppo della placca o ateroma. Autori britannici hanno quindi condotto un trial su un gruppo di 120 persone con parodontite severa e generalizzata (oltre il 50% dei denti colpiti) per valutare gli effetti sulla funzione endoteliale a breve termine e fino a sei mesi dopo trattamento intensivo oppure standard, aggiunto alle istruzioni per una corretta

*I batteri
della malattie
parodontiche
sembra
possono
diffondersi
nel circolo
ematico
con aumento
del rischio
aterosclerotico*

igiene orale: il secondo è consistito nella normale rimozione meccanica del tartaro, mentre nel primo si è eseguita anche un'ablazione intensiva con levigatura delle radici dopo anestesia locale, estesa a tutta la bocca, con estrazione dei denti che non potevano essere mantenuti e somministrazione locale di un antibiotico.

Miglioramenti dimostrati a sei mesi

Si sono valutati la funzione endoteliale in base al diametro dell'arteria brachiale durante il flusso (dilatazione flusso-mediata), i marker d'infiammazione e coagulazione, l'attivazione endoteliale, con misurazioni ripetute a un giorno, una settimana e uno, due, sei mesi dal trattamento. A ventiquattr'ore, nei trattati intensivamente rispetto agli altri si sono registrati valori significativamente più bassi di dilatazione e più alti dei marcatori (come proteina C reattiva, interleuchina E, E-selectina e fattore von Willebrand), a indicare una momentanea infiammazione e disfunzione endoteliale. Dopo due mesi, tuttavia, e ancor più dopo sei, nello stesso gruppo la dilatazione era significativamente più elevata che nei controlli e i livelli di E-selectina (marker di attivazione endoteliale) erano più ridotti. Le differenze tra gruppi per la proteina C reattiva e l'interleuchina 6 a due o a sei mesi non sono apparse significative; i marker sono diminuiti con entrambi i trattamenti, ma gli autori ritengono che possano non riflettere adeguatamente il processo infiammatorio o che i miglioramenti che si ottengono sul lungo periodo siano indipendenti dalla risposta infiammatoria sistemica.

Infine, il miglioramento della funzione endoteliale è risultato associato

al miglioramento dei parametri della parodontite. I meccanismi con i quali la parodontite ha effetto sulla funzione endoteliale restano incerti, i patogeni coinvolti potrebbero produrre sostanze che agiscono direttamente (passando momentaneamente nel sangue con la pulizia dei denti) o essere cause scatenanti una risposta infiammatoria sistemica. Da chiarire anche se in caso di parodontite meno severa di quella dei partecipanti si possano ottenere miglioramenti analoghi e, soprattutto, se il trattamento intensivo delle forme severe possa contribuire a prevenire l'aterosclerosi e gli eventi cardiovascolari in quei soggetti.

Viviana Zanardi

Fonte: EUR ARCH PAEDIATR DENT. 2006 Mar; 7(1): 23-30

Altri riferimenti bibliografici utili

MAURIZIO S. TONETTI et al. *Treatment of Periodontitis and Endothelial Function*. N Engl J Med 2007; 356:911-20.

The dental health and preventative habits of cardiac patient attending the royal Hospital for Sick Children Glasgow. BUSUTTI NAUDI A, MOONEY G, EL BAHANNASAWY E, VINCENT C, WADHWA E, ROBISON D, WELBURY RR, FUNG DE.

J PERIODONTOL. *Severity of periodontal disease and number of remaining teeth are related to the prevalence of myocardial infraction and hypertension in a study based on 4.254 subjects*. HOLMLUND A, HOLM G, LIND L.

ZHONGGUO YI XUE KE XUE YUAN XUE BAO, 2006 apr; 28(2): 169-72. *Correlation between periodontal disease and coronary atherosclerotic heart disease*. LIU P, ZHANG Y, WANG SJ, ZHANG FH, ZHENG PH.

Il paziente disabile in odontoiatria

J DENT RES. 2006 Jan; 85(1): 89-93. *Radiographic assessment of dental health in middle-aged men following sudden cardiac death.* KARHUMEN V, FORSS H, GOEBELER S, HUHTALA H, ILVESKOSKI E, KAJANDER O, MIKKELSSON J, PENTTILA A, PEROLA M, RANTA H, MEURMAN JH, KARHUNEN PJ.

ARTERIOSCLER THROMB VASC BIOL. 2006 Feb; 26(2): 433-4. *Salivary lysozyme and prevalent coronary heart disease: possible effects of oral health on endothelial dysfunction.* JANKET SJ, MEURMAN JH, NUUTINEN P, QVARNSTROM M, NUNN ME, BAIRD AE, VAN DYKE TE, JNES JA.

AM J PREV MED. 2005 Dec; 29(5 Suppl 1): 50-6. *Tooth loos and disease: finding from the Behavioral Risk Factor Surveillance System.* OKORO CA, BALLUZ LS, EKE PI, AJANI UA, STRINE TW, TOWN M, MENSAH GA, MOKAD AH.

J AM DENT ASSOC. 2005 Nov; 136(11): 1541-6. *The potential role of dentists in identifying patients' risk of experiencing coronary hearth disease events.* GLICK M, GREENBERG BL.

J AM DENT ASSOC. 2007 Jun; 138(6):798-804. *Screening for cardiovascular risk in a dental setting.* GREENBERG BL, GLIK M, GOODCHILD J, DUDA PW, CONTE NR, CONTE M.

J AM DENT ASSOC. 2002 Mar; 133(3):291-300. *Screening for traditional risk factors for cardiovascular disease: a review for oral health care providers.* GLICK M.

BR DENT J. 2005 Oct 8;199(7): 449-51 discussion439; quiz 464-5. *Hearts and mouth: perceptions of oral hygiene by at-risk heart surgery patients.* LOWRY RJ, MAUNDER P, STEELE JG, COLLIGAN J, BEARD CA, HARVEY J, ERDOS G.

“Il percorso del paziente disabile in odontoiatria” è stato l’oggetto della giornata di aggiornamento culturale organizzata dalla commissione albo odontoiatri lo scorso 23 giugno presso la sala conferenze della Camera di Commercio.

Un argomento scelto per ribadire il ruolo della commissione non solo come rappresentanza del mondo odontoiatrico ma anche come soggetto calato nella realtà del territorio a tutela del diritto di cure adeguate per tutti i pazienti

L’obbiettivo della giornata era fornire a odontoiatri, pediatri e operatori in campo sanitario e sociale informazioni sulle strutture presenti nel territorio sassarese, sui servizi erogati e sulle modalità di accesso a esse, ma anche rendere consapevoli delle difficoltà tecniche che certe tipologie di pazienti presentano e evidenziare i punti deboli dell’assistenza a lungo termine.

Dopo una breve introduzione della dottoressa Musio, vice presidente dell’Ordine di Sassari, e del dottor Delogu, presidente della commissione albo odontoiatri, la professoressa Lugliè ha presentato l’attività svolta nella clinica odontoiatrica dell’università che comprende anche una attività di richiami finalizzata a rendere il meno necessario possibile il reintervento in anestesia generale. La dottoressa Garroni dell’ospedale Santissima Annunziata, forte dell’esperienza iniziata nei tardi anni ’70, ha evidenziato come l’intervento sul paziente disabile sia adulto che bambino sia gravato dall’impossibilità di



Il tavolo della presidenza alla giornata di aggiornamento culturale organizzata dalla Commissione Albo odontoiatri di Sassari

avere un preciso quadro clinico pre-operatorio e difficilissimi interventi gnatologici e/o protesici post-operatori. A chiarire come l'anestesia generale sia un presidio indispensabile ma anche da non usare con leggerezza è stata la dottoressa Zolo: vanno sempre fatte le opportune valutazioni etiche e legali soppesando rischi e il benefici.

La dottoressa Casti ha sottolineato il ruolo del pediatra nel supportare i familiari di pazienti disabili spesso portati a considerare i problemi dentali solo in fase acuta. Come è emerso dal dibattito, sarebbe auspicabile un maggiore scambio di informazioni tra operatori nella pianificazione della bonifica del cavo orale del paziente e dei programmi di controllo. Non sono mancati i commenti di chi faceva notare come sia difficile accedere ai servizi odontoiatrici, vista anche la chiusura di alcune

strutture del reparto di odontoiatria dell'ospedale civile e le liste di attesa. Sicuramente c'è molto da fare per migliorare l'assistenza odontoiatrica verso i pazienti disabili.

Questi pazienti, per la gravità dei problemi generali, tendono a sottovalutare i problemi orali e difficilmente possono essere gestiti nell'ambito della pratica professionale privata quando il problema odontoiatrico diventa manifesto.

La terapia e la creazione di programmi di prevenzione primaria e/o secondaria non può che essere fatto da strutture complesse che possano fornire adeguati supporti anestesio-logici, psicologici e organizzativi. Pediatri e odontoiatri hanno comunque un ruolo di collegamento fondamentale nel supportare e nell'informare questi pazienti e i loro familiari sull'esistenza e le modalità di accesso ai servizi.

Organizzati dall'istituto scientifico di Firenze

Quattro corsi sul tema della prevenzione oncologica

L'Assessorato Regionale alla Sanità ha segnalato che sono disponibili corsi e-learning relativi agli screening oncologici.

I corsi, disponibili on line, sono organizzati dall'Istituto Scientifico Prevenzione Oncologica di Firenze (CSPO) www.cspo.it e consentono di fruire dei contenuti formativi nei modi e nei tempi più comodi, sono gratuiti ed accreditati ECM.

Sono disponibili quattro corsi e-learning:

- "Citologia Mammaria": rivolto a medici, infermieri e biologi interessati a conoscere lo stato dell'arte delle metodiche invasive per la diagnosi differenziale delle lesioni mammarie. Crediti assegnati 3.
- "Screening mammografico": rivolto ai medici di medicina generale, ai medici specialisti (radiologi, chirurghi, ginecologi, oncologi) ed agli infermieri interessati ad aggiornarsi sullo stato dell'arte dei programmi di screening mammografico. Crediti assegnati 2.
- "Screening del Carcinoma Prostatico mediante PSA": rivolto ai medici di medicina generale, ai medici specialisti (radiologi, chirurghi, urologi, oncologi) ed agli infermieri interessati ad aggiornarsi sullo stato dell'arte dei programmi di screening del carcinoma prostatico. Crediti assegnati 2.
- "Screening del Carcinoma della Cervice Uterina": rivolto ai medici

di medicina generale, ai medici specialisti (radiologi, chirurghi, ginecologi, oncologi) ed agli infermieri interessati ad aggiornarsi sullo stato dell'arte dei programmi di screening del carcinoma della cervice uterina. Crediti assegnati 3. A breve saranno inoltre attivati altri due corsi per completare l'offerta formativa in relazione ai programmi di screening tumorali:

- "Screening del Carcinoma del Colon": rivolto ai medici di medicina generale, ai medici specialisti (radiologi, chirurghi, oncologi, gastroenterologi) ed agli infermieri interessati ad aggiornarsi sullo stato dell'arte dei programmi di screening del carcinoma del colon. Accreditemento in corso.
- "Citologia Cervico-Vaginale": rivolto a medici, biologi, infermieri e tecnici di laboratorio interessati ad approfondire il tema della citologia cervico-vaginale mediante un corso-atlante. Accreditemento in corso.

Per connettersi: www.cspo.it

Si ricorda che ai sensi del punto n. 7 dell'accordo tra il ministro della salute e le Regioni del 13 Marzo 2003 "I crediti maturati dai singoli professionisti nell'ambito delle iniziative di formazione continua accreditate dalle Regioni sono riconosciuti su tutto il territorio Nazionale". La programmazione regionale prevede l'attivazione di prossime nuove campagne di screening.

Ordine del giorno approvato all'unanimità

Test truccati alla facoltà di medicina

Numero programmato irrinunciabile

Dopo la notizia diffusa nei giorni scorsi in merito ai test d'ingresso truccati, anche i medici italiani fanno sentire la loro voce.

Riunito a settembre a Roma, il Comitato Centrale della Fnomceo — vale a dire il massimo organo deliberante della Federazione che raggruppa tutti i medici e gli odontoiatri italiani — ha discusso sui recenti, gravi fatti di cronaca, sentendo la necessità di fare alcune precisazioni riguardo le proprie competenze, e approvando un Ordine del Giorno votato all'unanimità.

"Il numero programmato è uno strumento irrinunciabile per garantire la qualità professionale di medici e di odontoiatri si legge nell'Ordine del Giorno. Uno strumento "che potrà pur essere perfezionabile" ma che non è assolutamente possibile eliminare.

Stando che il numero chiuso, per certe Facoltà, è una condizione di garanzia per una formazione all'altezza dei compiti delicati e complessi di cura cui il medico è chiamato a rispondere, come potrebbero essere modificati tali strumenti?

Secondo la Fnomceo, per garantire una formazione dei giovani medici veramente adeguata, occorrerebbe introdurre alcune nuove variabili.

Già dalle scuole medie superiori — si propone nell'Ordine del Giorno di Fnomceo — si potrebbero acquisire crediti formativi basati su attitudini specifiche della professione, valuta-

bili con attività e test studiati ad hoc.

Naturalmente in tutto ciò, come nelle eventuali prove d'esame, gli Ordini dovrebbero rivestire "un ruolo di garanzia e di controllo"

Tale attività di verifica attitudinale — hanno infine sostenuto i camici bianchi — dovrà essere pensata non solo per stabilire determinate "conoscenze" ma anche per verificare capacità comunicative, relazionali, persino abilità manuali: tutte quelle caratteristiche che sono richieste oggi ad una moderna e complessa professione.

Approvati tre importanti provvedimenti: ECM, corsi di specializzazione, intramoenia

Tre notizie positive sul fronte della sanità che permetteranno ai medici di sopportare con maggiore serenità l'afa di agosto.

La prima. La Conferenza Stato - Regioni ha approvato il nuovo programma di Educazione Continua in Medicina (ECM). "A conclusione di un iter lungo ed impegnativo - ha dichiarato Amedeo Bianco presidente della Fnomceo - credo che possiamo ritenerci moderatamente soddisfatti ed affermare che il nuovo

Fra le modifiche da adottare la valutazione delle attitudini degli studenti fin dalle scuole medie superiori

programma ECM, anche grazie all'impegno profuso in sede di Commissione paritetica dai medici e da tutti i rappresentanti delle professioni sanitarie sia, rispetto al passato, più rispondente alle finalità per le quali è stato avviato e alle attese dei professionisti i quali vedono nella nuova ECM anche una opportunità per affermare il proprio ruolo autonomo e responsabile all'interno del sistema".

La seconda notizia positiva riguarda l'accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni relativo alla individuazione del fabbisogno, per il SSN, di medici specialisti da formare per l'anno accademico 2007/2008.

"Questo accordo – come ha tenuto a precisare Amedeo Bianco – di fatto è la risposta alle richieste più volte avanzate a riguardo dalla Federazione degli Ordini, finalizzate ad avviare già da ottobre e novembre 2007 i relativi corsi di specializzazione. Si evita così ai giovani colleghi – ha aggiunto – di perdere inutilmente lunghi mesi, dopo il conseguimento della laurea, per accedere ai corsi di formazione specialistica, corsi che vengono così allineati nel tempo alla formazione di base".

Il terzo provvedimento: la camera dei deputati, pur scontando l'ostruzionismo dell'opposizione parlamentare, ha approvato il decreto che proroga, innovandone le procedure e le caratteristiche, l'istituto della cosiddetta intramoenia allargata, quella che permette ai medici dipendenti di svolgere attività di servizio pubblico presso gli studi privati.

"Al di là di ogni considerazione – ha dichiarato Bianco – questo provvedimento porta un po' di serenità in una situazione per molti aspetti incomprensibile, atteso che la commissione Igiene e Sanità del senato lo aveva già approvato all'unanimità in sede deliberante".

Il nuovo programma ECM è più rispondente alle attese della categoria

Il nuovo programma di Educazione Continua in Medicina (ECM), approvato nella riunione del 1° agosto 2007 dalla Conferenza per i rapporti Stato-Regioni, verrà trasformato, entro breve tempo, in dispositivo legislativo.

Il documento ha recepito due emendamenti avanzati dal Ministero dell'Economia e Finanze.

Il primo riguarda i contributi versati in questi anni dai provider per la registrazione degli eventi e che, contrariamente a quanto richiesto, non verranno resi disponibili all'interno del sistema.

Il secondo riguarda da vicino i colleghi liberi professionisti per i quali il dicastero di Padoa Schioppa ha ritenuto che questo provvedimento, che non contiene aspetti di natura economica, non sia lo strumento legislativo che possa prevedere sgravi fiscali in risposta alle loro legittime richieste. Pertanto sugli sgravi fiscali la discussione rimarrà ancora aperta.

A conclusione di un iter lungo ed impegnativo credo che possiamo ritenerci moderatamente soddisfatti ed affermare che il nuovo programma ECM, grazie all'impegno profuso in Commissione paritetica dai medici e da tutti i rappresentanti delle professioni impegnate in sanità, sia rispetto al passato, più rispondente alle finalità per le quali è stato avviato e alle attese dei professionisti.

Amedeo Bianco

Confermato il divieto di richiedere e fornire dati

La privacy sui pazienti

visitati a domicilio

Nella Gazzetta Ufficiale del 13 luglio 2007 n. 161 è stato pubblicato il provvedimento 14 giugno 2007 del Garante per la protezione dei dati personali recante "Trattamento dei dati sensibili per l'accesso di medici in zone a traffico limitato (ZTL)". Il Garante ha disposto il divieto per i comuni a richiedere, e per i medici a fornire, le generalità o anche altre informazioni che possano identificare le persone visitate a domicilio all'interno di zone a traffico limitato. Pubblichiamo il provvedimento.

Nella riunione odierna, in presenza del prof. Francesco Pizzetti, presidente, del dott. Giuseppe Chiaravallotti, vice presidente, del dott. Mauro Paissan e del dott. Giuseppe Fortunato, componente e del dott. Giovanni Buttarelli, segretario generale;

Visto il codice in materia di protezione dei dati personali (decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196);

Visto il codice della strada (decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, e successive modificazioni e integrazioni);

Vista la disciplina rilevante in materia di installazione e esercizio di impianti per la rilevazione degli accessi di veicoli ai centri storici e alle zone a traffico limitato (decreto del Presidente della Repubblica 22 giugno 1999, n. 250);

Vista la documentazione in atti;

Viste le osservazioni dell'Ufficio, formulate dal segretario generale ai sensi dell'art. 15 del regolamento del Garante n. 1/2000; Relatore il dott. Mauro Paissan;

Premesso:

1. Questioni prospettate.

Sono pervenute a questa Autorità alcune segnalazioni di medici che ipotizzano una violazione delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali che deriverebbe dalle modalità seguite e dagli elementi richiesti (in particolare, dai comuni) per verificare il rispetto delle disposizioni in tema di limitazione del traffico veicolare da parte dei medici che effettuano visite domiciliari nelle zone a traffico limitato (ztl).

In particolare, è stato chiesto di verificare se rispettino la disciplina in materia di protezione dei dati personali:

- a) la richiesta da parte di comuni rivolta a medici privi di un permesso per accedere ad una ztl di comunicare, per ogni accesso e, generalmente, entro settantadue ore dalla visita medica domiciliare, generalità e altre informazioni che identificano la persona visitata (quali, ad esempio, il codice regionale o la ricevuta fiscale, a seconda che si tratti di «paziente ASL» o di persona visitata privatamente), oppure di produrre una dichiarazione resa dalla stessa persona visitata, anche sulla copia di un documento di

Il garante ha disposto la proibizione per i comuni ad acquisire informazioni durante l'accesso di medici nelle zone a traffico limitato

- identita' valido, da cui risulti il tempo e il luogo della visita; cio', unitamente all'indicazione del luogo, giorno e ora in cui si è verificato l'intervento medico, allo scopo di non applicare al professionista la sanzione per l'accesso non autorizzato alla ztl;
- b) la correlata richiesta, proveniente in particolare da uffici territoriali di governo, di presentare documenti contenenti i predetti dati personali ai fini dell'accoglimento del ricorso presentato avverso la contestazione da parte di comuni della violazione delle disposizioni in tema di limitazione del traffico veicolare nelle ztl.
2. Quadro di riferimento in tema di zone a traffico limitato.
Nelle zone a traffico limitato, l'accesso e la circolazione veicolare sono limitati ad ore prestabilite o a particolari categorie di utenti e di veicoli (art. 3, comma 1, n. 54, decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, recante «Nuovo codice della strada»).
- Con deliberazione della giunta comunale, i comuni provvedono a delimitare le aree pedonali e le zone a traffico limitato tenendo conto degli effetti del traffico sulla sicurezza della circolazione, sulla salute, sull'ordine pubblico, sul patrimonio ambientale e (articoli 20, comma 2, 21, comma 2, e 181, comma 1, lettera a) del codice).
- 3.1. Dati sulla salute delle persone visitate a domicilio in aree ztl.
- 3.1.1. Comunicazione di dati personali.
- Con riferimento alla richiesta di cui al punto I.a) del presente provvedimento, alla luce dello schema tipo di regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari dei comuni (in conformata' al quale ciascuna am-

ministrazione comunale ha potuto adottare il proprio atto di natura regolamentare nel termine di legge del 28 febbraio 2007 (art. 6, comma 1, decreto-legge 28 dicembre 2006, n. 300, convertito, con modificazioni, con legge 26 febbraio 2007, n. 17) e sul quale questa Autorita', in data 21 settembre 2005, aveva espresso parere favorevole - doc. web. n. 1170239), il comune può, in generale, trattare lecitamente dati personali relativi allo stato di salute anche nell'ambito di procedure sanzionatorie, al fine di applicare le norme in materia di violazioni amministrative e di ricorsi (art. 71, comma 1, lettera a) del codice; scheda n. 25, schema tipo, in www.garanteprivacy.it, doc. web n. 1174532).

Tuttavia, anche tali dati possono essere trattati solo previa verifica della loro pertinenza, completezza e indispensabilita' rispetto alla finalita' perseguita nel singolo caso (specie quando la raccolta non avvenga presso l'interessato) e nel rispetto delle altre disposizioni rilevanti in materia di protezione dei dati personali, ivi compresi gli ulteriori limiti stabiliti da leggi o regolamenti.

Allo stato degli elementi acquisiti deve ritenersi, in linea generale, che non sia né indispensabile, né proporzionata (rispetto alla finalità di accertamento delle violazioni delle disposizioni in tema di limitazione del traffico veicolare nelle ztl e di applicazione delle relative sanzioni) una richiesta generalizzata ai medici, da parte dell'amministrazione comunale, di comunicare le generalita' e altre informazioni che Identificano le persone visitate a domicilio all'interno della ztl, idonee a rivelarne lo stato di salute (art. 22, comma 3, del codice). Tale finalita' di accertamento puo' essere perseguita egualmente attraverso

altre modalita' parimenti efficaci, ma rispettose del diritto alla protezione dei dati personali. In tale quadro, deve ad esempio ritenersi proporzionata la raccolta (come gia' prevista presso taluni comuni) di informazioni, quali la targa del veicolo del medico che ha effettuato la visita a domicilio nella ztl, la data e la fascia oraria di accesso e di uscita da tale area, l'indirizzo e il numero civico dove è stato prestato l'intervento, il numero di iscrizione all'ordine professionale.

3.1.2. Documenti presentati a sostegno di ricorsi.

Infine, con riferimento alla correlata richiesta di cui al punto l.b) del presente provvedimento, si rileva che sono di rilevante interesse pubblico anche le finalita' volte a far valere il diritto di difesa in sede amministrativa (art. 71, comma 1, lettera b) del codice).

Tuttavia, quando il trattamento concerne dati idonei a rivelare lo stato di salute, tale trattamento è consentito solo se il diritto da far valere o difendere è di rango almeno pari a quello dell'interessato, ovvero consiste in un diritto della personalita' o in un altro diritto o liberta' fondamentale e inviolabile (art. 71, comma 2, del codice).

In tale quadro deve quindi ritenersi, in linea generale, non consentito agli uffici territoriali di governo sollecitare la produzione (o effettuare l'ulteriore trattamento) di documenti contenenti le generalita' e altre informazioni che identificano le persone visitate, idonee a rivelarne lo stato di salute per far valere un diritto di difesa del medico a sostegno di un ricorso contro l'avvenuta contestazione o notificazione della violazione delle disposizioni in tema di limitazione del traffico veicolare nella ztl. Tale diritto di difesa deve ritenersi, infatti, di

rango non pari a quello degli interessati (persone visitate), in quanto subvalente in relazione alla concorrente necessita' di tutelarne la riservatezza, la dignita' e gli altri diritti e liberta' fondamentali (cfr. provv. 9 luglio 2003, in www.garanteprivacy.it, doc. web. n. 29832).

4. Conclusioni.

Sulla base di tali presupposti risulta pertanto necessario prescrivere alcune misure al fine di rendere il trattamento conforme alle disposizioni vigenti.

Tutto cio' premesso il garante:

1. prescrive, ai sensi degli articoli 143, comma 1, lettera b) e 154, comma 1, lettera c) del codice:

- a) ai comuni di non richiedere ai medici, al fine di verificare il rispetto delle disposizioni in materia di accesso e circolazione veicolare, le generalità e altre informazioni che identificano le persone visitate a domicilio all'interno di aree ztl (punti l.a) e 3.1.1.);
- b) ai medici di non presentare documenti contenenti le generalità e altre informazioni che identificano le persone visitate a domicilio, al fine di far valere il proprio diritto di difesa a sostegno di un ricorso avverso una contestazione di una violazione delle disposizioni in tema di limitazione del traffico veicolare nelle ztl, documenti che gli uffici territoriali di governo devono, pertanto, astenersi dal richiedere in attuazione delle presenti prescrizioni (punti l.b) e 3.1.2.).

2. Dispone, ai sensi dell'art. 143, comma 2, del codice, che copia del presente provvedimento sia trasmessa al Ministero della giustizia - Ufficio pubblicazione leggi e decreti per la sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Norme in materia sanitaria

Disposizioni in materia di attività libero professionale intramuraria

Nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n 181, dei 6 agosto 2007, è stata pubblicata la legge 3 agosto 2007, n. 120, recante 'Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria'.

If provvedimento prevede, al fine di garantire l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria, l'adozione da parte delle regioni e province autonome di Trento e di Bolzano di iniziative volte ad assicurare i necessari interventi di ristrutturazione edilizia. E' previsto in particolare un termine di 18 mesi a decorrere dal 31 luglio 2007 per l'adozione delle iniziative menzionate; entro tale termine i medici del servizio pubblico potranno continuare ad esercitare la libera professione all'interno degli studi privati. Inoltre viene stabilito che le aziende sanitarie e ospedaliere, i policlinici e gli altri istituti interessati predispongano un piano nazionale relativo ai volumi di attività istituzionale e di attività libero-professionale intramuraria riferiti alle singole unità operative (art. 1).

La Legge in esame stabilisce tra l'altro la possibilità del lavoro part time (art. 3) anche per la dirigenza medica esclusivamente nei casi in cui risulti comprovata una particolare esigenza familiare o sociale, fermo restando il rapporto di lavoro esclusivo con sospensione fino al ripristino del rapporto a tempo pieno dell'attività libero-professionale intramuraria eventualmente in corso di svolgimento. Le circostanze familiari o sociali per le quali è consentito il ricorso all'istituto del lavoro a tempo parziale sono stabilite dai contratti collettivi nazionali.

Pubblichiamo il testo del provvedimento.

1. Attività libero-professionale Intramuraria.

Per garantire l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano assumono le più idonee iniziative volte ad assicurare gli interventi di ristrutturazione edilizia, presso le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliere universitarie, i policlinici universitari a gestione diretta e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico

(IRCCS) di diritto pubblico, necessari per rendere disponibili i locali destinati a tale attività.

L'adozione delle iniziative di cui al comma 1 dovrà essere completata entro il termine di diciotto mesi a decorrere dalla data del 31 luglio 2007. Limitatamente a tale periodo e agli ambiti in cui non siano ancora state adottate le iniziative di cui al comma 1, in deroga a quanto disposto dal comma 2 dell'articolo 22-bis del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223, convertito, con modificazioni, dalla

Prorogato di 18 mesi il termine per continuare ad esercitare negli studi privati. Il lavoro part-time previsto anche per la dirigenza

legge 4 agosto 2006, n. 248, continuano ad applicarsi I provvedimenti già adottati per assicurare l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria. Nel medesimo periodo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano procedono all'individuazione e all'attuazione delle misure dirette ad assicurare, in accordo con le organizzazioni sindacali delle categorie interessate e nei rispetto delle vigenti disposizioni contrattuali, il definitivo passaggio al regime ordinario del sistema dell'attività libero-professionale intramuraria della dirigenza sanitaria, medica e veterinaria del Servizio sanitario nazionale e del personale universitario di cui all'articolo 102 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382.

La risoluzione degli accordi di programma di cui all'articolo 1, comma 310, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, si applica anche alla parte degli accordi di programma relativa agli interventi di ristrutturazione edilizia di cui al comma i per i quali la regione non abbia conseguito il collaudo entro il termine stabilito dal comma 2, primo periodo.

Tra le misure di cui al comma 2 può essere prevista, ove ne sia adeguatamente dimostrata la necessità e nell'ambito delle risorse disponibili, l'acquisizione di spazi ambulatoriali esterni, aziendali e pluridisciplinari, per l'esercizio di attività sia istituzionali sia in regime di libera professione intramuraria, i quali corrispondano ai criteri di congruità e idoneità per l'esercizio delle attività medesime, tramite l'acquisto, la locazione, la stipula di convenzioni, previo parere vincolante da parte del Collegio di direzione di cui all'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre

1992, n. 502, e successive modificazioni, o, qualora esso non sia costituito, di una commissione paritetica di sanitari che esercitano l'attività libero-professionale intramuraria, costituita a livello aziendale. In ogni caso, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano devono garantire che le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliere universitarie, i policlinici universitari a gestione diretta e gli IRCCS di diritto pubblico gestiscano, con integrale responsabilità propria, l'attività libero-professionale intramuraria, al fine di assicurarne il corretto esercizio, in particolare nel rispetto delle seguenti modalità:

affidamento a personale aziendale, o comunque dall'azienda a ciò destinato, senza ulteriori oneri aggiuntivi, del servizio di prenotazione delle prestazioni, da eseguire in sede o tempi diversi rispetto a quelli istituzionali, al fine di permettere il controllo dei volumi delle medesime prestazioni, che non devono superare, globalmente considerati, quelli eseguiti nell'orario di lavoro;

garanzia della riscossione degli onorari relativi alle prestazioni erogate sotto la responsabilità delle aziende, policlinici e istituti di cui al comma i. Agli eventuali oneri si provvede ai sensi della lettera c);

determinazione, in accordo con i professionisti, di un tariffario idoneo ad assicurare l'integrale copertura di tutti i costi direttamente e indirettamente correlati alla gestione dell'attività libero-professionale intramuraria, ivi compresi quelli connessi alle attività di prenotazione e di riscossione degli onorari;

monitoraggio aziendale dei tempi di attesa delle prestazioni erogate

nell'ambito dell'attività istituzionale, al fine di assicurare il rispetto dei tempi medi fissati da specifici provvedimenti; attivazione di meccanismi di riduzione dei medesimi tempi medi; garanzia che, nell'ambito dell'attività istituzionale, le prestazioni aventi carattere di urgenza differibile vengano erogate entro 72 ore dalla richiesta;

prevenzione delle situazioni che determinano l'insorgenza di un conflitto di interessi o di forme di concorrenza sleale e fissazione delle

sanzioni disciplinari e dei rimedi da applicare in caso di inosservanza delle relative disposizioni, anche con riferimento all'accertamento delle responsabilità dei direttori generali per omessa vigilanza;

t) adeguamento dei provvedimenti per assicurare che nell'attività libero-professionale intramuraria, ivi compresa quella esercitata in deroga alle disposizioni di cui al comma 2 dell'articolo 22-bis del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 agosto 2006, n. 248, siano rispettate le prescrizioni di cui alle lettere a), b) e c) del presente comma, anche nel periodo di operatività transitoria delle convenzioni di cui all'alinea, primo periodo, del presente comma, e fermo restando il termine di cui al comma 2, primo periodo, e ai comma 10;

g) progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione Intramuraria, ai fine di assicurare che il ricorso a quest'ultima sia conseguenza di libera scelta del cittadino e non di carenza nell'organizzazione dei servizi resi nell'ambito dell'attività isti-

tuzionale. A tal fine, il Ministro della salute presenta annualmente al Parlamento una relazione sull'esercizio della libera professione medica intramuraria, ai sensi dell'articolo 15-quadecies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, con particolare riferimento alle implicazioni sulle liste di attesa e alle disparità nell'accesso ai servizi sanitari pubblici.

Ogni azienda sanitaria locale, azienda ospedaliera, azienda ospedaliera universitaria, policlinico universitario a gestione diretta ed IRCCS di diritto pubblico predispone un piano aziendale, concernente, con riferimento alle singole unità operative, i volumi di attività istituzionale e di attività libero-professionale intramuraria. Le medesime aziende, policlinici ed istituti assicurano adeguata pubblicità ed informazione relativamente ai piani, con riferimento, in particolare, alla loro esposizione nell'ambito delle proprie strutture ospedaliere ed all'informazione nei confronti delle associazioni degli utenti, sentito il parere del Collegio di direzione di cui all'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, o, qualora esso non sia costituito, della commissione paritetica di sanitari di cui al comma 4 del presente articolo. Tali informazioni devono in particolare riguardare le condizioni di esercizio dell'attività istituzionale e di quella libero-professionale intramuraria, nonché i criteri che regolano l'erogazione delle prestazioni e le priorità di accesso.

I piani sono presentati alla regione o provincia autonoma competente, in fase di prima applicazione, entro quattro mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge e, succes-

sivamente, entro un limite massimo di tre anni dall'approvazione del piano precedente. La regione o provincia autonoma approva il piano, o richiede variazioni o chiarimenti, entro sessanta giorni dalla presentazione. In caso di richiesta di variazioni o chiarimenti, essi sono presentati entro sessanta giorni dalla richiesta medesima ed esaminati dalla regione o provincia autonoma entro i successivi sessanta giorni. Subito dopo l'approvazione, la regione o

provincia autonoma trasmette il piano al Ministero della salute. Decorso sessanta giorni dalla trasmissione, in assenza di osservazioni da parte del Ministero della salute, i piani si intendono operativi.

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano assicurano il rispetto delle previsioni di cui ai commi 1, 2, 4, 5 e 6 anche mediante l'esercizio di poteri sostitutivi e la destituzione, nell'ipotesi di grave inadempienza, dei direttori generali delle aziende, policlinici ed istituti di cui al comma 5. Qualora la nomina dei direttori generali suddetti compete ad organi statali, questi ultimi provvedono alla destituzione su richiesta della regione o della provincia autonoma. In caso di mancato adempimento degli obblighi a carico delle regioni e delle province autonome di cui al presente comma, è precluso l'accesso ai finanziamenti a carico dello Stato integrativi rispetto ai livelli di cui all'accordo sancito l'8 agosto 2001 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 207 del 6 settembre 2001. Il Governo esercita i poteri sostitutivi in caso di inadempimento da parte delle regioni o delle

province autonome, ai sensi e secondo la procedura di cui all'articolo 8 della legge 5 giugno 2003, n. 131, anche con riferimento alla destituzione di cui al primo periodo del presente comma.

Ciascuna regione o provincia autonoma trasmette al Ministro della salute una relazione sull'attuazione dei commi 1, 2, 4, 5, 6 e 7, con cadenza trimestrale fino al conseguimento effettivo, da parte della stessa, del definitivo passaggio al regime ordinario di cui al comma 2, e successivamente con cadenza annuale.

Esclusivamente per l'attività clinica e diagnostica ambulatoriale, gli spazi e le attrezzature dedicati all'attività istituzionale possono essere utilizzati anche per l'attività libero-professionale intramuraria, garantendo la separazione delle attività in termini di orari, prenotazioni e modalità di riscossione dei pagamenti.

Le convenzioni di cui al comma 4, primo periodo, sono autorizzate dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano per il periodo necessario al completamento, da parte delle aziende, policlinici o istituti interessati, degli interventi strutturali necessari ad assicurare l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria e comunque non oltre il termine di cui al comma 2, primo periodo.

Al Collegio di direzione di cui all'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, o, qualora esso non sia costituito, alla commissione paritetica di sanitari di cui al comma 4 del presente articolo è anche affidato il compito di dirimere le vertenze dei dirigenti sanitari in ordine all'attività libero-professionale intramuraria.

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano dovranno definire le modalità per garantire l'effettuazione, da parte dei dirigenti veterinari del Servizio sanitario nazionale, delle prestazioni libero-

professionali che per la loro particolare tipologia e modalità di erogazione esigono una specifica regolamentazione.

Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge è attivato l'Osservatorio nazionale sullo stato di attuazione dei programmi di adeguamento degli ospedali e sul funzionamento dei meccanismi di controllo a livello regionale e aziendale, come previsto dall'articolo 15-*quaterdecies* del citato decreto legislativo n. 502 del 1992.

Dall'eventuale costituzione e dal funzionamento delle commissioni paritetiche di cui ai commi 4, 5 e 11, nonché dall'attuazione dei medesimo comma 11, non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

2. Norme in materia di dirigenti del Ministero della salute rientranti nei profili professionali sanitari.

I dirigenti del Ministero della salute rientranti nei profili professionali sanitari, individuati dall'articolo 2, comma 2, lettere b) e c), del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 13 dicembre 1995 ed inquadrati dalle medesime lettere in attuazione dell'articolo 18, comma 8, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, a decorrere dalla data di istituzione del ruolo previsto dall'articolo 1 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 23 aprile 2004, n. 108, sono inquadrati nel predetto ruolo, in distinta sezione.

Dall'attuazione del presente arti-

colo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Disposizioni In materia di applicazione dell'Istituto del tempo parziale alla dirigenza sanitaria.

1. In deroga all'articolo 39, comma 18-bis, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, è ammesso il ricorso all'Istituto dei lavoro a tempo parziale per i dirigenti sanitari, esclusivamente nei casi in cui risulti comprovata una

particolare esigenza familiare o sociale e fermo restando il rapporto di lavoro esclusivo, con sospensione, fino al ripristino del rapporto a tempo pieno, dell'attività libero-professionale intramuraria eventualmente in corso di svolgimento.

L'azienda o ente competente del Servizio sanitario nazionale ammette i dirigenti all'impegno ridotto in misura non superiore ai 10 per cento, e comunque nei limiti previsti dai contratti collettivi nazionali di lavoro vigenti, della dotazione organica complessiva dell'area dirigenziale sanitaria di cui ai medesimi contratti, incrementabile, in presenza di idonee situazioni organizzative o di gravi e documentate situazioni familiari sopraggiunte dopo la copertura della percentuale di base, fino ad ulteriori due punti percentuali.

Le circostanze familiari o sociali per le quali è consentito il ricorso all'Istituto dei lavoro a tempo parziale sono stabilite dai contratti collettivi nazionali di lavoro. Gli effetti sul trattamento economico conseguenti al ricorso ai lavoro a tempo parziale sono definiti in base ai criteri stabiliti nella contrattazione collettiva.

Differimento del termine per le prestazioni aggiuntive da parte degli Infermieri e dei tecnici sanitari di radiologia medica.

Al fine di consentire la continuità del ricorso alle prestazioni aggiuntive degli infermieri e dei tecnici sanitari di radiologia medica, nel rispetto delle disposizioni recate in materia di contenimento delle spese di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale dai provvedimenti di finanza pubblica, il termine del 31 maggio 2007, previsto dall'articolo 1, comma 2, del decreto-legge 28 dicembre 2006, n. 300, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 febbraio 2007, n. 17, è differito fino alla definizione della disciplina di tali prestazioni aggiuntive nell'ambito del contratto collettivo nazionale di comparto 2006-2009 e non oltre la

data di entrata in vigore del contratto medesimo. La definizione da parte del contratto collettivo nazionale di comparto delle prestazioni aggiuntive di cui al comma 1 non deve comportare effetti di maggiori oneri sul livello di finanziamento del contratto collettivo nazionale di comparto medesimo, quantificato secondo i criteri ed i parametri previsti per tutto il pubblico impiego.

Sono fatti salvi i contratti per le prestazioni di cui al comma 1, eventualmente posti in essere per il periodo dal 1° giugno 2007 alla data di entrata in vigore della presente legge, purché compatibili con il vincolo di cui al comma 1.

Rinnovato l'accordo assicurativo per la polizza di tutela legale

Il Comitato Centrale ha rinnovato l'accordo con la Compagnia assicurativa AURORA per quanto concerne l'importo del premio annuo e delle garanzie per la polizza di Tutela Legale che gli iscritti agli Albi (medici ed odontoiatri) volessero sottoscrivere a titolo personale.

Di seguito vengono riportate le due più importanti innovazioni rispetto alla polizza precedente:

- massimale elevato ad Euro 30.000,00 (libera scelta del Legale/Consulente tecnico) e ad Euro 60.000,00 in caso di scelta di un legale o di un consulente tecnico di fiducia della Compagnia.

Tale elevazione di massimale ad Euro 60.000,00 verrà riconosciuta anche nell'ipotesi di scelta di un legale o di un consulente tecnico facente parte di un gruppo di professionisti, specializzati in malpractice, precedentemente concordato dai sin-

goli Ordini con la Compagnia.

- possibilità di promuovere azione di risarcimento nei confronti della Parte che ha promosso l'instaurazione del giudizio per presunta "malpractice" nel caso in cui l'Assicurato non risulti soccombente al termine del procedimento conclusosi con sentenza passata in giudicato.

Il premio annuo che il singolo iscritto dovrà pagare nel caso aderisse a titolo personale alla proposta, è di Euro 45,00, con un lieve aumento rispetto al passato

A breve, la Compagnia Aurora, nelle persone degli Aw.G.Doria e P.Beilisario, invierà una propria comunicazione a tutti gli Ordini provinciali affinché informino i propri iscritti sulle nuove condizioni.

Tutte le polizze della Compagnia Aurora sono presenti nel portale della Federazione, nell'area riservata agli Ordini.

Può accogliere a Sassari 15 degenti e i loro familiari
Aperto il centro sperimentale
di assistenza ai malati di Alzheimer

L'Associazione Alzheimer Sassari informa che dal mese di luglio 2007 è operativo il Centro Diurno Sperimentale Alzheimer sito al 3 ° piano della struttura sanitaria di San Camillo a Sassari.

Il Centro ospita 15 malati con demenze lievi moderate dal Lunedì al Venerdì dalle ore 09.00 alle ore 17.00 e il Sabato dalle ore 09.00 alle ore 14.00 (esclusi i giorni festivi).

La struttura offre assistenza ai pazienti affetti da demenza (degenerativa e vascolare) tramite un supporto socio-sanitario comprendente attività svolta da personale altamente qualificato, che assicura servizi di riabilitazione cognitiva, funzionale e fisica e terapia occupazionale. Offre inoltre supporto ai familiari e ai caregiver dei pazienti e svolge attività assistenziali e educative con assistenza psicologica alla famiglia.

I moduli di domanda di inserimento possono essere richiesti presso il P.U.A del Distretto sanitario di Sassari, Via Tempio 5; presso le U.V.A di Sassari e Ozieri; presso il Centro Sperimentale Alzheimer di San Camillo - Sassari e presso il Centro di Ascolto Alzheimer San Camillo - Sassari. La documentazione, una volta compilata a cura del medico curante o dello specialista, dovrà essere presentata presso il PUA a Sassari in via Tempio n. 5.

Il servizio è gratuito essendo la struttura convenzionata con la ASL di Sassari.

Per informazioni:

Associazione Alzheimer Sassari
 Centro Ascolto 079254722 -
 3476598549 Centro Sperimentale
 Alzheimer San Camillo 0792598548
 - 3391911675.

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.

**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 5213 222
2	SI	NO	BAGELLA CATERINA FRANCESCA	2005	VIA AIMO 11-13	07100 SASSARI	079275337	347 720 76 04
3	SI	NO	BIANCO GIOVANNI FRANCESCO	2007	VIA DI LI LICCI, 7	07026 SAN PANTALEO		347 3193506
4	SI	NO	BRICHETTO GIOVANNA	1996	VIA UGO FOSSCOLO 33	07041 ALGHERO	079979098	340 7905249
5	SI	NO	CANU MARIA LUISA	2006	MANZONI 123	07041 ALGHERO	079980748	3404568296
6	SI	NO	CASSISA SALVATORE	2006	VIA BUDAPEST 8	07100 SASSARI	079 2108 24	329 628 51 37
7	SI	NO	CAU DARIO	2002	VIA UGO LA MALFA 50	07100 SASSARI		328 32 43 063
8	SI	NO	COSSO MARIO	2000	VIA FRATELLI VIVALDI 7	07100 SASSARI	079243588	347 3546 074
9	SI	NO	COSSU ANTONIO	2007	VIA ARENOSU, 45	07041 ALGHERO		33995214212
10	SI	SI	CUBAIU COSTANTINA	2007	VIA MASCAGNI, 8	07024 PERFUGAS	079 564270	3497621322
11	SI	NO	CUMPOSTU LUCIA	2007	VIA GALILEO GALILEI, 43	07100 SASSARI		320 6445585
12	SI	NO	DELARIA ADA BIANCA	2007	VIA REDI, 7	07029 TEMPIO PAUSANIA	079 212292	328 0534901
13	SI	SI	DELIA MANINCHEDDA	2001	VIA FORLANINI 6	07100 SASSARI	079 277 563	3480300 335
14	SI	NO	FALCONI SARA	2002	VIA MERCATO 26	07100 SASSARI	079238028	347 653 97 21
15	SI	NO	FANCELLU LAURA	2006	VIA CORDEDDA 13	07100 SASSARI	079 219196	349 3521582
16	SI	NO	FUNDONI CARLA	2002	VIA G.B. MELIS 3	07100 SASSARI	079 278 509	329 0210 498
17	SI	SI	GAIAS NADIA	2007	VIA SULCIS, 40	07100 SASSARI	079242825	3280810823
18	SI	NO	LAI ROBERTA	2006	VIA P.TOGLIATTI 3	07100 SASSARI	079294555	347 761 5295
19	SI	NO	LEONI GIANFRANCO	2007	VIA PRINCIPESSA MARIA, 4/b	07100 SASSARI	079 2119003	347 7254232
20	SI	NO	MADARESE ELEONORA	2007	VIALE MAMELI, 5/A	07100 SASSARI	078 290112	3493566296
21	SI	NO	MANUNTA SILVIA MANUELA	2007	STRADA STATALE N. 127	07100 SASSARI	079 276206	340 2363412
22	SI	NO	MARTEDDU TOMASO	2007	VIA PRINCIPESSA MARIA, 4	07100 SASSARI	079 211192	328 0550674
23	SI	SI	MELONI DONATELLA MARIA GRAZIA	2001	VIA UGO PADULA 13	07100 SASSARI	079 274 380	393 4177 853
24	SI	NO	MERELLA PIERLUIGI	2006	VIA GIUSEPPE VERDI 2	07044 ITTIRI		349 076 20 17
25	SI	SI	MILANI VALENTINA	2007	VIA PRUNIZZEDDA, 92	07100 SASSARI		393 1903161
26	SI	SI	MUSIO PAOLA	2002	P.ZZA COLONELLO SERRA 10	07100 SASSARI	079 290 464	33433 83 988
27	SI	NO	NIEDDU ANTONIO	2006	VIA NUORO, 19	07100 SASSARI		347 8518041
28	SI	SI	OGGIANO GIACOMINA	2007	VIA NIVOLA, 8	07037 SORSO	079 353270	3201165615
29	SI	NO	ORTU PAOLA	1999	VIA GORIZIA 39	07100 SASSARI	079 3763 085	347 6836542
30	SI	NO	PALIOGIANNIS PANAGIOTIS	2007	VIA MATTEOTTI, 9	07100 SASSARI		340 5931590
31	SI	NO	PINNA ANTONIO	2006	VIA ENRICO BERLINGUER 20	07045 OSSI	07934 8464	328 432 0615
32	SI	NO	PIREDDA STEFANIA	2001	VIA LUIGI TOLA 3	07100 SASSARI	079 21 41 01	338 237 31 13
33	SI	NO	RIVIECCIO SILVIA	2001	VIA PASQUALE PAOLI 14	07041 ALGHERO	079 984829	347 859 3947
34	SI	NO	RUM IOLANDA	2007	VIA DAU, 7	07100 SASSARI	079 293973	338 3483224
35	SI	NO	SALARIS MARIA ANTONIA	2006+	VIA MANZONI	07040 URI	079 419021	3299838687
36	20	NO	SALZA YLENIA	2001	VIALE ALDO MORO 135	07026 OLBIA		347 93 01 564
37	SI	NO	SANTORO ANGELICA	2007	VIALE MAMELI, 63	07100 SASSARI	079299444	333 5445013
38	SI	NO	SENES CHIARA	2007	VIALE ITALIA, 56	07100 SASSARI	079 218417	3463631415
39	SI	NO	SINI SILVIA	1998	VIA PALA DI CARRU 48	07100 SASSARI	079398220	3381196961
40	SI	NO	SOGGIA PAOLO	2006	VIA ISTRIA 16/N	07100 SASSARI	079296289	3281082802
41	SI	NO	TANDA BARBARA	2003	VIA SARAGAT 30	07100 SASSARI		329 230 82 14
42	SI	NO	TORRE CARLO	2007	VIA LIGURIA, 4	07041 ALGHERO		3477599288
43	SI	NO	URAS SARA	2006	VIA M. DE CAROLIS 11	07100 SASSARI	079 29 91 35	328 94456 61
44	SI	NO	VALENTINA VIRDIS	2002	VIA TORRES 23	07100 SASSARI	079 3 56124	339132 8459