

# SASSARI MEDICA



**1**

**IN QUESTO  
NUMERO:**

ANNO XVII  
MARZO 2008

*"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".*

Quanto è lecita l'intromissione  
della politica nella sanità?

Nuovi criteri nelle nomine  
di manager delle ASL e dei primari

FNOMCeO più forte nel rapporto  
con le istituzioni

Il documento del Consiglio Nazionale

Contraccezione, procreazione  
e interruzione di gravidanza

Medici e sacerdoti ai confini della vita

Appello delle donne medico  
rivolto ai candidati premier

Manifesto su multiculturalismo

Ordine dei medici Olbia-Tempio  
La Gallura è al bivio

Bilancio della Legge 194.

Associazioni tra medici soggetti IVA

Pensioni/Il riscatto può  
diventare conveniente

Onaosi: informativa sull'accesso  
alla contribuzione ridotta

Malattie neuromuscolari  
Che fare dopo la diagnosi?

Campagna di vaccinazione anti HPV

L'assistenza ai cittadini  
comunitari non assicurati

Gli sfondamenti della spesa sanitaria

Un farmaco ogni giorno  
Radiografia dell'Italia in pillole

Specializzandi, si volta pagina ma...

Formazione e aggiornamento  
editoriale/tradizionale e in web

La professione medica  
e le responsabilità della politica

Emergenza rifiuti ambiente:  
i medici pronti a collaborare

L'inserimento al lavoro  
dei medici di origine straniera

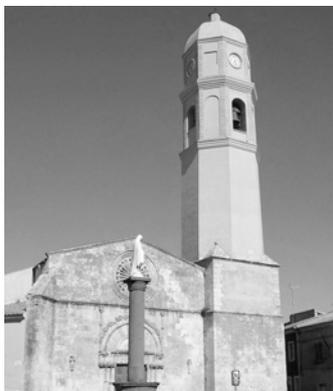
Odontoiatria sociale e categorie deboli

Corso di psicoterapia e ipnosi medica

Progettare un figlio  
dopo la chemioterapia

Provvedimenti per la lotta al dolore  
tra le priorità del nuovo governo

La sanità che vorremmo  
nei programmi dei partiti



Il campanile di S. Vittoria a Thiesi

Anno XVII - Numero 1  
Marzo 2008

*Direttore responsabile:* Agostino Sussarellu

*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:* Alessandro Arru - *Segretario:*

Giovanni Biddau - *Tesoriere:*

Nicola Addis - *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 Baz-

zoni, Marco Vidili, Nadia Tola - *Revisore*

*supplente:* Margherita Pruneddu - *Com-*

*missione per gli iscritti all'Albo degli*

*Odontoiatri:* *Presidente:* Pier Luigi De-

logu; *Componenti:* Antonella Bortone,

Alessandra Lucaferri, Ines M. Putzu,

Alessandro Sechi.

Registrazione n. 236 del 15-12-1989 Tri-

bunale 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

T.A.S., Zona Industriale Predda Niedda

sud - strada n. 10 - 07100 Sassari

Tel./Fax 079.26.22.36 - 079.26.22.21

*Stampa:* TAS srl - Sassari.

Sassari Medica è inviato gratuitamente a tutti gli

iscritti all'Ordine dei medici chirurghi e degli odo-

ntoiatri della provincia di Sassari e a tutti gli Ordini

dei medici d'Italia.

# SASSARI MEDICA

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

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

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

- 2 Quanto è lecita l'intromissione della politica nella sanità?
- 4 Nuovi criteri nelle nomine di manager delle ASL e dei primari
- 6 FNOMCeO più forte nel rapporto con le istituzioni
- 9 Il documento del Consiglio Nazionale
- 15 Contraccezione, procreazione e interruzione di gravidanza
- 19 Medici e sacerdoti ai confini della vita
- 22 Appello delle donne medico rivolto ai candidati premier
- 23 Manifesto su multiculturalismo e molteplicità etnica
- 25 Ordine dei medici Olbia-Tempio. La Gallura è al bivio
- 29 Bilancio della Legge 194 a 30 anni dalla sua introduzione
- 33 Associazioni tra medici soggetti IVA
- 35 Pensioni/Il riscatto può diventare conveniente
- 37 Onaosi: informativa sull'accesso alla contribuzione ridotta
- 40 Malattie neuromuscolari. Che fare dopo la diagnosi?
- 42 La campagna di vaccinazione anti HPV
- 44 L'assistenza ai cittadini comunitari non assicurati
- 45 Gli sfondamenti della spesa sanitaria
- 46 Un farmaco ogni giorno. Radiografia dell'Italia in pillole
- 47 Specializzandi, si volta pagina ma...
- 49 Formazione e aggiornamento editoriale/tradizionale e in web
- 52 La professione medica e le responsabilità della politica
- 53 Emergenza rifiuti ambiente: i medici pronti a collaborare
- 54 L'inserimento al lavoro dei medici di origine straniera
- 56 Odontoiatria sociale e categorie deboli
- 57 Corso di psicoterapia e ipnosi medica
- 59 Progettare un figlio dopo la chemioterapia
- 61 Provvedimenti per la lotta al dolore tra le priorità del nuovo governo
- 63 La sanità che vorremmo nei programmi dei partiti

*Così fan tutti*

## *Quanto è lecita l'intromissione della politica nella sanità?*

**L**a nostra nazione sta attraversando un periodo particolare: dopo il disfacimento della prima repubblica, è in atto la resa dei conti della seconda. Voglio tranquillizzarvi, non intendo lanciarmi in tematiche di politica pura, non mi competono e credo che non ne sarei neppure capace. Intendo piuttosto provare a riflettere sull'intromissione della politica nella sanità, argomento su cui i nostri politici hanno dibattuto a lungo in questi giorni, anche perché ad alcuni di loro ha creato grossi grattacapi. Mi è sembrato di assistere alla scoperta dell'uovo di Colombo: i mass media ci hanno informato che da qualche tempo a questa parte la sanità è gestita in prima persona dalla politica, che la nomina dei direttori generali avviene per spartizione tra i partiti, secondo i canoni, sempre vituperati, ma mai accantonati, del "Manuale Cencelli" (alla parola "manuale", la mente ritorna con nostalgia al "manuale delle Giovani Marmotte"... magari si trattasse

di quello!). *L'Espresso* ha recentemente pubblicato un articolo sulla colonizzazione del Niguarda da parte del governatore Formigoni; dopo pochi giorni, *La Repubblica* ha presentato un analogo articolo sulla situazione del Piemonte e della Liguria. Sembra di assistere letteralmente ad un'invasione militare. Analogamente in tutt'Italia, nella gestione della sanità, avviene quanto descritto per queste regioni; non emerge alcuna differenza procedendo da nord a sud, passando per il centro, e comprendendo le isole... Nell'articolo è presentata una tabella che illustra la spartizione dei 277 posti di direttore generale, messa in pratica dai vari partiti dell'intero arco costituzionale. Tutti si scandalizzano all'apparire di queste notizie, ci si dimentica di dire che questa storia è trita e ritrita, che torna regolarmente alla ribalta, per venir poi, al tempo stesso, facilmente dimenticata. I direttori generali di cui sopra, nominano, a loro volta,

*Gli effetti perversi del sistema di designazione dei direttori generali delle ASL e le ricadute sulle nomine dei primari*

i primari, senza che nessuno possa sindacare la loro scelta, attingendo fra gli idonei di una banale graduatoria, esito di un concorso espletato da una commissione presieduta dal direttore sanitario. Non è necessario alcun commento. Il ministro della salute, Livia Turco, vuole arrivare ad una maggiore trasparenza, e per questo si è rivolta a tutte le forze politiche, alle regioni, ai sindacati e alle professioni, perché tutti facciano la loro parte nel promuovere “il merito e la competenza, prima di ogni altro interesse”. All’interno del documento del ministro, che alleghiamo a parte e a cui rimandiamo per i particolari, vengono fatte delle proposte per la scelta e la nomina dei direttori generali e dei primari. Qualcuno va anche oltre la proposta della Turco, per quanto riguarda i concorsi per primario, e arriva ad ipotizzare un ritorno ai concorsi con commissari scelti da un’apposita graduatoria stilata su scala nazionale. La commissione, forte della propria autorevolezza, dovrebbe arrivare a designare il vincitore. Personalmente, penso che la gestione delle graduatorie da cui scegliere i commissari dei concorsi dovrebbe essere affidata ad organi istituzionali e terzi, quali gli ordini professionali, che si vedrebbero così riconoscere nuovamente

quel ruolo che molti anni fa fu loro tolto. Utopia, so perfettamente che ciò che dico può apparire solo ed esclusivamente utopia, ma allora mi chiedo per quale motivo le scelte per posizioni dirigenziali di tanta importanza, sia per la salute dei cittadini, sia per la gestione dei denari pubblici, debbano invece dipendere da questo o quel politico che, a seconda dei momenti, getta la sua ombra sulla sanità. Ma se un professionista ritiene realmente di essere, per titoli e capacità, superiore ad altri concorrenti, perché, per poter ricoprire un posto di responsabilità, si deve far raccomandare da questo o da quello? E soprattutto: chi si arroga il potere di raccomandare, ha mai pensato che il questuante, come spesso capita a chi è avvezzo a chiedere, oggi si rivolge a lui, così come ieri si è rivolto ad un altro, magari di opposta fede politica? Ma ecco l’altra domanda, ben più significativa, che gli uomini di potere dovrebbero porsi ogni qualvolta “segnalino” qualcuno per destinarlo a ricoprire un ruolo dirigenziale in sanità: “Io mi farei curare da costui, se avessi una malattia?” Dopo aver risposto a tale quesito, facciano pure ciò che la coscienza suggerisce loro!

*La proposta del ministro Livia Turco*

## *Nuovi criteri nelle nomine di manager delle ASL e primari*

*In merito al dibattito in corso sulle modalità di nomina di manager e primari in sanità, il ministro della salute Livia Turco ha proposto il 21 gennaio un immediato confronto per approvare subito nuovi criteri e nuove regole. Ecco il testo della sua dichiarazione.*

“**L**a questione dei manager sanitari e dei primari nominati più per la tessera che per la loro bravura non è nuova. La sensazione, pur essendo personalmente convinta che il fenomeno non si possa generalizzare più di tanto, è quella di un sistema a lottizzazione spinta.

E' veramente così? Come ho detto penso di no. Prima di tutto perché non si può equiparare di per sé a lottizzazione il fatto che siano le Regioni a nominare i direttori generali di Asl e ospedali.

Come si può infatti immaginare di scindere la responsabilità politica di tutelare la salute dei cittadini, che è compito delle Regioni, dal potere loro affidato di nomina di questi manager ai quali spetterà l'attuazione delle politiche di programmazione e di indirizzo sanitario stabilite dalla giunta?

E poi sgombriamo il campo dal miraggio delle “regole perfette” per nomine al di sopra di ogni sospetto. Semplicemente non esistono.

Il nodo sta piuttosto nello stabilire

dove inizia e dove deve necessariamente finire l'arbitrio della politica nella selezione di manager e primari. Intanto chiariamo che si tratta di due profili distinti.

Sul primo, quello dei direttori generali, è indubbio che la politica deve continuare, come abbiamo visto, ad avere un ruolo fondamentale, pur se vincolato da criteri limpidi nella selezione dei manager.

Per i medici e gli altri dirigenti apicali della sanità il discorso è completamente diverso. Qui la politica non deve entrare in alcun modo nella partita delle nomine. Non può infatti che essere il direttore generale, in piena autonomia e in qualità di primo responsabile dell'azienda sanitaria, a scegliere i suoi migliori collaboratori.

Chiarito ciò, il problema è per l'appunto quello di come far sì che il percorso di nomina sia il più possibile impermeabile ad “inquinamenti” di sorta. Ed è qui che si deve introdurre il discorso sulle regole. Per aiutare a far prevalere il merito e non la fedeltà, la competenza e non il legame di cordata.

Per questo voglio lanciare una proposta rivolta in primo luogo alle Regioni e ai partiti, ma anche ai sindacati e alle professioni, affinché tutti facciano la loro parte nel presidiare il merito e la competenza prima di ogni altro interesse.

Il 16 novembre scorso il consiglio dei ministri ha approvato il mio dise-

*Confermato il ruolo delle Regioni nella designazione dei direttori generali, ma con un bando pubblico e la selezione su una terna scelta da esperti. Preselezione anche per i primari*

gno di legge per la “qualità e la sicurezza del Servizio Sanitario Nazionale” dove sono previste nuove procedure, sia per la scelta dei direttori generali che per la nomina delle figure mediche e sanitarie apicali.

Nel primo caso ho previsto che la nomina dei manager sanitari, da parte della Giunta regionale, avvenga previa bando pubblico per notificare con congruo anticipo che c'è quell'incarico a cui concorrere.

I candidati saranno selezionati da una commissione di esperti che sottoporrà alla Regione una terna dei migliori profili sui quali effettuare la scelta.

La trasparenza della procedura è assicurata dalla pubblicazione su internet di tutto il percorso decisionale con tanto di curriculum e valutazioni. Inoltre l'intero procedimento è sottoposto al vaglio di un ente esterno alla Regione, individuato nell'agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.

Anche per i primari si cambia. Oggi la selezione dei candidati si limita alla verifica di una generica idoneità a ricoprire l'incarico. Con il risultato che, molto spesso, la gran parte, se non la totalità, dei concorrenti risulta idonea.

Ciò lascia spazio all'assoluta discrezionalità del direttore generale che, a sua volta, potrebbe essere “facilmente” influenzato da pressioni esterne su questo o quel candidato.

Con la nuova legge si introduce invece una vera e propria selezione per titoli, effettuata da una commissione, per la maggior parte composta di membri estratti a sorte tra i primari della stessa disciplina in ambito regionale o sovraregionale, dalla quale dovrà uscire una terna da sottoporre al direttore generale. Egli mantiene il potere di nomina ma solo tra i tre

nomi indicati dagli esperti, limitando di fatto la possibilità di pressioni esterne.

Anche in questo caso tutta la procedura sarà pubblicata su internet a garanzia di trasparenza e pubblicità dei percorsi di nomina. Queste norme stanno per avviarsi all'esame del Parlamento.

La proposta che faccio è questa. Vogliamo – Regioni e forze politiche – compiere uno sforzo straordinario per far sì che si possano tradurre presto in legge, magari stralciandole dal più vasto complesso di misure inserite nel ddl sulla qualità e la sicurezza?

Sono pronta a ridiscutere, subito e dandoci tempi certi di lavoro, il merito delle singole disposizioni che sono certamente perfettabili.

Ma non tiriamoci indietro da questa sfida. Mostriamo ai cittadini che la “buona politica” e i “buoni medici” esistono e vogliono riprendere in mano la sanità.

Diamo ai cittadini la certezza che il manager che amministra le risorse pubbliche e il medico che ha in mano il bisturi da cui dipende la sua vita, siano i più bravi e competenti nel loro mestiere e non quelli più abili nell'accaparrarsi la simpatia di questo o quel politico.

Sono convinta che sia possibile. Anche perché non ci sto al “così fan tutti” che serpeggia in queste settimane. E se, come penso, non sono la sola a pensare che il Servizio Sanitario Nazionale sia nella sua sostanza pulito e indenne da manovre ed operazioni di potere, allora sì che la svolta è alla nostra portata. Adesso, non domani.”.

*I lavori del Consiglio Nazionale del 23 febbraio*

## ***FNOMCeO più forte***

### ***nel rapporto con le istituzioni***

*Approvato per acclamazione un documento che traccia le linee-guida sulle quali si muoverà la Federazione nel rapporto con le Istituzioni: posizioni chiare mentre è in corso la campagna elettorale per le elezioni politiche anticipate. A futura e non lontana memoria.*

**A**clamazione. Così si è concluso il consiglio nazionale della FNOMCEO sabato 23 febbraio a Roma, dopo due giorni di lavori, intervallati dal Comitato centrale.

Acclamazione convinta e partecipata sul documento conclusivo, che tutti hanno contribuito a scrivere e che segna la rotta sulla quale si muoverà la federazione nei prossimi mesi. Nell'aria gli echi della campagna elettorale per le elezioni politiche anticipate.

Il documento, che abbraccia gli aspetti salienti e 'critici' della professione medica, sarà inviato a tutti i candidati nelle prossime elezioni alla Presidenza del consiglio e a tutte le istituzioni "nella consapevolezza che la crisi della professione si supera riaffermando il ruolo politico, sociale e civile delle organizzazioni professionali, in un rapporto tanto continuo e coerente con la società civile, quanto dialettico con i decisori politici e intransigente contro la cattiva politica".

Cattiva politica che, oltre a compiere materialmente danni al Servi-

zio sanitario nazionale, ovviamente non è in grado di risolvere alcuno dei problemi che affliggono la professione medica, ma anche i malati e le altre professioni sanitarie. Il documento è frutto di un lavoro di mesi, durante i quali la federazione ha fatto rete con espressioni delle professioni e della società, attraverso tavoli di lavoro con le associazioni dei malati, con quelle di tutela dei consumatori, con la Federazione Nazionale della Stampa, con Farmindustria e Asso-biomedica, mentre collaborazioni istituzionali si sono avviate con l'AIFA, l'ANSSR, l'ISS, con gli Ordini e collegi delle altre professioni sanitarie. Un lavoro sul quale i due giorni di Consiglio Nazionale a Roma sono stati un momento di confronto importante, da cui è emersa da parte di tutti la volontà di innalzare il livello del confronto con le istituzioni politiche, perché "la buona politica in sanità" abbia la prevalenza sulla cattiva politica, che non piace né ai medici né ai malati.

Il dibattito, in alcuni momenti particolarmente costruttivo e appassionato, è ruotato attorno alla relazione e ai flash di Amedeo Bianco, nonché sulle 14 relazioni che alcuni presidenti di Ordine hanno presentato e sottoposto alla discussione generale.

Tanta buona politica ci vorrebbe per governare un sistema sanitario che è anche un sistema economico, ha spiegato Bianco mentre i lavori si avviavano alla conclusione: "Un si-

*Il documento conclusivo approvato per acclamazione è stato inviato a tutti i candidati alla presidenza del Consiglio*

stema che, alla fine, costa molto più degli oltre 100 miliardi di euro che siamo abituati a citare”.

La sanità, pertanto, è, tra pubblico e privato, un ‘sistema’ economico che già oggi vale qualcosa come il 12,4 per cento del PIL, “che vanta i tassi di innovazione tecnologica, di investimenti in ricerca e sviluppo, di valore aggiunto per addetto, di competitività internazionale su mercati strategici quali i farmaci, le tecnologie sanitarie, l’e-health, eccellenze tecnico-scientifiche”.

La sanità è pertanto uno dei settori a più elevata innovazione del paese. Tanta buona politica anche per agganciare alle dinamiche dello sviluppo il sud e le isole, portandole fuori dalle loro storiche disuguaglianze.

Ma come si pone la federazione rispetto a questi obiettivi ‘alti’ per una ‘politica alta’? E’, questo, l’altro punto strategico del documento, laddove “il consiglio nazionale impegna il Comitato Centrale e il presidente a promuovere a Roma, a giugno, l’organizzazione di una conferenza nazionale della professione medica e odontoiatrica aperta a tutte le rappresentanze professionali e a tutti gli interlocutori istituzionali e sociali presenti sui tavoli di confronto, con l’obiettivo di proporre al nuovo governo e al nuovo parlamento una piattaforma di proposte per il rilancio dei ruoli tecnico-professionali, civili e sociali dei nostri professionisti e dei nostri Ordini”.

Bianco, nel riprendere questa sollecitazione, l’ha rilanciata: la federazione è da subito impegnata per la buona riuscita dell’iniziativa a giugno, quando si ragionerà con il nuovo parlamento uscito dalle urne, con il nuovo governo e con il nuovo ministro della salute.

Nel documento si evidenziano in particolare quattro gradi questioni da affrontare, ponendole nell’agenda politica:

- La ridefinizione dei rapporti tra le prerogative della politica e quelle della gestione.
- La formazione universitaria pre e post laurea e l’abilitazione dei medici e odontoiatri.
- Prevenzione e gestione del rischio professionale.
- Centralità del ruolo del medico nei modelli operativi.
- La riforma delle professioni intellettuali e degli ordini professionali.

Come per il documento finale, lo stesso clima di condivisione ha accompagnato le 14 relazioni di altrettanti presidenti di Ordine sui temi individuati all’avvio di questo percorso di elaborazione e di lavoro della Federazione.

Le relazioni sono riportate integralmente sul sito della FNOMCeO.

- Il dibattito sulle attuali problematiche dell’odontoiatria (Giuseppe Renzo, Messina).
- Prospettive emerse dall’incontro con le Società scientifiche: obiettivi e agenda dei lavori (Luigi Arru, Nuoro).
- Prospettive emerse dall’incontro con le associazioni di tutela dei consumatori: obiettivi e agenda dei lavori (Eugenio Corcioni, Cosenza).
- Prospettive emerse dalla riunione con le associazioni di tutela dei malati: obiettivi e agenda dei lavori (Francesco M. Avato, Pavia).
- Stato attuale del confronto con l’Università sulla formazione pre e post laurea (Maurizio Benato, Padova).
- Iter legislativo della psicoterapia nel SSN: una esperienza di tutela

- degli ambiti professionali del medico (Agostino Sussarellu, Sassari).
- Rapporti tra la professione medica e industria biomedicale: le prospettive possibili (Geo Agostini, Rimini).
- Rapporti tra la professione medica e l'industria farmaceutica: le prospettive possibili (Sergio Conventa, Grosseto).
- Le medicine non convenzionali: le nuove ipotesi di regolamentazione (Mauro Melato, Trieste).
- Le problematiche bioetiche emergenti sull'interruzione di gravidanza e sulla contraccezione (Antonio Panti, Firenze).
- Ambiente e Salute: una nuova sfida per la professione. Il problema dei rifiuti (Giuseppe Misero, Piacenza).
- Iniziative e progetti del dopo Caserta (Roberta Chersevani, Gorizia).
- Formazione a distanza: risultati e prospettive (Luigi Conte, Udine).
- Le nuove domande di tutela prevido-assistenziali (Emilio Pozzi, Bergamo).

**Orfeo Notaristefano**

*Pubblichiamo il testo del documento votato per acclamazione dal Consiglio Nazionale della FNOMCeO.*

## 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, Equitalia Spa, 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.

*Per una professione autonoma e responsabile*

## ***FNOMCeO/Il documento approvato dal Consiglio Nazionale***

**I** processi di innovazione scientifica e tecnologica della medicina e le trasformazioni della sanità propongono alla società ed ai medici, sfide tecnico-professionali, etiche e civili sempre più complesse.

In questi processi che sollecitano assunzioni di responsabilità, anche le istituzioni professionali sono chiamate a risposte all'altezza delle sfide, a cominciare dalla capacità di ricomporre una professione frantumata in tante orgogliose diversità, intorno ad un progetto unitario, capace di rappresentare e comunicare una identità autorevole, fondata su una libera condivisione di valori etici e civili, di obiettivi sociali e tecnico professionali. Questa visione è oggi una realtà in *progress* potendo già contare, a livello nazionale, su una salda collaborazione tra la FNOMCeO, le organizzazioni sindacali e le società scientifiche.

Il consiglio nazionale della FNOMCeO ritiene che il consolidamento di questo obiettivo debba essere la prima risposta ad una categoria professionale che mostra segni, sempre più diffusi e profondi, di disagio professionale e di demotivazione pericolosa per la salute dei cittadini verso un presente ed un futuro percepiti senza speranze di miglioramento. Tale disagio, dei professionisti, al quale si aggiungono, in vaste aree del paese, preoccupanti segnali di sfiducia dei cittadini verso la sanità pubblica, trova spesso ragioni in

una responsabilità politica degenerata in mero esercizio dei poteri che invade la sfera gestionale in modo arrogante e clientelare.

Nell'esercizio responsabile dei nostri ruoli istituzionali, non intendiamo consegnare questo profondo malessere al qualunquismo di una sterile antipolitica, ma vogliamo adoperarci per restituire dignità e prestigio alla politica in un nuovo orizzonte di valori etici e civili, di costumi sociali, di regole condivise che irrobustiscano tra i cittadini e i professionisti la fiducia nell'impegno per la collettività e le sue istituzioni democratiche.

Il consiglio nazionale della FNOMCeO ritiene appropriata l'esperienza dei tavoli di lavoro già avviati con le associazioni di tutela dei diritti dei malati, con quelle di tutela dei consumatori, con la Federazione della stampa, con Farmindustria e Assobiomedica, nonché l'attivazione di collaborazioni istituzionali con l'A.I.F.A., l'A.N.S.S., l'I.S.S., con gli Ordini e collegi delle altre professioni sanitarie.

Questa assunzione di responsabilità intende rompere quell'assordante silenzio sui temi della sanità che sembra accomunare i programmi elettorali fino ad oggi ufficializzati dai candidati al governo del paese.

La nostra sanità, sia quella pubblica che privata, ha invece un grande bisogno della "buona politica" capace di governare le tante cri-

*Collegamenti e tavoli di lavoro con associazioni e ordini di altre professioni: una risposta al silenzio sui temi della sanità nei programmi elettorali*

icità di un settore economico in rapida espansione che oggi vale il 12,4% del PIL, che vanta i tassi di innovazione tecnologica, di investimenti in ricerca e sviluppo, di valore aggiunto per addetto, di competitività internazionale su mercati strategici (farmaci, tecnologie sanitarie, e-health, eccellenze tecnico scientifiche), tra i più elevati del nostro Paese.

Questi dati, ampiamente condivisi da tutti esperti, legittimano la convinzione che la nostra spesa sanitaria pubblica e privata, in linea con la media europea, non sia solo un costo ma un investimento che produce un bene primario, indispensabile alla identità civile e alla coesione sociale. Serve altresì una politica alta per riagganciare ad una sanità moderna, efficace ed accessibile, quelle vaste parti del paese, il nostro sud, le nostre isole, segnate da storiche disuguaglianze sociali ed economiche, per superare quanto non pare né risolto né risolvibile da questo federalismo e cioè un destino di terre di migranti, ieri per il diritto al lavoro, oggi per quello alla tutela della salute.

Occorre una politica per il Meridione che sappia affiancare a misure più generali di ordine economico e sociale, un piano straordinario per la sanità, pluriennale, a gestione controllata, di interventi in strutture, in tecnologie, in reti di servizi sanitari e socio-sanitari, in formazione, che faccia leva sulle risorse civili e sociali dei cittadini e dei professionisti che oggi pagano sulla loro pelle malgestione, arroganze e illegalità.

Richiamiamo l'attenzione su alcune questioni che intendiamo proporre come priorità della "buona politica in sanità" per le soluzioni possibili.

1) - È indifferibile ridefinire i rapporti tra le prerogative della politica e quelle della gestione: alla prima compete determinare le scelte strategiche di attribuzione equa delle risorse e di distribuzione efficiente ed efficace dei servizi, alla seconda garantire la qualità, l'accessibilità, l'appropriatezza e la sicurezza delle attività nel rispetto delle risorse disponibili.

L'esperienza di questi ultimi anni ci fa dire che l'invadente ruolo della politica è reso possibile da un impianto istituzionale (federalismo, almeno così come si è sviluppato) e da una definizione legislativa degli assetti gestionali (l'aziendalizzazione, il ruolo monocratico del direttore generale, il prevalere di mere finalità economicistiche) che incoraggiano i decisori di turno ad un uso discrezionale delle deleghe, ai fini di mantenere un controllo del consenso sociale. Ogni soluzione che non sia una demagogica operazione estetica deve mettere in discussione questo impianto immettendo robusti correttivi.

- Va ridefinito e riconosciuto più spazio alla valutazione sui risultati di salute conseguiti nelle comunità, affiancando ai governi dei territori (municipalità, comuni, consorzi di comuni) il grande patrimonio civile e sociale rappresentato dall'associazionismo no profit.

Va irrobustito in questa sanità federale, che sembra aver allargato le storiche disuguaglianze del nostro Paese, il ruolo dello Stato nel regolare e garantire l'accesso ai diritti fondamentali, così come pre-

visto dalla Costituzione. A tal fine non bastano più i L.E.A. che rischiano di diventare un mero elenco di prestazioni più o meno disponibili ai cittadini, senza aver contestualmente garantito Livelli Essenziali di qualità, appropriatezza ed efficacia delle prestazioni, di sicurezza delle strutture e delle tecnologie, di formazione e aggiornamento dei professionisti, di efficienza nelle procedure di spesa, di utilizzo delle risorse umane.

- Vanno rivisti, il ruolo e le attribuzioni del direttore generale all'interno di un modello di azienda sanitaria che, a distanza di 15 anni dalla riforma, non è decollato, essendo stato progettato per conseguire obiettivi economici attraverso il governo dell'appropriatezza e dell'efficienza senza, se non addirittura contro, i clinici. Occorre porre rimedio all'inquietante solitudine e fragilità di questi amministratori verso il potere che li sceglie e li valuta con totale discrezionalità. Nello stesso modo bisogna correggere la solitudine e la fragilità dei medici che da questi, con altrettanta totale discrezionalità, sono indicati o scacciati da ruoli di responsabilità professionale e gestionale. In questa spirale di poteri discrezionali che non sono tenuti a riconoscere e rispettare il merito e le capacità, risulta debole la tutela del bene primario da perseguire e devastante l'erosione della fiducia nel sistema tra i cittadini e tra i professionisti.
- Vanno introdotti provvedimenti idonei a consentire l'omogeneo sviluppo della cultura e della pratica della cooperazione e parteci-

pazione dei professionisti clinici alla progettazione, gestione e valutazione delle attività sanitarie e socio sanitarie; un progetto di governance integrata, che affronti le grandi sfide dello sviluppo continuo professionale, della qualità dei servizi resi, della sicurezza delle cure, dell'uso appropriato delle nuove tecnologie e dei nuovi farmaci, peraltro, oggi più che mai determinanti il trend di crescita della spesa sanitaria.

- 2) - È ancora aperto ed irrisolto il confronto con le facoltà di medicina sulla formazione universitaria pre e post laurea e sull'abilitazione dei medici ed odontoiatri, oggi ancora troppo lontana dalla complessità del moderno esercizio delle nostre professioni.

Scontiamo sia uno storico ritardo culturale nel praticare un modello formativo che coniughi il "sapere" al "saper essere e saper fare", sia uno schema di rapporti istituzionali, più contrattuale che cooperativo tra SSN ed Università. Al primo viene negata ogni competenza autonoma di formazione dei professionisti, al secondo vengono attribuite competenze nell'assistenza in funzione dei propri bisogni formativi. Tale sistema va riequilibrato perché è fonte di opportunismi, di conflitti, di bassa efficienza ed efficacia dei percorsi formativi, già troppo lunghi e costosi per i giovani, le famiglie e la collettività.

- 3) - Riteniamo urgente un intervento legislativo in materia di prevenzione e gestione del rischio professionale in ragione dei suoi deva-

stanti riflessi sui comportamenti professionali sempre più prigionieri di logiche difensivistiche che gravano il sistema sanitario di inutili costi economici e sociali. L'esperienza italiana e quella di paesi europei con sistemi sanitari comparabili al nostro ci portano a ritenere che i cardini di questa iniziativa legislativa dovrebbero essere:

- obbligo in capo a tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche, private accreditate e private autorizzate della copertura economica del risarcimento da responsabilità professionale per tutti i professionisti e per tutte le attività svolte in conto e per conto delle strutture stesse; per i liberi professionisti l'obbligo è in capo agli stessi con relative agevolazioni fiscali;
  - sviluppo e consolidamento degli strumenti di risoluzione civilistica, stragiudiziale, dei contenziosi scoraggiando il ricorso inappropriato ai procedimenti civili e penali, affidando agli Ordini professionali l'individuazione degli esperti terzi, all'uopo selezionati e indicati in appositi registri;
  - sperimentazione di modelli di riconoscimento, quantificazione e liquidazione del danno mediante corresponsione di indennizzi che non necessitano della dimostrazione di un profilo di colpa professionale ma di un nesso di causalità dimostrato tra prestazione sanitaria effettuata e danno (sistemi no-fault);
  - individuazione ed attivazione in ogni struttura sanitaria di funzioni dedicate alla prevenzione e gestione del rischio professionale, in particolare per quello connesso all'uso delle tecnologie, favorendo una cultura basata sulla collaborazione di più competenze e sulla valutazione dell'errore come strumento per migliorare la qualità dei professionisti e delle organizzazioni;
- individuazione ed attivazione di un Osservatorio Nazionale, operante nell'ambito della A.N.S.S.R. con il compito di raccogliere tutti i dati regionali sul fenomeno malpractice. La banca dati contribuirà a definire standards e mappe di rischio per consentire una programmazione delle politiche di prevenzione, formazione e correzione delle organizzazioni e di definizione delle risorse finalizzate alla copertura del risarcimento. Ogni anno l'Osservatorio, nel corso di un pubblico convegno, è tenuto a consegnare a tutte le istituzioni e soggetti aventi interesse, il proprio rapporto annuale.
  - prevedere che le economie eventualmente realizzate a consuntivo di corrette politiche di gestione dei rischi, restino in tale ambito al fine di realizzare concreti incentivi al miglioramento continuo della sicurezza delle cure.
- 4) - Riteniamo che i principi e le prospettive che negli ultimi 15 anni, a partire dalla legge 502/92, hanno radicalmente modificato formazione, stato giuridico e profili di attribuzioni delle ex professioni ausiliarie sanitarie, partorendo 22 diversi profili sanitari in parte di derivazione storica, in parte nuove, stiano evidenziando vistosi e preoccupanti limiti ai quali è urgente porre rimedio.
- Il riferimento è alle difficoltà nel regolare un sovrapporsi di competenze, di autonomie e responsabilità a cui va aggiunta la incapacità

di contenere le spinte a nuove professioni in ambito sanitario, che vengono calate in un calderone di tensioni tra professioni, minacciando la qualità e la sicurezza nei servizi. Non ci sfugge lo straordinario valore dello sviluppo delle conoscenze e delle competenze in atto in ambito sanitario che, sollecitando nuovi approcci culturali, ed organizzativi, superano tradizionali modelli assistenziali ed antichi ruoli professionali ma questi cambiamenti hanno bisogno di una cornice giuridica che si esprima sulle seguenti questioni.

- Una definizione di atto medico che ne tracci le potestà e i limiti per meglio definire le potestà ed i limiti degli atti da riservare ad altre professioni sanitarie consentendo altresì una nuova tassonomia giuridica delle professioni sanitarie e dei relativi profili da correlare ai percorsi formativi. Tutto ciò significa produrre trasparenza nell'interesse del cittadino che deve poter cogliere, nei termini e nei fatti, le differenze tra le diverse prestazioni sanitarie erogate da ciascun professionista.
- Prendere atto che lo sviluppo di nuove competenze settoriali nel campo della prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione non può più tradursi nell'individuazione di ulteriori professioni sanitarie, caratterizzate cioè da un percorso formativo universitario e da atti e competenze riservate, ma recuperando e valorizzando la funzione formativa delle strutture e dei professionisti del Servizio Sanitario Nazionale riconosciute ed accreditate sulla base di requisiti e criteri validi e unici su tutto il ter-

ritorio nazionale, conformi alle direttive europee in materia e abilitati a rilasciare diplomi.

- Prevedere l'accesso delle professioni sanitarie alla dirigenza del SSN esclusivamente e limitatamente a ruoli e funzioni coerenti con il biennio specialistico (3 + 2); tali funzioni, come è noto, sono riservate solamente ad attività di formazione e organizzazione, da individuarsi su scala aziendale.
  - Prevedere che, all'interno di modelli operativi e funzionali fondati sulla cooperazione e rispetto delle prerogative di tutte le professioni, l'autonomia e la responsabilità tecnico professionale ed organizzativo-gestionale del medico mantengano un indiscussa centralità a garanzia della continuità e unitarietà dei processi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.
- 5) - Il tema della riforma delle professioni intellettuali e degli Ordini professionali ci coinvolge con alcune forti specificità. Ai nostri Ordini non si adattano alcune rappresentazioni care ai sostenitori del libero mercato per la semplice ragione che i nostri servizi professionali non sono né possono essere soggetti o oggetti di un mercato comunemente inteso, così come il cittadino utente dei servizi sanitari è un "consumatore debole ed imperfetto" in ragione del persistere di una asimmetria informativa che è impossibile compiutamente risolvere.

Siamo convinti che la tutela della salute garantita da un SSN (Servizio Sanitario Nazionale) universale e solidale, equo ed accessibile sia una delle più forti espressioni dell'iden-

tività civile e morale del nostro paese e uno strumento formidabile di coesione tra strati sociali, generazioni, culture. Gli Ordini che vogliamo sono enti pubblici non economici, con funzioni sussidiarie dello Stato, con organi direttivi agili, eletti in base ai principi della democrazia rappresentativa, titolari di competenze disciplinari erga omnes sugli iscritti agli albi, autori e custodi della deontologia professionale ed aventi lo scopo di tutelare la libertà, la dignità della persona e i diritti del cittadino promuovendo e valutando la qualità professionale, garantendo l'autonomia e la responsabilità dei professionisti, sollecitando la condotta professionale al perseguimento dei grandi principi morali di beneficiabilità, giustizia e rispetto dell'autodeterminazione dell'individuo.

Vogliamo i nostri Ordini vicini alle Istituzioni sanitarie, a supporto dei loro compiti di tutela della salute pubblica; per questo siamo stati a Napoli in prima fila, chiedendo fiducia nei medici e nelle istituzioni ad una comunità oltraggiata da disinformazione, silenzi, incapacità amministrative e colpita nei suoi diritti alla tutela della salute da una devastazione malavitosa dei suoi territori.

Vogliamo i nostri Ordini vicini ai cittadini, ai loro bisogni, alle loro inquietudini, capaci cioè di dare risposte forti ed equilibrate ai dubbi, alle incertezze tecniche, civili, etiche, che il travolgente sviluppo della medicina inevitabilmente propone, basta pensare all'esplosione delle questioni bioetiche su inizio e fine vita.

Vogliamo che i nostri Ordini possano tutelare i giovani, garantendone l'ottimale formazione di base e specialistica, favorendo il loro ingresso nella professione, proteggendo lo svi-

luppo delle loro conoscenze e competenze libere da conflitti di interesse.

Vogliamo che i nostri Ordini possano contribuire a rendere il sistema sanitario affidabile per i cittadini, a vincere la sfida della sostenibilità economica assumendoci la responsabilità morale e tecnico professionale dell'uso appropriato delle risorse.

Vogliamo che i nostri Ordini custodiscano anche all'interno della professione il prezioso valore della solidarietà, irrobustendo il ruolo delle casse previdenziali autonome preposte ad un sistema compiuto di tutele post lavorative e di presa in carico delle fragilità.

Il Consiglio nazionale della FNOMCeO impegna dunque il comitato centrale ed il presidente a promuovere in Roma, nel giugno prossimo, l'organizzazione di una conferenza nazionale della professione medica ed odontoiatrica aperta a tutte le rappresentanze professionali e a tutti gli interlocutori istituzionali e sociali presenti sui tavoli di confronto con l'obiettivo di proporre al nuovo governo e al nuovo parlamento una piattaforma di proposte per il rilancio dei ruoli tecnico-professionali, civili e sociali dei nostri professionisti e dei nostri Ordini.

Il Consiglio nazionale della FNOMCeO impegna inoltre il presidente ad inviare il presente documento a tutti i candidati nelle prossime elezioni alla presidenza del consiglio, e a tutte le istituzioni nella consapevolezza che la crisi della professione si supera riaffermando il ruolo politico sociale e civile delle organizzazioni professionali in un rapporto tanto continuo e coerente con la società civile quanto dialettico con i decisori politici ed intransigente contro la cattiva politica.

*Le linee guida della FNOMCeO*

## *Contraccezione, procreazione e interruzione di gravidanza*

*Questo è il documento su contraccezione, procreazione e interruzione di gravidanza su cui si è discusso tanto in questi giorni: ne pubblichiamo il testo integrale come contributo a un dibattito più consapevole e sereno.*

**N**egli ultimi tempi è aumentata nella società e nel confronto politico l'attenzione sulle problematiche che si riferiscono alla contraccezione, alla PMA, all'interruzione farmacologica di gravidanza e ai comportamenti da assumere verso feti vitali in età gestazionale estremamente basse (22-25 settimane) da parti prematuri o da aborti terapeutici.

Queste tematiche coinvolgono i medici secondo un duplice profilo: quello tecnico professionale, basato sulle migliori evidenze scientifiche disponibili e quello etico che attiene ai principi deontologici comuni a tutta la professione ed individuali, propri cioè dei singoli statuti morali.

Tra questi due confini, il medico esercita ed interpreta il suo ruolo civile e sociale di servizio alla persona ed alla collettività, contribuendo alla piena attuazione di diritti costituzionalmente sanciti. Per quanto attiene il primo profilo, è opportuno ricordare che le evidenze disponibili sulle varie materie consentono orientamenti e/o linee guida e/o protocolli diagnostico-terapeutici, elaborati

dalle società scientifiche, di varia "forza" e comunque tali da rappresentare mere raccomandazioni cliniche, sulle quali e per le quali viene riservata una certa autonomia al medico che deve interpretare ogni relazione di cura come unica ed irripetibile ed agire secondo scienza e coscienza, documentando le ragioni della scelta.

Relativamente al secondo profilo, i pilastri morali del nostro Codice deontologico e cioè i principi di giustizia, di perseguire il massimo bene del paziente, di rispetto dell'autodeterminazione del cittadino, fanno sì che la scienza medica sia moralmente legittimata se totalmente svolta al servizio dell'uomo, dei suoi bisogni, dei suoi diritti e delle sue libertà e che ogni innovazione delle conoscenze e delle tecniche, equa ed accessibile, in grado di risolvere o aiutare a risolvere problemi, tutelando la salute e la vita, migliorandone la qualità o limitando la sofferenza, ha un suo prezioso e positivo valore etico.

Nel merito delle questioni riteniamo che:

La prescrizione del levonorgestrel, nella cui AIC vi è l'unica indicazione di "contraccettivo di emergenza" non può incontrare surrettizie limitazioni che ostacolano la fruizione di un diritto della donna che intenda prevenire una gravidanza indesiderata ed un probabile successivo ricorso all'aborto.

*I medici fra il diritto alla clausola di coscienza e il diritto del cittadino alla prestazione disponibile*

Pur riaffermando con forza il diritto del medico alla clausola di coscienza prevista dall'articolo 22 del Codice deontologico, va ricordato l'obbligo ivi previsto per il medico di "... fornire al cittadino ogni utile informazione e chiarimento".

In altre parole la tensione tra il diritto del medico alla clausola di coscienza e quello del cittadino alla fruizione della prestazione riconosciuta come disponibile, non fa venir meno l'obbligo, anche deontologico, dei medici di adoperarsi al fine di tutelare l'accesso alla prescrizione nei tempi appropriati. Appare inoltre opportuno che il medico preventivamente segnali al direttore generale la propria volontà di utilizzare la clausola di coscienza onde consentire la corretta organizzazione del servizio. L'eventuale abolizione dell'obbligo di prescrizione per la "pillola del giorno dopo" presuppone una valutazione tecnico scientifica che compete alle istituzioni sanitarie allo scopo preposte. In questa prospettiva e più in generale occorre invece rilevare l'insufficienza delle politiche di educazione alla procreazione e alla sessualità responsabile da realizzare anche attraverso una corretta informazione e diffusione dei mezzi contraccettivi, chimici o meccanici, al fine di ulteriormente ridurre il tasso di gravidanze indesiderate e di diminuire l'incidenza delle malattie a trasmissione sessuale.

Su alcune questioni della PMA, in particolare i vincoli previsti dalle linee guida alle diagnosi preimpianto sull'embrione alle sole tecniche osservazionali escludendo quindi quelle genetiche limitatamente a malattie di cui sono note i meccanismi di trasmissione e le devastanti espressività fenotipiche quoad vitam et valetudi-

nem, all'obbligo di impianto di tutti gli embrioni prodotti (fino a tre), ci siamo già pronunciati negativamente prima e dopo l'approvazione della L. 40/2004 ed oggi, anche alla luce di alcune autorevoli sentenze della magistratura e sulla scorta di dati su consistenti fenomeni di "mobilità procreativa" non possiamo che confermare quella valutazione. Le linee guida oggi vigenti intervengono nella relazione di cura definendo, indipendentemente dal contesto clinico, atti e procedure diagnostico-terapeutiche non fondate sulle migliori evidenze scientifiche disponibili, sulle quali non è consentito alla donna esercitare un diritto attuale all'autodeterminazione, né al medico quello di compiere il proprio dovere agendo secondo scienza, nel rispetto del principio ippocratico di perseguire il massimo bene delle pazienti. Ancora una volta, sul piano etico e civile, vogliamo ribadire che l'equilibrio tra i tanti valori in campo, tutti meritevoli di tutele, va ricercato in una relazione di cura forte perché fondata sulla fiducia reciproca, consapevole perché basata sull'informazione puntuale, responsabile perché orientata al pieno rispetto dei diritti e doveri dei contraenti: un incontro intimo, unico ed irripetibile, che contiene tutti gli elementi per operare, in quelle circostanze, le scelte giuste.

La recente relazione del ministro della salute sullo stato di attuazione della L. 194/78, pur ponendo in evidenza luci e ombre sul suo stato di applicazione quali ad esempio l'insoddisfacente attività consultoriale, la carenza di provvedimenti di aiuto alla maternità responsabile, le difficoltà organizzative derivanti dall'esercizio dell'obiezione di coscienza, rileva non solo la sostanziale scom-

parsa dell'aborto clandestino, piaga sociale a cui non si deve correre alcun rischio di ritornare, ma anche la drastica riduzione delle interruzioni volontarie di gravidanza. Questi risultati confortano il grande valore civile e sociale della legge che, a distanza di 30 anni, dimostra tutta la solidità e la modernità del suo impianto tecnico-scientifico, giuridico e morale.

Con questa premessa, riteniamo opportuno che:

- si incrementino i fondi per gli interventi di educazione alla procreazione responsabile e di supporto alla gestazione e alla maternità
- si assumano iniziative educative e sociali per ridurre il ricorso alla IVG da parte delle donne extracomunitarie che oggi raggiunge livelli molto superiori a quelli delle donne italiane
- si perfezioni l'introduzione in Italia della RU 486 (Mifepristone) - associato o no col Misoprostolo, (quest'ultimo in uso presso donne extracomunitarie come abortivo clandestino) avvenga nel pieno rispetto dei criteri e delle procedure previste dalla L. 194/78 così da consentire "... l'uso delle tecniche più moderne, più rispettose dell'integrità psicofisica della donna e meno rischiose per l'interruzione di gravidanza".

I progressi della neonatologia hanno sollevato con forza delicate questioni bioetiche relative all'assistenza ai neonati vitali di età gestazionale estremamente bassa (22-25 settimane) da parti prematuri e nuovi vincoli agli aborti terapeutici, anche in ragione di espresse previsioni della stessa L. 194/78.

Riteniamo che la complessa mate-

ria possa trovare orientamenti condivisi all'interno delle seguenti previsioni:

- gli articoli 6 e 7 della L. 194/78, che regolano l'aborto terapeutico, dettano norme di comportamento per il medico assai chiare, in particolare il comma 3 dell'art. 7 che espressamente prevede che "Quando sussiste la possibilità di vita autonoma del feto... il medico che esegue l'intervento deve adottare ogni misura idonea a salvaguardare la vita del feto".
- Tali interventi, soprattutto se condotti nelle età gestazionali nelle quali le migliori evidenze scientifiche disponibili riportano tassi di mortalità elevatissimi in relazione a gravi ed irrecuperabili insufficienze di sviluppo di organi e/o apparati o in presenza di gravi malformazioni incompatibili con la sopravvivenza del neonato, devono considerare quanto previsto all'articolo 16 del Codice deontologico in materia di accanimento terapeutico. Il medico, come sempre, deve ispirare il proprio comportamento a tali norme, caso per caso e secondo una appropriata, autonoma e responsabile valutazione clinica.
- Le disposizioni degli articoli 33, 35, 37 e 38 del Codice deontologico confermano inequivocabilmente la necessità, anche in questi casi, di informare i rappresentanti legali (i genitori) e di acquisirne il consenso alle procedure messe in atto ed alle scelte da compiere, garantendo alla madre ed alla famiglia la necessaria assistenza sul piano umano, psicologico e sociale e al feto, quale che ne sia il destino, attenzioni e cure rispettose della dignità umana.

- È necessario che il servizio sanitario si attrezzi per prevenire e gestire al meglio queste evenienze che, sebbene relativamente rare (2/1000 parti), richiedono sforzi organizzativi, competenze professionali e strutture dedicate rilevanti.

Si ritiene infine che questioni così delicate, che si riferiscono a quanto di più intimo e personale coinvolga la donna, la coppia, e la società meritino grande rispetto ed un confronto

sociale e politico meno strumentale, meno ideologico, più attento al grande bagaglio di sofferenze che sempre accompagna questi tormentati cammini e che ricadono sulle donne, spesso lasciate sole in queste drammatiche circostanze. Al servizio di questa tutela, l'autonomia e la responsabilità della nostra professione si pongano come garanti di un'alleanza terapeutica fondata sul rispetto dei reciproci valori, diritti e doveri.

## **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.

# Medici e sacerdoti ai confini della vita

**N**ell'ora della nostra morte: la preghiera antica dei cristiani si chiude ancora con queste parole.

In quell'ora di tutti, una persona era chiamata al capezzale del morente: il prete. A cui spettava confortare la famiglia sbigottita e assistere le persone nel momento del trapasso.

Oggi un'altra figura lo ha sostituito: il medico.

Ma la sua non è più – salvo eccezioni sempre possibili – la presenza sollecita e soccorrevole del medico di famiglia, amico e depositario dei segreti e della fiducia delle persone al pari del (e per lo più insieme al) prete della parrocchia.

Egli è l'emissario impersonale di una macchina della salute che si impadronisce del morente e lo porta nella struttura sanitaria che potrà forse prolungargli provvisoriamente la vita ma dove comunque un giorno dovrà morire.

L'esperienza di cui era depositario il prete, testimone di tutte le morti, gli serviva per portare speranza: quella di un'altra vita, certo, perché il suo compito di «onesto mercante del Cielo» (così lo definì un generale dei gesuiti nel '600) era pur sempre fissato dalla Chiesa nel dovere di guadagnare un'anima al paradiso. Ma intanto quell'assoluzione da ogni peccato che la religione riservava ai morenti aveva il potere di alleggerire l'angoscia estrema. E per i non credenti che resistevano all'ultimo ten-

tativo di convertirli restava il conforto recato comunque al morente dalla persona amica, capace di ascoltare e di restare vicino nel momento estremo.

Il mondo cambia velocemente. Tutto questo appartiene a un passato che è diventato improvvisamente remotissimo.

Oggi quella preghiera deve essere cambiata: l'assistenza religiosa si è trasferita all'altro capo dell'esistenza. Bisognerà dire: «Nell'ora della nostra nascita». E qui che si è spostato il fronte della guerra per salvare non più le anime ma le vite terrene.

E i medici, che nella nostra tradizione cattolica hanno imparato presto a nascondere o a cancellare del tutto l'abito dello scienziato positivista, scettico e irridente verso la fede, sono mobilitati anche qui al posto delle presenze sacerdotali. Spossesati della morte, lo saremo adesso anche della nascita? Così pare.

E ci prende un sentimento di nostalgia per l'antica religione dei parroci di campagna che benedicevano le nascite e assistevano alle morti come fatto di natura, da vivere dove si viveva normalmente, nel proprio letto, accanto alle persone amate e alle cose d'ogni giorno.

È difficile adattarsi a questa nuova religione predicata da teologi «laici» e da consorzi medici attraverso gli schermi televisivi: una religione che hai suoi rappresentanti non più nei

*Come è mutato  
il ruolo  
delle figure  
tradizionalmente  
centrali  
al momento  
dell'inizio  
e della fine  
dell'esistenza*

parroci ma nei medici. Sono questi gli specialisti che decidono della nascita e della morte.

Ma vorremmo sommessamente osservare una cosa che forse non tutti hanno notato: quello che la Chiesa chiede ai medici di fare essi lo stanno già facendo da tempo.

La novità, se c'è, è la proposta di una alleanza tendente a colorare religiosamente l'obbligo che l'intera società contemporanea, i suoi poteri politici e i suoi più corposi interessi economici hanno delegato alla corporazione dei medici: farci nascere a ogni costo e farci vivere il più a lungo possibile, allontanare la morte o almeno nasconderla come un rifiuto imbarazzante.

E questo compito i medici lo stanno svolgendo con risultati sotto gli occhi di tutti.

Un solo esempio: la durata media della vita si è allungata. Non importa molto se la vita più lunga che ci regalano qualche volta la vorremmo ridare indietro.

Si leggano le testimonianze raccolte dalla dottoressa inglese Iona Heath in un piccolo libro delicato e amaro di cui ha parlato Umberto Galimberti e forse altri ancora parleranno: un libro che prova a insegnare ai medici quel che dovrebbero fare per riprendere un ruolo antico e prezioso, per imparare insomma che il loro mestiere non è far vivere a ogni costo ma rispettare i viventi e aiutarli a chiudere la loro esistenza in modo umano.

Bisognerà comunque rassegnarsi. Non è il primo esperimento che si fa di un controllo del potere sulla nuda vita.

Non molto tempo fa – più o meno tre secoli – medici e giudici controllavano le gravidanze di donne sole

(vedove, prostitute, mogli di emigranti) per prevenire il rischio di aborti procurati o di infanticidi: allora si trattava di salvare l'anima delle creature perché rischiavano, di morire senza battesimo e dunque di andare all'Inferno o al massimo a quell'inferno mitigato che era il Limbo.

E per salvare quelle anime fu praticato – con la benedizione delle autorità ecclesiastiche e di alcune autorità politiche – il cesareo su donna vivente: si apriva chirurgicamente il ventre delle gestanti quando il parto minacciava di finire male, per estrarne il feto e battezzarlo, seppellendolo poi insieme alla madre. Inutilmente le donne gridavano la loro disperazione quando vedevano avanzarsi il chirurgo insieme al prete.

La vita eterna dell'anima umana era un bene incomparabilmente superiore a quello della loro esistenza. Già allora, dunque, i medici avevano invaso con delega ecclesiastica il momento della nascita: ma si trattava della salvezza eterna dell'anima. Intanto nel segreto delle famiglie la pratica degli aborti e degli infanticidi continuava senza soste: uno studio di uno storico inglese, Gregory Hanlon, sulla demografia seicentesca di un paese dell'Italia centrale – Torrita di Siena – ha dimostrato che la percentuale dei maschi battezzati alla metà del '600 era più che doppia rispetto a quella delle femmine. Lo squilibrio tra maschi e femmine aveva dimensioni che oggi si trovano solo in Cina o in India.

Vogliamo tornare a quel mondo? Anche se volessimo – e non lo vogliamo – sappiamo bene che non è possibile.

E l'argine legale eretto a fatica contro l'aborto clandestino avrà dei

difetti ma ha avuto anche in Italia il merito di ridurre quella che era la vera e propria «sindrome cinese» del controllo nascosto delle nascite.

Però è lecito almeno sperare in un'alleanza di tipo diverso tra una religione che ha imparato a rispettare la vita terrena e le coscienze individuali e una scienza medica che sta invece provando l'ebbrezza faustiana di un patto col diavolo.

Perché che altro è quello che si fa nei suoi santuari se non garantire vita più lunga, corpo più giovane, capelli fluenti e rinnovati piaceri amorosi a

chi vi entra con le rughe, calvo e con istinti cancellati dalla vecchiaia? Cose del genere nella Chiesa di un tempo erano condannate con asprezza e potevano portare sul rogo.

Ma non ci scandalizziamo dell'attuale benevola tolleranza; e comunque non è certo alla Chiesa che vogliamo dare consigli.

Invece a questi medici vorremmo ricordare che non sono loro i padroni della vita e della morte. Ne sono, nei casi migliori e se ci riescono, i servitori: in scienza e coscienza.

**Adriano Proserpi**

## **PER INFORMAZIONI E MODULISTICA**

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

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

## *Appello delle donne medico rivolto ai candidati premier*

**R**iunite a Roma per continuare i lavori del gruppo “Medicina declinata al Femminile” le donne medico della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri hanno lanciato un appello ai candidati premier e formulato richieste precise: “Chiediamo a voi tutti la massima attenzione nel considerarci parte attiva nei vostri programmi politici”.

La femminilizzazione in atto è una realtà attuale e complessa da coniugare nel quotidiano, nel lavoro e nella cultura: è per questo che le donne medico di FNOMCeO, ente ausiliario dello Stato, vogliono poter contribuire a migliorare la qualità, l'efficienza e l'equità, sia in sanità che in politica. E tali richieste derivano dalla consapevolezza di essere una presenza attiva nel paese, con competenze e conoscenze nel mondo della salute, “con l'abitudine a lavorare in rete nel territorio e con la capacità di mediare problemi, per trovare soluzioni e sintesi”.

Le donne medico, infatti, sono una presenza in continua crescita: dal 25 per cento del '90 sono passate al 35 per cento odierno. Ma se guardiamo alle giovani generazioni, tale percentuale sale addirittura al 60 per cento.

Insomma le donne sono tante, competenti, consapevoli di praticare la cura anche “come slancio creativo”, oltre che con una provata visione organizzativa e gestionale e al governo prossimo chiedono sin da

ora con forza forme di collaborazione visibili ed efficaci.

Questo il testo dell'appello: “Siamo donne medico, impegnate negli ordini professionali, riunite a Roma in FNOMCeO per portare avanti i lavori del gruppo “Medicina declinata al femminile”.

Il gruppo nasce dalla progressiva femminilizzazione del mondo della sanità (nel '90 le colleghe iscritte erano il 25%, oggi sono il 34,5 – ben 131.052 – ed al solito dei 35 anni sono oltre il 60%.

Riteniamo che l'apporto delle donne possa migliorare la qualità, l'efficienza e l'equità sia in sanità che in politica.

Chiediamo ai candidati premier attenzione nel considerarci parte attiva nei loro programmi politici. Siamo in linea con la raccomandazione del Consiglio dei ministri d'Europa del 30 gennaio 2008, che dice che dice fra l'altro “... l'obiettivo per produrre uguaglianza, equità e rispetto dei diritti umani per la dignità dell'individuo nell'ambito della salute richiede che gli effetti delle differenze di genere e le loro conseguenze siano prese in considerazione nella pianificazione delle politiche sanitarie, nelle prestazioni sanitarie e nei processi derivanti”.

“Chiediamo che nel governo prossimo vi siano contatti con i ministeri (PO, Salute, Lavoro, Famiglia...) per articolare con loro – fin dall'inizio del mandato – forme di collaborazione”.

*“Siamo tante,  
competenti  
e vogliamo  
contare di più”*

# ***Manifesto su multicultulturalismo e molteplicità etnica***

**L**a federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri considera il multicultulturalismo e la molteplicità etnica proprie della società contemporanea quali uno stimolo e una sfida che i medici debbono affrontare nello spirito etico della tradizione ippocratica e nel rispetto dei valori di uguaglianza e universalità della nostra Costituzione.

Ciò premesso:

- Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO, nel riconoscere la salute quale valore primario e diritto universale e bene inalienabile,
- impegnato nella piena realizzazione del diritto alla cura in una società pluri-etnica;
- conscio di come il pieno rispetto e riconoscimento valoriale delle identità culturali stia alla base di un corretto esercizio della professione medica;
- con l'obiettivo di ancorare il ruolo della medicina e i compiti della sanità all'imprescindibile rapporto con l'etica.

*adotta i seguenti principi:*

## ***Diritto alla cura***

Ogni soggetto malato è portatore del diritto alla cura. La salute dell'individuo costituisce una finalità globale per la quale operare.

Ogni soggetto malato dovrà ricevere risposta ai bisogni di salute all'interno di una pianificata strategia di intervento sanitario e sociale atta a

contrastare le disuguaglianze e le diversità, attivando tutti gli ausili necessari a superare ogni barriera culturale e sociale.

Dovere del medico è il riconoscimento della diversità delle specificità culturali di ciascun paziente adattando ogni singolo intervento sanitario ai peculiari bisogni, culturalmente connotati privilegiando il dialogo per conciliare libertà comune e appartenenza individuale; tutto ciò con la finalità di garantire uguaglianza dei diritti a chi è differente.

Il medico deve assistere gli immigrati indipendentemente dalla loro regolarizzazione giuridica e soprattutto se in condizioni di fragilità, vulnerabilità e di bisogno.

## ***Medicina e modelli culturali***

Il medico si adopera per una migliore interpretazione della cultura quale cornice dentro la quale gli uomini sviluppano le loro convinzioni, il loro pensiero esistenziale e la convivenza umana ponendo rilevanza nel rapporto di cura a concetti quali divergenza, varietà e disaccordo.

Il medico si impegna nel riconoscere la diversità nell'uguaglianza, nella comprensione critica della propria identità attraverso il paritario rapporto con l'alterità.

Il medico agisce nel rispetto della dignità umana, nella sua specificità culturale purché non sia in contrasto con i principi di democrazia e di laicità dello stato e con l'esigenza bioe-

*Il problema dell'assistenza agli immigrati: il soggetto malato è portatore del diritto di cura*

tica di tutelare l'integrità psicofisica dell'individuo nel rispetto della salute e ai fini della sua promozione.

Il medico si impegna a facilitare la creazione di relazioni fiduciarie formali e informali al fine di promuovere una rete sociale e sanitaria della solidarietà per rendere effettiva la comprensione culturale.

### ***Alleanza nei percorsi sanitari e prevenzione***

Il medico si adopera ad agevolare un percorso assistenziale che abbia il necessario supporto sociale e a promuovere, per il ruolo svolto nella società, azioni mirate volte all'adattamento e allo sviluppo della qualità dei servizi onde garantire che il livello di assistenza sanitaria sia adeguato alle esigenze dei migranti.

Il medico presta massima attenzione nell'affrontare le patologie di importazione e nell'attuare le iniziative atte a contrastare l'acquisizione di quelle presenti nel paese ospitante.

### ***Attenzione di genere e divieto di praticare e/o favorire mutilazioni sessuali femminili***

Per garantire il rispetto dei diritti delle donne e l'uguaglianza tra i sessi il medico promuove l'integrità psicofisica della donna tutelando il suo corpo e la sua naturalità.

A tal fine il medico si adopera per contrastare qualsivoglia condizione di subalternità della donna nella società in grado di generare una limitazione al suo diritto alla salute.

### ***Formazione del medico***

La formazione del medico deve essere improntata al superamento delle concezioni dogmatiche e riduttive in medicina. Il medico in formazione deve acquisire nozioni di ordine psicologico, antropologico, etnologico e conoscenze relative alle concezioni di vita e della morte, della

salute e della malattia che gli permettono di inquadrare il paziente.

La formazione professionale permanente deve porre particolare attenzione allo sviluppo di conoscenze, competenze e comportamenti che adeguino le capacità del medico di interpretare ed affrontare situazioni cliniche diverse collocandole nel loro contesto esistenziale e sociale.

(Il manifesto è stato approvato a Padova il 24 novembre 2007)

## **RIFERIMENTI**

### **Codice di Deontologia Medica**

Codice di Deontologia Medica FNOMCeO 2006: art 3, 4, 6, 13, 15, 42

### **Dichiarazioni**

Dichiarazione universale sulla diversità culturale adottata dalla 32° sessione della Conferenza generale dell'UNESCO, Parigi 2 Novembre 2001.

Dichiarazione di AMSTERDAM: verso ospedali "migrant-friendly" in una Europa diversa sul piano etno-culturale

### **Legislazione**

A livello mondiale: La dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, la Carta della Convenzione internazionale per i diritti dei lavoratori emigranti, convenzioni del consiglio d'Europa; convenzione sulla partecipazione degli stranieri alla vita pubblica a livello locale del 5 febbraio 1992.

A livello comunitario: Trattato di Maastricht, Schengen, Amsterdam, Convenzione di Dublino, Risoluzione sul rispetto dei diritti umani nell'Unione Europea del Parlamento Europeo (1996); Costituzione della Repubblica Italiana: art.2, 3, 8, 10, 13, 15, 24, 32, 35, 36 38, 51.

A livello italiano: Legge 6 marzo 1998 n. 40; Decreto Presidenza del Consiglio 16 ottobre 1998 n. 286; Decreto Presidente della Repubblica n. 215 del 5 agosto 1998; Legge 5 febbraio 1992 n. 91 e relativi regolamenti di esecuzione, introdotti con DPR del 12 ottobre 1993, n. 572 e DPR 18 aprile 1994, n. 362 sulla cittadinanza italiana; sentenza della Corte Costituzionale n. 454 del 30 dicembre 1998; Legge Bossi-Fini 2003; Legge 9 gennaio 2006 n. 7 "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile; Decreto Ministero dell'Interno 23 aprile 2007 pubblicato sulla G.U. n. 137 del 15 giugno 2007.

*Dopo il parere favorevole del Ministero*

## *Ordine dei medici Olbia-Tempio*

### *La Gallura è al bivio*

*Ottenuto il parere positivo del ministero della salute e della federazione nazionale degli Ordini dei medici, restano da affrontare le questioni organizzative.*

**L**a Gallura è a un bivio: istituire oppure no l'Ordine dei Medici di Olbia-Tempio? Incassato il sì del ministero della salute e della Federazione Nazionale degli Ordini dei medici, che in passato avevano a più riprese bocciato la richiesta avanzata dall'Ordine di Sassari sulla possibi-

lità tecnica di dare vita all'ente gallurese, ora si tratta di vagliare con attenzione quale sia la soluzione più conveniente ed economicamente sostenibile.

Con il pronunciamento positivo della Fnomceo e del ministero, si apre una nuova prospettiva per i medici galluresi: quella di scegliere se mantenere l'attuale assetto – un unico Ordine per il nord Sardegna, forte di quattromila iscritti – oppure optare per la via dell'autonomia, costituendo un ente che conterebbe 631 componenti, fra medici e odon-



La relazione del presidente dell'Ordine di Sassari Agostino Sussarellu

*L'ente avrebbe 631 iscritti ai medici galluresi. La decisione da assumere: mantenere un unico Ordine nel Nord Sardegna o creare un nuovo ente*



### Il tavolo della presidenza all'incontro di Olbia

toiatrici. L'eventuale scissione sottrarrebbe all'Ordine di Sassari il quindici per cento dei suoi associati: un allontanamento che non capovolgerebbe gli equilibri dell'attuale ente. «Da parte nostra non c'è nessuna preclusione alla possibilità di istituire un ente autonomo» è stato il commento del presidente dell'Ordine Agostino Sussarellu, che esprime la posizione dell'intero direttivo, nel corso dei due incontri che si sono tenuti a Palazzo Pes di Tempio il 25 gennaio e all'Expò di Olbia il 26: appuntamenti organizzati dal direttivo provinciale immediatamente dopo l'assenso arri-



**Dott. Luigi Arru presidente dell'Ordine di Nuoro**

vato il 24 gennaio scorso dalla federazione degli Ordini con il fine di rendere noti gli esiti dell'indagine conoscitiva e aprire il dibattito sull'eventuale scissione della costola gallurese.

L'indagine conoscitiva, lunga e travagliata, era stata avviata dall'Ordine dei medici di Sassari in coincidenza con la nascita della nuova provincia gallurese: prima del sì definitivo, ripetute richieste sono state avanzate in questi anni dall'Ordine sassarese sia alla Fnomceo che al ministero della salute, e tutte avevano ricevuto esito negativo, non ammettendo neppure la più innocente delle ipotesi: quella di allargare la denominazione ufficiale alla formula "Ordine di Sassari-Olbia-Tempio". Il 24 gennaio scorso la risposta positiva da parte della federazione nazionale, preceduta a fine dicembre dall'assenso del ministero della salute, ha ribaltato i precedenti pareri, aprendo la strada a una possibile separazione dall'attuale ente. La parola passa ora, dunque, ai medici galluresi..

La prassi, come ha illustrato il presidente Sussarellu nel corso degli in-



**Dott. Vittorio Renato Lai consigliere dell'Ordine**

contri, prevede che una volta effettuata una raccolta di firme favorevoli alla creazione del nuovo ente territoriale, a quello d'origine – in questo caso l'Ordine sassarese – spettino la valutazione e la deliberazione finale, mentre al ministero della salute non resterebbe che suggellarne l'istituzione con un apposito decreto. Superati gli ostacoli burocratici, resterebbero tuttavia da risolvere i più concreti problemi legati all'acquisto di una sede, all'assunzione e al mantenimento del personale – si penserebbe in questo caso ad accordi con altri Ordini professionali, così da abbattere le spese iniziali – e all'aumento dei costi associativi per gli iscritti. Dal momento che si tratta di un ente autofinanziato, il neonato Ordine di Olbia-Tempio dovrebbe infatti provvedere autonomamente al suo bilancio e, come temono alcuni, lo sforzo economico iniziale potrebbe far lievitare le quote associative: scelta che peserebbe in particolare sui giovani medici, che soffrono più di altri il problema del precariato e di retribuzioni abbastanza basse da rendere gravoso l'aumento della quota d'iscrizione.

Ma c'è anche un'altra questione da affrontare, emersa con forza durante il dibattito di Olbia: il rischio di du-

plicare “scatole vuote”, per dirla con le parole del presidente dell'Ordine dei medici di Nuoro Luigi Arru. Per Arru resta infatti da sciogliere il nodo del troppo debole potere preventivo e disciplinare che l'ente, garante della qualità, può oggi esercitare nei confronti dei suoi iscritti: «Che si crei o no il nuovo Ordine di Olbia-Tempio, il problema è ripensare il ruolo di questa istituzione: il rischio è che altrimenti si dia vita a una scatola vuota».

La proposta del presidente dell'Ordine di Nuoro è quella di puntare su una solida federazione degli Ordini della Sardegna, per rafforzare così l'autonomia degli enti rappresentativi dei medici, che oggi hanno un potere limitato sia sulla certificazione della qualità dei propri iscritti sia sulla possibilità sanzionatoria nei confronti dei colleghi negligenti. Un appello colto e rilanciato dal presidente sassarese Sussarellu: «E' necessario recuperare la valenza dell'Ordine e riscrivere una legislazione



**Il presidente dell'Ordine di Sassari**



### **L'intervento del presidente della Provincia di Tempio-Olbia Pietrina Murrighile**

che restituisca un potere reale all'ente, che gli permetta un controllo sulla qualità dei propri iscritti».

Argomentazioni, quelle dei presidenti dell'Ordine di Sassari e Nuoro, che non hanno distolto alcuni dei medici presenti agli incontri dall'idea che, in agenda, la questione principale resti quella di istituire il nuovo ente, piuttosto che di riformare il vecchio.

La distanza geografica, culturale e sociale fra la componente sassarese e quella gallurese, oltre che il boom demografico olbiese renderebbero necessaria l'istituzione di un nuovo Ordine: «Non possiamo sottostimare l'esigenza dei medici della provincia di Olbia-Tempio di avere un proprio ente rappresentativo» ha dichiarato il consigliere regionale Renato Lai che tuttavia, avendo lavorato accanto al presidente Sussarellu nell'esecutivo dell'Ordine, gli ha dato atto di non aver mai sottovalutato né ostacolato

l'ipotesi della nascita dell'ente e di aver sempre tenuto in considerazione la componente gallurese: su quindici membri che siedono nel direttivo provinciale, quattro sono quelli provenienti dalla Gallura, una scelta fortemente sostenuta dal presidente per garantire la più ampia partecipazione possibile del territorio.

Non tutti i medici galluresi sembrano però orientati verso la soluzione dell'istituzione dell'Ordine di Olbia-Tempio che non solo richiederebbe, come già detto, un notevole sforzo economico per i suoi iscritti, ma soprattutto rischierebbe di creare un ente troppo debole dal punto di vista numerico per poter incidere a livello regionale e, ancor più, nazionale: debolezza che, al contrario, l'Ordine di Sassari non sconta, collocandosi sul panorama nazionale tra gli enti di media dimensione.

*Convegno su un tema delicato e attuale*

## *Bilancio della legge 194*

### *a 30 anni dalla sua introduzione*

*Un incontro è stato organizzato dall'Ordine dei Medici e dal Comitato di Bioetica venerdì 15 febbraio scorso alla Camera di Commercio di Sassari per un bilancio sull'applicazione della legge che ha legalizzato l'interruzione volontaria della gravidanza.*

**A** trent'anni esatti dal battesimo della legge 194, l'Ordine di medici e il comitato di bioetica si sono interrogati, nell'incontro che si è tenuto lo scorso venerdì 15 febbraio nella sala convegni della Camera di commercio, sugli esiti della norma che ha legalizzato in Italia l'interruzione volontaria di gravidanza. Una scelta, quella compiuta dall'Ordine, dettata da un clima incandescente: il tema dell'aborto è tornato prepotentemente a galla prima con la richiesta di moratoria avanzata dal direttore del "Foglio"

Giuliano Ferrara, ufficializzata in una lista politica, poi dal blitz della polizia nella clinica Federico II di Napoli, dove una donna aveva appena subito un intervento per una regolare interruzione terapeutica della gravidanza. Infine, è cronaca recente, la questione è stata oggetto di scontro tra la Federazione nazionale degli ordini dei medici, che ha licenziato un documento a favore della 194, e il quotidiano della Cei "Avvenire", che ha accusato i medici di aver diffuso un documento diverso da quello approvato dal Consiglio nazionale della Fnomceo.

Il tema dell'aborto del resto, come ha dimostrato l'affollato convegno sassarese, divide e fa discutere anche a livello locale. Obiettivo dell'incontro era quello di aprire il confronto tra i rappresentanti delle diverse posizioni rispetto alla legge 194. Al tavolo della discussione, moderata dal presidente dell'Ordine Agostino Sus-

*In Sardegna e nell'area di Sassari gli aborti sono sensibilmente calati*



I relatori all'incontro sulla Legge n. 194



**Un pubblico numeroso ha seguito i lavori**

sarellu, erano presenti docenti universitari, medici, esperti in materia giuridica ed esponenti delle associazioni laiche e cattoliche: hanno preso la parola la docente di diritto penale dell'Università di Sassari Adriana Cosseddu, il direttore della clinica ginecologica Università di Sassari Salvatore Dessole, la ginecologa dei consultori della Asl n.1 Donatella Moroso, la direttrice del consultorio "Centro per la famiglia" Angiolina Motroni, il presidente provinciale dell'associazione "Scienza e Vita"

Pietro Sedda, il presidente dell'Associazione medici cattolici di Sassari Benedetto Arru, il rappresentante dell'Associazione Luca Coscioni Paolo Ruggiu, mentre le conclusioni sono state affidate al presidente del comitato di bioetica Mario Oppes.

Quella sassarese è una delle aree dove gli aborti, dal '78, (anno in cui è stata varata la 194) ad oggi, sono calati più sensibilmente, come testimoniano i dati forniti dalle cliniche universitarie: nel 1980 gli aborti a Sassari erano circa 1.100, nel 2007 sono scesi a 365. A confermare il calo, sono del resto le cifre registrate nei consultori dell'azienda sanitaria locale sassarese: «Nelle strutture della Asl 1 – ha spiegato la ginecologo Donatella Moroso in una lucida analisi della situazione locale – le interruzioni di gravidanza sono state 582 nel 2005, 512 nel 2006: il dodici per cento in meno in un solo anno». E se Sassari conta il calo più consistente dell'isola, anche nel resto della



**L'intervento del dottor Sussarellu**

Sardegna i numeri sono andati, con gli anni, assottigliandosi: se nel 1982 le donne che effettuavano un'interruzione di gravidanza erano state 4.804, nel 2006 il numero è sceso a 2.283. Un dato che rispecchia quello nazionale, dove nel periodo precedente alla legge sull'interruzione di gravidanza si stimava che gli aborti clandestini superassero il milione, mentre oggi le IVG (interruzioni volontarie di gravidanza) sono scesi a circa 35 mila interventi l'anno.

L'unico dato in controtendenza è quello delle donne straniere: nella nostra provincia, come nel resto del paese, le interruzioni di gravidanza richieste da donne non italiane salgono al ritmo del 7 per cento l'anno, circa il 30 per cento degli aborti effettuati dalle nostre strutture sanitarie.

Quello di Sassari resta però, nel complesso, un caso di buona applicazione della 194: nel consultorio di via Nurra, che copre i quartieri di Monte Rosello e Latte Dolce, i 1.440 accessi e le 450 visite per una gravidanza registrati nel 2006 si sono tradotti in appena 17 richieste e in 14 casi effettivi di aborto: segno di strutture pubbliche che funzionano anche nel senso di prevenire, accompagnare, sostenere ed evitare alla donna, per quanto possibile, il dramma dell'aborto attraverso corsi di prevenzione e informazione sulla contraccezione nelle scuole, negli spazi giovani e negli stessi consultori. Strutture pubbliche a cui sono affiancate quelle private del "Centro per la famiglia", diretto da Angiolina Motroni, che nel suo intervento ha posto l'accento sulla necessità di dare una più completa applicazione all'articolo 2 della 194, che individua nelle associazioni di volontariato e

nelle formazioni sociali i soggetti utili ad affiancare le donne nell'assistenza e nell'accompagnamento alla scelta.

«L'aborto – ha sostenuto il presidente dell'Ordine – è e resta un dramma, ma in una società civile deve essere data alle persone la possibilità di scegliere». Idee condivise dal direttore della clinica ginecologica dell'università di Sassari Salvatore Dessole, che ha aggiunto: «Il merito di questa legge, che noi operatori della sanità abbiamo vissuto come una regolamentazione, è stato quello di mettere fine a una situazione drammatica: quella degli aborti clandestini che, prima della 194, hanno causato la morte di migliaia di donne». Aborti clandestini che prima del 1978 erano affidati alle "mammane" o a cosiddetti cucchiari d'oro, medici che si facevano pagare lautamente per effettuare le interruzioni di gravidanza. Eppure la piaga degli interventi illegali, circa 25 mila all'anno in Italia, non è ancora scomparsa, come emerge dai dati dell'istituto superiore di sanità: si tratta di infatti di un dato che corre parallelo alla carenza, in alcune regioni d'Italia, di sanitari disposti a effettuare l'interruzione di gravidanza. In Italia è obiettore il 60 per cento dei medici, il 45 per cento degli anestesisti, il 38 per cento degli infermieri e, contrariamente ai luoghi comuni, non è solo il sud a contare un alto numero di medici che rifiutano di effettuare l'aborto, ma anche regioni del nord come Veneto e Liguria. Una situazione che costringe le donne a emigrare per operarsi o, ancora oggi, a scegliere la via dell'aborto clandestino. La proposta del radicale Paolo Ruggiu, intervenuto al convegno come esponente dell'associazione

“Luca Coscioni”, è stata quella di un riequilibrio delle “quote” fra medici obiettori e non obiettori, in modo che la parità numerica fra i primi e i secondi in ogni regione garantisca a tutte le donne del paese l’accesso al servizio.

«Siamo favorevoli al miglioramento della legge – ha dichiarato Ruggiu – ma chiediamo che ci sia una più equa redistribuzione tra obiettori e non, un accesso più agevole all’assunzione della pillola del giorno dopo e una verifica dell’idoneità delle convenzioni con i centri di aiuto alla vita».

Di diverso avviso il presidente dell’associazione “Scienza e Vita” Pietro Sedda: «Non è ragionevole parlare di diritto assoluto all’aborto – ha sostenuto Sedda – pur essendo legale, non si tratta di un intervento legittimo moralmente: oggi assistiamo a una deriva eugenetica. Ferrara ha presentato la moratoria contro l’aborto dopo che l’Onu ha approvato quella contro la pena di morte perché

non si può dire sì a Caino e no ad Abele». Il presidente dell’associazione medici cattolici Benedetto Arru ha proseguito sostenendo che «la 194 non ci appartiene culturalmente» e che «come la stessa legge prevede, sarebbe oggi necessaria una revisione della norma alla luce degli sviluppi scientifici». Proposta di revisione avanzata anche dalla docente di diritto penale dell’università di Sassari Adriana Cosseddu, secondo la quale è stata insufficiente, in questi anni, l’applicazione della legge nella parte in cui è previsto l’accompagnamento e l’aiuto alla donna che intende abortire. Al presidente del comitato di bioetica Mario Oppes è stato affidato il compito di tirare le fila del convegno: Oppes, riconoscendo l’esistenza di culture profondamente diverse, ha invitato ad abbassare i toni del confronto e a riconoscere i diversi punti di vista, senza abdicare al proprio, evitando tuttavia strumentalizzazioni politiche di un tema così sensibile.

## 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.

*La normativa sugli studi associati*

## *Le associazioni tra medici sono soggetti autonomi ai fini IVA*

**L**e associazioni fra medici, costituite dai professionisti per suddividersi le spese, assumono la veste di società di servizi o di mezzi. Conseguentemente, sono autonomi soggetti ai fini Iva e gli addebiti agli associati per la ripartizione delle spese devono essere fatturati.

Lo ha chiarito la recente Risoluzione 13 dicembre 2007, n. 369/E, con la quale l'agenzia delle Entrate ha risposto a un interpello proposto da uno studio medico associato, che chiedeva lumi sul corretto trattamento fiscale della propria gestione.

### *La questione oggetto dell'istanza*

Uno studio medico associato costituito da otto medici di medicina generale svolge l'attività di medicina generale convenzionata nel lavoro di gruppo, come previsto dall'articolo 40, comma 3, lettera a), del Dpr 28 luglio 2000, n. 270. In particolare, l'associazione medica esercita la medicina di gruppo, al fine di suddividere tutti i costi relativi alla sede, al personale, ai mezzi e alla organizzazione funzionale del lavoro, e per ottimizzare più aspetti della propria professione. Ciò premesso, l'associazione chiedeva di conoscere il trattamento fiscale, ai fini Iva, dei rapporti tra la stessa e i medici associati. A tale riguardo, nell'istanza si riteneva di poter costituire l'associazione medica senza scopo di lucro da parte dei medici interessati mediante

accordo scritto, dando le previste comunicazioni alla Asl e all'Ordine dei medici al fine di poter esercitare la medicina di gruppo e suddividere tra i medici associati i costi relativi alla sede, al personale, ai mezzi e all'organizzazione funzionale del lavoro.

Nel presupposto che ciò fosse corretto, l'associazione avrebbe richiesto l'attribuzione del solo codice fiscale e non anche della partita Iva e avrebbe quindi emesso semplici ricevute fiscali senza Iva a tutti i medici associati ripartendo pro quota le spese comuni sostenute per l'organizzazione e il mantenimento dello studio medico.

Il versamento di tali somme sarebbe avvenuto accreditando un conto corrente bancario intestato all'associazione, appositamente aperto da quest'ultima.

### *Il parere dell'Agenzia*

Come detto in premessa, però, l'agenzia delle Entrate non ha condiviso la soluzione proposta dall'associazione. Al fine di un corretto inquadramento della questione, secondo quanto riferisce la Risoluzione in ras-segna, è necessario, preliminarmente, determinare la reale natura giuridica dello studio medico associato. A tale proposito, il citato Dpr n. 270/2000, che reca l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici, regola il rapporto di lavoro autonomo che si instaura tra le Asl e i medici, individuando, inoltre, i principi a cui i medici di medicina generale devono

*L'Agenzia delle Entrate ritiene necessaria l'emissione di fatture e non delle sole ricevute fiscali*

ispirarsi nel concordare e nel realizzare tra di loro forme di lavoro associativo per l'espletamento dell'attività di assistenza primaria, al fine di migliorare le modalità organizzative del lavoro e di favorire la condivisione funzionale delle strutture di più professionisti.

In particolare, ai sensi dell'articolo 40, comma 3, del citato decreto, le forme associative in argomento sono distinte in:

- a) forme associative, che costituiscono modalità organizzative del lavoro e di condivisione funzionale delle strutture di più professionisti, per sviluppare e migliorare le potenzialità assistenziali di ciascuno di essi;
- b) forme associative, quali società di servizio, anche cooperative, i cui soci siano per statuto permanentemente in maggioranza medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta iscritti negli elenchi della azienda, o dei comuni comprendenti più aziende, in cui esse operano e che garantiscano anche le modalità operative prescritte.

In ogni caso, dette società di servizio non possono fornire prestazioni sanitarie e assicurano esclusivamente beni e servizi ai medici.

Tanto premesso, nel caso di specie, dall'atto costitutivo dell'associazione, si desume che i compensi erogati dall'Asl vengono corrisposti direttamente ai singoli medici e non sono riversati all'associazione.

Quest'ultima, inoltre, può acquisire a qualunque titolo e gestire beni mobili e immobili, servizi, compiere operazioni mobiliari, immobiliari, finanziarie, prestare e ricevere servizi, procurarsi mezzi finanziari necessari allo svolgimento della propria attività, contrarre mutui, aprire conti correnti e compiere ogni altra operazione di finanziamento con privati o istituti di credito.

## ***Lo studio come società di servizi***

Dall'esame congiunto di questi due elementi, per l'agenzia delle Entrate, è possibile individuare la natura giuridica dello studio medico associato.

Più precisamente, lo studio medico, non ricevendo alcun compenso autonomo o direttamente riconducibile all'attività prestata dai singoli medici, non può essere destinatario di compensi professionali da ripartire, secondo gli accordi associativi, ai singoli medici, come è invece tipico delle associazioni professionali, inquadrabili nell'articolo 5 del Tuir, e come tali produttive di reddito di lavoro autonomo. Infatti, il soggetto associativo che ha proposto l'interpello, predisponendosi a rendere servizi, a gestire beni mobili e immobili, a compiere operazioni finanziarie, assume la veste di una società di servizi o di mezzi, nata con lo scopo di mettere a disposizione dei singoli associati strutture e servizi.

Una società di questo tipo si differenzia sia dall'associazione tra professionisti che dall'istituto della medicina di gruppo.

Elementi distintivi di tale società sono la predisposizione di tutte le attrezzature al fine di metterle a disposizione dei singoli soci e lo svolgimento individuale delle prestazioni professionali da parte dei singoli medici. Ne consegue che le operazioni fornite dalla società devono essere considerate imponibili ai fini Iva, per cui l'associazione è tenuta a richiedere l'attribuzione della partita Iva. Ugualmente, al fine di ripartire le spese comuni per il mantenimento e l'organizzazione dello studio medico, l'associazione deve emettere fatture imponibili nei confronti degli associati.

*(Estratto da "Il Sole 24 Ore, Sanità")*

*Nell'ultima riforma nuove favorevoli disposizioni*

## *Pensioni/Il riscatto può diventare conveniente*

**I**l riscatto degli anni di studio ai fini pensionistici è stato sempre ritenuto un atto particolarmente importante, ma soprattutto utile. Utile perché nel sistema di calcolo retributivo permetteva di anticipare la possibilità di andare in pensione ovvero aumentare il valore dell'importo del vitalizio.

Con l'entrata in vigore del sistema di calcolo con il sistema contributivo il riscatto ha perduto gran parte del suo appeal.

Valido solamente ad aumentare il montante, cioè la somma complessiva dei contributi prodotti in tutta la vita lavorativa su cui viene calcolata la pensione, e non utile ad anticiparne l'attribuzione, il riscatto aveva perso il suo originario vantaggio.

C'è da considerare anche, e non è un fattore da sottovalutare, che l'importo del riscatto, richiesto dagli enti previdenziali, è diventato nel tempo sempre più oneroso.

Sulla base di queste condizioni il legislatore, nel contesto dell'ultima riforma previdenziale (legge n. 247), approvata a fine d'anno e pubblicata nella «Gazzetta Ufficiale» del 24 dicembre 2007, ha introdotto delle norme idonee a rendere, di nuovo, favorevole la procedura.

In base alle nuove disposizioni per le domande di riscatto presentate dal 1° gennaio 2008, l'onere del riscatto, per i periodi ricadenti in data antecedente al 1° gennaio 1996, e per i quali si applica il sistema retributivo,

e per quelli successivi al 1° gennaio 1996 e relativi al sistema contributivo, potrà essere versato in un'unica rata ovvero in 120 rate mensili.

In quest'ultimo caso la norma esclude l'applicazione di interessi (in generale intorno al 3 per cento) per la rateizzazione.

Spiace che questa più favorevole condizione non trovi applicazione anche al pagamento dei riscatti, richiesti antecedentemente al 1° gennaio 2008, ma non ancora concretizzati con la formale richiesta del pagamento da parte degli enti previdenziali, che restano soggetti alle precedenti e più onerose norme. Potrebbe, fatti i relativi calcoli, in specie in relazione alla contribuzione e all'età del richiedente, elementi che condizionano significativamente il contributo, in questo caso, risultare più conveniente ripresentare la richiesta lasciando decadere la primitiva domanda.

Ricordiamo che ogni lavoratore può chiedere di coprire con versamenti a proprio carico il periodo del corso legale degli studi universitari. Ricadono in questa identificazione gli anni di studio per il «diploma universitario» che si consegue con un corso di studi di durata non inferiore ai due anni e superiore a tre: la cosiddetta laurea breve.

Inoltre viene compreso il «diploma di laurea» realizzato con i corsi di durata non inferiore ai quattro anni e non superiore ai sei e il

*I periodi di studio possono essere recuperabili versando l'importo in 120 rate mensili*

«diploma di specializzazione», che si consegue successivamente alla laurea.

Rientra nella possibilità di richiesta del riscatto anche il «dottorato di ricerca».

Oltre la rateizzazione più ampia e l'eliminazione degli interessi per il suo pagamento sono stati introdotti altri elementi favorevoli al riscatto degli anni di studio. La modifica davvero importante riguarda l'efficacia del riscatto in termini pensionistici per coloro che sono soggetti al sistema contributivo. Esclusi in passato, dal 2008 i periodi di riscatto divengono, invece, utili ai fini del raggiungimento dell'anzianità contributiva dei 40 anni, necessaria al conseguimento del trattamento pensionistico di vecchiaia indipendentemente dall'età dell'interessato.

In pratica si potrà richiedere il trattamento prima del limite dei 65 anni per gli uomini e i 60 anni per le donne ottenendo il trattamento con l'aliquota di rendimento massima prevista dal sistema di calcolo contributivo.

Se la richiesta di riscatto è possibile per chi è in attività lavorativa e il suo relativo contributo è integralmente detraibile ai fini fiscali per chi possiede un reddito, le nuove norme ammettono il riscatto anche per chi non risulti essere iscritto ad alcuna forma obbligatoria di previdenza ovvero non abbia iniziato un'attività lavorativa.

In questi casi, non essendoci una retribuzione o reddito da utilizzare come base di calcolo dell'onere si fa riferimento al minimale reddituale stabilito per la contribuzione dovuta da parte dei commercianti e dagli artigiani, moltiplicato per l'aliquota di computo delle prestazioni pensionistiche dell'assicurazione generale

obbligatoria dei lavoratori dipendenti. Il contributo sarà versato all'Inps, in evidenza contabile separata, e verrà rivalutato secondo le regole del sistema contributivo con riferimento alla data della domanda. Il montante, così maturato, verrà trasferito, a richiesta da parte dell'interessato, presso la gestione previdenziale alla quale, in seguito, risulterà iscritto.

Per calcolare l'importo, per ogni anno di studio utile alla richiesta del riscatto per chi abbia interesse a richiederlo prima di attivare un rapporto di lavoro, è sufficiente applicare l'aliquota attuale del 33 per cento già prevista per i dipendenti, a un ipotetico reddito annuo di 13.805 euro.

L'onere del pagamento, non potendosi realizzare la detrazione a carico dell'interessato in quanto non in possesso di reddito, potrà essere detratto dall'imposta dovuta dal genitore ovvero dai soggetti cui risulti fiscalmente a carico, nella misura del 19 per cento.

**C.A. Testuzza**

*(Estratto da Il Sole 24 Ore, Sanità)*

## **ORARI DI APERTURA AL PUBBLICO**

**lunedì/ mercoledì/venerdì:**

dalle ore 11.00

alle ore 13.00

**martedì:** dalle ore 11.00

alle ore 13.00

e dalle ore 16.00

alle ore 18.00

**giovedì:** dalle ore 11.00

alle ore 15.30

(orario continuato)

*L'Enpam ha riaperto i termini*

## *Informativa sull'accesso alla contribuzione ridotta*

**P**er beneficiare della tutela previdenziale presso la "Quota B" del Fondo di previdenza Generale, dell'ENPAM tutti i medici e gli odontoiatri che producono un reddito professionale superiore a quello già soggetto a contribuzione "Quota A", devono presentare la relativa dichiarazione (modello D) prevista dall'articolo 3 del Regolamento del Fondo e versare il corrispondente contributo previdenziale.

Al fine di garantire l'effettività della tutela assicurata dal suddetto Fondo e l'equa distribuzione dei relativi oneri, questa Fondazione ha avviato la verifica del corretto adempimento dell'obbligo dichiarativo da parte degli iscritti, mediante controllo incrociato con i dati in possesso dell'Amministrazione finanziaria e, in particolare, dell'Anagrafe tributaria.

Pertanto, in caso di omessa dichiarazione all'ENPAM del reddito professionale prodotto, si è proceduto, previa convalida del provvedimento di accertamento, alla predisposizione di lettere di contestazione che sono state notificate agli iscritti tramite raccomandata con ricevuta di ritorno. In tali casi, in assenza di una espressa richiesta di accesso alla contribuzione ridotta presentata dall'iscritto prima del termine per la dichiarazione dei redditi relativi all'anno oggetto di accertamento, il computo del contributo è stato effettuato dagli Uffici applicando l'aliquota del

12,50%. Com'è noto, infatti, tale è la misura ordinaria con la quale viene calcolato il contributo dovuto alla "Quota B". Gli iscritti che contribuiscono ad altre forme di previdenza obbligatoria o sono titolari di trattamento pensionistico possono richiedere di accedere al versamento nella misura ridotta del 2%. Tale istanza, tuttavia, deve essere trasmessa entro la scadenza stabilita per la presentazione della dichiarazione dei redditi professionali (31 luglio di ogni anno). La domanda presentata oltre tale termine si intende riferita ai redditi eventualmente denunciati per l'annualità immediatamente successiva.

La problematica in esame riguarda, in particolare modo, gli iscritti che prestano attività di lavoro dipendente nel Servizio Sanitario Nazionale che svolgono contemporaneamente attività di libera professione nelle diverse forme previste dal contratto collettivo nazionale. Molti di questi, infatti, hanno in buona fede interpretato la vigente normativa in materia previdenziale considerando i relativi compensi non soggetti a contribuzione presso la "Quota B" del Fondo di Previdenza Generale e, conseguentemente, hanno ritenuto non necessario presentare domanda di contribuzione nella misura del 2%. Numerosi iscritti in situazioni analoghe a quelle sopra descritte, una volta ricevuta la contestazione dell'evasione dichiarativa relativa ai redditi prodotti nel 2001, hanno tem-

*Avviata  
una verifica  
sul corretto  
adempimento  
dell'obbligo  
dichiarativo  
tramite incroci  
con l'Anagrafe  
tributaria*

**Da inviare entro il 31 maggio 2008  
a mezzo raccomandata A/R**

**DICH. QB.CR**

Spett.le E. N. P. A. M.  
SERVIZIO CONTRIBUTI PROPORZIONALI  
FONDO GENERALE  
Via Torino 38 - 00184 Roma

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ**  
(ai sensi dell'art. 76 del D. P. R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Con riferimento alla delibera del Consiglio di Amministrazione n. 56/07, il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ Codice E.N.P.A.M. \_\_\_\_\_, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso, è punibile ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia

dichiara

MESE / ANNO

- che dal \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ a tutt'oggi è soggetto ad altra forma di previdenza obbligatoria, ovvero è titolare di un trattamento pensionistico;
- che ha prodotto i seguenti redditi professionali derivanti dall'esercizio dell'attività medica ed odontoiatrica, al netto delle spese necessarie per produrli:

*(N.B: non devono essere dichiarati i redditi già soggetti a contribuzione E.N.P.A.M. derivanti dall'attività di medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, addetto ai servizi di continuità assistenziale, specialista ambulatoriale, specialista esterno).*

<b>Anno di produzione del reddito</b>	<b>Reddito professionale netto in cifre</b>	<b>Reddito professionale netto in lettere</b>
2002		
2003		
2004		
2005		
2006		

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

N. B. La presente dichiarazione deve essere corredata della copia di un documento d'identità in corso di validità. Per ulteriori informazioni possono essere contattati i seguenti numeri: tel. 06.48.29.48.29 - fax 06.48.29.44.44

pestivamente denunciato i compensi percepiti nelle annualità successive. Tali professionisti, nel contempo, hanno peraltro richiesto l'applicazione dell'aliquota ridotta almeno per tali ulteriori annualità, in considerazione della disponibilità dimostrata a ristabilire un corretto rapporto contributivo con l'Ente.

Il consiglio di amministrazione dell'Ente considerate le particolari circostanze in cui sono maturate le suddette inadempienze contributive e tenuto, altresì, conto delle sollecitazioni della categoria, con delibera n. 56 del 2007 ha pertanto stabilito la riammissione nei termini per l'istanza di accesso al versamento in misura ridotta per gli iscritti che:

- non siano già tenuti, per le annualità successive al 2001, al versamento del contributo Quota "B" sulla base dell'aliquota ordinaria del 12,50%;
- provvedano ad autodenunciare, entro il 31 maggio 2008, gli eventuali ulteriori redditi professionali prodotti;
- presentino, entro il 31 maggio

2008, domanda di ammissione alla contribuzione ridotta.

Resta ferma, in ogni caso, l'applicazione delle maggiorazioni previste dal Regolamento del regime sanzionatorio e, in caso di accertamento già notificato con riferimento all'anno 2001, la determinazione del contributo dovuto per tale annualità sulla base dell'aliquota ordinaria del 12,50%.

I soggetti interessati alla suddetta riapertura dei termini devono quindi provvedere, entro e non oltre il 31 maggio 2008, a presentare la relativa istanza di ammissione alla contribuzione ridotta ed a denunciare i redditi eventualmente prodotti e non dichiarati mediante l'apposito allegato modello DICH. QB.CR.. Si precisa che il mancato invio di tale documentazione entro il predetto termine, determinerà l'applicazione dell'aliquota del 12,50%.

Per eventuali ulteriori chiarimenti è possibile contattare il Servizio di Accoglienza Telefonica dell'EN-PAM al numero dedicato all'utenza ordinistica: 06.48.294.900.

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

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

*Un utile strumento per medici di base e pediatri*

## *Malattie neuromuscolari*

### *Che fare dopo la diagnosi?*

**C**he cosa devono fare pediatri, medici di base e ospedalieri dopo la diagnosi in un bambino di una patologia cronica rara, come la distrofia muscolare e le altre malattie neuromuscolari di origine genetica? Quali sono gli aspetti clinici e psicologici di malattie per cui non esiste ancora una cura definitiva? Sono questi gli interrogativi al centro del libro “Dopo la diagnosi. Il monitoraggio delle malattie neuromuscolari ad esordio in età evolutiva”.

Publicato nel 2007 da Alberto Perdisa editore con la collaborazione della Uildm di Bologna e curato da Antonella Pini e da Alessandro Ghezzi dell'unità operativa Neuropsichiatria Infantile dell'Ospedale Maggiore, il libro “Dopo la diagnosi” riassume le principali azioni per il monitoraggio e il trattamento delle patologie neuromuscolari, nella convinzione che un dialogo costante tra professionisti della sanità, pazienti e famiglie opportunamente informati e aggiornati sulle novità scientifiche e di ricerca sia necessario per scegliere e attuare in maniera consapevole e condivisa le strategie più utili per una migliore qualità di vita.

La distrofia muscolare e le altre malattie neuromuscolari rare sono, spesso, poco conosciute da medici e pediatri di base e ospedalieri, e anche da specialisti in varie branche della medicina.

Il libro “Dopo la diagnosi. Il moni-

toraggio delle malattie neuromuscolari ad esordio in età evolutiva”, scritto in collaborazione con la commissione medico-scientifica della Uildm, fornisce, per ogni patologia, gli elementi clinici essenziali e gli interventi da mettere in atto per sorvegliarne le complicanze. Uno strumento unico, dedicato ai “meno esperti comunque coinvolti”, che non si sostituisce ai test specialistici ma che favorisce la gestione, spesso complessa, del malato, riassumendo i principali avanzamenti della ricerca scientifica e definendo “chi dovrebbe fare cosa” per sorvegliare e affrontare le complicanze prevedibili delle più comuni malattie neuromuscolari ad esordio nell'infanzia.

Per dare un punto di riferimento stabile alle famiglie la UILDM ha costituito il centro clinico nazionale NEMO a Milano attraverso la Fondazione Serena.

Contestualmente viene attivata l'organizzazione della Unità Neuro Muscolare Integrata presso l'ospedale maggiore di Bologna nell'ambito della convenzione stabilita fra l'Azienda USL di Bologna e la UILDM. Questo organo sovra-ospedaliero ha il compito di coordinare tutti gli interventi relativi ai pazienti della provincia, stabilendo collegamenti operativi tra le competenze specialistiche esistenti presso l'ospedale maggiore, la clinica neurologica universitaria, l'ospedale Bellaria ed il Policlinico S. Orsola-Malpighi,

*Nel volume sono descritte le principali azioni per il monitoraggio e il trattamento delle patologie*

nell'ambito del dipartimento delle neuroscienze.

Questa interessante realizzazione aumenta le possibilità di prevenire situazioni di difficoltà e di concordare con le strutture clinico-sanitarie dell'azienda USL tutte le iniziative necessarie ed opportune per un percorso di gestione positiva della patologia. È quindi molto importante che tutti i pediatri di libera scelta ed i medici di medicina generale (MMG) e tutte le strutture di assistenza socio-

sanitaria siano dotate di questo strumento.

Esso è rivolto anche alle persone distrofiche e alle loro famiglie per un miglior raccordo con le strutture di assistenza clinica.

La collaborazione delle varie strutture clinico-sanitarie fra di loro e con le famiglie rappresenta una delle migliori garanzie a che la assistenza socio-sanitaria sia garantita nel migliore dei modi a tutte le persone distrofiche.

## **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, Equitalia Spa, 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 disguidi non soltanto all' Ente ma anche e in particolare agli interessati.

*L'Italia all'avanguardia in Europa*

## *Al via la campagna di vaccinazione contro l'HPV*

**S**i sta avviando in tutta Italia la campagna vaccinale pubblica gratuita contro il papilloma virus (HPV), l'agente virale responsabile del cancro della cervice uterina. Il vaccino è offerto quest'anno a tutte le 280.000 bambine nate nel 1997.

L'Italia è il primo Paese europeo a pianificare una strategia di vaccinazioni pubblica gratuita contro l'HPV.

L'obiettivo della campagna di vaccinazione è quello di giungere a una forte riduzione di questa malattia nelle prossime generazioni. Sarebbe una vittoria senza precedenti nella guerra contro uno dei più terribili nemici delle donne.

### *L'importanza della vaccinazione contro l'HPV*

Il vaccino contro l'HPV costituisce un importante strumento di prevenzione primaria del carcinoma della cervice uterina. Secondo le informazioni scientifiche oggi disponibili è sicuro, ben tollerato e in grado di prevenire nella quasi totalità dei casi l'insorgenza di un'infezione persistente dei due ceppi virali responsabili attualmente del 70% dei casi di questo tumore.

Questo vaccino, al pari di tutti i nuovi presidi di prevenzione considerati efficaci in sanità pubblica, è utilizzato all'interno di una strategia di offerta attiva ispirata ai principi dell'efficienza, dell'equità di accesso

e dell'uso controllato per sorvegliare attivamente gli effetti sulla popolazione esposta al vaccino. Dovrà essere osservata una particolare cautela alla somministrazione del vaccino in donne in età fertile, poiché, sebbene nelle gravidanze insorte durante gli studi clinici dei due vaccini non sia stato rilevato alcun impatto negativo sulla fertilità in termini di incidenza di aborti spontanei, morti intrauterine e anomalie congenite, i dati attualmente disponibili non sono sufficienti per raccomandarne l'uso in gravidanza.

### *A chi è rivolta l'offerta pubblica gratuita del vaccino?*

In Italia l'offerta pubblica gratuita della vaccinazione è rivolta alle bambine tra gli undici e i dodici anni di età, perché in questa fascia è massimo il profilo beneficio-rischio.

La somministrazione del vaccino prima dell'inizio dei rapporti sessuali è, infatti, particolarmente vantaggiosa perché induce un'efficace protezione prima di un eventuale contagio con il virus HPV, che si acquisisce di norma subito dopo l'inizio dell'attività sessuale, e perché la risposta immunitaria in questa fascia di età è maggiore di quella osservata nelle donne in altre fasce di età.

E' allo studio, inoltre, un ulteriore sviluppo della strategia vaccinale per valutare l'allargamento, in futuro,

*Il vaccino  
destinato  
soprattutto  
alle bambine  
fra gli 11  
e i 12 anni:  
disponibile  
gratuitamente  
per quelle  
nate nel 1997*

dell'offerta attiva anche ad altre coorti di donne (tra i 25 e i 26 anni), preferibilmente in concomitanza con il primo invito all'esecuzione dello screening attraverso il pap test.

### ***Il vaccino: quali tipi e come vaccinarsi***

I vaccini contro il virus Hpv attualmente disponibili sono due: Gardasil, vaccino tetravalente, che protegge contro i genotipi 16-18 dell'HPV, responsabili di circa il 70% dei casi di carcinoma uterino, e i genotipi 6 e 11, responsabili del 90% dei conditomi, autorizzato all'immissione in commercio dall'Aifa con delibera del 28 febbraio 2007 (costo al pubblico 171,64 euro), e il Cervarix, vaccino bivalente, attivo contro i genotipi 16 e 18, responsabili di circa il 70% dei casi di carcinoma uterino, autorizzato dall'Aifa con delibera del 29/10/2007 (costo al pubblico 156,79 euro).

I vaccini sono somministrati gratuitamente dalle ASL alle bambine tra gli undici e i dodici anni, con la somministrazione per via intramuscolare di una dose iniziale e due richiami, entro i sei mesi dalla prima. Il vaccino è inoltre disponibile a pagamento in farmacia, previa indicazione e prescrizione del medico, ed è destinato alle donne che non hanno ancora contratto l'infezione da HPV. Prima di ricorrere alla vaccinazione è quindi importante fare un pap test per essere sicuri di non avere già contratto l'infezione.

E' opportuno ricordare che il vaccino affianca ma non sostituisce lo screening periodico della cervice uterina, attualmente raccomandato per le donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni, perchè protegge dalle le-

sioni causate solo da alcuni genotipi di HPV oncogeni; per tutti gli altri genotipi oncogeni l'unica prevenzione resta il pap-test.

### ***I finanziamenti per la campagna vaccinale***

Nella Finanziaria 2008 (art. 2, co. 372) sono stati stanziati 30 milioni di euro come contributo aggiuntivo alle risorse già previste nell'ambito dei fondi per l'erogazione dei LEA, per favorire la campagna di vaccinazione pubblica contro il carcinoma della cervice uterina.

Altri 40 milioni di euro sono stati reperiti dai capitoli di bilancio del Ministero della Salute, per la partenza della campagna in tutte le Regioni/PP.AA. nel 2008.

### ***Al via la campagna di comunicazione rivolta ai cittadini***

E' partita il 23 febbraio la campagna di comunicazione del ministero della salute per sensibilizzare sull'importanza della vaccinazione.

La prima iniziativa di comunicazione della campagna sarà la messa in onda di uno spot sui maggiori circuiti televisivi a diffusione nazionale e locale. Protagoniste del filmato una madre e una figlia che parlano del vaccino HPV.

In chiusura uno speaker invita a consultare il sito del ministero della salute per gli approfondimenti sull'argomento.

E' stata realizzata anche una versione radiofonica dello spot che sarà diffusa sulle principali emittenti nazionali e locali.

Per l'ulteriore diffusione a livello locale lo spot sarà, successivamente, messo a disposizione delle Regioni.

*Hanno diritto alle cure indifferibili e urgenti*

## *L'assistenza ai cittadini*

### *comunitari non assicurati*

**I**n merito all'assistenza sanitaria ai cittadini comunitari dimoranti in Italia, il Ministero della salute ha inviato una integrazione alla precedente nota informativa del 3 agosto 2007 dove si precisa che i cittadini comunitari non assicurati hanno diritto alle prestazioni indifferibili ed urgenti.

Piena assistenza, perciò, per lavoratori, studenti, pensionati e persone in particolari condizioni di fragilità.

Di tutte queste prestazioni dovrà essere tenuta, da parte delle ASL una contabilità separata, da cui risulti l'identità del cittadino comunitario e le prestazioni ricevute, di cui si terrà conto per l'azione di recupero e negoziazione nei confronti degli Stati competenti in sede comunitaria o diplomatica.

In particolare sono in corso con le autorità sanitarie dei paesi neocomunitari trattative per una più opportuna regolamentazione delle procedure e dei rapporti contabili relativi alla mobilità sanitaria internazionale.

Le Regioni sono invitate ad assicurare alle aziende sanitarie ed ospedaliere un adeguato supporto per una omogenea e uniforme applicazione della normativa vigente al fine di assicurare ai propri cittadini una piena tutela del diritto alla salute.

Va ricordato che uno dei principi sanciti dai regolamenti comunitari di sicurezza sociale è quello della parità di trattamento tra l'assistito di uno Stato che si trova in un altro Stato

membro con gli assistiti di questo ultimo.

I cittadini comunitari che si trovano in Italia (residenti o dimoranti), hanno, quindi, diritto agli stessi livelli di assistenza di cui usufruiscono gli iscritti al Servizio Sanitario Nazionale nei seguenti limiti: i titolari di TEAM hanno diritto alle sole prestazioni medicalmente necessarie, i titolari di modelli E106 (lavoratori, studenti), E121 (pensionati) hanno diritto all'assistenza sanitaria completa. Completamente parificati agli iscritti al SSN (Servizio Sanitario Nazionale) sono coloro che svolgono attività lavorativa sulla base di un contratto di diritto italiano.

Inoltre, godono dell'assistenza sanitaria, con iscrizione al Servizio Sanitario nazionale anche alcune fasce di popolazione particolarmente vulnerabili come le persone vittime della tratta o le vittime di schiavitù, ai sensi della legge n. 17/2007, dell'art.18 del Dlgs. 286/1998, dell'articolo 13 della legge 228/2003, così come indicato nella nota informativa del 3 agosto 2007.

Rimangono al di fuori di questo quadro, quei cittadini comunitari, privi di copertura sanitaria e presenti sul territorio nazionale a cui comunque viene garantita la tutela della salute in base ai principi di solidarietà e universalità del Servizio sanitario nazionale.

*I diversi livelli  
delle prestazioni  
e il diritto  
alla parità  
di trattamento*

*Proposta del ministro Turco all'on. Fini*

## *Gli sfondamenti della spesa sanitaria*

**I**l ministro della salute Turco ha risposto alle dichiarazioni dell'onorevole Fini in materia di spesa sanitaria. "L'onorevole Fini evidentemente non conosce i dati del bilancio pubblico. Oppure si è fermato a quelli dei cinque anni in cui era al Governo.

Dal 2001 al 2006, infatti, è vero che la spesa sanitaria era fuori controllo con una crescita del 7% annua. Ma nel 2007 quella crescita è stata stoppata al 2%, grazie alla finanziaria del Governo Prodi e al Patto per la salute sottoscritto con le Regioni.

Questo risultato è stato ottenuto anche in presenza di un aumento straordinario del fondo sanitario nazionale di ben 6 miliardi di euro.

Ci siamo riusciti tenendo sotto controllo i conti, a partire da quelli di Regioni come il Lazio, governate da un autorevole esponente fino a poco fa compagno di partito dell'on.Fini, che si è caratterizzata per avere, da sola, accumulato 9,6 miliardi di debiti nei cinque anni di gestione del centro destra.

Questi i fatti e le cifre. Il resto è solo propaganda elettorale".

*La crescita  
è stata contenuta  
nel 2007  
al 2 per cento*

### **PER INFORMAZIONI E MODULISTICA**

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

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

*Il consumo è a livelli record*

## *Un farmaco ogni giorno*

### *Radiografia dell'Italia in pillole*

**P**rendiamo l'impotenza: nel medioevo ci si limitava a deriderla, nel '900 si psicanalizzava e oggi si cura (o forse esorcizza) con una pillola.

Con questa regola negli ultimi anni il nostro Paese ha aumentato il consumo di farmaci a velocità impressionante, arrivando a ingurgitare 51,9 milioni di medicine ogni giorno. Cinque anni fa nella giornata di dieci italiani trovavano posto sette pillole, alla fine del 2007 la quota è salita a 8,8 e ora marciamo spediti verso il traguardo di una pasticca al giorno per ciascun cittadino, dalla culla alla vecchiaia.

Sarà per caso, o per sotterranee ragioni di marketing farmaceutico, ma c'è il cuore al primo posto fra gli organi da consolare passando per lo studio medico.

Tra i primi trenta principi attivi consumati in Italia fra le mura domestiche (esclusi cioè quelli somministrati in ospedale) 18 sono pillole per l'organo che è antonomasia del sentimento.

Combattono il colesterolo, abbassano la pressione, allargano le arterie, fluidificano il sangue e assestano il ritmo. Entrano in casa per un esame sballato e diventano abitudine quotidiana, che non ci abbandona più.

Quattro persone su dieci in Italia sono fedeli all'appuntamento con la pillola per il cuore: un dato che in

Europa è secondo solo al Portogallo. Poi c'è il ventre molle dell'uomo moderno, ed ecco che una medicina su dieci è chiamata a combattere una delle varie forme di mal di pancia. A chiudere il triangolo cuore-stomaco-cervello ecco le medicine per il sistema nervoso: terzo posto sul podio dei toccasana chimici con cinquanta dosi ogni mille persone.

A metterle insieme, tutte le pillole di una vita, si arriva alla cifra di 22.776 per gli uomini e 24.236 per le donne, che in media vivono più a lungo e durante l'età fertile si affidano ad antidolorifici e anticoncezionali.

Geometrie, colori e principi attivi che messi insieme formano il caleidoscopio delle nostre sofferenze, il lubrificante della vita quotidiana, nei suoi momenti di dolore.

Il sistema sanitario le prescrive, le conta, le sperimenta, le pesa e le spesa.

La scienza ci ha spiegato ormai tutto, ci mostra le immagini tridimensionali, la faccia buona e quella cattiva con gli effetti indesiderati. Vacilla però sulla domanda più importante: ma fanno davvero bene? "Sì, certo, è inutile soffrire quando abbiamo strumenti per combattere il dolore.

Ed era ora che ce ne accorgessimo" risponde Giustino Varrassi, che presiede l'Associazione italiana per lo studio del dolore. "Non lo so,

*L'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle soglie di sensibilità al dolore hanno generato un uso ormai quasi fuori controllo*



personalmente ne prendo il meno possibile.

La mia media è di una pasticca di antidolorifico l'anno" dice invece Roberto Raschetti dell'Istituto superiore di sanità, coordinatore dell'Osservatorio sull'impiego dei medicinali da cui arrivano i dati annuali sul consumo.

Francesco Fedele, presidente della società italiana di cardiologia, è molto chiaro: "Credo sia criminale non darli, laddove si affaccia un rischio di infarto.

In alcune categorie, come quella dei malati di scompenso cardiaco, ne andrebbero forse somministrate forse di più". E Silvio Garattini, direttore scientifico dell'istituto farmacologico Mario Negri: "I farmaci fanno bene ad una certa percentuale di pazienti. Ma non sappiamo quali. Gli studi sui grandi gruppi dimostrano che un certo principio attivo della classe delle statine ha effetti benefici sul tre per cento della popolazione. Ma chi sono i tre fortunati? E gli altri novantasette? Questo nessuno può dirlo".

L'invecchiamento della popola-

zione, che vede l'Italia in vetta al mondo insieme al Giappone, è ovviamente uno dei fattori che riempiono i cassetti delle farmacie.

L'allargamento del concetto di malattia è un altro. "Un tempo chi provava dolore – dalla dismenorrea all'artrite – soffriva in silenzio. Oggi finalmente chiede aiuto alla medicina" dice Varrassi.

"Basta con questa concezione della sofferenza come espiazione e viatico per il paradiso. Combattere il dolore è doveroso".

Raschetti legge in controluce le strategie di case farmaceutiche e società scientifiche: "In alcune branche della medicina si è seguita la strada di ricalibrare i limiti della normalità. Ovviamente verso il basso".

E cioè come avviene negli Stati Uniti, dove si inizia a parlare di ipertensione (e quindi di una corrispondente medicina per combatterla) già con i 120 di massima (in Europa ci si comincia a preoccupare a 140).

In tre carceri britanniche è appena partita la sperimentazione la "pillola della buona condotta": vitamine, minerali ed erba di San Giovanni – è la tesi dell'università di Oxford – migliorano il funzionamento del cervello, e di riflesso la buona condotta dei detenuti.

Al contrario, gli antibiotici – ha messo in guardia ieri il ministero della Salute britannico – se usati contro l'obiettivo sbagliato non fanno che selezionare i ceppi di batteri resistenti ai farmaci.

"Insegnate ai vostri pazienti a non usarli contro raffreddori e semplici mal di gola" ha raccomandato il ministero londinese ai medici di famiglia.

**Elena Dusi**

*Dal sito [www.repubblica.it](http://www.repubblica.it)*

## Recepita la direttiva all'Unione Europea Specializzandi, finalmente si volta pagina ma...

**L**o Stato italiano ha recepito la direttiva del consiglio dell'Unione Europea n. 93/16/CEE con il Decreto legislativo n. 368/99, che disciplina la formazione specialistica dei medici e prova ad allineare lo «status» degli stessi al contesto europeo anche sotto il profilo retributivo e contributivo.

Nel dicembre dello stesso anno, tuttavia, con il Dlgs. n. 517 viene sospesa l'applicazione degli articoli dal 37 al 42 riguardanti l'attuazione della parte economica, la copertura assicurativa per la responsabilità civile e l'esercizio della libera professione.

Finalmente, dopo oltre quindici anni di ritardo, il governo italiano con decreto del presidente del consiglio dei ministri del 06.07.07 ha definito lo schema tipo di contratto di formazione specialistica dei medici ai sensi dell'articolo 37 comma 2, del Dlgs. n. 368/99.

Con questo passaggio che definirei storico, al medico specializzando, che fino ad ora aveva percepito solamente una borsa di studio, è stato riconosciuto a partire dall'anno accademico 06/07 un trattamento economico finalmente adeguato e comprensivo degli oneri contributivi.

In tali condizioni si è andata a concretizzare una evidente condizione di disparità tra tutti quei medici che hanno già terminato o che stanno per terminare il corso di specializzazione e quanti, invece, potranno godere di diritti che, seppur riconosciuti con il

Dlgs. n. 368/99, di fatto non sono stati mai applicati a causa dell'inadempimento dello Stato italiano.

Molti medici in formazione specialistica e altri già specializzati, a partire dal 2002 ad oggi, hanno intrapreso la strada del ricorso.

La strategia parrebbe semplice e consiste nel dare l'opportunità a tutti gli aventi diritto di ottenere l'applicazione retroattiva del Dlgs. n. 368/99 e, quindi, il recupero delle differenze retributive non percepite e dei contributi previdenziali non versati, dal 2002 ad oggi.

Quanto sopra, non significa che automaticamente tale riconoscimento verrà corrisposto ai tutti i medici che decideranno di adire le vie legali. Tuttavia, per coloro che si sono specializzati (o frequentavano scuole di specializzazione) dopo il 2002 si apre la possibilità di un ricorso.

Sono convinto che questo non sia altro che l'ennesimo e, purtroppo, non ultimo esempio di "ordinario inadempimento dello Stato italiano" rispetto agli obblighi che gli derivano dall'appartenenza alla comunità europea.

Per maggiori informazioni potete contattare i seguenti numeri telefonici: 348/8685452, 345/2431123 345/2431124 dal lunedì al venerdì oppure inviare una mail al seguente indirizzo:

specializzandisardegna@gmail.com

(a cura del dottor Davide Matta)

*Si apre  
la possibilità  
di un ricorso  
per chi si è  
specializzato  
o frequentava  
le scuole  
dopo il 2002*

## *Formazione e aggiornamento editoriale tradizionale e in web*

**D**al 13 dicembre è attivo sul portale della federazione il preannunciato corso E-Learning “Sicure” sul rischio clinico, una iniziativa di aggiornamento ECM nata dalla collaborazione tra Ministero della salute, FNOMCeO e IPASVI.

Nel corso delle passate riunioni di Consiglio nazionale abbiamo avuto modo di soffermarci sulle caratteristiche e le modalità di realizzazione e “somministrazione” del corso; tuttavia ho ritenuto opportuno ritornare in modo più dettagliato sull’argomento per mettere a disposizione quegli elementi procedurali da divulgare poi, attraverso i canali di comunicazione, degli Ordini a tutti gli iscritti.

Il corso, che si avvale della metodologia FAD-blended, potrà essere seguito dai colleghi su due distinti canali che possono poi intersecarsi:

### ***A) Corso FAD e-learning sul WEB attraverso accesso al portale FNOMCeO***

I colleghi, medici e odontoiatri, possono accedere al corso attraverso una apposita “finestra” presente sulla home page del portale della FNOMCeO.

Al momento dell’ingresso nel sistema riceveranno, in modo automatico, una password che consentirà loro di seguire, nell’arco di tempo stabilito (30 giorni), lo sviluppo dell’attività di formazione, che si concluderà con la compilazione del test

(80 quiz) e il contestuale responso sul superamento del corso per coloro i quali avranno risposto correttamente ad almeno 60 domande. Chi non avrà risposto correttamente ai quiz di ciascuna sezione non potrà passare a quella successiva ma avrà l’opportunità di attivare un “nuovo accesso”.

Il gestore del corso web provvederà a trasmettere mensilmente l’elenco dei medici che hanno superato positivamente la valutazione, divisi per Ordine di appartenenza, alla segreteria del coordinamento tecnico presso la FNOMCeO, la quale comunicherà al Ministero (segreteria ECM) al Cogeaps ed a ciascun Ordine provinciale l’elenco dei medici che hanno superato la prova, affinché il presidente possa emettere la necessaria certificazione dei 20 crediti acquisiti.

Il corso sarà mantenuto sul WEB per un periodo variabile lungo l’arco del 2008 a seconda della risposta che avremo in termini di accessi e dei risultati che emergeranno a seguito di una valutazione che verrà effettuata ogni trimestre.

### ***B) Corso FAD del tipo editoriale tradizionale su supporto cartaceo***

Il corso su supporto cartaceo sarà inviato a tutti i medici ed odontoiatri italiani come edizione speciale del trimestrale della FNOMCeO “Quaderni della professione”. Ciascun

volume conterrà il test di 80 quiz personalizzato che sarà corretto presso ciascun Ordine il quale provvederà successivamente all'erogazione dei crediti formativi ECM.

Ogni medico ed odontoiatra potrà condurre la formazione su supporto cartaceo e successivamente attivare il corso sul web per procedere alla esecuzione del test di apprendimento e così ottenere l'attribuzione dei crediti secondo le modalità indicate in precedenza per l'accesso al corso sul WEB.

Ovvero, ogni professionista potrà procedere alla formazione solo su supporto cartaceo e compilare il test personalizzato a quiz e spedirlo o consegnarlo all'Ordine provinciale di iscrizione per la correzione.

Il presidente dell'Ordine provinciale, suoi delegati o commissione di valutazione costituita ad hoc, saranno dotati di apposite griglie valutative ("correttore") con cui procederanno alla verifica dei test.

A chi avrà risposto correttamente ad almeno 60 quiz su 80 il presidente rilascerà un attestato di conseguimento dei 20 crediti formativi ECM.

Al contrario a chi non avrà risposto correttamente ad almeno 60 degli 80 quiz sarà fornito un adeguato riscontro a cura del presidente dell'Ordine ed un nuovo "quizzario" per ripetere ancora una volta la prova e risottoporla a valutazione. Terminato il corso il presidente di ogni Ordine invierà alla segreteria della commissione nazionale ECM, al Cogeaps ed al coordinamento nazionale presso la FNOMCeO, l'elenco dei medici ed odontoiatri che hanno conseguito i crediti.

Da tener presente che ciascun Ordine avrà il compito di tenere l'archivio dei medici ed odontoiatri che

avranno partecipato, nelle due modalità previste, l'evento e conseguito i crediti come da disposizione di legale a carico dei provider.

Vorrei inoltre segnalarvi un aspetto procedurale di rilievo, sul quale vi invito a richiamare l'attenzione dei vostri iscritti.

Il corso, sia in formato web che cartaceo, include due questionari utili per offrire, in futuro, dei servizi di aggiornamento sempre più attenti alle esigenze dei colleghi: uno di "gradimento", che permetterà agli organizzatori di conoscere le opinioni dei colleghi sui temi proposti, sulle loro aspettative, sui grado di partecipazione. in breve sull'interesse che ha riscosso questa iniziativa. L'altro, "facoltativo", si prefigge lo scopo di delineare l'identikit degli operatori della sanità.

Ancora due aspetti in tema di divulgazione e promozione dell'iniziativa. Con ogni probabilità entro la seconda settimana di gennaio saranno disponibili volantini e locandine che provvederemo ad inviare a tutte le sedi provinciali: inoltre considerando che l'avvio del corso potrebbe anche essere l'occasione per organizzare, presso i vari Ordini, dei workshop sul tema del rischio clinico, in questo caso esperti della Federazione si renderebbero disponibili per illustrare, "in diretta" ai presenti durante la manifestazione, le finalità e le modalità di accesso al corso stesso.

E' chiaro, tuttavia, che il successo di questo evento molto dipenderà dal vostro impegno "sul campo" che sono sicuro non mancherà come sempre.

A conclusione di questa breve nota illustrativa permettetemi di ringraziare tutti coloro che hanno consentito, grazie al loro impegno e alla

loro professionalità, di realizzare questo importante evento di aggiornamento.

Ad iniziare da Alessandro Ghirardini referente del programma per il ministero della salute, dai referenti per la FNOMCeO, gli amici Luigi Conte e Cosimo Nume che hanno seguito passo dopo passo lo sviluppo del corso.

Ed ancora, il gruppo di monitoraggio del programma composto dai colleghi Susanna Ciampalini, Rosetta Cordone, Sergio Bavenga e dallo stesso Conte ed i referenti degli organismi interni alla federazione degli Ordini i colleghi Luigi Arru, Enrico Bertolini, Piermaria

Morresi, Salvatore Casà e Cesare Brugiapaglia, senza dimenticare Walter Gatti ed Eva Antoniotti, il primo in veste di gestore del programma, la seconda responsabile della realizzazione del supporto cartaceo allegato a “La Professione”.

Un sentito ringraziamento mi sento di rivolgerlo a tutti voi amici e colleghi presidenti che avete accolto con grande entusiasmo questa iniziativa, prima nel suo genere, che vede coinvolta l'intera istituzione ordinistica su una tematica di scottante attualità come è quella della sicurezza dei pazienti e della gestione del rischio clinico.

**Amedeo Bianco**

## **CORSO DI PERFEZIONAMENTO IN ODONTOLOGIA ODONTOIATRIA FORENSE**

Università degli studi di Milano, Maggio 2008

- **E.C.M.:** In fase di accreditamento
- **Sede del corso:** Istituto di medicina legale e delle Assicurazioni di Milano
- **Coordinatore:** professor Marco Grandi. Il corso prevede 45 ore di formazione suddivise in incontri bisettimanali nei mesi di maggio e giugno. È rivolto a odontoiatri, medici legali, medici ASL, consulenti e altri operatori del diritto ed è finalizzato a meglio introdurre tali figure che lavorano in ambito forense agli aspetti professionali di natura penale e civile. Ciascun argomento del corso verrà integrato con esercitazioni e simulazioni di casi pratici.
- **Segreteria organizzativa:** dottoressa Marina Tassara. Istituto di medicina legale, Via Mangiagalli, 37, Milano [marina.tassara@unimi.it](mailto:marina.tassara@unimi.it)
- **Informazioni:** [www.unimi.it](http://www.unimi.it), sezione master e corsi di perfezionamento [www.lababof.unimi.it](http://www.lababof.unimi.it) oppure [labano@unimi.it](mailto:labano@unimi.it)

## Commento/Malasanità, insufficienze e disorganizzazione

# La professione medica e le responsabilità della politica

**L**a cronaca di questi mesi su casi veri o presunti di cattiva pratica professionale e, più in generale, sulla denuncia di gravi carenze strutturali e gestionali degli ospedali e dei servizi sanitari, spesso determinati da indecenti connivenze tra la cattiva politica e la malagestione, particolarmente virulenti nel sud del Paese, ha disegnato uno spaccato della nostra sanità pubblica e dei suoi professionisti che ne hanno ingigantito i difetti e mortificato i tanti meriti.

La ricerca e la pratica della trasparenza amministrativa, dell'equità, della efficacia, della sicurezza delle prestazioni nel nostro S.S.N. (Servizio Sanitario Nazionale) pretende da tutti un grande senso di responsabilità per non scadere nel giustizialismo liquidatorio, nello scandalismo mediatico, nel gioco al massacro di mettere in prima fila sul banco degli imputati, gli ultimi della catena e cioè i medici.

Ai medici è giusto chiedere ragione del loro operato, ma è inaccettabile che inequivocabili limiti e fallimenti di politiche sanitarie, più evidenti in alcune parti del nostro Paese, possano nascondersi dietro il paravento di una "irresponsabilità" dei professionisti.

I medici e tutti gli altri operatori della sanità possono sbagliare e talora sbagliano, come tutti coloro che attendono a compiti difficili e delicati e se l'errore deriva da cattiva

pratica professionale è giusto che ne rispondano sotto i vari profili di responsabilità.

Resta il fatto paradossale che quel sistema di responsabilità e poteri, che governa la sanità, invaso dalla politica, dopo aver espulso i professionisti da ogni decisione nel merito della gestione dei servizi, chieda poi a questi di rispondere di quelle inefficienze e carenze strutturali ed organizzative quasi sempre alla base e cause di eventi drammatici ed indesiderati.

Stiamo osservando che, in alcune parti del nostro Paese, il risultato è che, mentre nulla cambia nei riti e negli uomini della politica, nelle Amministrazioni e nelle Istituzioni rappresentative, i medici hanno paura ad indossare i camici, ingenerosamente coinvolti e travolti da una leggittima ondata di sfiducia e rabbia dei cittadini.

Noi siamo pronti a cambiare e ci stiamo già adoperando per migliorare la nostra professione al servizio dei cittadini; vorremmo che altrettanto facessero tutti, a cominciare dalla politica, perché la nostra tanta buona sanità, i nostri tanti buoni professionisti, i nostri straordinari patrimoni di diritti civili e sociali, hanno un disperato bisogno di recuperare nuovi valori etici alla politica, quelli che trasformano la politica in buona politica.

Dopo aver espulso i professionisti da ogni decisione sulla gestione dei servizi si pretenderebbe che rispondano delle carenze che causano eventi drammatici

## *Emergenza rifiuti e ambiente*

### *I medici pronti a collaborare*

**L**a FNOMCeO, rilevata la grave situazione sanitaria ed ambientale creatasi in Campania, sottolinea come tutti i parametri legati al mondo dell'ecologia confermino la centralità della professione medica intesa come realtà indispensabile per fronteggiare ogni tipo di emergenza sanitaria ed ambientale.

Ribadisce la propria solidarietà ai medici campani, impegnati in una difficile, problematica contingenza e, più complessivamente, alla popolazione residente esposta, in un quadro di riferimento così penalizzato, al rischio di patologie non solo infettive.

Riconferma, anche sul piano medico, nel contesto di una mutua, positiva collaborazione, la disponibilità degli Ordini dei medici italiani ad affiancare, a qualsiasi livello, la realtà professionale campana di fronte a questa difficile emergenza.

Su questo indirizzo, il Comitato Centrale della FNOMCeO si è riunito in sessione straordinaria, a Napoli il 9 febbraio come prima, ferma risposta all'emergenza sanitaria ed ambientale con l'obiettivo di definire gli indirizzi operativi che la Federazione intende sviluppare per approfondire la delicata situazione del territorio campano.

### *La riforma dell'Onaosi*

“La riforma dello statuto dell'Onaosi rappresenta una soluzione fortemente innovativa, equilibrata e assolutamente rispettosa del dettato legislativo”. Questo il giudizio espresso da Amedeo Bianco, presidente della FNOMCeO, dal dottor Giacomo Leopardi presidente della FOFI e da Gaetano Penocchio presidente della FNOVI, alla notizia dell'approvazione del nuovo statuto da parte del Consiglio di amministrazione della Fondazione.

“Riteniamo opportuno che il confronto polemico lasci finalmente il passo a quello propositivo e partecipativo così da ridefinire un clima se-

reno e responsabile all'interno del quale la Fondazione possa esercitare i vecchi e i nuovi compiti di solidarietà tra professioni e nelle categorie professionali che operano nell'ambito dei servizi di tutela della salute pubblica”. “La presenza dei rappresentanti delle nostre Federazioni – così concludono i tre presidenti – all'interno dell'organo di indirizzo e controllo della Fondazione costituisce una funzione di garanzia e di rappresentanza delle professioni che ci è stata affidata dal voto di decine di migliaia di professionisti.

**Giacomo Leopardi, Amedeo Bianco  
e Gaetano Penocchio**

*Riunione a Napoli  
del Comitato  
Centrale  
per definire  
gli interventi*

*Incontro fra Amedeo Bianco e Foad Aodi*

## *L'inserimento al lavoro dei medici di origine straniera*

**S**i è svolto il 16 gennaio un incontro tra il presidente della FNOMCeO Amedeo Bianco e Foad Aodi, presidente della A.M.S.I., l'Associazione italiana di Medici di origine straniera.

Il professor Foad Aodi ha illustrato tutte le problematiche di questa categoria di medici che vanno dall'iscrizione all'Albo, alla partecipazione nei concorsi pubblici, all'accesso alle scuole di specializzazione, all'accesso ai corsi di medicina generale, ai permessi di soggiorno, all'inserimento infine nel mondo del lavoro.

Grazie proprio alla collaborazione già a suo tempo attivata con la FNOMCEO, con i vari Ordini provinciali, con il ministero della Salute e quello degli Interni, molti di questi temi sono già arrivati a un buon punto di soluzione (vedi l'iscrizione all'Ordine, l'accesso alle scuole di specializzazione e le pratiche per il permesso di soggiorno). Ed è molto migliorato anche uno dei problemi cardine dei medici di origine straniera, l'inserimento nel mondo del lavoro.

Ancora sul tappeto, il sostegno ai concorsi pubblici. Ma su questo argomento, probabilmente, ci sarà poco da fare. Foad Aodi ha avuto, infatti, dal ministro degli Interni, Giuliano Amato, una risposta negativa: secondo la nostra Costituzione, a potervi partecipare sono solo i cittadini italiani.

Dall'incontro avvenuto ieri nei lo-

cali della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri è emersa la volontà di intensificare la collaborazione tra A.M.S.I. da una parte e F.N.O.M.C.e.O. e Ordini Provinciali dall'altra, per proseguire nella strada intrapresa a favore dell'integrazione dei medici stranieri residenti in Italia, e a promuovere sempre di più, nell'ambito sanitario e scientifico, collaborazioni internazionali.

“Ringrazio la FNOMCeO – ha detto a margine dell'incontro Foad Aodi – che ha dimostrato grande disponibilità per la risoluzione delle problematiche che abbiamo sollevato. Noi medici possiamo essere ambasciatori del dialogo tra i popoli in una società sempre più globalizzata e multiculturale”.

Da parte sua il presidente Bianco ha così dichiarato: “Il recente incontro dei Ministri palestinesi e israeliani in Italia, dove è emersa una grande volontà in direzione di questo dialogo, ne è un esempio, e ci incoraggia a proseguire sulla strada intrapresa con la costituzione della Conferenza degli Ordini dei Medici Euro-Mediterranei – COMEM – di recente istituita ad Algeri”. Ed ha aggiunto: “Per un mondo sempre più globale serve una concreta strategia e chiare regole del gioco che innescino una vera integrazione, e la Sanità è l'ambito per eccellenza dove tali strategie possono dispiegarsi al meglio: è questa la sfida del nostro

*Risolti  
l'iscrizione agli  
Ordini, la  
specializzazione  
e i soggiorni:  
si affronterà ora  
il problema  
dei concorsi  
pubblici*

presente". E per dare visibilità concreta a questo raccordo più stretto tra FNOMCeO e AMSI, si è intanto deciso di far partire a breve una nuova rubrica che sarà pubblicata sul Portale della Federazione: qui verranno affrontate le problematiche sanitarie che un mondo sempre più multiculturale impone, partendo proprio da quanto già è stato fatto a favore dell'integrazione della politica sanitaria a livello nazionale e internazionale.

### **Preoccupazione per l'intervento della polizia a Napoli in ospedale per un (presunto) aborto illegale**

Il presidente della FNOMCeO interviene sul caso della donna interrogata fuori dalla sala operatoria.

Sul blitz della polizia in un reparto di ostetricia del Policlinico Federico II di Napoli, a pochi minuti da un aborto terapeutico, con l'intento di intervenire su un presunto aborto illegale, il presidente

della federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri è intervenuto rilasciando la seguente dichiarazione:

"Colgo nell'intervento della Forza Pubblica elementi di forte preoccupazione sia sul metodo che sul merito. Nel metodo giudico inutilmente inquisitorio l'aver proceduto, nell'ottica di cogliere una presunta flagranza di reato, nei confronti di una donna appena reduce da un intervento di interruzione di gravidanza, fisicamente e psicologicamente doloroso e debilitante, chiamandola di fatto a discolparsi..

Nel merito, con questa azione spettacolare, è stata gettata un'ombra pesante e grave, oltre che sulla donna, anche sui professionisti e sulle istituzioni sanitarie pubbliche che l'hanno accolta: è stata in questo modo messa in discussione la capacità, la competenza e la trasparenza dei professionisti, oltre che il ruolo civile delle istituzioni sanitarie nel rispetto della legge 194: in buona sostanza l'onestà di tutti".

## **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, Equitalia Spa, 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 disguidi non soltanto all'Ente ma anche e in particolare agli interessati.

# *Odontoiatria sociale*

## *per le categorie più deboli*

**G**randi lavori in corso in casa odontoiatrica che stanno avendo anche un interessante riscontro mediatico (vedi “Quando la sanità fa notizia” – [www.fnomceo.it](http://www.fnomceo.it)).

A febbraio, intera giornata dedicata alla cosiddetta “odontoiatria sociale”, per dar corpo a questo tema in modo serio e costruttivo.

In sostanza, si vuole che le strutture pubbliche migliorino l’attuale assistenza odontoiatrica, favorendo sempre più e sempre meglio le categorie più deboli.

“Gli odontoiatri faranno certamente la loro parte” – ha detto – a questo proposito il presidente della CAO nazionale, Giuseppe Renzo, che così ha continuato: “La svolgeranno in un quadro normativo e regolamentare che privilegi il momento della prevenzione, garantisca la vera tutela della salute del cittadino, la difesa della professione, i principi deontologici del corretto rapporto di cura, che vede – questo è il principio cardine – gli odontoiatri curare le persone e non vendere servizi”. Renzo, nel corso della giornata, punterà il dito su altri due temi a lui molto cari: la lotta all’abusivismo e al prestanomismo e il rispetto del principio etico dell’equo onorario, “si deve in sostanza tener conto – ha ribadito – di una prestazione di qualità ma anche delle problematiche umane del binomio medico-paziente”.

Piena, in buona sostanza, la disponibilità dell’Ordine – in quanto ente ausiliario dello Stato – ad affrontare in modo serio e costruttivo un argomento così delicato per i cittadini, iniziando proprio con il sentire le associazioni che li rappresentano.

E così, com’è sua prassi, prima di assumere qualsivoglia impegno, la CAO nazionale si è confrontata con tutte le rappresentanze della professione, nel corso dei lavori di un “tavolo tecnico”.

La mattina, si è svolto l’incontro con i consumatori: Adiconsum, Adoc e Federconsumatori hanno presentato per concordare con i dentisti italiani azioni concrete per la salvaguardia dei diritti del cittadino-utente.

Poi nel pomeriggio due riunioni, una con tutti i rappresentanti della professione odontoiatrica ed un’altra aperta anche alle associazioni odontotecniche, hanno concluso l’intensa giornata.

La prima tutta dedicata ai problemi che riguardano la professione odontoiatrica, la seconda, invece, ha affrontato il tema caldo dei nuovi profili professionali, per trovare una posizione condivisa tra tutti gli attori della vicenda.

Sito web dell’Ordine  
**[www.omceoss.org](http://www.omceoss.org)**  
e-mail dell’Ordine  
**[ordine@omceoss.org](mailto:ordine@omceoss.org)**

*Si cerca  
di far migliorare  
le prestazioni  
delle strutture  
pubbliche*

*Fra marzo e aprile ad Ancona*

# *Corso di psicoterapia e ipnosi medica*

**L**a S.M.I.P.I. (Società Medica Italiana di Psicoterapia e Ipnosi) sezione Marche organizza per il 2008 ad Ancona il XVI corso di psicoterapia ed ipnosi medica. Il corso si svolge ad Ancona all'hotel Passetto il 15-16 marzo, il 29-30 marzo e il 12-13 aprile ed è riservato a medici, psicologi o laureandi.

Il corso, a carattere teorico e pratico, è limitato ad un numero chiuso di partecipanti. Sono già stati attribuiti 34 crediti E.C.M. per medici e psicologi.

Il corso di psicoterapia ed ipnosi medica primo livello è articolato su ciclo di tre seminari di due giorni ciascuno.

Questo il programma:

## **Primo seminario:**

sabato 15 e domenica 16 marzo 2008.

- 1) Indicazioni, possibilità e limiti nell'applicazione di tecniche d'intervento psicologico e dell'ipnosi.
- 2) Psicoterapia ed ipnosi: preparazione formativa.
- 3) Organizzazione del lavoro terapeutico: valutazione delle richieste del paziente e formulazione di un obiettivo.
- 4) Lo stato mentale di ipnosi.
- 5) Struttura formale ed informale dell'induzione d'ipnosi.
- 6) Bibliografia: indicazioni e critica.

## **Secondo seminario:**

sabato 29 e domenica 30 marzo 2008.

- 1) Colloquio, induzione diretta ed indiretta dello stato di ipnosi, utilizzazione dello stato di trance e delle risposte inconse.
- 2) Elementi base di Programmazione Neurolinguistica.
- 3) Condizionamento e decondizionamento, ristrutturazione, tecniche di modificazione del comportamento, creazione ed uso dell'atteggiamento responsivo.
- 4) Esercitazioni pratiche: induzione dello stato di trance ed interventi terapeutici.
- 5) Supervisione e commento critico di alcuni casi clinici.

## **Terzo seminario:**

sabato 12 e domenica 13 aprile 2008.

- 1) Somatizzazione primarie, secondarie e sindromi da conversione.
- 2) Malattie e disturbi di interesse psicoterapeutico: psiconevrosi, psicosi, malattie psicosomatiche e somatopsichiche, disturbi comportamentali.
- 3) Esercitazioni pratiche: induzione dello stato di trance ed interventi terapeutici.
- 4) Supervisione e commento critico di alcuni casi clinici.

Il corso è formativo e pratico: esaustivo per gran parte delle applicazioni di queste metodiche in diverse specialità mediche (medicina

interna, odontoiatria, anestesio-  
logia, dermatologia, ginecologia ed  
altre); è di base per una formazione  
psicoterapeutica medica, che viene  
completata in quattro anni com-  
plessivi. Sono stati attribuiti dal  
ministero della sanità 34 crediti  
formativi E.C.M. per medici e psi-  
cologi.

### SEDE

Sede del corso: Hotel Passetto,  
Via Thaon de Revel 1, Ancona -  
Tel. 07131307. Orari: sabato 9-12 -  
14-18 e domenica ore 9-14. Quota  
di partecipazione: Euro 800,00 +  
IVA 20%. Docenti: Riccardo Arone  
di Bertolino, Oriano Mercante.

### ISCRIZIONI

Presso la sezione Marche  
(Oriano Mercante, Via Loretana

190, - 60021 Camerano (An) Te-  
lefono 071732050, portatile  
336.631167, fax 071.732455,  
e-mail: info@smipi.it comuni-  
cando i dati anagrafici e profes-  
sionali (nome e cognome, attività pro-  
fessionale, residenza e telefono,  
data e luogo di nascita, numero di  
partita IVA o in assenza di questo  
Codice Fiscale) accompagnati da  
un acconto di Euro 200,00 (si prega  
di intestare gli assegni a Riccardo  
Arone di Bertolino); Numero mas-  
simo di partecipanti: 20. Gli ac-  
conti versati dagli iscritti in sopran-  
numero saranno immediatamente  
restituiti.

La quota dovrà essere saldata al-  
l'inizio del corso. Al termine del  
corso sarà rilasciato attestato di fre-  
quenza.

## 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 deposita-  
re presso la segreteria dell'Ordine il conseguimen-  
to dei titoli di studio: Diploma di specializza-  
zione, Diploma di formazione specifica in  
Medicina Generale.

Si ricorda che è possibile avvalersi dell'autocerti-  
ficazione 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.

*Il ritorno alla vita normale dopo il cancro*

## *Progettare un figlio dopo la chemioterapia*

**I**l 23 maggio, con inizio alle 14.30, presso la Sala Riunioni della Camera di Commercio, in via Roma, si terrà una riunione scientifica dal titolo: Progettare un figlio dopo il cancro e la chemioterapia.

La riunione, accreditata ECM e quindi destinata fondamentalmente ai medici (oncologi, ginecologi, urologi, medicina generale, etc) ed infermieri, sarà aperta a tutti coloro che vorranno parteciparvi (amici, parenti, pazienti, etc) in considerazione dell'interesse che può suscitare.

L'argomento che, infatti, verrà affrontato è sicuramente di estrema importanza e attualità.

Il concetto base da cui si parte è che spesso di cancro si guarisce e riprogettare il futuro è fondamentale in quella quota parte di pazienti, sempre più numerosi, definiti "lungosopravvivenenti"

Il concetto di fertilità e di riproduzione è sicuramente un aspetto che, al momento della diagnosi, delle terapie mediche, chirurgiche e radianti e degli anni successivi di "attesa", passa in seconda linea ed appare quasi una eresia il solo pensarci.

Di fronte ad una diagnosi di cancro la paura immediata che ci assale è quella della morte; la prima reazione, con tutte le sue variabili, non prevede un futuro certo ed il desiderio di procreazione, anche se preesistente, si spegne anche per il terrore che una gravidanza possa peggiorare la prognosi e con la paura di mettere

al mondo un figlio destinato, probabilmente, a diventare orfano.

Eppure, superato questo periodo (fisico e psicologico) tale problema spesso si ripropone, soprattutto nelle persone giovani, in maniera più o meno imponente.

La guarigione coincide, infatti, con la riprogettazione del proprio futuro, del lavoro, dei rapporti interpersonali, degli affetti.

Progettare un figlio è, fondamentalmente, tipico di donne ed uomini giovani, che magari non hanno ancora avuto figli, e che si sono ammalati di tumori con alte possibilità di curabilità e guarigione; evidentemente pensiamo soprattutto ai tumori della mammella (> 65-70% di guarigioni), di tumori del testicolo (> 85% di guarigioni) e di linfomi (con percentuali variabili in funzione dell'istotipo e dello stadio, ma comunque alte).

Il tentativo di ridurre l'impatto dei trattamenti chemioterapici con metodiche atte a proteggere le ovaie o a criopreservare lo sperma, previa verifica della fertilità, non sempre vengono accettate e talora "subite" più scaramanticamente che altro.

E' compito del medico, a cominciare da quello di famiglia per arrivare allo specialista oncologo informare e stimolare la consapevolezza che di tumore si può spesso guarire e che la vita continua, nel vero senso della parola, con possibilità non infrequenti di generare uno o più figli.

*In una riunione  
scientifica  
il 23 maggio  
a Sassari  
le terapie  
e le esperienze  
dei pazienti*

In questo congresso, dopo una introduzione da parte di Antonio Contu, direttore dell'Oncologia Medica dell'Azienda ASL di Sassari, che affronterà il problema motivando le ragioni che stanno alla base di tale riunione, prenderanno la parola, rispettivamente, Nina Olmeo, Tiziana Scotto e Margherita Piras, dell'Oncologia Medica dell'ospedale di Sassari, che mostreranno i dati dei pazienti giovani guariti dal tumore della mammella, del testicolo e dal linfoma.

Seguiranno due interventi "tecnici": ginecologo ed andrologo (Salvatore Dessole direttore della clinica ginecologica e Furio Pirozzi-Farina, direttore dell'andrologia dell'azienda mista di Sassari) che informeranno delle principali metodiche per

mantenere la fertilità sia nei maschi che nelle femmine.

Verrà quindi messo a fuoco l'aspetto delle problematiche di counselling con il/la paziente nell'affrontare queste problematiche (Detta Aloï), dei possibili problemi medico-legali (Elena Mazzeo) e religiosi che possono suscitare (don Gaetano Galia).

Infine, verrà data voce ad alcuni pazienti che hanno tentato o sono diventati mamma e babbo; trasmetteranno sicuramente dal vivo le sensazioni, le paure, la gioia di aver dato la vita dopo essere sopravvissuti al cancro. Credo che questo sarà un messaggio di speranza incredibile per tutti coloro che affronteranno l'esperienza di una malattia neoplastica.

**Antonio Contu**

## 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, Equitalia, 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 disguidi non soltanto all'Ente ma anche e in particolare agli interessati.

## *Lettera del ministro Livia Turco ai candidati premier Provvedimenti per la lotta al dolore tra le priorità del nuovo governo*

**L**ettera ai candidati premier: lotta al dolore tra le priorità del nuovo governo.

*Il ministro della salute Livia Turco ha inviato una lettera a Walter Veltroni, Silvio Berlusconi e agli altri candidati premier alle prossime elezioni politiche di aprile per sollecitare il loro impegno nella prossima legislatura affinché sia approvata subito la legge che facilita la prescrizione dei farmaci contro il dolore. Come è noto questa legge, presentata dal ministro Turco il 19 ottobre 2006, era stata già approvata dal Senato nel dicembre 2007. Le elezioni anticipate hanno impedito che fosse approvata anche dalla Camera.*

*Di seguito il testo della lettera.*

Vi scrivo per richiamare la vostra attenzione su una battaglia di civiltà per la quale ho speso una parte rilevante delle mie energie nel corso del mio mandato di governo, e che purtroppo non è stata coronata da successo. Mi riferisco alle norme per la semplificazione della prescrizione dei farmaci oppiacei per il dolore severo, approvate in via preliminare dal Consiglio dei Ministri il 19 ottobre 2006 e, a larga maggioranza, dal Senato della Repubblica nella seduta del 12 dicembre 2007. L'interruzione prematura della legislatura non ha consentito, purtroppo, la approvazione definitiva di quel provvedimento, tanto atteso e sollecitato dalla comunità scientifica e professionale, dalle organizzazioni di tutela, dai cit-

tadini come una svolta decisiva per la terapia del dolore nel nostro Paese.

E' noto che ancora oggi, nonostante i progressi compiuti nel corso degli ultimi anni, l'Italia si colloca agli ultimi posti per la prescrizione di questi farmaci. I dati a nostra disposizione ci dicono che ogni anno in Italia circa 160 mila malati muoiono di cancro, ma se calcoliamo le fasi terminali conseguenti ad altre malattie, e le cronicità che richiedono interventi lenitivi del dolore, le persone interessate superano il milione.

Il dolore che caratterizza le fasi terminali della vita e molte malattie croniche è inutile e ingiusto. La scienza afferma, ormai da tempo, che il dolore fine a se stesso va contrastato perché toglie lucidità, compromette la qualità della vita, accresce la solitudine di fronte alla sofferenza, avvicina il desiderio della morte. Combattere il dolore significa anche questo, allontanare il desiderio della morte di fronte ad una grande sofferenza.

Le norme che abbiamo tentato di introdurre:

- consentono al medico di famiglia di utilizzare il ricettario normale, anziché quello speciale, per la prescrizione di farmaci oppiacei per la terapia del dolore, eliminando così qualunque difficoltà di tipo burocratico;
- estendono la prescrizione dei farmaci oppiacei per l'assistenza domiciliare anche al di fuori delle patologie oncologiche e quindi per

*Si chiede  
un impegno  
a far approvare  
immediatamente  
le norme  
sulla prescrizione  
dei farmaci  
oppiacei*

quelle malattie croniche o invalidanti per le quali un'adeguata terapia del dolore è essenziale per garantire una migliore qualità della vita;

- semplificano l'aggiornamento periodico dell'elenco dei farmaci oppiacei che potrà avvenire con decreto ministeriale, sentito il Consiglio superiore di sanità, senza dover ricorrere a modifiche legislative come è invece previsto oggi;
- rendono più agile la gestione dei registri per il controllo del movimento degli stupefacenti ad uso terapeutico facilitando il lavoro dei medici e dei farmacisti.

Per alleviare e combattere efficacemente il dolore abbiamo bisogno, ovviamente di molto altro: di risorse umane, formazione, organizzazione più efficiente dei servizi, e su questo abbiamo investito. Dobbiamo rafforzare la rete di cure palliative, puntando sulla sinergia tra hospice e assistenza a domicilio, entrambi settori sui quali abbiamo orientato, anche grazie al sostegno del Parlamento, risorse finanziarie significative con le due ultime leggi di bilancio.

Abbiamo bisogno, inoltre, di sostenere e promuovere una cultura della lotta al dolore e alla sofferenza

inutili, guardando alla qualità della vita in tutte le fasi della malattia come parte integrante e strutturale dei percorsi assistenziali, tanto quando si sarà costretti a convivere a lungo con una patologia cronica che quando restano pochi mesi di vita. Ma quelle norme possono fare molto, rendendo più semplice il lavoro dei medici prescrittori, e alleggerendo il carico burocratico.

Per tutte queste ragioni vi chiedo di assumere un impegno formale perché quelle misure, chiunque risulti vincitore della competizione elettorale e titolare della azione di governo nella prossima legislatura, siano riprese e approvate dal primo Consiglio dei ministri e possano così riprendere il loro cammino parlamentare. Una misura concreta per impedire che il dolore si trasformi in un impoverimento della dotazione di diritti della persona e per garantire l'eguaglianza di fronte alla sofferenza e alla morte che, ne sono certa, potrà contare sulla sensibilità e sul sostegno di Voi tutti.

Con i più cordiali saluti

**Livia Turco**  
Ministro della Salute  
10 marzo 2008

## **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

*Una sintesi delle posizioni e delle proposte*

## *La sanità che vorremmo nei programmi dei partiti*

**I**n piena campagna elettorale gli schieramenti politici dichiarano le proprie intenzioni sul futuro della sanità italiana. Ecco una sintesi delle varie posizioni rappresentate

Mancano pochi giorni al 13-14 aprile, quando gli italiani andranno di nuovo alle urne per le elezioni politiche. La campagna elettorale è ormai a pieno regime, i leader dei partiti girano in lungo e in largo l'Italia per una sfida politica dagli esiti quanto mai incerti. Se fino a un mese fa c'era la quasi sicurezza di una prevalenza del Partito del Popolo delle Libertà, oggi non è più così: al di là dei sondaggi, la corsa in pullman di Walter Veltroni sta facendo lievitare i consensi attorno al nuovo soggetto politico, il Partito Democratico, al punto che ogni previsione sul risultato finale è davvero impossibile.

Le due maggiori forze in campo, i due partiti di Silvio Berlusconi e di Walter Veltroni, si accusano a vicenda di essersi copiati i programmi, specialmente per la parte relativa all'economia.

Il punto di fondo comunque è che mai come questa volta sembra che i leader dei partiti siano tutti di corsa, da quando Veltroni, lanciando il PD, ha coniato l'espressione "il PD corre da solo", per marcare la separazione con l'ala sinistra dello schieramento che aveva sorretto il governo Prodi. E così corre Veltroni, corre Berlusconi e corrono tutti. Corre Pierferdinando Casini con la sua Unione di

Centro, corre Daniela Santanchè con la Destra, la Lega si gioca la sua partita soprattutto al Nord del Paese, la Sinistra Arcobaleno è riuscita a unificare sotto lo stesso simbolo tutto ciò che esiste 'a sinistra' del PD.

Il confronto tra i leader è a distanza, nei prossimi giorni forse si arriverà a qualche confronto diretto. Il quadro politico, pur se in via di semplificazione, è comunque frammentato e districarsi tra i programmi elettorali è impresa ardua, non tanto per leggerli, quanto per estrarre proposte concrete.

Proviamo a farlo per la parte riguardante la sanità, che è trattata nei programmi con maggiore o minore estensione e con diversa impostazione: discorsiva quella del PD, per punti quella delle altre formazioni politiche.

### **Partito Democratico (PD)**

E' un programma articolato negli ormai famosi 12 punti, all'interno dei quali la parte relativa alla sanità abbraccia i diversi temi di confronto-scontro, comprendendo le cose fatte dal Governo uscente e le cose avviate da portare a compimento. "La sanità italiana è al secondo posto nella graduatoria dell'Organizzazione Mondiale della sanità: ciò è il frutto dell'impianto universalistico del nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che garantisce ai cittadini standard generalizzati di assistenza e presenta centri di eccellenza di livello internazionale. Il SSN è dunque un patrimo-

nio che va valorizzato e rafforzato, correggendo gli squilibri territoriali che limitano il diritto alla salute in alcune Regioni del Paese, specie nel Mezzogiorno, nonché le rigidità organizzative e le lentezze burocratiche che provocano file di attesa e disagi ai cittadini.

1. Modificare – rendendole più trasparenti – le relazioni contrattuali tra Regione ed Aziende ospedaliere, combinando le soluzioni positivamente adottate in alcune Regioni - finanziamento ex ante di un'offerta equilibrata di servizi sul territorio - e quelle fondate sullo sviluppo di un certo grado di concorrenza tra le strutture, tramite la capacità di attirare pazienti. Questo metodo segnalerebbe alla Regione le strutture migliori e quelle con performances peggiori e aiuterebbe a sciogliere il nodo del corretto rapporto tra management ospedaliero e direzione politica.
2. Il governo del PD si impegna a ridurre le liste di attesa, che creano intollerabili differenze tra i cittadini.
3. Il caso delle nomine clientelari e partitiche nella Sanità è quello sotto il mirino dei media, anche se non è certamente l'unico. Per questo il PD sosterrà il ddl predisposto dal governo Prodi sulla "Qualità e sicurezza del SSN".
4. Gli italiani spendono di tasca propria almeno 25-30 miliardi di euro per servizi e prestazioni sanitarie che acquistano sul mercato, specie in aree come l'odontoiatria. È quindi necessario operare per lo sviluppo di un pilastro realizzato su basi complementari, anche attraverso un patto con sindacati e imprese per favorirne l'inserimento nella libera contrattazione. In particolare, è opportuna la crea-

zione di un Fondo odontoiatrico promosso dal pubblico e contribuito volontariamente dai cittadini.

5. È indispensabile una forte iniezione d'innovazione nel sistema. Ad esempio, con la telemedicina. È necessario, per le persone affette da "malattie rare", accrescere l'impegno per la ricerca e per iniziative specifiche. Il programma del PD focalizza poi così la posizione in tema di aborto "Attuare la 194, in tutte le sue parti".

### **Popolo delle Libertà (PdL)**

Il Partito di Berlusconi comprende la Sanità in un progetto più ampio di 'servizi ai cittadini' e si richiama all'esperienza dei cinque anni di governo del centrodestra dal 2001 al 2006, indicando come punti prioritari per la Sanità i seguenti:

- completamento del piano del governo Berlusconi per l'eliminazione delle liste d'attesa;
- incentivazione del rinnovamento tecnologico delle strutture ospedaliere e della realizzazione di nuove strutture, in particolare al Sud, in accordo con le Regioni;
- trasparenza nella scelta dei manager nelle aziende pubbliche sanitarie, con graduatorie che valorizzino il merito e la qualificazione professionale;
- riforma della Legge 180 del 1978 in particolare per ciò che concerne il trattamento sanitario obbligatorio dei disturbati psichici;
- attuazione della legge contro le droghe e potenziamento dei presidi pubblici e privati di prevenzione e di recupero dalle tossicodipendenze.

Il programma presentato a Roma il 29 febbraio contestualizza 'i servizi ai cittadini' nel più ampio scenario

delineato dalle sette missioni per lo sviluppo del Paese, così riassunte: rilanciare lo sviluppo; sostenere la famiglia; più sicurezza, più giustizia; i servizi ai cittadini; il Sud; il federalismo; un piano straordinario di finanza pubblica.

C'è da aggiungere che, nel campo del centrodestra, la Lega, alleata di Berlusconi, non ha nel suo programma un punto specifico riguardante la sanità, ma che, avendo come punto forte e centrale del suo programma il federalismo, è naturale che anche la sanità rientri in una visione delle attribuzioni delle funzioni tra Stato e Regioni nell'ottica federalista.

### **Sinistra Arcobaleno (SA)**

Nel programma in 14 punti della Sinistra Arcobaleno il diritto alla salute e le politiche sociali sono individuati come indici di civiltà. Sinteticamente, il programma delinea così le scelte strategiche per le politiche sociali e per la sanità: "L'Italia destina alla spesa sociale solo il 2,7% del PIL. In Germania, ad esempio, alla spesa sociale viene destinato l'8,3%. Il fallimento e la crisi dei sistemi che hanno introdotto il mercato nella sanità sono la dimostrazione ulteriore che solo il sistema sanitario pubblico e universalistico può dare risposte al bisogno di salute. La Sinistra Arcobaleno propone di adeguare il fondo sanitario nazionale al livello europeo, superare definitivamente i ticket e le liste di attesa, inserire le cure odontoiatriche nei livelli essenziali del sistema sanitario. La Sinistra Arcobaleno propone una legge sulla non autosufficienza finanziando un fondo nazionale per almeno 1,5 miliardi di euro, l'aumento del fondo nazionale per le politiche sociali e l'indicazione di livelli essenziali delle prestazioni per eliminare la di-

varicazione fra regioni ricche e povere. La Sinistra Arcobaleno lancia un piano di asili come cardine della rete dei servizi per le bambine e i bambini".

### **Italia dei Valori (IdV)**

Il Partito di Antonio Di Pietro, che ha come sua mission un programma in "11 punti per cambiare l'Italia" e che fa della difesa della legalità uno dei cardini della propria azione politica, indica per quanto attiene alla sanità alcuni punti molto sintetici, che, però, se perseguiti, potrebbero cambiare radicalmente gli attuali assetti gestionali del sistema sanitario. Ecco:

- Nomine e incarichi nelle Asl e negli ospedali secondo criteri di competenza e professionalità valutati da organi indipendenti.
- Realizzazione di strutture mediche di eccellenza su tutto il territorio nazionale.
- Maggiori finanziamenti alla ricerca medica.

Si aggiunge a questo, una nota-zione riferita all'ambiente: "Per la salute dei cittadini è l'iniziativa che Italia dei Valori porterà nelle maggiori città italiane colpite pesantemente da questo problema. L'obiettivo di questa iniziativa itinerante è informare e sensibilizzare cittadini, amministrazioni pubbliche e organi preposti alla tutela della salute sul tema dell'inquinamento, sulle cause, sugli effetti e sulle possibili soluzioni applicabili alle singole realtà locali. L'inquinamento è un pericolo che minaccia la nostra salute e che può essere combattuto con azioni concrete".

### **La Destra**

La nuova formazione, che candida a premier Daniela Santanché e Francesco Storace a sindaco di Roma, ha elaborato un programma che, per

quanto attiene alla sanità, punta sul 'potenziamento del sistema pubblico, intervenendo per rimuovere tutte le incrostazioni burocratiche, controllando fortemente le spese inutili e rimuovendo i deficit di sistema, ma sempre tenendo al centro della nostra visione il cittadino-paziente, garantendo in particolare ai non abbienti la possibilità di scegliere dove e come farsi curare.

In questo senso, la Destra si batterà sempre perché chi non è nelle condizioni economiche per farlo privatamente possa comunque essere curato e assistito secondo criteri qualitativi e di eccellenza". La Destra sostiene anche l'associazionismo senza fini di lucro, sulla base del principio della meritocrazia.

### Unione di Centro (UDC)

Il raggruppamento, che candida a Premier Pierferdinando Casini, fonda in suo programma su cinque impegni concreti: centralità della famiglia; il merito sopra tutto; difesa della vita; più sicurezza; indipendenza energetica. In questo contesto la parte relativa alla sanità è così riassunta:

- Riaffermazione del servizio sanitario nazionale (SSN), con le sue caratteristiche originarie di universalità e solidarietà.
- Centralità del cittadino-paziente che deve essere posto concretamente nelle condizioni di scegliere liberamente il proprio medico e il luogo di cura.
- Valorizzazione del carattere misto degli erogatori delle prestazioni del SSN, sia di diritto pubblico che di diritto privato, basato su un rap-

porto di emulazione delle esperienze di eccellenza e di vera competizione sul piano dell'efficienza e della qualità.

- Effettiva terzietà del ruolo delle ASL, in modo da premiare i servizi migliori in termini di costi economici e di benefici per la collettività. Le attuali ASL, allo stesso tempo programmatori, erogatori, controllori, controllati e pagatori, a danno della qualità e dell'efficienza, non garantiscono una competizione corretta.
- Programmazione, che oggi non viene esercitata, con due semplici e raggiungibili obiettivi:
  - a) una rete ospedaliera efficiente che ottimizzi le risorse economiche ed umane presenti sia nel pubblico che nel privato, eliminando le strutture superflue;
  - b) il contenimento della spesa mediante una accorta politica delle tariffe.
- Previsione, per il medico di famiglia di un attività ambulatoriale e domiciliare programmata; integrazione della guardia medica, attiva in maniera continua con il servizio 118; revisione della struttura del compenso del medico di famiglia per aumentarne l'indipendenza decisionale.
- Tener fuori la politica dalle scelte di carriera dei medici: previsione di un concorso nazionale per i direttori generali, con graduatoria unica cui attingere per le nomine regionali.

A cura di  
Orfeo Notaristefa

**Sito web dell'Ordine: [www.omceoss.org](http://www.omceoss.org)  
e-mail dell'Ordine: [ordine@omceoss.org](mailto:ordine@omceoss.org)**

**ELENCO DEI MEDICI DISPONIBILI AD EFFETTUARE SOSTITUZIONI  
DI ASSISTENZA PRIMARIA E DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA - ANNO 2008**

n. a.p. pdb	Cognome e nome	anno laurea	indirizzo	cap-città	telefono	cellulare
1 SI SI	ANGIONI EMANUELA	2002	VIA MONTE ATTENTU, 1/G	07100 SASSARI		340/6722455
2 SI NO	ARRU ALESSANDRA RITA	2004	VIA DI VITTORIO, 22	07100 SASSARI		328/9442820
3 SI SI	BRICCHETTO GIOVANNA	1996	VIA DEGLI ORTI, 11	07041 ALGHERO	079/979098	340/7905249
4 SI NO	CUMPOSTU LUCIA	2007	C/O DONEDDU VIA G. GALILEI, 43	07026 OLBIA		320/6442285
5 SI NO	LONGU MARIA GIOVANNA	2003	VIA NAPOLI, 6	07100 SASSARI		349/0714280
6 SI NO	MANUNTA SILVIA, MANUELA	2007	STRADA STATALE n.127, 6	07100 SASSARI	079/276206	340/236412
7 SI SI	MURGIA AGNESE	2002	VIA CACCIONI, 3	07030 CHIARAMONTI		328/7495037
8 SI NO	PETRETTO ROSA SILVIA	2002	S.V. S. MARIA DI LU CARDU	07100 SASSARI	079/298336	349/1984730
9 SI NO	SALARIS MARIA ANTONIA	2006	VIA MANZONI, 4	07040 URI	079/419021	329/9838687
10 SI SI	USAI SONIA	2002	VIA BOTTOLAI, 1	07011 BONO		328/8791277

