

# SASSARI MEDICA



3

ANNO XVII  
LUGLIO 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".*

**IN QUESTO  
NUMERO:**

La responsabilità dei medici.  
No alle condanne preventive

Un gruppo tecnico regionale  
sull'assistenza odontoiatrica

L'assessore Dirindin:  
le strategie per un'alleanza  
fra pubblico e privato

L'etica del dolore  
e della sofferenza

La fine della vita  
e le regole  
fra diritto e non diritto

Rodotà: "Occorre una legge  
semplice ed equilibrata"

Gli Stati generali della professione:  
"I medici per una buona sanità"

L'esercizio di attività sanitaria  
negli studi professionali

Si può pubblicizzare l'attività  
libero-professionale, ma...

Iscrizione volontaria  
alla Fondazione ONAOSI

La diffusione in Italia  
delle medicine  
non convenzionali

Lo stato di applicazione  
della legge 194  
nell'ASL n. 1

Il medico competente:  
il suo ruolo nelle aziende

Come si possono evitare  
gli "errori in medicina"

No alla "vendita"  
delle false speranze

Solidarietà per i fatti  
della Casa di cura  
Santa Rita a Milano

Gli assoluti di tennis  
per medici e odontoiatri

L'abrogazione delle norme  
sulla tracciabilità dei pagamenti

Certificazione medica giustificativa  
dell'assenza per malattia



«Il Riu Mannu nei pressi di Uri, che scorre comunque, anche nei periodi di magra, ci fa pensare alla sanità sassarese e ai suoi operatori, che vanno avanti nonostante tutto»...

Anno XVII - Numero 3  
Luglio 2008

*Direttore responsabile:* Agostino Sussarellu

*Direttore editoriale:* Agostino Sussarellu

*Direzione, Redazione, Amministrazione:*

Via Cavour, 71/B - 07100 Sassari

Tel. 079.234430

Telefax 079.232228

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

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

*Realizzazione editoriale:* Tipografia T.A.S. Srl, Zona Industriale Predda Niedda sud - strada n. 10 - 07100 Sassari Tel./Fax 079.262236 - 079.262221

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

# 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 La responsabilità dei medici. No alle condanne preventive
- 4 Un gruppo tecnico regionale sull'assistenza odontoiatrica
- 7 L'assessore Dirindin: le strategie per un'alleanza fra pubblico e privato
- 10 L'etica del dolore e della sofferenza
- 13 La fine della vita e le regole fra diritto e non diritto
- 16 Rodotà: "Occorre una legge semplice ed equilibrata"
- 19 Gli Stati generali della professione: "I medici per una buona sanità"
- 22 L'esercizio di attività sanitaria negli studi professionali
- 38 Si può pubblicizzare l'attività libero-professionale, ma...
- 40 Iscrizione volontaria alla Fondazione ONAOSI
- 41 La diffusione in Italia delle medicine non convenzionali
- 48 Lo stato di applicazione della legge 194 nell'ASL n. 1
- 52 Il medico competente: il suo ruolo nelle aziende
- 58 Come si possono evitare gli "errori in medicina"
- 59 No alla "vendita" delle false speranze
- 60 Solidarietà per i fatti della Casa di cura di Santa Rita a Milano
- 61 Gli assoluti di tennis per medici e odontoiatri
- 62 L'abrogazione delle norme sulla tracciabilità dei pagamenti
- 65 Certificazione medica giustificativa dell'assenza per malattia
- 66 Richiesta di contrassegno medico in visita domiciliare urgente

*Le garanzie devono essere applicate a ogni cittadino*

## *La responsabilità dei medici*

### *No alle condanne preventive*

**L**a morte di un uomo merita sempre grande rispetto, e questo rispetto è dovuto al signor Giuseppe Casu, morto durante un ricovero nel reparto di psichiatria di Cagliari. Per questo motivo, i consigli direttivi dell'Ordine dei medici di Sassari e di Nuoro intendono esprimere la propria vicinanza alla famiglia del signor Casu e ritengono giusto e doveroso che questa chieda e ottenga le dovute risposte dalla giustizia.

Non intendiamo e non possiamo esprimere pareri sul fatto specifico; la risposta spetta solo ed esclusivamente al tribunale di Cagliari, che saprà esaminare con attenzione i documenti in suo possesso.

Ma alla giustizia, secondo la nostra Carta Costituzionale, ha diritto qualunque cittadino, il quale, anche quando venga sottoposto ad un procedimento penale, è da considerarsi innocente finché non giunga una condanna definitiva.

Così, come qualunque altro cittadino, noi riteniamo debbano essere considerati il dottor Gian Paolo Turri e la dottoressa Maria Cantone.

Per questo motivo, siamo del parere che il provvedimento della ASL n° 8 di Cagliari sia da ritenersi non solo inappropriato, ma anche espressione di un atteggiamento vessatorio nei confronti di un dipendente che, ribadiamo, allo stato attuale, è da considerarsi un cittadino innocente

per quanto concerne il reato che gli viene ascritto.

L'azienda, a nostro avviso, si è arrogata il diritto di sospendere un suo dipendente solo dopo il rinvio a giudizio, indipendentemente dai risultati dell'inchiesta interna, effettuata due anni prima.

Se i fatti evidenziati dall'indagine interna erano così gravi, perché non si è intervenuti subito?

Quanto avvenuto ci preoccupa, poiché la norma del contratto nazionale del lavoro utilizzata per giustificare la sospensione di un dirigente medico fa espressamente riferimento ad avvenimenti che riconoscono una valenza dolosa, mentre in questo caso si tratterebbe di un reato colposo, seppur avvenuto all'interno del rapporto di lavoro.

Questa nostra preoccupazione è condivisa da tutti gli operatori della sanità, visto che negli ultimi anni si va affermando con sempre maggiore frequenza il ricorso alla denuncia per i cosiddetti casi di "malasanità", la cui conseguenza è spesso il rinvio a giudizio per omicidio colposo.

Quasi mai, però, la stampa, che con grande risalto riporta le notizie sulla cosiddetta "malasanità", si preoccupa di diffondere con altrettanto risalto la notizia dell'assoluzione degli operatori, benché ciò succeda nella maggior parte dei casi.

Noi crediamo che l'utilizzo della suddetta norma contrattuale, a cui ha fatto riferimento la ASL n°8, po-

*Il caso  
dei medici  
di Cagliari  
ingiustamente  
sospesi  
dalla ASL n. 8*

trebbe rappresentare un grave precedente e portare a grossi problemi nella sanità pubblica. Infatti, nel caso in cui, come spesso accade, per uno stesso episodio vengano rinviati a giudizio cinque o sei sanitari, qualche infermiere e magari qualche altro operatore, come sarebbe possibile garantire la dovuta assistenza, dopo aver sospeso dal servizio tanti addetti e soprattutto (vista la lungaggine della fase processuale italiana) se la sospensione dovesse durare ben cinque anni?

Per questi motivi, riteniamo non solo che il provvedimento in essere debba essere revocato con decor-

renza immediata, in attesa che il tribunale si esprima in maniera definitiva, ma che, nel contempo, l'assessorato alla sanità esprima con chiarezza quale sia l'interpretazione del contratto di lavoro su questo argomento.

**Agostino Sussarellu**

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

**Luigi Arru**

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

## **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.

*Prevenzione e cura delle patologie della bocca*

## *Un gruppo tecnico regionale sull'assistenza odontoiatrica*

Un gruppo tecnico composto da odontoiatri, odontotecnici, pediatri e medici di base che collaborano con l'assessorato regionale alla sanità per studiare le soluzioni più adeguate a prevenire e curare i problemi della bocca, che spesso sono spie e sintomi, poco ascoltati, di più gravi patologie. A proporre l'istituzione di un tavolo di confronto e programmazione è stato l'assessore regionale alla sanità, Nerina Dirindin, nel corso del convegno organizzato dalla Commissione Albo Odontoiatri dell'Ordine provinciale dei medici sabato 31 maggio nella sala conferenze Promocamera di Sassari. Un incontro a cui hanno partecipato, oltre al presidente della Commissione, Pierluigi Delogu, e all'assessore Dirindin, il presidente dell'Ordine dei Medici Agostino Sussarellu, i manager delle Asl di Sassari, Giovanni Battista Mele, e di Olbia, Giorgio Lenzotti, e l'esponente del Sumai (Sindacato unico medicina ambulatoriale italiana) Vincenzo Gallo.

«Entro giugno dovrà essere costituito il gruppo di lavoro sull'odontoiatria – ha anticipato l'assessore alla Sanità – e nel giro di tre mesi saranno stilate le proposte di cui terremo conto nella programmazione degli interventi: è necessaria una grande alleanza fra i diversi operatori per investire risorse non solo economiche, ma anche culturali in un settore spesso trascurato». Un settore a

cui viene destinato appena l'1,5 per cento del budget della spesa sanitaria nazionale: la Cenerentola della sanità. Con il risultato che solo il 6 per cento del servizio odontoiatrico è fornito dagli ambulatori pubblici, mentre il restante 94 per cento è garantito dagli studi privati.

Uno squilibrio che, considerati gli alti costi delle spese odontoiatriche, come dimostra il rapporto Ceis Sanità 2007 stilato dalla facoltà di Economia dell'università Tor Vergata di Roma, taglia fuori il 70 per cento della popolazione italiana dalle cure delle patologie della bocca con conseguenze spesso disastrose: secondo uno studio condotto sugli abitanti di Torino, il 52 per cento delle persone sopra i 65 anni residenti nel capoluogo torinese è edente, ha cioè completamente perso la dentatura, ed il 70 per cento non ha mai varcato la soglia di uno studio odontoiatrico.

La situazione della nostra isola, dove non esistono statistiche ufficiali, è probabilmente ancora più sconcertante e, se non prevenuta in tempo, rischia di essere ereditata anche dalle generazioni giovani e giovanissime.

Persino i bambini di età inferiore ai tre anni, come emerso nel convegno, oggi soffrono della cosiddetta "carie da biberon", una patologia causata da un'alimentazione errata, eppure per i loro genitori i periodici controlli restano un optional o una soluzione a cui si arriva troppo tardi.

*Collaborazione  
fra odontoiatri,  
odontotecnici,  
medici di base  
e pediatri*

Ma non sono solamente le patologie dentarie a preoccupare i medici, quanto quelle anche indirettamente legate alla bocca: una visita odontoiatrica può servire spesso a identificare un tumore del cavo orale del quale, sebbene sia di facile diagnosi, continuano a morire ancora 6.000 italiani ogni anno.

Studi recenti hanno inoltre dimostrato la relazione diretta tra le malattie paradontali croniche non trattate con quelle cardiovascolari e con il diabete. Esistono ottimi motivi, dunque, per non sottovalutare i propri denti e, nonostante ciò, sia la popolazione italiana sia lo stesso Sistema sanitario nazionale restano pesantemente indietro rispetto ad altri paesi europei, come Svezia o Svizzera, dove la parola d'ordine è "prevenire".

E prevenire è anche la ricetta proposta dal presidente della Commissione Albo Odontoiatri di Sassari Delogu: prevenire per evitare lo sviluppo di gravi patologie della bocca ed abbattere, allo stesso tempo, i costi a carico del sistema sanitario nazionale.

Indispensabile, per Delogu, aprire un dialogo fra i professionisti privati – che garantiscono la quasi totalità dell'assistenza sanitaria odontoiatrica – e gli interlocutori politici, che si trovano nella condizione di dover gestire un settore in cui la scarsità di risorse non consente di soddisfare in modo adeguato la domanda: un appello raccolto dall'assessore alla Sanità che, nello stesso incontro, ha promesso l'apertura del tavolo di lavoro.

Il piano sanitario regionale, che per la prima volta ha dedicato un capitolo alla voce "odontoiatria", come ha evidenziato il presidente dell'Ordine dei Medici di Sassari Agostino

Sussarellu, punta oggi a sanare le situazioni sociali ed economiche più complicate, tagliate fuori dal mercato privato, privilegiando i soggetti in età avanzata – over 65 – e a basso reddito con il progetto della cosiddetta "protesi sociale", che ha assorbito un milione di euro.

Ma è evidente, secondo Delogu, che «quando si interviene a quell'età, è già troppo tardi: il costo sociale, economico e psicologico hanno già raggiunto livelli insostenibili». La soluzione del Presidente della Commissione dell'Albo Odontoiatri passa piuttosto per la prevenzione di primo livello, che significa promuovere campagne di informazione, sensibilizzazione ed educazione alimentare fra i più giovani; stipulare accordi con i liberi professionisti perché siano loro a garantire il servizio sanitario laddove il pubblico non arriva, attraverso strumenti come la detraibilità fiscale delle visite e l'assistenza integrata indiretta che permettano anche alle fasce economicamente più deboli di ricevere cure "di serie A"; effettuare sistematici screening nelle scuole per intercettare i problemi odontoiatrici il prima possibile.

Una proposta, quella degli screening scolastici, già sperimentata dalla Asl n. 1 in alcuni istituti della provincia: «Gli esiti sono stati positivi – ha spiegato il direttore generale della Asl n. 1 di Sassari, Giovanni Mele, convergendo sulla proposta della Commissione dell'Albo Odontoiatri – sarebbe necessario, ora, dare una sistematicità al progetto».

Il manager della Asl n. 2 di Olbia Lenzotti ha posto invece l'accento sulla scarsità delle risorse professionali e umane a disposizione dell'azienda: «Un odontoiatra ogni 30 mila nel distretto di Tempio e uno ogni 60

mila in quello di Olbia». Da qui la richiesta di un potenziamento del personale e di una più capillare distribuzione sul territorio gallurese.

Un appello rilanciato da Vincenzo Gallo, esponente del Sumai (Sindacato unico medicina ambulatoriale italiana) che, nell'evidenziare le lacune del settore odontoiatrico pubblico, ha spiegato che una più capillare operazione di prevenzione e screening sulla popolazione permetterebbe di intercettare non solo banali patologie come la carie, ma malattie ben più gravi.

Proposte, quelle lanciate nel corso del dibattito, che l'assessore regionale alla Sanità ha appuntato con interesse in agenda: campagne di informazione e sensibilizzazione, accordi con gli odontoiatri, i medici di base, i pediatri, incontri a tema nelle scuole, come ha promesso Nerina Dirindin, saranno i prossimi fronti su cui si impegnerà il suo assessorato, secondo strategie elaborate gomito a gomito con chi è impegnato in prima linea nel settore.

Ma l'assessore accarezza anche l'idea di istituire uno o due grandi centri nell'isola appositamente dedicati

alle cure dei denti e della bocca: centri in cui pubblico e privato collaborino secondo modalità ancora tutte da studiare, ma che garantiscano cure d'eccellenza a tutti gli utenti. E ancora, l'assessore propone di far entrare l'odontoiatria nelle neonate Case della Salute, centri polifunzionali dedicati all'assistenza socio-sanitaria di base in cui le cure dentistiche potrebbero trovare uno spazio, ampliando così il ventaglio dell'offerta sanitaria pubblica, fino a oggi avara nel campo della cura odontoiatrica.

Infine, dalla Dirindin è arrivato il richiamo alla necessità di un capovolgimento culturale, che coinvolga operatori sanitari, famiglie e scuole, affiancato a un impegno maggiore sul fronte della programmazione in materia: «Maggiori risorse da sole non servono e non bastano – ha concluso l'assessore – Occorre la collaborazione degli odontoiatri, dei medici di base, dei pediatri, ma anche degli insegnanti e delle famiglie perché comprendano l'importanza della prevenzione. Ed è un compito che ciascun operatore, per il suo ruolo, deve impegnarsi a svolgere».

## **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)**

Prevenzione odontoiatrica e sanità a Sassari

## L'assessore Dirindin: le strategie per un'alleanza pubblico e privato

**L'**assistenza odontoiatrica è la "Cenerentola" della spesa sanitaria pubblica: nella prevenzione e nella cura delle patologie della bocca il Sistema sanitario nazionale investe una minima parte del budget. Come fare, allora assessore Dirindin, un passo in avanti?

**Assessore Dirindin:** *Indubbiamente quello dell'odontoiatria è un settore in cui è necessario investire di più, ma per migliorare l'assistenza non bastano le risorse economiche. Non sempre esiste una relazione diretta fra la quantità dei denari investiti e la qualità dell'assistenza. E' opportuno, in questo come in altri settori, anche un investimento culturale, che coinvolga i medici, le famiglie, gli operatori dei distretti e i vertici delle aziende sanitarie e li impegni a svolgere fino in fondo il proprio ruolo.*

– Da parte sua, l'assessorato regionale alla Sanità cosa può fare?



L'assessore alla sanità Nerina Dirindin

**Assessore:** *Sul fronte della cura, stiamo procedendo al progetto della protesi sociale, che intende sanare la situazione di quella fascia di popolazione in età avanzata (sopra i 65 anni, ndr) e in condizioni di indigenza. Sul fronte della prevenzione, intendiamo promuovere campagne di informazione per sensibilizzare ed educare alla cura dell'alimentazione e della bocca, potenziare le strutture pubbliche per garantire l'assistenza sui problemi odontoiatrici più rilevanti ed incrementare il personale a disposizione. L'odontoiatria potrebbe trovare spazio anche nelle Case della Salute, strutture polifunzionali dislocate sul territorio in cui viene garantita una serie di servizi sanitari di base.*

– Favorevole o contraria alla proposta della Commissione dell'Albo degli Odontoiatri di effettuare screening periodici nelle scuole per prevenire ed educare alla cura dei denti e della bocca?

**Assessore:** *Fermarsi allo screening è insufficiente: una volta individuato il problema, è necessario garantire ai bambini e alle loro famiglie la possibilità di una cura economicamente sostenibile.*

– Come fare, dunque?

**Assessore:** *Un buon progetto sarebbe quello di creare nell'isola dei*

*La riqualificazione delle strutture del Nord Sardegna, i piccoli ospedali, l'Azienda mista*

*centri odontoiatrici d'eccellenza, in cui si realizzi un'alleanza pubblico-privato, in modo da mettere insieme le competenze e le risorse degli uni e degli altri e garantire delle cure di qualità che siano alla portata di tutti i cittadini, riducendo le spese. E' una formula da studiare insieme ai professionisti del settore.*

*Un'alleanza che lei intende inaugurare con il tavolo programmatico sull'odontoiatria.*

**Assessore:** E' necessario il contributo di tutti gli operatori del settore per far funzionare questo settore: le competenze e i suggerimenti di chi opera sul campo sono risorse preziose, per questo abbiamo deciso di coinvolgerli.

– Nonostante i molti punti d'accordo e l'apertura del tavolo programmatico regionale che coinvolgerà gli odontoiatri nello studio delle politiche di prevenzione e assistenza, su un punto lei e la categoria medica siete in netto disaccordo: l'abbattimento delle tariffe per le protesi e per le cure dentarie. Gli odontoiatri sostengono che sulla salute non si può giocare al ribasso, che non si può far entrare la salute nelle logiche di mercato.

**Assessore** *E' noto che in Italia le cure e le protesi dentarie hanno costi superiori a quelli dei vicini paesi europei, tanto che esiste un vero e proprio "turismo della salute": molti italiani si recano all'estero, in Francia o in Svizzera, per acquistare protesi e quant'altro. Eppure non mi risulta che lì la qualità delle cure sia inferiore a quella italiana. Ecco, quello che proponiamo è analizzare i livelli di spesa e comprendere se esistono i margini per abbattere i costi*

*delle cure dentarie senza rinunciare alla qualità, che ovviamente avrà la precedenza.*

– Una formula alternativa per permettere alle fasce di reddito inferiore di accedere ai servizi d'eccellenza senza rinunciare alla qualità sarebbe quella della defiscalizzazione delle cure odontoiatriche. Cosa ne pensa?

**Assessore:** *E' una formula già sperimentata, che tuttavia non funziona: l'agevolazione fiscale è insufficiente, troppo bassa per permettere alle fasce economicamente più deboli di beneficiare delle cure, e finisce così per aiutare semplicemente il ceto medio-alto, che a quelle cure avrebbe potuto comunque accedere.*

– Parliamo, più in generale, della situazione della sanità nel Nord Sardegna: punti di debolezza e punti di forza.

**Assessore:** Il Nord Sardegna è partito da una marcata debolezza. A Sassari era rilevante il degrado delle strutture ospedaliere, mentre Olbia aveva una carenza nell'offerta di servizi sanitari. In entrambi i casi abbiamo cercato di agire nel senso di una forte e decisa riqualificazione sia delle strutture che dei servizi: abbiamo varato il progetto per il nuovo ospedale di Sassari, aperto il primo blocco di quello di Olbia, avviato i lavori per Alghero, ampliato l'offerta dei servizi, gettato le fondamenta per l'azienda mista.

– Azienda mista: quali sono i benefici all'orizzonte per il territorio?

**Assessore:** *Il senso dell'azienda è quello di non sovrapporre, ma raf-*

*forzare e diversificare l'offerta sanitaria per creare un polo di qualità. Per realizzare questo, è però necessario che l'azienda mista trovi un assetto definitivo, in cui ospedale e università si integrino, cosa che fino ad oggi non è stata fatta. L'azienda mista è una grossa opportunità da cogliere, soprattutto per l'università.*

– Per i piccoli ospedali cosa si è fatto e cosa si farà?

**Assessore:** I piccoli ospedali, come quelli di Ittiri e Thiesi, diventeranno ospedali di salute o di comunità: strutture che garantiranno al territorio la cura delle patologie più semplici, non ad alta complessità tecnologica, che invece sarà garantita nei poli ospedalieri maggiori.

– Un tema molto sentito, in una città che ha ancora fresco il ricordo di Giovanni Nuvoli, è quello dell'hospice, un centro per il trattamento dei malati terminali. In Sardegna ne sono previsti tre, con sede a Cagliari, Carbonia e Nuoro. Come mai dalla carta

geografica della terapia del sollievo è esclusa Sassari?

**Assessore:** Effettivamente attualmente Sassari non compare nel progetto di queste strutture. Tuttavia, anche se non esistono ancora dei tempi certi, è previsto che anche in città sia realizzato un hospice.

– Cosa le resta da fare, ancora?

**Assessore:** *Una cosa fondamentale: rafforzare il senso di appartenenza degli operatori sanitari, motivarli.*

– Quale contributo può dare l'Ordine dei Medici per rafforzare la qualità del sistema sanitario nel nostro territorio?

**Assessore:** L'Ordine può essere moderno e propositivo nei confronti del sistema sanitario, come già è quello di Sassari, e rifiutare un atteggiamento parasindacale che non aiuta, ma al contrario ostacola la riqualificazione del sistema sanitario.

## CHIUSURA ESTIVA

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari comunica che gli Uffici dell'Ordine saranno chiusi al pubblico da **lunedì 11 agosto 2008 a venerdì 22 agosto 2008.**

Gli Uffici riapriranno regolarmente **lunedì 25 agosto 2008**

*Gli incontri della “Giornata del Sollievo”*

## *L’etica del dolore e della sofferenza*

**S**quarciare il velo del silenzio intorno al tema della sofferenza, una questione tanto sottovalutata quanto pressante nella vita di milioni di persone, è stato l’obiettivo della conferenza “L’etica del dolore”, organizzata dall’Ordine dei Medici della provincia di Sassari e dal Comitato di Bioetica sabato 24 maggio presso la sala convegni dell’Hotel Grazia Deledda di Sassari.

Il dibattito, inserito nella tre giorni di esposizioni, concerti e incontri dedicati alla “Giornata del Sollievo” voluta dal comitato Ospedale senza dolore e reso possibile grazie alla collaborazione della Fondazione Banco di Sardegna e del Comune di Sassari, che ha incluso l’iniziativa fra gli appuntamenti del maggio sassarese, ha ospitato fra il pubblico i giovani allievi del Liceo classico “Azuni” e dell’Istituto d’Arte “Figari”: un invito, quello rivolto alle scuole superiori, pensato per sensibilizzare i più giovani a una questione che è ancora alla ricerca di risposte mediche ed etiche.

«Per molto tempo – ha sostenuto il presidente dell’Ordine dei Medici Agostino Sussarellu – il dolore è stato considerato un semplice sintomo della malattia, non una malattia in sé, e non ha ricevuto la dignità di una cura adeguata». Eppure il dolore, a partire dalla più banale emicrania, artrite o lombalgia, ha dei costi enormi: ogni anno 500 milioni di giornate lavorative si trasformano in permessi per malattia, che corrispondono a 34 bilioni di euro perduti.

Ma la sofferenza, che per molte persone diventa un male cronico con cui convivere, ha anche delle implicazioni sociali: spesso l’inabilità causata dal dolore può comportare la perdita del lavoro, lo sfaldamento della rete affettiva e quindi la depressione. Un effetto indiretto, quello dell’abbandono della persona sofferente, tanto più presente oggi, come ha sottolineato Mario Oppes, presidente del Comitato di Bioetica, perché la sofferenza e il dolore sono vissuti come limiti della persona, e quindi come tabù.

Un dramma, dunque, da non sottovalutare, né sotto l’aspetto sociale, né sotto quello economico, né tanto meno sotto quello medico. «Compito degli operatori sanitari – ha proseguito il presidente dell’Ordine dei Medici – è credere al paziente e al suo dolore, ascoltarlo ed essere disponibili ad aiutarlo nel percorso di cura e sollievo». Per farlo, è necessario un trattamento farmacologico personalizzato e tarato sul grado di sofferenza della persona: si va dai più banali paracetamolo e farmaci antiflogistici non steroidei, comunemente detti “Fans”, utilizzati per patologie meno gravi, agli oppioidi deboli, per poi arrivare fino ad arrivare alla morfina. Una soluzione, quest’ultima, tanto efficace e potente nella cura quanto poco diffusa nel nostro paese, che nella graduatoria europea risulta terzultimo nell’utilizzo della sostanza, seguito solo da Portogallo e Grecia. Un rapporto invertito rispetto ai paesi poveri, dove la morfina viene utilizzata

*Ormai superato  
il concetto  
di sofferenza  
come espiazione  
di colpa.  
Ancora poco  
diffusa  
l’esperienza  
dell’hospice*

maggiormente per via del suo bassissimo costo. L'Italia preferisce investire in farmaci più blandi piuttosto che negli oppioidi, nonostante sia stato lo stesso Pio XII ad aprire la strada all'uso di questi, ammettendo che «è lecito sopprimere il dolore per mezzo di narcotici». «Anche il cristianesimo ha infatti ormai superato il concetto di sofferenza come espiazione di una colpa, e ritiene giusto cercare una via d'uscita attraverso le cure e le terapie» ha sostenuto Oppes. Nonostante ciò, il quadro scaturito dal convegno è stato quello di un paese che investe in modo episodico e discontinuo sulla terapia del dolore. Ancora poco diffusa, a parte felici eccezioni nel Nord Italia, è oggi l'esperienza dell'hospice, un centro dove vengono ospitati e curati con un percorso appropriato i malati terminali. In Sardegna è stata prevista la creazione di tre hospice, rispettivamente a Cagliari, Nuoro e Carbonia. Sassari attualmente non dispone - ma la speranza è che lo abbia presto - di una struttura simile, anche se in provincia sono presenti cinque centri per il trattamento del dolore: oltre che nel capoluogo, altre quattro strutture si trovano rispetti-

vamente all'Ospedale Marino di Alghero, Ozieri, Olbia e Tempio. Un passo in avanti reso possibile anche grazie alle linee tracciate dal Piano sanitario regionale che dà particolare rilievo al tema delle cure palliative.

E' infatti alla diffusione di centri specialistici e di pratiche sanitarie dedicate alla terapia del dolore che i relatori della conferenza si sono appellati. Un appello a cui si è unito, al termine del dibattito, il sindaco Gianfranco Ganau, nella doppia veste di medico e di primo cittadino, che ha ritenuto «inaccettabile che si possa ancora sostenere che il dolore deve essere subito passivamente e che si abbia paura a utilizzare la morfina in corsia o nelle facultà di Medicina».

L'assessore ai Servizi sociali Cecilia Sechi ha invece invitato gli studenti presenti in sala a promuovere la cultura del sollievo dal dolore attraverso un movimento d'opinione che favorisca un utilizzo sempre più diffuso delle cure palliative negli ospedali. Sullo stesso tema il Comitato di Bioetica ha promosso, in concomitanza con la "Giornata del sollievo", il concorso per le scuole dedicato a Francesco Giuf-

frida, ex presidente del Comitato che sulla questione si è speso molto: a Barbara Tidore, componente del comitato stesso, il compito di illustrare il senso del progetto. E per sensibilizzare gli operatori sanitari al corretto utilizzo delle cure palliative l'Ordine degli infermieri il prossimo 20 settembre organizzerà un corso di formazione sulla terapia del dolore.



Il tavolo della presidenza alla conferenza

## *Scheda/Le radici filosofiche del concetto di dolore*

Due le tradizioni in cui è radicato e cresciuto il concetto occidentale di dolore: quella greca e quella ebraico-cristiana. La prima, da Eschilo a Pindaro, ha raccontato la sofferenza come una pena ineluttabile, da cui l'uomo non può sfuggire. La seconda ha fatto di più: ha dato un senso al dolore, identificandolo nell'espiazione di una colpa e compiendo un'equazione fra sofferenza e giustizia. Da qui le pratiche medievali di autopunizione e flagellazione che leggevano nel dolore una sorta di purificazione. Oggi, l'una e l'altra concezione sono state scardinate, almeno in parte, dalla possibilità di superare la sofferenza attraverso una proposta terapeutica che passa per il progresso tecnico. «E' il progresso tecnico – ricorda Mario Oppes, presidente del Comitato di Bioetica citando il filosofo Salvatore Natoli – ad aver dato all'uomo l'illusione di aver superato il dolore e ad averlo in qualche modo reso un tabù, arrivando all'estrema conseguenza dell'abbandono e dell'isolamento delle persone sofferenti. Il progresso tecnico però può fallire». Ecco dunque l'uomo moderno ripiombare nel limite dato dall'impossibilità di vincere la sofferenza, nonostante gli enormi passi in avanti compiuti dalla medicina e dalla scienza. Ed ecco le parole di Benedetto XVI che ammette il limite: «Dobbiamo fare di tutto per superare la sofferenza, ma eliminarla completamente dal mondo non sta nelle nostre possibilità». Quindi il cristianesimo, che già da tempo aveva abbandonato il concetto biblico del dolore come giusta espiazione di una colpa commessa dall'uomo, cerca un nuovo senso nella sofferenza. E lo trova nella compassione e nella solidarietà che il dolore risveglia nell'uomo che si trova a fare i conti con la malattia dell'altro. Da qui l'interrogativo della Bioetica: “Può il dolore essere ridotto a un non senso che riduce o annulla la dignità della vita?”



Il pubblico ai lavori degli incontri della “Giornata del sollievo”

*Incontro fra giuristi, magistrati, medici, bioeticisti*

## *La fine della vita e le regole fra diritto e non diritto*

«**C**ome un comandante in una scialuppa di naufraghi: è così che mi sono sentito di fronte alla vicenda di Giovanni Nuvoli». Ha esordito così il sostituto procuratore presso il tribunale di Sassari Paolo Piras, magistrato che si è occupato della vicenda dell'ex rappresentante di commercio algherese costretto a letto per sette anni dalla sclerosi laterale amiotrofica, in uno dei passaggi più toccanti dell'incontro di studi che si è svolto a Sassari giovedì 29 maggio in una gremita aula magna dell'Università.

“La vita e le regole. Tra diritto e non diritto” il titolo del convegno organizzato dall'Università di Sassari, la Facoltà di Giurisprudenza, il Dipartimento di Scienze Giuridiche, l'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri, l'Ordine Forense, la Scuola di Dottorato di Ricerca in Scienze Biomolecolari e Biotecnologiche, la Scuola di Dottorato di Ricerca in Diritto ed Economia dei Sistemi Produttivi, la Scuola di Notariato “Salvatore Satta”. Fine della vita, accanimento, terapeutico, eutanasia sono stati i temi analizzati nelle loro diverse sfaccettature da giuristi, magistrati, medici e bioeticisti, culminati nell'intervento di Stefano Rodotà, ordinario di diritto civile all'università La Sapienza di Roma, che alla fine della vita ha dedicato un capitolo della sua opera “La vita e le regole”.

«Come un comandante in una

scialuppa di naufraghi»: le parole del magistrato sono rimbaltate nei diversi interventi dei relatori che hanno lamentato il vuoto legislativo sulla sospensione delle cure richiesta dal paziente, e condiviso l'esigenza di una maggiore certezza delle regole. Che il tema sia sentito a livello sociale, giuridico e politico, lo dimostra del resto il numero elevato di proposte sul testamento biologico presentate in Parlamento: «Ben dieci disegni di legge nella scorsa legislatura e già quattro in quella attuale» come ha sottolineato Vincenzo Ricciuto, docente di Diritto civile presso l'università Tor Vergata di Roma.

Non si discute più del “se” sia opportuno un testamento biologico, dunque, ma del “come” sia necessario strutturarlo: una risposta che ha provato a dare Ernesto Bassi, componente del Consiglio nazionale del Notariato, citando il documento che, due anni fa, la sua organizzazione e la Fondazione Veronesi hanno stilato insieme, per dare una forma al testamento biologico: una prima bozza per permettere ai soggetti di trasmettere le loro scelte future, affidandole eventualmente a un fiduciario, sulla propria volontà di interrompere le cure nel caso estremo in cui venisse a mancare la loro volontà di intendere e di volere. «Già in duecento in tutta Italia hanno stilato questo documento che, sebbene non abbia valore vincolante – spiega Bassi – è indicativo della forte necessità di regola-

*Maddalena Soro,  
vedova di Nuvoli:  
“Giovanni voleva  
che lo aiutassero  
a morire  
con dignità”.*



### Il convegno in aula magna dell'università

mentare la questione». Una questione che si pone ora più che nel passato in quanto come ha sostenuto Rodotà, oggi la vita si è affrancata dalla natura: «Prima erano le leggi della natura a disciplinare la nascita e la morte. Oggi no: il progresso della medicina, l'artificio tecnologico e scientifico hanno reso labile il confine fra la vita e la morte e hanno rimesso la decisione, in alcuni casi, nelle mani degli uomini».

Una totale assenza di una legge a cui appigliarsi in una materia “ad alta densità di diritti fondamentali” è stata denunciata nettamente dal sostituto procuratore Piras, che ha sottolineato come per un magistrato chiamato ad applicare una legge che non esiste sia «difficile e pericoloso ricavare un principio in base alle altre sentenze e ai principi giuridici generali, perché giocano un ruolo fondamentale le sue convinzioni etiche e religiose». Un rischio che ha sottoli-

neato anche il Presidente dell'Ordine dei Medici Agostino Sussarellu, evidenziando l'assenza di norme chiare sul ruolo e sui doveri e diritti del medico davanti alla richiesta del paziente o dei suoi familiari di interrompere le cure: «Mi chiedo se in altre Procure d'Italia – ha affermato Sussarellu – la decisione di assolvere il medico anestesista Mario Riccio, che ha interrotto la ventilazione meccanica a Piergiorgio Welby, sarebbe stata simile». E in ogni caso, è la domanda che arriva dal Presidente dell'Ordine dei Medici, perché non esiste una certezza del diritto che tuteli per un verso i soggetti, ac-

compagnandoli al rispetto di quelli che Rodotà chiama i tragici diritti ultimi, per altro verso i medici, chiamati a rispettare la volontà del paziente senza infrangere una legge che oggi presenta diverse contraddizioni e lascia spazio all'interpretazione dei singoli magistrati? Il Presidente dell'Ordine dei Medici non ha dubbi sulla necessità di una legislazione chiara, che non lasci scampo ad equivoci, che garantisca le persone sulle “direttive anticipate” e i medici sul diritto all'obiezione di coscienza, che rientra nella sfera della più ampia indipendenza professionale. «I casi di Nuvoli e Welby – ha commentato Sussarellu – hanno avuto il merito di risvegliare le coscienze politiche sul tema del rifiuto delle cure», ma il Presidente osserva che si tratta di una questione antica almeno quanto il Codice di deontologia professionale della Provincia di Sassari, il primo in Italia, che all'arti-

colo 4 recitava: “Il medico non prenderà decisioni senza il consenso informato del malato”. Un articolo che, nella sua essenzialità e lungimiranza, prosegue il rappresentante dell’Ordine dei Medici, «è poi sparito da tutti i codici d’Italia». Un articolo a cui, secondo Stefano Rodotà, «sarebbe stato bene ispirarsi in tutti questi anni».

Diffidente sulla possibilità di trovare nell’ordinamento giuridico una soluzione al problema si è detto invece Mario Oppes, Presidente del Comitato di Bioetica di Sassari: incasellare in una legge ciò che è non è consentito «ci porterebbe – ha spiegato Oppes – fuori dalla possibilità di definire di volta in volta ciò che può essere bene e ciò che può essere male». Una tesi sposata anche da Rodotà: per il bioeticista non è necessaria una legislazione restrittiva, che correrebbe il rischio di essere invalidata dalle infinite declinazioni della sofferenza soggettiva e del rifiuto di cure, ma di una linea culturale condivisa che si inserisca, appunto, nello spirito dell’articolo 4 del Codice deontologico dei Medici di Sassari. Rodotà insiste sulla dignità della persona umana come principio e bussola che deve dettare le decisioni che il medico e il magistrato, i due soggetti coinvolti, devono prendere. «E la dignità umana – ha precisato – non è una misura oggettiva e autoritaria». Da qui l’impossibilità di imbrigliarla nella rigidità di una legge. Del resto, secondo il giurista, la nostra Costituzione agli articoli 13 (libertà della persona) e 32 (diritto alla salute), la Costituzione europea all’articolo 1 (“la dignità umana è inviolabile) ma anche il Codice di deontologia del Medici e quello di Biomedicina dell’Unione europea of-

frono sufficienti appigli giuridici per promuovere a pieni voti, nel nostro paese, il principio del rifiuto delle cure, che deve essere letto come rispetto della dignità umana. «Lo stesso Pio XII è stato nettissimo sul tema dell’accanimento terapeutico, definendolo una vera e propria tortura». Tuttavia lui stesso ammette, che esistono ancora dei nervi scoperti nel nostro sistema giuridico: la tutela dei medici che intendano eseguire le volontà del paziente, in primo luogo: «I medici devono poter lavorare senza l’incubo di un’incriminazione penale, ma anche senza continui interventi giuridici che di volta in volta intervengano sul caso». Da qui la necessità di una legislazione sobria e misurata, «non flessibile, a misura di chi giudica, ma adattabile alle esigenze della situazione della persona». «Cerchiamo nel diritto risposte che in alcuni casi può e deve dare, in altri è meglio che non lei dia – ha affermato il giurista – Il diritto non può essere una scorciatoia né un modo per girare la testa dall’altra parte, gettando la responsabilità di scegliere addosso ai medici o ai magistrati». Rodotà ha puntato il dito su quella che ha definito “l’impietosità della politica” e ha invitato a misurare la realtà non ideologicamente, ma «entrando nelle pieghe della vita».

Ed è a Maddalena Soro che è toccato il compito di raccontare con durezza, in conclusione del convegno, le pieghe della vita, il dolore del suo compagno, la sua volontà di “lasciarlo andare” e i suoi ultimi istanti: «Lui desiderava solamente che lo aiutassero a morire con dignità» ed ha rilanciato l’interrogativo: «Che senso ha restare attaccati a una vita impossibile?»

## Fra diritti del malato e tutela del medico

# Rodotà: “Occorre una legge semplice ed equilibrata”

**N**el suo libro “La vita e le regole” lei, professor Rodotà, parla di fine, non di morte. Qual è la differenza?

**Rodotà:** *Fra fine e morte c'è una differenza ed è fondamentale. La “fine” è la fase terminale della vita, ma è ancora pur sempre “vita”, su cui rimane fermo il diritto del soggetto a governarla, perché è parte della sua esistenza ed egli può ancora disporre. La “morte”, invece, è il momento in cui non si ha più la possibilità di decidere.*

– Questa scelta lessicale dunque è un modo per rimarcare il diritto dell'individuo a decidere, eventualmente, nel senso del rifiuto delle cure?

**Rodotà:** *Sì, è un modo per far capire che il morire è un “durare” che va ricompreso nella vita, su cui l'uomo ha ancora il diritto di scegliere.*

– Lei ha sostenuto che eutanasia è un termine superato, che non aiuta nella discussione sulla fine della vita. Perché?

**Rodotà:** *Parlare di eutanasia, come morte di una persona che non lo ha chiesto, è riduttivo e non arriva a comprendere tutte le situazioni che oggi ci troviamo ad affrontare, ben*

*più complicate. C'è una serie di situazioni ancora aperte, come quella di chi chiede volontariamente che le cure siano interrotte o come quella di chi, pur interrompendo le cure, ha la sfortuna di continuare a sopravvivere fra atroci sofferenze. Il diritto non dovrebbe garantire anche questi ultimi, in linea di principio?*

– Lei parla di un diritto non rigido, ma flessibile e adattabile alle situazioni.

**Rodotà:** *Dobbiamo valorizzare i principi giuridici che abbiamo, ma non rendere il diritto invasivo. Non serve, perché le leggi non potranno mai comprendere la complessità delle singole situazioni.*

– Dove è invece necessario che il diritto intervenga a dare delle regole?

**Rodotà:** *Nel caso dei medici, indubbiamente. I medici devono essere messi al riparo dal rischio di incorrere in sanzioni se sono pronti ad eseguire la volontà del paziente nel caso egli rifiuti le cure. Oggi il rischio esiste. Ma è necessaria una legge semplice, che non puntualizzi caso per caso, ma che semplicemente fornisca il principio dell'agire.*

– A proposito dei medici, lei non è d'accordo che, in un'ipotetica legge in materia di “fine vita” e di rifiuto

“Dobbiamo valorizzare i principi giuridici che abbiamo senza rendere invasivo il diritto”



sporre della sua vita, sia qualcun altro a disporne? Non c'è il rischio della medicalizzazione della vita stessa?

**Rodotà:** *Sì, il rischio esiste ed è legato a questo tipo di ragionamento.*

– Un medico come può trovare il confine tra cura, di cui lo stesso Codice di deontologia professionale ammette l'interruzione, e il trattamento di sopravvivenza, che invece non è ammesso interrompere senza rischiare l'incriminazione per omicidio?

### Il giurista Stefano Rodotà

delle cure, il medico abbia diritto all'obiezione di coscienza. Perché?

**Rodotà:** *Il fatto è che, se venisse ammessa l'obiezione di coscienza, chi rifiuta le cure potrebbe essere o costretto a rincorrere per i vari ospedali il medico non obiettore disposto ad aiutarlo oppure ad impugnare la decisione del medico davanti al giudice, e questo va evitato. Certo, si potrebbe ovviare al problema ottenendo che in ogni struttura sanitaria esista almeno un medico capace di assecondare la volontà del paziente o che comunque questo diritto sia garantito senza eccessive difficoltà: questo potrebbe essere un modo equilibrato per salvaguardare gli uni e gli altri.*

– Una corrente di pensiero sostiene "l'indisponibilità" della vita da parte del singolo. Non c'è, però, il rischio che, se il singolo non può di-

**Rodotà:** *Questa è una questione a cui la Commissione Veronesi ha dato una risposta, sostenendo che la cura e il trattamento di sopravvivenza coincidono. Tuttavia questa indicazione non trova una corrispondenza nella giurisprudenza italiana e resta una questione aperta.*

– Testamento biologico: lei sostiene che il problema non sia più il "se", ormai accettato, ma il "come". Può spiegare cosa significa?

**Rodotà:** *Per il testamento biologico deve essere studiata una disciplina opportuna che permetta al soggetto di esprimere la sua volontà, ma è necessario che il documento non diventi una camicia di forza per l'individuo. Deve essere prevista, cioè, la possibilità di una revoca di quella volontà, che deve risultare in modo non equivoco e che deve avere l'assoluta prevalenza.*

– Perché una stessa corrente di pensiero difende “l'artificio”, come lei chiama il progresso medico e scientifico, di fronte alla morte e lo respinge quando aiuta a rendere possibile la nascita, nella procreazione assistita?

**Rodotà:** *C'è una contraddizione indubbiamente, perché l'artificio è inteso per un verso, per l'aiuto alla nascita, come violazione della natura e nell'altro, nella fine, no. Dirò di più: c'è una contraddizione interna anche alla legge 40, in materia di procreazione assistita. La legge sostiene che il trattamento medico per chi si trova in condizione di sterilità è un diritto fondamentale, quindi universale. D'altra parte, la stessa legge nega questo diritto alle donne single, negando loro, cioè, un diritto fondamentale.*

*Questo va contro l'articolo 3 e l'articolo 32 della Costituzione italiana: oltre che una violazione del*

*diritto alla salute, si tratta di una discriminazione in base alla condizione personale della donna.*

– Tornando all'argomento della “fine della vita”, secondo lei il nostro impianto giuridico ha in sé già tutti i presupposti per riconoscere il diritto al rifiuto delle cure. Perché, dunque, si verificano casi come quelli di Welby e Nuvoli?

**Rodotà:** *Perché non sempre vengono applicati quei principi che il nostro diritto contiene già e che già sono stati applicati in altri casi, come quelli delle due donne che hanno rifiutato le cure e sono morte, senza fare scalpore. La cronaca ha parlato di questi casi a posteriori, eppure sia la giurisprudenza che l'attualità, di fatto, avevano dimostrato che le leggi italiane riconoscono il diritto a interrompere e rifiutare le cure.*

## 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.

*In primo piano il caso della clinica Santa Rita*

## *Gli Stati generali della professione:*

### *“I medici per una buona sanità”*

**E'** un segnale forte e deciso quello lanciato dagli oltre settecento medici riuniti il 13 e 14 giugno a Fiuggi nella Prima conferenza nazionale della professione medica organizzata dalla Federazione Nazionale Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri. “I medici per una buona sanità” è stato il titolo issato con orgoglio sui primi Stati generali della professione. Obiettivo: scrollarsi di dosso lo scandalo che ha travolto la clinica Santa Rita, disegnando una serie di misure che mettano al riparo da casi simili.

Non una difesa corporativa della categoria, ma una condanna intransigente nei confronti dei soggetti coinvolti nella vicenda della struttura milanese travolta dall'inchiesta giudiziaria ha aperto i lavori, con il documento elaborato dal Consiglio nazionale della Fnomceo, riunito sempre a Fiuggi il 12 giugno.

I rappresentanti nazionali dei medici che, per bocca del componente della Fnomceo Guido Marinoni, hanno sentito il dovere di chiedere scusa ai cittadini, hanno usato espressioni come «tradimento degli obblighi deontologici e civili» e «piena solidarietà e grande vicinanza a quanti sono stati violentati nei loro diritti di malati» per dissociarsi da quanto è successo.

Parole dure quelle scelte dal Consiglio, che ha chiesto alla magistratura la massima collaborazione per «consentire agli Ordini provinciali

competenti di esercitare con rapidità, rigore e trasparenza, nel rispetto delle disposizioni vigenti, le proprie funzioni disciplinari sui professionisti coinvolti».

Ancora una volta, si legge tra le righe, l'eccessiva debolezza degli strumenti di verifica e controllo hanno permesso che si verificasse un caso come quello del Santa Rita, e ancora una volta gli Ordini hanno chiesto «più incisive competenze in materia di vigilanza e disciplina, svecchiando una normativa troppo datata»: una richiesta messa nero su bianco nel documento conclusivo dei lavori, le dichiarazioni di consenso.

Gli stati generali della professione medica hanno riunito intorno a tavoli tematici non solo i rappresentanti degli Ordini provinciali, ma anche i sindacati medici, le società scientifiche, le università in due giorni di intenso lavoro.

Sul palco di Fiuggi è salito il ministro del Welfare Maurizio Sacconi e i sottosegretari Eugenia Roccella e Francesca Martini, che hanno lanciato segnali di apertura e di distensione, manifestando l'intenzione di riaprire il dialogo sul contratto, scaduto dal 31 dicembre 2005.

Sei i fronti di lavoro aperti nella due giorni e diversi i fili in cui si è dipanata la discussione, ma uno solo il tema centrale: la necessità di un maggiore controllo per evitare che, come ha sostenuto il presidente della Fnomceo Amedeo Bianco, «su si-

stemi complessi come quello della medicina, possano avere la meglio opportunismi.

Ci sono molti eroi fra i medici – ha proseguito Bianco – ma bisogna tutelarsi dalle poche mele marce». “Tutelarsi” per evitare l’inquinamento del rapporto di fiducia tra medico e paziente è stata la parola d’ordine rimbalzata negli interventi dei rappresentanti degli Ordini di tutta Italia. Da Fiuggi Luigi Arru, presidente dell’Ordine di Nuoro, ha lanciato la ricetta britannica: mettere a punto strumenti più efficaci per verificare la qualità dei servizi e dei professionisti. A chi affidare questi strumenti di verifica? «Noi pensiamo che debba essere un organo professionale, non governativo, ad occuparsi dell’autoregolamentazione, attraverso leggi che gliene diano i poteri» ha concluso Arru. Una posizione che riassume quella della maggior parte dei camici bianchi, uniti nel chiedere un cambiamento normativo in materia di autoregolamentazione.

Gli Ordini hanno già pronta una lista di proposte per mettere i cittadini, la loro professione e il sistema sanitario al riparo da cattive pratiche. Fra le soluzioni da adottare, i medici raccolgono il suggerimento della Conferenza Stato-Regioni, rilanciando l’istituzione del risk manager, una figura professionale ad hoc incaricata del controllo e della prevenzione dei rischi, e dell’Osservatorio nazionale che monitori i dati regionali sulla malpractice. Ma è fondamentale soprattutto, come ha dimostrato il caso

MEETING PROFESSIONALE  
DEI MEDICI  
SINDACALI E SCIENTIFICI

PROGRAMMA

Informazioni:  
FNOMCeO  
Piazza Cola di Rienzo 80/A  
00192 Roma

Segreteria  
Amarita Mascotini  
Sesto Francia  
tel. 06 36203210 - 221 - 268  
e-mail: presidenza@fnomceo.it

Segreteria organizzativa  
Giuliana Eusebi  
tel. 06 36203217  
cell. 334 6079428

**I MEDICI  
PER UNA BUONA  
SANITÀ**

1ª CONFERENZA NAZIONALE  
DELLA PROFESSIONE MEDICA

FNOMCeO  
FIUGGI 13-14 GIUGNO 2008

FNOMCeO - ANNO ASSOCIATO  
COM-EMO - GIMOP - CIO MEDICI  
FIMMO - FIMM - SIM - GIOVANI - OMA - SIRMAS  
FISM Federazione Italiana  
Medici Invecchiato - Specialistiche

del Santa Rita, ristudiare la formula dell’accreditamento per le strutture convenzionate con il Sistema sanitario nazionale: i contratti e i benefici economici, secondo l’assemblea platea riunita a Fiuggi, non possono più essere agganciati alla quantità delle prestazioni effettuate – pena rischiare una degenerazione come quella della clinica milanese – ma alla qualità dei servizi e delle professionalità. Anche nella valutazione delle professionalità gli Ordini vorrebbero un maggiore coinvolgimento e, per lo stesso principio meritocratico, propongono di scardinare l’attuale sistema di nomina dei direttori generali delle Asl, per rimetterlo nelle mani di organi imparziali e terzi, in base a procedure pubbliche e trasparenti.

I medici chiedono che nel codice penale venga introdotto il “reato di colpa medica”, presente in tutte le legislazioni del mondo tranne che in quelle italiana e messicana. In questo modo si potrebbe valutare con strumenti appropriati la responsabilità del medico, senza peraltro ledere i

diritti al risarcimento dei pazienti.

A proposito di ciò, il documento ufficiale scaturito dagli Stati generali propone la messa a punto di sistema per il risarcimento dei pazienti che non ricada esclusivamente sui professionisti, ma che obblighi le strutture socio-sanitarie pubbliche e private accreditate a provvedere alla copertura economica della responsabilità professionale di tutti i dipendenti e convenzionati per tutte le attività svolte nelle strutture.

Se ciò questo non sarà fatto, il rischio è che si scivoli sempre più nella “medicina difensiva”, che porta a due distorsioni causate dall'incubo di un possibile errore: quella di far sì che i medici evitino interventi necessari, ma oggettivamente rischiosi, oppure quella di costringere i pazienti a un iter di visite e controlli sempre più lungo e dispersivo – che porta fra l'altro all'intasamento delle liste d'attesa – perché il singolo professionista teme di prendere esclusivamente su di sé la responsabilità della diagnosi e della terapia.

Gli Stati generali hanno poi allargato l'obiettivo sul sistema sanitario nazionale: dito puntato sulle grosse differenze che resistono fra il Nord del Paese e il Sud e le Isole. Da qui la richiesta diretta agli interlocutori politici di un impegno maggiore per riagganciare ad una sanità moderna, efficace ed accessibile quelle parti dell'Italia ancora segnate da disuguaglianze sociali ed economiche che si declinano in quelle migrazioni da regione a regione alla ricerca di cure migliori o, semplicemente, inesistenti nella propria regione.

Necessario, per far funzionare meglio il sistema sanitario, un potenziamento quantitativo e qualitativo delle infrastrutture sanitarie, ma anche

un'umanizzazione della medicina e una maggiore appropriatezza, più che semplice aumento, delle prestazioni: un appello diretto tanto alla responsabilità personale dei medici che dei cittadini.

Ma la due giorni di Fiuggi è servita anche a parlare della giovane generazione di professionisti: no al precariato – un'altra delle distorsioni che ha assunto proporzioni allarmanti, minacciando la qualità dei servizi – sì al numero chiuso nelle università, a una selezione più rigida e a un sapere che si coniughi sempre di più con il saper fare: quindi l'esigenza di dare più spazio alla pratica nelle aule universitarie. E un occhio anche alle donne che, sempre più numerose, si affacciano alla professione, capaci di apportare una differenza che va letta come una ricchezza nell'alleanza e nella relazione terapeutica: «l'approccio della sensibilità femminile – è scritto nelle dichiarazioni di consenso – è in grado di favorire una rinnovata responsabilità sociale e etica».

Proposte, quelle messe sul tavolo dai medici, che hanno incassato un prudente consenso da parte del ministro del Welfare: «A chi dice che basta il mercato – ha affermato Sacconi, alludendo ancora una volta al tema caldo della clinica finita sotto inchiesta – rispondo che il mercato viene dopo, che prima occorre un sistema di garanzie e per questo ritengo che la funzione degli Ordini sia importante e anche per questo il dialogo andrà avanti su tutti i problemi aperti» ha concluso il ministro.

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

# *Le disposizioni emanate dalla Regione Sardegna*

## *L'esercizio di attività sanitaria negli studi professionali*

**L**a Regione autonoma della Sardegna ha emanato le norme di autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie negli studi professionali medici, negli ambulatori medici e negli studi professionali di fisioterapia e le procedure di accreditamento per gli studi professionali di fisioterapia. Le disposizioni sono contenute nell'allegato alla delibera della giunta regionale n. 13/17 del 4 marzo 2008 e si articolano in una premessa e in riferimenti normativi. Il provvedimento riguarda gli studi professionali medici non soggetti ad autorizzazione, gli studi professionali medici e ambulatori medici soggetti ad autorizzazione, gli studi professionali medici, gli ambulatori medici, gli studi professionali di fisioterapia. Vi sono infine le disposizioni sui procedimenti di verifica e attività di vigilanza.

### **1. Premessa**

Il presente provvedimento disciplina i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi nonché le procedure previste per l'ottenimento dell'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie da parte:

- a) degli studi professionali medici, singoli o associati;
- b) degli ambulatori medici;
- c) degli studi professionali di fisioterapia.

Più precisamente, ai sensi del comma 1, dell'articolo 8 ter del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modifiche ed integrazioni, il presente provvedimento si applica "alla costruzione di nuove strutture, all'adattamento di strutture già esistenti e alla loro diversa utilizzazione, all'ampliamento o alla trasformazione nonché al trasferimento in altra sede di strutture già autorizzate" delle tipologie di strutture sanitarie di cui sopra.

Il presente provvedimento non si ap-

plica ai professionisti che, alla data della sua entrata in vigore, già esercitano l'attività libero professionale o sono in possesso dell'autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria ambulatoriale, purché mantengano inalterate le condizioni strutturali, tecnologiche e organizzative.

Per quanto riguarda i requisiti ulteriori per l'accreditamento, per le strutture sub a) e b) si rinvia a quanto previsto dalla DGR 26/21 del 4 giugno 1998; per gli studi professionali di fisioterapia le procedure di accreditamento sono disciplinate dal presente provvedimento.

Più precisamente, il presente provvedimento propone:

- una classificazione delle strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale e degli studi professionali di cui al comma 2 dell'art. 8 ter del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modifiche ed integrazioni;

*I casi in cui sono necessarie o non richieste le autorizzazioni e i procedimenti di verifica e di vigilanza*

- i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi, generali e specifici, necessari per ottenere l'autorizzazione, da parte dei Comuni, all'esercizio delle attività sanitarie;
- le procedure previste per l'ottenimento delle autorizzazioni all'esercizio delle medesime attività;
- le modalità con le quali si intende effettuare la vigilanza sul regolare esercizio delle attività sanitarie e sul mantenimento dei requisiti minimi;
- i requisiti organizzativi strutturali e tecnologici relativi all'autorizzazione all'esercizio e all'accreditamento degli studi professionali di fisioterapia.

La classificazione proposta, che distingue fra studi professionali medici non soggetti ad autorizzazione, studi professionali medici soggetti ad autorizzazione e ambulatori medici soggetti ad autorizzazione, prende in considerazione due elementi distintivi fondamentali:

1. la tipologia di prestazioni erogate, con particolare riguardo alla potenziale pericolosità intrinseca delle stesse o derivata dall'utilizzazione di apparecchiature elettromedicali con parti applicate all'assistito;
2. le modalità organizzative con le quali si erogano le attività sanitarie, con particolare riferimento alla complessità dell'insieme delle risorse (umane, materiali ed organizzative) utilizzate per l'esercizio delle attività.

## 2. Riferimenti normativi

Il DPR 14/01/1997, art. 4, comma 1, lettera b, stabilisce che "le strutture sanitarie che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio" sono tenute a rispettare i requisiti minimi generali e specifici previsti nell'art. 1 del medesimo decreto. Restano ferme le prescrizioni contenute nella normativa nazionale, regionale e nei regolamenti edilizi comunali.

L'art. 4, comma 3, del succitato decreto stabilisce che "le strutture che erogano prestazioni in regime ambulatoriale possono essere distinte a seconda della entità e della tipologia delle prestazioni erogabili e della dotazione strumentale, tecnologica e organizzativa posseduta".

Il decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modifiche ed integrazioni, all'art. 8 ter, comma 1, lettera b, e comma 2, prevede che l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie è richiesta per "strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio", per gli "studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie, ove attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente, individuati ai sensi del comma 4, nonché per le strutture esclusivamente dedicate ad attività diagnostiche, svolte anche a favore di soggetti terzi".

La legge regionale n. 10/2006, all'art. 6, prevede che "la Giunta regionale stabilisce e aggiorna, con pro-

pria deliberazione, i requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte..., sentiti gli ordini professionali e le associazioni professionali maggiormente rappresentative, degli studi professionali, singoli o associati, mono o polispecialistici di cui al comma 2 dell'articolo 8 ter del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modifiche e integrazioni". Le funzioni amministrative concernenti l'autorizzazione all'esercizio è demandata ai Comuni, salvo i casi concernenti le strutture a più elevata complessità la cui competenza è riservata alla Regione.

Il decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modifiche ed integrazioni, all'art. 8 quater, comma 5, prevede che le "Regioni definiscano, in conformità ai criteri generali uniformi ivi previsti, i requisiti per l'accreditamento, nonché il procedimento per la loro verifica, prevedendo, per quanto riguarda l'accreditamento dei professionisti, adeguate forme di partecipazione degli ordini e dei collegi professionali interessati".

La legge regionale n. 10/2006, all'art. 7, comma 3, prevede che ai fini della individuazione dei requisiti per l'accreditamento degli studi professionali, "la Giunta regionale acquisisce il parere degli ordini e dei collegi professionali interessati".

### **3. Studi professionali medici non soggetti ad autorizzazione**

Gli studi professionali medici non soggetti ad autorizzazione sono quelli in cui il professionista eroga prestazioni esclusivamente in regime libero professionale, limitatamente alla sola visita e colloquio con il paziente, escludendo quindi l'utilizzo

di dotazioni tecnologiche con parti applicate e/o impiantistiche che possano determinare un rischio per la sicurezza del paziente. Per tale motivo l'attività non è sottoposta al rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione (parere di compatibilità da parte della Regione) né all'autorizzazione all'esercizio da parte del Comune territorialmente competente.

L'attività del professionista, abilitato all'esercizio della professione, può essere esercitata in qualunque ambiente, anche destinato a civile abitazione, in possesso dei requisiti edilizi ed urbanistici previsti dai vigenti strumenti urbanistici comunali e dalle principali regole di igiene e sicurezza previste dalla vigente normativa in materia. Nello studio professionale medico non soggetto ad autorizzazione non è consentita l'utilizzazione di apparecchiature elettromedicali con parti applicate che possano determinare un rischio per la sicurezza del paziente.

Lo studio professionale medico non soggetto ad autorizzazione non è luogo aperto al pubblico, ai sensi della normativa vigente.

In coerenza con quanto previsto dall'Intesa Stato Regioni del 23/03/2005 per l'esercizio dell'attività sanitaria dei medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, negli studi professionali medici non soggetti ad autorizzazione è consentito erogare unicamente le sotto elencate prestazioni:

- Prelievo ematico
- Medicazione
- Sutura di ferita superficiale
- Rimozione di punti di sutura
- Cateterismo uretrale/vescicale
- Tamponamento nasale anteriore
- Fleboclisi
- Iniezioni endovenose

- Lavanda gastrica
- Iniezioni di gammaglobuline e vaccinazioni
- Agopuntura
- Mesoterapia
- Iniezioni sottocutanee desensibilizzanti
- Infiltrazioni peri e intra articolari
- Esami citologici e colturali (esempio tampone faringeo, tampone vaginale, pap test., etc)
- Rimozione di tappo di cerume
- Toilette di perionichia suppurata
- Drenaggio di ascesso sottocutaneo
- Atti anestesiolgici che non vanno oltre l'anestesia topica o locale

Si precisa che, ai sensi dell'art. 2, comma 6, della DGR 26/21 del 4 giugno 1998, i soggetti privi di autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria non hanno accesso al regime dell'accreditamento.

#### **4. Studi professionali medici e ambulatori medici soggetti ad autorizzazione**

Ai sensi del Dlgs 229/99, all'art. 8 ter, comma 1, lettera b, e comma 2, sono soggetti ad autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie le "strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio", nonché gli "studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie, ove attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente, individuati ai sensi del comma 4, nonché per le strutture esclusivamente dedicate ad attività diagnostiche, svolte anche a favore di soggetti terzi".

Rientrano in tali tipologie gli "studi professionali medici" e gli "ambulatori medici".

In assenza di una precisa definizione giuridica delle due fattispecie da parte della normativa statale e regionale, gli elementi distintivi dello "studio professionale medico" rispetto all'"ambulatorio medico" sono desumibili dalla circolare del Ministero della Sanità n. 77 del 15.04.1968 e dagli orientamenti giurisprudenziali in materia.

In particolare, gli studi professionali medici (SPM) sono strutture nelle quali si esercita un'attività sanitaria in cui il profilo professionale prevale su quello organizzativo, mentre l'ambulatorio medico (AM) è una struttura avente individualità e organizzazione propria, in cui si erogano prestazioni sanitarie di particolare complessità, anche per le attrezzature elettromedicali utilizzate e per le modalità organizzative impiegate.

Di seguito le due tipologie sono considerate separatamente.

##### **4.1 - Studi professionali medici**

Gli Studi Professionali Medici (SPM) sono strutture nelle quali è esercitata un'attività sanitaria in cui il profilo professionale prevale su quello organizzativo. Tale profilo è riscontrabile non solo quando il professionista opera singolarmente, ma anche in presenza di studi associati e comunque quando siano erogate prestazioni, da parte di professionisti abilitati all'esercizio della professione, in regime fiscale di persona fisica. La presenza di personale sanitario non medico non è sufficiente a configurare la struttura come "ambulatorio medico".

Ai sensi della vigente legislazione, il professionista singolo o associato

può erogare prestazioni sanitarie di particolare complessità o che implicino l'utilizzo di apparecchiature elettromedicali con parti applicate che possono comportare un rischio per la sicurezza del paziente.

Dal punto di vista impiantistico (Norme C.E.I. 64-8 sez. 710), l'ambiente operativo si configura di grado non superiore al tipo 1.

Per gli SPM non è previsto il rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione (parere di compatibilità da parte della Regione), mentre è previsto il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio da parte del Comune territorialmente competente.

Ai fini dell'eventuale accreditamento istituzionale, ovvero dell'esercizio dell'attività per conto del Servizio Sanitario Regionale, gli SPM sono sottoposti alla verifica della funzionalità in merito alle esigenze in ambito territoriale, ai sensi dell'art. 7, comma 1, della L.R. 10/2006; in tal caso i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi devono corrispondere a quelli richiesti per l'accreditamento della medicina specialistica dalla DGR 26/21 del 4 giugno 1998.

### **Requisiti minimi strutturali e tecnologici**

Gli Studi Professionali Medici soggetti ad autorizzazione comunale devono essere in possesso dei requisiti generali previsti dalle norme vigenti in materia di:

- Protezione antincendio (D.M. 18/09/2002)
- Protezione acustica (Direttiva 2003/10/CE)
- Sicurezza elettrica (vedi L. 46/90 – D.P.R. 447/91 – Norme C.E.I. 64-8 Sezione 710)
- Sicurezza antinfortunistica e

igiene dei luoghi di lavoro (D.lgs. 626/94 e s.m.i.)

- Protezione dalle radiazioni ionizzanti (per gli studi professionali che utilizzano apparecchiature radiologiche) (D.lgs. 26/05/2000 n. 187)
- Eliminazione barriere architettoniche (D.M. 14/06/1989 n. 236 – con particolare attenzione al capo III art. 7, per quanto riguarda le soluzioni alternative che possono essere proposte per l'adeguamento di strutture ubicate in immobili esistenti e nei quali sia dimostrata l'impossibilità di rispettare i requisiti previsti dalla norma)
- Smaltimento dei rifiuti
- Condizioni microclimatiche
- Impianti distribuzione dei gas medicali
- Materiali esplosivi
- Edilizia ed urbanistica

Gli Studi Professionali Medici soggetti ad autorizzazione comunale devono inoltre essere in possesso dei seguenti requisiti strutturali specifici:

#### *Ambiente operativo*

- Superficie minima interna, escluso i disimpegni e l'eventuale bagno, che può variare da 9 a 14 mq a seconda della tipologia e dell'entità delle attività sanitarie esercitate e comunque con una conformazione planimetrica tale da rendere facilmente gestibile l'esercizio delle attività.
- Illuminazione e ventilazione naturale. La deroga a tale prescrizione è concessa nel caso di attività di diagnostica per immagini o chirurgiche, per le quali ai sensi del D.lgs. 626/94 articoli 9 e 10 può essere previsto l'utilizzo di impianti di aerazione e ventilazione

- artificiali purché gli stessi siano opportunamente dimensionati, realizzati nel rispetto delle massime condizioni di igiene e collegati ad una linea elettrica preferenziale che mantenga sempre efficiente il funzionamento anche in caso di black out.
- Protezione delle pareti con materiali lavabili fino ad un'altezza minima di 2 m.
- Presenza di un lavabo con rubinetteria monocomando.
- Locale o spazio per il deposito dello sporco.
- Locale o spazio per il deposito pulito.
- Dotazione Kit di emergenza e riannatazione.
- Presenza di una zona destinata all'attività amministrativa e di archivio.
- Adeguata illuminazione e ricambio d'aria anche ottenuti artificialmente nel rispetto delle vigenti normative in materia.
- Dotazione di un sistema di illuminazione di emergenza che garantisca un grado di luminosità idoneo all'attività esercitata, ai sensi delle vigenti normative in materia.

### Requisiti minimi organizzativi

In sede di richiesta di autorizzazione all'esercizio dell'attività, gli Studi Professionali Medici soggetti ad autorizzazione devono presentare al Comune territorialmente competente la seguente documentazione:

- relazione sintetica di presentazione della struttura riguardante l'organizzazione, la tipologia e i volumi delle prestazioni, l'organigramma e la dotazione organica comprensiva dei titoli di studio e di specializzazione posseduti del personale medico e/o tecnico specializzato, compresi i relativi certificati di iscrizione all'albo professionale di competenza.

### Documentazione da presentare ai Comuni per l'autorizzazione all'esercizio

Ai fini dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria, gli studi professionali medici sono tenuti a presentare al Comune territorialmente competente la seguente ulteriore documentazione:

- copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore dell'istanza;
- certificato di agibilità specifico per la tipologia dell'attività esercitata.

### Servizi igienici

- Unico servizio igienico nel caso di studio professionale singolo, con accesso da un disimpegno comune sia alla sala d'attesa che all'ambiente operativo. Il servizio deve essere accessibile alle persone con disabilità ai sensi della vigente normativa. In caso di studio professionale associato, frequentato da più professionisti e più pazienti, è prevista la distinzione fra il servizio per gli operatori ed il servizio per gli utenti, quest'ultimo accessibile alle persone con disabilità. Ai sensi delle vigenti normative, il servizio igienico può essere ubicato in locali privi di superfici finestrata purché in possesso di un idoneo sistema di aerazione artificiale che assicuri un minimo di 6 ricambi di volume aria/ora.

### Sala d'attesa

- Superficie adeguata all'utenza prevista e comunque non inferiore ai 9 mq.

- tata, rilasciato dal Comune ai sensi dell'art. 11 del D.M. LL.PP. numero 236 del 14/06/89 e articoli 77 e 82 del D.P.R. 380/01 per gli edifici privati e per gli edifici pubblici o privati aperti al pubblico;
- pianta dei locali, in scala 1:100, quotata, arredata e con indicazione della destinazione d'uso di ogni ambiente;
  - elenco delle apparecchiature elettromedicali utilizzate dallo studio professionale, compresi i programmi di manutenzione e le verifiche di legge per ciascuna di esse;
  - relazione tecnica sulle procedure adottate per lo smaltimento degli eventuali rifiuti speciali;
  - dichiarazione di conformità, rilasciata dalle ditte installatrici dell'impianto elettrico e di climatizzazione, comprensiva degli allegati di legge quali il progetto;
  - copia conforme all'originale della denuncia dell'impianto di messa a terra agli organismi competenti ai sensi del D.P.R. 22 ottobre 2001 n. 462;
  - dichiarazione circa la valutazione dei rischi specifici all'interno della struttura ai sensi della vigente normativa;
  - documento programmatico sulla sicurezza della privacy (legge n. 675 del 31 dicembre 1996 e s.m.i.).

### **Requisiti ulteriori per l'accreditamento**

Gli studi professionali singoli ed associati, mono o polispecialistici, che risultino autorizzati all'esercizio di attività sanitarie e che intendano erogare prestazioni per conto del SSR, devono, ai sensi dell'art. 7 della Legge Regionale n. 10/2006, ottenere dalla Regione l'accreditamento

istituzionale. I requisiti di qualità strutturali, tecnologici e organizzativi, ulteriori rispetto a quelli minimi, necessari per ottenere l'accreditamento degli studi professionali medici, sono gli stessi di quelli già definiti con la D.G.R. n. 26/21 del 4/6/1998 recante "Requisiti e procedure per l'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private in attuazione del DPR 14/1/1997".

Per quanto concerne l'attività di piccola chirurgia, che può essere esercitata in uno studio professionale soggetto ad autorizzazione, con un successivo provvedimento verranno definiti gli ambiti operativi e i relativi requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi. Nelle more dovranno essere applicate per l'autorizzazione all'esercizio le disposizioni normative previste nel D.P.R. 14/01/97, e per il rilascio dell'accreditamento le disposizioni contenute nella DGR 26/21 del 4 giugno 1998.

### **4.2 - Ambulatori medici**

Tenuto conto degli elementi di cui alla circolare del Ministero della Sanità n. 77 del 15.04.1968 e degli orientamenti giurisprudenziali in materia, l'ambulatorio (o il poliambulatorio) medico (AM) è una struttura avente individualità e organizzazione propria, in cui si erogano prestazioni di natura sanitaria caratterizzate dalla complessità dell'insieme delle risorse (umane, materiali ed organizzative) utilizzate.

L'AM è una struttura dotata di soggettività propria, distinta dai professionisti che vi operano, e gestita da persone giuridiche, associazioni o persone fisiche anche se non abilitate all'esercizio delle professioni sanitarie, in cui si riscontrano caratteristiche proprie dell'attività di impresa a

norma dell'articolo 2082 C.C. (attività economica organizzata ai fini dello scambio di beni e servizi) anziché di quelle delle professioni intellettuali ex articolo 2229 C.C. Ne consegue che, ferma restando la responsabilità dei singoli professionisti rispetto all'attività svolta, negli AM è obbligatoria la presenza di un direttore sanitario cui è attribuita la responsabilità del corretto funzionamento della struttura sotto il profilo igienico-sanitario, organizzativo e della sicurezza.

Negli ambulatori medici possono essere effettuate procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare

complessità, nonché prestazioni che possono comportare un rischio per la sicurezza del paziente:

- utilizzo di apparecchiature elettromedicali con parti applicate;
- interventi di chirurgia ambulatoriale;
- prestazioni diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (Radiologia, Risonanza, Tac, Laboratorio analisi per le quali occorrerà rispettare le prescrizioni tecniche previste dalle normative vigenti nell'ambito di ciascuna specifica attività, comprese le linee guida ISPESL).

Dal punto di vista impiantistico (Norme C.E.I. 64-8 sez. 710), l'ambiente operativo è configurato di tipo 1 o 2.

### Requisiti minimi strutturali e tecnologici

Gli Ambulatori Medici soggetti ad autorizzazione comunale devono essere in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente e, per la parte di competenza, dalle disposizioni internazionali in materia di:

- Protezione antincendio (D.M. 18/09/2002)

- Protezione acustica (Direttiva 2003/10/CE)
- Sicurezza elettrica (vedi L. 46/90 – D.P.R. 447/91 – Norme C.E.I. 64-8 Sezione 710)
- Sicurezza antinfortunistica e igiene dei luoghi di lavoro (D.lgs. 626/94 e s.m.i.)
- Protezione dalle radiazioni ionizzanti (per gli Ambulatori medici che utilizzano apparecchiature radiologiche) (D.lgs. 26/05/2000 n. 187).

Eliminazione barriere architettoniche (D.M. 14/06/1989 n. 236 – con particolare attenzione al capo III art. 7, per quanto riguarda le soluzioni alternative che possono essere proposte per l'adeguamento di strutture ubicate in immobili esistenti e nei quali sia dimostrata l'impossibilità di rispettare i requisiti previsti dalla norma)

- Smaltimento dei rifiuti
- Condizioni microclimatiche
- Impianti distribuzione dei gas medicali
- Materiali esplosivi
- Edilizia ed urbanistica

Per gli Ambulatori Medici è previsto, ai sensi dell'art. 8 ter, comma 3, del Dlgs. 229/99, il rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione da parte della Regione (parere di compatibilità) e, ai sensi della Legge regionale n. 10/2006, l'autorizzazione all'esercizio da parte del Comune territorialmente competente.

Per quanto concerne l'autorizzazione alla realizzazione (parere di compatibilità) da parte della Regione, il Comune deve allegare all'istanza i seguenti documenti:

- relazione sintetica di presentazione della struttura riguardante l'organizzazione, la tipologia e volumi delle prestazioni, l'organi-

gramma e la dotazione organica comprensiva dei titoli di studio e di specializzazione posseduti del personale medico e/o tecnico specializzato, compresi i relativi certificati di iscrizione all'albo professionale;

- copia conforme all'originale dell'atto costitutivo della società (ove necessario);
- duplice copia dell'elaborato grafico costituito da una planimetria aggiornata, in scala 1:1000, indicante l'esatta ubicazione della struttura nel territorio comunale in esame.

Per quanto riguarda l'autorizzazione all'esercizio, secondo quanto previsto dall'articolo 8 ter, comma 4 decreto legislativo n. 502 del 1992 e s.m.i., si applicano i requisiti minimi previsti nel D.P.R. 14/01/1997, mentre per quanto concerne l'accreditamento si applicano i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi richiesti dalla DGR 26/21 del 4 giugno 1998.

Le suddette normative sono integrate, nello specifico, dai requisiti di seguito specificati.

#### *Ambiente operativo*

- Superficie minima interna, escluso i disimpegni e l'eventuale bagno, variabile da 12 a 14 mq a seconda della tipologia e dell'entità delle attività sanitarie esercitate e comunque con una conformazione planimetrica tale da rendere facilmente gestibile l'esercizio delle attività svolte.
- Illuminazione e ventilazione naturale.

La deroga a tale prescrizione è concessa nel caso di attività di diagnostica per immagini o chirurgiche, per le quali ai sensi del D.lgs.

626/94, e s.m.i., articoli 9 e 10, può essere previsto l'utilizzo di impianti di aerazione e ventilazione artificiali purché gli stessi siano opportunamente dimensionati, realizzati nel rispetto delle massime condizioni di igiene e collegati ad una linea elettrica preferenziale che mantenga sempre efficiente il funzionamento anche in caso di black out.

- Protezione delle pareti con materiali lavabili fino ad un'altezza minima di 2 m.
- Presenza di un lavabo con rubinetteria monocomando.
- Locale o spazio per il deposito dello sporco.
- Locale o spazio per il deposito pulito.
- Dotazione Kit di emergenza e rianimazione.

#### *Servizi igienici*

- Almeno due servizi igienici, uno per gli operatori e uno per gli utenti, quest'ultimo accessibile alle persone con disabilità. Ai sensi delle vigenti normative può essere ubicato in locali privi di superfici finestrate purché in possesso di un idoneo sistema di aerazione artificiale che assicuri un minimo di 6 ricambi di volume aria/ora.

#### *Sala d'attesa*

- Superficie adeguata al bacino d'utenza e comunque non inferiore ai 9 mq.
- Presenza di una zona destinata all'attività amministrativa e di archivio.
- Adeguata illuminazione e ricambio d'aria anche ottenuti artificialmente nel rispetto delle vigenti normative in materia.

Dotazione di un sistema di illumi-

nazione di emergenza che garantisca un grado di luminosità idoneo all'attività esercitata, ai sensi delle vigenti normative in materia.

Per quanto concerne l'attività di chirurgia ambulatoriale erogabile in un ambulatorio medico soggetto a autorizzazione, con successivo provvedimento verranno definiti l'ambito operativo e i relativi requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi. Nelle more di tale provvedimento, per l'autorizzazione all'esercizio saranno applicate le disposizioni normative previste nel D.P.R. 14/01/97 e per il rilascio dell'accreditamento della DGR 26/21 del 4 giugno 1998.

### **Ulteriore documentazione da presentare ai Comuni per l'autorizzazione all'esercizio**

Ai fini dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria, gli Ambulatori Medici sono tenuti a

presentare al Comune territorialmente competente la seguente ulteriore documentazione:

- copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore dell'istanza;
- certificato di agibilità specifico per la tipologia dell'attività esercitata, rilasciato dal Comune ai sensi dell'art. 11 del D.M. LL.PP. numero 236 del 14/06/89 e articoli 77 e 82 del D.P.R. 380/01 per gli
- edifici privati e per gli edifici pubblici o privati aperti al pubblico;
- pianta dei locali, in scala 1:100, quotata, arredata e con indicazione della destinazione d'uso di ogni ambiente;
- elenco delle apparecchiature elettromedicali utilizzate dallo studio professionale compresi i programmi di manutenzione e le verifiche di legge per ciascuna di esse;

- relazione tecnica sulle procedure adottate per lo smaltimento degli eventuali rifiuti speciali;
- dichiarazione di conformità, rilasciata dalle ditte installatrici dell'impianto elettrico e di climatizzazione, comprensiva degli allegati di legge;
- copia conforme all'originale della denuncia dell'impianto di messa a terra agli organismi competenti ai sensi del D.P.R. 22 ottobre 2001 n. 462;
- dichiarazione circa la valutazione dei rischi specifici all'interno della struttura ai sensi della vigente normativa;
- documento programmatico sulla sicurezza della privacy (legge n. 675 del 31 dicembre 1996 e successive modifiche e integrazioni).

### **Requisiti ulteriori per l'accreditamento**

Gli ambulatori medici che risultino autorizzati all'esercizio di attività sanitarie e che intendano erogare prestazioni per conto del SSR, devono, ai sensi dell'art. 7 della Legge Regionale n. 10/2006, ottenere dalla Regione l'accreditamento istituzionale. I requisiti di qualità, strutturali, tecnologici e organizzativi, ulteriori rispetto a quelli minimi, necessari per ottenere l'accreditamento degli ambulatori medici, sono gli stessi di quelli già definiti con la D.G.R. n. 26/21 del 4/6/1998 recante "Requisiti e procedure per l'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private in attuazione del DPR 14/1/1997".

### **5. Studi Professionali di Fisioterapia**

Gli Studi Professionali di Fisioterapia sono strutture dove possono es-

sere erogate prestazioni terapeutiche riconducibili al profilo professionale del fisioterapista di cui al D.M. 741/94; è previsto l'utilizzo di apparecchiature elettromedicali con parti applicate che possono comportare un certo grado di rischio per il paziente (le Norme C.E.I. 64-8 sez. 710 configurano questa tipologia di struttura come ambiente di tipo 1).

Ai sensi dell'art. 8 ter, comma 3, del D.lgs. 229/99 e della Legge regionale n. 10/2006, per gli Studi Professionali di Fisioterapia è previsto il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie da parte del Comune territorialmente competente.

Per quanto concerne l'accreditamento della struttura da parte della Regione, è prevista la verifica della funzionalità rispetto alla programmazione regionale e in riferimento alle esigenze assistenziali del territorio di competenza, secondo quanto stabilito dall'art. 7, comma 1, della L.R. n. 10/2006.

Per quanto riguarda l'autorizzazione all'esercizio da parte del Comune e l'accreditamento da parte della Regione, si applicano i sotto elencati requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi:

### **Requisiti minimi strutturali e tecnologici**

Gli Studi Professionali di Fisioterapia devono essere in possesso dei requisiti generali previsti dalle norme vigenti e, per la parte di competenza, dalle disposizioni internazionali in materia di:

- Protezione antincendio (D.M. 18/09/2002)
- Protezione acustica (Direttiva 2003/10/CE)
- Sicurezza elettrica (vedi L. 46/90

– D.P.R. 447/91 – Norme C.E.I. 64-8 Sezione 710)

- Sicurezza antinfortunistica e igiene dei luoghi di lavoro (D.lgs. 626/94 e s.m.i.)
- Eliminazione barriere architettoniche (D.M. 14/06/1989 n. 236 – con particolare attenzione al capo III art. 7, per quanto riguarda le soluzioni alternative che possono essere proposte per l'adeguamento di strutture ubicate in immobili esistenti e nei quali sia dimostrata l'impossibilità di rispettare i requisiti previsti dalla norma)
- Smaltimento dei rifiuti
- Condizioni microclimatiche
- Edilizia ed urbanistica.

Inoltre:

- I locali operativi devono essere in possesso dei seguenti requisiti:
  - pavimenti e murature lavabili e disinfettabili.
  - illuminazione e ventilazione naturali; per quanto concerne i box per la terapia fisica strumentale, svolta sul singolo assistito, tali condizioni possono essere ottenute anche con idonei sistemi artificiali.
- Gli impianti tecnologici devono essere realizzati nel rispetto delle vigenti normative (Legge 46/90, D.P.R. 447/91 e Norme C.E.I. 64-8 sez. 710).
- Le apparecchiature elettromedicali utilizzate devono sempre garantire la massima sicurezza nei confronti del paziente e dell'operatore per cui si rende necessario:
  - un elenco aggiornato di ogni apparecchiatura;
  - un piano documentato per la manutenzione ordinaria e straordinaria nonché per le verifiche stabilite dalle vigenti normative in materia.
- La struttura deve disporre di adeguata segnaletica di orientamento esterna e interna.

## Requisiti strutturali

Ai fini dell'autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria, gli Studi Professionali di Fisioterapia devono inoltre disporre di locali e spazi adeguati alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate.

In particolare devono comprendere i seguenti ambienti:

- area di attesa con un adeguato numero di posti a sedere rispetto ai picchi di frequenza degli accessi, con all'interno uno spazio destinato all'attività di accettazione, alle attività amministrative e all'archivio, della superficie minima non inferiore ai 9 mq.
- studio professionale per le attività di riabilitazione avente superficie minima di 9 mq. locale per l'erogazione di prestazioni statiche e dinamiche di gruppo, se previste, avente una superficie minima di almeno 30 mq., per un numero massimo di 8 assistiti
- Box per le attività di terapia fisica strumentale individuale della superficie minima di 5 mq cad., se previste.
- Servizio igienico e locale spazio spogliatoio per gli utenti. Il servizio igienico deve essere accessibile alle persone con disabilità, ai sensi della vigente normativa.

Servizio igienico e locale o spazio spogliatoio per il professionista. Nel caso all'interno della struttura operino più professionisti i locali o spazi spogliatoio devono essere distinti per sesso.

- Spazio per il deposito del materiale pulito
- Spazio per il deposito del materiale sporco
- Spazi per il deposito del materiale d'uso, attrezzature e strumentazioni.

## Requisiti tecnologici

Ai fini dell'autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria, gli Studi Professionali di Fisioterapia devono inoltre essere in possesso di:

- Attrezzature, ove necessarie, per l'erogazione delle varie tipologie di prestazioni terapeutiche.
- Attrezzature elettromedicali per terapie fisiche e strumentali di supporto e completamento all'esercizio terapeutico, se utilizzate.
- Dotazione essenziale per la gestione delle possibili emergenze da parte di personale obbligatoriamente specializzato con corso BLS, comprendente almeno le attrezzature per il pronto soccorso e le rianimazione cardiopolmonare di base (ventilatore manuale tipo Ambu).
- Schedari e/o altri sistemi (cartacei o informatizzati) che consentano la registrazione delle prestazioni e la conservazione della documentazione del paziente.

## Requisiti organizzativi

Ai fini dell'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitaria, gli Studi Professionali di Fisioterapia devono rispettare il seguente requisito organizzativo:

- durante lo svolgimento dell'attività deve essere sempre presente la figura del fisioterapista.

## Requisiti ulteriori per l'accreditamento

Ai fini dell'accreditamento, lo studio professionale di fisioterapia deve essere in possesso dei seguenti requisiti ulteriori:

- il professionista deve certificare il possesso di almeno due anni di attività, presso centri di riabilita-

- zione pubblici o privati accreditati;
- il professionista deve garantire l'aggiornamento professionale continuo, secondo la vigente normativa;
  - le prestazioni terapeutiche devono essere eseguite in riferimento alla diagnosi e alle prescrizioni del medico, in coerenza con la DRG 11/7 del 21 marzo 2006 e successive modificazioni e integrazioni.

### **Documentazione da presentare ai Comuni per l'autorizzazione all'esercizio**

Ai fini dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria, gli Studi Professionali di Fisioterapia sono tenuti a presentare al Comune territorialmente competente la seguente documentazione:

- copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore dell'istanza;
- certificato di agibilità specifico per la tipologia dell'attività esercitata, rilasciato dal Comune ai sensi dell'art. 11 del D.M. LL.PP. numero 236 del 14/06/89 e articoli 77 e 82 del D.P.R. 380/01 per gli edifici privati e per gli edifici pubblici o privati aperti al pubblico;
- pianta dei locali, in scala 1:100, quotata, arredata e con indicazione della destinazione d'uso di ogni ambiente;
- elenco delle apparecchiature elettromedicali utilizzate dallo studio professionale compresi i programmi di manutenzione e le verifiche di legge per ciascuna di esse;
- dichiarazione di conformità, rilasciata dalle ditte installatrici dell'impianto elettrico e di climatizzazione, comprensiva degli alle-

- gati di legge quali il progetto;
- copia conforme all'originale della denuncia dell'impianto di messa a terra agli organismi competenti ai sensi del D.P.R. 22 ottobre 2001 n. 462;
- dichiarazione circa la valutazione dei rischi specifici all'interno della struttura ai sensi della vigente normativa;
- documento programmatico sulla sicurezza della privacy (legge n. 675 del 31 dicembre 1996 e s.m.i.).

### **Documentazione da presentare alla Regione per l'accreditamento**

Ai fini dell'accreditamento, gli Studi Professionali di Fisioterapia sono tenuti a presentare alla Regione la seguente documentazione:

- copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore dell'istanza;
- relazione sintetica di presentazione della struttura riguardante l'organizzazione, la tipologia e volumi delle prestazioni, l'organigramma e la dotazione organica comprensiva dei titoli di studio e professionali posseduti dal professionista;
- duplice copia dell'elaborato grafico costituito da una planimetria aggiornata, in scala 1:100, indicante l'esatta ubicazione della struttura nel territorio comunale in esame;
- quattro copie, di cui una conforme all'originale, dell'autorizzazione all'esercizio rilasciata dal Comune completa dell'elaborato grafico approvato in sede di rilascio della suddetta autorizzazione;
- certificato di agibilità specifico per la tipologia dell'attività esercitata, rilasciato dal Comune ai sensi

# AVVISO IMPORTANTE

In questi giorni è stata inviata a tutti i 3747 iscritti la circolare e il modulo di seguito riportati.

Nella suddetta circolare è precisata l'importanza per l'Ordine di acquisire alcuni dati aggiornati degli iscritti.

Infatti dal gennaio 2008 è partito a regime il programma di Educazione Continua in Medicina (ECM).

L'ECM impone a tutti gli Ordini professionali l'acquisizione di tutte le specifiche anagrafiche e professionali di ogni medico e di ogni odontoiatra in quanto tali dati dovranno essere incrociati con i dati in possesso del COGEAPS (Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie), organismo previsto dal Ministero della Salute per la registrazione dei crediti ECM di tutte le professioni sanitarie.

Inoltre si è ritenuto opportuno richiedere contestualmente l'indicazione della residenza o dell'eventuale domicilio speciale, considerato che continuano a verificarsi molti disguidi postali per mancato aggiornamento dell'indirizzo da parte degli iscritti,

Si precisa che le elevate spese postali non consentiranno un secondo invio della circolare e del modulo.

Il modulo comunque potrà essere scaricato dal presente sito, ritirato presso gli uffici dell'Ordine o utilizzato staccandolo dal n. 3/2008 di Sassari Medica.

Il personale è a disposizione dell'Ordine per tutti i chiarimenti che si ritengono opportuni.

Considerata l'importanza del lavoro intrapreso, si confida nella massima collaborazione di ciascun iscritto.

# ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

ENTE DI DIRITTO PUBBLICO (D.L.C.P.S. 13/9/1946 N. 233)

Prot. n. 2375

Sassari, lì 25 giugno 2008

Ai Medici Chirurghi e agli Odontoiatri  
iscritti all'Ordine della provincia di Sassari

LORO INDIRIZZI

**OGGETTO: richiesta aggiornamento dati per l'anagrafica degli iscritti. Progetto FNOMCeO - ENPAM.**

Egregio a dottor essa

è stata predisposta a cura della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e della Fondazione ENPAM una procedura per la gestione informatizzata dei dati anagrafici e professionali degli iscritti per rendere possibile la connessione con tutti gli altri Ordini, la FNOMCeO, l'ENPAM, il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali ed altre pubbliche Amministrazioni.

Si desidera sottolineare l'importanza di acquisire le informazioni necessarie per completare ulteriormente il processo di allineamento dei dati per la registrazione complessiva dei crediti individuali presso l'anagrafe nazionale ECM precisando che gli Ordini per il tramite della propria Federazione avranno funzioni di verifica e certificazione dei crediti formativi acquisiti dal sanitario.

Pertanto, in allegato, si trasmette il modello di autocertificazione da restituire debitamente compilato.

## IMPORTANTE

Inoltre, si precisa che è obbligatorio fornire all'Ordine professionale l'indirizzo di residenza aggiornato e conforme ai dati fiscali in possesso del Ministero delle Finanze.

Si ricorda che il sanitario DEVE essere iscritto all'Ordine della provincia di residenza o in alternativa all'Ordine della provincia dove esercita la propria attività professionale.

Nel caso in cui l'iscritto eserciti in più province dovrà iscriversi presso l'Ordine provinciale ove svolge l'attività professionale prevalente.

Si prega pertanto di comunicare l'indirizzo di residenza aggiornato e/o di eleggere eventualmente il domicilio speciale compilando in ogni sua parte il modulo trasmesso in allegato.

La provincia di elezione del domicilio speciale non può essere diversa da quella di Sassari e di Olbia-Tempio.

È obbligatorio compilare la parte relativa ai DATI PROFESSIONALI / ECM ESENZIONI ECM.

IL SANITARIO DEVE INDICARE SE ESERCITA O MENO LA PROFESSIONE, QUALI TIPI DI ATTIVITÀ SVOLGE E IN QUALI BRANCHE.

IL SANITARIO, QUALORA DIPENDENTE O CONVENZIONATO, DEVE INDICARE LA AUSL, LA REGIONE E LA DATA DI INIZIO DEL RAPPORTO CON IL SSN.

La scheda allegata, debitamente compilata e sottoscritta, dovrà essere restituita a quest'Ordine nei seguenti modi:

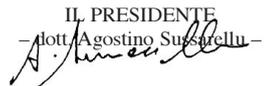
- consegna a mano presso la segreteria di quest'Ordine
- per posta all'indirizzo dell'Ordine via Cavour 71/b - 07100 SASSARI
- per fax al n. 079/ 23 22 28
- per e-mail: anagrafica@omceoss.org

**In ogni caso è obbligatorio allegare fotocopia del documento di identità in corso di validità.**

Nel ringraziare anticipatamente, si raccomanda all'iscritto di fornire il **consenso alla privacy**.

La mancata autorizzazione al trattamento e trasmissione dei dati **impedisce** a quest'Ordine, e agli altri Enti coinvolti nel progetto, il trattamento degli stessi.

Distinti saluti

IL PRESIDENTE  
- dott. Agostino Sussarellu -  


Via Cavour, 71/b - 07100 Sassari  
tel. 079.234430 - fax 079.232228

sito: [www.omceoss.org](http://www.omceoss.org) e-mail: [ordine@omceoss.org](mailto:ordine@omceoss.org)





dell'art. 11 del D.M. LL.PP. numero 236 del 14/06/89 e artt. 77 e 82 del D.P.R. 380/01 per gli edifici privati e per gli edifici pubblici o privati aperti al pubblico;

- elenco delle attrezzature con disposizione spaziale delle stesse ed eventuali programmi di manutenzione;
- dichiarazione di conformità, rilasciata dalle ditte installatrici dell'impianto elettrico e di climatizzazione, comprensiva degli allegati di legge (progetto dell'impianto elettrico);
- copia conforme all'originale della denuncia dell'impianto di messa a terra agli organismi competenti ai sensi del D.P.R. 22 ottobre 2001 n. 462;
- dichiarazione circa la valutazione dei rischi specifici all'interno della struttura;
- certificazione di rispondenza della struttura alle vigenti normative sulla prevenzione degli incendi nelle strutture sanitarie D.M. 18 settembre 2002;
- n. 1 marca da bollo da ? 14,62 per la determinazione di accreditamento.

## 6. Procedimenti di verifica e attività di vigilanza

### Trasmissione dei provvedimenti autorizzativi

I Comuni provvedono a trasmettere copia dei provvedimenti autorizzativi, comprensivi dell'elaborato grafico indicante la situazione di fatto della struttura, all'Assessorato regionale dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale – Direzione generale della Sanità il quale cura la tenuta dell'anagrafe delle strutture autorizzate, in cui siano contenuti i dati necessari all'identificazione di cia-

scuna struttura nonché quelli relativi ai provvedimenti che la riguardano.

Copia di tali provvedimenti autorizzativi è trasmessa anche agli Ordini e Collegi professionali interessati e all'Azienda sanitaria locale competente, che dovrà garantire la vigilanza e l'attività ispettiva sul mantenimento dei requisiti e sul rispetto delle disposizioni in materia di igiene e sanità pubblica, nonché tutti gli altri controlli di competenza previsti dalla vigente normativa in materia di sicurezza.

Nel caso di diniego dell'autorizzazione il richiedente può presentare istanza di riesame, motivandone adeguatamente i presupposti.

### Commissione di vigilanza

La vigilanza sul regolare esercizio delle attività sanitarie e sul mantenimento dei requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi da parte delle strutture sanitarie private è svolta dalle Aziende sanitarie locali rispettivamente competenti per territorio.

Ai fini dello svolgimento dell'attività di vigilanza, in ciascuna Azienda è costituita, con provvedimento del Direttore generale, una Commissione di vigilanza.

La Commissione di vigilanza è così composta:

- a. il responsabile del Dipartimento di Prevenzione, o suo delegato in possesso di competenze igienico-sanitarie, con funzioni di presidente;
- b. un funzionario tecnico, di posizione funzionale non inferiore alla D, esperto in edilizia sanitaria;
- c. un funzionario tecnico, di posizione funzionale non inferiore alla D, esperto in impiantistica e apparecchiature elettromedicali;

- d. un esperto in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro;
- e. un dipendente amministrativo con posizione funzionale non inferiore alla C, con funzioni di segretario.

Per ognuno dei predetti componenti titolari deve essere previsto un componente supplente. La Commissione può essere integrata da esperti individuati dal presidente e nominati di volta in volta, con provvedimento del Direttore generale.

Nel corso della fase istruttoria relativa al rilascio di autorizzazione e per l'espletamento dei compiti di vigilanza, il presidente può delegare uno o più componenti ad effettuare singole procedure di verifica, il cui esito deve essere riferito alla Commissione ai fini, rispettivamente, della formulazione del giudizio finale e della sospensione o revoca dell'autorizzazione.

La Commissione di vigilanza ha sede presso il Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda e dura in carica tre anni dalla nomina.

La Commissione di vigilanza svolge le seguenti funzioni:

- in merito al rilascio delle autorizzazioni, effettua l'ispezione tecnica disposta a seguito della comunicazione dell'avvenuto allestimento dei locali ed esprime il relativo parere;
- in merito alla verifica della permanenza della conformità ai requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi previsti dalle vigenti disposizioni normative, effettua la vigilanza sulle strutture autorizzate, avvalendosi, ove necessario, del supporto di esperti, mediante ispezioni finalizzate;
- in merito all'autorizzazione all'adattamento di strutture già esistenti e alla loro diversa utilizza-

zione, all'ampliamento o alla trasformazione nonché al trasferimento in altra sede di strutture già autorizzate, fornisce parere e può concorrere alla valutazione del progetto.

### **Sospensione e revoca dell'autorizzazione all'esercizio delle attività**

In caso di inadempienze alle disposizioni di legge o alle condizioni apposte nell'atto di autorizzazione accertate dalla Commissione di vigilanza, l'Azienda sanitaria locale comunica al Comune competente le risultanze dei sopralluoghi. Il Comune diffida il titolare della struttura ad eliminare le inadempienze accertate, fissando un congruo termine. Trascorso tale termine senza che il titolare della struttura abbia provveduto, il Comune competente ordina la chiusura temporanea dello studio o dell'ambulatorio o la sospensione della specifica attività cui sono riferibili le inadempienze, fino a quando non siano rimosse le cause che hanno determinato il provvedimento di sospensione, dandone comunicazione all'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale – Direzione generale della Sanità.

Qualora la Commissione di vigilanza accerti che nella struttura autorizzata vengono svolte attività sanitarie non comprese nell'autorizzazione, ne darà comunicazione al Comune competente che diffiderà il titolare della struttura ad interrompere, con effetto immediato, le predette attività.

La sospensione può essere ordinata con effetto immediato, senza la preventiva diffida e la fissazione del termine quando sia necessario provvedere d'urgenza.

La revoca dell'autorizzazione è effettuata con provvedimento del Comune competente, adottato nei seguenti casi:

1. estinzione o volontaria rinuncia della persona giuridica titolare dell'autorizzazione;
2. volontaria rinuncia della persona fisica titolare dell'autorizzazione;
3. decesso della persona fisica titolare dell'autorizzazione e mancata cessione della struttura ad altra persona, fisica o giuridica, entro 180 (centottanta) giorni dal decesso;
4. ripetute infrazioni, accertate dalla Commissione di vigilanza, alle disposizioni di legge o alle condizioni apposte nel provvedimento di autorizzazione, ivi comprese quelle di carattere tecnico;
5. una sola grave violazione, accertata dalla Commissione di vigilanza, delle disposizioni di legge o delle condizioni apposte nel provvedimento di autorizzazione, ivi comprese quelle di carattere tecnico;
6. mancata ottemperanza alla diffida di interruzione dell'attività indicata sopra.

Con successivo provvedimento sarà definito il regime sanzionatorio da applicarsi in caso di comprovate inadempienze rilevate dalla Commissione di Vigilanza.

#### **Modifica della ragione sociale**

Per gli studi professionali non soggetti ad autorizzazione non è necessaria l'autorizzazione alla voltura della ragione sociale.

Per gli studi professionali medici e di altre professioni sanitarie soggetti ad autorizzazione e per gli ambulatori medici, in presenza della condizione di continuità nell'esercizio del-

l'attività precedentemente svolta, non sussistono impedimenti al trasferimento della titolarità dell'autorizzazione e/o dell'accreditamento richiesto. La richiesta di voltura deve essere presentata al Comune territorialmente competente il quale dovrà preventivamente formalizzare una richiesta di parere all'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale – Direzione generale della Sanità.

Se un professionista, che eroga prestazioni sanitarie in forma individuale, presenta istanza di costituzione di una società in accomandita semplice, deve impegnarsi a garantire, in qualità di socio accomandatario, l'erogazione diretta delle prestazioni sanitarie.

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

Il presidente dell'Ordine,

dottor Agostino

Sussarellu, riceve tutti i

martedì pomeriggio

presso la sede

dell'Ordine previo

appuntamento da stabilire

al numero di telefono

079/234430.

## *Si può pubblicizzare l'attività libero-professionale, ma...*

**L**a riforma operata in tema di pubblicità ed informazione sanitaria dal decreto Bersani, nel testo licenziato dal Parlamento in sede di conversione del decreto legge, non ha abrogato la normativa di riferimento (Legge 5 febbraio 1992 n. 175), da considerarsi tuttora in vigore sia in ordine a molti aspetti sostanziali, peraltro confermati ed integrati dalle disposizioni dettate in materia dal Nuovo Codice Deontologico, che a quelli procedurali.

In particolare, secondo l'art. 2 comma 1 intitolato "Disposizioni urgenti per la tutela della concorrenza nel settore dei servizi professionali" di cui al Decreto Legge 04.07.2006 n. 223 (Disposizioni urgenti per il rilancio economico e sociale, per il contenimento e la razionalizzazione della spesa pubblica, nonché interventi in materia di entrate e di contrasto all'evasione fiscale) convertito dalla L. 4-8-2006 n. 248. "In conformità al principio comunitario di libera concorrenza ed a quello di libertà di circolazione delle persone e dei servizi, nonché al fine di assicurare agli utenti un'effettiva facoltà di scelta nell'esercizio dei propri diritti e di comparazione delle prestazioni offerte sul mercato, dalla data di entrata in vigore del presente decreto sono abrogate le disposizioni legislative e regolamentari che prevedono con riferimento alle attività libero professionali e intellettuali:

a) l'obbligatorietà di tariffe fisse o

minime ovvero il divieto di patuire compensi parametrati al raggiungimento degli obiettivi perseguiti.

- b) il divieto, anche parziale, di svolgere pubblicità informativa circa i titoli e le specializzazioni professionali, le caratteristiche del servizio offerto, nonché il prezzo e i costi complessivi delle prestazioni secondo criteri di trasparenza e veridicità del messaggio il cui rispetto è verificato dall'ordine.
- c) il divieto di fornire all'utenza servizi professionali di tipo interdisciplinare da parte di società di persone o associazioni tra professionisti, fermo restando che l'oggetto sociale relativo all'attività libero-professionale deve essere esclusivo, che il medesimo professionista non può partecipare a più di una società e che la specifica prestazione deve essere resa da uno o più soci professionisti previamente indicati, sotto la propria personale responsabilità.

2. Sono fatte salve le disposizioni riguardanti l'esercizio delle professioni reso nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale o in rapporto convenzionale con lo stesso, nonché le eventuali tariffe massime prefissate in via generale a tutela degli utenti.

Il giudice provvede alla liquidazione delle spese di giudizio e dei compensi professionali, in caso di liquidazione giudiziale e di gratuito

*Si fa ancora riferimento alla legge del 1992 e alle disposizioni contenute nel Nuovo Codice Deontologico*

patrocinio, sulla base della tariffa professionale.

Nelle procedure ad evidenza pubblica, le stazioni appaltanti possono utilizzare le tariffe, ove motivatamente ritenute adeguate, quale criterio o base di riferimento per la determinazione dei compensi per attività professionali”.

Dunque, come è possibile evincere dal testo del predetto art. 2 comma 1 del decreto legge Bersani, per il libero professionista (e quindi anche per il medico libero-professionista) è venuto meno il divieto di pubblicizzare la propria attività, il titolo e le specializzazioni possedute, le tariffe applicate e quant’altro concerna l’attività libero professionale. Inoltre, quest’ultimo, pur abrogando il divieto di svolgere pubblicità informativa in materia sanitaria, ha confermato le competenze di vaglio e controllo già affidate all’Ordine, ribadendone il compito di verificare il rispetto dei “criteri di trasparenza e veridicità del messaggio”.

Orbene, secondo quanto stabilito dal comma 2, del medesimo articolo 1, nessuna modifica è intervenuta, in materia di pubblicità nell’ambito delle professioni sanitarie, in relazione ai professionisti con rapporto di lavoro subordinato o convenzionato con il servizio sanitario nazionale, per i quali sussistono ancora i limiti imposti dalla legge n. 175 del 1992.

In particolare rimane in vigore, per questi ultimi quanto previsto dall’art 1 comma 1 secondo cui “la pubblicità concernente l’esercizio delle professioni sanitarie e delle professioni sanitarie ausiliarie previste e regolamentate dalle leggi vigenti è consentita soltanto mediante targhe apposte sull’edificio in cui si svolge l’attività

professionale, nonché mediante inserzioni sugli elenchi generali di categoria e attraverso periodici destinati esclusivamente agli esercenti le professioni sanitarie, attraverso giornali quotidiani e periodici di informazione e le emittenti radiotelevisive locali.”

Sono, inoltre, ancora in vigore i commi successivi in base ai quali : “L’uso della qualifica di specialista è consentito soltanto a coloro che abbiano conseguito il relativo diploma ai sensi della normativa vigente. E’ vietato l’uso di titoli, compresi quelli di specializzazione conseguiti all’estero, se non riconosciuto dallo Stato.” “Il medico non specialista può fare menzione della particolare disciplina specialistica che esercita, con espressioni che ripetano la denominazione ufficiale della specialità e che non inducano in errore o equivoco sul possesso del titolo di specializzazione, quando abbia svolto attività professionali nella disciplina medesima per un periodo almeno pari alla durata legale del relativo corso universitario di specializzazione presso strutture sanitarie o istituzioni private a cui si applicano le norme, in tema di autorizzazione e vigilanza, di cui all’articolo 43 della legge 23 dicembre 1978 n. 833”.

Ricordiamo infine che, alla luce delle disposizioni di cui agli artt. 55, 56 e 57 del Nuovo Codice Deontologico, l’informazione sanitaria può essere pubblicizzata esclusivamente nel rispetto dei principi di “correttezza informativa, responsabilità e decoro professionale”, “escludendo qualsiasi forma anche indiretta di pubblicità commerciale personale o a favore di altri” e previa autorizzazione dell’Ordine competente per territorio.

# *Un'opportunità a tutela delle famiglie dei medici*

## *Iscrizione volontaria*

### *alla Fondazione ONAOSI*

La scadenza per il pagamento del contributo 2008 era fissata per il 31 marzo 2008, ma è comunque possibile in qualsiasi periodo dell'anno aderire e procedere all'iscrizione volontaria.

L'iscrizione all'ONAOSI è una opportunità conveniente ed economica a tutela della famiglia dei Sanitari.

#### **Finalità**

L'attività della Fondazione è finalizzata a obiettivi di solidarietà e assistenza, ha per scopo primario il sostegno, l'educazione, l'istruzione e la formazione, degli orfani, figli legittimi, adottivi o naturali riconosciuti, di medici-veterinari, farmacisti, medici-chirurghi ed odontoiatri, contribuenti obbligatori o volontari, per consentire loro di conseguire un titolo di studio e di accedere all'esercizio di una professione o di un'arte.

#### **Prestazioni e servizi**

- Ammissione in strutture (Collegi e Centri Formativi)
- Contributi in denaro, di carattere ordinario e/o straordinario
- Interventi diretti a favorire la formazione
- Interventi speciali a favore dei disabili
- Assegnazione di alloggi vacanza agli assistiti e non assistiti

#### **Quote contribuzione**

Le quote ONAOSI variano in base al reddito ed alla anzianità ordinaria e vanno da un minimo di E 25,00 annui fino ad un massimo di E 155,00.

La modulistica per l'iscrizione volontaria è reperibile presso le Segreterie degli Ordini oppure scaricabile dal sito internet [www.onaosi.it](http://www.onaosi.it) alla pagina <http://www.onaosi.it/form/nondipendenti.htm>.

Per informazioni il servizio di contatto telefonico ONAOSI risponderà al seguente numero:

848 800 775 (da telefoni fissi al costo di una chiamata urbana)

075/50.05.926 (da telefoni cellulari e dall'estero).

Dal lunedì al giovedì dalle ore 8.30 alle ore 13.30 e dalle ore 15.00 alle ore 17.30; il venerdì dalle ore 8.30 alle ore 13.30.

*Polemiche fra fautori e detrattori*

## *La diffusione in Italia*

### *delle medicine non convenzionali*

**A** fine agosto del 2007 è stata pubblicata in Italia una ricerca dell'ISTAT relativa alle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", che dedica una sezione in particolare alle terapie non convenzionali (spesso identificate anche con l'acronimo MNC Medicine Non Convenzionali).

In esso si legge che, nel 2005, circa 7 milioni 900 mila persone (il 13,6% della popolazione residente) hanno fatto ricorso a metodi di cura non convenzionali, nei tre anni precedenti l'intervista

Tra coloro che preferiscono i rimedi non convenzionali le donne sono il 15,8% (pari a 4.700.000), contro l' 11,2% degli uomini (3.162.000). Tra le terapie convenzionali, la più diffusa risulta essere l'omeopatia, utilizzata dal 7,0% della popolazione; seguono i trattamenti manuali (Chiropratica, Osteopatia) scelti dal 6,4% delle persone; la fitoterapia e l'agopuntura utilizzati rispettivamente dal 3,7 % e dal 1,8% della popolazione e , infine, altri tipi di terapie non convenzionali (0,4%).

La propensione a ricorrere alle terapie non convenzionali aumenta proporzionalmente con l'elevarsi del titolo di studio e del cosiddetto status sociale della professione esercitata (ovvero la maggior parte di quel 13,6 % di pazienti del Medicine non convenzionali è composta da dirigenti, liberi professionisti e impiegati...).

La distribuzione territoriale del ricorso alle Medicine non convenzionali presenta dati non omogenei, si ricorre a queste terapie soprattutto nelle regioni dell'Italia Nord orientale (21,9%), tale percentuale passa al 17,9% nel Nord Ovest, al 13,6 nelle regioni dell'Italia Centrale, al 17% nelle Isole, mentre nel Sud soltanto il 5,4% delle persone dichiara di aver fatto ricorso a queste terapie.

Tra le regioni troviamo al primo posto la Provincia autonoma di Bolzano (34,3%) seguita dalla Valle d'Aosta (24,1%), dal Veneto (23,4%), dalla Provincia autonoma di Trento (22,1%) e dal Friuli Venezia Giulia (21,4%)

Nello stesso rapporto è messo in chiara evidenza che, mentre tra il 1991 e il 1999 l'aumento dell'uso di queste terapie è stato sensibile, tale incremento si è arrestato nel corso degli ultimi 5 anni. Rispetto al 1999-2000, si stima che si sia ridotto di circa un milione, il numero di persone che hanno fatto uso almeno una volta negli ultimi 3 anni di terapie non convenzionali (nel 1999-2000 era pari a circa 9 milioni). La riduzione del numero di coloro che si curano con le Medicine non convenzionali rilevato da questa indagine ha scatenato una "querelle" tra i fautori di queste terapie (operatori sanitari e pazienti) e un agguerrito gruppo di detrattori che annovera tra gli altri il prof. Garattini, famoso farmacologo

*Omeopatia,  
agopuntura,  
fitoterapia,  
medicine  
manuali:  
differenti  
le interpretazioni  
di una ricerca  
dell'ISTAT*

e assiduo frequentatore di studi televisivi. I giornali di larga diffusione e le agenzie di stampa hanno dato risalto a questa univoca interpretazione dei dati ISTAT segnalando un ipotetico declino delle “terapie non convenzionali” e su una preferenza da parte degli “italiani” verso la medicina convenzionale.

Nell’occasione Garattini, continuando la personale crociata contro l’Omeopatia da sempre accusata di essere “una medicina del nulla”, allarga il suo giudizio negativo alle altre medicine non convenzionali (Agopuntura, Fitoterapia, Medicine Manuali) che per storia, meccanismi d’azione, evidenze cliniche nulla hanno a che vedere con la medicina Hahnemanniana. Il professor Garattini ritiene che la diminuzione degli utenti delle Medicine Complementari registrata dall’indagine ISTAT in Italia dipenda dal fatto che “circa 1 milione di cittadini italiani” abbia finalmente realizzato l’inefficacia di una medicina “ basata sulle impressioni anziché sull’evidenza”. Egli attribuisce la “fuga dall’Omeopatia” anche alla presa di posizione di Società scientifiche, associazioni di consumatori ricercatori. Auspica, infine, che vi sia un ripensamento riguardo la necessità di una Legge dello Stato italiano che regolamenti il settore delle Medicine Complementari e che anche la Regione Toscana, che ha scelto di accogliere l’Omeopatia nel Servizio Sanitario Regionale, rivaluti i propri intendimenti. Il parere, malgrado l’autorevolezza del personaggio, è stato da molti accusato di essere basato più sul pregiudizio piuttosto che su attenta valutazione dei dati dell’inchiesta.

In realtà il rapporto ISTAT afferma che è alto il livello di soddisfazione

nei confronti delle terapie non convenzionali da parte degli pazienti. E’ sempre superiore al 60% la quota di quanti dichiarano di aver avuto benefici dai diversi approcci terapeutici utilizzati. Il livello d’istruzione è associato positivamente alla valutazione delle terapie non convenzionali. La quota di persone con titolo di studio elevato che ritengono utili tali terapie è più alta rispetto a quanti hanno conseguito un titolo di studio più basso (58,7% contro il 36,2% tra chi ha conseguito al massimo la licenza elementare).

La percentuale maggiore di scettici nei confronti dell’utilità di questo tipo di trattamenti risiede soprattutto nelle regioni dell’Italia Meridionale, dove è meno diffuso l’utilizzo.

In queste regioni infatti il 59,4% delle persone non ritiene utile nessun tipo di terapia non convenzionale, contro il 45,8% di coloro che vivono nelle regioni dell’Italia Nord orientale. E’ proprio nelle zone dove sono più diffuse le terapie non convenzionali che è maggioritario il giudizio positivo 11,4% nell’Italia Nord Orientale, 6,8% al Centro, solo 2% nell’Italia Meridionale.

E in ogni caso, indipendentemente dal fatto di aver sperimentato direttamente le terapie non convenzionali, la loro percezione nell’opinione pubblica italiana sembra goda di buona salute, dal momento che il 48,8% delle persone ha espresso un giudizio positivo sull’utilità di almeno un tipo di terapia non convenzionale tra agopuntura, omeopatia, fitoterapia e trattamenti manuali, mentre il 51,2% ritiene che nessuno di questi metodi di cura sia utile.

In definitiva sembra che nel suo complesso il rapporto segnali che l’attenzione verso il “non convenzio-

nale” cresca nelle aree economicamente, culturalmente e socialmente più sviluppate e cresca con il livello culturale individuale.

Rimane il fatto che il 13,6% della popolazione italiana si cura anche con le Medicine non convenzionali, otto milioni di nostri concittadini, dopo anni di “sperimentazione” (sono infatti del 1999 - 2000 i dati della precedente indagine ISTAT) continuano a seguire percorsi terapeutici non convenzionali.

Naturalmente, trattandosi di terapie che nella maggior parte del nostro paese non vengono erogate dal SSN, non può essere disconosciuto l'influenza del fattore economico, in una realtà come quella italiana, che ha visto negli ultimi cinque anni una costante contrazione dei consumi dovuta ad una diffusa riduzione del potere di acquisto.

A livello nazionale emerge chiaramente che per quelle categorie di italiani che usufruiscono di casse assistenziali autonome che ammettono a rimborso anche le tecniche delle Medicine non convenzionali la percentuale d'uso di queste ultime è in crescita, lo stesso accade nelle realtà regionali dove più alto è il livello di integrazione delle Medicine non convenzionali nella sanità pubblica, emblematico è il caso della Toscana che è indubbiamente fra le regioni d'Italia quella dove questo processo è più avanzato.

Allora piuttosto che stare ad interrogarsi se il bicchiere è mezzo pieno o mezzo vuoto è possibile fare auspici che istituzioni, ordini e associazioni professionali, forze politiche, nell'ambito delle proprie specifiche competenze, si impegnino per garantire ai cittadini un accesso sostenibile e corretto alle Medicine non

convenzionali e che il dibattito su evidenze scientifiche, efficacia e appropriatezza di queste terapie avvenga tra sostenitori e oppositori con un atteggiamento libero da settarismi o assolutismi ideologici.

## *Fondi integrativi e Medicine non convenzionali*

Alla conclusione del suo mandato il ministro Livia Turco ha lasciato in eredità il nuovo decreto sui Fondi sanitari integrativi. Un nuovo impulso era già venuto dalla Finanziaria 2008 che all'articolo 1, comma 198, aveva ricompreso tra gli oneri deducibili dal reddito i contributi versati ai Fondi integrativi del Ssn, che fossero istituiti o comunque adeguati ai sensi dell'articolo 9 del Dlgs 502/1992. Deducibilità sottoposta poi all'obbligo da parte dei Fondi di erogare prestazioni specifiche in ambiti d'intervento da definirsi con un decreto del ministero della Salute. Il D.M. 19 marzo 2008 "riorganizza" le prestazioni da erogarsi sia da parte dei Fondi sanitari integrativi che da parte di enti, casse e società di mutuo soccorso no-profit abilitate a fornire prestazioni assistenziali integrative a quelle escluse dal SSN. Tra queste sono comprese le prestazioni di Medicina non convenzionale. Un po' confusa la disciplina relativa all'obbligo o meno dell'accreditamento per gli studi o di strutture che erogano prestazioni. Dalla lettura del Dm sembrerebbe emergere un diverso regime a seconda che l'erogazione avvenga da parte dei fondi o da parte di casse o mutue. Il richiamo per i Fondi all'articolo 9 del Dlgs

502/1992 sembrerebbe far propendere per l'ipotesi che i soggetti erogatori debbano essere accreditati, mentre per la quota da erogarsi da parte di casse e mutue dopo il 2010, si afferma che l'erogazione può avvenire anche da parte di non accreditati. Questo rappresenta un nodo di tutto rilievo per le Medicine non convenzionali in quanto è noto che in quasi nessuna Regione la disciplina in materia di accreditamento è "pensata" per il settore delle Medicine non convenzionali e questo certamente non per scelta dei professionisti che praticano queste discipline. Urge chiarire tale aspetto se non si vuole rischiare di aver creato il terzo pilastro per poi non avere soggetti erogatori.

## ***Agopuntura e attivazione cerebrale***

*Questo lavoro, pur non recentissimo, viene presentato in una forma più estesa rispetto agli altri presenti in questa rubrica quale omaggio al professor Ferruccio Fazio, sottosegretario al Welfare con delega alla salute, coordinatore del gruppo di ricerca e tra gli autori della pubblicazione.*

Neuroimage. 2001 Jul; 14 (1 Pt 1):60-6.

### **Acupuncture produces central activations in pain regions.**

Biella G, Sotgiu ML, Pellegata G, Paulesu E, Castiglioni I, Fazio F.

Institute of Neuroscience and Bioimaging, CNR, Segrate, Milan, Italy.

“L'agopuntura è stata recentemente riconosciuta dal National Institutes for Health (NIH) come terapia valida in certe forme di dolore, un riconoscimento che rappresenta un passaporto scientifico per essere

inserita anche nella medicina tradizionale (occidentale) tra i molteplici approcci che trattano il problema dell'alleviamento o dell'eliminazione del dolore...

Ci è sembrato importante definire gli effetti rilevabili sotto forma di attivazioni o di inattivazioni di regioni cerebrali diverse durante una applicazione agopunturale. Secondo il nostro protocollo gli effetti dell'agopuntura si sono voluti osservare in assenza di qualunque sintomatologia algica proprio per evidenziare gli effetti specifici della applicazione e della manipolazione degli aghi...

La tecnica di neuroimmagini usata per i nostri esperimenti è stata la PET (tomografia a emissione di positroni). La PET rileva la posizione di sorgenti di radiazioni costituite da isotopi emittenti legati a molecole marcate iniettate in circolo e distribuite nei diversi distretti del cervello in base all'entità locale del flusso ematico e del metabolismo.

E' stata usata acqua marcata radioattivamente, prodotto che si ottiene bombardando in un acceleratore di particelle, il ciclotrone, atomi di acqua con protoni. In questo modo si marca radioattivamente l'atomo di ossigeno delle molecole di acqua che si trasforma in O2 isotopo altamente instabile. Nel rapido decadimento della radioattività (circa 2 minuti) le molecole emettono i positroni che vengono letti dalla macchina. Essendo l'acqua 'marchata' trasportata col flusso ematico, quanto maggiore è il flusso tanto maggiore dovrà essere la quantità di prodotto marcato presente nelle aree registrate.

Gli esperimenti sono stati eseguiti su 13 volontari maschi adulti (età 21-32 anni). Il protocollo sperimentale prevedeva tre condizioni: Riposo R,

una applicazione di Vera Agopuntura con inserzione e mantenimento di aghi nei punti adeguati (VA), una applicazione di Falsa Agopuntura con inserzione e retrazione degli aghi (FA) in punti non attivi. I soggetti venivano informati che scopo dell'esperimento era il confronto tra due differenti tecniche di agopuntura, allo scopo di eliminare false discriminazioni positive dovute a effetto di suggestione. L'unico effetto dichiarato dai soggetti e considerato accettabile per la prosecuzione degli esperimenti era la sensazione nota agli agopunturisti come da qi, cioè una sorta di sensazione di "rigonfiamento" della zona di applicazione dell'ago. La dichiarazione di percepire una qualunque 'sensazione di dolore' era motivo di interruzione dell'esperimento.

Per VA gli aghi erano inseriti bilateralmente nei punti denominati Zusanli (36 St.) e Qi-ze (5Lu.) a circa 1-2 cm di profondità. Gli aghi, lasciati in situ per 25 minuti, venivano rotati lentamente per brevi periodi durante il tempo di inserzione.

Per FA gli aghi venivano inseriti superficialmente 1 cm laterale ai punti TA e subito estratti.

Un pannello adeguatamente disposto impediva ai soggetti di vedere le procedure sperimentali.

I soggetti erano divisi in 2 gruppi ai quali venivano applicate le sequenze R-VA-R-FA (7 soggetti) oppure R-FA-R-VA (6 soggetti).

Nelle due sequenze venivano effettuate 4 letture PET, la prima a riposo, la seconda 25 minuti dopo l'inserzione degli aghi (VA o FA), la terza a riposo dopo 15 minuti (dopo la rimozione degli aghi in VA), la quarta 25 minuti dopo l'inserzione degli aghi (VA o FA a seconda della sequenza applicata). La tecnica di ac-

quisizione ed elaborazione dei dati è stata ampiamente descritta (2).

Durante l'applicazione della vera agopuntura (VA) il flusso sanguigno regionale era significativamente aumentato nelle seguenti regioni: corteccia cingolata anteriore sinistra (ACC), le insule bilateralmente, il cervelletto bilateralmente, i lobi frontali superiore e mediale.

Una meta analisi dei siti attivati nel dolore acuto e cronico descritti in numerosi studi PET condotti in diversi laboratori nel modo (2, 3, 5), ha mostrato che le due condizioni clinico-sperimentali, identificabili come agopuntura e dolore, hanno in comune l'attivazione delle aree ACC, insule bilaterali, cervelletto.

Durante l'applicazione della falsa agopuntura (FA) il flusso sanguigno regionale era significativamente aumentato nei nuclei del rafe, nell'ipotalamo e nella giunzione sinistra temporo-parietale.

Due risultati molto importanti emergono da questa ricerca. Il primo è la dimostrazione che l'agopuntura ha un substrato funzionale neuroanatomico e che questo è differente nella falsa agopuntura o placebo. Il secondo è che talune strutture attivate dall'agopuntura coincidono con quelle attivate durante l'esperienza sensoriale di dolore (3, 5).

Questo apparente paradosso si può interpretare alla luce delle recenti considerazioni secondo cui l'esperienza sensoriale del dolore coinvolge una rete distribuita o 'matrice' di strutture corticali e sottocorticali e che entro questa matrice la memorizzazione del connotato spaziale e temporale dell'informazione 'dolore' sembra essere legata alla 'frequency coding' cioè al codice di frequenza con cui i segnali viaggiano nella rete.

L'agopuntura, che da un punto di vista fisiologico si può considerare una modalità di stimolazione sensoriale, può indurre in determinate strutture attivazioni con frequenze che disturbano il codice di frequenza riconosciuto dalle stesse strutture come esperienza sensoriale del dolore, di fatto cambia le caratteristiche percettive del segnale annullando il dolore.

## **Agopuntura contro nausea e vomito in gravidanza**

Can Gürkan O, Arslan H.

### **Effect of acupressure on nausea and vomiting during pregnancy.**

Complement Ther Clin Pract. 2008 Feb;14(1):46-52

Lo studio vuole analizzare l'efficacia dell'agopuntura nell'alleviare nausea e vomito durante la gravidanza in soggetti incapaci di ricevere la terapia tradizionale.

Il gruppo di trattamento, di 26 donne, ha ricevuto trattamento con agopuntura per un periodo di 9 giorni con applicazione di bracciali per comprimere il punto P6, mentre il gruppo di controllo ha ricevuto sham-agopuntura. I risultati mostrano un effetto positivo sul gruppo di trattamento, con riduzione di entrambi i sintomi, a sostegno dell'utilità della tecnica.

## **Fisioterapia e agopuntura nel dolore di spalla**

Vas J, Ortega C, Olmo V et al.

### **Single-point acupuncture and physiotherapy for the treatment of**

### **painful shoulder: a multicentre randomized controlled trial.**

Rheumatology (Oxford). 2008 Apr 10.

Questo studio multicentrico randomizzato si propone di valutare l'efficacia dell'agopuntura, associata alla fisioterapia, in pazienti con dolore alla spalla e diagnosi di sindrome subacromiale unilaterale.

I partecipanti hanno ricevuto 15 sessioni di fisioterapia in 3 settimane e una seduta alla settimana di agopuntura o TENS. L'outcome primario è stata la valutazione del Constant-Murley Score per la funzionalità della spalla, 4 settimane dopo la randomizzazione. I risultati hanno mostrato che l'agopuntura in associazione alla fisioterapia aumenta la funzionalità della spalla, diminuendo nello stesso tempo la percezione del dolore. Sono necessari tuttavia ulteriori studi per valutare i risultati ottenuti.

## **MNC su Internet**

Siti o pagine web sulle medicine non convenzionali a cura di istituzioni pubbliche nazionali e internazionali

- **World Health Organization** (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/en/>) sezione dedicata alle medicine non convenzionali
- National Center of Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) USA (<http://nccam.nih.gov/>)
- Office of Cancer Complementary and Alternative Medicine (OC-CAM) - USA (<http://www.cancer.gov/cam/>)
- Regione Toscana (<http://www.sanita.toscana.it/parliamodi/med-non-convenzionali/medicines-non-convenzionali.shtml>) sezione de-

- dicata alle medicine non convenzionali
- Regione Lombardia <http://www.sanita.regione.lombardia.it/medcomplementare/index.asp?id=medcomplementare>) sezione dedicata alle medicine non convenzionali.

## ***Congressi, eventi e seminari*** ***Progetto formativo GSATN 2008***

- **28/29 giugno 2008**  
*L'agopuntura nelle patologie internistiche e muscoloscheletriche: inquadramento clinico e modalità terapeutiche*  
**Docente dottor Piero Ettore Quirico - Corso accreditato ECM N.10 CREDITI - 12 ore di formazione** - Oristano - Hotel Isa Piazza Mariano 50 (tel. per eventuali pernottamenti 0783 360 101/02)  
Il punto di Agopuntura: modalità di repere, infissione e stimolazione - Principali agopunti: metodica di localizzazione ed infissione, indicazioni cliniche e loro combinazioni - Agopuntura clinica: Terapia della spalla dolorosa e nell'epicondilita - Esercizi pratici inerenti gli argomenti trattati. Costo: Euro 275,00
- **27/28 settembre 2008**  
Agopuntura e MTC in ginecologia  
**Docente dottoressa Alessandra Guli**  
**Corso accreditato ECM - 12 ore di formazione**  
Fisiologia della donna: il sangue i ritmi - I messaggi del sangue:semiotica e diagnosi in ginecologia - Dismenorrea - Menorragia - Flusso scarso e/o amenorrea - Sindrome premestruale - 1 caso clinico (paziente presente) - Menopausa - Leucorrea - Prolasso dell'utero - 1 caso clinico (paziente in aula) - Oristano - Hotel Isa Piazza Mariano 50 (tel. per eventuali pernottamenti 0783 360 101/02). Costo Euro 275,00
- **22 novembre 2008**  
Il ginocchio - integrazione tra Agopuntura Auricolare e Agopuntura Somatica  
**Docenti Dott. Ignazio Farci - Dott.ssa Gianna Meconcelli**  
Oristano - Sala conferenze Ordine dei Medici Chirurghi Via Canalis 11 - 8 ore di formazione  
Approccio combinato di agopuntura auricolare e somatica nel trattamento dei principali quadri patologici che interessano il ginocchio. Il trattamento somatico prevede uno schema estremamente semplice, sia nella localizzazione dei punti che nella loro infissione, utilizzabile anche dai colleghi che abbiano solo competenze in auricoloterapia, il cosiddetto inquadramento del ginocchio, che consente anche una rapida distinzione fra forme yin e forme yang e conseguente scelta terapeutica fra tonificazione e dispersione. Trattamento locale con procaina (neuralterapia) - Dimostrazione teorica e pratica sull'utilizzo dell'elettrostimolazione agopunturale.  
8 ore di formazione - Costo: Euro 140,00  
La partecipazione all'intero progetto formativo prevede una riduzione della quota: 3 seminari - 32 ore di formazione - crediti ecm ? 600,00 da versare in 4 rate.  
Gli studenti godono di notevoli sconti - info segreteria organizzativa  
Info segreteria organizzativa GSATN 348 27 58 681 - [gsatnagopuntura@tiscali](mailto:gsatnagopuntura@tiscali)

*Le interruzioni volontarie di gravidanza*

## *Lo stato di applicazione della legge 194 nell'ASL n. 1*

**L**a Commissione per le Pari Opportunità del Comune, di cui sono presidente, e della Provincia di Sassari, presidente Annalisa Pistidda, in collaborazione con l'Assessorato alle politiche sociali del comune di Sassari hanno organizzato per la giornata dell'8 marzo 2007, un convegno dal titolo "La legge 194: la sua applicazione nel nostro territorio" che si è tenuto nella sala Angioy del Palazzo della Provincia.

Con questo evento abbiamo voluto dare una svolta alla discussione sulla problematica delle interruzioni volontarie di gravidanza spostandola dal piano etico e morale, che la aveva contraddistinta negli ultimi mesi, verso quello della effettiva applicazione della legge.

In primo luogo abbiamo cercato di dare una panoramica puntuale della legge 22 maggio 1978, n.194 che, come dice il titolo stesso, contiene le Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza. Non è infatti "la legge sull'aborto", come generalmente viene definita svilendola del suo più ampio significato.

A questo convegno, assolutamente unico nella sua accezione, sono stati invitati a partecipare i responsabili delle strutture sanitarie della ASL 1 nella figura del suo Direttore Generale Giovanni Battista Mele e di Marcello Acciario, direttore sanitario ed David Harris, Antonello Ganau, rispettivamente direttore generale e sa-

nitario della Azienda Mista e l'assessore alla sanità della Regione Sardegna, Nerina Dirindin. I responsabili locali hanno gentilmente declinato l'invito a causa di impegni precedentemente intrapresi per sabato 8 marzo e l'assessore alla Sanità ha inviato un telegramma di scuse per la mancata partecipazione manifestando comunque interesse per l'iniziativa.

Quindi hanno partecipato alla tavola rotonda i responsabili (o loro delegati) delle strutture sanitarie della provincia di Sassari che la legge ha individuato per la sua applicazione nelle persone di:

Maria Laura Azara dirigente medico dei consultori, Antonio Corda responsabile della unità operativa di ginecologia e ostetricia Alghero, Salvatore Dessole direttore della clinica ginecologica ed ostetrica dell'università Sassari, Sebastiano Milia responsabile della unità operativa di ginecologia e ostetricia Sassari, Angelo Multinu responsabile della unità operativa di ginecologia e ostetricia di Ozieri, Vanna Puliga responsabile del servizio di anestesia e rianimazione di Alghero, Giovanni Satta responsabile del servizio di anestesia e rianimazione di Ozieri.

Erano presenti inoltre il presidente dell'Ordine dei Medici della provincia di Sassari, Agostino Sussarellu, l'assessore alle politiche sociali del comune di Sassari Cecilia Sechi, rappresentanti di associazioni e un nutrito pubblico di addetti ai lavori e non solo.

*Una verifica  
della situazione  
nel territorio.  
Le relazioni  
dei responsabili  
delle strutture  
ospedaliere*

Dopo la relazione introduttiva di Maria Antonietta Sale che ha illustrato la legge nei suoi articoli più importanti si sono avvicendati i vari relatori che hanno descritto la realtà dell'applicazione della legge nelle loro strutture.

Ne è emerso un quadro disarmante di non adeguata applicazione della legge che riassumo brevemente.

Per quanto attiene ai consultori sono emerse le seguenti criticità:

**Organici carenti.** Questo comporta che spesso il personale debba operare a scavalco in più sedi rendendo il lavoro d'equipe impossibile.

**Strumentazione inadeguata.** I consultori non sono dotati di ecografo, strumento ormai indispensabile nella diagnostica ginecologica di 1° livello; i personal computer non sono presenti, o se lo sono sono ormai obsoleti.

**Mancata applicazione dell'art. 15 della legge 194/78.** Questo è l'articolo che impegna le regioni, le università e le ASL a promuovere l'aggiornamento del personale sanitario e prevede che le regioni redigano un programma annuale d'aggiornamento e di informazione sulla legislazione statale e regionale, e sui servizi sociali, sanitari e assistenziali esistenti nel territorio regionale.

**Sedi disagiate.** Spesso i consultori sono dislocati in posizione periferica, isolati, non adeguatamente serviti dai trasporti pubblici, da questo consegue la scarsa fruizione da parte dell'utenza.

**Non adeguata pubblicizzazione.** La popolazione non viene sufficientemente informata del fatto che esiste a sua disposizione un servizio consultoriale assolutamente gratuito in grado di fornire risposte alle domande in merito all'educazione ses-

suale e alla maternità responsabile.

**Mancata messa in rete.** Il Consultorio non è collegato con le altre strutture ed operatori sanitari: medici di base, sedi ospedaliere di riferimento e poliambulatori. In questo modo tutte le entità lavorano in modo isolato le une dalle altre, a discapito dell'utenza.

### *Ambito Ospedaliero Sassari*

Per quanto attiene alla clinica ginecologica ed ostetrica dell'università di Sassari diretta da Salvatore Dessole e alla unità operativa di ginecologia e ostetricia dell'ospedale di Sassari di cui è responsabile Sebastiano Milia, esse sono ormai di fatto confluite in un'unica struttura. La clinica ginecologica ha un organico di 11 ginecologi di cui 3 non obiettori (tra questi il direttore) e la ex unità operativa ha un organico di 7 ginecologi di cui 1 non obiettore: il responsabile. Le interruzioni volontarie di gravidanza sono effettuate comunque da un solo medico dell'organico della clinica ginecologica.

Gli anestesisti che ruotano nel servizio sono 12 di cui 6 obiettori, sufficienti, a detta loro, ad assicurare il servizio.

Altra struttura operante a Sassari è il Policlinico Sassarese, struttura privata convenzionata col SSN in cui Paolo Viridis è responsabile della unità operativa di ginecologia e ostetricia. Vi operano 8 ginecologi di cui 2 obiettori e 3 anestesisti di cui 2 obiettori. Le interruzioni volontarie di gravidanza vengono fatte con regolare applicazione della legge.

In sintesi, a Sassari sono presenti 2 strutture sanitarie in grado di garantire le interruzioni volontarie di gravidanza: 1 pubblica, con un solo ginecologo che si fa carico di tutte le

richieste, ed una privata convenzionata.

La situazione più sconcertante però è quella che si registra nei due presidi ospedalieri della ASL.

### ***Ospedale di Alghero***

Il responsabile dell'Unità Operativa di Ginecologia ed Ostetricia è Antonio Corda, e responsabile del servizio di Anestesia è Vanna Puliga.

Sebbene l'ospedale di Alghero sia stato il primo a mettersi a regime dopo la promulgazione della legge, dal 2004 non si eseguono più interruzioni di gravidanza a causa della indisponibilità di anestesisti che sono tutti obiettori. Tra i 6 ginecologi 2 sono obiettori e per quanto riguarda il personale non medico su tre ostetriche ferriste solo una è obiettrice.

### ***Ospedale di Ozieri***

Il responsabile dell'Unità Operativa di Ginecologia ed Ostetricia è Angelo Multinu e l'organico è costituito da 7 ginecologi di cui 3 di ruolo e 4 precari, tutti e i 3 ginecologi di ruolo sono obiettori. Responsabile del servizio di Anestesia è Giovanni Satta.

In questo ospedale non si sono mai praticate interruzioni di gravidanza. Gli operatori sanitari asseriscono che non c'è richiesta o se qualche donna decide di interrompere la gravidanza chiede loro di essere mandata in altro presidio, lontano da Ozieri per motivi di tutela della privacy.

Dall'analisi della situazione sopra-descritta, a trent'anni dall'entrata in vigore della legge 194/78 emerge un quadro inquietante di non corretta applicazione di una legge dello Stato nella ASL1.

Vengono addotte le motivazioni

più disparate per giustificare in qualunque modo il fatto che di una legge dello stato, tanto difficilmente conquistata, si dispone con discrezionalità senza peraltro garantirne l'osservanza.

A Sassari nella struttura pubblica sebbene tutto il carico delle interruzioni di gravidanza gravi su un solo medico comunque il servizio è garantito.

Ad Alghero, per il mancato coordinamento e le incomprensioni intercorse negli anni scorsi tra due categorie di medici, ginecologi ed anestesisti, dal 2003 si è assistito alla interruzione della erogazione del servizio. Ci è parso di capire dalle parole dei due responsabili delle strutture che i fili del discorso possano essere riannodati, con buona volontà e maggiore disposizione al dialogo, facendo ognuno per proprio conto quanto la legge gli chiede e nel suo pieno rispetto.

Ad Ozieri la motivazione addotta della mancanza di richiesta per la impossibilità di tutelare la privacy delle donne mi sembra oltremodo fuori luogo. Precise disposizioni di legge infatti tutelano la privacy delle persone, soprattutto in ambito sanitario ed ospedaliero in particolare. Tuttavia è comprensibile che effettivamente per motivi culturali legati ad una realtà cittadina piccola e limitata dove tutte le persone si conoscono direttamente o per interposte persone, le donne possono avere delle remore ad usufruire di una prestazione che comunemente può essere criticata. Viene facile d'altro canto, applicando lo stesso concetto alle altre piccole realtà cittadine della nostra regione, considerare che per lo stesso motivo da altre parti della Sardegna le donne possano andare ad

Ozieri dove non corrano il rischio di incontrare persone cui dare spiegazioni sul motivo che le ha portate al ricovero in atto.

Il convegno dell'8 marzo è stato solo il primo passaggio compiuto dalle commissioni per le pari opportunità del Comune e della Provincia nell'azione di denuncia di questa situazione di mancata applicazione della legge.

Il secondo passaggio ha visto l'invio il 27 marzo scorso di un documento riassuntivo di tale situazione ai referenti che la legge ha individuato per la sua applicazione: il sindaco di Sassari, il sindaco di Alghero, il sindaco di Ozieri, il direttore generale ed il direttore sanitario della ASL 1, il direttore generale ed il direttore sanitario della Azienda Mistra e l'assessore alla sanità della regione Sardegna.

Con questo documento le commissioni chiedono una verifica di quanto emerso dalla giornata dei lavori e il rispetto nella applicazione della legge 194 che all' Art 9 recita testualmente:

“ (...) Gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono tenuti in ogni caso ad assicurare lo espletamento delle procedure previste dall'articolo 7 e l'effettuazione degli interventi di interruzione della gravidanza richiesti secondo le modalità previste dagli articoli 5, 7 e 8. La regione ne controlla e garantisce l'attuazione anche attraverso la mobilità del personale (...)”.

Le commissioni chiedono inoltre

- che i consultori familiari siano messi nelle condizioni di operare come stabilito dagli art. 2, 4 e 5. della legge 194;
- che, come recita l'art 15 della stessa “le regioni, d'intesa con le

università e con gli enti ospedalieri, promuovono l'aggiornamento del personale sanitario ed esercente le arti ausiliarie (...). Al fine di garantire quanto disposto dagli articoli 2 e 5, le regioni redigono un programma annuale d'aggiornamento e di informazione sulla legislazione statale e regionale, e sui servizi sociali, sanitari e assistenziali esistenti nel territorio regionale”;

- che i responsabili ottemperino a quanto previsto dall'ordinamento vigente.

A tutt'oggi questo documento non ha avuto risposta da nessuna delle autorità indicate e le commissioni metteranno in atto nuove azioni di stimolo affinché si abbiano delle risposte in merito.

**Maria Antonietta Sale**  
*presidente della Commissione  
 per le Pari Opportunità  
 del Comune di Sassari*

## **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 con-  
 tinuato**)

## *Il medico competente: il suo ruolo nelle aziende*

**I**l testo unico in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro - D.Lgs. 81/08 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale 30 aprile 2008, n. 101, S.O. - all'art. 2, comma 1, lett. h), definisce medico competente il medico, in possesso di uno dei titoli e dei requisiti professionali indicati dallo stesso Testo Unico (art. 38), che collabora con il datore di lavoro ai fini della valutazione dei rischi ed è nominato dallo stesso per effettuare la sorveglianza sanitaria e per tutti gli altri compiti di cui a decreto indicato in oggetto.

Nella fattispecie l'art. 38 stabilisce che per svolgere le funzioni di medico competente è necessario possedere uno dei seguenti titoli o requisiti:

- a) specializzazione in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica;
- b) docenza in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica o in tossicologia industriale o in igiene industriale o in fisiologia e igiene del lavoro o in clinica del lavoro;
- c) autorizzazione di cui all'art. 55 del D.Lgs. 277/1991;
- d) specializzazione in igiene e medicina preventiva o in medicina legale.

I medici in possesso dei titoli di specializzazione in igiene e medicina preventiva o in medicina legale sono tenuti a frequentare appositi percorsi formativi universitari da definire con

apposito decreto del Ministero dell'università e della ricerca di concerto con il Ministero della salute. Tali soggetti, i quali all'entrata in vigore del Testo Unico, svolgono le attività di medico competente o dimostrino di avere svolto tale attività per almeno un anno nell'arco dei tre anni anteriori all'entrata in vigore dei Testi Unici, sono abilitati a svolgere le medesime funzioni. A tale fine sono tenuti a produrre alla Regione attestazione del datore di lavoro comprovante l'espletamento di tale attività.

Per lo svolgimento delle funzioni di medico competente è altresì necessario partecipare al programma di educazione continua in medicina ai sensi del D.Lgs. 229/1999 e successive modificazioni e integrazioni, a partire dal programma triennale successivo all'entrata in vigore del Testo Unico; i crediti previsti dal programma triennale dovranno essere conseguiti nella misura non inferiore al 70 per cento del totale nella disciplina "medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro".

I medici in possesso dei titoli e dei requisiti per svolgere le funzioni di medico competente sono iscritti nell'elenco dei medici competenti istituito presso il Ministero della Salute.

L'art. 39 nel disciplinare lo svolgimento dell'attività del medico competente prevede che l'attività dello stesso sia svolta secondo i principi della medicina del lavoro e del codice etico della Commissione inter-

*Titoli,  
requisiti,  
obblighi,  
responsabilità  
e sanzioni*

nazionale di salute occupazionale (ICOH).

Il medico competente svolge la propria opera in qualità di:

- a) dipendente o collaboratore di una struttura esterna pubblica o privata, convenzionata con l'imprenditore;
- b) libero professionista;
- c) dipendente del datore di lavoro.

Il dipendente di una struttura pubblica, assegnato agli uffici che svolgono attività di vigilanza, non può prestare ad alcun titolo e in alcuna parte del territorio nazionale attività di medico competente.

Il datore di lavoro assicura al medico competente le condizioni necessarie per lo svolgimento di tutti i suoi compiti garantendone l'autonomia. Il medico competente può avvalersi per accertamenti diagnostici della collaborazione dei medici specialisti scelti in accordo con il datore di lavoro che ne sopporta gli oneri. Nei casi di aziende con più unità produttive, nei casi di gruppi di imprese nonché qualora la valutazione dei rischi ne evidenzia la necessità, il datore di lavoro può nominare più medici competenti, individuando tra essi un medico con funzioni di coordinamento.

Con riferimento agli obblighi del medico competente a cui sono correlati i relativi aspetti sanzionatori l'art. 25 prevede che lo stesso:

### **Obblighi - Art. 25**

a. collabora con il datore di lavoro e con il servizio di prevenzione e protezione alla valutazione dei rischi, anche ai fini della programmazione, ove necessario, della sorveglianza sanitaria, alla predisposizione dell'attuazione delle

misure per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori, all'attività di formazione e informazione nei confronti dei lavoratori, per la parte di competenza, e all'organizzazione del servizio di primo soccorso considerando i particolari tipi di lavorazione ed esposizione e le peculiari modalità organizzative del lavoro. Collabora inoltre all'attuazione e valorizzazione di programmi volontari di "promozione della salute" secondo i principi della responsabilità sociale;

- b) programma ed effettua la sorveglianza sanitaria di cui all'art. 41 attraverso protocolli sanitari definiti in funzione dei rischi specifici e tenendo in considerazione gli indirizzi scientifici più avanzati;
- c) istituisce, anche tramite l'accesso alle cartelle sanitarie e di rischio, aggiorna e custodisce, sotto la propria responsabilità una cartella sanitaria e di rischio per ogni lavoratore sottoposto a sorveglianza sanitaria. Nelle aziende o unità produttive con più di 15 lavoratori il medico competente concorda con il datore di lavoro il luogo di custodia;

**Sanzione:** Arresto fino a 2 mesi o ammenda da Euro 1.000 a Euro 4.500

- d. consegna al datore di lavoro alla cessazione dell'incarico la documentazione sanitaria in suo possesso nel rispetto delle disposizioni di cui al D.Lgs. 196/03 e con salvaguardia del segreto professionale;
- e. consegna al lavoratore alla cessazione del rapporto di lavoro la documentazione sanitaria in suo pos-

sempre e gli fornisce le informazioni riguardo la necessità di conservazione;

f. invia all'ISPELS, esclusivamente per via telematica, le cartelle sanitarie e di rischio nei casi previsti dal presente decreto legislativo, alla cessazione del rapporto di lavoro, nel rispetto delle disposizioni di cui al D.Lgs. 196/03;

**Sanzione:** Arresto fino a 1 mese o ammenda da Euro 500 a Euro 2.500

g. fornisce informazioni ai lavoratori sul significato della sorveglianza sanitaria cui sono sottoposti e, nel caso di esposizione ad agenti con effetti a lungo termine, sulla necessità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione della attività che comporta l'esposizione a tali agenti. Fornisce altresì a richiesta informazioni analoghe ai RLS;

**Sanzione:** Arresto fino a 2 mesi o ammenda da Euro 1.000 a Euro 4.500

h. informa ogni lavoratore interessato dei risultati della sorveglianza sanitaria di cui all'art. 41 e a richiesta dello stesso gli pecuniaria rilascia copia della documentazione sanitaria;

i. comunica per iscritto al datore di lavoro, in occasione delle riunioni di cui all'art. 35 (riunione periodica), alla RSPP e ai RLS i risultati anonimi collettivi della sorveglianza sanitaria effettuata e fornisce indicazioni sul significato di detti risultati ai fini dell'attuazione delle misure per la tutela della salute e dell'integrità psico-fisica dei lavoratori;

**Sanzione:** amministrativa pecuniaria da Euro 1.000 a Euro 3.000

l. visita gli ambienti di lavoro almeno una volta all'anno o a cadenza diversa che stabilisce in base alla valutazione dei rischi; la indicazione di una periodicità diversa dall'annuale deve essere comunicata al datore di lavoro ai fini della sua annotazione nel documento di valutazione dei rischi;

**Sanzione:** Arresto fino a 3 mesi o ammenda da Euro 1.000 a Euro 5.000

m. partecipa alla programmazione del controllo dell'esposizione dei lavoratori i cui risultati gli sono forniti tempestività ai fini della valutazione del rischio e della sorveglianza sanitaria;

**Sanzione:** amministrativa pecuniaria da Euro 1.000 a Euro 3.000

n. comunica mediante autocertificazione il possesso dei titoli e i requisiti di cui all'art. 38 al Ministero della salute entro il termine di 6 mesi dall'entrata in vigore del presente decreto.

### ***Articolo 40, comma 1, T.U. - Rapporti del medico competente con il SSN***

Entro il primo trimestre dell'anno successivo all'anno di riferimento il medico competente trasmette esclusivamente per via telematica ai servizi competenti per territorio le informazioni elaborate evidenziando le differenze di genere, relativi ai dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria

**Sanzione:** amministrativa pecuniaria da Euro 2.500 a Euro 10.500

**Articolo 41, comma 5, T.U. – Sorveglianza sanitaria**

Gli esiti della visita medica devono essere allegati alla cartella sanitaria e di rischio di cui all'art. 25, comma 1, lett. c)

**Sanzione:** amministrativa pecuniaria da Euro 1.000 a Euro 3.000

**Titolo VIII - Agenti Fisici  
Art. 185 - Sorveglianza sanitaria**

La sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti agli agenti fisici viene svolta secondo i principi generali di cui all'articolo 41, ed è effettuata dal medico competente nelle modalità e nei casi previsti ai rispettivi capi del presente titolo sulla base dei risultati della valutazione del rischio che gli sono trasmessi dal datore di lavoro per il tramite del servizio di prevenzione e protezione.

Nel caso in cui la sorveglianza sanitaria riveli in un lavoratore un'alterazione apprezzabile dello stato di salute correlata ai rischi lavorativi il medico competente ne informa il lavoratore e, nel rispetto del segreto professionale, il datore di lavoro, che provvede a:

- a) sottoporre a revisione la valutazione dei rischi;
- b) sottoporre a revisione le misure predisposte per eliminare e ridurre i rischi;
- c) tenere conto del parere del medico competente nell'attuazione delle misure necessarie per eliminare o ridurre il rischio.

**Sanzione: Art. 220 - Sanzioni per il medico competente:** Arresto fino a 3 mesi o ammenda da Euro 1.000 a Euro 4.000 per violazione art. 185

**Art. 186 - Cartella sanitaria e di rischio**

Nella cartella di cui all'articolo 25, comma 1 lettera c), il medico competente riporta i dati della sorveglianza sanitaria, ivi compresi i valori di esposizione individuali, ove previsti negli specifici capi del presente titolo, comunicati dal datore di lavoro per il tramite del servizio di prevenzione.

**Sanzione: Art. 220 - Sanzioni per il medico competente:** Arresto fino a 2 mesi o ammenda da Euro 1.000 a Euro 4.000 per violazione art. 186

**Titolo IX - Sostanze pericolose  
Art. 229, comma 3 e 6  
Sorveglianza sanitaria**

- 3. Il monitoraggio biologico è obbligatorio per i lavoratori esposti agli agenti per i quali è stato fissato un valore limite biologico. Dei risultati di tale monitoraggio viene informato il lavoratore interessato. I risultati di tale monitoraggio, in forma autonoma, vengono allegati al documento di valutazione dei rischi e comunicati ai rappresentanti per la sicurezza dei lavoratori.
- 6. Nel caso in cui all'atto di sorveglianza sanitaria si evidenzia, in un lavoratore o in un gruppo di lavoratori esposti in maniera analoga ad unostesso agente, l'esistenza di effetti pregiudizievoli per la salute imputabili a tale esposizione o il superamento di un valore limite biologico, il medico competente informa individualmente i lavoratori interessati ed il datore di lavoro.

**Art. 264 - Sanzioni per il medico competente:** Arresto fino a 2 mesi o ammenda da 1.000 euro a 4.500 euro per violazione art. 229, comma 3, primo periodo e art. 229, comma 6

**Art. 230 - Cartelle sanitarie e di rischio**

Il medico competente per ciascuno dei lavoratori di cui all'art. 229 istituisce ed aggiorna la cartella sanitaria secondo quanto previsto dall'art. 25, comma 1, lettera c), e fornisce al lavoratore interessato tutte le informazioni previste dalle lettere g) ed h) del comma 1 del medesimo articolo.

Nella cartella di rischio sono, tra l'altro, indicati i livelli di esposizione professionale individuali forniti dal Servizio di prevenzione e protezione.

Su richiesta, è fornita agli organi di vigilanza copia dei documenti di cui al comma 1

**Art. 264 - Sanzioni per il medico competente:** Arresto fino a 2 mesi o ammenda da 1.000 euro a 4.500 euro

**Capo II - PROTEZIONE DA AGENTI CANCEROGENI E MUTAGENI**

**Art. 242 - Accertamenti sanitari e norme preventive e protettive specifiche**

1. I lavoratori per i quali la valutazione di cui all'art. 236 ha evidenziato un rischio per la salute sono sottoposti a sorveglianza sanitaria.
2. Il datore di lavoro, su conforme parere del medico competente, adotta misure preventive e protet-

tive per i singoli lavoratori sulla base delle risultanze degli esami clinici e biologici effettuati.

3. Le misure di cui al comma 2 possono comprendere l'allontanamento del lavoratore secondo le procedure dell'art. 42.
4. Ove gli accertamenti sanitari abbiano evidenziato, nei lavoratori esposti in modo analogo ad uno stesso agente, l'esistenza di un'anomalia imputabile a tale esposizione, il medico competente ne informa il datore di lavoro.
5. A seguito delle informazioni di cui al comma 4 il datore di lavoro effettua:
  - a) una nuova valutazione del rischio in conformità all'art. 236,
  - b) ove sia tecnicamente possibile, una misurazione della concentrazione dell'agente in aria per verificare l'efficacia delle misure adottate.
6. Il medico competente fornisce ai lavoratori adeguate informazioni sulla sorveglianza sanitaria cui sono sottoposti, con particolare riguardo all'opportunità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell'attività lavorativa.

**Art. 264 - Sanzioni per il medico competente:** Arresto fino a 2 mesi o ammenda da 1.000 a 4.500 euro per la violazione dell'art. 242, comma 4

**Art. 243, comma 2 - Registro di esposizione e cartelle sanitarie**

2. Il medico competente, per ciascuno dei lavoratori di cui all'art. 242, provvede ad istituire e aggiornare una cartella sanitaria e di rischio secondo quanto previsto dal-

l'articolo 25, comma 1, lettera c).  
**Art. 264 - Sanzioni per il medico competente:** Arresto fino a 1 mese o ammenda da 200 a 800 euro.

**Titolo X - Esposizione  
 ad agenti biologici  
 Capo III - Sorveglianza  
 sanitaria**

**Art. 279 - Prevenzione  
 e controllo**

1. I lavoratori addetti alle attività per le quali la valutazione dei rischi ha evidenziato un rischio per la salute sono sottoposti alla sorveglianza sanitaria.
2. Il datore di lavoro, su conforme parere del medico competente, adotta misure protettive particolari per quei lavoratori per i quali, anche per motivi sanitari individuali, si richiedono misure speciali di protezione, fra le quali:
  - a) la messa a disposizione di vaccini efficaci per quei lavoratori che non sono già immuni all'agente biologico presente nella lavorazione, da somministrare a cura del medico competente;

- b) l'allontanamento temporaneo del lavoratore secondo le procedure dell'art. 42.
3. Ove gli accertamenti sanitari abbiano evidenziato, nei lavoratori esposti in modo analogo ad uno stesso agente, l'esistenza di anomalia imputabile a tale esposizione, il medico competente ne informa il datore di lavoro.
4. A seguito dell'informazione di cui al comma 3 il datore di lavoro effettua una nuova valutazione del rischio in conformità all'art. 271.
5. Il medico competente fornisce ai lavoratori adeguate informazioni sul controllo sanitario cui sono sottoposti e sulla necessità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell'attività che comporta rischio di esposizione a particolari agenti biologici individuati nell'allegato XLVI nonché sui vantaggi ed inconvenienti della vaccinazione e della non vaccinazione.

**Art. 284 - Sanzioni per il medico competente:** Arresto fino a 2 mesi o ammenda da euro 1.000 a euro 4.000 per la violazione dell'art. 279, comma 3.

## CHIUSURA ESTIVA

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari comunica che gli Uffici dell'Ordine saranno chiusi al pubblico da **lunedì 11 agosto 2008 a venerdì 22 agosto 2008.**

Gli Uffici riapriranno regolarmente **lunedì 25 agosto 2008**

*Servono pause e riposi nei turni*

## *Come si possono evitare gli “errori in medicina”*

**S**empre più pressato da intensi carichi di lavoro, il medico può ridurre in maniera significativa la sua capacità d'attenzione, rischiando quindi di incorrere in errore. Queste due variabili – Tempi di lavoro e

Rischio clinico – saranno analizzate, prima separatamente e poi congiuntamente, nel convegno: “Tempo di lavoro e Rischio Clinico: esperienze europee e italiane a confronto sui carichi di lavoro in medicina”.

Organizzato dall'Ordine di Modena, in collaborazione con FNOMCEO, tale convegno si terrà domani, 17 maggio a Modena – all'Hotel Real Fini, Via Emilia est 441 – con inizio alle ore 8,45.

“E' indiscutibile che la cura dei pazienti richieda grande capacità di ascolto, di relazione e di attenzione alle problematiche sanitarie connesse alla patologia dichiarata. Se il sanitario è però stanco, tutte queste abilità si riducono in maniera significativa, e il rischio di incorrere in errori ovviamente tende a crescere” conferma Nicolino D'Autilia, presidente dell'Ordine di Modena e promotore del convegno.

Alcuni recenti studi hanno dimostrato, infatti, come dopo 12 ore di veglia la risposta individuale sia considerevolmente alterata. Ed è evidente perciò che, maggiore è il numero delle ore di veglia, maggiormente alterata sarà la risposta individuale. Ed è ancor più chiaro che – ove al soggetto si richiedano prestazioni fisicamente ed emozionalmente impegnative – la sua ri-

sposta sarà fortemente alterata.

A riprova dell'attendibilità di questa regola, alcuni studi hanno rilevato che nelle ore finali dei turni notturni, un 30 per cento circa di errori poteva essere evitato.

Ma l'errore, quando non può essere eluso, dovrebbe essere analizzato, per poter essere contrastato.

“L'importanza della sicurezza ed il significato non ambiguo dell'“imparare dall'errore” – afferma Amedeo Bianco, presidente di FNOMCEO – sono specificati con chiarezza all'articolo 14 del nuovo Codice di Deontologia Medica del 2006, che impone al medico la rilevazione, segnalazione e valutazione degli errori al fine del miglioramento della qualità delle cure. Punto preliminare per un efficace approccio al problema è, pertanto – ha concluso Bianco – quello relativo al principio secondo cui la prevenzione e la gestione dell'errore è un'attività che coinvolge l'esercizio professionale in senso stretto, e che l'errore manifesto può essere usato per migliorare l'organizzazione anche attraverso l'utilizzo di più idonee procedure professionali”.

Ed è già da qualche tempo che i medici italiani stanno intraprendendo un percorso nuovo, proponendo, come dice Sergio Bovenga, uno dei relatori al convegno, “in accordo con le più avanzate esperienze internazionali un approccio diverso al tema dell'errore: quello della conoscenza delle cause e non quello della ricerca pregiudiziale delle colpe”.

*Un convegno  
su carichi  
di lavoro  
e rischio  
chimico*

*Dichiarazione del presidente Amedeo Bianco*

## *No alla “vendita” delle false speranze*

“**L**a tragica morte della ragazza fiorentina, conseguente ad una sciagurata sospensione della terapia insulinica, disposta da un soggetto di cui ci è ancora ignoto il profilo di qualificazione, fa emergere il problema di aree illegali ed oscure che vendono speranze di salute e benessere” ha dichiarato il presidente della FNOM-CeO Amedeo Bianco.

E’ sconcertante che, in un’epoca di straordinari sviluppi della scienza biomedica, e di grandi successi nel debellare o contenere vecchie e nuove malattie (fino a non pochi lustri fa incurabili e spietate), ci possa

ancora essere qualcuno – ha proseguito Bianco – che vende pericolose falsità e trappole per la libertà, la dignità, la vita stessa delle persone.

Non abbassiamo la guardia e teniamo invece alta l’attenzione sulla qualificazione dei professionisti che gestiscono il bene più grande del singolo e della collettività, la salute. Ogni novità e ogni suggestione in questo campo non può non mettere al centro la garanzia della efficacia e della sicurezza delle cure”. “Fuori da questi recinti – ha concluso Bianco – non c’è la libertà ma la prigione delle superstizioni, delle speranze disperate e di un diritto violato”.

### *Il caso di Genova: dichiarazioni del presidente degli odontoiatri Cure in cambio di prestazioni sessuali*

*Secondo notizie apparse su quotidiani (un dentista di Genova avrebbe offerto cure odontoiatriche in cambio di prestazioni sessuali) di Giuseppe Renzo, presidente della Commissione Albo Odontoiatri, ha dichiarato:*

“I comportamenti scorretti e illegali attengono alle responsabilità personali. La Commissione Albo Odontoiatri di Genova, per quanto di sua competenza, provvederà ad attuare i provvedimenti del caso.

Non è possibile che sulla base di notizie di stampa che si riferiscono a singoli, anche se deprecabili episodi, si traggano conclusioni che riguardano l’attività di un’intera professione, come se i cittadini a basso reddito non potessero ottenere cure odontoiatriche.

Si tratta di un’analisi sociologica risibile, specialmente considerando l’impegno di un’intera categoria volto a tutelare anche le fasce di popolazione più deboli.

I professionisti odontoiatrici, oggi, sono molto attenti alle problematiche dell’odontoiatria sociale e, anche di recente, si sono posti in termini di completa collaborazione con il ministero della salute per affrontare i disagi che alcune fasce sociali vivono e hanno diritto di rappresentare”.

*Il caso  
della giovane  
fiorentina  
morta per  
la sospensione  
della terapia  
insulinica*

*Dal Consiglio nazionale riunito a Fiuggi*

## *Solidarietà per i fatti della Casa di cura Santa Rita a Milano*

**I**l Consiglio Nazionale della FNOMCeO, riunito a Fiuggi il 12 giugno scorso nel prendere atto dei gravissimi riscontri inquisitori a carico di alcuni professionisti ed amministratori della casa di cura Santa Rita di Milano, ha espresso piena solidarietà e grande vicinanza a quanti sono stati violentati nei loro diritti di malati e cittadini di un Paese che sancisce nella Carta costituzionale il principio di tutela della salute.

“Chiediamo pertanto alla magistratura ed altre amministrazioni interessate – è scritto in un documento – l'accesso alla piena disponibilità degli atti e della documentazione che possano consentire agli Ordini provinciali competenti di esercitare con rapidità, rigore e trasparenza, nel rispetto delle disposizioni vigenti, le proprie funzioni disciplinari sui professionisti coinvolti, affermando comunque lo sforzo di tempestività posto in essere dagli Ordini interessati per avviare

immediatamente l'iter procedurale”.

Ancora una volta la FNOMCeO evidenzia la necessità di riconoscere agli Ordini dei medici più incisive competenze in materia di vigilanza e disciplina, svecchiando una normativa troppo datata, per garantire l'esercizio tempestivo di un'azione indipendente a tutela dei diritti costituzionali dei cittadini, quale si deve richiedere ad organi ausiliari dello Stato.

“Lo sdegno per la gravità dei comportamenti di alcuni medici coinvolti – conclude il documento – non deve dare adito a facili strumentalizzazioni, ma sollecitare a tutti, anche a noi, nuove progettualità, nuovi impegni, nuove risposte perché fatti analoghi non abbiano più a verificarsi. Le nostre scuse vanno a questi cittadini che hanno ingiustamente sofferto il tradimento di obblighi deontologici e civili e stanno nell'impegno tecnico-professionale e morale che oggi con forza riconfermiamo”.

*Ma lo sdegno per i comportamenti dei medici coinvolti non deve esser strumentalizzato*

### **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.

*A Verona i campionati ad agosto*

## *Gli assoluti di tennis per medici e odontoiatri*

**D**al 24 al 31 agosto a Verona al Circolo Tennis Scaligero avranno luogo la 37a edizione dei campionati assoluti A.M.T.I. di Tennis per medici e odontoiatri.

I partecipanti dovranno essere in regola con le normative riguardanti l'idoneità sportiva per l'attività agonistica, con il pagamento della quota sociale A.M.T.I. per l'anno 2008 di Euro 50,00 ed in regola con il tesseramento F.I.T.

Le iscrizioni al torneo dovranno pervenire entro il 16 agosto presso la segreteria del comitato organizzativo.

**Gare di campionato:** – Trofeo “Raffaele Garofalo” - Singolare maschile open; Singolare maschile over 40; Singolare maschile over 45; Singolare maschile over 50; Singolare maschile over 55; Singolare maschile over 60; Singolare maschile over 65; Singolare

maschile over 70; Singolare maschile over 75; Singolare femminile libero; Doppio maschile open con; Doppio maschile libero + 100; Trofeo “Banca Mediolanum” ; Agenzia Verona Doppio Maschile + 110; Doppio maschile over 70.

**Gare di contorno:** Doppio misto - 90; Doppio misto + 90; Singolare maschile mai classificati 50; Singolare maschile mai classificati + 50; Singolare partner medici; Doppio femminile libero; Singolare figli medici Under e Over 14; Trofeo “Del Bono”. Gara a squadre per regione.

Per informazioni segreteria organizzativa: Cristina Tomirotti (direttore del C.T. Scaligero) Circolo Tennis Scaligero Via C. Colombo 6, 37138 Verona - Tel.Fax: +39 045/568892 - e-mail: ctscaligero@tiscali.it - sito: www.ctscaligero.org/

### **CHIUSURA ESTIVA**

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari comunica che gli Uffici dell'Ordine saranno chiusi al pubblico da **lunedì 11 agosto 2008 a venerdì 22 agosto 2008**.

Gli Uffici riapriranno regolarmente **lunedì 25 agosto 2008**

## *L'abrogazione delle norme sulla tracciabilità dei pagamenti*

**S**ulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana n. 147 del 25 giugno 2008 – supplemento ordinario n. 152 – è stato pubblicato il Decreto Legge n. 112/2008 recante: “Disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria”.

Il provvedimento tra l'altro, prevede misure di rilievo sia per la categoria medica e odontoiatrica che per le Pubbliche Amministrazioni. Di seguito, quindi, si elencano le misure che si ritengono di particolare interesse.

L'art. 32 prevede l'abrogazione delle norme sulla tracciabilità dei pagamenti ai professionisti; viene di fatto soppressa la norma di cui all'art. 35, comma 12; del D.L. 223/06 che stabilisce che i compensi in denaro per l'esercizio di arti e professioni sono riscossi mediante assegni non trasferibili o bonifici ovvero altre modalità di pagamento bancario o postale nonché mediante sistemi di pagamento elettronico, salvo per importi unitari inferiori a 100 euro. Viene poi ovviamente abrogato anche l'art. 35, comma 12-bis, del D.L. 223/06 che prevede le date per l'andata a regime della tracciabilità;

L'art. 37 reca invece norme relative alle certificazioni in materia di prestazioni sanitarie. Nella fattispecie il primo comma dispone che “Al fine di garantire la riduzione degli

adempimenti meramente formali e non necessari alla tutela della salute a carico dei cittadini e di consentire la eliminazione di adempimenti formali connessi a pratiche sanitarie obsolete, ferme restando comunque le disposizioni vigenti in tema di sicurezza sul lavoro, con Decreto del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, di concerto con il ministro per la Semplificazione Normativa, previa intesa in sede di Conferenza unificata, sono individuate le disposizioni da abrogare”.

L'art. 41, comma 13, stabilisce che le disposizioni di cui agli articoli 4 e 7 del D. Lgs n. 66/2003 non si applicano al personale delle aree dirigenziali degli Enti e delle Aziende del SSN. L'articolato rimanda alla contrattazione collettiva la definizione delle modalità atte a garantire ai dirigenti le condizioni di lavoro che consentano una protezione appropriata e il pieno recupero delle energie psichiche.

Di fatto, l'articolo sopra citato rende inesigibile il diritto dei medici di usufruire del riposo continuativo di undici ore tra i due turni di lavoro e, inoltre, elimina il tetto massimo di 48 ore quale durata massima dell'orario di lavoro.

Qualora il Decreto Legge fosse convertito senza modifiche, verrebbe introdotta una normativa che apporta una deroga rispetto a quanto previsto dalla legislazione europea ponendo in esse, di fatto, una “deregolamen-

*Modifiche  
anche sulle  
certificazioni  
in materia  
di prestazioni  
sanitarie, su  
pensionamenti  
e in parte time*

tazione". L'art. 71 reca norme in materia di assenze per malattia e per permesso retribuito dei dipendenti delle Pubbliche Amministrazioni.

Con riferimento specifico alla professione medica, il secondo comma stabilisce che "Nell'ipotesi di assenza per malattia protratta per un periodo superiore a 10 giorni, e, in ogni caso, dopo il secondo evento di malattia nell'anno solare l'assenza viene giustificata esclusivamente mediante presentazione di certificazione medica rilasciata da struttura sanitaria pubblica".

Con riferimento specifico alla dizione "struttura sanitaria pubblica" sarà precipuo compito di questa Federazione quello di chiarire se essa si riferisce anche ai medici di famiglia.

L'art. 71, inoltre, introduce norme di rilievo per le Pubbliche Amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del D. Lgs 165/2001.

Nella fattispecie si prevede che per i periodi di assenza per malattia di qualunque durata ai dipendenti nei primi 10 giorni di assenza sia corrisposto il trattamento economico fondamentale con esclusione di ogni indennità o emolumento, comunque denominati, aventi carattere fisso e continuativo, nonché di ogni altro trattamento accessorio.

Resta comunque fermo il trattamento eventualmente più favorevole previsto dai contratti collettivi o dalle specifiche normative di settore per le assenze per malattia dovute ad infortunio sul lavoro o a causa di servizio, oppure a ricovero ospedaliero o a day hospital, nonché per le assenze relative a patologie gravi che richiedano terapie salvavita.

Cambiano, infine, le fasce orarie di reperibilità del lavoratore, entro le quali devono essere effettuate le vi-

site mediche di controllo (8.00-13.00 e 14.00-20.00 tutti i giorni compresi quelli non lavorativi e festivi).

Di seguito si riportano le altre norme di interesse per le Pubbliche Amministrazioni.

L'art. 26 recante norme "taglianti" dispone la soppressione degli Enti pubblici non Economici con una dotazione organica inferiore alle 50 unità, con la espressa esclusione degli Ordini Professionali e loro Federazioni; esclusione a cui si è arrivati anche grazie al puntuale intervento di questa Federazione nelle sedi istituzionali.

L'art. 72 prevede la possibilità, per il triennio 2009-2011, del personale degli enti pubblici non economici di chiedere di essere esonerato dal servizio nel corso del quinquennio antecedente la data di maturazione della anzianità massima contributiva di 40 anni.

Durante tale periodo, i dipendenti percepiranno una retribuzione pari al 50% di quella "complessivamente goduta per competenze fisse e accessorie al momento del collocamento nella nuova posizione" (elevabile al 70% se si presta attività di volontariato in associazioni riconosciute).

All'atto del collocamento a riposo per raggiunti limiti di età il dipendente ha diritto al trattenimento di quiescenza e previdenza che sarebbe spettato se fosse rimasto in servizio.

Si precisa che il trattamento economico temporaneo spettante durante il periodo di esonero dal servizio è cumulabile con altri redditi derivanti da posizioni lavorative rese dal dipendente come lavoratore autonomo o per collaborazioni e consulenze con soggetti diversi dalle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del D.Lgs. 165/01.

I dipendenti interessati devono presentare la richiesta all'Amministrazione entro il 1° marzo di ogni anno, ma l'Amministrazione ha facoltà di accettarla o meno a seconda delle proprie esigenze.

Con i risparmi di gestione così ottenuti le Amministrazioni potranno procedere a nuove assunzioni.

L'art. 72 prevede, tra l'altro, che il trattenimento in servizio fino a 67 anni sia a discrezione dell'Amministrazione. In particolare viene reso di fatto facoltativo da parte delle Amministrazioni l'accoglimento della richiesta di trattenimento in servizio fino a 67 anni.

Gli interessati dovranno presentare domanda nel periodo compreso fra i 24 e i 12 mesi che precedono il compimento del limite di età per il collocamento a riposo.

Le nuove norme riguardano coloro che ancora non abbiano presentato domanda di trattenimento in servizio.

Infatti, coloro che hanno già presentato la domanda sono esclusi dal campo di applicazione delle nuove norme sulla discrezionalità, se il trattenimento è già stato autorizzato con decorrenza entro l'anno 2008.

Se invece il trattenimento è stato autorizzato con decorrenza dal 1° gennaio al 31 dicembre 2009, le Amministrazioni hanno facoltà di riconsiderare, con provvedimento motivato, il relativo atto autorizzatorio.

I trattenimenti in servizio già autorizzati con decorrenza a partire dal 1° gennaio 2010 decadono automaticamente e gli interessati devono ripresentare l'istanza all'Amministrazione.

Inoltre, sempre l'art. 72 dispone norme in materia di "collocamento d'autorità in quiescenza con 40 anni di servizio", prevedendo che sia fa-

coltà delle Amministrazioni di risolvere, con un preavviso di sei mesi, i rapporti di lavoro con il personale che abbia già raggiunto il limite massimo di 40 anni di anzianità contributiva.

L'art. 73, infine, disciplina il "part-time" rendendolo non più automatico; la trasformazione del rapporto da tempo pieno a tempo parziale viene assoggettata alla discrezionalità dell'Amministrazione.

Inoltre viene aumentata la percentuale di risparmi utilizzabile per incentivare la mobilità del personale.

In conclusione, giova comunque precisare che il provvedimento indicato in oggetto, che di fatto anticipa i contenuti della legge finanziaria 2009, apporta numerosi interventi in materia di pubblica amministrazione e di lavoro pubblico quasi tutti finalizzati alla riduzione delle spese.

Occorre però sottolineare che è parere di questa Federazione che le disposizioni di contenimento della spesa pubblica ricomprese in provvedimenti di manovra finanziaria non trovino applicazione agli Ordini provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e relativa Federazione in quanto l'attività degli stessi non ha ricadute sul sistema di finanza pubblica (vedasi in proposito la comunicazione n. 28 del 25 giugno 2008).

Al fine di consentire un esame più approfondito della materia è possibile consultare il testo del provvedimento sul sito [www.fnomceo.it](http://www.fnomceo.it) al link Gazzetta Ufficiale.

**Amedeo Bianco**

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

*Per i dipendenti della pubblica amministrazione*

## *Certificazione medica giustificativa dell'assenza per malattia*

**I**l ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali ha chiesto alla Presidenza del Consiglio dei ministri l'avviso interpretativo concernente l'art. 71 del decreto legge n. 112/08 recante "Disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria". Pubblichiamo la nota diffusa dal competente ufficio del ministero della salute.

Concretamente – si spiega nella nota del ministero della salute – vengono richiesti una serie di chiarimenti per conoscere quale sia la portata applicativa della disposizione citata allorché la stessa, al comma 2, prevede che nel caso in cui la malattia del dipendente si protragga per un periodo superiore ai dieci giorni o, in ogni caso, dopo il secondo evento di malattia nell'anno solare, lo stato di malattia può essere legittimamente giustificato da certificazione medica rilasciata da una struttura pubblica.

Così come indicato nel quesito, il concetto di struttura sanitaria pubblica acclude sia i presidi ospedalieri che quelli ambulatoriali del Servizio Sanitario Nazionale e, pertanto, ai fini della corretta produzione della certificazione di malattia sono naturalmente valide le certificazioni rilasciabili da tali strutture.

È però necessario per una più completa valutazione del valore formale da riconoscere alla certificazione medica, non utilizzare in termini ermeneutici il solo dato strutturale, e cioè quello relativo all'ente da cui promana la certificazione in esame.

Per una più corretta analisi della problematica è infatti necessario integrare la presente valutazione di alcune considerazioni che attengono il valore documentale che il vigente quadro giuridico riconosce a certificazioni che attestino la temporanea incapacità lavorativa di un dipendente.

Considerando che, secondo quanto prescritto dalle convenzioni adottate in conformità dagli accordi collettivi nazionali stipulati secondo la disciplina dell'art. 8 del D. Lgs. n. 502 del 1992, in materia di regolazione dei rapporti fra il Servizio Sanitario Nazionale ed i medici di medicina generale, questi ultimi sono tenuti al rilascio della certificazione "per incapacità temporanea al lavoro" (Accordo collettivo nazionale del 23.03.2005), si ritiene che detti medici possano utilmente produrre la certificazione idonea a giustificare lo stato di malattia del dipendente nelle circostanze indicate all'art. 71 del decreto legge n. 112/2008.

*Il Direttore dell'Ufficio  
Francesco Verbaro*

*Come si devono comportare i medici nel caso di assenza superiore ai 10 giorni. Il concetto di struttura sanitaria pubblica*

*Per i medici di Assistenza Primaria che operano nel Comune di Sassari pubblichiamo il modulo per richiedere l'autorizzazione alla circolazione e al parcheggio durante le visite domiciliari urgenti*

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ  
RICHIESTA DI CONTRASSEGNO MEDICO  
IN VISITA DOMICILIARE URGENTE**

(Artt. 47 e 76 del D.P.R. n. 445/2000)

Al Comune di Sassari  
Settore Manutenzioni  
Servizio circolazione e traffico  
Via Murgia 2

Per il tramite dell'Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri della provincia  
di Sassari

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_;  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_;  
domiciliato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_;  
in via \_\_\_\_\_;  
ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, art. 47 consapevole delle sanzioni previste dal Codice Penale per dichiarazioni mendaci e formazione e uso di atti falsi

**DICHIARA**

di essere iscritto all'Albo medici chirurghi dell'Ordine della provincia di Sassari dal \_\_\_\_\_ con numero d'ordine \_\_\_\_\_

- di essere titolare della convenzione con il SSN per la medicina generale dal \_\_\_\_\_ cod. reg. \_\_\_\_\_
- di essere titolare della convenzione con il SSN per la pediatria di libera scelta dal \_\_\_\_\_ cod. reg. \_\_\_\_\_

**RICHIEDE**

il rilascio, ad opera dell'Amministrazione Comunale di Sassari del contrassegno con la dicitura **MEDICO IN VISITA DOMICILIARE URGENTE** da apporre alla propria autovettura **esclusivamente** in occasione di visita medica urgente da effettuarsi a domicilio del proprio paziente **impegnandosi a:**

- restituire** il contrassegno all'amministrazione rilasciante al momento della cessazione del rapporto convenzionale per dimissioni e / o pensionamento;
- non utilizzare** il contrassegno in oggetto in **casi differenti** da quelli per i quali lo stesso è stato rilasciato

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 del D.P.R. 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

Il/La sottoscritto/a, inoltre, dichiara di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003 e autorizza l'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri della provincia di Sassari a trasmettere la presente richiesta al Comune di Sassari – Ufficio Traffico per il rilascio del contrassegno autorizzatorio,

Sassari, li \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_

**N.B. Il contrassegno deve essere ritirato presso gli sportelli del Comune Settore Manutenzioni servizio circolazione e traffico di Sassari in via Murgia 2**



COMUNE DI SASSARI



**MEDICO IN VISITA DOMICILIARE URGENTE**

N. AUTORIZZAZIONE

.....

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

n.	Ass. prim.	Pediatr.	Cognome e nome	anno laurea	indirizzo	cap-città	telefono	cellulare
1	SI	NO	AMADORI ANTONELLA	2007	REGIONE SERRA SECCA 10/M2	07100 SASSARI	079/278485	328/6421590 348/0908127
2	SI	SI	ANGIONI EMANUELA	2002	VIA MONTE ATTENTU, 1/G	07100 SASSARI		340/6722455
3	SI	NO	ARRU ALESSANDRA RITA	2004	VIA DI VITTORIO, 22	07100 SASSARI		328/9442820
4	SI	SI	BRICHETTO GIOVANNA	1996	VIA DEGLI ORTI, 11	07041 ALGHERO	079/979098	340/7905249
5	SI	NO	CALDARULO EMMANUELE LORENZO	2007	VIA VIENNA 9	07100 SASSARI	079/219609	340/6723266
6	SI	NO	CARTA ELISABETTA	2007	S.P. ARGENTIERA 39	07100 SASSARI		349/5385298
7	SI	NO	CUMPOSTU LUCIA	2007	C/O DONEDDU VIA G. GALILEI, 43	07026 OLBIA		320/6442285
8	SI	NO	DELARIA ADA BIANCA	2007	VIA REDÌ 7	07029 TEMPIO	079/212292	328/0534901
9	SI	NO	DI MONDA ANTONIO	2007	VIA PARIGI 19/C	07100 SASSARI	079/210020	349/5232625
10	SI	NO	FENU SARA	2007	VIA FORLANINI 6	07100 SASSARI	079/271153	349/3902166
11	SI	NO	LONGONI RICCARDO	2007	VIA PITTALIS PINNA 55	07100 SASSARI		340/7895071
12	SI	NO	LONGU MARIA GIOVANNA	2003	VIA NAPOLI, 6	07100 SASSARI		349/0714280
13	SI	NO	MANUNTA SILVIA MANUELA	2007	STRADA STATALE n.127 , 6	07100 SASSARI	079/276206	340/236412
14	SI	NO	MARRAS FRANCESCO	2001	VIA FANCELLO, 8	07100		328/1865011
15	SI	NO	MARTEDDU TOMASO	2007	VIA P.SSA MARIA 4	07100 SASSARI	079/212292	328/0550674
16	SI	NO	MUGGIANU GIAMPIERO	2007	VIA DOLCETTA 6	07100 SASSARI		349/5517712
17	SI	NO	MULAS JESSICA	2007	VIA BANJOS 8	07040 URI	079/419704	333/9676332
18	SI	SI	MURGIA AGNESE	2002	VIA CACCIONI, 3	07030 CHIARAMONTI		328/7495037
19	SI	NO	PETRETTO ROSA SILVIA	2002	S.V. S. MARIA DI LU CARDU	07100 SASSARI	079/298336	349/1984730
20	SI	NO	PIREDDA DAVIDE	2006	S.V. BALDEDDA MONTE FURRI 16/B	07100 SASSARI		333/8039306
21	SI	NO	PISANU GIOVANNA	2007	VIA LA MARMORA 55	07032 NULVI	079/576367	349/0501261
22	SI	NO	SALARIS MARIA ANTONIA	2006	VIA MANZONI, 4	07040 URI	079/419021	329/9838687
23	SI	NO	SALE GIOVANNA	2007	VIA PUCCINI 42	070444 ITTIRI	079/441357	347/7542726
24	SI	NO	SASSU MARIA ANGELA	2007	VIA E. BESTA 16/D	07100 SASSARI	079/273595	393/5982120 320/7327734
25	SI	NO	SINI SILVIA	2007	VIA L. EINAUDI 14	07100 SASSARI	079/218281	349/1245385
26	SI	SI	USAI SONIA	2002	VIA BOTTOLAI, 1	07011 BONO		328/8791277