

# SASSARI MEDICA

## COSTITUZIONE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

### IL CAPO PROVVISORIO DELLO STATO

VISTA la deliberazione dell'Assemblea Costituente, che nella seduta del 22 dicembre 1947 ha approvato la Costituzione della Repubblica Italiana;

VISTA la XVIII disposizione finale della Costituzione;

### PROMULGA

la Costituzione della Repubblica Italiana nel seguente testo:

### PRINCIPÌ FONDAMENTALI

### ART. 4.

La Repubblica riconosce a tutti i cittadini il diritto al lavoro e promuove le condizioni che rendano effettivo questo diritto.

**I Medici con gli operai di Porto Torres**

2

IN QUESTO  
NUMERO:

Alcuni (buoni motivi)  
per una copertina

All'assessore Liori  
vorrei dire che...

Migliorare l'offerta dei servizi  
per la salute dei cittadini

Tutti d'accordo: urgenti  
efficaci azioni di rilancio

Le priorità di Liori: privato  
liste d'attesa, fuga di pazienti

Pathos, essere medico oggi:  
il delicato rapporto col malato

Alleanza terapeutica il baricentro  
nelle scelte di fine vita

Un medico sassarese  
nelle tendopoli d'Abruzzo

Sicurezza dei pazienti  
e gestione del rischio clinico

Ritorna la tubercolosi:  
pericolo globale?

Web. 2 e Medicina: come  
si trasforma il Pianeta Salute

L'esame di stato per odontoiatri  
deve essere riformato

Odontoiatri/Protocollo d'intesa  
per iniziative da concordare

I chirurghi in tribunale  
per un terzo della vita

Ordinanza ministeriale  
sulla disciplina degli stupefacenti

I termini della prescrizione  
per i terremotati in Abruzzo

Gli operatori della sanità  
per il terremoto in Abruzzo

Infermieri in farmacia  
possibili soluzioni condivise

Decreto Brunetta e sanzioni  
ai medici per le certificazioni

Clandestini: sostegno  
ai medici che non li segnalano

Qualità e sicurezza  
nella struttura di cardiocirurgia

ANNO XVIII  
LUGLIO 2009

"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".

COSTITUZIONE  
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

IL CAPO PROVVISORIO DELLO STATO

Virtù la deliberazione dell'Assemblea Costituente, che nella seduta del 22 dicembre 1947 ha approvato la Costituzione della Repubblica Italiana;

Virtù la XVIII disposizione finale della Costituzione;

PROMULGA

la Costituzione della Repubblica Italiana nel seguente testo:

PRINCIPI FONDAMENTALI

ART. 4.

La Repubblica riconosce a tutti i cittadini il diritto al lavoro e promuove le condizioni che rendano effettivo questo diritto.

**I Medici con gli operai di Porto Torres**

Estratto dalla Gazzetta ufficiale della Repubblica italiana del 27 dicembre 1947

Anno XVIII - Numero 2  
Luglio 2009

Direttore responsabile: Agostino Sussarellu  
Direttore editoriale: Agostino Sussarellu

Direzione, Redazione, Amministrazione:  
via Cavour 71/B - 07100 Sassari  
Telefono (079) 23.44.30  
Telefax (079) 23.22.28

CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE: *Presidente:* Agostino Sussarellu - *Vice Presidente:* Rita Nonnis - *Segretario:* Giovanni Biddau - *Tesoriere:* Nicola Addis - *Consiglieri:* Alessandro Arru - Piero Luigi Bellu - Tiziana Casti - Paolo Castiglia - Maria Grazia Cherchi - Alberto Delpini - Monica Derosas - Carla Fundoni - Nicolino Sanna - Francesco Scanu - Patrizia Virgona. *Consiglieri Odontoiatri:* Pierluigi Delogu, Alessandro Sechi - *Commissione per gli iscritti all'Albo Odontoiatri:* *Presidente:* Pierluigi Delogu - *Componenti:* Antonella Bortone - Pierpaolo Delitala - Antonio Pinna - Alessandro Sechi. *Collegio dei revisori dei Conti:* *Presidente:* Giancarlo Bazzoni - *Componenti:* Alessandro Gannau - Nadia Tola - *Revisore supplente:* Pasqualina Bardino.

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

*Realizzazione editoriale:* Tipografia TAS, Zona Industriale Predda Niedda sud - strada n. 10 - 07100 Sassari  
Tel./Fax 079.26.22.36 - 079.262221  
*Stampa:* TAS Srl - Sassari.

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

# 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 Alcuni (buoni) motivi per una copertina
- 3 All'assessore Liori vorrei dire che...
- 4 Migliorare l'offerta di servizi per la salute dei cittadini
- 8 Tutti d'accordo: urgenti efficaci azioni di rilancio
- 10 Le priorità di Liori: privato liste d'attesa, fuga di pazienti
- 13 Pathos, essere medico oggi: il delicato rapporto col malato
- 16 Alleanza terapeutica il baricentro nelle scelte di fine vita
- 24 Un medico sassarese nelle tendopoli d'Abruzzo
- 26 Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico
- 28 Ritorna la tubercolosi: pericolo globale?
- 32 Web. 2 e Mediocina: come si trasforma il Pianeta Salute
- 36 L'esame di stato per odontoiatri deve essere riformato
- 41 Odontoiatri/Protocollo d'intesa per iniziative da concordare
- 43 I chirurghi in tribunale per un terzo della vita
- 45 Ordinanza ministeriale sulla disciplina degli stupefacenti
- 46 I termini della prescrizione per compensi agli specializzandi
- 50 Gli operatori della sanità per il terremoto in Abruzzo
- 54 Infermieri in farmacia possibili soluzioni condivise
- 55 Decreto Brunetta e sanzioni ai medici per le certificazioni
- 57 Clandestini: sostegno ai medici che non li segnalano
- 59 Qualità e sicurezza nella struttura di cardiocirurgia

# *Alcuni (buoni) motivi per una copertina*

La copertina di questo numero nasce da un'idea del presidente Sussarellu, condivisa da tutto il Consiglio: richiamare l'art. 4 della Costituzione che ci riguarda anche come medici; l'art. 3 del nostro codice deontologico recita infatti: "Dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo... la salute è intesa nell'accezione più ampia del termine, come condizione cioè di benessere fisico e psichico della persona". Non si può tacere il danno psicofisico che può derivare a migliaia di lavoratori e alle loro famiglie dalla perdita del posto di lavoro e il nostro Ordine non può ignorare il problema ma ha anzi il dovere di manifestare la propria preoccupazione: ben venga quindi l'idea del Presidente!

# *All'assessore Liori vorrei dire che...*

*Dopo il successo dell'incontro  
con l'assessore regionale  
alla sanità, che si è svolto  
il 26 giugno,  
abbiamo pensato  
che potesse essere utile  
invitare i colleghi  
a esprimere idee, pensieri  
e proposte sulla sanità  
del nord Sardegna.*

*Potete mandare  
le vostre considerazioni anche  
per posta elettronica  
all'indirizzo dell'Ordine...*

*Nel prossimo bollettino  
sarà dato tutto lo spazio  
necessario per garantire  
la massima diffusione  
delle vostre idee  
e, chissà?,  
per contribuire  
a migliorare  
l'offerta di salute  
che il nostro territorio  
può mettere a disposizione  
dei cittadini.*

# *1/La sanità nel Nord Sardegna fra attualità e prospettive*

## *Migliorare l'offerta di sempre per la salute dei cittadini*

*Una tavola rotonda sul tema "La sanità nel Nord Sardegna" è stata l'occasione, il 26 giugno scorso, per il primo incontro fra l'assessore regionale Antonello Liori e i protagonisti del mondo sanitario delle province di Sassari e Olbia-Tempio.*

*Pubblichiamo un resoconto dei lavori, l'intervento dell'assessore e – di seguito – la relazione di Agostino Sussarellu, presidente dell'Ordine che ha promosso la tavola rotonda.*

**D**esidero ringraziare l'assessore, le autorità, i colleghi e tutti i presenti di essere qui con noi questo pomeriggio.

L'Ordine dei Medici, in quanto organo ausiliare dello stato, annovera tra i suoi compiti, non solo la salvaguardia del decoro e dell'indipendenza della professione, ma anche la tutela della salute dei cittadini, passando attraverso il controllo deontologico della professione, favorendo la crescita culturale dei medici, designando suoi rappresentanti presso enti pubblici che lo richiedano, occupandosi degli aspetti che più propriamente interessino la salute collettiva.

Abbiamo dunque ritenuto opportuno promuovere la riunione odierna, a pochi mesi dalla nomina del nuovo assessore, per gettare le basi di un dialogo che il territorio ritiene debba instaurarsi con chi per i prossimi cin-

que anni gestirà la politica della salute nella nostra isola.

Con questo stesso intento ci eravamo già fatti carico di presentare alla cittadinanza e agli operatori della sanità il Piano Sanitario Regionale.

Il nostro proposito non è quello di far affidamento sul potere di lamentazione, attraverso il quale è facile mettere in evidenza, con luoghi comuni, quali siano le criticità senza peraltro indicare soluzioni e progetti.

Intendiamo piuttosto farci portavoce di un desiderio di crescita, condiviso da tutti coloro che costituiscono il mondo della sanità, della salute, che porti il territorio di nostra pertinenza verso quell'ottimizzazione dei servizi da tutti richiesta e voluta.

Il nostro Ordine, per obblighi di legge, comprende le province di Sassari e Olbia-Tempio.

Ciascuna delle due realtà, come ci esporranno i rappresentanti da noi chiamati a partecipare alla tavola rotonda, possiede delle prerogative proprie, legate all'evoluzione stessa del territorio che le compone.

Il territorio di Olbia-Tempio è in forte ascesa, con una crescita di popolazione residente che non ha uguali nella nostra isola, mentre Sassari paga, in questo momento, il maggior costo di una recessione che è globale, con appelli che giungono da più parti ad un risveglio quanto mai opportuno.

Sembra quindi difficile trovare un

*Obiettivi:  
superare  
le criticità  
delle strutture  
ospedaliere  
e investire  
in tecnologia  
e risorse  
umane*

filo conduttore unico per questa giornata di discussione che abbiamo intitolato “La sanità nel nord Sardegna, tra attualità e prospettive”.

Il filo comune intende essere la salute dei cittadini; il miglioramento dell’offerta che il servizio pubblico e il privato convenzionato riescono insieme a dare alla popolazione; l’interrogarsi sugli strumenti che si possono utilizzare per ottenere tale risultato, chiedendosi inoltre se ve ne sono a disposizione, e se ne servono degli altri.

Dal 2006 la sanità sarda possiede uno strumento che le era mancato per oltre vent’anni: il “Piano Sanitario Regionale”. Questo può essere condiviso o criticato, e necessita sicuramente di miglioramenti in alcuni punti critici (cito, quale esempio eclatante, il problema dell’urologia, a Sassari), ma ha comunque permesso alla nostra sanità di navigare su una rotta prefissata, liberandola da quel vagare sordoordinato che l’aveva caratterizzata per tanti anni.

Sulle indicazioni presenti nel PSR, le aziende ASL hanno approntato “l’Atto Aziendale”, approvato dalla regione, ed in fase di conclusione ad opera dell’azienda Ospedaliero-Universitaria. Questi sono strumenti indispensabili per migliorare la sanità dei nostri territori, e vanno dunque applicati.

Le eventuali criticità presenti non devono essere un pretesto per rallentare la messa in opera, ma devono generare suggerimenti, proposte e progetti di modifica, poiché ognuno di noi deve sentire il preciso dovere, ma ancor più, il desiderio imperativo di essere attore partecipe del miglioramento del sistema.

Il modello dipartimentale previsto per la moderna sanità deve essere lo strumento per sviluppare un’assi-

stenza condivisa che metta al centro del sistema il paziente con i suoi problemi, ed eviti i personalismi, utili solo per soddisfare complessi di protagonismo di antica e superata memoria.

In quest’ottica è necessario che vengano rapidamente istituite le strutture previste negli atti aziendali per meglio rispondere alle necessità dei cittadini.

Quindici giorni fa l’Assessore ha visitato gli ospedali di Sassari: da quanto riferito sui giornali, pare che la visita non lo abbia proprio entusiasmato...

Tutti sappiamo che ad Olbia, dopo la costruzione della prima parte dell’ospedale, è in fase avanzata di costruzione il suo secondo lotto, e ciò permetterà alla Gallura tutta di disporre di un nosocomio all’altezza dei tempi.

E la provincia di Sassari?

Conservo gelosamente un vecchio filmato, ormai storico, che girò mio padre, cinemamatore dilettante, alla fine degli Anni Cinquanta, che permette di assistere alla posa della prima pietra del SS Annunziata. Circolavo ancora in pantaloncini corti e le monache avevano la cornetta. Ora ho quasi raggiunto l’età della pensione e ci lavoro dentro da quasi trent’anni...

A parte le battute scherzose, la situazione delle strutture ospedaliere di Sassari (SS Annunziata e complesso universitario), e di Alghero, lascia molto a desiderare.

È in fase avanzata di costruzione il nuovo padiglione di via De Nicola, ma abbiamo assolutamente bisogno che vengano eseguiti anche progetti per Alghero e per l’azienda mista, oltre che per il completamento del SS Annunziata.

Un periodo troppo lungo di abban-

dono, di trascuratezza, forse proprio di lassismo, ha fatto sì che le strutture murarie mostrino pesantemente il peso del tempo, benché, in alcuni casi, gli anni di certe strutture non siano poi così tanti...

È quindi indispensabile che si metta in atto un piano definito per l'edilizia sanitaria e che i tempi siano contenuti per il rammodernamento delle strutture, elementi base per il rinnovamento della sanità.

Parlando di ospedali, non possiamo ignorare la situazione di Ittiri e Thiesi che dovrebbero vedere riconvertiti i nosocomi in "Ospedali di Comunità"; tali strutture che in altre regioni italiane rappresentano una grande risorsa per il territorio, nella nostra realtà stanno suscitando resistenze e diffidenza. È dunque necessario che anche la collettività favorisca il cambiamento e non la mera difesa dell'esistente.

Purtroppo, il peso degli anni lo mostrano anche le dotazioni tecnologiche che necessitano di una rivisitazione, ed è giusto sottolineare che le apparecchiature superate sono causa di scarsa qualità delle risposte diagnostiche, nonché dell'allungamento delle liste d'attesa che creano disagio alla cittadinanza e rappresentano spesso la spinta all'emigrazione sanitaria in altre ASL, o addirittura fuori regione.

Un progetto di rinnovo tecnologico deve dunque essere considerato e pianificato.

Gli anni, l'età, questo è uno degli argomenti scottanti della sanità, anche e soprattutto per quanto concerne le risorse umane.

I medici hanno un'età media che continua ad elevarsi, e se ciò può essere interpretato come una disponibilità di maggiore esperienza, non si

può sottovalutare il fatto che la cosa di per sé determini una minore spinta alla crescita. Il problema si acuisce soprattutto negli ospedali centrali, in cui, giustamente, tendono a confluire coloro che hanno "stazionato" in periferia per lungo tempo.

È necessario pensare ad una politica di rinnovamento degli organici che utilizzi il turnover del personale, stabile e non precario, quale mezzo per correggere questo fenomeno, e congiuntamente occorre coinvolgere progressivamente i giovani nelle responsabilità della professione.

Diciamo no al precariato, che è di per sé un limite all'impegno, all'iniziativa, alla progettualità di lungo respiro.

Il progresso si basa su uomini volenterosi che è giusto motivare. La mancanza di responsabilizzazione dei singoli operatori crea dei vuoti incolmabili in un mondo sanitario in cui la managerialità è un supporto indispensabile per mettere a frutto le competenze.

La classe dirigente la si prepara attraverso successivi gradi di responsabilizzazione, non la si improvvisa, o peggio ancora, non la si istituisce per meriti diversi.

Noi chiediamo una classe medica che sia pronta, un domani, non solo a dirigere le strutture, ma anche a rappresentare quella dirigenza di cui il nostro territorio, e forse anche l'intera isola, è fortemente carente.

E sulla formazione dei medici, degli specialisti, della classe dirigente del domani, un ruolo determinante lo deve svolgere l'Università, la quale ha il compito istituzionale di preparare anche tutte le altre figure professionali del mondo della sanità. Preparazione, questa, che deve proce-



**Un momento dell'incontro "Sanità nel nord Sardegna" organizzato dall'Ordine dei medici**

dere al passo coi tempi, rivedendo, pur avvalendosi dell'autonomia degli atenei, il tipo di formazione, mirante ad essere più pratica, più calata nella realtà attuale: in poche parole, più moderna.

La Sardegna ha una peculiarità che spesso rappresenta per noi motivo di lamentela: mi riferisco alla sua insularità spinta. La nostra terra è sicuramente "più isola" della Sicilia, non foss'altro che per la sua maggiore distanza dal "continente". Questa realtà può invece rappresentare un elemento estremamente positivo, soprattutto per la formazione delle figure professionali.

Da tempo andiamo dicendo che il nostro tesoro sta proprio nel nostro esser pochi ed anche isolati. In Sardegna ci sono due Università, otto ASL e tre aziende ospedaliere: una meravigliosa rete assistenziale che può, con le debite attenzioni, con

un'attenta programmazione e con molta collaborazione, fungere da rete formativa, che sia, non solo un serbatoio di operatori sanitari per la nostra realtà, ma anche, come già accade, una fucina di professionisti da immettere sul mercato nazionale.

L'Ordine dei Medici, con la sicura collaborazione degli altri Ordini professionali, come organo ausiliario dello Stato e, in quanto tale, di diritto, organo "privilegiato" di garanzia della qualità del servizio offerto ai cittadini, intende mettere a disposizione dell'assessorato, dei comuni e delle province, dell'Università e della società, il suo ruolo di terzietà e di indipendenza, ed intende portare avanti un ruolo attivo e propositivo finalizzato alla salute collettiva.

Questo è per me lo scopo del nostro incontro.

**Agostino Sussarellu**

## *Tutti d'accordo: urgenti efficaci azioni di rilancio*

**E'** un *cahier de doléances* folto e nutrito quello che gli amministratori locali, i medici e gli operatori del Nord Sardegna hanno presentato al neoassessore alla Sanità Antonello Liori nel corso del suo primo incontro istituzionale da quando riveste l'incarico in Regione: la tavola rotonda "la sanità nel Nord Sardegna", organizzata dall'Ordine dei Medici di Sassari lo scorso 26 giugno al Villino Ricci per mettere a confronto i protagonisti del mondo sanitario sassarese e gallurese con l'uomo che, per i prossimi cinque anni, sarà al timone della politica sanitaria regionale.

Padrone di casa il Presidente dell'Ordine Agostino Sussarellu, al dibattito – moderato dal giornalista Andrea Fraghì – erano presenti il sindaco di Sassari, Gianfranco Ganau e il suo predecessore (ora consigliere regionale) Nanni Campus, il consigliere regionale Renato Lai in rappresentanza dell'area gallurese, il preside della Facoltà di Medicina di Sassari Giulio Rosati.

A introdurre il dibattito, presentando le criticità della sanità nel Nord Sardegna e le proposte per migliorarla, è stato il presidente dell'Ordine dei Medici. "Dal 2006 – ha osservato Sussarellu – la sanità sarda possiede uno strumento che le era mancato per oltre vent'anni: il Piano Sanitario Regionale. Un documento che necessita sicuramente di miglioramenti in alcuni punti critici, come

quello dell'urologia a Sassari, ma che ci ha permesso di navigare su una rotta prefissata".

Stesso discorso per gli atti aziendali che hanno avuto il merito di introdurre il modello dei dipartimenti, modello che mette al centro il paziente: necessario dunque procedere rapidamente alla loro istituzione.

Un riferimento poi alla necessità di intervenire sulle infrastrutture ospedaliere di Sassari e Alghero, obsolete e datate, e sugli ospedali di Ittiri e Thiesi: "Queste strutture, che in altre regioni italiane rappresentano una grande risorsa per il territorio, nella nostra realtà stanno suscitando resistenze e diffidenza" ha commentato il Presidente dell'Ordine. E poi l'emergenza tecnologica: dotazioni vecchie e inadeguate.

Di qui non solo deriva buona parte della difficoltà a dare ai pazienti risposte diagnostiche di qualità, ma anche quella di rispondere celermente alla domanda di prestazioni sanitarie, in che si traduce nell'allungamento dei tempi d'attesa e nell'emigrazione verso altre Asl dell'isola o della penisola.

Fra i temi di cui si è discusso, anche quello dell'invecchiamento della professione medica che, se da una parte porta in dote la virtù di una lunga esperienza, dall'altra ha il vizio di una minore spinta all'aggiornamento e al rinnovamento della professione. "È nostro compito preparare una classe medica che sia

*Gli squilibri fra i territori del Sassarese e della Gallura e il problema dell'Azienda Ospedaliero Universitaria*

pronta, un domani, non solo a dirigere le strutture, ma anche a divenire quella dirigenza di cui il nostro territorio, e forse anche l'intera isola, è fortemente carente: abbiamo fame di classe dirigente". Infine un accenno alla rete formativa, che ha chiamato in causa l'Università, che deve essere per Sussarellu più pratica e moderna.

Un invito raccolto dal preside della facoltà di medicina Giulio Rosati che, pur evidenziando i passi in avanti compiuti nell'anno accademico 2009/2010 con l'aumento del numero degli studenti ammessi ai corsi di laurea, ha denunciato le carenze sul fronte tecnologico e infrastrutturale delle cliniche universitarie e ha chiesto all'assessore un intervento deciso per la riqualificazione delle strutture.

Dal sindaco di Sassari Gianfranco Ganau è arrivato un appello a "rendere convergente il percorso dell'Azienda sanitaria locale e dell'Università", con un sostanziale scatto in avanti dell'Azienda mista, che arranca e fatica a decollare. Anche il primo cittadino turritano, come Sussarellu, ha concordato sulla necessità di migliorare l'atto aziendale, ma di tutelarlo e mantenerlo.

Quanto al privato, ha aggiunto Ganau, "si tratta di un valore aggiunto, a patto che non entri in competizione con strutture già esistenti". Poi un riferimento agli ospedali di comunità di Ittiri e Thiesi – che, come ha spiegato l'assessore, non si faranno –, alle Case della salute di Bono, Sorso e Porto Torres e all'ospedale di Alghero, per il quale erano stati programmati 320 milioni di euro, per il quale Ganau ha richiesto l'impegno della Regione.

A dare voce alle istanze del polo

gallurese è stato invece Renato Lai, consigliere regionale: "Siamo stati schiacciati per anni da una situazione sanitaria quasi da terzo mondo, con un numero di posti letto assolutamente inadeguato alla crescita esponenziale del numero degli abitanti – ha commentato Lai – Questa situazione di inadeguatezza è stata superata solo negli ultimi anni: non vorremmo che fosse rimessa in discussione l'azione di riequilibrio sui posti letto operata dal Piano sanitario regionale".

"La nostra realtà sanitaria – ha virato nuovamente su Sassari Nanni Campus, intervenuto in chiusura – sta registrando la perdita di appeal di molti reparti e la conseguente migrazione verso altre Asl: esiste un problema di qualificazione professionale legato alla nascita di piccoli e grandi imperi sanitari".

In riferimento all'Azienda mista, Campus non ha lesinato critiche, affermando che si tratta di un corpo nato monco, che "non regge né dal punto di vista sanitario né da quello finanziario". "È necessario – ha poi aggiunto l'ex sindaco di Sassari – separare le Asl dalle aziende ospedaliere, dal punto di vista legislativo, a costo di toccare alcuni interessi, e sono da rivedere gli atti aziendali, che dal punto di vista della dotazione di posti letto sono da considerare nulli, vista la sentenza del TAR".

Anche Campus ha però concordato con gli altri relatori sulla necessità di potenziare la dotazione tecnologica delle strutture sanitarie del Nord Sardegna, pena un eterno allungamento o una fuga dei pazienti per Tac, risonanza magnetica, ecografie e altri esami diagnostici per i quali è fondamentale l'apporto di tecnologie.

## *Le priorità di Liori: privato liste d'attesa, fuga di pazienti*

**R**imettere mano alle strutture sanitarie e ai progetti in fase di realizzazione, aprire al privato, dare una sforbiciata alle liste d'attesa e drenare la fuga dei pazienti oltremare. Sono queste le priorità che il nuovo assessore regionale alla Sanità Antonello Liori ha in agenda per il Nord Sardegna.

L'assessore – medico di professione, che conosce dunque da vicino i problemi dei camici bianchi – lo ha detto in occasione della visita all'ospedale Santissima Annunziata e lo ha ripetuto nell'incontro organizzato dall'Ordine dei Medici di Sassari lo scorso 26 giugno: la sanità sarda ha bisogno di un lifting profondo, in particolare nel polo Nord dell'isola. Un polo, perché, dice: “Non mi dispiace affatto l'idea che il Nord Sardegna crei un polo sanitario integrato che comprenda le aree di Sassari e Olbia”. Idea lanciata a più riprese dai relatori della tavola rotonda: il sindaco di Sassari Gianfranco Ganau e il suo predecessore Nanni Campus, il consigliere regionale Renato Lai, rappresentante del territorio gallurese, il preside della Facoltà di Medicina di Sassari Giulio Rosati e il padrone di casa, il Presidente dell'Ordine dei Medici Agostino Sussarellu.

Liori traccia i contorni della sanità che vorrebbe allevare nei prossimi cinque anni: “È necessario rispondere alle emergenze del territorio, che sono le liste d'attesa e i viaggi

della speranza in Italia e all'estero: l'enorme spesa che oggi il servizio sanitario sostiene è da orientare in maniera diversa, in modo che si limiti l'emigrazione dei pazienti fuori dall'isola”.

Se il futuro si profila promettente e denso di impegni, aspre sono le critiche dell'assessore nei confronti dell'esistente. Il suo blitz all'Ospedale Civile di Sassari e le successive esternazioni hanno rivelato quanto, per lui, la sanità sassarese, più che quella gallurese, versi in condizioni disastrose. “La situazione di degrado dell'ospedale Santissima Annunziata di Sassari e di alcuni reparti della Clinica universitaria è nettamente superiore a quella riscontrata nell'ospedale di Tempio, che ho invece trovato in discrete condizioni”, ha dichiarato Liori. “Sassari oggi soffre di un'obsolescenza delle strutture” ha proseguito l'assessore, che però ha aggiunto di non approvare gli interventi di ristrutturazione e ampliamento già previsti: “Mi chiedo come sia possibile realizzare due ospedali separati da una strada: è necessaria una maggiore e piena integrazione dei presidi ospedalieri”. L'assessore non ha neppure nascosto il timore che, con le nuove strutture, siano realizzate scatolette vuote: “Due ospedali con la dotazione organica attuale rischiano un sovradimensionamento: mi appello alla scelta degli operatori e dei politici locali, perché tengano conto di questo rischio”.

*In pericolo  
le case  
della salute  
di Sorso  
Porto Torres  
e Bono  
e gli ospedali  
di comunità  
di Ittiri  
e Thiesi*

Con perentoria schiettezza l'assessore si è detto contrario alla parcelizzazione della sanità sul territorio, vedere alla voce Case della Salute: un punto, questo, che non solo rappresenta una netta sterzata rispetto alla politica di decentramento della salute sul territorio avviata da Nerina Dirindin, ma anche una doccia fredda e un caso politico per gli amministratori locali, a cui nel corso del convegno dell'Ordine dei Medici è stato annunciato il taglio delle Case della Salute: "Per quanto riguarda gli investimenti in edilizia, sono certi i 60 milioni di euro dei fondi FAS da destinare alle strutture sanitarie del Nord Sardegna, mentre gli altri 60 milioni di euro *ad memorandum* promessi dalla Giunta Soru non ci sono". In pericolo è dunque l'esistenza delle tre Case della Salute di Sorso, Porto Torres e Bono e degli ospedali di comunità di Ittiri e Thiesi. Il progetto delle Case della Salute e degli ospedali di comunità non convince, infatti, l'assessore, che ha espresso perplessità sulla collaborazione delle figure professionali alla riuscita dell'esperimento.

Semaforo verde, invece, per gli ospedali privati, a patto che garantiscano continuità e stabilità dell'assistenza. In altre parole, che abbiano mani e piedi in Sardegna. "È da valorizzare il privato convenzionato: è necessario fornire servizi complementari e aggiuntivi rispetto a quelli già esistenti, puntando sulle alte professionalità. In particolare, vedo positivamente il San Raffaele di Olbia, ma è necessario vigilare perché non agisca come altre strutture: dobbiamo garantire che le altissime professionalità operanti nella struttura stiano stabilmente in Sardegna, in modo che possano intervenire prontamente anche sulle emergenze". Pa-

letti rigidi, dunque, che sarà la Regione a dover porre, affinché il San Raffaele mantenga le promesse.

Nei programmi dell'assessore si fa avanti anche l'idea di abbracciare il modello Lombardia: scorporare dalle Asl gli ospedali che raggiungono il pareggio di bilancio e creare sul territorio più aziende ospedaliere che inizino a ragionare e comportarsi come vere e proprie imprese che stanno sul mercato della sanità seguendo i dogmi dell'economicità e del profitto. "Non si capisce del resto perché gli ospedali privati facciano utili – osserva Liori – mentre quelli pubblici siano costantemente in perdita: è necessario un nuovo modello sanitario, perché l'Italia non potrà più permettersi la spesa sanitaria che ha sostenuto in passato".

Sul fronte Azienda sanitaria locale e Azienda mista, l'assessore ha sottolineato le criticità legale al decollo di quest'ultima e alla necessità di lavorare con i direttori generali Asl in un clima di fiducia: fatto che lascia intendere, fra le righe, il prossimo avvicendamento dei manager.

### ***Nonnis: le difficoltà dell'Azienda Ospedaliero Universitaria***

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari, dove lavoro, è stata istituita 2 anni fa (il 1 luglio ha compiuto appunto 2 anni) ma ancora stenta a definirsi come tale, ancora non si è trovato un equilibrio tra assistenza e didattica. Troppe beghe, troppe inutili resistenze, troppe chiacchiere inutili.

Eppure la L. 517 ne definisce chiaramente compiti e strutture e il protocollo d'intesa Università-Regione del 2004 ne ha tracciato il percorso

per l'attuazione. Ma il tutto stenta a definirsi. E per questo ritardo occorre riflettere sulle cause, non basta invocare colpe e responsabilità di terzi (la Regione), bisogna fare autocritica e avere il coraggio di invertire drasticamente il senso di marcia. Si devono lasciare da parte i pregiudizi e gli interessi di "casta" occorre capire che è arrivato il momento di aderire senza troppe riserve e troppi distinguo alla *mission* dell'Azienda perché è il solo modo per poterla finalmente definire, crescere e sviluppare. Bisogna capire che è importante che a Sassari l'Azienda Universitaria funzioni perché questa è una risorsa fondamentale per la Sanità e per Sassari. Non si può continuare a difendere un passato diventato inattuale e obsoleto. Occorre partecipare tutti insieme, in squadra, a costruire l'Azienda, impiegando tutte le risorse presenti.

È necessario far prevalere il bene comune, liberarsi dal dominio di una visione provinciale fatta di comportamenti individualistici e interessati. Occorre avere più lungimiranza se si vuole migliorare la qualità dell'assistenza e, di conseguenza, la didattica e la ricerca, perché queste sono tutte legate l'un l'altra. Dobbiamo impedire che medici e pazienti emigrino in altre sedi, gli uni per vedere riconosciuti i propri meriti, gli altri per risolvere i problemi di salute. Ab-

biamo le risorse e le professionalità per offrire un'assistenza se non di eccellenza, sicuramente di qualità. Ma per far questo chiediamo che la vecchia maniera di gestire la Sanità venga definitivamente abbandonata e che prevalga una nuova cultura organizzativa.

Chiediamo che l'atto Aziendale sia realmente l'occasione per riorganizzare una struttura su basi nuove.

Chiediamo che tutte le risorse presenti in Azienda vengano impegnate in questo processo di sviluppo. Chiediamo che non vi siano pregiudizi e discriminazioni per i giovani e per le donne e che gli incarichi vengano dati per merito con regole trasparenti e non aggirabili.

Chiediamo che non vengano mantenute certe situazioni solo perché storicamente presenti, quando palesemente inadeguate.

L'Ordine dei Medici insieme agli operatori sanitari dell'Azienda Ospedaliero Universitaria chiede che vi sia attenzione al funzionamento dell'Azienda, al buon funzionamento dell'Azienda, e chiede con forza che l'Assessore insieme con la Direzione Aziendale e l'Università contribuisca attivamente e con sollecitudine alla risoluzione dei problemi e alla definizione di una Azienda su basi nuove e adeguate ai tempi.

**Rita Nonnis**

## **CHIUSURA ESTIVA DEGLI UFFICI**

Si comunica che gli uffici dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Sassari rimarranno chiusi dal 10 agosto 2009 al 21 agosto 2009.

La riapertura è prevista per il 24 agosto 2009.

*Filosofia e medicina, scienze a confronto*

## *Pathos, essere medico oggi: il delicato rapporto col malato*

**P**er dirla con Karl Jaspers, “il medico deve tornare a essere una persona umana”. È questa la chiave di lettura per uscire dall’impasse in cui la medicina postmoderna è precipitata, chiave fornita dal convegno “Pathos: essere medici oggi” organizzato dall’Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Sassari con la collaborazione della sezione sassarese della Società Filosofica Italiana.

Alla giornata di studi, che si è tenuta il 5 giugno presso la Facoltà di Scienze matematiche di Sassari, hanno preso parte il chirurgo Antonio Demurtas; il presidente del Comitato di Bioetica di Sassari Mario Oppes, intervenuto sulla professione medica nella rivoluzione paradigmatica del Novecento; Luca Nave, insegnante di filosofia e collaboratore di alcune riviste specializzate presso la Scuola Superiore di Counseling filosofico di Torino; Alessandro Arru, segretario del Comitato di Bioetica di Sassari e consigliere dell’Ordine dei Medici; Rossella Mascolo, presidentessa della sezione di Sassari della Società Filosofica Italiana; Graziella Morselli, docente di Filosofia all’università di Roma.

Una riflessione lucida, amara e per alcuni versi rivoluzionaria sui risvolti sociali, filosofici e antropologici della medicina e in particolare della figura del medico che, dopo secoli di positivismo, fa i conti oggi con lo sgretolamento delle certezze

assolute e si trova a dover percorrere nuove vie, a sperimentare nuovi modelli di cure, a contaminare “la” medicina basata sulle evidenze scientifiche con “le” tante medicine.

Come ha spiegato il chirurgo Tonino Demurtas in un’approfondita carrellata della storia della medicina, dopo aver cavalcato secoli di rivoluzioni scientifiche, da Galeno a Fleming, in una parabola tutta in ascesa culminata nel paradigma positivista, oggi la figura del medico si trova di fronte a uno strano paradosso: quello di aver raggiunto il culmine dell’evoluzione tecnologica e aver sviluppato una enorme competenza tecnico-scientifica eppure di assistere, di contro, al lento franare della fiducia nell’onnipotenza della scienza e della medicina. È la medicina postmoderna, quella che “deve fare i conti con nuove patologie, anacronistiche, perverse e incontrollabili come l’AIDS – ha affermato Demurtas – e con gli interrogativi aperti dalle biotecnologie, dalla clonazione della pecora Dolly agli Ogm, per finire con le cellule staminali”: questioni che hanno sconvolto il pianeta e mostrato tutti i limiti di una scienza che fino a pochi decenni fa era ritenuta onnipotente, incontrastabile e indiscutibile.

La medicina, persa la fiducia in se stessa, sposta sempre più in là il traguardo verso la conquista della salute. Prova di questo mutato clima è lo slittamento dell’ottimismo per la

*Il rischio  
di una sempre  
più accentuata  
“meccanizzazione”  
a causa  
del massiccio  
utilizzo  
della tecnologia*

stessa Organizzazione Mondiale della Sanità: “Salute per tutti entro il 2000” dichiarava trionfalistica l’agenzia mondiale nel 1948; “Salute per tutti entro il 2020” rivedeva qualche anno dopo. E infine oggi, che il miraggio appare sempre più lontano e inconquistabile, l’Oms getta prudentemente la promessa oltre il nostro secolo: “Salute per tutti entro il XXI secolo”.

Il confine tra la medicina positivista e quella postmoderna, ha affermato il bioetico Mario Oppes, viene tracciato negli anni Cinquanta del Novecento: al di là la visione dell’organismo come una macchina perfetta, della malattia come una realtà misurabile e oggettivabile e della medicina come una scienza empirica della natura; al di qua, dopo gli anni Cinquanta, la malattia diventa invece una complessa interazione tra ambiente, cultura e soggetto. “Il malato non è più solo un insieme di sintomi o una macchina da riparare – Oppes ha citato lo studioso Ivan Cavicchi – il malato è qualcosa di più e di diverso: non si può curarlo curandone la malattia, ma cercando di comprendere cosa si aspetta dalla cura”.

Il medico, in questo senso, non deve e non può essere semplicemente un ottimo conoscitore della tecnica, ma deve avere la capacità di capire il malato, o meglio cosa il malato si aspetta dalla cura, come spiega Oppes. “È necessario – ha aggiunto il presidente del Comitato di Bioetica – superare la concezione che tutto ciò che non è dimostrabile scientificamente non sia accettabile: diffidare della cultura non scientifica non sempre è corretto”.

Un concetto con cui ha concordato il medico Alessandro Arru: “Ciò che non possiamo spiegare non significa

che non sia vero” ha affermato Arru. Anzi, la medicina postmoderna nasce proprio dalla crisi della medicina positivista, “che arriva alla perversione – ha sostenuto Arru – della medicina basata sulle evidenze scientifiche”. Evidenze scientifiche che si rivelano, in molti casi, totalmente inefficaci di fronte alla realtà. Il segretario del Comitato di Bioetica suggerisce dunque di adottare un nuovo concetto di malattia, da cui partire per costruire anche una nuova figura di medico: “La malattia deve essere intesa come uno stato di malessere fisico, psichico, psicosociale, ambientale, che va al di là dell’alterazione chimica e fisica del soggetto (concezione positivista della patologia) ed il medico deve agire per tutelare il benessere, in senso lato, del paziente”.

Il medico deve, per Arru, attraversare tutti i percorsi percorribili, non solo quello delle evidenze scientifiche, in modo da raggiungere l’obiettivo del benessere del paziente: necessario è sperimentare non una semplice cura, ma tutte le cure possibili in funzione del soggetto sofferente, perché non sempre una stessa cura ha uno stesso effetto su tutti i pazienti. “La medicina basata sulle evidenze non regge alla prova dei fatti” afferma Arru. E così può essere valida la medicina convenzionale quanto quella non convenzionale: pari dignità all’omeopatia, all’agopuntura, all’ayurvedica, a tutta quella gamma di cure e di tecniche possibili attraverso cui è possibile arrivare al fine ultimo della guarigione, ferma restando la profonda conoscenza e l’uso appropriato, da parte del sanitario, delle diverse terapie.

Il segretario del Comitato di Bioetica mette in guardia dal rischio di ciarlataneria, che consiste nel non sa-

per usare o nell'exasperare i modelli di cura alternativi, ma ciò non toglie che "il medico completo deve conoscere tutti i paradigmi – ha sostenuto Arru – che ha suggerito all'Ordine dei Medici di giocare un ruolo nell'ampliamento della gamma di cure possibili: "Obbligo costitutivo dell'Ordine è anche quello di implementare le conoscenze sui vari stili di cure".

Indispensabile, in questa rivoluzione postmoderna, è anche recuperare la dimensione umana di una medicina sempre più tecnicizzata, meccanizzata e affidata alle macchine più che al rapporto medico-paziente. Una relazione, quella fra medico e paziente, che è profondamente mutata: il filosofo Luca Nave utilizza due paradigmi per descriverla. Il primo è il paradigma ippocratico che, rimasto in auge fino agli anni Sessanta, è ben rappresentato dalla figura del paternalismo medico: il rapporto fra i due è assolutamente asimmetrico, imperniato sul dovere del medico di curare e su quello del paziente di ascoltare.

Dagli anni Settanta in poi, l'asimmetria fra i due si assottiglia, crolla il paternalismo medico e si afferma il paradigma bioetico: "A decidere se la vita è buona o cattiva è la persona, non più il medico" ha spiegato Nave. Così nasce il consenso informato e si fa strada il concetto di diritti, non solo doveri, del paziente. Oltre a ciò il concetto di bene del paziente non è più univoco, ma diventa relativo: "Si pensi al caso Welby – ha commentato il filosofo – qual era il bene di questo paziente?". La soluzione, di fronte a un così enorme dilemma, sta, per Nave, nel concetto di "autonomia partecipata", che riesce a sintetizzare bene il paradigma ippocratico e quello bioetico.

Soprattutto, il filosofo ha suggerito al medico di riconquistare la sfera della comunicazione e della relazione con il paziente, attraverso il *counseling narrativo*, in quanto, sostiene "è statisticamente provato che molta parte della *malpractice* registrata in sanità deriva non da incompetenza tecnica quanto da problemi di comunicazione e relazione fra medico e paziente.

La nuova frontiera della medicina è dunque una riconquista della sfera umana della medicina dunque, come ha auspicato Rossella Mascolo, presidentessa della Sezione di Sassari della Società Filosofica Italiana, "perché la scienza non può prescindere dai valori, dalle conseguenze pratiche e dalle effettive ricadute sui pazienti".

### **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.

*La FNOMCeO sulle dichiarazioni anticipate di trattamento*

## *Alleanza terapeutica il baricentro nelle scelte di fine vita*

“Rivalutare il ruolo del medico all’interno di un diritto mite”: questo il senso e il contenuto profondo emerso dalla due giorni che a Terni ha visto confrontarsi i medici italiani sulle “Dichiarazioni Anticipate di volontà”.

Al “*richiamo forte delle responsabilità*” su questi temi che coinvolgono in maniera così compenetrante l’*Alleanza Terapeutica*, la FNOMCeO ha risposto prima con un convegno dove, a tutto tondo, si sono confrontati costituzionalisti, giuristi, società scientifiche, associazioni di cittadini, politici. Poi, con una decisa dichiarazione di intenti espressa in un Documento approvato - 85 voti favorevoli, 5 contrari e 7 astensioni - dai presidenti degli Ordini provinciali presenti al Consiglio Nazionale, appena conclusosi nel capoluogo umbro.

“In un’epoca di profonde trasformazioni sociali, di molteplici presenze di etnie, religioni e culture che diversificano le comunità in tante orgogliose identità, in un mondo sempre più unificato dalla tecnica, i principi che ispirano il Codice Deontologico rappresentano un punto di riferimento per la civile convivenza, per la riaffermazione dei valori etici della solidarietà umana”. Così si legge nell’incipit del Documento che, nel Codice Deontologico, “quale espressione sintetica e condivisa delle tante sensibilità e culture

che animano e che sono la ricchezza etica e civile della professione”, vede il nucleo identitario, di guida e di indirizzo, anche sul delicatissimo tema delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento.

È in sostanza riaffermata, con forza e all’unanimità, la “convincimento che le previsioni del Codice di Deontologia Medica abbiano forza giuridica ed etica e siano di per sé idonee ad orientare e legittimare le decisioni assunte in un’alleanza terapeutica”, che rappresenta il più alto punto di incontro tra l’autodeterminazione del paziente e la libertà di scelta – in scienza e coscienza – del medico.

“Su queste delicate ed intime materie – si legge, infatti, nel Documento – il legislatore dovrà intervenire formulando un diritto mite”. Un diritto, cioè, che si limiti esclusivamente a definire “la cornice di legittimità giuridica sulla base dei diritti della persona costituzionalmente protetti, senza invadere l’autonomia del paziente e quella del medico”

Ogni decisione, quindi, non può che essere l’espressione dell’unicità e dell’irripetibilità di quella singola alleanza terapeutica, che contiene in sé “tutte le dimensioni etiche, civili e tecnico professionali per legittimare e garantire la scelta giusta”, nell’interesse esclusivo del paziente e nel rispetto delle sue volontà.

A conclusione della giornata odierna, il presidente della FNOM-

*La ricerca di un punto d'incontro fra libertà di scelta del medico e autodeterminazione del paziente*

CeO, Amedeo Bianco, e il presidente dell'Ordine di Terni, Aristide Paci, hanno voluto rilasciare la seguente dichiarazione congiunta: "Il nostro lavoro si muove anche nell'auspicio che, dopo una pausa di riflessione

che coinvolga tutti i soggetti interessati, il confronto riprenda in un clima più sereno e con un dialogo costruttivo. Le nostre riflessioni sono a disposizione per contribuire a conseguire questo obiettivo".

## **RICHIESTA CERTIFICATI**

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

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

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

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

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

**Il testo  
della dichiarazione  
d'intenti  
della FNOMCeO:  
“Dichiaro oggi  
per domani”**

Il Consiglio Nazionale della Federazione Nazionale Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO), riunito a Terni il 13 giugno 2009, in relazione al vasto dibattito sviluppatosi sul tema delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento”(DAT) che direttamente e profondamente coinvolge l'autonomia e la responsabilità della pratica medica, ribadisce anche in questa materia il proprio ruolo di guida e di indirizzo sulla base dei principi che ispirano il Codice di Deontologia Medica quale espressione sintetica e condivisa delle tante sensibilità e culture che animano e che sono la ricchezza etica e civile della nostra professione.

Ribadisce altresì che questi principi, in un'epoca di profonde trasformazioni sociali, di molteplici presenze di etnie, religioni e culture che diversificano le comunità in tante orgogliose identità, in un mondo sempre più unificato dalla tecnica, rappresentano un punto di riferimento per la civile convivenza, per la riaffermazione dei valori etici della solidarietà umana.

Principi etici che assumono particolare significato nei momenti in cui ogni essere umano, dinanzi alla malattia ed alla morte, diventa più fragile e pone domande ardue e personali a sé stesso ed a quanti portano l'onere della sua cura.

Ai medici, pertanto, spetta il difficile compito di trovare, all'interno

dei suddetti principi, il filo del loro agire posto a garanzia della dignità e della libertà del paziente, delle sue scelte, della sua salute fisica e psichica, del sollievo dalla sofferenza e della sua vita in una relazione di cura costantemente tesa a realizzare un rapporto paritario ed equo, capace cioè di ascoltare ed offrire risposte diverse a domande diverse.

Il Codice di Deontologia Medica, nel complesso delle sue norme generali e specifiche, traccia questo percorso finalizzato a trasformare la relazione fra medico e persona assistita in un'alleanza terapeutica quale espressione alta e compiuta di pari libertà e dignità di diritti e doveri, pur nel rispetto dei diversi ruoli.

L'autonomia decisionale del cittadino, che si esprime nel consenso/dissenso informato, è l'elemento fondante di questa alleanza terapeutica, al pari dell'autonomia e della responsabilità del medico nell'esercizio delle sue funzioni di garanzia.

In questo equilibrio, alla tutela e al rispetto della libertà di scelta della persona assistita deve corrispondere la tutela ed il rispetto della libertà di scelta del medico, in ragione della sua scienza e coscienza.

Lo straordinario incontro, ogni volta unico e irripetibile, di libertà e responsabilità non ha dunque per il nostro Codice Deontologico natura meramente contrattualistica, ma esprime l'autentico e moderno ruolo del medico nell'esercizio delle sue funzioni di garanzia.

In questo nucleo forte di relazioni etiche, civili e tecnico-professionali il soggetto di cura e il curante, e ciascuno "autore" di scelte, ovvero entrambi esprimono l'autonomia e la responsabilità che caratterizza ogni alleanza terapeutica e che in tal senso compiutamente rappresenta il luogo,

il tempo e lo strumento per dare forza, autorevolezza e legittimazione a chi decide e a quanto si decide.

Ogni alleanza terapeutica, nella sua intimità ed unicità, assume straordinario significato nelle decisioni e nei comportamenti che riguardano le relazioni di cura che affrontano condizioni a prognosi infausta in fase terminale e/o caratterizzate da una perdita irreversibile della coscienza.

La professione medica coniuga quindi i suoi saperi e le sue competenze con i grandi principi che guidano, sotto il profilo deontologico, il moderno esercizio professionale:

- il principio di giustizia che vieta al medico di discriminare i pazienti per condizione fisica e/o psichica e per ragioni sociali, economiche, etniche e religiose;
- il principio di beneficiabilità e non maleficità che sancisce l'obbligo inderogabile in capo ad ogni medico di garantire la salute e la vita del proprio paziente nel rispetto dei suoi valori di riferimento, degli aspetti propri della persona e vissuti nella sua personale esperienza;
- il principio dell'autodeterminazione del paziente che riconosce alla volontà informata e consapevole del singolo paziente capace, il diritto di scegliere o non scegliere se attuare o sospendere i trattamenti diagnostico-terapeutici.

Il Consiglio Nazionale ritiene inoltre che vada data pari dignità e rilevanza al principio di autonomia e responsabilità del medico che può dunque sottrarsi a quella relazione di cura di cui non condivide le prospettive tecnico-professionali in ragione di scienza e/o quelle etiche.

Questo richiamo ad un pieno rico-

noscimento della libertà di scienza e coscienza del medico, non ha come obiettivo la restaurazione di surrettizie forme di neopaternalismo, ma si propone responsabilmente come tutela dell'autonomia del cittadino, laddove la crescente complessità della moderna medicina, a fronte di straordinarie prospettive di diagnosi e cura, sempre più spesso accende dilemmi tecnici ed etici che scuotono le certezze e le coscienze dei singoli medici e dei loro pazienti e lacerano il comune sentire etico e civile delle comunità.

Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO ritiene che la libertà di scienza e coscienza del medico deve responsabilmente collocarsi all'interno dei seguenti confini: sul piano tecnico professionale deve riferirsi alle migliori pratiche clinico-assistenziali basate sulle prove di efficacia, sicurezza ed appropriatezza di cui ogni medico porta responsabilità non delegabile, sul piano civile deve promuovere e trasferire nella relazione di cura il rispetto di tutti i diritti individuali protetti dalla nostra Costituzione, sul piano etico deve rispettare le norme del Codice Deontologico che si rifanno ai grandi principi sanciti da varie autorevoli fonti che hanno segnato la storia, della nostra deontologia, dal Codice di Norimberga alla Dichiarazione di Oviedo.

A tale riguardo il Consiglio Nazionale ribadisce che secondo il Codice Deontologico il principio dell'obbligo di garanzia (beneficiabilità-non maleficità) viene infranto quando il medico, intenzionalmente e con mezzi idonei, opera per la fine della vita anche se ciò è richiesto dal paziente (eutanasia) o insiste in trattamenti futili e sproporzionati dai quali cioè

fondatamente non ci si può attendere un miglioramento della malattia o della qualità di vita (accanimento diagnostico-terapeutico).

Il Medico lede altresì il principio di giustizia se trascura di offrire un progetto di cura efficace e proporzionato al miglioramento della malattia o della qualità di vita al paziente terminale o incapace o comunque fragile (abbandono terapeutico) e viola il principio di autonomia del cittadino se insiste nell'intraprendere o nel perseverare in trattamenti rifiutati dal paziente capace ed informato.

La persona incapace a manifestare le proprie volontà sulla sua malattia e sulla qualità della sua vita è doppiamente fragile e la sua solitudine ad esprimersi fa più grande quella del medico che deve comunque decidere.

D'altra parte lo straordinario sviluppo delle procedure e delle tecniche di mantenimento delle funzioni vitali nelle fasi avanzate di malattie croniche degenerative (neoplastiche, metaboliche, autoimmuni, vascolari etc.) o di recupero delle stesse in condizioni di emergenza (arresti cardiaci, accidenti cerebrovascolari devastanti, grandi traumi cranici, etc.) e poi sostenute per un tempo indefinito, determina in numero sempre più consistente una tipologia di pazienti incapaci di esprimere una volontà attuale sui trattamenti diagnostico-terapeutici compresi quelli idonei a supportare nel tempo la condizione di totale ed irreversibile perdita di coscienza di sé ed assoluta incapacità di relazione con l'ambiente.

Le Dichiarazioni Anticipate di Trattamento (DAT) intervengono in queste condizioni quale espressione particolare ed eccezionale del consenso del paziente che, informato,

consapevole e quindi al momento capace, dichiara i suoi orientamenti sui trattamenti ai quali desidera o non desidera essere sottoposto nell'eventuale sopravvenire di una condizione irreversibile di incapacità di esprimere le proprie volontà.

Principio che è saldamente presente nel Codice di Deontologia Medica fin dalla revisione del 1998 e confermato successivamente nel 2006 (art. 35. Il medico deve intervenire, in scienza e coscienza, nei confronti del paziente incapace, nel rispetto della dignità della persona e della qualità della vita, evitando ogni accanimento terapeutico, tenendo conto delle precedenti volontà del paziente art. 38. Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere le proprie volontà, deve tener conto nelle proprie scelte di quanto precedentemente manifestato dallo stesso in modo certo e documentato) delineando quell'opportuno bilanciamento tra diritto all'autonomia del cittadino e obbligo di garanzia proprio del medico.

Per il Codice Deontologico questi due principi non sono infatti ontologicamente conflittuali laddove, soprattutto nelle circostanze più difficili, le funzioni di garanzia del medico devono, tra l'altro, supportare e motivare le scelte del paziente, così come la volontà del paziente deve illuminare ed orientare le funzioni di garanzia del medico.

In relazione al processo legislativo riguardante il progetto di legge concernente "Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento" approvato in prima lettura al Senato, la FNOM-CeO, a seguito di approfondito dibattito con le Società Medico-Scientifi-

che e con le Associazioni di tutela dei pazienti e dei consumatori, ritiene che la compiuta funzione di garanzia del medico verso i pazienti incapaci di esprimere una volontà attuale e le loro scelte rende pressante la necessità di ridefinire nuovi profili di cura e di avvicinare a questa responsabilità tecnico professionale la presa in carico globale di queste fragilità che va oltre l'impegno dei soli medici. Sul piano generale, il Consiglio Nazionale della FNOMCeO ritiene necessario così definire le seguenti questioni:

- L'informazione posta alla base dell'alleanza terapeutica deve avvalersi di un investimento formativo tale da garantire l'efficacia e l'appropriatezza della comunicazione
- Ai processi di cura coinvolgenti pazienti con bisogni assistenziali così impegnativi e complessi vanno previsti programmi osservazionali sugli esiti dei trattamenti in termini di sollievo dalle sofferenze e qualità della vita
- Va concretizzato un forte impegno della ricerca, sia in campo diagnostico che terapeutico, per migliorare le evidenze scientifiche già oggi disponibili e per sviluppare altresì la cultura e la pratica della palliazione sia negli ambiti tradizionali delle malattie neoplastiche terminali sia in quelli nuovi ed altrettanto impegnativi delle malattie cronico degenerative avanzate caratterizzate da compromissione o perdita irreversibile dello stato di coscienza
- Va definita e finanziata una rete nazionale efficace ed accessibile di servizi che garantiscano Livelli Essenziali di prestazioni sanitarie ed assistenziali, idonee a rendere

accessibile per questi pazienti e le loro famiglie il diritto ad un'esistenza rispettosa della dignità delle persone che sono curate e di quelle che si prendono cura.

- Nelle specifiche condizioni oggi inquadrare come stati vegetativi, la comunità scientifica deve consolidare le evidenze relativamente agli aspetti preventivi, diagnostici, terapeutici e prognostici attraverso l'elaborazione di specifiche linee-guida, la valutazione degli esiti dei trattamenti riabilitativi, di nutrizione artificiale e di altri eventuali trattamenti di supporto vitale, di prevenzione e gestione delle complicanze (infezioni, embolie, trombosi, etc.) anche al fine di costruire un apposito Registro Osservazionale.

In riferimento ad alcune controverse e più specifiche questioni connesse alle DAT, il Consiglio Nazionale della FNOMCeO ritiene che le seguenti considerazioni possano aiutare la ripresa di un confronto sereno nel Parlamento e nel paese in grado di offrire soluzioni alte e condivise.

- È nostra convinzione che le previsioni del Codice di Deontologia Medica abbiano forza giuridica ed etica e siano di per sé idonee ad orientare e legittimare le decisioni assunte in una alleanza terapeutica ma il conflitto tra competenze legislative e competenze giudiziarie che ha fatto seguito alla vicenda Englaro, ha determinato una forte accelerazione del processo legislativo in materia di dichiarazioni anticipate di trattamento (DAT) al fine di definirne gli ambiti di efficacia.
- Su queste delicate ed intime materie il legislatore dovrà intervenire

- formulando un “diritto mite” che si limiti cioè a definire la cornice di legittimità giuridica sulla base dei diritti della persona costituzionalmente protetti, senza invadere l’autonomia del paziente e quella del medico prefigurando tipologie di trattamenti disponibili e non disponibili nella relazione di cura. Ognuna di queste, unica e irripetibile contiene tutte le dimensioni etiche, civili e tecnico professionali per legittimare e garantire la scelta, giusta, nell’interesse esclusivo del paziente e rispettosa delle sue volontà. L’autonomia e la responsabilità del medico, sono a garanzia che le richieste di cura e le scelte di valori dei pazienti sono accolte nel continuo sforzo di aiutare chi soffre e ha il diritto di essere accompagnato con competenza, solidarietà. Tali dichiarazioni vanno espresse in forma scritta, sottoscritta e datata, conseguente ad una informazione medica di cui resta idonea documentazione.
- In tale contesto vanno chiaramente definite le condizioni nelle quali queste assumono il valore giuridico ed etico di espressione di una volontà “capace”, ovvero se riferita solo agli stati vegetativi o se anche a tutti gli altri stati patologici che si manifestano nel corso di malattie cronico degenerative caratterizzati da una perdita irreversibile della coscienza di sé e dell’ambiente configuranti quindi un’incapacità ad esprimere volontà attuali.
  - Le dichiarazioni anticipate rappresentano scelte libere e consapevoli che possono essere in ogni momento revocate o aggiornate e non devono contenere richieste di atti eutanasi o riconducibili a forme di trattamenti futili e sproporzionati (accanimento terapeutico).
  - Le dichiarazioni anticipate vanno attualizzate prevedendone una scadenza temporale di validità al termine del quale possono essere rinnovate.
  - Le dichiarazioni anticipate vanno contestualizzate sotto il profilo tecnico-professionale non allo scopo di eludere le specifiche volontà del paziente ma al fine di verificare la sussistenza o meno delle condizioni cliniche e delle valutazioni tecniche che le hanno informate.
  - In presenza di dichiarazioni anticipate si ritiene opportuno che nelle particolari situazioni cliniche, inquadrare come stati vegetativi, le condizioni di irreversibilità del danno neurologico siano indagate, valutate e certificate secondo le migliori evidenze scientifiche disponibili da trasferire in analitici e rigorosi protocolli diagnostici e prognostici, unici a livello nazionale.
  - In accordo con una vasta ed autorevole letteratura scientifica, la nutrizione artificiale è trattamento assicurato da competenze mediche e sanitarie, in grado di modificare la storia naturale della malattia, calibrato su specifici problemi clinici mediante la prescrizione di nutrienti, farmacologicamente preparati e somministrati attraverso procedure artificiali, sottoposti a rigoroso controllo sanitario ed infine richiedente il consenso informato del paziente in ragione dei rischi connessi alla sua predisposizione e mantenimento nel tempo. La sua capacità di sostenere funzioni vitali, temporaneamente o definitivamente compromesse, ne

motiva l'impiego, in ogni progetto di cura appropriato, efficace e proporzionato, compresi quelli esclusivamente finalizzati ad alleviare le sofferenze. In queste circostanze, le finalità tecniche ed etiche che ne legittimano l'utilizzo definiscono anche i suoi limiti, sui quali può intervenire la scelta informata e consapevole, attuale o dichiarata anticipatamente del paziente e la libertà di scienza e coscienza del medico.

- L'eventuale individuazione della figura del "Delegato/Fiduciario", richiede una puntuale definizione del suo ruolo che si auspica sia di vigilanza sulle applicazioni delle dichiarazioni anticipate, esercitando una funzione di cooperazione con il medico curante al fine di evitare conflitti tra le due funzioni di tutela dovendo entrambi perseguire il migliore interesse del paziente.
- Va previsto per il medico e per tutto il personale sanitario il diritto all'obiezione di scienza e coscienza rispetto ai contenuti delle dichiarazioni anticipate ciò in forza di quanto già previsto in altri contesti dall'ordinamento giuridico e dallo stesso Codice di Deontologia Medica. Ovviamente per il medico obiettore rimangono gli obblighi deontologici di continuare la sua assistenza fino a quando un altro collega, in un'altra relazione di cura, assumerà quelle volontà.
- Il dispositivo legislativo, nel definire gli ambiti di efficacia giuridica del consenso informato, deve altresì chiaramente prevedere che gli atti commessi o omessi dai medici e dai sanitari in osservanza delle volontà giuridicamente valide, escluse quelle eutanasiche o di assistenza al suicidio, li esone-

rano da qualsivoglia responsabilità civile e penale.

Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO ritiene infine indispensabile l'istituzione di un Osservatorio Nazionale sui comportamenti e le scelte di fine vita, implementando e diffondendo sul territorio la cultura della cure di fine vita e gli strumenti affidabili e confidenziali di rilevazione dei fenomeni anche attraverso campagne di informazione del pubblico e formazione del personale, in particolare finalizzate a chiarire gli scopi, i limiti etici e giuridici delle dichiarazioni anticipate.

## **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 15.00  
ALLE ORE 17.00

**GIOVEDÌ:**  
DALLE ORE 11.00  
ALLE ORE 15.30  
(ORARIO CONTINUATO)

*Esperienza in un paese colpito dal terremoto*

## *Un medico sassarese nelle tendopoli d'Abruzzo*

*La scelta di essere medico dovrebbe essere la risposta ad una vocazione, cioè quella di portare sollievo all'uomo che soffre. In alcuni colleghi questa convinzione culmina, oltre che nell'esercizio della professione, anche nell'opera di volontariato in tutte le sue forme, medica e non, e nell'aiuto sempre pronto al malato ed al sofferente. Riportiamo la testimonianza di alcuni colleghi che sono intervenuti nella recente emergenza del terremoto in Abruzzo.*

*Paolo Cuguttu, 53 anni, medico dentista, logudorese di origine e sassarese di adozione, è rientrato i primi di maggio dall'Abruzzo dopo un periodo di volontariato, racconta la sua esperienza vissuta nelle zone distrutte dal terremoto del 6 aprile.*

**Monica Derosas**

**S**ono partito dalla Sardegna coi volontari della sezione paracadutisti del Goceano, con destinazione Navelli, dove opera Protezione Civile dei Paracadutisti, alla quale il Ministero degli Interni ha assegnato la gestione del COM n° 6 (Centro Operativo Misto), che comprende oltre al paese di Navelli, borgo medioevale ricco di storia e patria dello zafferano, altri 18 comuni a sud de L'Aquila, tutti gravemente danneggiati, ed uno, Castelnuovo, quasi completamente raso al suolo.

Il campo sportivo di Navelli, per

l'emergenza sismica, ha assunto le sembianze di un antico accampamento romano, con le tende blu del Ministero degli Interni perfettamente allineate e adibite ad alloggi provvisori.

Subito dopo il sisma, i ritmi di lavoro sono stati frenetici, con orari che andavano dalle 6.30 del mattino fin oltre mezzanotte, a montare le tende e a scavare canalette per il deflusso dell'acqua piovana. Poi, finita l'emergenza, si è passati a una graduale normalizzazione e pianificazione. I compiti dei volontari erano prevalentemente di natura sanitaria, di soccorso e logistico, al fine di garantire l'igiene e la sicurezza, la gestione e la pulizia delle cucine e la sala mensa per la preparazione e la distribuzione dei pasti; il servizio di lavanderia, la pulizia dei bagni, lavori di carpenteria e il servizio di vigilanza notturna alla porta carraia, lungo il perimetro del campo e i corridoi fra le tende per evitare l'intrusione di estranei e atti di sciaccallaggio.

Il mio compito a Navelli era quello di fare il dentista, ma poi una volta al campo, ho fatto praticamente di tutto. Il primo giorno ho operato esclusivamente come a bordo del camper odontoiatrico, perfettamente attrezzato per gli interventi di piccola chirurgia orale, conservativa ed endodonzia; poi ho saputo che l'unità mobile doveva spostarsi giornalmente in località diverse, anche molto lontane,

*Dall'emergenza  
alla gestione  
del graduale  
ritorno  
a una vita  
normale:  
il racconto  
di Paolo Cuguttu*



**I volontari in Abruzzo: nella fila dietro, secondo da sinistra, il dottor Cuguttu**

mentre io dovevo rimanere entro i confini del centro operativo di Navelli. Di conseguenza mi sono dedicato all'attività di medico generico nella tenda ambulatorio del campo, che fungeva anche da sede di guardia medica durante le ore notturne e festive. I pazienti che ho visitato erano prevalentemente anziani con patologie infiammatorie e degenerative preesistenti, aggravate dai disagi della vita in tenda, e malattie da raffreddamento causate dalle condizioni meteorologiche avverse, con temperature molto basse (soprattutto nelle ore notturne), vento gelido e piogge continue. Sono stati numerosi anche i volontari che ricorrevano alle mie cure per piccoli incidenti sul lavoro: prevalentemente ferite da taglio, contusioni e distorsioni. Nei brevi periodi di tranquillità aiutavo all'occorrenza i volontari di turno nella gestione del magazzino, la movimentazione e la registrazione dei materiali in entrata e uscita, la cernita dei viveri in base alla data di scadenza e la

gestione del vestiario. Erano tante le famiglie vittime del sisma che non hanno salvato neanche un cambio di biancheria.

Quello che abbiamo fatto in Abruzzo durante il nostro turno di volontariato sembra tanto, ma in realtà è solo una goccia nel mare delle tante cose quotidianamente necessarie per mantenere, migliorare e inte-

grare l'esistente; e come sempre succede in queste occasioni, quello che si riceve è sempre più di quello che si dà. È stata una forte e gratificante esperienza umana, la cui utilità è stata sottolineata dalle lacrime del sindaco di Navelli, nel corso di un improvvisato e breve discorso di ringraziamento tenuto durante il pranzo del 1° maggio, e dai tanti sguardi, sorrisi e parole di gratitudine che quotidianamente abbiamo ricevuto dalla fiera e dignitosa popolazione abruzzese. Le persone anziane spesso ci raccontavano con freddezza le loro drammatiche esperienze personali, con rassegnazione ma senza lamentarsi; i giovani erano invece più fiduciosi, e anzi non vedevano l'ora di ricominciare.

Per concludere, so di non essere originale dicendo che quando siamo tornati alle nostre famiglie e al nostro lavoro, una parte del nostro cuore e dei nostri pensieri è rimasta in Abruzzo.

**Paolo Cuguttu**

# *Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico*

**I**l giorno 15 gennaio con lo stop all'invio dei questionari di valutazione via fax si è concluso il Corso "Sicure" sulla "Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico". Questa prima iniziativa di aggiornamento avviata dalla FNOM-CeO e rivolta a tutti i medici ed odontoiatri italiani ha richiesto, come era prevedibile, un grosso impegno soprattutto sotto il profilo organizzativo e della gestione dei due diversi canali di accesso, on-line e "cartaceo", impegno tuttavia ampiamente ricambiato dall'apprezzamento incondizionato, per i contenuti e per le modalità di esecuzione (fad-blended), espresso dai colleghi che vi hanno preso parte.

Le criticità sul piano organizzativo che abbiamo registrato, doverosamente segnalate anche da alcuni dei partecipanti, sono in gran parte da ascrivere ad una non puntuale risposta dei supporti tecnologici (difficoltà a trasmettere il questionario via fax, mancata ricezione da parte dei professionisti degli esiti della prova, poca "fluidità" del percorso on-line), criticità che, tuttavia, possiamo ritenere fisiologiche in ragione dell'alto numero dei partecipanti al corso.

In questa fase sperimentale, inoltre, la Federazione si è fatta carico dell'intera organizzazione dell'evento ricorrendo, inevitabilmente, a sistemi automatici di analisi e verifica delle prove di apprendimento individuati in tempi brevi (e quindi non

sufficientemente collaudati) per rispettare le scadenze richieste dal Ministero della Salute che ha collaborato all'iniziativa. Naturalmente gli errori sono risultati preziosi strumenti per comprendere come migliorare eventuali altre iniziative analoghe.

Un primo bilancio dell'evento: al momento abbiamo inviato agli Ordini provinciali cinque elenchi (medici e odontoiatri), per un totale di circa 12.000 colleghi che hanno ottenuto i 20 crediti ECM. Abbiamo in via di elaborazione e saranno trasmessi prevedibilmente entro il mese di febbraio, i report di altri partecipanti on-line (circa 2500) e l'elenco dei nominativi che scaturirà dagli oltre 28.000 questionari inviati per fax. È prevedibile che a conclusione del "Sicure" avremo distribuito i 20 crediti ad oltre 30.000 professionisti.

Con l'occasione vorrei aggiungere che gli elenchi che di volta in volta trasmettiamo alle sedi provinciali vengono attentamente controllati e confrontati proprio perché alimentati dai due diversi canali di partecipazione (on-line e fax), tuttavia sarebbe opportuno che anche gli Ordini procedessero ad una ulteriore verifica mediante un registro degli attestati rilasciati per evitare un inutile duplicato dell'attestato stesso e/o eventuali comportamenti opportunisti.

Vorrei rivolgere a tutti i colleghi che hanno partecipato il più vivo rin-

*Larga  
partecipazione:  
a conclusione  
del percorso  
formativo  
verranno attribuiti  
crediti  
a oltre 30 mila  
professionisti*

graziamento per il contributo che hanno voluto dare per la migliore riuscita di questa nostra iniziativa ECM e per i suggerimenti e, perché no, per le critiche costruttive che hanno fatto pervenire, che rappresenteranno per

tutti noi un momento di riflessione e di approfondimento da cui ripartire per una prossima iniziativa di aggiornamento professionale.

Amedeo Bianco

## ***CORSO STANZIALE “SICURE” SICUREZZA DEI PAZIENTI E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO***

Considerato il successo del corso F.A.D. per la formazione degli operatori sanitari “**SICURE - sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico**”, organizzato dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, l’Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Sassari ha intenzione di organizzare a Sassari un’edizione stanziale del corso.

Prima di provvedere all’organizzazione dell’evento si ritiene opportuno verificare l’effettivo interesse degli iscritti.

Si invitano, pertanto gli interessati a comunicare agli uffici dell’Ordine la propria disponibilità a partecipare al corso.

I crediti E.C.M. previsti saranno 20.

Il corso dovrebbe articolarsi in una giornata lavorativa.

Si precisa che i sanitari che hanno già partecipato e superato il corso nell’edizione precedente non potranno partecipare allo stesso.

## *Ritorna la tubercolosi: pericolo globale?*

**L**a tubercolosi (TB) costituisce da sempre un importante problema di salute pubblica sia nei paesi in via di sviluppo sia in quelli industrializzati.

I recenti episodi epidemici, segnalati nella nostra provincia ed in altre provincie italiane, hanno, frequentemente, richiamato l'attenzione dei mass-media locali e nazionali.

L'Istituto di Igiene e Medicina Preventiva dell'Università degli Studi di Sassari collabora con l'Organizzazione Mondiale della Sanità nel seguire le dinamiche di questa infezione batterica nel mondo, ed in modo particolare nella Regione Europea.

Recentemente, è stata avviata una stretta collaborazione anche con lo European Center for Disease Prevention and Control (ECDC), agenzia dell'Unione Europea, al fine di elaborare interventi di sanità pubblica per l'eliminazione della tubercolosi dall'Unione Europea, quali l'elaborazione di indicatori e strategie operative per l'eradicazione dell'infezione.

La tubercolosi rappresenta da sempre un problema globale e, recentemente, l'Italia ed altri Paesi Europei (Inghilterra e Svezia) sembrano assistere alla recrudescenza di una malattia ritenuta, da tempo, un problema dell'ante-guerra.

La morbosità correlata al *Mycobacterium tuberculosis* è impressionante: i nuovi casi di malattia nel

mondo nell'anno 2007 sono stati 9,27 milioni -139 malati per 100 000- secondo le recenti stime fornite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità -WHO- (13th annual WHO report on global tubercolosi control-2009); tra i casi incidenti 4,1 milioni sono risultati positivi all'analisi dell'escreato (44% del totale) e 1,37 milioni HIV+ (14.8% del totale). Rispetto all'incidenza stimata nel 2006 (9,24 milioni) è stato registrato un incremento del numero di casi a seguito dell'incremento demografico della popolazione. India, Cina, Indonesia, Sudafrica e Nigeria occupano dal primo al quinto posto, rispettivamente, in termini di casi notificati alle autorità sanitarie. I casi prevalenti nel 2006 sono risultati 14,4 milioni. Tale infezione ha determinato il decesso di 1,5 milioni di soggetti, di cui 0,2 milioni tra gli individui HIV+; è stato calcolato che quotidianamente in tutti i continenti muoiono di tubercolosi 4400 persone e circa 6000 di AIDS.

Gli indicatori sanitari correlati all'infezione da tubercolosi sono particolarmente preoccupanti nei Paesi a medio e basso livello socio-economico.

Si stima che ogni secondo un individuo venga infettato dal bacillo tubercolare e circa un terzo della popolazione mondiale sia infettata dal batterio, trovandosi, quindi, a rischio di sviluppare la malattia nelle fasi successive della propria vita (5-

*Recrudescenza della malattia anche in paesi evoluti.*

*Preoccupante diffusione nelle aree a basso sviluppo economico*

10%). La probabilità di sviluppare malattia si modifica significativamente nel momento in cui il soggetto diviene immuno-compromesso, come nel caso di un immuno-deficit HIV-mediato.

I progressi compiuti da quando l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dichiarato la tubercolosi emergenza di sanità pubblica globale (1993) sono stati, nel complesso, considerevoli.

Nel 2006 e nel 2007, tuttavia, si è registrato un lieve rallentamento nel raggiungimento dei targets previsti per il controllo della malattia tubercolare, in particolare per quelli diagnostici.

Infatti, se nel periodo 2001- 2005 il tasso medio di identificazione dei nuovi casi di malattia incrementava del 6% per anno, nel 2006 si verificava un calo, con un incremento di solo il 3%. Tale dimezzamento è da imputarsi, principalmente, al fatto che alcuni programmi nazionali di controllo non sono riusciti a mantenere lo stesso successo del quinquennio precedente. Inoltre, molti pazienti preferiscono affidarsi al settore privato o a organizzazioni non-governative o religiose, in particolare nel sub-continente Indiano.

Negli anni futuri altre due condizioni potrebbero rallentare ulteriormente il "ritmo" dei successi sinora ottenuti. La prima è associata alla diffusione, mai registrata in precedenza, di ceppi con multi-resistenza ai farmaci anti-tubercolari (MDR, resistenza ad almeno isoniazide e rifampicina); allo stato attuale, la risposta di fronte all'ondata epidemica di ceppi non wild type è stata inadeguata.

La seconda è legata alla combinazione letale tra *Mycobacterium tu-*

*berculosis* ed HIV, rilevante in tutto il globo, ma particolarmente nel continente africano. Nel 2006 sono stati testati per HIV 700 000 pazienti con tubercolosi. Il dato rappresenta un indubbio progresso se rapportato con i 22 000 pazienti del 2002, ma è ancora molto lontano dal target di 1,6 milioni fissato dal Global Plan to Stop tubercolosi 2006-2015.

La possibilità di compiere un controllo efficace della malattia e dell'infezione ad essa associata, tramite l'attuazione della nuova Stop tubercolosi Strategy (comprendente la "storica" strategia DOTS) e delle nuove indicazioni contenute nei piani globali degli ultimi anni, induce però l'Organizzazione Mondiale della Sanità e le altre organizzazioni internazionali a essere ottimisti. Nel 2006 la strategia suddetta è stata messa in atto con successo in 184 Paesi, espressione del 99% di tutti i casi stimati di tubercolosi nel mondo, e nell'arco di un decennio (1995-2006) sono stati identificati e sottoposti a trattamento 31,8 milioni di soggetti.

La percentuale di successo terapeutico nelle nazioni dove è stata attivata la Stop tubercolosi Strategy è risultata quasi sovrapponibile al target fissato all'85%. Tale risultato è il più elevato sino ad ora ottenuto, nonostante la coorte valutata sia incrementata numericamente (2,4 milioni di pazienti nel 2005). Le percentuali più basse sono state registrate nella Regione Europea (71%), nella Regione Africana (76%) e nelle Americhe (78%); il Sud-Est Asiatico, le aree del Pacifico Occidentale e 58 nazioni hanno raggiunto il target dell'85%, mentre la Regione del Mediterraneo Orientale ha raggiunto l'83%. Particolarmente preoccupante

appare, quindi, la situazione europea ove ci si è posti l'obiettivo dell'eliminazione.

Secondo autorevoli studi la Regione Europea potrebbe migliorare la propria situazione sia incrementando la copertura della Stop tubercolosi Strategy nella propria area sia incrementando l'uso della batteriologia diagnostica.

Dagli anni Cinquanta agli anni Ottanta è stato possibile identificare in Italia una progressiva riduzione delle notifiche di tubercolosi; di contro, negli ultimi venti anni il numero dei casi notificati è stato sostanzialmente stabile.

Il tasso di sotto-notifica che caratterizza il sistema non permette di ottenere valori di incidenza e dati epidemiologici reali utili per un'adeguata politica sanitaria in questo ambito.

L'attuale situazione epidemiologica è caratterizzata da una bassa incidenza nella popolazione generale, dalla concentrazione della maggior parte dei casi in alcuni gruppi a rischio (immigrati, soggetti con patologie croniche, ecc.) e in alcune classi di età, e dall'emergere di ceppi MDR.

Nel decennio 1995-2006 l'incidenza della tubercolosi nella popolazione generale si è ridotta passando da 10 casi per 100 000 a 7,5 casi per 100 000, cioè al di sotto del cut-off di 10 casi per 100000, utilizzato per definire un Paese a bassa incidenza.

Le forme di tubercolosi recidivante, la cui registrazione è stata avviata dal 1999 in seguito alle modificazioni delle modalità del sistema di notifica, sono risultate pari al 9% del totale dei casi notificati. Buona parte delle notifiche eseguite nel 2006 riguardavano soggetti nati in altri

Paesi; la maggioranza di questi sono giovani-adulti (25-35 anni), contrariamente ai casi notificati tra i cittadini italiani, in cui è possibile riscontrare un'età media più avanzata. La proporzione di malati nati all'estero è aumentata significativamente negli ultimi anni, passando da circa il 20% nel 1999 al 46,2% nell'anno 2006. Il rischio di sviluppare la tubercolosi si è rivelato più elevato nei primi due anni successivi alla migrazione (13% dei casi nel primo anno e 22% dei casi nel secondo anno) ed è correlato alla prevalenza di malattia nel Paese di origine.

La maggior parte dei casi notificati ha presentato una localizzazione polmonare. Proporzionalmente è stato possibile assistere ad un incremento della tubercolosi extra-polmonare da 50 anni a questa parte (2% negli anni '50 vs. 27 nel 2005), in modo particolare sono risultati rilevanti percentualmente il numero di casi con localizzazione pleurica e genito-urinaria.

Il 3,5% dei soggetti con forme polmonari presenta interessamento di altri organi.

In definitiva, i successi ottenuti nel controllo globale della tubercolosi negli ultimi dieci anni sono dovuti alla strategia dell'Organizzazione Mondiale della Sanità DOTS, precedentemente menzionata. Essa è costituita, in dettaglio, da cinque punti chiave: 1) impegno politico da parte dei governi nazionali; 2) diagnosi microbiologica; 3) terapia standardizzata con supervisione e supporto del paziente; 4) rifornimento continuativo di farmaci; 5) sistema di controllo e di valutazione, e misurazione dell'impatto. Tuttavia, è stato rilevato come sia opportuno un approccio aperto su più problematiche.

A tale scopo è stata elaborata la Stop tubercolosi Strategy, che supera e ingloba la strategia DOTS.

Essa si poggia su sei punti nodali: 1) perseguire alta qualità nell'espandere e potenziare la messa in opera della strategia DOTS; 2) affrontare TB/HIV, MDR-TB ed altre sfide (realizzazione delle attività collaborative TB/HIV; prevenzione e controllo della MDR-TB; valutazione di particolari gruppi a rischio, quali detenuti, rifugiati, ecc.) 3) contribuire al rafforzamento del sistema sanitario (partecipazione attiva per il miglioramento delle politiche sanitarie in ambito di risorse umane, finanziamenti, management, erogazione dei servizi e dei sistemi di informazione; condivisione di innovazioni quali il Pratical Approach to Lung Health); 4) coinvolgere tutti i fornitori di cure ed assistenza (pubblico-pubblico e pubblico-privato –PPM-; aderenza a protocolli quali gli Standards Internazionali di Cura per la TB –ISTC-); 5) rafforzare persone con tubercolosi e comunità (rafforzamento della comunicazione e della mobilitazione sociale; carta dei pazienti per le gestione della TB); 6) permettere e promuovere la ricerca (ricerca operativa relativa al funzionamento dei vari aspetti del program-

ma di controllo; ricerca per lo sviluppo di nuovi sistemi di diagnosi, terapia e prevenzione). La nuova strategia contiene i principi della strategia DOTS, ma attiva la strategia di attacco alla tubercolosi inserendo nuovi elementi quali il supporto al paziente affetto da tubercolosi, la qualità nella diagnosi e nella terapia per tutti i casi di tubercolosi, ivi inclusi quelli infetti da ceppi farmaco-resistenti, il coinvolgimento di tutti gli operatori sanitari come descritto nel documento International Standards of Care.

È evidente che una maggiore sensibilizzazione ed attenzione verso la popolazione generale ed, in modo particolare, verso alcuni soggetti “a rischio”, nel momento in cui dovessero essere identificati alcuni sintomi e segni clinici può evitare ritardi diagnostici che implicano l'insorgenza di problematiche legate all'individuo (maggiori probabilità di decesso, incremento del tasso di morbilità, ecc.) alla comunità (maggiori probabilità di contagio e, quindi, di diffusione dell'infezione e della malattia).

**Giovanni Sotgiu**

*Ricercatore presso l'Istituto di Igiene e Medicina preventiva dell'Università di Sassari e consulente per la tubercolosi presso l'OMS e l'ECDC*

## **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.

*Internet e le nuove applicazioni in campo sanitario*

## *Web. 2 e Medicina: come si trasforma il Pianeta Salute*

*Inseriamo in questo numero una nuova rubrica che tratterà temi generali volti al futuro della sanità, nei suoi molteplici aspetti. Inauguriamo la rubrica con un articolo di Piergiorgio Annicchiarico, responsabile dei Servizi Informativi della ASL n. 1 di Sassari, che, prendendo lo spunto da un libro di recente pubblicazione presentato da poco a Sassari, si sofferma sull'utilizzo di Internet e sulle sue nuove applicazioni in campo medico sanitario. Internet è un evento Cigno Nero per dirla alla Nassim Taleb, studioso di processi iper-cettivi, sociali e cognitivi, uno di quei fenomeni che ha inaspettatamente e imprevedibilmente cambiato il mondo in molti aspetti della nostra vita personale e lavorativa. Gli strumenti che mette a disposizione sono diventati così indispensabili e pervasivi da modificare le nostre abitudini in maniera sottile ma radicale, della cui importanza ci si rende conto solo a posteriori o quando vengono a mancare, un po' come per la luce elettrica. Come si evince dall'articolo, sta diventando sempre più essenziale nella nostra pratica clinica conoscere le implicazioni, le conseguenze positive e negative, i limiti e le opportunità di queste tecnologie in campo medico sanitario, e bisogna essere pronti. (Rita Nonnis)*

**B**log, RSS Feed, Podcast, Wiki, Social Network, Personal Health Records: questi i nuovi termini che ogni medico al passo coi tempi dovrà aggiungere al suo vocabolario. Almeno secondo quanto affermato da Eugenio Santoro nel suo libro "Web 2.0 e Medicina" (Il Pensiero Scientifico Editore).

E' quanto emerso anche durante la presentazione del libro svoltasi il 21 maggio 2009 a Sassari, presso una delle sale dell'ex-nosocomio manicomiale di Rizzeddu, in via di progressiva ristrutturazione da parte della ASL 1. Il libro di Santoro è tra i primi in Italia che affronta l'argomento delle opportunità che si presentano con le nuove tecnologie della rete Internet

nel campo della ricerca in medicina, dell'insegnamento della pratica medica e dell'assistenza sanitaria.

Le nuove tecnologie che si possono raggruppare sotto la generale dicitura di Web 2.0, hanno la caratteristica comune di permettere, rispetto al cosiddetto Web 1.0, inteso come "statico" e "monodirezionale" (un po' come la televisione), un maggior grado di interattività e partecipazione. Tutto ciò grazie alla possibilità di pubblicare, gestire, condividere, commentare ogni tipo di contenuto multimediale direttamente sul Web, in completa autonomia, facendo ricorso ad opportuni "spazi virtuali", fisicamente ben collocati e gestiti in memorie di massa "gratuitamente" concesse da grandi

*Le opportunità  
da cogliere  
con le nuove  
tecnologie  
sulla Rete:  
un libro  
di Eugenio  
Santoro*

operatori dell'Information Communication Technology (ICT). Per collocare più facilmente il contesto, è sotto gli occhi di tutti il fenomeno di Facebook, di You Tube o anche di MySpace, che sono tra gli esempi più noti di queste nuove "web-applicative" partecipative.

La "rivoluzione" del Web 2.0 abbraccia ogni campo dell'attività umana, la medicina – da settore così importante della nostra vita sociale – non poteva quindi essere esente dalla "contaminazione" del Web 2.0, dando vita alla cosiddetta "Medicine 2.0".

Il libro di Santoro ha il grande pregio di chiarire molto bene tutti i concetti sottesi all'applicazione delle tecnologie Web 2.0 alla medicina. Vengono descritte decine di esempi di applicazioni, in una vera e propria "rassegna ragionata", secondo una precisa articolazione, volta a rispecchiare l'intera gamma delle nuove tecnologie del Web 2.0, tra cui:

- gli RSS Feed, ovvero una tecnologia di tipo "push" per avere immediata notizia delle variazioni di contenuti di interesse che si verificano nel Web, certamente molto utile nel campo della ricerca e dell'aggiornamento scientifico, non solo in campo medico;
- i Podcast, ovvero una modalità per distribuire sul Web contenuti multimediali, quali filmati e registrazioni audio-video, tecnica – come si capirà – assai interessante, soprattutto nel campo della formazione in medicina;
- i Blog, ovvero la ben nota tecnologia che permette di pubblicare articoli e commenti nella forma di "diario" giornaliero personalizzato, molto utilizzata sia da medici, sia dai pazienti i quali raccontano in

questa modalità le loro esperienze dirette con l'assistenza sanitaria o dispensano consigli sui trattamenti, specie nel campo delle malattie croniche;

- i Wiki, ovvero quella tecnologia – utilizzata con la ben nota Wikipedia – che consente di sviluppare documenti multimediali cui possono contribuire, secondo opportune regole, vari soggetti (specialisti o meno che siano della materia), in forma più o meno anonima, e che favorisce la diffusione di un sapere condiviso (onorando, quindi, uno dei fondamenti su cui si basa il Web 2.0, ovvero il principio della cosiddetta "saggezza della folla");
- i Social Network, ovvero quelle applicazioni (tra cui Facebook) che – almeno in campo medico, dove si realizzano le cosiddette "Health Online Communities" specializzate – sono aree virtuali dove si possono sviluppare più facilmente azioni di "empowerment" dei pazienti, e dove i medici possono cooperare per individuare strategie comuni per la cura di malattie, con particolare riferimento a quelle croniche (nel libro di Santoro vengono riportati diversi esempi di Social Network rivolti ai pazienti, ai medici, ai ricercatori biomedici);
- i Personal Health Records (PHR), ovvero quelle "costellazioni" di programmi web-based che si propongono come collettori individuali e personali di informazioni mediche (anamnesi, diagnosi, referti, analisi chimico-cliniche, etc.), raccolte in vario modo (p.es. da interfacce con sistemi di Electronic Medical Records di ospedali) utili per valutare ovunque – nel tempo e nello spazio

– il proprio stato di salute, in caso di necessità.

È necessario però fare alcune osservazioni che possano essere utili a tutti coloro che si dovessero accingere ad intraprendere il percorso di lettura del lavoro di Santoro.

La prima è che la maggior parte degli esempi descritti riguarda l'area anglo-sassone, con particolare riferimento agli Stati Uniti d'America. Sono assai limitati infatti gli esempi europei (con l'eccezione dell'Inghilterra), pochissimi quelli italiani.

Sicuramente gioca a favore dell'area anglo-americana sia la maggiore concentrazione della ricerca medica e della relativa divulgazione scientifica (area di prima espansione del Web 2.0), sia la maggiore diffusione di massa delle tecnologie della rete Internet. Tuttavia questo non basta a spiegare il fenomeno del rilevante ricorso, da parte della popolazione, all'uso intenso delle tecnologie del Web 2.0.

Ci si è chiesto infatti – durante la discussione avvenuta a Sassari – in che misura diversi modelli nazionali di tutela della salute dei cittadini possano influenzare il rapporto medico-paziente e comunque il comportamento, senza dubbio partecipativo, ma comunque *distante* (come nella natura di questi mezzi telematici) rispetto al rapporto con l'interlocutore privilegiato per la tutela della salute, ovvero il proprio medico *in carne e ossa*. Va comunque detto che la cosiddetta “telemedicina” si va sempre più diffondendo, per gli indubbi vantaggi, anche economici, che essa comporta. Ma tutto ciò sempre nell'alveo del Servizio Sanitario Nazionale e dell'amministrazione pubblica, primo e quasi esclusivo investitore nelle tecnologie e-Health.

Sarebbe interessante esplorare la diffusione delle applicazioni Web 2.0 in campo medico nelle aree del nord Europa, dove la diffusione delle tecnologie Internet è massima (addirittura a livello mondiale, se rapportate alla popolazione), e dove nel contempo vigono sistemi sanitari di tipo mutualistico e/o solidaristico, con una forte presenza della sanità pubblica.

La seconda osservazione – sicuramente il “leit motiv” della discussione avvenuta alla presentazione del libro – riguarda il livello di confidenza e di tutela della privacy che questi strumenti mettono in campo.

I due argomenti non sono di poco conto, considerato che il fenomeno della “Medicine 2.0” si sviluppa nel contesto di grandi ed affidabilissime organizzazioni scientifiche e sanitarie (valga per tutte l'esempio del portale del Center for Disease Control and Prevention degli Stati Uniti <http://www.cdc.gov/>), ma anche in “zone grigie”, tra operatori non sanitari (p.es. tra operatori dell'ICT), ed in contesti non meglio precisati.

Si pensi ad esempio al caso del sito [www.realage.com](http://www.realage.com), riportato da “Repubblica” in un articolo apparso il 27 marzo 2009, che – tramite test online – calcola la cosiddetta “età biologica” degli ignari navigatori internet, le cui informazioni vengono successivamente dirottate alle principali case farmaceutiche a scopo “pubblicitario” (<http://ricerca.repubblica.it/repubblica/archivio/repubblica/2009/03/27/se-il-test-sull-eta-biologica-ruba.html>).

Per quanto riguarda l'affidabilità e la confidenza delle informazioni mediche, valga l'esempio (negativo) riportato nel libro di Santoro, in cui viene discussa un'indagine effettuata

dall'Università di Toronto su 153 video di YouTube, relativi ai benefici ed rischi delle vaccinazioni, dalla quale è risultato che ben *“il 52% dei video conteneva messaggi negativi o ambigui sull'uso dei vaccini”* e, inoltre, la metà di essi *“contraddiceva le linee guida internazionali in vigore”*. Si può ben capire quali possano essere i rischi connessi alla divulgazione di notizie ed informazioni mediche non attendibili o – peggio – erranee, su una così vasta platea quale quella raggiunta dal Web.

Per quanto riguarda la sicurezza e la tutela della privacy, bisogna sempre considerare che – aldilà delle dichiarazioni rassicuranti sulla protezione dei dati da parte delle organizzazioni che ospitano le applicazioni di *Medicine 2.0* – non è affatto remota la possibilità di violazioni volontarie e (talvolta) involontarie, come dimostrano recenti casi sia internazionali come il furto dei dati delle cartelle cliniche della società americana *Express Scripts* avvenuta a novembre del 2008, su cui ha indagato l'*FBI* o il caso – vero o presunto – del furto dei dati sanitari e di prescrizione medico-farmaceutica di oltre otto milioni di pazienti dello Stato della Virginia. Recentemente, anche a livello nazionale è stata segnalata la violazione della privacy di pazienti con la pubblicazione delle foto su Facebook avvenuta a Udine e – prima ancora – alle Molinette di Torino.

Nel campo della sicurezza, della privacy e della affidabilità in campo medico occorrerà dunque adottare tutte le migliori precauzioni e tutte le *“best practice”* possibili - dalla verifica delle fonti informative, al ricorso a soggetti terzi che verificano e certificano l'attendibilità delle informazioni mediche, sino al contrasto attivo alla

pirateria informatica - ricordandoci che, esattamente come è avvenuto, con il commercio elettronico, l'*home-banking* o con le compagnie aeree *low-cost*, non è demonizzando il fenomeno o ignorandone la valenza positiva e le indubbe potenzialità che ne sapremo indirizzare lo sviluppo o ne trarremo tutti i vantaggi possibili.

Una ulteriore osservazione riguarda il rapporto – potenzialmente conflittuale – tra i *PHR*, applicazioni promosse da *“colossi”* dell'informatica mondiale quali *Microsoft* e *Google*, e le iniziative italiane (recentemente rilanciate dal nuovo governo con il Piano *eGOV 2012*) ed europee volte alla realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico del cittadino. Argomento interessante che meriterebbe un ulteriore approfondimento.

In conclusione, credo che il fenomeno della *“Medicina 2.0”* debba diventare ben presto almeno patrimonio di consapevolezza ulteriore di tutti gli operatori del comparto medico, se non addirittura pratica quotidiana nello sviluppo dei processi di partecipazione, *“empowerment”* del paziente e nei percorsi di cura (specie delle malattie croniche), perché – se non noi – saranno i pazienti e le loro associazioni che la porranno al centro del loro agire nel rapporto con la Sanità.

La cosiddetta *“classe medica”* è pronta a partecipare a questa nuova sfida? È pronta a misurarsi su un terreno che fa della collaborazione, della condivisione, della consapevolezza collettiva, dell' *“empatia”* – tutto supportato da nuovi mezzi tecnologici di comunicazione – il centro del proprio agire?

**Piergiorgio Annicchiarico**

*Responsabile dei Servizi  
Informativi della ASL n.1 - Sassari*

## *L'esame di stato per odontoiatri deve essere riformato*

**U**n fronte comune di medici e docenti universitari a favore della riforma dell'esame di stato per gli odontoiatri, con una vivace protesta all'indirizzo dell'Autorità Antitrust che ha, di fatto, bocciato la revisione della prova. Una prova colpevole, secondo l'Antitrust, di non supportare a sufficienza la concorrenza fra i medici e il "libero mercato della salute". Ma anche una serie di appunti e consigli per ritoccare l'esame di stato e l'intero percorso formativo dei medici, ritenuto dai più troppo nozionistico e carente di esperienza pratica e rapporto diretto con i pazienti.

È quanto è emerso dal convegno organizzato dall'Ordine provinciale dei Medici e degli Odontoiatri di Sassari, che si è tenuto lo scorso 6 giugno presso la Camera di Commercio di Sassari. Presenti fra i relatori il presidente dell'Ordine Agostino Susarellu, il presidente della Commissione Odontoiatrica Pierluigi Delogu, il preside della facoltà di medicina e Chirurgia dell'Università di Sassari Giulio Rosati, quello del corso di laurea in odontoiatria Francesco Tanda, i membri della commissione esami di stato di medicina per la parte universitaria, Antonio Azara, e per la parte ordinistica, Alberto Delpini, il rappresentante di FederSpecializzandi Antonio Scalone, ma anche esponenti della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici che si sono occupati della riforma

dell'esame di stato direttamente, come Raffaele Iandolo, o indirettamente, come Luigi Conte.

Obiettivo dell'incontro, quello di mettere a confronto l'esame di stato di medici, riformato nel 2003, e quello degli odontoiatri, che invece è fermo a venticinque anni fa, alla legge che ha istituito la professione odontoiatrica. Per colmare questo gap, «la Commissione nazionale per gli iscritti all'albo odontoiatrico – ha spiegato Raffaele Iandolo, che della Commissione fa parte – ha elaborato nel 2005 una bozza che mirava ad allineare l'esame di stato per gli Odontoiatri a quello dei medici, con la differenza che il tirocinio formativo sarebbe stato di nove mesi, anziché di tre, da svolgere anche in studi privati (che rappresentano il 90 per cento delle strutture in cui sono occupati gli odontoiatri) e che le domande dei quiz sarebbero state 100, anziché 180».

L'entrata in vigore della riforma è però stata frenata dal rappresentante dell'Autorità antitrust Antonio Catricalà, che, nel 2006, ne ha contestato l'incompatibilità con il principio della concorrenza, suggerendo fra l'altro l'abbattimento delle tariffe minime professionali, l'abolizione del numero chiuso nei corsi universitari e introducendo come organo giudicante nelle commissioni esaminatrici all'esame di stato un non meglio specificato "organo terzo" rispetto a Università e Ordine dei Medici, che

*Convegno  
a Sassari.  
Tutto fermo  
a 25 anni fa:  
l'autorità antitrust  
contesta  
l'incompatibilità  
col principio  
della concorrenza*

dovrebbe garantire l'imparzialità della valutazione.

Osservazioni, quelle di Catricalà, che hanno suscitato la vivace protesta del mondo medico e universitario. «Le professioni sanitarie – ha osservato Pierluigi Delogu, presidente della Commissione Odontoiatrica dell'Ordine dei Medici di Sassari – non possono essere paragonate a una compagnia telefonica: qualità, nel campo della salute, non significa abbattimento dei costi. Qui si rischia di privilegiare il diritto alla concorrenza a tutto svantaggio di quello alla salute».

Il numero chiuso, in questo senso, risponde all'esigenza di fornire agli studenti il massimo della qualità nel percorso di studio. Abbattere le tariffe minime non sarebbe, oltretutto, il *passerpartout* per garantire ai cittadini una buona qualità delle prestazioni sanitarie.

Quanto all'organo giudicante terzo, c'è stata una levata di scudi sull'inappropriatezza della proposta: «L'Ordine dei Medici – ha proseguito Delogu – è già garante della qualità dei suoi iscritti: è un ente pubblico, al quale lo Stato assegna il compito di tutelare la salute dei cittadini». «Catricalà – ha concordato Luigi Conte, presidente dell'Ordine dei Medici di Udine e membro del Comitato Centrale della FNOMCeO – è riuscito a imporre ai veterinari la riscrittura di alcune modifiche del proprio Codice Deontologico: noi medici non abbiamo accettato e non accetteremo imposizioni».

Da parte di Conte è arrivata però anche una critica a come attualmente viene condotto l'esame di stato di medicina, con la distorsione provocata dal sistema dei quiz: «Un eccessivo esercizio mnemonico e una scarsa at-

tenzione all'effettiva preparazione e capacità di risolvere i casi da parte dei neolaureati – ha dichiarato Conte – non garantiscono la qualità dei nuovi medici».

Una critica alla quale si è associato il preside della facoltà di medicina Giulio Rosati: «L'intero percorso formativo, non solo l'esame di stato, risente di una eccessiva distanza dagli studenti rispetto alla pratica. I docenti non dovrebbero essere semplicemente i professori, ma gli infermieri e i pazienti stessi, con cui gli studenti dovrebbero entrare in contatto non dopo la laurea, ma lungo tutto il percorso di studi, come avviene in altre realtà europee».

Ciò nonostante, l'Università di Sassari, riesce ancora a mantenere alta la qualità dei suoi iscritti: «Una ricerca di Almalaurea ha dimostrato che la facoltà di medicina di Sassari è al quarto posto in Italia per il numero di occupati a un anno dalla laurea».

Estremamente positiva è stata giudicata dagli stessi neolaureati, come ha sostenuto il rappresentante di Federspecializzandi Antonio Scalone, l'esperienza del tirocinio formativo post laurea, che riesce a colmare quel vuoto di formazione pratica lasciato dall'università. Altrettanto utili i corsi organizzati dall'Ordine dei Medici di Sassari, uno dei pochi Ordini in Italia a mettere a disposizione dei suoi iscritti un percorso di accompagnamento all'esame di stato che ne garantisca la preparazione su temi come la deontologia professionale, la legislazione sugli stupefacenti, le note Aifa, la continuità assistenziale.

«L'Ordine dei Medici di Sassari – ha spiegato il presidente Agostino Sussarellu – tiene una serie di lezioni su deontologia ed etica e sui fonda-

menti per l'esercizio della professione in collaborazione con docenti universitari e con i servizi farmaceutici territoriali della Asl: il nostro obiettivo – ha proseguito Sussarellu – è accompagnare ed aiutare i futuri medici ad affacciarsi al mondo del lavoro” forti di una sufficiente esperienza e conoscenza dei risvolti pratici, etici e legislativi della professione».

Un'occasione di confronto, quella del convegno, che ha portato alla luce l'esigenza di rivedere l'intero percorso di formazione di medici e odontoiatri in un senso più pratico e “umano” della professione, proseguendo con una collaborazione gomito a gomito di Ordine dei Medici e Università, ma anche una mano tesa ai giovani medici, come ha auspicato il presidente Sussarellu in conclusione: «Non dimentichiamo che aiutare i medici più giovani è un preciso dovere del medico, contenuto nel codice deontologico e nel giuramento di Ippocrate».

## ***L'intervento di Pierluigi Delogu***

“Rivendichiamo il nostro ruolo!”

Potrebbe sembrare quasi esagerata, nel tono, questa esortazione ma ritengo che il momento politico e sociale che viviamo sia indirizzato verso un piano inclinato che inesorabilmente porta ad una delegittimazione di ogni regola e dei concetti etici che condivide chi esercita una professione volta alla cura della salute della popolazione.

Il soggetto al quale si orienta l'attività medico-odontoiatrica ha una peculiarità legata al suo stato di “malato” che lo rende unico e indifeso,

non paragonabile ad un acquirente di prestazioni. Dico delle cose che possono sembrare banali e pleonastiche persino a monsieur De Lapalisse, ma i fatti che viviamo e che ormai si riaffermano giorno dopo giorno sembrano sovvertire anche i più basilari principi di gradualità dei valori sociali.

Espongo i fatti che si commentano da soli.

La proposta di riforma di esame di stato in Odontoiatria si è arenata nel 2006 sul parere di censura espresso dal garante dell'Antitrust (Catricalà) nel quale si affermava:

Bollettino n. 26 del 17 luglio del 2006 del garante del mercato e della libera concorrenza:

- senza dubbio che nove mesi di tirocinio pratico prima della prova di esame abilitante siano di “durata eccessiva”
  - vede nelle commissioni di esame formate, fra gli altri, dai rappresentanti ordinistici un pericolo per “introdurre ulteriori ed ingiustificate restrizioni all'accesso alla professione di odontoiatra”.
  - indica che il tirocinio venga svolto durante il corso di laurea, e dovrebbero esserci dei terzi giudicanti la formazione non coinvolti da conflitti di interesse
- All'inizio del 2009 il garante dell'Antitrust, Catricalà riprende l'argomento Ordini professionali e nella relazione dei primi dell'anno auspica, addirittura, ulteriori interventi del legislatore, allo scopo di rafforzare i contenuti della legge 248/2006 (Bersani) prevedendo:
- L'abolizione delle tariffe minime o fisse;
  - L'abrogazione del potere di verifica della trasparenza e veridicità della pubblicità verificabile dagli ordini;
  - L'istituzione di lauree abilitanti;

- Lo svolgimento del tirocinio durante il corso di studio;
- La presenza di soggetti “terzi” negli organi di governo degli Ordini Per arrivare alla ultima “somma espressione del garante sull’argomento “accessi al corso di laurea in Odontoiatria”, Bollettino n. 15 del 4 maggio 2009:
- “In conclusione, l’Autorità auspica l’adozione di una riforma legislativa e della revisione della procedura e della prassi amministrativa relativamente alla determinazione del numero chiuso per l’accesso al corso di laurea in odontoiatria, mediante l’abolizione di tutte le disposizioni normative che prevedono la verifica del fabbisogno produttivo, in quanto costituiscono barriere all’entrata non preordinate alla verifica dell’adeguatezza dell’offerta formativa, essendo volte a definire ex ante e in modo restrittiva il numero di potenziali operatori che forniscono prestazioni odontoiatriche
- l’Autorità auspica che le amministrazioni competenti, diversamente dalla prassi finora seguita, adottino misure volte ad ampliare e non a restringere il numero di posti universitari disponibili; ciò al fine di rendere più competitiva l’offerta dei servizi odontoiatrici sia nella qualità dei servizi che nei prezzi delle prestazioni..”
- il controllo circa il possesso da parte dell’aspirante professionista dei necessari requisiti dovrebbe essere effettuato al di fuori di eventuali pressioni corporative da un organo amministrativo imparziale.”
- la composizione della commissione esaminatrice, impone che nella formazione della stessa il carattere esclusivamente tecnico del

giudizio debba risultare salvaguardato da ogni rischio di deviazione verso interessi di parte.. omissis. In tal senso non può certo essere riservato agli ordini un ruolo dominante nella fase di accertamento del possesso dei requisiti del candidato.”

- Ciò infatti equivale a sacrificare la terzietà di chi contribuisce a stabilire il numero di coloro che sono ammessi ad entrare nel mercato (????) omissis. Il numero di coloro che possono accedere ad una determinata professione non dovrebbe essere deciso da professionisti concorrenti...”

Da quanto su esposto appare chiaro che Catricalà pone al primo posto della scala dei valori etici della società il “sacro e improfanabile dio” del libero mercato e misconosce o sorvola volontariamente su un concetto che non è una mia interpretazione personale ma scaturisce da una condivisione di intenti a livello mondiale sintetizzata nella Definizione di atto medico:

- Questa definizione è stata emendata dal Consiglio UEMS durante il suo meeting a Budapest, il 3-4 novembre 2006 come segue: “L’atto medico comprende tutte le azioni professionali, vale a dire le attività scientifiche, didattiche, formative ed educative, cliniche, medico-tecniche, che si eseguono per promuovere la salute ed il buon funzionamento, prevenire le malattie, fornire assistenza diagnostica o terapeutica e riabilitativa ai pazienti, individui, gruppi o comunità, nel quadro del rispetto dei valori etici e deontologici. Deve essere sempre eseguito da un medico registrato (cioè abilitato e iscritto all’Ordine dei Medici e degli

Odontoiatri) o sotto la sua diretta supervisione e/o prescrizione”.

In questa parole non si fa alcun riferimento ad una logica economica che regoli tale attività e si evince con inoppugnabile chiarezza il ruolo centrale che assumono gli ordini dei Medici e degli Odontoiatri a garanzia della correttezza e dell’etica deontologica nell’interesse primario della salute pubblica.

Con forza abbiamo il dovere di ribadire la centralità del paziente e la sua tutela che deve essere regolata da un sistema virtuoso basato sulla scienza, e soprattutto sulla fiducia reciproca tra sanitario e suo assistito. Dobbiamo dire con forza che vogliamo essere noi garanti di questo attraverso i codici che nei secoli si sono evoluti con la finalità di migliorare costantemente la conoscenza e l’approccio diagnostico terapeutico.

Puntare l’attenzione su una maggiore concorrenza per arrivare ad una diminuzione delle tariffe è esattamente quello che la liberalizzazione della grande distribuzione ha fatto stravolgendo un tessuto commerciale che in Italia era radicato. Questo ha portato ad una diminuzione delle tariffe (?) a discapito di una qualità spesso poco controllabile, e sicuramente ad una spersonalizzazione completa del rapporto tra venditore ed acquirente. Tutto ciò se va bene per una marca di telefonini o di lavatrici è inaccettabile nel campo sanitario.

Dobbiamo essere noi rappresentanti dei medici e degli odontoiatri a chiarire alla gente, ma in prima battuta a chi ha in mano le leve legislative, quale è il significato della prevenzione e della cura delle patologie. Come sia da rigettare una ragionamento al ribasso delle prestazioni che necessariamente porta al fenomeno ipermercato. Questo dobbiamo

dire. Che siamo stufi sia nel pubblico che nel privato di organizzare le medicina come un esercizio di prestazioni che mira in primo luogo ai costi a discapito della qualità. Che questa pratica della medicina e odontoiatria in Europa è già stata sperimentata e ha portato sempre ad un crollo della qualità addirittura al fallimento dovuto alla perdita di fiducia da parte dei pazienti. Che la “centralità del paziente” parte dal consolidamento del rapporto personale e fiduciario con il sanitario e questo è anche uno dei primi parametri che, secondo gli studi più recenti, riduce drasticamente i contenziosi medico legali per “malpractice”.

Dobbiamo dire, che se lo Stato Italiano sta diventando così arido da dare più importanza, su argomenti di particolare sensibilità sociale, al parere di un signore che pone al primo posto assoluto mercato e libera concorrenza, delegittimando chi parla di etica e deontologia professionale, noi siamo assolutamente contrari. Che, sempre lo Stato, voglia trovare soluzioni alle problematiche sanitarie con l’abbassamento delle tariffe (bade non onorari) in una logica demagogica e autoreferenziale senza un programma reale di prevenzione pubblica, noi siamo assolutamente contrari.

Siamo contrari perché ce lo impone un giuramento fatto all’atto della decisione di dedicare la nostra attività alla cura degli altri. Il giuramento di Ippocrate che ancora oggi pare di un’attualità disarmante e non perde di significato alla faccia di chi vorrebbe sovvertire i valori sociali mettendo in prima posizione “ il denaro”.

**Pierluigi Delogu**  
*Presidente Commissione  
 odontoiatrica dell’Ordine  
 dei medici di Sassari*

# *Fra Commissione Albo e Collegio docenti di odontoiatria Protocollo d'intesa per progetti e iniziative da concordare*

**L**a Commissione Albo Odontoiatri (CAO) della FNOMCeO e il Collegio dei docenti in Odontoiatria hanno sottoscritto, il 24 aprile scorso presso l'Università la Sapienza di Roma, un protocollo di intesa per attuare progetti e iniziative condivise.

Il Protocollo concretizza la comune volontà di rivalutare l'atto di cura come momento centrale della professione, a partire proprio dalla formazione dell'odontoiatra.

In altre parole, a dispetto di chi considera il "dentista" un mero erogatore di prestazioni, la categoria alza il tiro compatta e spiega come la professione medica dell'odontoiatra sia invece un'arte che presuppone consapevolezza etica e deontologia nella cura.

Impegno per la prevenzione delle malattie del cavo orale, attenzioni e cure rivolte nei confronti dei soggetti fragili come previsto dal codice deontologico (art.32), cure odontoiatriche in sicurezza, rappresentano un aspetto condiviso verso cui verrà esercitato il massimo sforzo.

I firmatari hanno anche stabilito la costituzione di un tavolo permanente di confronto, che, con la partecipazione del CIC ( Società Scientifiche), con la prima riunione fissata il 29 maggio prossimo. Di seguito, ecco il protocollo di intesa.

“Il giorno 24 aprile 2009 presso il Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche della Sapienza Università di Roma in occasione del Congresso Nazionale del Collegio dei docenti si sono riuniti il presidente Giuseppe Renzo con i componenti della CAO Nazionale e il presidente Elettra De Stefano Dorigo con una rappresentanza del Collegio dei docenti di Odontoiatria per dare concreta attuazione a progetti ed iniziative condivise.

Dalla discussione è emersa la necessità, nel primario interesse del cittadino, di rivalutare l'atto terapeutico come momento centrale della professione.

In particolare ci si è riferiti agli aspetti legati alla formazione, volti ad incrementare, attraverso un virtuoso processo di educazione all'etica e alla deontologia, la sicurezza e la qualità delle cure.

Tutto ciò premesso le parti convengono di collaborare per raggiungere una soluzione condivisa sulle seguenti tematiche:

1. valorizzare, nell'ambito del processo formativo, l'insegnamento dei fondamentali aspetti etici e deontologici della cura (e non prestazione) odontoiatrica.

La cura presuppone quell'attenzione alla persona che fa della medicina un'arte basata sui principi della solidarietà e della reciproca fiducia;

2. promuovere l'aggiornamento con-

*Obiettivo:  
rivalutare  
l'atto terapeutico  
come momento  
centrale  
della professione*

tinuo finalizzato al miglioramento delle competenze professionali con il concorso attivo delle società scientifiche;

3. riformare gli esami di stato perché diventino un effettivo elemento di garanzia per la tutela della salute dei cittadini.

Di comune accordo si è stabilito di creare un “tavolo permanente”.

Il primo incontro è stabilito per venerdì 29 maggio 2009”.

**Giuseppe Renzo**  
(CAO FNOMCEO)

**Elettra De Stefano Dorigo**  
(Collegio docenti di Odontoiatria)

## **Le regole per una corretta informazione sanitaria**

La Commissione Albo Odontoiatri (CAO) della FNOMCeO garantirà, a livello locale e nazionale, la correttezza di tutte le campagne di informazione sanitaria volte a prevenire le patologie del cavo orale.

È quanto deciso dall’Assemblea Nazionale dei 105 presidenti CAO, riunita a Roma lo scorso fine settimana.

Che l’igiene orale sia fondamentale per prevenire non solo malattie della bocca e dei denti, ma anche gravi patologie come infarto e diabete, è fatto scientificamente provato.

Anche l’Organizzazione Mondiale della Sanità, nella sua Strategia Globale relativa alle malattie non trasmissibili, assegna un ruolo preminente alla prevenzione delle patologie del cavo orale, come mezzo per ridurre significativamente il ri-

schio di eventi cardiovascolari, cancro, malattie croniche polmonari e del metabolismo.

E la prevenzione parte da un’informazione corretta, tanto più efficace quanto più precoce e rivolta ad una fascia della popolazione, quale quella dei bambini in età scolare, che sta ancora plasmando le abitudini e i futuri stili di vita.

Ma come garantire che le campagne di prevenzione siano veramente nell’interesse della collettività?

“La prevenzione e l’informazione in campo odontoiatrico sono fondamentali – ha dichiarato il presidente CAO nazionale, Giuseppe Renzo, al termine dell’Assemblea – ma per essere veramente efficaci devono svolgersi nella più assoluta trasparenza e correttezza, soprattutto quando sono rivolte ai bambini “.

Ecco perché, d’ora in avanti, sarà la CAO, provinciale o nazionale, a seconda delle dimensioni degli eventi, a vagliare preventivamente ogni campagna di informazione sanitaria volta a promuovere la cultura della prevenzione e della tutela della salute odontoiatrica.

In sostanza, si tratterà di una sorta di “bollino di garanzia” che la Commissione Albo Odontoiatri porrà su ogni iniziativa prima che essa possa essere varata.

“Per garantire un’informazione imparziale e disinteressata, e, quindi, veramente efficace – ha concluso Renzo – l’Assemblea ha voluto dettare i “comandamenti” della corretta educazione alla salute della bocca, che tutti i dentisti saranno chiamati a rispettare”.

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

## *I chirurghi in tribunale per un terzo della vita*

*Spesso i medici vengono trascinati in tribunale per errori, veri o presunti, nell'esercizio della professione. Sull'argomento, per alcune osservazioni particolarmente pertinenti, pubblichiamo un commento di Mario Pirani (Repubblica, 29 giugno 2009).*

**N**ell'antico Egitto i medici dovevano attenersi ai protocolli stabiliti dal codice di Hammurabi e se il paziente moriva per la loro inosservanza il cerusico ne seguiva la sorte. Oggi i clinici non mettono in gioco la testa ma resta il fatto che esercitano una professione ad alto rischio. Accusati penalmente per errori veri e, il più delle volte, presunti, ricadono al pari degli omicidi sotto le norme penali del codice Rocco del 1930, una legislazione che – unica in Occidente – non contempla l'atto medico-chirurgico sotto il profilo terapeutico, ma lo considera, nell'ipotesi di colpa, un'aggressione all'integrità fisica della persona, cioè un'ipotesi di reato penale. Solo una discriminante soggettiva del giudice, identificata nel cosiddetto consenso informato – che il paziente firma prima di ogni atto – può non far ricadere l'intervento medico nell'orbita dell'illecito penale.

Peraltro l'assunto di principio non differenzia l'intervento operatorio dal gesto di chi colpisce con un coltello l'avversario durante una lite,

con la grave implicazione nel caso di morte della persona offesa, conseguita pur oltre l'intenzione del soggetto agente, del configurarsi della più grave fattispecie dell'omicidio preterintenzionale (art. 584 cod. pen.)» (da S. Mannino - G. Iadesola, 2008).

Il paradosso giuridico della professione sanitaria si è via via incrociato con il comune sentire di una opinione pubblica che si attende sempre più dai progressi tecnico-scientifici, raggiunti dalla ricerca, effetti miracolistici, quasi che l'insuccesso terapeutico o la morte costituiscono di per sé un evento colposo di un errore medico. Di qui la richiesta di una punizione e di riparazione pecuniaria del danno. Si aggiunga la scarsa consapevolezza, anche da parte del giudice, delle responsabilità non del singolo medico ma delle carenze della struttura sanitaria in cui questi opera.

La struttura, per contro, ha tutte le convenienze a scaricare sul medico la colpa, piuttosto che riconoscere e riparare alle sue carenze strutturali. In tal modo l'incidenza negativa, risalente alla struttura, tende a perpetuarsi e a riproporsi. Da una indagine della Università Cattolica di Milano è emerso che i medici chiamati in giudizio risultano nell'ordine i chirurghi, gli anestesisti, gli ortopedici e i ginecologi.

Si è così arrivati ad un primato negativo senza precedenti: per cui, du-

*Troppe azioni  
giudiziarie  
che spesso  
si concludono  
con assoluzioni*

rante la propria carriera l'80% dei chirurghi riceve almeno una richiesta penale di risarcimento e trascorre un terzo della propria vita professionale sotto processo, subendo, comunque, danni morali ed economici considerevoli. Una situazione tanto più assurda se si considera che l'80% dei procedimenti giudiziari si conclude con una assoluzione, il che significa che 8 medici su 10 vengono accusati ingiustamente di "mal pratica".

Di qui le dimensioni patologiche delle spese assicurative e della cosiddetta "medicina preventiva": ricovero in ospedale, anche se le condizioni del paziente consentirebbero cure domestiche o ambulatoriali, prescrizione di un numero di esami diagnostici ben superiore a quelli necessari, consulti specialistici non indispensabili, elusione di procedure diagnostiche o terapeutiche rischiose,

ancorché consigliabili, esclusione di pazienti a rischio da alcuni trattamenti ed operazioni, che oltrepassino strette regole di prudenza. Infine allontanamento di un numero crescente di giovani dall'intraprendere le specializzazioni a più alto indice di possibile denuncia.

La situazione si è fatta insostenibile sul piano etico, economico e terapeutico. Tutto ciò non vuoi certo dire che i possibili errori e negligenze non debbano essere individuati, penalizzati e risarciti. Vanno, però, introdotte nuove norme giuridiche ed economiche in materia di responsabilità sanitaria. È fortemente auspicabile, perciò, che il disegno di legge bipartisan per il riordino della materia, in discussione al Parlamento, venga approvato al più presto.

**Mario Pirani**

## **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 Sardegna Spa, Equitalia Esatri Spa).

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.

## Iscrizione temporanea nella tabella II

# Ordinanza ministeriale

## sulla disciplina degli stupefacenti

*Il viceministro della salute Ferruccio Fazio ha emesso un'ordinanza riguardante l'iscrizione Temporanea di alcune composizioni medicinali nella tabella II sezione D allegata al Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze Psicotrope e di prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza. Pubblichiamo il testo:*

### Art. 1

1. Nelle more di una idonea revisione legislativa del Testo Unico, relativamente ai criteri di classificazione e alle modalità di prescrizione dei medicinali oppiacei da utilizzare nella terapia del dolore in grado di tutelare efficacemente i diritti dei malati i composti medicinali utilizzati in terapia del dolore elencati nell'allegato III-bis del Testo Unico, con esclusione dei composti a base di metadone e buprenorfina ad uso orale, sono temporaneamente iscritti nella sezione D della tabella II allegata al citato Testo Unico, limitatamente alle composizioni seguenti:

b. a. composizioni per somministrazioni ad uso diverso da quello parenterale contenenti codeina e diidrocodeina in quantità, espressa in base anidra, superiore a 10 mg per unità di somministrazione o in quantità percentuale, espressa in

base anidra, superiore all'1% p/v (peso/volume) della soluzione multidose;

- c. composizioni per somministrazione rettale contenenti codeina, diidrocodeina e loro sali in quantità, espressa in base anidra, superiore a 20 mg per unità di somministrazione;
- d. composizioni per somministrazioni ad uso diverso da quello parenterale contenenti fentanyl, idrocodone, idromorfone, morfina, ossicodone e ossimorfone;
- e. composizioni per somministrazioni ad uso transdermico contenenti buprenorfina.

### Art.2

- 1. La presente ordinanza ha effetto fino all'entrata in vigore delle disposizioni di revisione del Testo Unico richiamate all'articolo 1 e, in ogni caso, per non oltre dodici mesi.

**Ferruccio Fazio**

Roma, 16 giugno 2009

Sito web dell'Ordine:

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

\*\*\*

e-mail dell'Ordine:

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

*L'elenco  
delle composizioni  
medicinali  
allegato  
al Testo Unico  
delle leggi*

# *I termini della prescrizione per compensi agli specializzandi*

**L'**Ordine di Modena, che ringraziamo per la collaborazione, ci ha trasmesso copia della sentenza della Suprema Corte di Cassazione - Sezione lavoro - n. 12814 del 3 giugno 2009 che, in tema di riconoscimento agli specializzandi del diritto a percepire il compenso dovuto nelle scuole di specializzazione, stabilisce nell'anno 1991 (anno di recepimento delle Direttive CE sui compensi in favore dei medici specializzandi) il termine dal quale decorre la prescrizione di cinque anni per quanti hanno ritenuto o ritengono di adire in giudizio per il riconoscimento del diritto stesso.

Tale sentenza risolve definitivamente la questione, a lungo dibattuta, su quale fosse il termine di prescrizione nei casi, sempre più frequenti, di ricorsi aditi a causa del mancato percepimento di un compenso durante gli anni di specialità.

Dato l'interesse generale che la questione tuttora riveste sentenza della Suprema Corte di Cassazione

**Amedeo Bianco**

## *Il testo della sentenza*

Comunità europea - danni in materia civile e penale

La Corte Suprema  
di Cassazione  
Sezione lavoro

Composta dai Magistrati: dottor De Luca Michele - presidente; dottor

Monaci Stefano - consigliere; dottor Di Nubila Vincenzo - rei. consigliere dottor Curcurutu Filippo - consigliere dottor Ianniello Antonio - consigliere ha pronunciato la seguente:

sentenza sul ricorso proposto da:

D.S., P.V., L.E., M.B., M.M.C.G., elettivamente domiciliati in Roma, Via Ovidio 20, presso lo studio dell'avvocato Goffredo Luca, rappresentati e difesi dall'avvocato Fratangelo Giovanni, giusta mandato a margine del ricorso;

- ricorrenti -  
contro

Ministero dell'Istruzione, dell'università e della ricerca per il ministero dell'economia e delle finanze, e per il ministero della salute, in persona dei rispettivi Ministri in carica, elettivamente domiciliati in Roma, via dei Portoghesi 12, presso l'avvocatura generale dello Stato, che li rappresenta e difende ope legis;

- controricorrenti -

avverso la sentenza n. 260/2005 della Corte d'Appello di Campobasso, depositata il 128/09/2005 R.G.N. 95/04;

udita la relazione della causa svolta nella Udienza pubblica del 25/03/2009 dal Consigliere dottor Di Nubila Vincenzo;

udito l'avvocato Luigi De Rosa per delega Giovanni Fratangelo;

udito il P.M. in persona del sostituto procuratore generale dottor Fuzio Riccardo, che ha concluso per l'accoglimento del ricorso.

Svolgimento del processo

*Il riferimento  
è il 1991,  
anno  
del recepimento  
delle direttive  
europee*

- 1 I ricorrenti indicati in epigrafe adivano il Tribunale di Campobasso nei confronti dei Ministeri della Sanità, dell'Università e del Tesoro, esponendo di avere frequentato le scuole di specializzazione di medicina senza percepire alcun compenso. Poichè le Direttive della Comunità Europea, le quali prevedevano un compenso in favore dei medici specializzandi, erano state trasposte in ritardo nell'ordinamento italiano (D.Lgs. n. 257 del 1991) essi chiedevano il risarcimento del danno da ritardata attuazione della fonte comunitaria tra il 1983 e il 1991; danno che consisteva nella mancata remunerazione del lavoro svolto e nella perdita di chances.
2. Si costituivano i Ministeri convenuti e proponevano una serie di eccezioni di rito e di merito, tra le quali la prescrizione del diritto azionato. Il Tribunale respingeva la domanda attrice motivando nel senso che la specializzazione in medicina legale e delle assicurazioni non era prevista dalle direttive; che gli attori non avevano provato le modalità di svolgimento della specializzazione, modalità le quali dovevano corrispondere a quelle indicate nelle direttive; che in ogni caso il diritto al risarcimento del danno era prescritto (prescrizione quinquennale decorrente dall'emanazione del D.Lgs. n. 257 del 1991 sopra citato).
3. Proponevano appello gli attori. La Corte di Appello di Campobasso confermava la sentenza di primo grado, a motivo della assorbente considerazione circa l'avvenuto decorso della prescrizione.
4. Hanno proposto ricorso per Cassazione gli attori, deducendo quattro motivi. Resistono con controrricorso i tre Ministeri convenuti.  
Motivi della decisione
5. Col primo motivo del ricorso, i ricorrenti deducono violazione e falsa applicazione, a sensi dell'art. 360 c.p.c., n. 3 "dei principi dettati dalle direttive europee e del principio della preminenza del diritto comunitario sul diritto interno"; nonchè "contraddittoria motivazione in ordine alla riferita giurisprudenza europea": la sentenza di appello fa decorrere la prescrizione dall'entrata in vigore del D.Lgs. n. 257 del 1991, laddove la prescrizione dovrebbe decorrere dalla sentenza della Corte di Giustizia della Comunità Europea in data 3.10.2000, la quale ha dichiarato incondizionato l'obbligo dello Stato Italiano di trasporre la Direttiva Comunitaria; solo a partire da tale sentenza gli attori erano in grado di esercitare il proprio diritto. Anzi, solo con le sentenze Gozza e Carbonari i ricorrenti hanno avuto esatta percezione dell'illecito perpetrato in loro danno. In ogni caso, il perdurante inadempimento dello stato italiano per una attuazione retroattiva e completa delle direttive in argomento configura un "illecito permanente", ragion per cui la prescrizione potrebbe iniziare a decorrere dalla cessazione della permanenza. La Corte di Giustizia della Comunità Europea ha affermato l'esistenza di un obbligo incondizionato e sufficientemente preciso di retribuire la formazione del medico specializzando ed una applicazione retroattiva delle norme nazionali di attuazione costituisce un adeguato risarcimento del danno.
6. Con il secondo motivo del ricorso, i ricorrenti deducono violazione e falsa applicazione, a sensi dell'art. 360 c.p.c., n. 3, degli artt. 2935 e

- 2947 c.c., sotto il profilo che la prescrizione decorre soltanto dal giorno in cui il diritto può essere fatto valere, vale a dire quando la fonte attributiva del diritto ha assunto una portata sufficientemente concreta e certa.
7. Col terzo motivo del ricorso, i ricorrenti deducono omessa motivazione circa la giurisprudenza europea e contraddittoria motivazione in ordine alla riferita sentenza "Emmot": prima di tale sentenza non era certo che le Direttive da trasporre fossero sufficientemente precise ed incondizionate.
  8. Col quarto motivo del ricorso, i ricorrenti deducono violazione e falsa applicazione, a sensi dell'art. 360 c.p.c., n. 3, del D.Lgs. n. 368 del 1999, art. 6, del D.M. 31 gennaio 1998 e dei principi affermati nella sentenza della Corte di Cassazione n. 7630.2003: trattasi dell'equiparazione del corso di specializzazione in medicina legale, non espressamente previsto dalle direttive, alla specializzazione in medicina del lavoro e delle assicurazioni.
  9. I primi tre motivi possono essere trattati congiuntamente, in quanto tra loro strettamente connessi. Essi risultano infondati e vanno rigettati, con conseguente assorbimento del quarto motivo.
  10. E' noto che la Comunità Europea, con Direttive n. 75.363, 75.362, 82.76 prevede l'obbligo degli stati membri di retribuire adeguatamente i medici i quali frequentavano le scuole di specializzazione, in relazione alle discipline comuni agli stati stessi o equiparate. Con sentenza in data 3.10.2000 in causa 371.1997 "Gozza", la Corte di Giustizia della Comunità Europea ha ritenuto che tale obbligo è incondizionato e sufficientemente preciso, ma il giudice nazionale non è in grado di identificare il debitore tenuto alla prestazione né di individuare l'importo adeguato della remunerazione. Ne consegue che l'avente diritto può soltanto chiedere il risarcimento del danno. Una volta trasportata (in ritardo) la Direttiva, la sentenza "Carbonari" in data 25.2.1999 - procedimento 131.1997 - ha ritenuto che una applicazione retroattiva e completa delle misure di attuazione può costituire un adeguato risarcimento del danno, valutazione peraltro rimessa al giudice nazionale. Ne deriva che le citate direttive non sono immediatamente applicabili nell'ordinamento interno perchè manca la specificità della prestazione richiesta; in relazione ad esse è esercitabile unicamente l'azione di risarcimento del danno aquiliano e l'illecito consiste nell'omessa o ritardata attuazione della direttiva.
  11. Trattandosi di azione di risarcimento del danno, la prescrizione è quinquennale ed inizia a decorrere dal momento in cui il diritto può essere fatto valere. Tale momento non coincide con l'emanazione della direttiva, se la stessa non è immediatamente applicabile; nè con il termine assegnato agli stati per la trasposizione della fonte comunitaria nel diritto interno, perchè anche a quel momento il soggetto privato non è in condizioni di conoscere quale sia il contenuto del diritto che gli viene negato e l'ammontare del relativo risarcimento. Può invece individuarsi nel momento in cui entra in vigore la normativa di attuazione interna della direttiva europea: è questo il momento in cui il soggetto può far

valere il diritto al risarcimento del danno, perchè è in quel contesto che egli viene a conoscere il contenuto del diritto attribuito ed i limiti temporali della corresponsione. In altri termini, posto che con il D.Lgs. n. 257 del 1991 il soggetto è in grado di conoscere l'ammontare dei compensi stabiliti, il soggetto tenuto ad erogarli e la non retroattività della corresponsione, a quel momento è in grado di esercitare il diritto al risarcimento del danno. Si veda al riguardo Corte di Giustizia della Comunità Europea 25.7.1991 "Emmot": finchè una direttiva non è stata correttamente trasposta, non è ipotizzabile alcuna possibilità per i privati di avere piena conoscenza dei loro diritti; tale incertezza perdura anche se nel frattempo la Corte di Giustizia della Comunità Europea dichiara inadempiente lo stato membro; fino al momento della trasposizione della direttiva lo stato non può opporre alcuna eccezione di tardività ed "un termine di ricorso di diritto nazionale può cominciare a decorrere solo da tale momento". 12. Sulla inapplicabilità immediata delle direttive Comunità Europea 362.75 e 82.76 vedi da ultimo in senso conforme a quello qui condiviso Cass. 18.6.2008 n. 16507. Sull'ammissibilità dell'eccezione di prescrizione vedi Cass. 11.3.2008 n. 6427. 13. Obiettano i ricorrenti che anche dopo la trasposizione delle ripetute direttive nell'ordinamento italiano, essi non erano in grado di percepire il contenuto del diritto al risarcimento del danno da azionare, finchè non sono state emesse le sentenze della Corte di Giustizia della Comunità Europea le quali hanno fatto il punto circa

l'operatività delle direttive ed i relativi limiti. Vale la pena di osservare al riguardo che una volta trasposta la direttiva nell'ordinamento interno il privato è in grado di esercitare l'azione risarcitoria, perchè in quel momento è precisato il contenuto economico ovvero l'ammontare della retribuzione annuale ed è esclusa la retroattività, per cui gli anni progressi rimangono al di fuori dell'attuazione della direttiva. Non a caso la citata sentenza "Emmot" fa decorrere la prescrizione (o meglio l'eccezione di tardività dell'azione) dalla data di esatta trasposizione della direttiva nell'ordinamento interno. Nel caso in esame, la trasposizione è avvenuta nel 1991 e l'azione giudiziaria è iniziata nel 2001, quando i cinque anni erano decorsi, come accertato dal giudice di merito.

14. Il ricorso, per i suesposti motivi, deve essere rigettato. Giusti motivi, in relazione all'opinabilità della materia del contendere ed al comportamento processuale delle parti, consigliano la compensazione integrale delle spese del giudizio di cassazione.

La Corte suprema di cassazione, rigetta il ricorso e compensa le spese del giudizio di legittimità.

Così deciso in Roma, nella Camera di consiglio, il 25 marzo 2009. Depositato in Cancelleria il 3 giugno 2009.

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

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

*Solidarietà da parte di Ordini e Collegi*

# *Gli operatori della sanità per il terremoto in Abruzzo*

**I**l sisma che ha duramente colpito l'Abruzzo e le aree geografiche limitrofe ha devastato territori e famiglie, mettendo a dura prova anche le reti di servizi, a cominciare da quelli sanitari, che avrebbero dovuto far fronte alle emergenze.

Vogliamo rendere efficacemente disponibile quel moto di solidarietà e vicinanza alle popolazioni colpite

che sta crescendo tra i nostri professionisti. Per questo, immediatamente, concorderemo una serie di raccomandazioni ai nostri Enti territoriali, provinciali e regionali e ai nostri professionisti, al fine di promuovere iniziative di concreta solidarietà, comunque da coordinare con le competenti autorità della Protezione Civile.

## **I PRESIDENTI**

### **FNOMCeO**

*(Federazione Nazionale Ordini Medici Chirurghi e Odontoiatri)*

**Amedeo Bianco**

### **FOFI**

*(Federazione Ordini Farmacisti Italiani)*

**Andrea Mandali**

### **FNOVI**

*(Federazione Nazionale Ordini Veterinari Italiani)*

**Gaetano Penocchio**

### **FNCO**

*(Federazione Nazionale Collegi Ostetriche)*

**Miriam Guana**

### **IPASVI**

*(Federazione nazionale Collegi Infermieri)*

**Annalisa Silvestro**

### **FNCTSRM**

*(Federazione Nazionale Tecnici Sanitari di Radiologia Medica)*

**Giuseppe Brancato**

*Iniziative  
congiunte  
di medici,  
farmacisti,  
veterinari,  
ostetriche,  
infermiere  
e tecnici  
di radiologia*

## ***Interventi del Consiglio nazionale e atto di indirizzo rivolto agli ordini provinciali***

La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri in occasione del Consiglio Nazionale del 17 e 18 aprile 2009 e in considerazione della gravità della situazione venutasi a creare in Abruzzo a seguito dei drammatici eventi sismici ha assunto la decisione di seguito riportata e ha inoltre invitato gli Ordini provinciali a devolvere una somma – da individuarsi attraverso una riduzione degli stanziamenti nei singoli capitoli di Bilancio – senza alcun aggravio contributivo per gli iscritti.

Pubblichiamo il testo della decisione.

Nel corso del Consiglio Nazionale della FNOMeO, riunito a Roma il 17 e 18 aprile 2009,

*Considerata* la gravità della situazione venutasi a creare in Abruzzo a seguito dei recenti, drammatici eventi sismici che, fra l'altro, hanno seriamente compromesso l'operatività delle strutture sanitarie e degli studi professionali dei medici e degli odontoiatri,

*Preso atto* della deliberazione del Comitato Centrale della FNOMCeO di devolvere l'1% dei contributi di spettanza della Federazione all'istituendo Comitato dei Garanti, composto dai Presidenti degli Ordini della Regione Abruzzo e da due componenti del Comitato Centrale della FNOMCeO,

*Considerato* l'atto di indirizzo emanato dalla FNOMCeO, con il quale si invitano gli Ordini provinciali a devolvere, secondo le rispettive possibilità, fondi per il ripristino

di strutture e apparecchiature sanitarie e consentire, quindi, la pronta ripresa dell'assistenza sanitaria nelle zone colpite dal sisma,

*Considerato* inoltre che, anche a causa della natura istituzionale degli Enti interessati a queste iniziative di solidarietà, gli interventi stessi non potranno che essere indirizzati a finalità che, pur riferite al settore sanitario, si connotano per un carattere di generalità,

*Ritenuto*, invece, che occorre dare una risposta immediata e più diretta alle esigenze dei professionisti colpiti dagli eventi sismici, al fine di consentire il più sollecito ripristino della loro attività di medici ed odontoiatri, specialmente per coloro che hanno a proprio carico l'onere di gestione degli studi professionali, i componenti del Consiglio Nazionale degli Ordini, a titolo personale, all'unanimità decidono di devolvere il gettone di presenza relativo alla riunione del 17 e 18 aprile – al netto delle ritenute di legge – per i motivi di cui sopra, al costituendo Comitato dei Garanti, su un conto corrente all'uopo specificatamente istituito.

I componenti del Consiglio Nazionale, con la presente unanime decisione, delegano la Federazione a riscuotere le somme relative ai gettoni di presenza come sopra specificati e di versarle sul c/c che verrà istituito all'uopo dal Comitato dei Garanti .

### ***Dall'Ordine di Sassari 5 mila Euro***

Il Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Sassari, analogamente agli altri Ordini provinciali ha recepito l'atto di indirizzo della

FNOMCeO e in occasione del Consiglio Direttivo del 21.04.2009 ha deliberato di apportare una nuova variazione al bilancio di previsione per l'anno 2009 con l'istituzione di un nuovo capitolo di spesa da destinare all'intervento straordinario a favore degli Ordini dell'Abruzzo.

Il Consiglio Direttivo, ha stanziato per tale intervento straordinario la somma pari a Euro 5.000,00. Il nuovo capitolo denominato "Interventi straordinari a favore degli ordini e degli iscritti" è stato alimentato con risorse derivanti da una riduzione degli stanziamenti delle spese correnti del bilancio di previsione per l'anno 2009 relative al capitolo funzionamento organi istituzionali – senza alcun aggravio per gli iscritti – e verrà sottoposto all'approvazione dell'Assemblea Ordinaria degli iscritti convocata per il giorno 12.05.2009.

## ***Convegno sulla sanità nelle piccole isole***

*Si è svolto a Procida, il 10 luglio, il Workshop FNOMCeO-ANSPI su "La sanità nelle piccole isole: dalla Telemedicina alle Camere iperbariche stagionali tutti i progetti per rendere sicure la vita quotidiana e le vacanze.*

Procida, Ischia, Ventotene, Flicudi, Stromboli: in Italia le piccole isole sono 45. E gli abitanti, in contesti naturalistici così affascinanti e in microclimi così favorevoli, possono sembrare dei privilegiati. Ma quanto scontano questa qualità di vita in termini di carenza di infrastrutture e di reti di servizi sanitari?

E come si riesce a garantire livelli

di assistenza adeguati alla popolazione che, nella stagione estiva, si moltiplica a dismisura?

Proprio per rispondere a queste domande, la FNOMCeO e l'Associazione Nazionale Sanitaria Piccole Isole (ANSPI) hanno organizzato, a Procida, il 10 luglio, il Convegno "La sanità nelle piccole isole".

Per focalizzare una delle variabili che ha maggiori ricadute sull'organizzazione sanitaria delle piccole isole, basta dare una sola cifra: in estate si può passare dai 200 mila residenti abituali a 20 milioni di presenze...

E non è questa l'unica criticità che rende difficoltoso il lavoro dei medici e degli operatori sanitari in generale: mancano gli ospedali, le strutture sono spesso vecchie e carenti, i collegamenti a volte si interrompono.

Vivere su una piccola isola, quindi, comporta non solo una riduzione dei servizi offerti, ma anche, potenzialmente, un "rischio salute" e addirittura un "rischio vita": in queste particolari condizioni, infatti, la più comune tra le emergenze potrebbe trasformarsi persino in tragedia.

Ecco allora che il convegno di Procida ha cercato di individuare come sia possibile garantire agli abitanti di queste realtà così peculiari e ai vacanzieri un vero diritto alla salute, tramite adeguati livelli essenziali di assistenza.

Si sono alternati, per valutare queste tematiche, Fulvio Moirano, direttore dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), che ha presentato un modello di assistenza sanitaria per le isole minori, Francesco Tomasello, rettore dell'Università di Messina, che ha illustrato le nuove frontiere della telemedicina

nelle emergenze. Vi sono stati interventi anche di rappresentanti dell'ANSPI, della politica locale, del Ministero della Salute, della FNOMCeO.

Un'analisi delle criticità e del disagio lavorativo degli operatori sanitari è stata tracciata dal presidente dell'ANSPI Antonino Sciré; delle esperienze di chi si occupa di sanità territoriale ha dato testimonianza il vicepresidente ANSPI, Gianni Donigaglia.

Infine Tommaso Strudel – responsabile ANSPI per la Campania – ha svolto una relazione sul ruolo della telemedicina nelle piccole isole, e sui progetti portati avanti in questo campo.

Il convegno è stato aperto dal presidente OMCeO di Napoli – e Segretario nazionale della Federazione – Gabriele Peperoni. Ha concluso i lavori del convegno il presidente della FNOMCeO Amedeo Bianco.

## **CORSO DI OMEOPATIA**

Avrà luogo a Oristano in quattro fasi, il 27 settembre, il 18 ottobre, il 15 novembre, il 24 gennaio un corso di omeopatia a cura di Massimo Saruggia e con il patrocinio degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari, Nuoro, Oristano e Cagliari.

Il Corso si svolgerà presso la sala conferenze dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Oristano in via Canalis n.11 ad Oristano.

Crediti ECM previsti: 20

Segreteria Organizzativa: CIFOP s.r.l. dr Lino Saladino, Via Simone Cuccia n. 46 – Palermo.

Tel. 335/8313303, 331/7661835, fax 0916269859.

*Un incontro fra Ordini e Collegio*

## *Infermieri in farmacia*

### *possibili soluzioni condivise*

*Il Comitato Centrale della FNOMCeO, riunito il 26 giugno a Roma, in merito alla questione della presenza degli infermieri nelle farmacie, chiede un incontro alla FOFI (Federazione Nazionale Ordini dei Farmacisti) e all'IPASVI (Federazione italiana dei Collegi degli Infermieri) affinché emergano proposte di collaborazione condivise, che tengano conto dei singoli profili professionali e delle specifiche competenze. Ecco, di seguito, la nota diramata.*

“**I**l Comitato Centrale della FNOMCeO, preso atto delle recenti proposte di riorganizzazione dei presidi sanitari territoriali, tra le quali quelle relative alla presenza di infermieri nelle farmacie, condividendo complessivamente l'opportunità di interventi migliorativi dell'organizzazione sanitaria, mirati soprattutto alla cronicità e alla domiciliarietà, che prevedano oltre al ruolo del medico anche quello di altri professionisti sanitari, ritiene necessaria la definizione di un modello organizzativo complessivo, mirato ad ottimizzare il sistema e a definire priorità di intervento.

Rivolge pertanto all'Ordine dei Farmacisti e al Collegio degli Infermieri l'invito ad un primo incontro, finalizzato all'esame congiunto dei vari aspetti della collaborazione tra

le diverse professioni, con particolare riguardo ai rispettivi profili di responsabilità e alle competenze specifiche.

In tale incontro ci impegneremo affinché emergano proposte da condividere con le organizzazioni di categoria, il Ministero della Salute e le Regioni, per contribuire anche alla realizzazione delle previsioni del recente ACN della Medicina Generale, che pone le basi per la costituzione di strutture complesse di cure primarie, e del futuro ruolo di presidio territoriale del Servizio Sanitario Nazionale, proposto per le farmacie.

La FNOMCeO si propone come interlocutore di un percorso di evoluzione delle cure territoriali, che deve prevedere, oltre a contenuti professionali e organizzativi, anche un nuovo sistema di relazione e di integrazione tra professionisti sanitari”.

#### **CHIUSURA ESTIVA DEGLI UFFICI**

Si comunica che gli uffici dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Sassari rimarranno chiusi dal 10 agosto 2009 al 21 agosto 2009.

La riapertura è prevista per il 24 agosto 2009.

*Collaborazione  
fra le diverse  
professioni  
per un'evoluzione  
dell'assistenza  
sul territorio*

*Perplexità sul metodo, contrarietà nel merito*

## *Decreto Brunetta e sanzioni ai medici per le certificazioni*

*Un documento condiviso che raccoglie le considerazioni dei medici sulle delicate questioni poste dalle certificazioni degli stati di malattia necessarie per le assenze dal lavoro sarà presto inviato al ministro Brunetta e alle Commissioni Parlamentari competenti a formulare i pareri sullo schema di decreto. Lo dichiara la FNOMCeO, che ha diramato la seguente nota:*

“**L**a Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO), nell’ambito delle sue funzioni istituzionali, successivamente ad una valutazione autonoma e confortata nei suoi indirizzi dai risultati di un’ampia ed articolata consultazione delle rappresentanze professionali mediche del settore, esprime forti perplessità sul metodo e preoccupate contrarietà nel merito delle previsioni contenute nello schema di decreto legislativo – presentato dal ministro Brunetta – di attuazione della legge 4 marzo 2009 n. 15, relativamente al rilievo e alle possibili sanzioni di carattere amministrativo civile e penale per il medico responsabile delle certificazioni di malattia.

Già un anno fa nella fase di preparazione della legge 15/2009, avevamo offerto al ministro Brunetta la nostra collaborazione tecnico-professionale, al fine di trovare le soluzioni più appropriate alle delicate que-

stioni poste dalla certificazione degli stati di malattia per le assenze dal lavoro. L’innovazione non stava – e non sta – nel rimarcare i profili di responsabilità penale (e amministrativa) che derivano da una certificazione che “attesta falsamente uno stato di malattia”, da sempre sanzionata come reato di falso ideologico, quanto piuttosto nel trovare soluzioni appropriate ed efficaci in quella rilevante quota di attestazioni di condizioni di malattia poste a giustificazione di assenze dal lavoro, fondate su sintomi riferiti, non altrimenti obiettivabili né documentabili dal medico. Medico che, in queste circostanze, non può non attenersi al principio di precauzione e di garanzia verso il proprio assistito.

Questa carenza di competenza sui fenomeni è ben evidente nelle norme specifiche del dispositivo in questione e la nostra preoccupazione nasce anche dal fatto che, paradossalmente, tali norme rischiano di produrre effetti opposti, sollecitando il medico a irrobustire (e cautelare!) le sue prognosi – soprattutto quelle fondate su sintomi riferiti – con seconde opinioni di specialisti o con esami strumentali, alimentando così il circuito costoso ed inutile delle pratiche difensive.

Abbiamo condiviso un documento che raccoglie le nostre considerazioni in materia, lo invieremo al ministro Brunetta e alle Commissioni Parlamentari cui spetta formulare i pareri sullo schema di decreto e alle

*Le maggiori riserve sono state formulate sulle rilevanti conseguenze amministrative civili e penali*

quali abbiamo sollecitato la nostra audizione.

In questo contesto così difficile, rinnoviamo la nostra disponibilità ad offrire soluzioni a questioni eluse o mal risolte nel dispositivo, in particolare:

- la ridefinizione delle modalità di attestazione per gli stati di inabilità temporanea al lavoro non direttamente documentabili e obiettivamente,
- le modalità e la modulistica (unica!) per l'invio telematico delle documentazioni,
- le responsabilità delle procedure

di controllo e di verifica delle assenze – in particolare quelle brevi – che coinvolgono, con pari dignità e complessità tecnico professionale, l'autonomia e la responsabilità del medico, in questa circostanza avente funzioni fiscali.

Siamo convinti che i processi di innovazione non hanno solo bisogno di grandi motivazioni e forti determinazioni – che non paiono mancare – ma anche di costruzioni dialoganti “sul campo”, che coinvolgano le competenze e le responsabilità di tutti gli attori. Con quella pazienza che non basta mai.

## **SEMINARIO SCIENTIFICO A SASSARI SU TIROIDE E GRAVIDANZA**

Sabato 3 ottobre 2009 alle ore 9.00 presso l'aula magna del centro didattico della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Sassari si terrà un Seminario scientifico itinerante dal titolo “Tiroide e Gravidanza” organizzato dall'Istituto di Clinica Medica della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Sassari.

Presidente del Corso è il dottor G. Delitala (Sassari).

Coordinatore del Corso è il dott. A. Pinchera (Pisa).

Il corso ha il Patrocinio dell' A.I.T. (associazione italiana della tiroide).

La partecipazione è gratuita ma è indispensabile, la preiscrizione presso la segreteria organizzativa.

Ai partecipanti verrà rilasciato attestato di frequenza.

Richiesto accreditamento per il programma di educazione continua in medicina (E.C.M.)

**Segreteria organizzativa:** Studio Pressing di Gloria Vitali, Via Passo Sella 18 – 20134 Milano.

Tel. 02/2150794, 336/481900, 338/4436426,

fax 02/26416247

**mail:** [pressing@gloriavitali.it](mailto:pressing@gloriavitali.it), [www.gloriavitali.it](http://www.gloriavitali.it).

## *Il comitato centrale disposto anche all'autodenuncia Clandestini: sostegno ai medici che non li segnalano*

“**Q**ualora un medico dovesse andare incontro ad una sanzione per mancata segnalazione di un immigrato non in regola con il permesso di soggiorno, il Comitato Centrale della FNOMCeO è pronto ad ogni azione di affiancamento e di sostegno al sanitario, sino ad arrivare all'autodenuncia”.

È questa la forte protesta che viene espressa oggi dall'organo deliberante della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, riunito a Roma, a seguito del varo, da parte della Camera, del cosiddetto “Pacchetto Sicurezza” che, in sostanza, introduce per i medici l'obbligo di denunciare gli immigrati “clandestini” che si rivolgono alle strutture sanitarie pubbliche.

Ecco la nota diramata al termine della riunione.

“Il Comitato Centrale della FNOMCeO, riunito oggi – 15 maggio – a Roma, esprime la propria delusione e la propria amarezza per la conclusione dell'iter di approvazione del Decreto Sicurezza che ha lasciato intatte nel dispositivo una parte di quelle norme verso le quali i medici italiani avevano manifestato tutte le loro preoccupazioni e le loro riserve.

Il Comitato Centrale invita quindi i medici italiani ad appellarsi all'articolo 22 del Codice di Deontologia e ai principi del Giuramento Professionale, esprimendo una *clausola di*

*scienza e coscienza*, qualora la norma che introduce il reato di immigrazione dovesse prevedere, contestualmente, l'obbligo di segnalazione del reato (articolo 361-362 del Codice Penale).

Ogni medico può esprimere una “*clausola di scienza*” perché queste norme hanno un ritorno negativo sulla tutela della salute collettiva, rischiando di sottrarre patologie infettive e diffusive al controllo delle strutture sanitarie pubbliche.

E può anche esprimere una “*clausola di coscienza*”, in ragione del fatto che tale previsione normativa si cala nella *relazione di cura*, spogliando il medico di quella funzione di terzietà, accoglienza e solidarietà che, da sempre, e sino ad oggi, ha caratterizzato la matrice civile sociale ed etica della nostra professione. Qualora un medico dovesse andare incontro ad una sanzione per mancata segnalazione, il Comitato Centrale della FNOMCeO è, quindi, pronto ad ogni azione di affiancamento e di sostegno al sanitario, sino ad arrivare all'autodenuncia, rivendicando la commissione della stessa ipotesi di reato.

“Il Comitato Centrale si augura - e lo chiede con forza - che venga garantita, al di là di ogni dubbio, l'esenzione dei medici e di tutto il personale sanitario delle strutture pubbliche dall'obbligo di segnalazione del reato di immigrazione clandestina”.

*Le norme hanno  
conseguenze  
negative  
sulla tutela  
della salute  
pubblica*

***Esposto al garante  
sull'uso ingannevole  
dell'immagine  
del medico  
nei messaggi  
pubblicitari***

In merito ai messaggi pubblicitari radiofonici e sulla carta stampata, relativi a contratti di telefonia di una nota azienda del campo, la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri dichiara:

1. Di essere totalmente estranea all'uso dell'immagine del medico che in questa pubblicità viene fatto.
2. Di avere elaborato un esposto al Garante del Mercato sulla liceità di tale comunicazione, che usa l'autorevolezza di una categoria professionale per validare la propria offerta commerciale.
3. Di avere intrapreso una valutazione legale su eventuali profili di responsabilità civile nell'uso illegittimo dell'immagine del medico, che incide sul decoro e sull'indipendenza della stessa, alla cui tutela è preposto, con obbligo di legge (DLCPS n° 233/46), l'Ordine professionale.

***Positivi commenti  
della FNOMCeO  
sul decreto  
che semplifica  
la prescrizione  
dei farmaci antidolorifici***

Viva soddisfazione è stata espressa dal Comitato Centrale – riunito il 29 maggio, a Roma – della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri per l'imminente emanazione, da parte del viceministro alla salute Ferruccio Fazio, di un decreto ministeriale che rende più agevole la prescrizione dei farmaci antidolorifici.

“Si tratta di un provvedimento – ha dichiarato il presidente della FNOMCeO Amedeo Bianco – più volte sollecitato dalla Federazione degli Ordini, che ha agito in piena sinergia con le società scientifiche degli specialisti di riferimento, con quelle della medicina generale e con le associazioni di categoria.

“Il decreto – ha aggiunto Bianco – consentirà, finalmente, di rimuovere anche gli ultimi ostacoli burocratici che rendevano poco agevole la prescrizione, ai malati affetti da patologie dolorose, delle necessarie cure per alleviarne le sofferenze e migliorarne la qualità della vita”.

Contemporaneamente, sarà necessario intraprendere un progetto di formazione finalizzato a estendere, a tutte le categorie professionali mediche, ospedaliere e territoriali, la cultura del trattamento del dolore e della palliazione, ambiti, questi, che vedono il nostro Servizio Sanitario Nazionale non ancora in grado di offrire risposte adeguate.

Sito web dell'Ordine:

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

\*\*\*\*\*

e-mail dell'Ordine:

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

*Un progetto tecnologico innovativo*

## *Qualità e sicurezza*

### *nella struttura di cardiocirurgia*

**D**ieci anni di attività e oltre duemila cartelle di pazienti che in questi anni sono stati ricoverati presso l'unità operativa di cardiocirurgia. Questi i numeri dell'attività di raccolta e informatizzazione dei dati dei degenti che in questi anni sono passati nel reparto al secondo piano della nuova ala del "Santissima Annunziata". Un archivio che consente di ripercorrere tutta l'attività svolta nel reparto, analizzare la storia clinica di tutti i pazienti, quindi di poterli monitorare una volta dimessi. Inoltre questa corposa raccolta di informazioni proietta la cardiocirurgia sassarese su un terreno di confronto con altre

strutture di livello nazionale e internazionale.

Il progetto triennale, avviato nel 2007 con lo scopo di monitorare sul territorio i pazienti nella fase acuta della malattia, si chiama "Qualità e sicurezza in cardiocirurgia" e ha consentito appunto un lavoro di archiviazione che è previsto si concluda il prossimo mese di agosto 2009.

Lo studio è stato presentato nella sede dell'Enaip a Sassari, alla presenza del responsabile della struttura di cardiocirurgia sassarese, Michele Portoghese e del direttore generale della Asl, Giovanni Battista Mele. È intervenuto anche Franco

*Tutte le informazioni raccolte in un archivio informatico: monitoraggio per individuare possibili criticità di pazienti nel territorio*



**Il direttore generale dell'ASL n. 1 Giovanni Battista Mele e il responsabile della struttura di cardiocirurgia Michele Portoghese**

Puggioni della società Symposium che ha illustrato il funzionamento dei software utili allo svolgimento dell'attività.

L'attività ha preso il via e ha proseguito grazie ai contributi erogati dalla Fondazione Banco di Sardegna, prima nel 2007 (28 mila euro) quindi nel 2008 (22 mila euro). Con la prima tranche è stato possibile realizzare, con la consulenza di una ditta specializzata, un software compatibile con quelli già in uso nell'Azienda e utile alla raccolta e all'inserimento dati. Quindi è stato possibile procedere all'acquisto dell'hardware necessario (4 postazioni pc con un server, stampanti e scanner) per l'immissione dei dati. Quest'ultima attività ha visto il contributo da parte dei medici e degli infermieri del reparto. I successivi apporti economici hanno permesso di proseguire nell'attività sino ad oggi.

Quest'anno il progetto è entrato nella fase operativa e consentirà anche di rapportare tutte le informazioni raccolte alle statistiche delle banche dati italiane ed europee per avviare un confronto dell'attività. Questa fase sarà caratterizzata da un intervento diretto sul territorio attraverso l'identificazione dei pazienti che presentano caratteristiche di criticità e possono aver bisogno di un'assistenza più attenta.

Lo studio di fattibilità inizialmente coinvolgerà un numero ridotto di pazienti che saranno monitorati con sistema telematico, in maniera continuativa, 24 ore su 24 e per 365 giorni all'anno.

Una maglietta speciale dotata di sensori sarà utilizzata come sistema di monitoraggio per inviare in tempo reale, attraverso una connessione telematica, le informazioni vitali del malato ad una centrale ospedaliera

automatizzata, che registrerà gli eventi e segnalerà i parametri fuori norma o che raggiungono un livello di rischio. Un sistema innovativo, sperimentato di recente all'Università di Stanford.

«Nostro compito – afferma Michele Portoghese, responsabile dell'Unità operativa di Cardiocirurgia sassarese – sarà verificare la funzionalità di questo progetto pilota e la sua efficienza. Quindi ancora, quanto sia possibile fare sotto il profilo medico-legale, ed infine verificarne costi ed efficacia».

Tutto il progetto è pensato nell'ottica di un'integrazione futura con le strutture del Dipartimento Cuore, costituito dalle Unità operative di Cardiologia-Utic, Cardiocirurgia, Riabilitazione cardiologica, Emodinamica interventistica e Anestesia e terapia intensiva cardiocirurgica. Poi ancora, con gli ambulatori territoriali, i medici di base, il 118 e il Pronto soccorso.

«Siamo nel mezzo di una rivoluzione in ambito sanitario – riprende Portoghese –, perché, rispetto a venti anni fa, sta cambiando il concetto stesso di sanità. Questo grazie anche all'evoluzione tecnologica che sta interessando la medicina. La Cardiocirurgia allora si pone proprio come l'espressione di questo progresso tecnologico».

«Con la cardiocirurgia abbiamo già iniziato un processo di approfondimento – ha detto il direttore generale della Asl, Giovanni Battista Mele – che ci ha portato ad avviare dei percorsi di indagine e prevenzione del rischio. Si tratta di funzioni non presenti in precedenza e nelle quali noi crediamo».

Il direttore ha fatto quindi riferimento all'importanza dell'apertura dell'ospedale verso il territorio: «Un

esempio dell'integrazione fra strutture ospedaliere e territorio è quello offerto a Ozieri con l'attivazione delle cure domiciliari di terzo livello. Un'attività – ha concluso il manager Asl – percepita positivamente dai pazienti e che intendiamo potenziare estendendola anche al poliambulatorio di Bono».

L'assistenza si sposta quindi dall'ospedale verso il territorio, l'ospedale si trasforma in luogo di alta specializzazione, mentre il proseguimento delle cure è affidato alle strutture del territorio. «In questo modo si ha un chiaro vantaggio per il paziente – riprende il responsabile di Cardio-

chirurgia che sta in ospedale solo per il tempo necessario, mentre nella fase post operatoria viene seguito direttamente a casa. Ne deriva così anche un vantaggio per la stessa amministrazione sanitaria che riduce i costi per i ricoveri impropri».

«A questo si aggiunge la possibilità di un miglioramento della nostra operatività – conclude Portoghesi – anche grazie ad un raffronto con altre strutture. Saremo cioè in grado di confrontare i nostri dati di attività con quelli di rilievo nazionale di cui dispone la Società Italiana di Cardiocirurgia e internazionale della Società Europea di Cardiocirurgia».

## **AVVISO IMPORTANTE SOSTITUZIONI DI MEDICI DI BASE**

Molti medici di base hanno segnalato agli uffici dell'Ordine la difficoltà a reperire colleghi per poter essere sostituiti.

Chiunque sia interessato a dare la propria disponibilità per effettuare sostituzioni di medicina di base può presentare la richiesta compilando l'apposito modulo, disponibile sul sito **[www.omceoss.org](http://www.omceoss.org)** nella sezione servizi-modulistica o presso lo sportello dell'Ordine.

I nominativi dei medici che hanno dato la loro disponibilità verrà pubblicato nei prossimi numeri del presente bollettino e in un elenco che può essere consultato allo sportello dell'Ordine.

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

n.	Ass. prim.	Pediatr.	Cognome e nome	anno laurea	indirizzo	cap-città	telefono	cellulare
1	Si	No	Barracu Pasquale	2008	Via Luigi Canepa 70	07041 Alghero	079/977476	347/4490738
2	Si	No	Brichetto Giovanna	1996	Via Ugo Foscolo 33	07041 Alghero	079/979098	340/7905249
3	Si	No	Caddeo Antonello	2008	Via Giusti 11	07100 Sassari		345/3468199
4	Si	No	Concu Daniela	2008	Via Napoli 41	07100 Sassari	079/277113	333/6039994
5	Si	No	Cugurullo Francesca	2008	Via della Libertà 14/a	07046 Porto Torres		347/4447142
6	Si	No	Demelas Emilano	2008	Via Gallura 19	07037 Sorso		340/6830432
7	Si	No	Ferrari Fulvia	2003	Via Bellini 5	07100 Sassari	079/238299	333/7325757
8	Si	No	Ledda Rita	2008	Via G. Spano 13	07019 Villanova Monteleon		349/2165867
9	Si	No	Leone Giovanna Costanza	2000	Via Torino 15	07100 Sassari	079/274500	349/5627905
10	Si	No	Marras Gianfranca	2008	Reg. Salighes	07014 Ozieri		347/5239108
11	Si	No	Marras Riccardo	2008	Viale Sardegna 52	07041 Alghero	079/951765	347/6488719
12	Si	No	Masala Silvia	2001	Via Principe di Piemonte 54	07100 Sassari	079/210054	347/7262911
13	No	Si	Meloni Donatella	2001	Via Ugo Padula,13	07100 Sassari	079/274380	347/7304608
14	Si	No	Ogana Francesca Sara	2004	Via Torres 23	07100 Sassari		349/2803221 328/7495972
15	Si	No	Oggiano Anna Maria	2008	S.S. dell'Anglona 59	07100 Sassari	079/250324	349/1961801
16	Si	No	Orani Teresa	2008	Via Colombari 6	07045 Ossi	079/348255	340/0961856
17	Si	No	Petretto Valeria	2004	Via Giovanni Bruno 2/f	07100 Sassari		338/1967969
18	Si	No	Pischedda Paolo	2008	Via Marsiglia 51	07100 Sassari	079/271057	347/8295090
19	Si	No	Pulcina Mariangela	2004	Via Manunta 13	07017 Ploaghe	079/449295	340/0068783
20	Si	No	Ragaglia Vera Mariangela	2001	Via San Cristoforo 21	07100 Sassari		340/3081087
21	Si	No	Salaris Maria Antonia	2006	Via Manzoni 4	07040 Uri	079/419021	329/9838687
22	Si	No	Salaris Paola	2008	Via Budapest 32	07100 Sassari	079/210276	349/7830290
23	Si	No	Solinas Angelo	2008	Via Alagon 9	07100 Sassari		349/4646789
24	Si	No	Suelzu Salvatore	2008	Via lu Rotu 6	07038 Trintà d'Agultu	079/681198	340/2741900



