

SASSARI MEDICA



3-4

**IN QUESTO
NUMERO:**

Pensieri/Da Eluana a Mbaraka
Differenze, indifferenze, ipocrisie

Sempre più centrale
il rapporto medico-paziente

Codice di deontologia e giuramento
rimangono i cardini della professione

Frontiere e limiti della medicina
l'utopia del paradiso in terra

Storia e sistematica
dell'etica medica

Chiarimenti al capezzale
fra informazioni e verità

Principi e valori di bioetica
sanità: allocazione delle risorse

La BNL ha risarcito l'Ordine
per l'ammanco nelle casse

Cambia il modello di ospedale
Non più luogo isolato di cura

Previdenza, assistenza e lavoro
i diritti del paziente oncologico

Due scout medici da Sassari
tra le tende d'Abruzzo

Medicina e musica: Duodeno
consiglia "Labanda gastrica"

"Dopo la diagnosi"
Perché questo manuale?

Termini e procedure per attivare
la posta elettronica certificata

Facoltà malata? A consulto
medici, università e politica

La medicina del futuro
fra scienza e umanesimo

La sentenza della Cassazione
sul compenso agli specializzandi

Nuova norma sull'idoneità
per la guida dei ciclomotori

Iniziative per il centenario
della prima istituzione degli Ordini

False lauree e titoli abusivi
la denuncia degli odontoiatri

Testimonial famosi
per la lotta alla celiachia

ANNO XVIII
DICEMBRE 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".



La Pietà

Anno XVIII - Numero 3/4
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 Ganna - 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

E-MAIL: ordine@omceoss.org

- 3 Pensieri/Da Eluana a Mbarka
Differenze, indifferenze, ipocrisie
- 5 Sempre più centrale
il rapporto medico-paziente
- 8 Codice di deontologia e giuramento
rimangono i cardini della professione
- 14 Frontiere e limiti della medicina
L'utopia del paradiso in terra
- 18 Storia e sistematica
dell'etica medica
- 36 Chiarimenti al capezzale
fra informazioni e verità
- 48 Principi e valori di bioetica
sanità: allocazione delle risorse
- 55 La BNL ha risarcito l'Ordine
per l'ammancato nelle casse
- 57 Cambia il modello di ospedale
Non più luogo isolato di cura
- 64 Previdenza, assistenza e lavoro
i diritti del paziente oncologico
- 70 Due scout medici da Sassari
tra le tende d'Abruzzo
- 73 Medicina e musica: Duodeno
consiglia "Labanda gastrica"
- 75 "Dopo la diagnosi"
Perché questo manuale?
- 77 Termini e procedure per attivare
la posta elettronica certificata
- 79 Facoltà malata? A consulto
medici, università e politica
- 81 La medicina del futuro
fra scienza e umanesimo
- 83 La sentenza della Cassazione
sul compenso agli specializzandi
- 87 Nuova norma sull'idoneità
per la guida dei ciclomotori
- 88 Iniziative per il centenario
della prima istituzione degli Ordini
- 89 False lauree e titoli abusivi
la denuncia degli odontoiatri
- 90 Testimonial famosi
per la lotta alla celiachia



La Pietà



Le mani



Testamento Biologico



Bambina. Denuncia dei clandestini



Solo, penseroso, avvilito. disperato?

Diversi metri di valutazione e di impatto mediatico

Pensieri/Da Eluana a Mbarka

Differenze, indifferenze, ipocrisie

Non è passato molto tempo da quando si è conclusa la vicenda di Eluana Englaro. Tutti noi ricordiamo perfettamente il movimento di pensiero che questa ha suscitato.

Sull'argomento Bruno Vespa ha condotto innumerevoli puntate di "Porta a porta", sono stati tenuti interminabili dibattiti in tantissime sedi; a seguito del divieto di mandare in onda un numero speciale di "Matrix", dedicato alla morte, appena sopravvenuta, della ragazza, uno dei più famosi giornalisti italiani, Enrico Mentana, si è dimesso con grande clamore.

Per giorni una grande folla, mesta e contrita, aveva presidiato la clinica presso cui era stata trasferita Eluana, portando panini e bottigliette d'acqua.

Il governo aveva preso una posizione decisa, e stava per emanare un decreto legge, per impedire che si sospendessero l'alimentazione e l'idratazione.

Evito di portare l'attenzione sull'innumerevole numero di corbellerie che i più svariati commentatori, scienziati, giornalisti, medici e cittadini qualsiasi, hanno esposto sull'argomento e che sono state riportate dai media.

L'Italia intera si è spaccata in due perché non si poteva far morire di fame e di sete un essere umano.

Credo che, così come ho fatto io,

tutti voi abbiate riflettuto a fondo su questa vicenda.

Ora pongo a tutti la seguente domanda: chi ha sentito parlare di Mbarka Sami Ben Garcì?

Questo non è un errore di battuta, è il nome del detenuto tunisino morto nel carcere di Pavia dopo uno sciopero della fame e della sete, durato 52 giorni, attuato per protestare contro una condanna per stupro di cui si era sempre dichiarato innocente.

Non interessa sapere se Mbarka Sami Ben Garcì fosse innocente o colpevole, interessa sapere che, di fronte alla volontà esplicita di una persona di rifiutare il cibo e l'acqua, la legge, rappresentata dalla sua massima espressione: la Costituzione della Repubblica Italiana, come pure



Agostino Sussarellu

Dal clamore per il caso Englaro alla "normalità" per il detenuto tunisino morto dopo 52 giorni di sciopero della fame e della sete



Medici e pubblico nell'aula magna dell'università alla Giornata del medico

la medicina, col suo Codice Deontologico, hanno rispettato sino in fondo la sua volontà.

Le autorità carcerarie e i medici deputati all'assistenza ai detenuti si sono dunque giustamente attenuti ai dettami del diritto positivo e delle norme deontologiche.

Per quale motivo, allora, riporto questo fatto che, nella sua drammaticità, rientra perfettamente nella norma?

Il motivo sta proprio qui: questo triste episodio è stato trattato come una vicenda del tutto normale, solo alcuni quotidiani lo hanno segnalato e solo alcuni di questi hanno fatto un qualche commento.

Bruno Vespa non ha dedicato neanche una puntata della sua trasmissione a questo signore, nessuno ha portato sotto le mura del carcere di Pavia bottigliette d'acqua e panini, ma soprattutto nessuno ha portato solidarietà a lui nella terribile fase finale della vita e, dopo la sua morte, alla moglie e ai suoi tre figli.

Io personalmente sono stato colpito dall'episodio, non solo per la drammaticità della perdita di una vita umana, ma soprattutto per l'indifferenza generale, dimostrazione dell'ipocrisia profonda della nostra società.

Lo scopo di queste righe sta tutto nell'invito alla riflessione. Articolo 53 del Codice di Deontologia Medica.

- Rifiuto consapevole di nutrirsi -

“Quando una persona rifiuta volontariamente di nutrirsi, il medico ha il dovere di informarla sulle gravi conseguenze che un digiuno protratto può comportare sulle sue condizioni di salute.

Se la persona è consapevole delle possibili conseguenze della propria decisione, il medico non deve assumere iniziative costrittive né collaborare a manovre coattive di nutrizione artificiale nei confronti della medesima, pur continuando ad assisterla”..

Agostino Sussarellu

Giuramento dei neolaureati e medaglie ai veterani

Sempre più centrale

il rapporto medico e paziente

Presso l'Aula Magna dell'Università degli studi di Sassari si è tenuta lo scorso 26 ottobre la 54esima edizione della Giornata del Medico con il giuramento dei nuovi colleghi e la medaglia d'oro ai veterani.

È stata una Giornata del Medico d'eccezione quella che si è celebrata lunedì 26 ottobre presso l'aula magna dell'Università degli Studi di Sassari, in occasione del giuramento professionale dei nuovi medici e della premiazione con la medaglia d'oro di quelli che hanno tagliato il traguardo dei cinquant'an-

ni di carriera. Accanto al presidente Agostino Sussarellu, la vicepresidente Rita Nonnis, il segretario Giovanni Biddau, il tesoriere Nicola Addis e il presidente della Commissione odontoiatrica Pierluigi Delogu, ma soprattutto un ospite di rilevanza internazionale, che ha dato un'impronta peculiare alla 54esima edizione dell'evento: lo storico della medicina tedesco Dietrich von Engelhardt., direttore dell'istituto di storia della medicina e della scienza dell'Università di medicina di Lubeca.

Engelhardt in occasione della Giornata ha tenuto una magistrale

*Riflessioni
sui temi
del testamento
biologico
e la norma,
contestata,
che impone
la denuncia
degli
immigrati
irregolari*



L'intervento del presidente dell'Ordine Agostino Sussarellu

relazione dal titolo “Rapporto medico-paziente ieri, oggi, domani. Diritti, doveri e virtù”.

Ma la cerimonia, come di consueto, è stata anche l'occasione per compiere un'analisi e una riflessione sulle vicende che hanno coinvolto di recente la categoria professionale. «Per raccontare i temi portanti di questa edizione – ha spiegato il presidente dell'Ordine dei Medici Agostino Sussarellu – abbiamo scelto un'immagine, che è presente nella locandina dell'evento».

Al centro dell'immagine è la Pietà di Michelangelo, la candida composizione scultorea che più di tutte è capace di evocare la potenza della medicina, intesa come sostegno e conforto di fronte alla sofferenza. Sfumano ai bordi i contorni di una mano che scrive, di due mani che si toccano, di una bambina di carnagione olivastra, di un medico che si copre gli occhi in segno di disperazione e smarrimento. Immagini la cui

lettura fa emergere netti il tema del testamento biologico, quello del rapporto medico-paziente, quello dell'immigrazione e del diritto alla salute per gli stranieri, e infine quello – eternamente attuale – delle difficoltà insite nella professione medica.

A proposito del testamento biologico il presidente Sussarellu, a cui come di consueto è stato affidato il discorso introduttivo, ha fatto riferimento alla proposta di legge approvata in Senato sulle direttive anticipate: «Ottime le premesse – ha commentato il presidente – ma esiste una vera aberrazione nella seconda parte della norma, in quanto si toglie al paziente la facoltà di optare per la scelta migliore per lui e si ricade nel paternalismo medico». Sussarellu ha citato l'articolo 4 del primo Codice Deontologico dei medici stilato in Italia, che proprio a Sassari vide la luce nel 1904 – *“Il medico non intraprenderà alcun atto se non avrà il consenso del paziente”* recita l'arti-



I medici premiati per i 50 anni di professione

colo – per testimoniare l'enorme passo indietro che si compirebbe se la norma al vaglio della Camera passasse senza modifiche.

Un secco no da parte dell'Ordine di Sassari è espresso a proposito della norma, bloccata in Parlamento, che avrebbe imposto ai medici la denuncia degli immigrati privi di permesso di soggiorno: una proposta che ha visto i medici e gli specialisti sassaresi mobilitarsi trasversalmente e in misura massiccia, nei mesi scorsi, per scongiurare questa ipotesi, «un'ipotesi che – ha sottolineato il presidente – viola lo stesso Giuramento di Ippocrate in uno dei suoi fondamenti: il segreto professionale».

E poi, quanto al rapporto medico-paziente, il presidente ha richiamato la necessità di mantenere salde le redini della fiducia, senza far sì, però, che i termini di questo rapporto si invertano e che la fiducia vada smarrita. Anche in questo caso, immancabile il riferimento a un'attualità che racconta un'immagine delle professioni sanitarie sempre più spesso sgualcita e minata dalle cronache, messa in discussione da vicende controverse, posta sotto accusa per la presunta incapacità di scongiurare la fine e morte, contraltare di una società che, ubriacata dal miraggio dell'onnipotenza scientifica e tecnologica, quella fine e quella morte non le sa più accettare.

Una posizione di difficoltà, quella del medico, che scivola nell'ultimo fotogramma dell'immagine emblema dell'evento: la solitudine del medico di fronte alle scelte che la professione gli pone di fronte.

Da qui l'incoraggiamento agli oltre ottanta giovani medici e odontoiatri che, alzandosi in piedi, hanno



Giorgio Castelli legge il giuramento

pronunciato il Giuramento professionale insieme al loro collega Giorgio Castelli, il giovane odontoiatra che ha letto a voce alta il documento. «Lavorate con coscienza – si è rivolto a loro il presidente – trovando dentro di voi la serenità per farlo».

E come sempre, oltre che un battesimo dei nuovi medici, la Giornata del Medico è stata anche l'occasione per gettare uno sguardo al passato, ai medici che il Giuramento di Ippocrate lo hanno pronunciato cinquant'anni fa.

A ritirare la medaglia d'oro alla carriera sono stati quest'anno Giovanni Cabras, Decio Massimo Cerimele, Ignazio Antonio Colombino, Vittorio Mulas, Vittoria Scampullu e Franca Corrà, due donne medico antesignane di una professione che con gli anni si sarebbe tinta sempre più di rosa.

La parola poi è andata alla rappresentante dell'Associazione delle Moglie dei Medici, Pasquita Fois, che ha ricordato l'attività e le iniziative intraprese dall'associazione nell'ultimo anno, e a Benedetto Arru, presidente della sezione sassarese dell'Associazione Medici Cattolici Italiani, associazione attiva e impegnata nei temi bioetici.

L'intervento del presidente dell'Ordine

Codice deontologico e giuramento cardini della professione

Pubblichiamo il testo dell'intervento del presidente dell'Ordine dei medici di Sassari Agostino Sussarellu alla 54ª Giornata del Medico.

Gentili signore, signori, autorità civili e militari presenti, colleghe e colleghi giovani e meno giovani, vi ringrazio di essere oggi qui con noi, in questa illustre sede, per onorare la nostra manifestazione.

Ringrazio altresì, a nome del Consiglio Direttivo tutto, e mio personale, l'Università di Sassari nella figura del Magnifico Rettore, professor Alessandro Maida, per averci ancora una volta ospitato in questa splendida e prestigiosa Aula Magna, nella quale buona parte di noi ha

conseguito la laurea, e nella quale oggi ci troviamo per celebrare, come è ormai tradizione, la Giornata del Medico, giunta quest'anno alla sua cinquantaquattresima edizione.

Di regola la nostra manifestazione si svolge il 18 Ottobre, giorno commemorativo di San Luca Evangelista, patrono dei medici.

Proprio in questa data, cinquantaquattro anni fa, ebbe luogo per la prima volta tale cerimonia, della quale fu promotore il professor Egidio Depperu che la portò puntualmente avanti negli anni, per poi essere di seguito tramandata, con eguale puntualità, dal suo successore e mio predecessore, l'amico Mario Oppes, ancora una volta qui con noi.

Quest'anno ci siamo discostati di



Il gruppo dei neolaureati

*Fondamentale
nel rapporto
con i pazienti
il rispetto
della libertà
e della dignità
della persona*



I medici premiati per i 50 anni di professione

ben otto giorni dalla festa del nostro patrono, ma vi garantisco che ne valeva la pena, visto che tale rinvio ci ha permesso di avere con noi il professor Dietrich Von Engelhardt, uno dei massimi esperti di etica medica.

I giovani colleghi, iscritti per la prima volta all'Ordine, oggi prestano e sottoscrivono il giuramento deontologico, ed inoltre, come è ormai tradizione consolidata, in questa stessa occasione ricevono una medaglia d'oro i medici che hanno raggiunto l'importante traguardo dei cinquant'anni di laurea, meta che possiamo paragonare alle nozze d'oro con la professione.

È una sorta di staffetta tra due generazioni estremamente distanti anagraficamente, ma sicuramente accomunate dallo stesso spirito di abnegazione e di dedizione verso il prossimo che da sempre caratterizza la professione del medico.

Questa nostra tradizionale manifestazione non è e non intende essere una semplice celebrazione della cate-

goria, ma intende rappresentare il momento più saliente della professione medica, quello in cui si puntualizza l'importanza e l'obbligo dell'osservanza del nostro Codice di Deontologia che, da sempre, rappresenta la linea portante del nostro comportamento, del nostro essere medici.

Il medico, nel suo percorso professionale, possiede due cardini su cui basare la propria condotta: il Giuramento Professionale e il Codice Deontologico.

Il primo, che oggi verrà letto e sottoscritto in quest'aula da voi giovani colleghi, racchiude al suo interno il filo portante dell'arte medica.

Il secondo, con i suoi precetti deontologici, costituisce un atto di indirizzo, obbligatorio, per tutti i medici e gli odontoiatri.

Si tratta di due documenti, basilari, che vengono redatti, su precisa delega dello Stato, dai rappresentanti della professione, ai quali compete anche aggiornarne i vari dettami, a seguito dell'evoluzione della società.



Fra le autorità il neo rettore Mastino, l'uscente Maida e il sindaco Ganau

All'interno del Codice Deontologico, i primi due articoli che trattano dei doveri generali del medico, sono l'art. 3 e l'art. 4.

Libertà, indipendenza e dignità della professione

Art. 3

- Doveri del medico -

“Dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana, senza distinzioni di età, di sesso, di etnia, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia, in tempo di pace e in tempo di guerra, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera.

La salute è intesa nell'accezione più ampia del termine, come condi-

zione cioè di benessere fisico e psichico della persona”.

Art. 4

- Libertà e indipendenza della professione -

“L'esercizio della medicina è fondato sulla libertà e sull'indipendenza della professione che costituiscono diritto inalienabile del medico.

Il medico nell'esercizio della professione deve attenersi alle conoscenze scientifiche e ispirarsi ai valori etici della professione, assumendo come principio il rispetto della vita, della salute fisica e psichica, della libertà e della dignità della persona; non deve soggiacere a interessi, imposizioni e suggestioni di qualsiasi natura.

Il medico deve operare al fine di salvaguardare l'autonomia professionale e segnalare all'Ordine ogni ini-

ziativa tendente a imporgli comportamenti non conformi alla deontologia professionale”.

Questi due articoli, fondamenti della nostra professione, su cui, come medici non possiamo assolutamente derogare, sono stati duramente attaccati dalla nostra classe politica, che forse preferirebbe vedere in noi strumenti asserviti a discutibili bisogni, piuttosto che professionisti dediti alla salvaguardia della salute collettiva. Su tali articoli si fonda quel rapporto medico-paziente che risulta essere basilare nel percorso di cura.

Proprio di questo argomento ci parlerà l'illustre professore Von Engelhardt.

Tra gli altri fondamenti del nostro essere medici, è previsto anche il rispetto della libertà e della dignità della persona, con la sua massima espressione nel principio di autodeterminazione.

Tale principio vale, e deve valere, sia quando la persona è lucida e cosciente, sia quando, per gravi problemi di salute, questa ha perso la possibilità di comunicare.

Mi riferisco a quei pazienti che si trovano in uno stato di incoscienza da cui è ancora possibile riprendersi, ma anche, e soprattutto, a quegli individui che hanno perso definitivamente la speranza del risveglio.

Come Ordini professionali, per anni, abbiamo chiesto una legge che permettesse al cittadino di indicare, in maniera chiara e inconfutabile, quali fossero le sue direttive allorché venisse a trovarsi in condizioni critiche.

Questa nostra richiesta non è dettata dalla necessità di un chiarimento deontologico; a nostro avviso, infatti, se il nostro Codice avesse valenza di diritto positivo, il problema sarebbe completamente risolto, visto che

include al suo interno tutte le risposte sull'argomento.

La stessa chiarezza non è, però, a tutt'oggi presente nell'ordinamento legislativo del nostro paese, per cui troppo spesso ci troviamo a dover fare i conti con interpretazioni non univoche, da parte di giudici, delle leggi esistenti.

Tutti voi siete a conoscenza del fatto che il Senato ha approvato un disegno di legge su questo argomento.

Purtroppo, come accade spesso nel nostro paese, i giochi politici, frutto di compromessi tra posizioni ideologiche differenti, hanno fatto sì che il testo partorito presenti al suo interno delle contraddizioni stridenti.

Nella prima parte viene ribadita la priorità decisionale del cittadino, ma questa viene completamente annullata da una seconda parte in cui si dichiara l'indisponibilità, per lo stesso cittadino, a decidere riguardo alla sospensione della nutrizione e dell'idratazione e in cui, per di più, si stabilisce che il medico, se è di parere contrario, può disattendere qualunque altra direttiva del paziente.

Si tratta di un ritorno ad un paternalismo medico di tipo ottocentesco.

Sulle direttive anticipate la nostra Federazione Nazionale si è espressa con un documento, approvato a larghissima maggioranza a Terni, frutto di lungo lavoro che ha coinvolto, oltre a numerosi presidenti d'Ordine, le principali società scientifiche nazionali.

Trattasi di un documento equilibrato, completo sotto l'aspetto deontologico ed anche scientifico, in cui si è chiesto al legislatore di intervenire, su un argomento così delicato, con un "...diritto mite che si limiti cioè a definire la cornice di legitti-



Il dottor Nicola Addis

mità 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...".

La classe politica non ha gradito questa nostra posizione e ci ha accusati di aver invaso un campo non nostro, dimenticando che proprio dallo Stato ci viene riconosciuta, non solo la tutela della professione, ma anche l'indipendenza che "... non deve soggiacere a interessi, imposizioni e suggestioni di qualsiasi natura...".

Nell'angolo in alto a sinistra del nostro manifesto, abbiamo voluto rappresentare questo tema importante per la nostra professione con l'immagine di una mano che redige e sottoscrive il Testamento Biologico.

L'immagine che invece abbiamo posto nell'angolo in basso a sinistra, mostra il viso di una bambina di colore, il cui sguardo racconta molte

cose, da noi scelto quale simbolo di un altro momento particolare per la professione medica, in cui ci si è trovati a dover fronteggiare il tentativo di imporci l'obbligo di denunciare i clandestini..

Voi tutti sapete che, da sempre, il segreto professionale è, per così dire, insito nei geni della medicina.

Il Giuramento di Ippocrate, primo codice deontologico della nostra professione, recitava: "... Ciò che io possa vedere o sentire durante il mio esercizio, o anche fuori dell'esercizio, sulla vita degli uomini, tacerò ciò che non è necessario sia divulgato, ritenendo come segreto cose simili".

Il segreto professionale attualmente è trattato all'interno dell'art.10 del Codice Deontologico, in maniera così completa che non lascia alcun dubbio: esso rappresenta la garanzia, per qualunque individuo, di poter essere curato.

Il tentativo attuato di obbligare i medici a denunciare i clandestini ha provocato la reazione dell'intera categoria, senza distinzione di orientamento politico. L'opposizione è stata posta con una tale determinazione, che alla fine la classe politica è dovuta tornare indietro sulle decisioni espresse.

Noi stessi, in collaborazione con varie associazioni, abbiamo organizzato in questa magnifica aula una manifestazione, a cui abbiamo dato il nome di "Noi non segnaliamo day", che ha visto la partecipazione di centinaia di persone venute a sostenere l'iniziativa.

E il medico, questo periodo, come lo vive? Lo abbiamo voluto rappresentare solo, penseroso, avvilito, se non addirittura disperato.

La società ci chiede sempre più



Il professor Von Engelhardt, il presidente Sussarellu e il professor Maida

spesso risposte ai propri desideri di immortalità, di salute, intesa non nel senso di salute psico-fisica e sociale, ma di bellezza, giovinezza, possibilità di avere prestazioni ottimali, se non addirittura straordinarie, nonostante il progredire dell'età.

I mass media propongono l'immagine super dell'uomo e della donna, e ci chiedono di fornirla, di costruirla; non si accetta più l'ineludibilità della fine, della morte, e sempre più spesso ci chiamano in causa per fatti e avvenimenti naturali.

Questo spesso ci spaventa, sembriamo aver perso la serenità necessaria per svolgere il nostro lavoro in scienza e coscienza, per svenderlo con un comportamento che ormai viene definito "medicina difensiva".

Ma quel medico che da sempre è

solo a decidere, interrogando esclusivamente la propria coscienza, se sa evitare suggestioni di qualunque natura, ponendo la propria conoscenza al servizio degli individui sofferenti, troverà le soddisfazioni che la nostra professione sa dare.

Per concludere, rivolgo l'invito a tutti i colleghi, giovani e meno giovani, di leggere con attenzione il nostro Codice di Deontologia, poiché al suo interno possiede tutte le risposte ai più svariati problemi che possono presentarsi a noi medici.

Agostino Sussarellu

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

1/La lezione di Dietrich Von Engelhardt

Frontiere e limiti della medicina

L'utopia del paradiso in terra

Lo storico della medicina professor Dietrich Von Engelhardt ha svolto una lezione sull'etica medica. Pubblichiamo un resoconto con una sintesi.

«**L**a salute è la capacità di convivere con l'handicap, la malattia o la morte e la medicina è il paradosso di voler guarire ciò che non si può, farlo con gioia e con parziale successo». Sono queste le suggestive parole pronunciate dallo storico e filosofo della Medicina tedesco Dietrich von Engelhardt in occasione della 54esima edizione della Giornata del Medico, che si è tenuta presso l'aula magna dell'Università di Sassari il 26 ottobre anziché, come tradizionalmente accadeva, il 18 ottobre, giorno di San Luca Evangelista, patrono dei medici, proprio per permettere allo storico tedesco di prendere parte alla cerimonia.

Uno slittamento meritato, dato il peso specifico dell'intervento del professor Von Engelhardt. Lo storico della medicina, attualmente direttore dell'Istituto di Storia della medicina e della scienza dell'Università di Medicina di Lubeca, ha ripercorso in maniera magistrale la storia della scienza medica per arrivare ai giorni nostri e proporre il ruolo del medico in una prospettiva nuova ed inconsueta.

«Nell'antichità – ha spiegato Von Engelhardt – esistevano diversi tipi

di medico: quello religioso, quello empirico, quello degli schiavi e quello dei liberi, per finire con il medico laico, come teorizzato da Platone e Aristotele». Suggestiva l'immagine del “medico degli schiavi”, un medico-tiranno che emette la diagnosi senza ascoltare i suoi pazienti, e di contro il “medico dei liberi”, che invece parla con l'ammalato e non gli prescrive alcuna cura senza averlo prima convinto della bontà della terapia. Un concetto, questo, che precorre di millenni quello il “consenso informato”, o “*inform consent*”, formulato per la prima volta nel 1957 in Gran Bretagna, un consenso del paziente senza il quale si configura la lesione personale. Ebbene, attraverso una carrellata nella storia si scopre che il consenso informato era, sorprendentemente, un dato già acquisito nella antica Grecia. Un balzo in avanti nel Medioevo, poi, dove salute e malattia sono concetti profondamente intrisi di spiritualità e legati a doppio filo con la religiosità. E' qui che viene introdotto un concetto tutto carnale della malattia, vissuta come una sorta di mezzo per espiare le colpe, e un'idea trascendente della salute: «In questa epoca – spiega lo storico tedesco - la condizione terrena era vissuta come una malattia, mentre la salute coincideva con il paradiso e la guarigione come una resurrezione. Il medico veniva associato a Cristo e il malato a Cristo sofferente». Il medico di oggi al contrario, come spiega

*La storia
della scienza
medica.
L'evoluzione
nei secoli:
dalla malattia
come espiatione
delle colpe
alla rincorsa
infinita
verso la
perfezione
scientifica*



Dietrich Von Engelhardt

lo studioso, secolarizza la trascendenza, ovvero cerca di riportare il paradiso in terra, di creare ora e qui le condizioni per il benessere e la salute dell'essere umano e diventa un professionista che sviluppa una serie di competenze: «Il medico moderno è un terapeuta, indubbiamente – osserva Von Engelhardt – ma è anche un tecnico, uno scienziato, un economo, un politico. La sua preparazione spazia in diverse discipline e situazioni e adotta il duplice modello paternalistico e di partnership con il paziente».

Interessante è anche la tipizzazione della figura del medico effettuata da Paracelso attraverso tre argute caricature che il professore tedesco utilizza per descrivere il diverso modo di intendere e di “darsi” alla professione: «Esiste il medico-agnello – cita Von Engelhardt – che si priva di tutta la sua lana per darla al paziente, il medico che soffre con lui e piange con lui; c'è il medico-lupo,

che invece assassina, mente e ruba; e infine c'è il medico-malerba, che apprende la sua professione esclusivamente dai libri, senza attingere nulla dall'esperienza concreta».

Di grande suggestione è anche il concetto di salute e di malattia che il docente tedesco propone al termine del percorso storico: “salute” e “malattia”, schematizza lo studioso, sono due stati ideali che stanno ai poli opposti di una linea al centro della quale si pone uno stato di neutralità, che è quello nel quale tutti vivono: «C'è sempre salute nella malattia e malattia nella salute: nessuno è completamente sano e nessuno è completamente malato. Ecco, la terapia si basa sulla dose di salute presente nel malato». Un relativismo ottimistico, insomma, che invita a “partire”, nella terapia, da quella dose di salute che è presente anche nella persona affetta da malattia. Ma cos'è la malattia? «Un fenomeno fisico, ma anche psichico, sociale e spirituale» risponde Von Engelhardt. E' evidente, dunque, che per avviare un paziente alla guarigione bisogna far leva su tutti i quattro fattori che concorrono alla malattia, non solo su quello fisico.

Von Engelhardt scardina anche un altro concetto, sedimentato nella coscienza comune: «L'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 1947 ha dato la definizione di salute come condizione di benessere fisico-spirituale e sociale. Questo è senz'altro corretto – commenta lo studioso – ma non basta. La salute è piuttosto, secondo me, la capacità dell'uomo di convivere con l'handicap, con la malattia o la morte». Un concetto rivoluzionario per molti versi, che capovolge in maniera netta gli attuali capisaldi della cultura medica: una

medicina sempre più tecnicamente avanzata e sempre meno disposta a lasciare spazio alla possibilità della malattia e della morte, che sono vissute come un fallimento, un cedimento strutturale della scienza stessa.

Von Engelhardt riesce nel miracolo di reintrodurre la malattia e la morte non come dei fallimenti della medicina, ma come delle eventualità possibili nel calcolo delle probabilità, meglio ancora come una condizione da cui non si può prescindere in alcun modo, restituendo alla malattia e alla morte, in qualche modo, la dignità e il diritto a esistere, senza rassegnazione, ma con naturalezza. «In ognuno di noi coesiste una dose di malattia e una di salute» rimarca lo studioso tedesco. Quello su cui l'uomo – il medico, il paziente e la sua famiglia – deve scommettere è quella dose di salute: si può e si deve lavorare perché, come nella teoria dei

vasi comunicanti, quella dose di salute cresca a discapito della dose di malattia, avendo ben presente che né l'una né l'altra potranno mai essere eliminate. In questa prospettiva, afferma Von Engelhardt citando l'opera di Picasso “Scienza e carità”, «l'arte di vivere è costituita dall'arte di essere malato per un verso, dall'arte di assistere per altro verso e dall'arte di morire, infine». “L'arte di morire” è uno dei concetti più forti enunciati da von Engelhardt, che spazza via senza compromessi anni e anni di una medicina positivista e proiettata verso una rincorsa infinita alla perfezione scientifica che non accetta fallimenti, al rifiuto della malattia, in una parola all'immortalità. In quest'ottica, conclude von Engelhardt citando Kark Jasper, «il medico non è un tecnico né un salvatore, bensì un essere che realizza la dignità e la libertà in sé e nell'altro».

Intervista

Dignità, virtù e solidarietà

Lei studia lo sviluppo dell'etica medica: che cosa si intende per etica medica?

La fondazione etica segue il quartetto bioetico (giustizia, beneficenza, nonmaleficenza e autonomia) e i principi di dignità, virtù e solidarietà che devono essere applicati alla diagnostica, alla terapia, alla ricerca e alla relazione fra medico e paziente. L'etica medica è l'atteggiamento e comportamento del medico, del paziente e della società.

L'etica di una società muta in relazione ai tempi: anche l'etica medica muta in relazione ai tempi?

Sì, possiamo vedere cambiamenti

durante l'Antichità, il Medioevo e l'Epoca Moderna. Esiste però anche una continuità dei principi etici, come questo quartetto bioetico e dignità, virtù e solidarietà. Occorrono, in realtà, sempre nuove concretizzazioni della stessa etica, non un'etica nuova.

Possono esistere contemporaneamente, nello stesso tempo e nella stessa società, diverse etiche mediche? Come si possono conciliare?

Questa osservazione è giusta e eticamente non si trova sempre una conciliazione. Si deve sempre accettare l'autonomia del paziente come del medico, nei limiti delle leggi.



Il professor Dietrich Von Engelhardt e signora

Come si dovrebbe comportare un medico se la legge è in contrasto con la sua etica e con la sua deontologia professionale? Prendiamo il caso, in Italia, della proposta di legge di denunciare i pazienti immigrati irregolari, che è in contrasto con il segreto professionale sancito dal Codice deontologico: come si sarebbe dovuti comportare i medici? Seguire la legge o la propria etica?

Il medico può rispettare la propria etica senza conseguenze, solo se questo non è in conflitto con le leggi, altrimenti, ciò che è un fatto normale, si deve correggere la legge o l'etica professionale.

C'è anche, senza dubbio, la possibilità che il medico realizzi la propria etica rischiando un processo giuridico.

E come si deve comportare il legislatore se in un paese esistono diverse etiche e diversi orientamenti in materia di bioetica?

I temi caldi in Italia sono ancora il

testamento biologico, la pillola abortiva. Come conciliare le diverse posizioni?

Esistono delle differenze con specifiche conseguenze nei temi concreti come l'aborto, diagnostica preimpianto, allocazione, eutanasia attiva, passiva e indiretta. Non si può sempre conciliare le differenti posizioni.

Se l'etica del medico non coincide con quella del suo paziente (ad esempio rispetto all'eutanasia o al fine vita), come si può risolvere il contrasto? Che cosa deve prevalere: l'etica del medico o quella del paziente?

Il medico e il paziente possono avere anche una posizione diversa. Se non esiste un accordo, il medico deve rispettare in generale l'autonomia del paziente, sempre che la volontà del paziente non sia in contrasto con la legge o la ragione medica. Il paziente può rifiutare una terapia ragionevole, però non reclamare una terapia non ragionevole.

Storia e sistematica dell'etica medica

Avvertenza preliminare

Non si può mettere in dubbio la necessità dell'etica nella medicina; si possono però esprimere valutazioni differenti del suo significato e del suo indirizzo. Ogni disciplina medica porta con sé i suoi accenti specifici, ogni malattia presenta esigenze caratteristiche; le concezioni del mondo e dell'uomo proprie del medico, del paziente e del contesto sociale, hanno le loro conseguenze particolari; allo stesso modo emergono differenze essenziali dalla cultura e dai rapporti sociopolitici. Al tempo stesso si pone costantemente la richiesta di linee direttive e strutture sovratemporali e universali.

Il mutamento e la durata dell'etica medica devono essere considerate in eguale misura. Sistematica e storia sono connesse e si condizionano reciprocamente. In tutte le differenze e le divergenze menzionate si mostrano alcuni tratti fondamentali nello sviluppo storico, si possono ricavare stimoli dal passato per il presente e il futuro, e dal presente può anche ricadere luce sul passato.

La storia

La storia concretizza la sistematica; viceversa la descrizione storica della sistematica contiene al tempo stesso la sua struttura. La retrospettiva storica illustra e conferma la molteplicità delle dimensioni sopra discusse; l'obbligo di fornire la spiegazione e il silenzio professionale, l'approvazione della terapia, la relazione medico paziente, le finalità terapeutiche, il rapporto con nascita e morte saranno in primo piano in questo schizzo storico.

Facendo riferimento all'etica filosofica, per l'etica nella medicina non si pone solo la questione della sua fondamentale dipendenza dalla filosofia ma, in considerazione della moderna realtà di vita e soprattutto dei progressi tecnico scientifici, si

presenta anche la questione della necessità di una nuova etica filosofica. Dal momento che sussiste una differenziazione fra la prassi etica, la fondazione etica e l'estensione o l'applicazione dell'etica alla pratica, anche a questa domanda si può rispondere solo in modo differenziato.

Nei principi non c'è affatto bisogno di un'etica nuova e del resto l'accoglimento di un nuovo principio non deve nemmeno significare già un'etica nuova; sono però necessarie nuove modalità di applicazione alla prassi, nuovi controlli, nuove risposte giuridiche alle attuali situazioni della terapia e della ricerca.

Le passate impostazioni e i passati sistemi dell'etica filosofica non possono essere qui esposti in modo det-

tagliato. Sono molti i contributi della storia importanti per la medicina. Ha continuato a dimostrarsi importante la distinzione, già evidenziata da Platone e Aristotele, fra gli usi tramandati e il comportamento morale fondato razionalmente. Nella medicina fu continuamente ripreso lo schema veterocristiano delle virtù, o il pensiero cristiano della compassione, quest'ultimo in modo costitutivo anche per l'etica di Schopenhauer, nel XIX secolo. Insuperati sono i principi fondamentali dell'etica kantiana, come ad esempio la massima: "Agisci in modo da considerare l'umanità, sia nella tua persona, sia nella persona di ogni altro, sempre anche al tempo stesso come scopo, e mai come semplice mezzo". Con il punto di vista dell'umanità l'etica viene riferita da Kant in modo fondamentale anche al futuro, oltre che al presente. Oggi può agire in modo altrettanto stimolante il tentativo di Hegel di superare l'alternativa fra etica individuale ed etica sociale e la

contrapposizione fra impulso sensibile e volere razionale.

L'elemento comune a tutte le impostazioni dualistiche dell'etica del passato e del presente e la distinzione fra norma e realtà; ciò vale anche per l'etica nella medicina. L'etica non può esaurirsi in descrizioni e chi desidera attenersi all'etica deve sopportare la tensione fra norma e realtà. Non sono possibili previsioni complete delle conseguenze dell'agire; le prospettive deontologiche e teologiche dovrebbero completarsi reciprocamente.

Del resto la moralità si dimostra spesso solo nella reazione agli eventi e non soltanto nella loro produzione pianificata.

L'antichità. La storia dell'etica medica, o l'etica nella medicina, fa riferimento alla filosofia e per molti secoli è stata legata anche alla teologia; tuttavia ha anche una propria tradizione, e filosofia esercitata sul pro-



Il professor Dietrich Von Engelhardt durante la sua lezione sull'etica medica

prio terreno specifico. L'unità originaria di medicina, teologia e diritto è stata abbandonata nel corso della storia dell'umanità, ma si ritrova continuamente come ideale in tutti i movimenti fondamentalisti.

All'inizio della storia, nelle società arcaiche e nelle grandi culture dell'antichità si trovano le richieste fatte al medico, le interpretazioni morali della condizione di ammalato e le disposizioni statali.

L'opera legislativa del re Hammurabi (1750 a.C. circa), che si rifaceva a più antiche prescrizioni sumeriche, contiene regole sull'attività del medico ed è tramandato anche un primo ordinamento delle tariffe, dalle quali risultano evidenti il peso della posizione sociale del paziente per l'operato del medico e la trascuranza della ricerca medica.

Cardine dell'etica medica attraverso i secoli fino al nostro tempo divenne poi il giuramento di Ippocrate, o meglio, poiché questo giuramento con ogni probabilità non proviene da Ippocrate, il giuramento del VI/V secolo a.C. formulato nello spirito ippocratico, con i suoi divieti dell'interruzione della gravidanza, dell'eutanasia attiva e dell'asportazione dei calcoli da parte del medico e i suoi comandamenti alla discrezione, al rifiuto di arrecare danno e ingiustizia, al rispetto morale nei confronti di ogni paziente, così come alla premura nei confronti dell'insegnante di medicina e alla segretezza del sapere del medico.

L'alta considerazione della vita presente in questo giuramento ha fatto pensare all'autobbligazione di un gruppo di medici di indirizzo pitagorico.

D'altronde questo giuramento non è stato affatto vincolante per tutti i medici dell'antichità e, anche oggi, non può più corrispondere, in momenti fondamentali, alla realtà e all'autocomprensione normativa dei medici.

Nella tradizione stoica, è permesso al medico l'aiuto attivo a morire, come anche il suicidio, in quei casi in cui la coscienza razionale e l'agire morale dell'uomo sono compromessi o soppressi da sofferenze fisiche o spirituali. La virtù promette l'armonia suprema, e dominio sui sensi che permette il suicidio nel caso di una perdita incombente. Un esempio famoso per la collaborazione di un medico si rifà a Seneca che, in vista della persecuzione politica sotto Nerone, decise di porre fine alla sua vita e in quell'occasione trovò sostegno da parte del suo medico. L'imperatore Augusto indica con «eutanasia» l'ideale della morte dolce e veloce che anch'egli desidera per se stesso.

Accanto al giuramento ippocratico si trovano altri numerosi passaggi riguardanti l'etica medica. Vengono descritti il contegno, l'abbigliamento e il linguaggio del medico modello. Il dovere di fornire la spiegazione, di cui non v'è menzione nel giuramento ippocratico, può essere limitato: il medico deve tenere per sé le prognosi sfavorevoli. Viene richiesta o giustificata la rinuncia alla terapia nel caso di malattie che paiono senza speranza. Il medico ha diritto di apertarsi dal paziente un sostegno attivo: «Il malato deve difendersi assieme al medico dalla malattia».

Nell'antichità l'etica non è riferita solo al comportamento, ma anche all'acquisizione di conoscenze.

Durante tutta la crescente separazione di medicina e filosofia sussistono ancora relazioni reciproche. Platone e Aristotele non riprendono la medicina solo come illustrazione della politica e dell'etica; da loro vengono oltre a ciò distinti tre tipi classici di medico: il medico degli schiavi, che emana disposizioni come un dittatore; il medico per i liberi, che è pronto alla conversazione e include nella terapia anche la famiglia; il medico come profano con una formazione medica, che presuppone una preparazione autodidatta e una responsabilità propria. Gli effetti di questa diversa tipologia dei medici espressione anche dei rapporti politici di quel tempo sulla moralità della relazione medico paziente sono rilevanti; la loro incisività si è conservata fino a oggi e inoltre ci si può ancora imbattere in tutti questi tipi di medico come anche nei loro corrispettivi tipi di paziente. In Platone si trova anche la legittimazione a uccidere i malati psichici incurabili (Politeia).

Medioevo. Nel Medioevo europeo, medico e paziente, malattia e terapia si trovano nella prospettiva cristiana. «Christus medicus» e «passio Christi» sono orientamenti per ogni medico e ogni paziente, e forniscono dunque il vero fondamento ai doveri e alle virtù nella malattia e nella guarigione. Le standardizzazioni correnti e le alternative consuete del nostro tempo vengono messe in questione o soppresse; la malattia può essere indicata come salutare, «infirmittas Salubris», la salute come nociva, «sanitas perniciosas». La terapia è sempre qualcosa di più che un mero superamento di danni corporali; la guarigione e la salute sono profonda-

mente legate l'una all'altra; necessariamente connesse con la cacciata dal paradiso «homo constitutus» sono malattia, sofferenza e morte nella vita terrena «homo destitutus», che vengono sconfitte definitivamente nella risurrezione dell'uomo «homo restitutus». Salute, malattia e terapia anticipano questo corso della storia della salvezza. La liberazione attiva dalla sofferenza è proibita tanto al medico quanto al colpito.

Fra le opere di carità si annovera, secondo la parola in Matteo (25, 34 e sgg.), anche la cura dei malati: «Io sono stato malato e voi mi avete fatto visita». Le quattro virtù classiche e le tre cristiane (giustizia, saggezza, forza, temperanza, fede, speranza, carità) valgono tanto per il medico quanto per il paziente; adeguatamente comprese sono atemporali. Nel Medioevo ci si attiene al giuramento ippocratico; Apollo viene sostituito da Cristo. Il tener compagnia durante la malattia e la morte è ritenuto compito essenziale del medico, il suo operato non si esaurisce con la terapia. Hildegard von Bingen pone la misericordia del medico al di sopra di ogni risanare. Il mondo medioevale conosce d'altronde anche l'estromissione dei lebbrosi dalla società, altrettanto giustificata con la parola della Bibbia, e il taglio cesareo in prospettiva teologica, per poter cioè seppellire la madre e il bimbo battezzato nella terra consacrata del cimitero. I medici cittadini prestano giuramenti specifici al momento della loro assunzione. L'obbligo di assistenza non vige tuttavia in modo assoluto; nelle epidemie di peste non viene richiesta in modo incondizionato la perseveranza dei medici. Nelle *Constitutiones* di Federico II, del 1241, la formazione e l'attività del

medico vengono subordinate al controllo statale; lo studio deve comprendere tre anni di scienze umanistiche e prima dell'attività terapeutica, un anno di pratica. Da allora il medico deve sempre rispondere di se stesso anche nei confronti dello Stato.

La medicina islamica, come il Medioevo cristiano, dichiara vincolante il giuramento ippocratico. L'ideale è il medico con una formazione filosofica e viene richiesta una relazione fra medico e paziente umana. Il segreto professionale può essere limitato dai medici arabi alla diagnosi e può essere sottoposta al paziente la richiesta di non allearsi alla malattia, ma di combatterla. Chiaramente queste richieste sono anche il frutto di esperienze corrispondenti; al medico viene occasionalmente consigliato di concordare l'onorario in caso di malattie prima dell'inizio della terapia.

Epoca moderna. La secolarizzazione e la naturalizzazione del Rinascimento si ripercuotono anche sull'etica nella medicina, caratterizzando la situazione nei secoli successivi. Aumentano la scientificizzazione e la tecnicizzazione. Diminuisce la dipendenza da teologia e filosofia. Di contro all'antichità e al Medioevo nasce una tradizione indipendente di etica medica. Lo sviluppo della filosofia ha continue ripercussioni sulla medicina, come al contrario anche i progressi nelle scienze naturali e della medicina hanno le loro conseguenze nella filosofia.

Con Paracelso l'etica mantiene una funzione centrale nella costituzione della medicina. La virtù del medico è, accanto alle altre tre colonne, la «quarta colonna della medicina

e rimane con il medico fino alla morte». Il vero medico è un «medico agnello», che si sacrifica per il paziente e non pensa spietatamente al suo vantaggio come il «medico lupo» e non acquista il suo sapere solo dai libri e dalla tradizione come il «medico malerba».

Altrettanto decisive sono per Paracelso la misericordia e la caritas del medico: «Dove non c'è nessun amore per il malato, la non c'è nemmeno alcuna arte medica». L'etica viene riferita all'agire e al conoscere; il medico può comportarsi in modo moralmente corretto o mancare non solo nel contatto con il malato, ma anche nello sperimentare, nel teorizzare e nel pubblicare. È essenziale l'autolimitazione: «Dove la natura fallisce non tentare oltre».

L'eutanasia – come il suicidio – può essere di nuovo giudicata positivamente a partire dal Rinascimento, così da Moro (1516), così anche da Bacone (1623). Bacone parla per la prima volta in epoca moderna di eutanasia e distingue una “Euthanasia interior” come assistenza spirituale (“animae preparatio”) da una “Euthanasia exterior” come abbreviamento della vita (“excessus lenis et placidus”). Bacone e Moro si attengono però alla libera volontà e alla cura continua del paziente, se da questi non è voluta l'eutanasia attiva: «Non uccidono però nessuno contro il suo volere e non lo curano per questo anche con minor premura» (Moro). Per quel tempo e per lo sviluppo futuro, le dimensioni decisive dell'eutanasia sono: l'eutanasia passiva e attiva, interna ed esterna, il soggetto e l'oggetto dell'eutanasia, l'autonomia e l'eteronomia del paziente e

del medico e, infine, il motivo e il metodo dell'eutanasia.

Quanto però all'inizio dell'epoca moderna sia risultata difficile o sia stata impossibile per i dottori l'uccisione del paziente come impegno cristiano, lo si può desumere da un rapporto del XVI secolo del chirurgo francese Ambroise Paré su una scena di guerra. Paré vede che un soldato più anziano uccide con un lieve e rapido taglio della gola i soldati feriti in modo incurabile; mentre egli stesso avrebbe dovuto condannare questo comportamento e criticare il soldato a causa della sua crudeltà, questi si era giustificato con queste parole: «Preghi Iddio, che in una situazione simile un altro l'aiuti a questo modo». Il pensiero cristiano ha ancora peso per il medico e il paziente. Pascal vede nella malattia lo «stato naturale del cristiano», perché si «è allora così come bisognerebbe sempre essere, cioè nella sofferenza, nella sventura, privi di ogni bene e di gioia dei sensi, liberi da tutte le passioni, senza avidità e in costante attesa della morte».

Il secolo dell'Illuminismo si interessa ancora una volta in modo particolarmente intenso dei doveri e delle virtù del medico come del paziente e della società. Medicina e morale sono, secondo Leibniz, strettamente unite; «moralia et medicina haec sunt quae unice aestimari debent», si annota il filosofo nel 1671. Sensualismo e filosofia popolare mostrano i loro effetti. Sulla scorta della famosa definizione di Kant il medico Johann Karl Osterhausen determina nel 1798 l'Illuminismo medico come «uscita di un uomo dalla sua ignoranza in cose che concernono il suo bene

fisico». L'imperativo della ricerca sostenuto da Bacone e Cartesio trova numerosi seguaci. Maupertuis, con la sua esortazione a eseguire esperimenti su criminali vivi, rappresenta un esempio impressionante. L'apparenza di crudeltà non dovrebbe inibire il ricercatore; il singolo uomo non è nulla in confronto alla società e un criminale meno di nulla (1752). Le virtù classiche antiche e cristiane vengono integrate con nuove virtù borghesi come zelo, ubbidienza, ordine e pulizia. Il trapasso dal mondo aristocratico a quello borghese non resta senza conseguenze.

Non si possono evitare collisioni fra virtù e doveri nemmeno nell'ambito della medicina. Le soluzioni devono essere trovate non tanto attraverso le leggi quanto mediante lo spirito dell'umanità e la forza della fede. L'amore è ritenuto la virtù centrale del medico, la pazienza la virtù centrale del malato. Da contemporanei come Herder e Goethe viene richiamata l'attenzione sui possibili pericoli dell'impegno umano dell'Illuminismo; Goethe associa alla prospettiva della possibile vittoria dell'umanità la visione spaventosa che «al tempo stesso il mondo diverrà un grande ospedale e si diverrà l'uno l'infermiere dell'altro» (1781).

La medicina nell'epoca dell'Idealismo e del Romanticismo si mostra ancora una volta determinata da una prospettiva metafisica. Kant, Schelling e Hegel sviluppano interpretazioni e deduzioni filosofiche della natura e della vita, della malattia fisica e psichica, delle possibilità e dei limiti del curare, dell'autonomia dell'individuo, della moralità

sociale. Numerosi medici interpretano con questo spirito il loro pensiero e il loro operare, e delineano anche propri sistemi per mediare empiria e metafisica. Il superamento della malattia viene valutato positivamente, la soggettività o personalità del paziente guadagna un significato particolare e la terapia dei malati mentali non può venir meno ai valori umanitari. Il medico deve essere di carattere integro, la relazione fra lui e il paziente contrassegna un legame dialettico di simmetria e asimmetria, ogni paziente è responsabile per la sua malattia e la sua salute. Emblematico per il pensiero di quell'epoca è un detto del poeta Novalis, che riguarda non solo l'effetto formativo delle malattie croniche, ma anche il necessario correlato etico di ogni progresso: «Se gli uomini vogliono fare un passo avanti nel dominio della natura esterna, mediante l'arte dell'organizzazione e della tecnica, allora devono prima aver fatto tre passi verso l'interno nell'approfondimento etico». Il movimento metafisico della medicina nel 1800 è stato d'altronde di breve durata, anche se si possono osservare effetti postumi durante il XIX e il XX secolo fino al giorno d'oggi. Si affermano Empirismo e Positivismo, vengono riprese le idee dell'Illuminismo; anche i limiti di questa corrente sono divenuti oggi ripetutamente manifesti.

Nel XIX secolo, in ogni orientamento scientifico viene pubblicata una gran quantità di studi sull'etica medica. Il primo Congresso internazionale per l'etica medica ha luogo a Parigi nell'anno 1900. Di vasta portata è il "Code of Medical Ethics" di Thomas Percival dell'anno 1803, concepito ancora nello spirito del-

l'Illuminismo, ristampato nel 1827 e nel 1849 e adottato nel 1847 dall'American Medical Association come testo fondamentale obbligatorio. Quale tema centrale dell'etica medica Percival determina: a) i doveri dei medici nei confronti dei loro pazienti e i doveri dei pazienti nei confronti dei loro medici; b) i doveri reciproci dei medici e nei confronti della medicina come organizzazione di categoria; c) i doveri della medicina nei confronti della società e della società nei confronti della medicina; restano non trattati i doveri altrettanto importanti dei pazienti nei confronti degli altri pazienti e della società, come i doveri della società nei confronti del paziente e delle altre società.

Degli altri scritti del XIX secolo sui problemi etici nella medicina, val la pena di menzionare "Medical Science and Ethics" di William Ogilvie Porter (1837), "Des devoirs et de la moralité du médecin" di Jean Cruveilhier (1837), "Medical Etiquette" di Abraham Bank (1839) e soprattutto, accanto a "Medicinisches Deontologie" di Julius Pagel (1897), "Déontologie médicale" di Maxime Simon del 1845. Simon, che per la prima volta collega proprio deontologia e medicina, enumera i seguenti compiti per la deontologia medica: «a) devoirs des médecins envers eux mêmes et envers la science; b) devoirs des médecins envers les malades; c) devoirs des médecins envers la société; d) droits des médecins».

L'etica medica si riferisce quindi, per Simon, esclusivamente al medico, e etica del medico.

All'inizio del XIX secolo, mostra una sensibilità lungimirante l'ammo-

nimento di Hufeland in merito all'eutanasia attiva mediante il medico: "Egli deve e non può fare altro che mantenere la vita; se sia una fortuna o una sventura, se abbia valore o no, ciò non lo riguarda e se si arroga una volta il diritto di accogliere queste considerazioni nella sua attività, allora le conseguenze sono imprevedibili e il medico diventa l'uomo più pericoloso dello stato; perché se la linea è superata una volta e il medico si crede autorizzato a decidere della necessità di una vita, allora c'è solo bisogno di progressioni graduali per attribuire il non valore e conseguentemente la inutilità di una vita umana anche in altri casi.

Il XIX secolo è il secolo delle scienze naturali o l'epoca della ricerca con progressi e successi terapeutici impressionanti e al tempo stesso con alcuni pericoli e limiti. Il XIX secolo vede sorgere società antivivisezionistiche il cui impegno si può collegare perfino con l'antisemitismo. La crudeltà verso gli animali deve essere paragonata alla crudeltà verso gli uomini. Nel XIX secolo viene attribuito un gran valore all'oggettività; come persona il malato può passare in secondo piano e venir dichiarato irrilevante. Bisogna però distinguere la prassi dalle argomentazioni teoriche e programmatiche; l'oggettivazione del concetto di malattia non comporta necessariamente una spersonalizzazione della relazione medicopaziente. Come caratteristiche generali per l'etica medica del secolo scorso emergono: l'obbligo di spiegazione graduato, il silenzio professionale illimitato, l'espresso divieto di eutanasia, l'impegno del medico non solo per il singolo malato ma anche per la società, la tenden-

za della riduzione del malato alla malattia, la comprensione positivistica di malattia e terapia, la distanza nei confronti della religione e della metafisica.

Il XIX secolo si mostra determinato dalla tendenza a separare il pensiero e l'agire medico dal piano dei valori e a far diventare l'operato medico un obbligo oggettivo; al tempo stesso le numerose pubblicazioni sull'etica nella medicina manifestano il costante influsso della tradizione e il riconoscimento delle situazioni nuove.

Il XX secolo sperimenta con la medicina antropologica e la psichiatria filosofica movimenti contrari, la cui risonanza e rimasta d'altronde modesta qui da noi e in ambito mondiale.

L'«introduzione del soggetto» nella medicina secondo Viktor von Weizsäcker deve avere valore per il paziente, per il medico e per la scienza.

Accanto alla spiegazione scientifico naturale, la comprensione scientifico spirituale di Karl Jaspers viene dichiarata indispensabile per la medicina e soprattutto per la psichiatria, indispensabile anche per la «comunicazione esistenziale» fra medico e paziente, da lui indicata come l'ideale.

I limiti della medicina devono però essere accettati dal paziente come dal medico; di fronte alle situazioni limite dell'esistenza possono entrambi ripiegare nell'eccessivo entusiasmo o nell'appiattimento: "Il medico non è né un tecnico né un salvatore, ma esistenza per l'esistenza, uomo transeunte con l'altro, che porta all'essere la dignità e la libertà nell'altro e in se stesso, riconoscendole come unità di misura" (1932).



Il tavolo della presidenza alla Giornata del medico 2009

L'ethos del medico, della società e del paziente ha nel marxismo la sua interpretazione specifica. Non ci sono testi specifici di Marx ed Engels sulla medicina nelle sue dimensioni etiche; teorici del marxismo hanno però ripetutamente preso posizione su questioni etiche. Alla società viene attribuito un alto valore, il paziente può essere limitato al suo ruolo sociale o storico. Nel giuramento sovietico del medico del 1971 si mostrano assieme tradizione e rinnovamento: la preoccupazione per il paziente e il riconoscimento dell'obbligo al silenzio professionale, l'impegno per la società e la propria nazione, il rispetto dei principi della morale comunista. Le tradizioni ippocratiche ricevono assenso, al contempo vengono ritenute necessarie correzioni specifiche in vista del progresso. Anche la ricerca deve essere sottomessa al controllo sociale ed etico.

Il XX secolo deve al tempo stesso sperimentare il perversimento non

solo da parte di giuristi, politici e artisti, ma anche dei medici nella teoria e nella prassi, e soprattutto della ricerca; un perversimento a cui d'altronde prendono ugualmente parte la società e i parenti dei pazienti.

Questa esperienza non può essere dimenticata, dovrebbe essere motivo per ritornare continuamente a riflettere sulle possibilità e sui pericoli per l'umanità nella medicina.

Dopo la Seconda Guerra Mondiale si giunge a numerose nuove iniziative nella fondazione e particolarmente nell'ampliamento dell'etica nella medicina.

Le condizioni e le esigenze particolari nelle diverse discipline mediche e nelle situazioni diagnostico-terapeutiche vengono sempre più riconosciute ed espressamente riprese nelle discussioni sull'etica nella medicina.

Una nuova autocomprensione del paziente e una mutata posizione nei confronti della scienza mostrano le loro conseguenze.

Sistematica

L'etica in prospettiva filosofica. "Predicare la morale è facile, fondare la morale è difficile"; con questa locuzione il filosofo Schopenhauer ricorda l'importante differenza fra prassi morale e fondazione filosofica. In modo ancor più generale bisogna distinguere fra comportamento neutrale costume/uso stabilito e prassi morale fondazione/etica. A ciò si aggiunge il rapporto dell'etica con il diritto, la psicologia e la sociologia. La fondazione e l'estensione o la trasposizione dell'etica nella prassi sono certo collegate l'una all'altra, ma sono anche separate l'una dall'altra. La Bibbia contiene comandamenti morali (parenesi) ma non offre alcuna fondazione; anche il cosiddetto giuramento ipocratico è un testo parenetico e non una fondazione. Anche fra i comandamenti e la prassi sussiste una differenza; l'enunciazione di doveri e virtù non costituisce ancora alcuna fondazione e inoltre non garantisce la loro realizzazione.

La fondazione dei valori morali e la prassi di comportamento morale possono avere un corso diverso, come in effetti è stato anche nella storia. In linea di massima è possibile portare un certo ordine nelle molteplici posizioni secondo le seguenti dimensioni: la nascita (causalità), l'obiettivo (finalità) e l'apparenza (fenomenicità) dell'etica possono essere riferiti alla natura, all'individuo, alla società o alla metafisica religione oppure a una combinazione di queste dimensioni. La coscienza dell'individuo, per esempio, fu ripetutamente considerata il luogo privilegiato del comportamento morale e al tempo stesso non di rado fu ritenuta il luogo essenziale della sua nasci-

ta e del suo obiettivo; la coscienza è senza dubbio un'istanza centrale della prassi morale, ma la coscienza e i sentimenti morali ad esempio il sentimento di responsabilità non possono valere come istanza suprema della fondazione.

Il rapporto fra etica e diritto è complesso. L'etica non si risolve nel diritto, ma ha bisogno di leggi. Il diritto si riferisce a un «minimo etico», nel senso del rispetto di norme elementari la cui osservanza viene tuttavia perseguita con una particolare obbligatorietà «massimo etico». Il diritto regola anche fenomeni eticamente indifferenti. Non tutto ciò che non è giuridicamente vietato può essere considerato eticamente sostenibile.

L'esperto di diritto della medicina Laufs parla di uno «stretto margine di discrezione non giudicabile» (1980). Gli ambiti del diritto e dell'etica si sovrappongono, ma non sono identici e divergono l'uno dall'altro nella valutazione soggettiva e nell'attuazione oggettiva.

L'etica è connessa alla psicologia, alla sociologia e alla stessa biologia, ma non può essere dedotta da queste discipline; accanto alle errate conclusioni naturalistiche si assommano in continuazione anche quelle psicologiche e sociologiche. Contro questa tendenza già Kant sottolinea con ragione: «I principi empirici non sono assolutamente adatti per fondarvi le leggi umane». Non si può d'altronde nemmeno negare che tali discipline debbano essere prese in considerazione; la realizzazione di principi etici si compie nel mondo dei sentimenti, dei bisogni e delle condizioni sociali ed economiche.

Per la medicina si può illustrare in modo sensato il rapporto complesso dell'etica con la sociologia, con la psicologia e con la giurisprudenza mediante il concetto di "informed consent". Questo concetto è fondamentale per la terapia e la ricerca medica.

Nella Repubblica Federale, l'azione terapeutica effettuata senza fornire la spiegazione al paziente e senza il suo consenso per il diritto vigente rappresenta una lesione personale; questa posizione giuridica provoca non di rado disagio nei medici, a causa della trascuranza delle motivazioni umane del loro operare. Spiegazione e consenso si realizzano in un contesto sociale e richiedono sensibilità psicologica da parte del medico, ma anche da parte del paziente; essi corrispondono inoltre a un uso stabilito da secoli, sono i comandamenti dell'etica della classe medica. Spiegazione e consenso non garantiscono ancora, però, di per sé, un livello etico; potrebbero riferirsi anche a contenuti immorali o disumani, se non sono già vietati dalla legge. L'etica si realizza nell'informed consent solo con il rispetto dell'autonomia e della dignità del paziente da parte del medico, del paziente stesso e della società; in sostanza si dovrebbe parlare perciò più precisamente di "moral, legal and free informed consent".

Etica medica o etica nella medicina. L'etica nella medicina e connessa all'etica filosofica ovvero significa una fondazione filosofica del comportamento etico nella medicina; perciò l'etica medica non è un'etica particolare, ma piuttosto un'etica di situazioni particolari. La responsabilità del medico deriva soprattutto da

un duplice motivo: nonostante tutta la necessaria corresponsabilità del paziente, il sommo bene della salute umana è affidato quasi esclusivamente al medico e ciò vale anche per il ricercatore medico. Una completa simmetria nel rapporto fra medico e paziente non è possibile; il paziente, in quanto persona in stato di necessità, non può essere paragonato al medico, che e colui che presta soccorso. In tale prospettiva, l'asimmetria è una caratteristica di fondo della medicina, che tuttavia non può nascondere l'originaria identità e simmetria fra medico e paziente. Con la terapia viene trasferita al medico autonomia da parte del paziente; la sua terapia deve consistere in una restituzione di questa autonomia al paziente.

Il distacco sempre più diffuso fra i medici nei confronti dell'etica medica non deriva dal rifiuto dell'etica nella medicina ma soprattutto dalla confusione di fondazione e prassi o, con altre parole, dalla supposizione che l'etica filosofica voglia già essere e voglia già garantire l'eticità della prassi medica. Bisognerà ammettere la necessità di riflessioni etiche e di una legislazione giuridica nella medicina, in considerazione del fatto che la coscienza promette anche un ancoraggio spirituale accanto a quello emotivo; ma essa non rappresenta affatto un'istanza sempre attendibile: per esempio non lo è nelle situazioni gravi e soprattutto non lo è nella programmazione a distanza, cioè nella valutazione dei pro e contro delle conseguenze future. Ma anche nel caso di decisioni che non sorpassano inaspettate e non devono essere prese in fretta, la conoscenza di posizioni e di argomentazioni eti-

che è un aiuto per il medico, così come per il paziente e i suoi parenti: “In tempi nei quali il cuore e il sentimento sono elevati a criterio di ciò che è bene, etico e religioso, dalla teologia scientifica e dalla filosofia, diventa necessario ricordare la banale esperienza” (Hegel).

Struttura dell’etica medica. L’etica nella medicina non può essere limitata solo al medico questa sarebbe etica del medico, essa interessa allo stesso modo anche il paziente e la società. L’etica del paziente e l’etica dei gruppi sociali si collegano all’etica del medico. In questa struttura relazionale, il rapporto fra medico e paziente detiene un significato senza dubbio di spicco. Ogni centro di questo triangolo è riferito agli altri centri e contemporaneamente a se stesso: il paziente alla malattia e agli altri pazienti, il medico alla medicina e ai colleghi, la società ad altre società o a subunità sociali.

L’etica medica, poiché è questa struttura interna di tre centri e nove relazioni, dipende inoltre dalla condizione della medicina nella teoria e nella prassi, e viene influenzata da fattori ideali e materiali. Si evidenziano queste connessioni: l’etica del medico si riferisce al rapporto del medico con il malato, con la sua situazione sociale e individuale, fisica, psichica e spirituale, con il suo essere malato, con il suo soffrire e morire, e anche con i parenti e con gli amici del malato, con i colleghi, con la rappresentanza di categoria, con la medicina come scienza, e infine con lo Stato. L’etica medica ha trovato la sua espressione in diversi obblighi: obbligo di fornire spiegazioni e di rispettare il segreto professionale,

obbligo di prestare assistenza e cura, obbligo di rispettare e di proteggere l’integrità corporea e spirituale. L’etica del medico interessa la diagnosi, la prognosi, il concetto che il medico ha della malattia e la comprensione della malattia da parte del malato, la ricerca medica, la formazione e l’aggiornamento, il pagamento, il consulto e la pubblicità, il rapporto con l’organizzazione di categoria. I diversi valori e obblighi si sono riflessi in numerosi giuramenti dei medici e in dichiarazioni mediche; collisioni e concorrenza non sono escluse. La responsabilità della decisione non potrà però essere sottratta al singolo medico; accanto al dolore individuale per il paziente e al danno generale per la società, che potrebbero derivare da decisioni errate il medico deve anche pensare alle conseguenze giuridiche per se stesso.

La personalità del medico, il suo atteggiamento nei confronti dei limiti e delle possibilità tecniche della medicina, la sua comprensione della malattia e della terapia, il suo atteggiamento nei confronti della persona malata e della società caratterizzano le sue concezioni etiche e la sua prassi morale.

Allo stesso modo si possono differenziare gli aspetti etici del malato e della società. Oggi si tende a parlare più dei diritti che dei doveri del malato; nel passato si è sempre discusso anche dei doveri e delle virtù del malato. Al malato viene ascrivito il dovere di essere aperto nei confronti del medico, di osservare le sue proposte terapeutiche, di comportarsi rispettosamente nei confronti degli altri malati e delle persone sane, di voler in genere superare la sua malattia e di accettare la fonda-

mentale debolezza e limitatezza della vita umana. In tutti gli ambiti sono possibili sia il successo sia il fallimento. Secondo Spranger (1935) possono essere riconosciute al malato tanto le riserve etiche della natura umana quanto la fragilità della cultura, dietro la cui «facciata vive una cattiveria originaria».

Allo Stato è rimesso il controllo della formazione universitaria e della prassi medica; lo Stato svolge una funzione di protezione per il malato; ogni paziente deve fidarsi del fatto che egli nel medico incontra una persona con una preparazione scientifica. Lo Stato deve anche tutelare il medico da pretese illegittime e proteggere la sua autonomia. Gli Stati aderiscono anche ad accordi internazionali per il debellamento di malattie, come ad esempio per la lotta alle epidemie o per l'assistenza medica alle vittime di guerra. L'etica della società consiste nel rapporto morale degli amici, dei parenti, dei colleghi di lavoro e di altri gruppi sociali nei confronti del malato, del medico e in generale nei confronti della sofferenza, della malattia e della morte.

In questa struttura nazionale, l'etica medica è sempre connessa allo sviluppo della medicina, all'ampliamento del sapere medico, al miglioramento delle possibilità tecniche e all'introduzione di nuovi metodi diagnostico terapeutici. Il progresso della medicina ha prodotto nuovi problemi etici e al tempo stesso ha superato vecchi problemi. L'etica medica viene inoltre caratterizzata da una serie di presupposti socioculturali o material-ideali. Economia e politica influenzano le argomentazioni etiche e soprattutto l'applicazione dei prin-

cipi etici alla prassi. Il collegamento con la filosofia è essenziale. Resta sempre da esaminare quale specifica dipendenza, filosofica, giuridica e anche teologica, abbiano determinate concezioni ed esigenze eticomediche. Bisogna considerare anche gli influssi che provengono dalle arti e dalla letteratura, dalle immagini del paziente e del medico, della malattia e della guarigione che esse offrono. Al contrario, nella medicina si presentano altrettanto di continuo problemi etici che non sono stati previsti o sono stati considerati solo in modo insufficiente dalla filosofia, dalla giurisprudenza e dalla teologia. La realtà medica ha dato all'etica filosofica impulsi essenziali sin dall'antichità; l'analisi dell'operare medico, della decisione medica e dell'intervento medico può aiutare a chiarire la natura di ciò che è etico. Le disposizioni giuridiche, dal canto loro, vengono sviluppate in generale solo successivamente e sono per lo più reazioni a situazioni nuove.

L'etica medica sta acquistando una considerazione sempre maggiore nella nostra società. Parallelamente, cresce anche l'interesse per il modo in cui viene insegnata nel corso degli studi di medicina. Le concezioni relative alle possibilità e ai limiti dell'insegnamento e dell'apprendimento dell'etica medica sono diverse e contrastanti.

Per il lungo periodo, che si estende dall'antichità fino al XIX secolo, l'etica e la filosofia generale costituivano una parte integrante della formazione medica. Per secoli lo studio delle sette "Arti liberali", prima di affrontare la medicina vera e propria, ha garantito la formazione dei medici

nelle scienze umane e in quelle della natura. Solo quando la medicina, nel secolo scorso, ha adottato un orientamento positivistico e naturalistico, lo studio della medicina è stato privato di queste dimensioni. Più di recente, dopo la seconda guerra mondiale, si è cercato di ridare spazio a questa parte della formazione, introducendo lo studio obbligatorio della storia della medicina.

Alla esigenza dei nostri giorni di introdurre nel curriculum l'etica medica le facoltà di medicina della Germania hanno dato risposte molto diverse. Da un'inchiesta risulta che l'offerta di corsi di etica è salita da 41 corsi in 17 facoltà nell'anno accademico 1977/78 a 111 in 25 facoltà nel 1986/87. Nel 1987 è stata fondata l'"Accademia per l'etica in medicina" ("Akademie für Ethik in der Medizin"), che ha formato un gruppo di lavoro sull'"Etica nella formazione e nell'aggiornamento delle professioni sanitarie", con pubblicazione di una propria rivista. Nel 1991 si è costituita anche un'"Associazione studentesca Etica in Medicina". Il numero delle riviste di etica medica, in Germania e in altri paesi, è considerevole. Sull'argomento si sono tenuti numerosi congressi e le pubblicazioni crescono continuamente di numero.

I contenuti dell'etica sono propriamente stabiliti dalla filosofia e dalla teologia.

L'etica in medicina non è un'etica particolare, bensì un'etica di particolari situazioni. Etica medica significa: etica del medico, etica del paziente ed etica dell'ambiente; non può limitarsi ad essere solo l'etica della professione medica. Non si può,

infatti, trascurare l'etica delle altre professioni sanitarie, come ad esempio le infermiere. L'etica del paziente e dei familiari, della società e dello Stato devono essere accordate con l'etica del medico e del personale infermieristico, benché in questa rete di relazioni al rapporto tra medico e paziente spetti un significato particolare. L'intero campo relazionale che chiamiamo "etica medica" può essere rappresentato come un triangolo, in cui ogni vertice si riferisce agli altri vertici e allo stesso tempo a se stesso: il paziente si riferisce alla malattia e agli altri pazienti, il medico alla medicina e ai suoi colleghi, le società ad altre società o a sottounità sociali. L'etica medica non subisce l'influenza solo di una quantità di fattori ideali e materiali, ma dipende essenzialmente anche dallo sviluppo della medicina, sia dal punto di vista teorico che pratico.

La fondazione e la realizzazione, ovvero la teoria e la prassi, dell'etica sono due cose diverse. Troppo spesso sorgono conflitti tra medici e filosofi per il motivo che queste dimensioni vengono sovrapposte. I medici attribuiscono ingiustamente ai filosofi l'idea che per avere una pratica medica più morale basti incrementare la riflessione sull'etica; i filosofi, da parte loro, mettono in discussione comportamenti morali dei medici, dei quali non sono state sviluppate le giustificazioni etiche. Il comportamento e la moralità, da una parte, e la giustificazione etica, dall'altra, devono essere distinti e messi in rapporto. Tra gli imperativi morali e la prassi passa la stessa differenza che esiste tra gli imperativi morali e la giustificazione etica: proclamare i doveri e le virtù non costituisce ancora una

giustificazione, né garantisce ancora che siano tradotte in pratica. La coscienza contiene, accanto al suo contenuto intellettuale, anche una dimensione emotiva; ma è ben noto che non costituisce sempre un'istanza affidabile per un comportamento morale.

Un particolare significato ha il rapporto dell'etica medica con il diritto, la psicologia, la sociologia e la biologia. Tali rapporti sono importanti sia dal punto di vista teorico che operativo. Il diritto e l'etica si sovrappongono, ma non sono identici; divergono sia nel valore che il soggetto attribuisce loro, sia nel modo in cui vengono oggettivamente messi in pratica. Si ricade sempre in unilaterali di tipo naturalistico, psicologico e sociologico, vale a dire si finisce col trascurare l'autonomia morale dell'uomo rispetto a qualsiasi dipendenza, per quanto importante, dai presupposti biologici, psichici e sociali del comportamento.

In armonia con questa concezione di etica medica o piuttosto, come molti preferiscono dire, di "etica in medicina" e con la situazione effettiva del curriculum degli studi medici, si è ritenuto opportuno suddividere la formazione in tre fasi: un corso di base nel primo semestre preclinico, dedicato alla storia e alla struttura dell'etica medica; un seminario sull'etica del paziente durante gli studi clinici; una giornata di studio sull'etica medica delle discipline naturalistiche mediche per studenti di tutti i semestri.

Il corso di base per studenti del primo semestre preclinico ha per oggetto la storia e la struttura dell'etica medi-

ca. In questo corso gli studenti vengono familiarizzati con le tappe storiche e le posizioni essenziali della disciplina, dalla antichità al Medioevo, fino all'epoca presente. Contenuto del corso sono anche le dimensioni sistematiche e teoriche centrali dell'etica comportamento, costume, moralità, giustificazione morale, con riferimento alla medicina.

In Germania questo corso può essere offerto nei diversi istituti di storia della medicina. Di fatto, così avviene nella maggior parte dei casi. A Lübeck questo corso fondamentale viene offerto fin dal 1983 nel semestre invernale. Molti sono gli studenti di medicina che lo frequentano ed è importante lo stretto collegamento con la medicina legale e il diritto, così come con la filosofia e la teologia.

Il seminario sull'etica del paziente per gli studenti dei semestri clinici è finalizzato a richiamare l'attenzione sui problemi etici dei singoli pazienti e delle loro malattie, e discuterne eventualmente con loro e con i familiari. In questo seminario l'interesse non va tanto alle riflessioni di etica teoretica, quanto piuttosto all'esercizio pratico che abitua a percepire i conflitti esistenti e gli specifici orientamenti ai valori dei pazienti, dei loro familiari e dei medici, al modo empatico razionale con cui tali valori vengono gestiti e alla comunicazione degli orientamenti ai valori tra le parti in causa, in modo da far emergere le preferenze.

La responsabilità del seminario con il paziente è affidata alla disciplina medica competente per la malattia del paziente che viene presentato. In

questi seminari vengono coinvolti anche storici della medicina giuristi, filosofi e teologi.

Durante la giornata di studio sull'etica medica per gli studenti di tutti i semestri vengono presentati una volta al semestre, nel corso di una giornata, gli aspetti etici delle discipline centrali, tanto dell'ambito pre-clinico che clinico sia nella ricerca che nella terapia. Si sviluppa poi una discussione tra tutti gli studenti e i docenti.

Anche qui i cultori delle scienze naturali e mediche devono stabilire contatti con giuristi, filosofi e teologi per le tematiche relative a etica e diritto, fondazione filosofica e prassi morale, nonché etica e fede.

La formazione in etica medica dovrebbe essere obbligatoria per tutti gli studenti di medicina. I contenuti ritenuti necessari devono essere introdotti nell'insegnamento. Secondo un principio fondamentale della pedagogia, gli obblighi imposti dall'esterno possono essere trasformati in motivazione interiore. Si deve richiedere agli studenti di medicina di partecipare a due o tre iniziative di etica medica nel corso del loro curriculum di studi. Alla partecipazione deve essere abbinato un lavoro scritto: relazione nell'ambiente del corso di base o del seminario pratico, ovvero resoconti delle conferenze delle giornate di studio.

L'introduzione di nuovo materiale di studio nella facoltà di medicina deve fare i conti con il problema costituito dal fatto che il corso di studi in medicina è già troppo carico. Ciò vale anche per l'etica medica. Bisogna trovare il modo di equilibrare il curriculum degli studi, altrimenti

non sarebbe responsabile ampliarlo ulteriormente. Una via potrebbe essere quella di integrare lo studio dell'etica con quello della psicologia e della sociologia, che in Gennania sono già discipline obbligatorie. O forse si può pensare a concentrazioni in altri momenti del piano di studi. La triade costituita dal Corso fondamentale (due ore), dal Seminario pratico (due ore) e dalla Giornata di studio sull'etica medica (un giorno) potrebbe armonizzare le iniziative di etica medica con il quadro esistente degli studi medici.

La formazione in etica medica degli studenti di medicina dovrebbe essere costituita dall'unione di teoria e prassi, di esempio morale e di giustificazione etica, di esperienze storiche e di analisi del presente. La formazione etica non produce necessariamente un comportamento morale, ma vi contribuisce.

Nel disegnare la formazione in etica medica bisognerebbe evitare alternative inappropriate. Riflessioni esplicite di etica prima di un con tatto con il paziente sono altrettanto importanti quanto la trasmissione implicita dell'etica nelle lezioni di medicina; l'esempio della pratica clinica quotidiana ha senza dubbio una grande importanza, così come è importante la propria esperienza, l'osservazione quotidiana del malato, dei suoi comportamenti e dei suoi valori. Anche i presupposti individuali e la situazione socio culturale, infine, esercitano una grande influenza. È decisivo confrontarsi con questi problemi nel corso dei propri studi di medicina: in modo teorico e possibilmente anche pratico.

L'etica in medicina non va da sé. Gli studi universitari dovrebbero pre-

parare gli studenti di medicina a questa dimensione centrale della propria attività medica futura. L'etica medica si può inseguire; e la si può comunicare agli altri vivendola.

Conclusione

Ethos ed etica sono in intima connessione, l'ethos come rapporto stabilito e l'etica come riflessione e fondazione teorica. L'etica diventa sempre necessaria se il comportamento degli uomini non si comprende più a partire da se stesso. L'etica medica ha accompagnato la storia della medicina dal suo inizio fino al giorno d'oggi: l'etica medica nei suoi tre centri: medico, malato e società, l'etica medica nella sua dipendenza dalla filosofia e dai rapporti sociali. Lo sviluppo della medicina, il mutamento della consapevolezza umana, i cambiamenti della società hanno prodotto continuamente nuove situazioni che richiedevano soluzioni nuove.

L'Illuminismo ha definito l'uomo, in quanto per sua essenza indirizzato alla cultura e bisognoso di essa, un «rammollito della natura». Istituzioni, leggi e Stato sono necessari per conservare l'esistenza e la dignità dell'uomo; queste condizioni della cultura possono diventare una seconda natura, cioè una realtà in cui gli uomini si sentano a proprio agio e si sappiano sostenuti e protetti. Il contrario è altrettanto possibile.

La prassi morale presuppone una fondazione etica. Virtù e doveri del medico, del paziente e della società hanno un fondamento normativo. I valori possono essere noti e anche riconosciuti, ma come tali non sono ancora resi comprensibili nella loro legittimità o necessità.

Le riflessioni etiche o i tentativi di

fondazione etica continueranno a mostrarsi necessari, secondo l'osservazione di Aristotele, tuttora valida, che il concetto di giusto vale al suo tempo in qualità di uso e di regolamento, ma non per natura. Questa fondazione filosofica, perché ciò intende qui Aristotele con «natura», per la medicina è tanto necessaria quanto d'aiuto. In questo contesto bisogna però richiamare continuamente anche la differenza fra fondazione e prassi; le deduzioni filosofiche non comportano in alcun modo una realtà a esse corrispondente. Del resto vi è una tradizione filosofica nella medicina stessa, la filosofia non è da paragonare alla filosofia accademica.

Accanto alla fondazione, perciò, deve valere soprattutto l'attenzione per l'applicazione pratica dell'etica nella medicina. Questa ha luogo nella formazione universitaria del medico e mediante l'esempio dei colleghi nella prassi, ma ha anche i suoi presupposti già nell'educazione scolastica e nella formazione generale.

Lo studio della medicina può a tal riguardo essere ancora notevolmente migliorato, mediante lezioni, mediante seminari, mediante la partecipazione attiva degli studenti di medicina, in forma scritta e orale, a queste manifestazioni. Le richieste, ripetutamente avanzate, di offrire lezioni specifiche di etica medica non hanno avuto finora alcun successo. Nelle attuali discussioni sulla riforma dello studio di medicina si profilano nuovi sviluppi.

Secondo una raccomandazione della conferenza del ministro della Sanità del 20 novembre 1986 a Berlino, «le questioni dell'etica nella medicina devono trovare un maggio-

re accesso e una maggiore considerazione nell'offerta complessiva di lezioni per la formazione, il perfezionamento e la specializzazione dei medici".

Una cattedra per l'etica medica esiste finora solo all'estero, come ad esempio nella vicina Olanda e viene perseguito un progetto in questa direzione solo a Tubinga e Berlino.

A Bochum esiste dal 1985 un «Centro per l'etica medica». Negli Stati Uniti l'offerta di corsi obbligatori e facoltativi di etica medica è molto vasta. All'ampliamento e all'applicazione servono anche le risoluzioni delle organizzazioni nazionali e internazionali Helsinki (1964) e Tokio (1975), l'impegno a diversi livelli delle commissioni etiche cliniche, facoltà, camere dei medici, istituzioni per l'incentivazione della ricerca, industrie, gli obblighi delle singole discipline mediche, i giuramenti e gli impegni alla fine dello studio.

Ulteriori impulsi provengono dalle rispettive accademie e società; gli scopi dell'«Accademia per l'etica nella medicina», fondata nel 1987 nella Repubblica Federale sono siti soprattutto nella «rielaborazione scientifica e nella mediazione dell'etica nella medicina».

Negli anni scorsi sono apparse all'estero e in patria numerose riviste specializzate per la teoria e l'etica nella medicina; vengono continuamente tenuti congressi e simposi sulle questioni etiche.

Per la prassi resta sempre necessario il controllo giuridico.

Devono essere continuamente elaborate nuove leggi che servano a difesa del paziente e, al tempo stesso, non ostacolino il necessario progres-

so della medicina, che deve esso stesso servire al paziente. L'autonomia del paziente deve essere portata al pari livello dell'autonomia del medico e delle esigenze della società.

L'etica medica può essere interpretata come una sorta di divisione dei poteri di queste tre posizioni o centri.

Il cambiamento della storia pone in conclusione la domanda sulla durata. Abbiamo bisogno di una nuova etica medica? Sembrano certamente necessarie di continuo nuove applicazioni, nuove trasposizioni nella prassi, nuove regolamentazioni giuridiche, ma nel nucleo non sembra necessaria una nuova etica. Numerosi principi del passato non hanno perso di validità.

Nella realtà si devono trovare o adottare integrazioni. Bisogna completare lo sguardo sul presente con lo sguardo sul futuro. È essenziale, in considerazione delle diverse confessioni religiose e delle divergenti convinzioni politiche, la ricerca di un convincente consenso minimo dell'etica medica. Gli ideali passati possono offrire incentivi; l'atteggiamento nei confronti della salute, della malattia, della sofferenza e della morte richiede di continuo un nuovo riesame.

La medicina umana collega le scienze della natura con le scienze dello spirito, espleta il compito terapeutico con la prevenzione, la cura e la riabilitazione, ma intende come suoi compiti anche l'assistere il paziente e lo stargli a fianco, l'accettazione umana della malattia, della sofferenza e della morte.

Il modo in cui viene realizzata l'etica nella medicina costituisce un'espressione essenziale della cultura.

Chiarimenti al capezzale fra informazioni e verità

Premesse – Nessi causali

La necessità di informare il malato riveste nel campo della medicina un'importanza fondamentale, riconosciuta e osservata non soltanto nella nostra epoca. Il concetto di "Informed Consent", coniato nel 1957, era ben noto già nell'antichità, almeno per quanto ne concerne il significato. L'opinione corrente, secondo la quale all'antico paternalismo sia subentrato il rapporto di partnership, non coincide, per vari motivi, con la verità storica. In passato veniva presupposta l'esigenza di informare il malato, ed il medico socialmente non era in ogni caso preposto ai propri pazienti, giacché venivano distinti i rapporti di simmetria e asimmetria antropologici e quelli di carattere etico-legale, e si riconoscevano caratteristiche specifiche al rapporto tra medico e paziente, secondo le varie situazioni diagnostico-terapeutiche. Negli ultimi decenni si rileva, inoltre, una maggiore diffusione della consapevolezza di quanto sia importante fare piena luce o in ogni caso informare sulla malattia, con tutte le conseguenze pratiche che ne derivano per il rapporto utenti-tecnici della salute.

L'intento dichiarato di informare assume forme e significati diversi, dalla semplice comunicazione riguardante la diagnosi sino all'espressione di vera solidarietà, atta ad

affrontare la situazione creatasi con la rivelazione della verità. Il chiarimento da fornire al paziente s'inserisce in un dialogo pluridimensionale che si basa su dati soggettivi ed oggettivi. La diagnosi e la terapia comportano esigenze specifiche da osservare a livello di chiarimento ed informazione, tenendo conto che esigenze analoghe vanno rispettate anche nei settori della prevenzione e della riabilitazione; va tenuto conto anche delle particolari esigenze che in materia si presentano, ovviamente, nel campo della ricerca medica. Ai concetti di chiarimento ed informazione si associano accezioni ed aspetti caratteristici. L'informazione medica mira sostanzialmente ad ottenere il consenso. Dai chiarimenti medici da fornire agli interessati potranno inoltre affiorare nuovi spunti per una migliore comprensione delle informazioni mediche, sia nelle varie discipline scientifiche sia nella vita quotidiana.

Nel contesto dell'argomento considerato, va attribuita importanza fondamentale al rapporto tra concetto di malattia e obiettivo terapeutico, da un lato, e rapporto medico-paziente dall'altro. Se considerassimo la malattia come un guasto ad una macchina, la semplice riparazione assumerebbe la valenza d'obiettivo terapeutico ed il rapporto sarebbe quello di un meccanico con il meccanismo da rimettere in funzione, rendendo

*Diritti
e doveri
di medici,
malati e loro
familiari
in un rapporto
complesso
che dopo secoli
è approdato
al consenso
informato*

superfluo l'intento di informare l'interessato e quello di ottenere il suo consenso. Il male inteso invece come sofferenza di una persona dotata di parola, conscia dei rapporti con gli altri, ci impone di configurare la terapia ed il rapporto di comune accordo con l'interessato, e di conseguenza anche il modo in cui è fatta luce sulla verità diagnostica, rispettandone l'interezza e la personalità umana.

L'intento di far luce sulle conseguenze di un male non è fine a se stesso, rispecchia piuttosto ciò che è la verità a livello di società e di cultura, ciò che sono gli atteggiamenti del paziente, del medico, dei familiari nell'affrontare il male, le sofferenze, il dolore, avvalendosi delle più diffuse forme di comunicazione. Le varie epoche, le culture influenzarono i termini, i modi a cui gli uomini ricorsero per comunicare su malattia e morte? Come può fare il morente, quali parole sente di voler usare per comunicare con coloro che continuano a vivere? Il rapporto ed il dialogo umani fanno riferimento – anche in medicina – ad ambedue le parti. Kafka dice in merito: “Il malato si sente abbandonato da chi è sano, così come la persona sana si sente abbandonata dal malato” (a Milena Jesenska, 6.8.1920).

La retrospettiva storica può giovare al presente, ma anche al futuro. La misura del livello d'umanità, dice Karl Jaspers, è la fondatezza della memoria. Continueranno le controversie, la molteplicità delle opinioni che si evolsero nella storia della medicina. Il benessere e la volontà del malato – “salus et voluntas aegroti suprema lex” – creano contrasti sentiti sin dall'antichità, e che, se

considerati in un'ottica umana, non saranno mai del tutto superati.

Antichità

Nelle epoche antiche, le opinioni diffuse su informazione e consenso ci si presentano tutt'altro che univoche. In generale, la medicina considera il benessere (salus) del malato come valore supremo, mentre filosofia e giurisprudenza pongono al primo posto la volontà (voluntas) dell'individuo.

Il celebre giuramento d'Ippocrate, risalente ai secoli IV-V avanti Cristo, non parla dei chiarimenti da dare al malato, bensì della riservatezza che il medico è tenuto ad osservare, in senso tradizionale, nel contempo religioso, e non secondo criteri giuridici che sono analoghi a quelli adottati dall'epoca moderna. “Tutto quello che durante la cura ed anche all'infuori di essa avrò visto e avrò ascoltato sulla vita comune delle persone e che non dovrà essere divulgato, tacerò come sacra cosa”. I valori etici possono assumere tratti caratteristici, secondo il Paese e l'area geografica. Fondamentalmente, il giuramento contempla il benessere del malato, la cui vita è dichiarata sacra, in una prospettiva sopra-individuale.

Per i medici osservanti, gli insegnamenti ippocratici di informare il malato non costituiscono un valore assoluto. Nello scritto *Comportamento dignitoso* troviamo la richiesta, rivolta al medico, di contenere le informazioni che saranno date al malato, in particolare per quanto attiene gli aspetti prognostici. “Ove è incoraggiato, con dedizione e rispetto, senza rivelare nei suoi confronti ciò che lo aspetta o il presente. Molti

si sentiranno spinti a compiere il peggio, qualora il medico non taccia lo stato attuale e gli esiti prevedibili”.

La medicina ippocratica chiede tuttavia collaborazione al malato. I valori etici affermatasi nell'antichità non fanno riferimento soltanto al medico, non si basano su una semplice etica del medico, sono anzi rivolti al malato ed alla società nella sua interezza. Vi corrispondono i concetti ippocratici cui s'ispira la medicina: “L'arte ha tre momenti: la malattia, il malato e il medico. Il medico è il ministro dell'arte: si opponga al male il malato insieme con il medico”. (Epidemie).

Platone e Aristotele, invece, discostandosi dai dettami del giuramento ippocratico, si battono in favore del chiarimento da fornire per ottenere il consenso del malato. Al medico degli schiavi che impartisce i suoi ordini a mo' di dittatore, è contrapposto, da parte dei filosofi, il medico che cura le persone libere, spiega la terapia prevista, coinvolge nel processo consultivo i familiari, per iniziare le cure soltanto quando il malato avrà dichiarato il proprio consenso. “Il medico libero cura solitamente le malattie dei liberi e le osserva; ne ricerca le origini, e discutendone con il malato e con gli amici del malato, non soltanto apprende cose nuove, ma istruisce, nei limiti delle proprie nozioni, il paziente stesso che a qualsiasi tipo di prescrizione dovrà in anticipo acconsentire”. (Platone, *Nomoi*)

La sensibilità per salute, malattia e morte è l'elemento che caratterizza il programma terapeutico e lo stile del rapporto tra medico e paziente, in

particolare modo in presenza di prognosi infausta. Nello scritto di Ippocrate *Dell'Arte*, l'obiettivo terapeutico fondamentale è così definito: “Liberare i malati dalle sofferenze e contenere la violenza delle malattie, e non curare chi è ormai sopraffatto dal male, sapendo che questo la medicina non può farlo”. Sono richieste riservatezza e moderazione nei contatti con i morenti, tenendo conto dei limiti della medicina, ma anche per rispetto psicologico, non disgiunto dalla consapevolezza dell'assurdità della morte.

L'argomento delle informazioni da diffondere nel campo della ricerca medica è del tutto estraneo al pensiero dell'antichità, anche perché la ricerca in senso moderno non esisteva, e se esisteva, si trattava di primi singoli tentativi d'approccio. Da alcuni medici ellenici sappiamo che condussero ricerche su soggetti vivi, delinquenti considerati rappresentanti del male, e quindi privi di valore a fronte del beneficio per l'umanità intera.

Medioevo

L'idea delle sette virtù (fede, amore, speranza, saggezza, giustizia, coraggio, modestia) determina nel medioevo non soltanto il rapporto tra medico e malato, ma anche il rapporto con la malattia, i comportamenti del malato e dei familiari nei confronti del male e della morte. Emerge il principio delle opere di carità, tra cui si annoverano i doveri di “fare visita al malato” e di “assistere il morente”.

La malattia e la morte, la verità che vi è implicita assumono in quell'epoca un senso complessivo, de-

sunto dagli aspetti fisici, sociali, psichici, spirituali. Su tale sfondo, la vita di Hildegard von Bingen, badessa e medico, assillata da frequenti mali è definita “morire prezioso” dal biografo dell’epoca.

Informare il malato, in particolare il morente, accompagnarne nel suo cammino, sono comportamenti considerati doveri ideali, vincolanti in modo pressoché assoluto. Ogni essere umano ha il diritto di dire addio al mondo terreno e va aiutato quando giunge il momento di prepararsi per passare all’aldilà. L’atto di informare, di far luce sulla portata del male che affligge il malato è parte integrante dell’arte di morire (“ars moriendi”), inscindibile dall’autentica arte di vita (“ars vivendi”). “Dum vivimus, moriendum est, ne moriamur, quando morimur”. Prepariamoci, durante la nostra vita, a morire, perché non sia autentica morte quando moriamo, recita un’iscrizione sull’altare di Bordesholm (oggi nel duomo della città di Schleswig). La morte improvvisa ed imprevista (“mors repentina et imprevisa”), sospirata dagli uomini dell’epoca moderna, è considerata evento funesto, morte brutta, contro la quale Dio protegga l’uomo (“ab improvisa morte libera nos, Domine”).

Salute e malattia sono riferite alla storia della salvezza. Il paradiso (“constitutio”), la vita terrena (“destitutio”), la resurrezione (“restitutio”) costituiscono le epoche della storia che il singolo vive in modi diversi, nel passaggio dalle condizioni di normalità allo stato morbosissimo, nel ritorno dal male al benessere. Il rapporto tra medico e paziente, di conseguenza, è sentito come fatto di

fondamentale importanza in un’epoca in cui ogni malato evoca la “Passio Christi”, ogni medico il “Christus Medicus”. Misericordia e amore (“misericordia e “caritas”) costituiscono valori basilari, osservati da medici, familiari e dalla società intera, giacché ne determinano gli atteggiamenti nei confronti dei malati e dei morenti. Il teologo Origene esige che il medico s’immedesima fisicamente e psichicamente nella sofferenza del malato, postulando un grado d’identificazione che esula da ogni tradizionale senso d’empatia: ammalarsi insieme al malato, piangere con chi piange (“infirmari cum infirmante, flere cum flente”). Accompagnare il morente nel suo ultimo cammino diventa opera spirituale della misericordia.

La verità implicita ai chiarimenti forniti, secondo le vedute medievali, non può essere riferita soltanto alla diagnostica ed alla terapia, oppure a singole situazioni della vita, poiché essa assume significato escatologico. La malattia e la morte fanno parte della “destitutio” della vita terrena, perciò l’atto di comunicare le conseguenze del male è inscindibile dalla consapevolezza di queste condizioni fondamentali della vita stessa, e va associato alla promessa di resurrezione, di “restitutio”. In certe situazioni, tacere la verità è un gesto di misericordia.

Dare informazioni e chiarimenti non è, tuttavia, un dovere etico che spetta soltanto al medico. I dettami dell’etica sono vincolanti per tutti gli uomini, come anche per i malati. Attribuire soltanto doveri ai medici, e null’altro che diritti ai malati, sarebbe ingiusto. Fondamentalmen-

te, diritti, doveri e virtù sono propri a medici, malati e familiari. Nel secolo VII, il teologo Isidoro di Siviglia postula esplicitamente che il principio della verità nei confronti della malattia sia rispettato anche dal malato. “I malati non hanno il diritto di sentirsi superiori ai sani ed a chi lavora. Nessuno ha il diritto di nascondere un autentico male fisico, né di simularne uno inesistente. Chi è in grado di lavorare, ringrazi il Signore e lavori; chi non è capace di lavorare, palesi il proprio male con gli altri, affinché sia trattato in modo umano” (*regola monacale*).

Chiarimento medico e consenso del paziente ricorrono tra gli argomenti della letteratura e delle arti di quell'epoca. L'Annunciazione a Maria è uno dei temi essenziali dell'arte e della letteratura. Ne “Il povero Enrico” (*Der arme Heinrich, ca. 1200*) di Hartmann von Aue è descritto il trapianto di un organo, tuttavia mai compiuto, dato che l'Enrico lebbroso rinuncia. Alla fanciulla, disposta a sacrificare il proprio cuore per il cavaliere, l'intervento è spiegato dal medico salernitano, il quale si assicura così del suo consenso: “Se morirai, sacrificandoti non interamente per tua libera volontà, tu giovane creatura sarai morta, senza che noi ne potremo trarre beneficio alcuno! Rivela quindi a me, in che modo sei giunta a prendere la tua decisione. E io ti dirò che ne sarà di te”. Il medico ritiene dunque che dai motivi esposti si possano trarre conclusioni in merito alla decisione, se fu presa per libera volontà, o no.

La questione dei chiarimenti da dare al malato è sollevata, nel campo della medicina, anche in altre culture

e religioni, in particolare durante il medioevo nel mondo arabo. Maimonide, filosofo e medico ebreo, afferma attorno al 1200: “La medicina indica ciò che è utile e mette in guardia da ciò che è nocivo, senza imporre però ciò che è utile e senza punire chi abusa di quanto fa male”. L'informazione data va quindi accolta e compresa, tuttavia, chi non rispetta i consigli sarà in ogni modo curato dal medico.

Età moderna

Il concetto di secolarizzazione diffusosi nell'epoca moderna trasforma gli ideali del paradiso: la giovinezza eterna, la bellezza, la vita risultano assorbite dai nuovi valori di tipo secolare. La medicina è chiamata a soddisfare tali ideali nell'aldiquà. L'orizzontale religiosa della resurrezione si trasforma in verticale della vita terrestre. I mutamenti ed il progresso tecnico-scientifico della medicina, a cui nessuno è disposto a rinunciare, privano la malattia, la sofferenza, la morte del significato ideale che avevano per la vita. Le conseguenze sono i profondi rivolgimenti che investono sia le concezioni di salute e malattia, di nascita e morte, sia gli obiettivi terapeutici ed il rapporto medico-paziente, creando vedute completamente nuove di come mettere al corrente il malato ed il morente.

Tommaso Moro e Francesco Bacon giustificano invece, nei loro scritti utopici dell'epoca rinascimentale, l'eutanasia attiva per opera di sacerdoti e funzionari statali, fermo restando l'obbligo di fare piena luce sulle conseguenze del male e di ottenere il consenso dell'interessato. “Coloro che si lasceranno convincere

mettono fine alla propria vita volontariamente astenendosi dall'assumere cibo, o sarà loro somministrato un narcotico mortale, affinché siano redenti. Chi non acconsente non sarà ucciso, e non per questo sarà curato con meno attenzione". (Moro, Utopia).

La precisa informazione su trattamento e conseguenze corrisponde anche ai fini di una migliore cultura generale. Con l'avvento dell'illuminismo s'iniziò a discutere di pregi e difetti insiti nell'intento di informare in modo complessivo nel campo della medicina. La celebre definizione di Kant, secondo il quale l'illuminismo è "la liberazione dell'uomo dallo stato volontario di minorità intellettuale" fu esplicitamente recepita dal medico Johann Karl Osterhausen nel suo scritto *Dell'illuminismo medico (1798)*: "La liberazione dell'uomo dallo stato volontario di minorità intellettuale, in merito alle cose che interessano il suo benessere fisico" rappresenta per lui un obiettivo importante. Illuminismo significa mediazione di sapere e propria responsabilità dell'individuo sano, del malato, del morente. Gli scritti rivolti al grosso pubblico servono a tale scopo. Il *Catechismo della salute, per l'uso nelle scuole e negli insegnamenti casalinghi (1794)* di Bernhard Christoph Faust ebbe molta fortuna all'epoca cosicché, fino al 1830, ne uscirono undici edizioni.

I medici dell'epoca sono convinti che conflitti e compromessi siano inevitabili. Spesso s'incontrano situazioni che rendono indispensabili le limitazioni, i compromessi.

L'esperienza insegna al medico Johann Christian Stark che "spesso il

malato si dispera nell'animo e nel corpo", qualora non gli si comunichi la verità (*Tentativo di separare politica veritiera e sbagliata dei medici, 1784*). Il medico è tenuto anche a rispettare la libertà del paziente che può sfociare nel rifiuto della verità ed infine nell'autodistruzione.

Il segreto professionale medico va tuttavia sospeso qualora ci siano pericoli per gli altri. In alcune situazioni appare giustificabile tacere la diagnosi e creare speranza infondata, perché, dice il medico Friedrich Hoffmann, chi vuole curare deve saper ingannare "Qui nescit simulare, nescit curare" (*Medicus politicus, 1738*).

In caso di malattie pericolose, Hoffmann suggerisce che i medici si avvalgano di messaggi "dai quali chi pone le domande non sia in grado di trarre conclusioni chiare" (*Medicus politicus, 1753*). Il medico è tenuto ad esaminare scrupolosamente il rapporto tra ciò che il paziente chiede realmente di sapere e ciò che sarà in grado di accettare. Non sempre è indicato informare sulla morte incombente.

Un esperto inglese d'etica della medicina, John Gregory, ritiene giustificabile tacere la verità nei confronti del paziente, ma non nei confronti dei familiari (*Observations of the duties and offices of the physician, 1772*).

In generale, i medici ci tengono a rilevare che la prognosi di morte non è sicura in senso temporale, che essa null'altro rappresenta che l'avvertenza di grave pericolo.

Medici, filosofi, ma anche scrittori si dedicano frequentemente al tema dell'informazione medica, spesso proponendo opinioni divergenti. Per

l'epoca classica si cita spesso Goethe che in *Divano occidentale-orientale* dice: "Per cosa sono infinitamente grato ad Allah? Per aver separato sofferenza e sapere. Disperato sarebbe ogni malato, se conoscesse il male tanto quanto il medico lo conosce". Ci mette in guardia anche il medico Christoph Wilhelm Hufeland: "Annunciare la morte significa dare la morte, e ciò non deve e non potrà giammai essere faccenda di chi s'impegna per portare ad ulteriore diffusione la vita". (*I rapporti del medico, 1806*).

Nell'Ottocento, il rapporto tra medici e consenso informato presenta una gran varietà d'aspetti. Il positivismo e di conseguenza l'oggettività scientifica influenzano la medicina e si ripercuotono sulle concezioni di malattia, terapia e rapporto medico-paziente. Il dovere di informare il paziente e il segreto medico vengono recepiti dal legislatore, in Francia con il *Code Civil*. Molti medici ritengono necessario informare soltanto gradualmente e in ogni caso contenere le informazioni soprattutto nei casi di esito fatale, anche nei confronti dei familiari. Lo studioso d'etica della medicina Maximilien Simon propone che siano altri, non i medici, ad informare sul carattere mortale del male, perché il morente non perda ogni speranza: "Dans la bouche du médecin les mêmes paroles sont un coup de foudre qui peut briser immédiatement la vie" (*Déontologie médicale, 1845*). Thomas Percival, studioso di filosofia morale medica, dice che è lecito tacere ed ingannare, e che l'inganno non è menzogna nei casi in cui giova al benessere dell'interessato, permettendogli di mantenere le ulti-

me speranze. (Code of medical ethics, 1803, 1827, 1849). Tale opinione è recepita dal codice etico della "American Medical Association".

Il medico nordamericano Worthington Hooker rileva invece esplicitamente la necessità che si informi il paziente, pur non associando tale richiesta all'idea del consenso autonomo (Physician and patient, 1849).

Non mancano nel campo della medicina i riferimenti ad esiti negativi, indotti dall'intento di fornire chiarimento completo. Il medico Theodor Billroth comunicò ad un ufficiale, distintosi per il gran coraggio dimostrato, la verità intera sul cancro che questi aveva: "Il malato si congedò sinceramente ringraziandomi, uscì dalla camera e senza esitare si gettò dalla finestra del corridoio al primo piano. Riportò ferite mortali e fu una fortuna se non uccise un assistente della clinica che in quel momento era passato sotto la finestra.". (n. A.V. Eiselsberg: *Cammino di un chirurgo, 1938*).

L'atto di informare, tuttavia, non deve compiersi a senso unico. Nell'Ottocento, anche il malato ha il dovere di informare sinceramente il suo medico. "Non soltanto al medico spettano doveri nei confronti dei malati, ma anche il malato è tenuto a adempiere i fondamentali doveri umani e quelli particolari del caso", dice il medico Christian Friedrich Nasse (*Della posizione dei medici nello Stato, 1823*). Il malato ha l'obbligo di informare in modo veritiero il medico, riguardo a tutte le sofferenze prodotte dal male contratto. Il malato è chiamato a riporre fiducia nel lavoro del medico e deve osservare la terapia proposta.

Nel secolo XX permane un gran

varietà di opinioni, avvengono mutamenti importanti e nascono iniziative nuove. Sono emanate nuove direttive ed istruzioni concernenti l'etica della ricerca medica, incentrate sull'esigenza fondamentale del consenso informato, analogamente a quelle da applicare a diagnosi e terapia normali. Nel 1900, il ministero prussiano dell'istruzione pubblica emana disposizioni ai rappresentanti delle cliniche statali ed a quelli degli ospedali pubblici, secondo le quali sono esplicitamente richiesti "l'informazione adeguata" ed "il consenso inequivocabile". Analogamente, nel 1932, il ministero germanico degli interni promulga *Directive per le cure sperimentali e per l'esecuzione d'esperimenti scientifici che coinvolgono soggetti umani*.

A smentita dei decreti emanati e in contrasto alle tendenze descritte, si perpetrarono, con il pretesto dell'esperimento medico, crudeltà inammissibili durante il Terzo Reich, di cui furono vittime sani e malati, costretti a subire senza che nessuno li avesse informati in merito alle inevitabili conseguenze. Va rilevato però anche, senza certo voler minimizzare quanto sopra esposto, che il mancato rispetto del consenso informato è un fenomeno che si osserva anche in altre dittature, e che talvolta ricorre persino in alcuni Paesi democratici. Il processo di Norimberga non soltanto condannò i crimini, ma fece anche nascere, in tutto il mondo, dichiarazioni concernenti gli esperimenti che coinvolgono soggetti umani.

Nel 1957 viene coniata la locuzione "informed consent" (sentenza giudiziaria Salgo v. Leland, Stanford, Jr. University Board of Trustees). Con le dichiarazioni di Helsinki (1964) e

di Tokio (1975), alle quali fanno seguito numerose dichiarazioni concernenti discipline mediche specialistiche, il consenso informato assurge a premessa irrinunciabile della ricerca che coinvolge soggetti umani, sani o malati.

Dimensioni – Situazioni

A livello d'informazione si distinguono varie dimensioni: diagnosi, cause, prognosi, terapia e conseguenze socio-psicologiche della malattia; ne conseguono le esigenze da rivolgere al rapporto tra medico e paziente, determinato anche da ulteriori importanti differenze: malattie acute, croniche, terminali; diagnosi comunicata con o senza possibili terapie; diagnosi rientrante nella consulenza genetica, nell'informazione del bambino malato, dell'adulto, di chi è malato psichicamente; diagnostica predittiva; informazione dei familiari; chiarimenti concernenti la ricerca medica.

La verità va distinta dalla precisione, la spiegazione dall'informazione e dai consigli medici; queste differenze influenzano in modo particolare il rapporto tra medico e paziente. Le informazioni, pur giuste, talvolta non bastano per soddisfare le esigenze indotte dalla situazione del malato, o del morente, né sono sufficienti per affrontare la *conditio humana*, inscindibile dalle sofferenze e dalla morte.

La richiesta di informazione va considerata con attenzione, per appurarne il vero significato. Dietro la domanda riguardante la diagnostica può esserci il quesito eziologico e dietro di questo al fondo quello prognostico. La conoscenza della malattia, per il malato, spesso non riveste

l'importanza che ha invece la questione della sopravvivenza. Spesso la richiesta d'informazione non è, in realtà, finalizzata soltanto ad ottenere informazioni tecniche; per contro, però, il silenzio non necessariamente significa il rifiuto di informare. Alla risposta evasiva si contrappone il silenzio eloquente. Compete al medico capire e soddisfare la richiesta d'informazione e verità del malato, fungendo da interlocutore diretto e perenne.

La verità, l'informazione nel campo della medicina fanno riferimento a filosofia, sociologia, psicologia, diritto. L'informazione medica rientra non soltanto in una categoria socio-psicologica, ma anche in quella delle questioni etiche. Le ragioni etiche partono da vari principi e valori. A livello internazionale sono oggi riconosciuti i seguenti fattori: beneficio (beneficence), prevenzione dell'effetto nocivo (non-maleficence), autonomia (autonomy) e giustizia (justice). Ai valori indicati aggiungiamo la dignità (dignità) e la virtù (virtue). L'autonomia rappresenta il criterio più importante su cui incentrare l'idea d'informare correttamente. La prevenzione dell'effetto nocivo ed il concetto di dignità talvolta impongono e giustificano limitazioni. Con una certa frequenza s'incorre in contrasti sui valori, in decisioni normative non conformi alle sopradette regole. L'etica indica quindi la strada del consenso di minima, anche in presenza d'orientamenti divergenti in merito all'interpretazione dei valori da rispettare.

L'etica della medicina rappresenta il fondamento filosofico del comportamento morale in questo campo; non è un'etica particolare, ma un'eti-

ca da applicare a situazioni particolari. Il rapporto tra principi etici e diritto si presenta complesso. L'etica non rientra nella sfera del diritto, tuttavia non può che fare riferimento alle leggi. Il diritto e l'etica costituiscono sfere intersecanti, ma non identiche, giacché si discostano l'una dall'altra a livello di validità soggettiva, e laddove si tratta di farne valere i dettami in senso oggettivo.

Oltre alle conclusioni errate di tipo naturalistico, spesso incorriamo in deduzioni sbagliate di ordine psicologo e sociologico, trascurando l'autonomia morale dell'uomo. Giustamente Kant rileva: "I principi empirici non sono ovunque adatti come fondamenti delle leggi umane". Per contro, ci appare incontestabile che le regole delle sopradette discipline vanno rispettate, mentre l'applicazione dei principi etici si attua nell'universo dei sentimenti, dei bisogni che s'inseriscono nella cornice delle condizioni socio-economiche.

Nella Repubblica federale, l'azione terapeutica svolta senza previo consenso informato, in base alla normativa vigente, è considerata lesione colposa, con una situazione di fatto che crea disagio e incomprensione tra i medici, convinti che in questo modo si trascuri l'indubbia motivazione umana che li anima nel loro operato. Informare e ottenere il consenso sono atteggiamenti che si evolvono nell'ambito di una particolare situazione sociale, e che richiedono capacità psicologiche e comunicative da parte non soltanto del medico, ma anche del paziente. Si tratta quindi di comportamenti facenti parte d'usi affermatasi nel corso dei secoli, costituenti precetti dell'etica di categoria. Informazione e consenso non garan-

tiscono già, e questo è un fatto spesso trascurato, un elevato livello etico, tanto meno nei casi in cui i due aspetti fanno riferimento a contenuti disumani e illegali. Per essere più precisi si dovrebbe quindi applicare il concetto di “moral and legal consent”.

Alla migliore comprensione dei concetti di illuminismo e informazione giovano senz'altro i testi e le interpretazioni che ricorrono nei campi della letteratura, della filosofia e della teologia. Dostoevskij, ne *L'idiota* (1868/69), porta Ippolito, affetto da malattia polmonare, a lamentarsi della “tagliante insensibilità e franchezza” con cui lo mettono al corrente sul suo male. In *Professor Bernhardt* di Schnitzler, i medici difendono la menzogna nei confronti del parroco: “Essa è spesso la parte più difficile e più nobile della nostra professione”. L'atto di informare comporta notevoli sollecitazioni sia per il medico sia per il malato. Nel romanzo *Addio alle armi* di Hemingway, il medico che ha informato Frederic Henry, riguardo alla morte della donna amata, dice a questi: “So che non si può dire nulla. Non le posso dire nulla”. Per il medico e scrittore Peter Bamm comunicare la morte imminente significa esiliare il morente “sull'isola dell'abbandono” (ex ovo, 1956). Jakob Böhme esorta a “morire varie morti, perché ti riesca bene l'ultima”, facendoci venir in mente Rilke che invoca: “Oh Signore, dai ad ognuno la sua morte. Quel morire, per uscire dalla vita in cui trovò amore, senso, miseria”.

Heidegger pretende di aver scritto per i medici la sua analisi della morte in *Essere e Tempo* (1927). Il postulato è quello di informare il morente che la morte arriva, non quello di

ingannarlo in merito alla gravità della situazione. Karl Jaspers, medico e filosofo, che nella sua filosofia attribuisce gran valore alla verità, chiede che il medico ricorra alla riservatezza, qualora il malato non soddisfi i requisiti necessari: “Hanno il diritto di conoscere la verità soltanto i malati capaci di sopportare il male e di gestirlo in modo ragionevole”. (*L'idea del medico ed il suo rinnovamento*, 1953). Secondo il teologo Helmut Thielicke, l'intento di informare il malato non va interpretato come “questione tattico-psicologica riferita alla decisione se dichiarare o tacere la verità, bensì come relazione, in particolare del medico, con la verità” (*Teologia*, 1955).

I giudizi espressi dai medici mantengono il loro carattere ambivalente, poiché dipendono dalla dimensione pertinente (diagnosi, eziologia, prognosi, terapia, conseguenze socio-psicologiche). Agli interventi che chiedono di tacere o di contenere la verità, si contrappongono coloro che si battono in favore di una maggiore sincerità. Il medico Albert Krecke si dichiara contrario a comunicare la verità in presenza di prognosi infau- sta: “In base alla mia lunga esperienza sono giunto alla convinzione che ad una persona realmente malata di cancro, non si debba in nessun caso comunicare la verità sulla natura del suo male” (*Del medico e dei suoi malati*, 1932). L'opinione è condivisa da Max Mikorey, in base, tuttavia, ad una conclusione errata di tipo naturalistico: “Laddove la natura stessa, giunta al punto morto della vita, tace e mentisce, il medico, in funzione di minister naturae, ha facoltà di dire la verità, smentendo le menzogne della natura, per distruggere l'incognito che la morte mante-

neva nei confronti del malato ad essa destinato? Suona paradossale, ma alle soglie della morte e dal punto di vista del medico ippocratico tacere e mentire significa dire la verità!" (*Il medico e le ultime cose*, 1955).

I medici che seguono gli orientamenti dell'antropologia e delle scienze umane, come Viktor von Weizsäcker, Karl Jaspers, Viktor Emil von Gebattel, Wolfram Siebeck si dichiarano invece a favore della "verità al capezzale", facendo però dipendere la misura dei chiarimenti da fornire dal rapporto personale ed esistenziale che intercorre tra medico e paziente. Alla fase simpatetica elementare di partecipazione, subentra inevitabilmente la fase neutrale dell'alienazione a livello di diagnostica e terapia, a cui segue una fase di partnership, di rapporto personale che fa infine riferimento al concetto di "verità al capezzale". Le informazioni fornite in assenza di una tale solida base nei rapporti, inevitabilmente, dice Jaspers, assumeranno tratti disumani: "Ora tacere diventa un atto colposo, come la parola espressa al di fuori d'ogni comunità di destino, in assenza d'ogni coscienza storica, in base quindi a ragioni meramente tecniche". Pure Eugen Ansohn, nel suo scritto di base su "Verità al capezzale del malato" (1965, 1978) esorta a prestare quegli aiuti al morente che gli permettano realmente di morire".

Tra i pazienti dell'epoca moderna sembra aumentare, rispetto al passato, il bisogno d'informazioni e chiarimenti, almeno per quanto risulta dalle indagini empiriche recentemente condotte. I pazienti spesso si lamentano di non essere stati informati, né puntualmente né in modo esauriente, mentre i medici, al con-

trario, sono convinti di aver informato adeguatamente e con la necessaria sensibilità.

Indipendentemente dai risultati dei sondaggi empirici svolti in merito al desiderio dei malati e dei morenti di essere informati a fondo, il singolo malato va in ogni caso posto al centro delle considerazioni. L'etica della medicina non è certo un prodotto statistico.

Il benessere e la volontà del malato sono i valori di riferimento: "Salus ex voluntate et voluntas pro salute". Spesso le scelte e le posizioni contrastanti si rivelano insensate. L'informazione medica deve corrispondere ad un'offerta a vari livelli, da collocare tra l'informazione limitata e quella completa, tenendo conto della situazione e della personalità del malato, e attuandola nei contatti e nei colloqui tra medico e paziente. Fino a quale gradino di questo processo giungere? È un quesito a cui fondamentalmente soltanto il malato e il morituro dovrebbero rispondere.

Prospettive

L'informazione è un impegno imprescindibile della medicina, centrale nel rapporto tra medico e paziente, inserito nello spettro tra informazione sulla diagnosi e solidarietà nella verità della situazione. La relazione tra medico e paziente, in funzione di un'adeguata concezione della verità comunicata, assume i tratti di un'unione di persone che Karl Jaspers descrive con queste parole: "Esistenza per esistenza, il fugace essere uomo insieme con gli altri, negli altri e in se stessi, creando la dignità e la libertà dell'essere riconosciute come misura". (*Filosofia*, 1932).

**CONVOCAZIONE
ASSEMBLEA ORDINARIA
ANNUALE**

15 DICEMBRE 2009

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI SASSARI

CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE

Gli iscritti sono convocati in Assemblea Ordinaria il giorno 13 dicembre 2009 alle ore 24.00 in prima convocazione e il giorno **15 dicembre 2009 alle ore 17,00 in seconda convocazione** a Sassari nella Sala Conferenze dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri in Via Cavour 71/b, piano terra.

Sarà discusso il seguente ordine del giorno:

1. Relazione del Presidente;
2. Bilancio di previsione anno 2010;
3. Acquisizione immobile per ampliamento sede;
4. Varie ed eventuali.

Si ricorda che l'Assemblea è valida in prima convocazione se è presente almeno un terzo degli iscritti e **in seconda convocazione con qualsiasi numero di partecipanti.**

E' consentita la delega che deve essere apposta in calce al presente avviso di convocazione da rimettere al delegato.

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

Nessun iscritto può essere investito di più di due deleghe.

IL PRESIDENTE



Il sottoscritto dott. delega a rappresentarlo
nell'Assemblea ordinaria dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri del giorno **15 dicembre 2009** il dott.

....., li

firma

Molti saranno i compiti e le questioni da affrontare nel futuro. I settori specifici e particolari richiedono nuovi approfondimenti analitici: l'informazione in pediatria, medicina del trapianto, medicina d'emergenza e psichiatria; i chiarimenti da dare prima di informare nel campo della medicina genetica; registrazione a verbale e documentazione delle informazioni comunicate; condizioni particolari dell'atto di informare in merito a ricerche mediche che coinvolgono soggetti umani; il diritto di rifiutare ogni tentativo di venir messo al corrente; la tutela dei dati e la tutela degli altri; e infine, l'informare sul male e sulle conseguenze inteso come argomento della formazione universitaria.

Confrontati con la realtà della vita moderna, con il progresso tecnico-scientifico, ci chiediamo infine, se non sia giunto il momento di elaborare un'etica nuova. I principi dell'etica, indubbiamente, non richiedono modifiche alcune, e la massima del-

l'etica di Kant rimarrà insuperata: "Agisci in modo da trattare l'uomo, così in te come negli altri, sempre anche come fine e non mai solo come mezzo".

Saranno invece irrinunciabili nuove applicazioni reali, normative nuove e, soprattutto, la disponibilità e la capacità d'ogni singolo di comportarsi in conformità ai principi sanciti.

Come informare adeguatamente il malato non è soltanto un argomento teorico, bensì in primo luogo argomento pratico, giacché palesa la misura in cui la medicina è integrata nella società e nella cultura. In una tale prospettiva, l'informazione medica diventa un elemento della generale solidarietà con le persone sofferenti, nella consapevolezza della fugacità della vita, dei limiti della medicina, ai sensi dell'aforisma di Ippocrate: "La vita è breve, l'arte è lunga".

Dietrich Von Engelhardt



*Al Presidente,
il Consiglio Direttivo dei Medici,
e degli Odontoiatri
pergono a tutti gli iscritti
i migliori auguri
di Buon Natale
e di un Sereno 2010*

4/La lezione di Dietrich Von Engelhardt

Principi e valori di bioetica sanità: allocazione delle risorse

Contesto

Le impressionanti, nuove possibilità scaturite dal progresso medico in atto sin dall'Ottocento nei settori della diagnostica e della terapia, hanno prodotto per i malati sostanziali benefici che in futuro, tuttavia, non sempre si potranno realizzare nella misura auspicabile. Lo sviluppo demografico, la maggiore aspettativa di vita, l'aumento dei costi, la mancanza di personale infermieristico, la scarsità di organi per i trapianti nonché i farmaci non sempre empiricamente sicuri, segnano i limiti della medicina non soltanto nei Paesi in via di sviluppo, ma anche in quelli europei, in Germania, Austria, Svizzera e Alto Adige.

L'allocazione delle risorse, intesa come attribuzione dei mezzi disponibili, costituisce pertanto la sfida primaria del presente, assumendo la valenza d'argomento sia economico sia etico. La suddivisione delle risorse della medicina richiede scelte aventi rilievo per i principi etici da applicare a diagnostica, terapia, cure e ricerca, da considerare non disgiuntamente dal rapporto medico-paziente, ai sensi dei concetti di salute e malattia affermatasi all'interno della società e nel mondo politico.

Principi e valori

L'etica medica, ossia l'etica nel settore della medicina non è un'etica

particolare, però, contemplando nascita, malattia e morte diventa un'etica delle situazioni particolari. L'etica nella medicina è soggetta all'immagine umana, alla concezione del mondo, inscindibile dai concetti antropologici.

Etica medica significa: etica del medico e del personale infermieristico, etica del paziente ed, infine, etica dell'ambiente. L'etica nella medicina non fa riferimento esclusivo al medico, non essendo nata dalle specifiche esigenze del medico, bensì da quelle complessive dei pazienti, dei familiari e della società nella sua interezza.

Per l'etica nella medicina riveste importanza fondamentale la distinzione tra queste tre dimensioni:

Etichetta – ethos - etica

- 1) Le norme di comportamento affermate (etichetta)
- 2) L'insieme delle abitudini e regole morali (ethos)
- 3) Il complesso di norme che riguardano i rapporti del medico (deontologia).
- 4) Motivazione etica (etica)
- 5) Diffusione dell'etica

L'ethos inteso come insieme di comportamenti e regole di vita morali dell'uomo va distinto dall'etichetta moralmente accettata e dall'etica che aiuta l'uomo a cogliere le motivazioni della propria azione.

Le scelte di politica sanitaria, la gerarchia degli interventi, le priorità e il ruolo dei medici

Indubbiamente le norme comportamentali (etichetta) concorrono alla diffusione di atteggiamenti morali nella medicina. Nella riflessione dei pazienti assume una particolare rilevanza la correttezza etica nel comportamento del medico e del personale infermieristico, mentre le ragioni dell'azione medica e le motivazioni teoriche diventano aspetti d'importanza secondaria.

Le norme ed i precetti morali (deontologia) non sono esattamente identici ai comportamenti più diffusi e moralmente accettati. La definizione dei doveri non crea automaticamente la motivazione, e non garantisce già che gli obblighi siano condotti ad effetto. La motivazione etica che fa riferimento alla teoria, analogamente al reale comportamento morale, non va limitata al giudizio morale, bensì orientata anche alle condizioni reali d'applicazione che, in tal contesto, costituiscono l'aspetto più importante.

“Predicare la morale è facile, il difficile è fondarla”, sono parole del filosofo Arthur Schopenhauer che ci rendono consci della differenza tra la prassi e la motivazione morali. Il detto può essere integrato con quest'affermazione di carattere fondamentale: “Applicare le norme della morale è ancora più difficile”. Moraleggiare non è riflessione etica, e fare il moralista non vuol dire certamente che si è capaci di fungere da studioso di filosofia morale. La Bibbia contiene norme morali, senza, tuttavia, fornire motivazioni, ed anche il ben noto giuramento di Ippocrate, documento dell'antichità, pur riportando le prime norme deontologiche non propone alcuna motivazione etica per i rapporti del medico con gli altri.

Le istituzioni, le leggi e le sanzioni giuridiche rivestono, invece, un ruolo decisivo per la diffusione dell'etica. A livello di medicina reale, la coscienza ed i principi etici hanno una diffusione troppo scarsa perché garantiscano la conformità morale dei comportamenti. L'ordinamento giuridico contempla un “livello etico minimo”, imponendo ai trasgressori il rispetto soltanto delle norme fondamentali, con sanzioni civili e penali. La legge disciplina, tuttavia, anche i comportamenti non aventi rilievo etico, perciò non ogni atto giuridicamente lecito è accettabile dal punto di vista etico.

Gli ambiti del diritto e dell'etica, pur intersecandosi, non sono perfettamente coincidenti.

L'accompagnamento psicologico e spirituale di un morente riveste un elevato valore etico, ma non è giuridicamente rivendicabile.

Le motivazioni che stanno alla base di comportamenti moralmente conformi, in altre parole i precetti ed i divieti possono incentrarsi su norme e valori diversi. In base al ben noto quartetto concettuale sviluppato dai bioetici americani ed affermatosi a livello mondiale, ai seguenti quattro principi va attribuita importanza fondamentale:

Principi della bioetica

- 1) Principio di beneficenza (beneficence)
- 2) Principio di non malevolenza (non-maleficence)
- 3) Principio del rispetto per l'autonomia (autonomy)
- 4) Principio di giustizia (justice)

I sopradetti principi permettono di valutare sia il comportamento del medico, sia quello dei pazienti e dei

loro famigliari. Chi è intenzionato ad osservare tali principi, si troverà tuttavia ad affrontare alcuni quesiti di ardua soluzione.

Il riconoscimento del principio d'equità non permette, tra l'altro, di operare una scelta inequivocabile sull'unico rene disponibile, da assegnare o ad una quarantatreenne, madre di quattro figli, oppure ad una studentessa di medicina di 21 anni d'età. Non è inoltre risolta la questione, se i mezzi e le prestazioni vadano erogati secondo il bisogno (equità distributiva), o in funzione del contributo individuale dell'interessato (equità commutativa).

Un altro fenomeno che ricorre con frequenza non indifferente è quello dell'interpretazione liberalistica della facoltà decisionale autonoma, mentre è richiesto, invece, un atteggiamento che risponda sia al requisito della libertà individuale (= gr. *autos*) sia a quello di una ragionevolezza generalmente accettata (= gr. *nomos*). I principi riferiti ai benefici ed alla prevenzione dei danni andrebbero rivisti, invece, considerando che ogni terapia produce anche effetti sfavorevoli. Va fatto sì, quindi, che i benefici prevalgano sui danni.

La tradizione europea e l'applicazione dei principi etici, ma anche l'esigenza di giungere ad un'equa allocazione impongono, del resto, l'integrazione del quartetto bioetico, con le norme ed i valori seguenti:

Virtù – dignità - solidarietà

- 1) Virtù (*virtue*)
- 2) Dignità (*dignity*)
- 3) Solidarietà (*solidarity*)

Il riparto asimmetrico dei doveri a carico del medico, e dei diritti a favore dei malati, che caratterizza la

nostra epoca, non costituisce certo una soluzione perfetta. Sia al medico sia al malato vanno attribuiti diritti e doveri, ed entrambi sono chiamati ad osservare i dettami di comportamento morale. Accanto all'etica dei principi, nel campo della medicina, assume particolare importanza l'etica delle virtù,

analogamente al comportamento morale che si affianca alla riflessione etica. Dalla virtù scaturisce la forza d'animo che ci permette di affrontare tutto ciò che ci si oppone, in conformità alla propria convinzione morale.

I concetti di virtù

- 1) Saggezza
- 2) Equità
- 3) Coraggio
- 4) Modestia
- 5) Fede
- 6) Amore
- 7) Speranza

Sono intramontabili le virtù classiche e quelle cristiane, che pur inserite in un'ottica attuale rimangono valide per il medico, il malato e i suoi famigliari.

Dignità significa riconoscere il prossimo, da rispettare ai sensi dell'invulnerabilità dell'individuo, e non come mezzo soggetto alla volontà altrui o a quella della società.

Il concetto di dignità può assumere vari significati:

Forme di dignità

La dignità dell'essere, nella gerarchia delle forme naturali
Dignità di rango all'interno della struttura sociale

- Dignità umana e culturale
- Dignità morale e religiosa
- Dignità relativa e assoluta

“La dignità dell’uomo è inviolabile” afferma il *Grundgesetz* (costituzione) della Germania. L’aspetto fondamentale della dignità umana è quello del decoro morale dell’uomo inteso come fine – trascendente-religioso, oppure illuminato-interiore.

L’interpretazione religiosa fa riferimento all’Antico Testamento (“Facciamo l’uomo a nostra immagine”, Genesi, 1, 26-27), mentre la comprensione interiore del concetto di dignità ci porta alle classiche parole di Kant: “Agisci in modo da trattare l’uomo, così in te come negli altri, sempre anche come fine e non mai solo come mezzo”.

I punti di vista deontologici e quelli teleologici dovrebbero integrarsi a vicenda nella medicina, analogamente all’etica dei principi che va a costituire un insieme con quella delle virtù. È impossibile pronosticare perfettamente le conseguenze dell’azione terapeutica, in altre parole, la responsabilità etica non è un’alternativa all’etica delle convinzioni e dei principi. Alle leggi morali, nel campo della medicina, come nella vita, si ricorre solitamente laddove si tratta di reagire alla situazione creatasi, e non tanto a livello di pianificazione, e neppure laddove si tratta di prevenire l’insorgere di una situazione sfavorevole.

La questione dell’allocazione richiama a quella della sensibilità nei confronti di malattia e salute, a cui sono direttamente correlati l’obiettivo terapeutico ed il rapporto medico-paziente. La malattia intesa come guasto ad un macchinario avvicina all’idea di terapia che ha come scopo una semplice riparazione tecnica, secondo l’idea che il rapporto tra medico e paziente null’altro sia che quello tra un meccanico e la macchina guasta. Del resto, in base ad una

tale logica risulta più agevole anche il calcolo dei costi. La malattia intesa invece come sofferenza di una persona, dotata di coscienza e rapporti sociali, ci porta ad inserire l’obiettivo terapeutico nell’insieme della vita sociale, individuale, spirituale, facendo sì che tra medico e paziente s’instauri un rapporto di carattere personale.

La salute e la malattia corrispondono a giudizi e valori esistenziali, cosicché, anche se percepiti come fatti reali, rimangono pur sempre soggetti alla valutazione umana.

Non è desumibile, pertanto, che sia stringente identificare “sano” con “positivo” e “malato” con “negativo”. Secondo l’Organizzazione Mondiale della Sanità, la salute è “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non una mera assenza di malattie o infermità”. Appare, tuttavia, ipotizzabile un concetto di salute che definisca sano chi sa convivere con la malattia, e chi, in particolare, accetta la morte.

Senza informazione e consenso del malato (“*informed consent*”) ogni intervento terapeutico – e pure l’azione diagnostica – rappresentano, secondo la legge vigente in Germania, una lesione personale. I chiarimenti da fornire ed il consenso del paziente si evolvono in una particolare situazione sociale, richiedono che medico e paziente agiscano a livello psicologico, secondo norme etiche della professione medica che, del resto, rispondono ad antichi costumi. Informazione e consenso non sono però sufficienti a garantire l’osservanza di un elevato livello etico, giacché anche nell’intervento disumano ed illegale si potrebbe pretendere di basarsi su tali requisiti.

L'adempimento dei dettami etici richiede, oltre all'informazione e al consenso, il rispetto dell'autonomia e della dignità del paziente, cosicché sembrerebbe più indicato parlare di "moral and legal informed consent".

Non è realizzabile la perfetta simmetria nel rapporto tra medico e paziente. Il paziente, come persona che si trova in grandi difficoltà di salute, non può essere equiparato al medico in veste di chi interviene in suo aiuto.

I caratteri di asimmetria non devono, però, né sostituire né far dimenticare l'originario rapporto di identità e simmetria tra medico e malato. L'inizio della terapia segna la fase in cui il paziente sposta autonomia verso il medico, fermo restando che a conclusione del trattamento il paziente potrà riprendere possesso di quanto delegato.

Il rapporto medico-paziente costituisce un complesso intreccio di fenomeni di asimmetria e simmetria, non riducibile ai livelli di paternalismo o di partnership, o di paziente in veste di comune utente. La presenza di fenomeni di asimmetria non significa già umiliazione o diversità di valore, bensì, semplicemente, che ci sono differenze di conoscenza, azione ed esperienza tra medico e malato. Medicina vuol dire: da un lato individuiamo una persona in difficoltà di salute (paziente) e, dall'altro, la persona che interviene in suo aiuto (medico). Il superamento delle sofferenze segna, talvolta, l'apice dell'essere uomo, non necessariamente raggiunto anche dal medico nella sua azione diagnostica e terapeutica.

Tipi e dimensione dell'allocazione

Allocazione è un concetto che ricorre nel lessico economico e che,

insinuatosi nel campo della medicina, chiama medici, pazienti, familiari e politici ad affrontare sfide non indifferenti: secondo quali criteri attribuire le risorse di un Paese al settore di diagnostica e terapia, alle cure delle persone degenti, alla ricerca, alle università?

Quali risparmi si potranno ottenere con l'ulteriore razionalizzazione? È meglio programmare i processi decisionali in base al sistema di mercato, o secondo i dettami del centralismo? È veramente inevitabile il razionamento?

La razionalizzazione, intesa come migliore sfruttamento e giusta limitazione, è economicamente necessaria, giuridicamente ed eticamente legittima, ma, tuttavia, palesemente insufficiente, seppure ovunque perseguita. All'aumento dell'efficienza si contrappone il limite dei fatti. Definire l'ordine delle priorità può indurre un tipo mirato di razionamento, secondo la graduatoria dell'emergenza da stabilire a livello di diagnosi e terapia. L'obiettivo deve rimanere quello dell'equa attribuzione. I concetti di base sono quelli di razionalizzazione, razionamento e priorità.

Al fine di non compromettere il rapporto con il paziente, va fatto sì che la questione dell'allocazione e le decisioni da prendere in merito non vengano scaricate sul medico. I politici sono chiamati ad assumersi le responsabilità riguardanti il razionamento nella medicina e nel comparto sanitario intero, a condizione che le riforme da loro promosse siano non soltanto democraticamente legittimate, ma anche soggette a verifiche ed adeguamenti continui.

La giusta allocazione dipende in modo sostanziale dai dati empirici da

fornire in ambito diagnostico e terapeutico, affinché ogni misura di razionamento sia rimandata il più a lungo possibile, ai sensi della medicina basata sull'evidenza (*evidence-based medicine*).

L'evidenza, non dimentichiamolo, ha fondamentalmente due significati distinti: conferma empirica e conoscenza immediata. La necessità di assistere un morente è d'immediata comprensione umana, e non richiede, pertanto, nessuna verifica di tipo statistico.

L'evidenza come conferma empirica comporta il pericolo che, per motivi meramente economici e tecnici, ci si orienti soltanto su fatti dimostrabili, trascurando ogni altro aspetto evidente a livello di razionalizzazione, razionamento e priorità. Cosa s'intende per informazione, comunicazione, assistenza al morente, basate sull'evidenza? In che modo prevenire i pericoli inerenti ad un pensiero utilitaristico basato esclusivamente su economia ed evidenza?

La questione dell'allocazione fa riferimento a vari settori della medicina:

Settori dell'allocazione

- 1) Diagnostica
- 2) Terapia
- 3) Cure
- 4) Ricerca
- 5) Università

Generalmente si opera un'ulteriore distinzione tra macroallocazione e microallocazione, a loro volta strutturate in vario modo.

La macroallocazione I risponde all'attribuzione delle risorse al massimo livello, ossia a quello politico: a

quanto deve ammontare la quota del prodotto interno lordo da destinare al settore sanitario, in rapporto ad istruzione, trasporti, difesa e tutela ambientale?

La macroallocazione II è l'attribuzione delle risorse all'interno del settore sanitario, in funzione dei comparti di prevenzione, cure mediche, riabilitazione, ricerca e formazione universitaria.

Come comporre, dunque, la gerarchia degli interventi, e quali settori vanno alimentati in modo prioritario rispetto agli altri?

Per macroallocazione I si intende l'attribuzione delle risorse in relazione a determinate malattie (diffusione, pericolosità) ed a specifici gruppi di pazienti (età, gruppi sociali e aree di residenza).

Le scelte da fare determinano anche chi non otterrà aiuto, non potrà accedere, per esempio, alla dialisi e non avrà l'organo richiesto per un trapianto.

La macroallocazione II fa riferimento, infine, alla decisione che sarà operata dal singolo medico, in merito ad interventi diagnostici o terapeutici da erogare a beneficio di un paziente.

La questione dell'allocazione va risolta mediante decisioni di politica sanitaria, considerando, però, che nel passaggio dalla macroallocazione alla microallocazione si attua uno spostamento di competenze dalla politica alla medicina. La macroallocazione I rientra primariamente nell'ambito decisionale politico, non in quello dei medici, mentre sulla macroallocazione di tipo II si decide in ambito medico.

Più accentuatamente della micro-

allocazione II, la microallocazione I spetta poi ai medici che decidono in base all'evidenza ed operano scelte individuali ed immediate considerando il singolo paziente.

Nel momento in cui il medico decide di sottoporre a dialisi il paziente, il livello direttamente preposto (microallocazione I) avrà già stabilito che tale trattamento è indicato, mentre ai livelli superiori si sarà deciso se preferire le cure alla prevenzione (macroallocazione II), ed al livello ancora superiore (macroallocazione I) si avrà determinata l'entità del sostegno finanziario da destinare alla medicina rispetto agli altri ambiti sociali.

Le macrodecisioni richiedono l'appoggio della politica e della società, e non vanno prese a spese dei medici. È ovvio che a livello di prodotto interno lordo esiste un margine di manovra, dato che la spesa totale per la sanità nei vari Paesi del mondo oscilla tra il 5% e il 15%.

I problemi si presentano sotto aspetti diversi nei settori di diagnostica, terapia, cure, ricerca ed università. Accanto alle misure di risparmio, senz'altro auspicabili, si manifestano anche situazioni di crisi. Non di rado, le presunte razionalizzazioni si sono rivelate semplici tentativi di razionamento.

Con i modelli forfetari può crearsi, inoltre, una tendenza a scaricare casi gravi o onerosi. La riduzione dei costi materiali, attuata installando laboratori comuni per ospedali diversi, limitando il numero degli accertamenti radiografici e prescrivendo farmaci più economici, può senz'altro compromettere la qualità dell'azione medica.

Problemi specifici si manifestano nell'ambito delle cliniche universita-

rie, indotti anche dalla necessità di ritrattare ad intervalli il finanziamento al quale concorrono la mano pubblica (ricerca, università) e gli istituti di assicurazione contro la malattia (assistenza sanitaria).

Sia dal punto di vista formale sia da quello dei contenuti, la questione dell'allocazione può essere considerata secondo altre dimensioni, da distinguere in base a criteri politici e medici.

Dimensioni dell'allocazione

- 1) Centralizzata - decentralizzata
- 2) Esplicita - implicita
- 3) Riservata - aperta
- 4) Impatto lieve - impatto forte
- 5) Diretta - statistica
- 6) Minima - massima
- 7) Economica - medica - giuridica/etica
- 8) Status quo - oppure orientata sul progresso

A prescindere dalle distinzioni tra i vari tipi di allocazione nella medicina, vanno attentamente osservati gli effetti prodotti per la diagnostica e la terapia, per il rapporto medico-paziente e per la situazione complessiva in cui si trovano le persone malate e quelle morenti.

Le figure antropologiche di base della medicina che si individuano in una persona in gravi difficoltà di salute e in un'altra che interviene in suo aiuto, corrono il rischio di degenerare in figure che a loro volta versano in cattive acque.

Gli obiettivi da riconoscere e da perseguire vanno sempre cercati nell'antichità che con i ben noti traguardi individuati nel benessere del malato (= lat. *salus aegroti*) e nella volontà del malato (= lat. *voluntas aegroti*).

Dietrich Von Engelhardt

Vicenda chiusa dopo 17 anni

La BNL ha risarcito l'Ordine per l'ammanco nelle casse

Con sentenza del 30 settembre 2009 la Corte d'Appello di Sassari ha condannato la Banca Nazionale del lavoro al pagamento della somma sottratta dalla dipendente destituita nel 1993 a seguito di sentenza penale di condanna. La BNL ha provveduto al pagamento quantificato in 146.148,10 euro.

Si è risolta positivamente, dopo diciassette anni, la vicenda che ha visto contrapposti l'Ordine dei Medici di Sassari e la Banca Nazionale del Lavoro in un lungo contenzioso giudiziario causato da un sostanzioso ammanco nelle casse dell'Ente. Ammanco di cui, come riconosciuto dal presidente della Corte d'Appello di Sassari Federico Sena e dal giudice estensore Giommaria Cuccuru, è responsabile, seppure indirettamente, anche l'istituto di credito. La BNL ha risarcito al nostro Ente l'intera somma sottratta maggiorata degli interessi maturati dal 1992 ad oggi.

Nello specifico, i giudici della Corte d'Appello hanno attribuito alla banca la responsabilità di avere impropriamente consegnato a un soggetto non autorizzato, attraverso deposito di firma in banca, ad operare sul conto – una ex dipendente dell'Ordine la sig.ra L. M.A., destituita nel 1993 a seguito di sentenza penale di condanna – parte del denaro depositato nel conto del nostro

ente. La ex dipendente, come è stato accertato nel corso dell'iter giudiziario, a più riprese aveva prelevato indebitamente denaro dal conto corrente bancario dell'Ordine allora acceso presso la sede della Banca Nazionale del Lavoro di Sassari, pur non avendo titolo per farlo, senza incontrare resistenza da parte degli impiegati dell'istituto di credito. Una leggerezza nell'esecuzione del contratto bancario che aveva causato un ammanco di 146.165.950 milioni delle vecchie lire dal conto intestato all'Ordine e che è costato alla BNL la restituzione dell'intera cifra maggiorata degli interessi legali.

La Banca Nazionale del Lavoro condannata in primo grado con sentenza deposita il 19 luglio 2007 ha presentato ricorso in appello, conclusosi con la recente sentenza di secondo grado, che sposa la tesi sostenuta dallo studio legale dell'avvocato Vittore Davini che dal 1993 ha assistito l'Ordine nella causa, conferma quella di primo grado, in cui la Banca Nazionale del Lavoro era già stata condannata al risarcimento per la sua errata condotta.

La BNL, attraverso i suoi legali, aveva invocato a sua discolpa il rapporto fiduciario che legava al nostro Ente la ex impiegata: rapporto fiduciario che però, evidentemente, non è una motivazione sufficiente a soprassedere sulle autorizzazioni necessarie per prelevare o ritirare resti e a giustificare la consegna del denaro a

Una ex dipendente aveva prelevato ingenti somme di denaro senza le dovute autorizzazioni

una persona diversa da quegli unici soggetti che possono effettuare siffatte operazioni: il presidente dell'Ordine, il vicepresidente, il segretario e il tesoriere.

Per noi si chiude così un lungo iter giudiziario che rende giustizia a quanto è accaduto.

Al personale dell'Ordine e allo Studio commerciale De Candia –

Tola che sin dal momento dell'accertamento dell'ammancio (settembre 1992) hanno provveduto alla quantificazione della somma risarcibile e attraverso la ricostruzione della vicenda hanno collaborato, con l'avvocato Vittore Davini e il suo studio legale, alla risoluzione positiva della vicenda, va il ringraziamento del nostro ente.

Gli auguri dell'Ordine dei medici

Francesco Scanu assessore al patrimonio nella giunta comunale di Sassari

Un consigliere dell'Ordine dei Medici di Sassari siederà fra i banchi della giunta comunale di Sassari: il dottor Francesco Scanu è stato nominato martedì 6 ottobre assessore al Patrimonio del Comune di Sassari dal sindaco Gianfranco Ganau.

Medico ginecologo, oltre ad una brillante carriera professionale Scanu ha alle spalle una lunga esperienza politica: già in passato è stato amministratore della città di Sassari nella Giunta guidata dall'ex sindaco Nanni Campus.

Certi che saprà ricoprire il ruolo che gli è stato assegnato con altrettanta competenza e altrettanto impegno di quelli profusi nella professione, ci complimentiamo con il nostro collega e amico e gli porgiamo i migliori auguri di buon lavoro.

CHIUSURA UFFICI PERIODO NATALIZIO

Si comunica che gli uffici dell'Ordine chiuderanno nei seguenti giorni: **24** dicembre 2009 * **31** dicembre 2009 * **4** Gennaio 2010 * **5** Gennaio 2010

Cambia il modello di ospedale Non più luogo isolato di cura

Il secondo articolo di questa rubrica si occupa di edilizia sanitaria, tema quanto mai attuale specie in una realtà come la nostra in cui le strutture sia ospedaliere che universitarie necessitano di cogenti interventi. Strutture edilizie ormai obsolete continuano ad esistere, grossolanamente riadattate alle nuove esigenze, e funzionano con grande disagio per tutti, pazienti e operatori sanitari.

La mancanza di un approccio organico ai problemi, di concorsi e di lungimiranza politica ha fatto sì che persistessero vecchi edifici e accanto nuovi, ancora incompleti e che anche a causa della lunga gestazione, sono nati già obsoleti. In molti casi queste strutture sono di difficile recupero sia per i costi che per la difficoltà di applicare quei principi informativi indispensabili per una struttura sanitaria moderna, come riportato di seguito nell'articolo dell'architetto Domenico Canu, dirigente tecnico presso ASL N. 1 di Sassari, che ha avuto una lunga esperienza a Berlino nel settore di edilizia sanitaria. Nell'articolo si ripercorre l'evoluzione che il modello ospedaliero ha subito negli ultimi decenni diventando sempre più una struttura ad alta complessità tecnologica ed organizzativa, ove perde progressivamente valore il parametro posto-letto. Emergono invece altri parametri quali quelli basati sui dati di attività (interventi/anno, ricoveri/anno etc) anche in relazione alla modifica del sistema di finanziamento a prestazione, la qualità delle prestazioni offerte e l'efficienza operativa ed organizzativa.

Compaiono alcuni fattori come l'umanizzazione, il comfort e la sicurezza sia per i pazienti sia per gli operatori sanitari che necessitano di spazi adeguati e confortevoli e di servizi (mensa, asili). L'organizzazione dell'assistenza sta cambiando secondo il principio delle cure progressive, sono necessari spazi per modalità di assistenza alternative al ricovero ordinario e bisogna tener conto che l'organizzazione dell'assistenza si avvale di modelli dipartimentali. Occorre realizzare spazi facilmente accessibili per i pazienti e per i visitatori sia dal punto di vista strutturale che dell'orientamento e tener conto dell'impiego delle tecnologie informatiche.

L'ospedale non è più un luogo isolato di cura ma si integra e interagisce con la città. Tutto ciò necessita di studi e riflessioni adeguate e in questo articolo l'architetto Canu analizza e fornisce preziose indicazioni sulle linee di tendenza per l'ospedale del futuro.

Rita Nonnis

Evoluzione del concetto di assistenza

Furono gli Asclepei nell'antica Grecia a destinare i primi edifici alle cure sanitarie, successivamente furono le infermerie militari romane a organizzare gli spazi tra percorsi, corsie e spazi centrali per la degenza e la cura ed infine fu il Cristianesimo

che istituì presso i conventi luoghi di accoglienza e assistenza per i poveri e i malati.

L'ospedale ha senza dubbio avuto un ruolo nella storia dell'architettura e usufruito dell'evoluzione formale impressa dagli architetti.

Il posto-letto non è il solo punto di riferimento. Compaiono nuovi parametri: umanizzazione, comfort, sicurezza e servizi adeguati

Ancor più del Brunelleschi che nel 1419 realizzò lo “Spedale degli Innocenti”, fu Filarete, nella metà del 1400 progettando a Milano lo “Spedale Grande del Nunciata”, che muta la funzione e l’organizzazione di un ospedale.

Da ricovero gestito dai religiosi diventa luogo di cura con l’inserimento di medici e amministratori laici.

Al suo interno vi è una distribuzione dei pazienti in base a patologie e sesso, in corsie separate dalle zone operative dell’infermeria e degli spazi di socializzazione. Basilari in questo caso anche le soluzioni tecniche che vengono proposte dal punto di vista igienico-sanitario e ambientale a favore del benessere del malato. Servizi igienici, aerazione accurata, sfruttamento delle acque piovane a favore di una continua igiene delle canalizzazioni.

E’ forse il primo esempio dove l’architettura fornisce nell’organizzazione spaziale e funzionale contributi fondamentali per l’impostazione terapeutica. Questo modello viene proposto per secoli in tutta l’Europa, sino ad arrivare alla tipologia a padiglioni a partire dalla fine del 1700 che si svilupperà sino al 1930, allorché subentra l’edificio che deve guarire il paziente in maniera scientifica e razio-

nale: il monoblocco che sovrappone in verticale i vari reparti, spinti anche dalla moderna tecnologia meccanicistica già sperimentata negli Stati Uniti. Si arriva al 1964 con un progetto che seppur non realizzato influenzerà la pianificazione in campo sanitario; l’ospedale a Venezia di Le Corbusier. Pur essendo relazionata alla struttura urbanistica della città lagunare, la sua organizzazione planimetrica passa da struttura chiusa a struttura aperta, idealizzando quasi una città nella città, riassegnando spazi meno promiscui per i pazienti, a misura d’uomo.

Cambia la filosofia di cura, vengono ridotti gli spazi della degenza a favore di quelli operativi di diagnostica e terapia specializzata, con laboratori e reparti tecnologicamente avanzati, dalla radiologia alla medicina nucleare, dall’interventistica giornaliera alla ricerca medica.

Dopo la sperimentazione degli anni settanta avvenuta in Francia con i modelli Beaune, Fontenoy e Duquesne si richiedono agli architetti nuove concezioni per umanizzare l’ospedale. L’ospedale Debrè di Riboulet è il capostipite di questa nuova progettazione. A Parigi realizza *la rue hospitalière* che diventerà un elemento costante in tante realizzazioni succes-



Lo “Spedale Grande” del Nunciata

sive. Nuove concezioni spaziali e funzionali invitano i progettisti a considerare il ruolo centrale del paziente nel luogo di cura e il luogo di cura non avulso, e dunque integrato, nella città.

Queste nuove concezioni verranno recepite anche in Italia, 20 anni dopo, e ripresi nel concetto di ospedale secondo Renzo Piano e Umberto Veronesi

Dal progetto alle realizzazioni di edilizia ospedaliera attuale in Italia

L'ospedale ha avuto un mutamento radicale a partire dagli anni '80 e sono state la Francia e la Germania i Paesi che hanno fornito le linee guida per il resto dell'Europa.

La presenza dell'architetto nella progettazione ha fatto sì che il nosocomio si trasformasse da edificio-ricovero per la cura del malato, estraniato dalla città, ad un edificio più umanizzato integrato con il polo tecnologico e scientifico dedicato alla diagnosi, alla cura e alla ricerca. Ruolo fondamentale è spettato al concorso di architettura che ha apportato alla tipologia ospedaliera una nuova fruizione tramite l'apertura alla città che viene coinvolta nel concetto di umanizzazione dell'ospedale.

I concorsi sono la sorgente per una buona architettura. L'architettura contemporanea è caratterizzata da opere germogliate nei concorsi, pratica che in molti Paesi si è sempre più consolidata, ed i risultati sono evidenti nella qualità. In Italia questi concetti vengono recepiti molto lentamente e solo in alcune realtà.

Nella maggior parte dei casi i concorsi vengono svolti quasi per forza, prevalentemente per rispettare le normative europee. Il risultato è agli

occhi di tutti; siamo il Paese che per secoli ha dato le "linee guida" per l'urbanistica e l'architettura in Europa ma che dal dopoguerra a oggi ben poco ha realizzato degno di menzione nella letteratura architettonica.

Ancor meno questo è avvenuto negli ospedali.

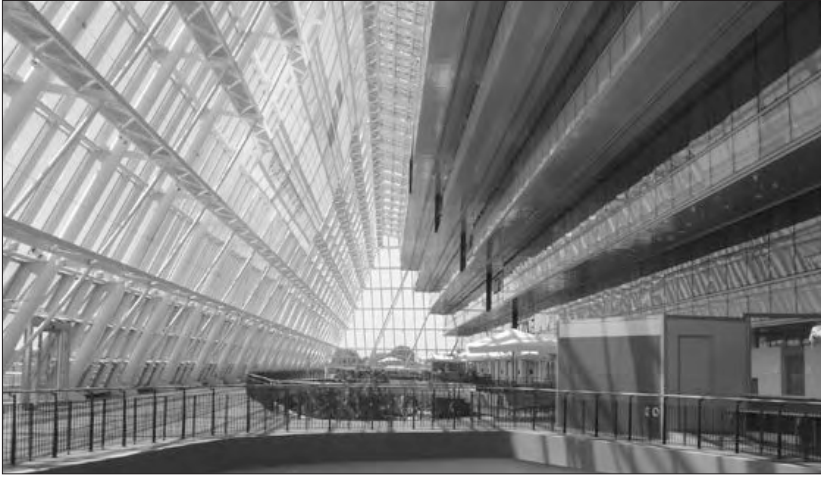
Tramite i concorsi vengono immessi nell'ospedale non solo tipologie che superano il monoblocco ed il concetto dell'ospedale chiuso su se stesso, ma anche nuovi elementi caratterizzanti: la galleria-vetrata ad esempio, destinata sia all'accoglienza che alla distribuzione ai vari ambienti è forse l'elemento innovativo maggiormente riproposto.

Il progetto di Renzo Piano e Lamberto Rossi ha sicuramente dato una scossa al panorama dei nosocomi italiani.

Come per altri ambiti, in Italia vi sono realtà ricettive e altre assolutamente ignare dei nuovi standard da rispettare, procedure che procedono a marce spedite e altre semibloccate. Mentre dalla Toscana in su si realizzano strutture adeguate ed efficienti, tra le quali l'ospedale S. Anna di Mestre-Venezia è il fiore all'occhiello, al sud l'apparato di competenza stenta a mostrare una reale efficienza ed efficacia. Vero è che l'ospedale di Mestre ha avuto una gestazione pluridecennale. Anni prima, nel 1964, Le



L'ospedale S. Anna di Mestre



Un'altra immagine dell'ospedale di Mestre

Corbusier fece la prima proposta con l'ospedale nel centro di Venezia. Successivamente è Carlo Aymonimo che sposta il progetto a Mestre e negli anni ottanta propone l'ospedale al di fuori della città, ma ancora intriso di una tipologia legata al monoblocco degli anni settanta. Passano pertanto circa 40 anni prima che si realizzi quella che sarà la costruzione definitiva dell'ospedale, e questo peserà su alcune criticità presenti in questa struttura. Si tratta di un edificio sicuramente di grande effetto, che mi ha spinto a studiarlo in loco. Il paziente diventa protagonista, forse persino troppo, talvolta a scapito della qualità dello spazio per gli operatori e delle zone diagnostiche. Alla rivoluzione spaziale, elemento dominante, corrisponde infatti un sacrificio delle zone diagnostiche, e quanto vien dato al paziente viene tolto agli operatori sanitari, la luce naturale in particolare.

Per la sua realizzazione si è ricorso ad progetto di finanza, strumento nuovo per l'Italia che, nel 2003, oltre a Mestre, viene impiegato a Napoli, dove viene progettato un ospedale con caratteristiche simili. Nel 2008 Mestre

inaugura la struttura, mentre Napoli ancora discute su ubicazione e progettazione, pur avendo gli stessi investitori, finanziatori e costruttori. E' evidente che il problema oltre ad essere economico è di tipo culturale, politico e amministrativo. La strada del Project Financing è stata tentata due anni fa anche a Sassari e forse abbandonata un po' troppo frettolosamente, probabilmente perdendo un'importante occasione e portandoci alla attuale situazione di stallo ed incertezza.

Un apporto notevole alla edilizia ospedaliera italiana sarà dato senza dubbio dall'imminente realizzazione di Alba-Brà (Cuneo) e dagli ospedali riuniti di Bergamo entrambi ad opera dell'architetto francese Aymeric Zublena, già autore dell'Ospedale Europeo Georges Pompidou di Parigi.

Medicalizzazione ed ospitalizzazione del futuro

Come le nostre abitazioni sono soggette nel corso degli anni a ripensamenti e ristrutturazioni, ancor più avviene negli ospedali dove adegua-

mento e riqualificazione, introduzione di nuove apparecchiature e metodologie di cura, aggiornamento a nuovi standard dei servizi rendono necessario un rinnovamento continuo delle strutture.

La tendenza attuale, anche per una riduzione del carico economico che grava sulla sanità, è quella di una riorganizzazione e di una ottimizzazione dei servizi che riducono la degenza e privilegiano l'offerta di diagnosi e cura esterna.

L'altro elemento è la necessità di offrire un'accoglienza e la presa in carico del paziente, con la realizzazione di percorsi chiari.

Nella progettazione di un nuovo ospedale, si passa quindi dal concetto di ospedale come edificio tecnico ed eterotopo, monopolio dell'ingegnere impiantista, ad un edificio realizzato con altre professionalità coordinate dall'architetto e che vanno dall'impiantista allo strutturista, dall'esperto di apparecchiature medicali che opera sotto la regia di responsabili amministrativo-sanitari.

Una struttura complessa di ospedale in grado di dialogare e intrecciarsi con la città, che al suo interno accolga il paziente, l'operatore sanitario e il visitatore attraverso un accurato studio dei percorsi ed una equilibrata distribuzione degli ambienti. Si sviluppano quindi soluzioni formali che scaturiscono da una più strutturata articolazione funzionale interna.

Ciò che mi è rimasto impresso nella mia esperienza professionale in Germania nel metodo per la ristrutturazione o l'ampliamento di un ospedale sono proprio le riunioni interdisciplinari tra tecnici e amministratori.

Partendo da un programma ben definito e lungimirante, fornito dai responsabili politici, sanitari e amministrativi, un gruppo di lavoro, coordi-

nato dall'architetto, in cui tutti i professionisti, inclusi gli operatori sanitari e caposala, elaboravano, proponevano, modificavano e suggerivano soluzioni per arrivare, attraverso un iter sicuramente meno burocratico che in Italia, alla realizzazione finale del progetto. Soprattutto in corso d'opera il progetto non veniva modificato o, tanto meno, abbandonato.

La presenza degli architetti dunque non ha solo una funzione estetica o esteriore ma un ruolo di mediazione tra l'uomo e lo spazio circostante nonché la ricerca ed il miglioramento della percezione degli ambienti.

L'input principale, guida per buona progettazione di uno spazio di cura, è l'allontanamento dell'angoscia, e per raggiungere questo obiettivo fondamentali sono le strategie adoperate dall'architetto che elabora e progetta soluzioni utilizzando luce, proporzioni, ritmi, percorsi.

Utilizzando materiali e colori si tratta, dunque, di raggiungere un'immagine complessiva di tranquillità, comfort, apertura e protezione, sicurezza ma anche eleganza e solarità per soddisfare sia le esigenze funzionali, di cui gli operatori sanitari necessitano, che quelle umane necessarie ai pazienti. E qui si entra nel merito dell'immagine architettonica dell'ospedale, che resta sì *la macchina per guarire*, definita da Foucault, con un alto contenuto tecnologico, ma è anche il luogo dove vivono e lavorano centinaia di persone che operano, incontrano, visitano studiano e riposano e che necessitano anch'essi di confort e servizi (mensa, asili, parcheggi). Rispettando la delicatezza e la privacy degli atti medici, è importante, inoltre, che l'edificio sia aperto ai cittadini, e che, offrendo al suo interno servizi utilizzabili oltre che dai pazienti e dagli operatori anche dai visitatori e dagli

stessi abitanti del quartiere, si integri con l'ambiente circostante e con la città. Pur modificando l'aspetto della degenza per un miglior comfort, l'ospedale del futuro tende all'ottimizzazione dei servizi di diagnostica e di cura. La superficie della degenza, originariamente fulcro degli ospedali in una struttura moderna, può essere ridotta al 30% di tutte le funzioni offrendo quindi più spazio ai servizi, alla diagnostica e alla ricerca.

Non è utopia immaginare un luogo in cui la permanenza dei pazienti sia sempre più ridotta, ribaltando così l'immagine stereotipa dell'ospedalicovero per i malati di ottocentesca memoria. Per questo motivo sono importanti tutti i contributi innovativi architettonici basati sulla flessibilità che permettano di far fronte ai cambiamenti in tempi sempre più ristretti della tecnica ospedaliera. In questa visione futuristica dobbiamo tenere conto della realtà nostrana. La media della durata di costruzione di un ospedale in Italia è di 11 anni, tempi doppi rispetto a situazioni oltralpe, e sempre in tema di confronto lo stesso costo a posto letto è decisamente maggiore che in Germania o in Francia, e in controtendenza con i costi di costruzione relativi ad altre categorie edilizie. La lungaggine tra progettazione e realizzazione fa sì che si aprano al pubblico strutture già intrise di criticità al momento dell'inaugurazione.

E' indispensabile una corretta progettazione iniziando dal primo livello dello studio di fattibilità e successivo DPP (documento preliminare della progettazione) che diano chiare indicazioni anche sui tempi di realizzo e che possano diventare attraverso il progetto definitivo ed esecutivo gli elementi dai quali scaturirà un ospedale moderno. Multidisciplinarietà e collegialità in fase di programmazione permetteran-

no ad un gruppo pluriprofessionale di realizzare un progetto che soddisfi principalmente il paziente, ma anche gli operatori sanitari, che diventa quindi il centro di discussione anche organizzativa dell'ospedale. Tentare un'applicazione di questi principi alla situazione sassarese non è facile e meriterebbe uno spazio ed uno studio ben più ampio di un articolo, ma senz'altro da quanto su detto si potrebbe già ipotizzare un cambiamento verso la modernizzazione delle componenti diagnostiche e operative e prevedere un ammodernamento della degenza a standard ospedalieri contemporanei. Per fare questo diverse sono le varianti e le possibili soluzioni. La soluzione attualmente in corso per il SS. Annunziata incorre senz'altro in un'alta criticità di realizzazione per via della permanenza contemporanea nella zona da ristrutturare dei pazienti e degli operatori e per di più gravata da una demolizione di oltre 100.000 mc, con tutto quello che comporta.

Nell'ipotesi di persistere nell'area attuale del SS. Annunziata, più che a demolizioni si potrebbe pensare a al rimodernamento dell'edificio dal punto di vista impiantistico e igienico sanitario, e alla realizzazione di una piastra tecnologica che consentirebbe un adeguamento a standard più avanzati.

L'alternativa potrebbe essere la realizzazione di un nuovo ospedale dedicato soprattutto all' *high care* in un'area più libera e idonea e ripensare il servizio sanitario in un'ottica più moderna. Ma forse occorre aprire un dibattito e un dialogo esteso anche alla città per cercare nuove idee che, con lungimiranza e modernità, aiutino a trovare le soluzioni possibili, non avendo altri interessi che non la salute dei cittadini.

Domenico Canu



Il modello di Renzo Piano

Il decalogo dell'ospedale modello

Questi i principi ai quali, secondo le indicazioni di Umberto Veronesi, deve ispirarsi l'ospedale del futuro, e ai quali si è attenuto Renzo Piano nel progettare il suo ospedale modello:

- 1) **Umanizzazione:** Il malato deve essere posto in un ambiente a misura d'uomo, sicuro e confortevole, in cui sia garantita la privacy. Deve essere informato e guidato. Non deve vivere a stretto contatto con gli altri malati. Deve avere la possibilità di ricevere le visite di parenti e amici a qualsiasi ora.
- 2) **Urbanità:** L'ospedale non deve essere avulso dal centro cittadino, ma piuttosto diventare un prolungamento della città, cioè essere un 'ospedale aperto'.
- 3) **Socialità:** All'interno dell'ospedale si riscoprono valori ormai considerati del passato, come solidarietà, senso di appartenenza e interdipendenza.
- 4) **Organizzazione:** Elevata efficacia della diagnosi, della terapia e della riabilitazione, e un diffuso senso del benessere all'interno dell'ospedale.
- 5) **Interattività:** Il percorso clinico-diagnostico inizia con la prima visita presso il medico di famiglia e continua lungo le diverse componenti del sistema sanitario, secondo una logica di continuum assistenziale, che può portare alla fine al ricovero in ospedale.
- 6) **Appropriatezza:** Le cure devono rispondere alle reali esigenze del malato e il ricovero va riservato ai pazienti acuti e non autosufficienti. Per tutti gli altri si deve ricorrere al day hospital o all'ambulatorio.
- 7) **Affidabilità:** Da questo principio, che contempla la capacità diagnostico terapeutica, la sicurezza ambientale, tecnico-costruttiva, impiantistica e igienica, dipendono la tranquillità e la fiducia verso l'ospedale.
- 8) **Innovazione:** L'ospedale deve essere flessibile, pronto a cambiare a seconda delle esigenze sotto tutti i punti di vista: terapeutico, tecnologico, organizzativo e formale.
- 9) **Ricerca:** L'ospedale deve essere centro di ricerca clinico-scientifica che, favorendo il continuo aggiornamento e adeguamento alle ultime novità, moltiplica le capacità assistenziali.
- 10) **Formazione:** L'ospedale deve essere un luogo di aggiornamento continuo, professionale e culturale, per medici interni ed esterni, infermieri, tecnici e chi si occupa della gestione.

Le normative di riferimento

Previdenza, assistenza e lavoro i diritti del paziente oncologico

La diagnosi di cancro cambia in maniera profonda la vita del malato e della sua famiglia ed incide significativamente sui rapporti sociali del paziente sia durante che dopo il trattamento.

Il cancro può infatti diventare una malattia cronica con conseguenti esigenze e bisogni particolari, di carattere economico e previdenziale.

Inoltre spesso il malato non è più in grado di svolgere il suo lavoro, e si trova in posizione di difficoltà nei confronti dei suoi datori di lavoro.

Per queste ragioni, nella legislazione italiana sono previsti tutta una serie di diritti posti a tutela del malato oncologico per aiutarlo socialmente durante i lunghi periodi di cure.

In particolare verranno evidenziati gli aspetti della tutela assistenziale, previdenziale e in campo lavorativo che coinvolgono il paziente oncologico nel suo percorso di cura.

La malattia oncologica si distingue in una prima fase nella quale viene posta la diagnosi ed inizia il percorso terapeutico e le fasi successive in cui la malattia è curata, si stabilizza o si cronicizza.

Pertanto è nella fase iniziale che le agevolazioni di seguito illustrate possono essere utili, poiché successivamente la patologia potrebbe risolversi favorevolmente con una evoluzione positiva delle condizioni del malato oncologico.

Nella legislazione italiana ci sono importanti normative che sono il rife-

rimento in questo campo:

Legge 118/1971. Consente di accedere ai benefici economici e di supporto ai cittadini che a causa di malattie o menomazione fisiche si trovino temporaneamente o permanentemente con una riduzione della capacità lavorativa.

Legge 104/1992 e successive modificazioni. Detta i principi dell'ordinamento italiano in materia di diritti e assistenza socio assistenziale alla persona handicappata.

Legge n. 68/1999. Regola il diritto al lavoro (permessi, congedi, orario di lavoro e assunzioni presso enti pubblici e privati) dei lavoratori affetti da disabilità.

Circolare n. 40/05 del 22/12/2005 del Ministero del lavoro. Disciplina l'attuazione in materia di periodo di comportamento, handicap grave e situazione di inabilità, rapporto di lavoro a tempo parziale.

Esenzione del ticket

I pazienti oncologici hanno diritto all'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria (ticket) per le prestazioni afferenti alla patologia neoplastica, ossia per le prestazioni sanitarie appropriate per il monitoraggio delle patologie di cui sono affetti e delle loro complicanze, per la riabilitazione e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti, ovvero per visite specialistiche, per esami di laboratorio, per esami strumentali

*Numerose forme
di tutela,
possibilità
di prestazioni
e garanzie
per il posto
di lavoro*

diagnostici, per i farmaci. La domanda deve essere presentata agli sportelli di presidio di riferimento dell'ASL della provincia di residenza allegando tessera sanitaria, codice fiscale e la certificazione medica attestante la patologia rilasciata dallo specialista di una struttura pubblica o privata accreditata.

Codice di esenzione 048 (identificativo delle patologie tumorali).

Le prestazioni assistenziali: pensione di inabilità e assegno di invalidità civile

Lo Stato assiste i pazienti oncologici in condizioni di disagio economico concomitante con una situazione di malattia grave, attraverso il riconoscimento di un'invalidità civile a prescindere da qualsiasi requisito assicurativo e previdenziale.

La domanda di invalidità civile e handicap deve essere presentata all'ufficio invalidi civili della ASL di residenza, su un apposito modulo rilasciato dalla stessa ASL.

Andranno allegati:

1. Certificati anagrafici (fotocopie di: documento in corso di validità, codice fiscale, tessera sanitaria)
2. Certificato medico del medico di base o dell'oncologo (in originale).

Al momento della visita medica andrà consegnata la documentazione clinica dalla quale dovranno emergere le problematiche sanitarie connesse alle esigenze terapeutiche.

Per potere usufruire dei benefici previsti anche dalla legge sull'handicap (legge n.104/1992), è sufficiente specificare nella domanda di accertamento dell'invalidità civile, la volontà di essere sottoposto a visita medico legale per l'accertamento

dell'esistenza dei requisiti previsti dalle due leggi (barrare anche la voce "persona handicappata").

Iter accelerato. Con legge n. 80/2006 (art. 6) il legislatore, accogliendo la richiesta della federazione italiana delle associazioni di volontariato in oncologia, ha disposto un iter di accertamento accelerato dell'invalidità e dello stato di handicap. La visita di accertamento deve effettuarsi entro 15 giorni dalla domanda, nei seguenti casi:

- patologie tumorali in forma acuta (prima diagnosi, recidiva o metastatizzazione) con documentata necessità di trattamento chemio o radioterapico;
- patologie tumorali terminali.

Benefici. Gli esiti dell'accertamento sono immediatamente produttivi di benefici che da essi conseguono. Soprattutto nella prima fase di malattia, può esserci il diritto ad una prestazione economica di invalidità civile.

Le tabelle ministeriali di valutazione prevedono tre percentuali di invalidità per patologia oncologica:

1. 11% con prognosi favorevole e modesta compromissione funzionale
2. 70% con prognosi favorevole ma grave compromissione funzionale
3. 100% con prognosi infausta o probabilmente sfavorevole nonostante asportazione chirurgica.

Nella prima fase di malattia può essere riconosciuto il 100% di invalidità civile, in particolare per tutto il periodo di trattamento chemioterapico o radioterapico.

Se il paziente ha un'età compresa tra 18 e 65 anni ed è stata riconosciuto un'invalidità civile del 100%, lo stesso avrà diritto ad una pensione di inabilità, se in presenza di reddito

non superiore a Euro 14.256,92.

In altri casi vi può essere invece un riconoscimento del requisito sanitario pari ad almeno il 74%.

In questa fattispecie, per il paziente di età compresa tra 18 e 65 anni e con un riconoscimento di una percentuale pari e/o superiore al 74%, ove lo stesso sia privo di occupazione ed iscritto alle liste speciali di collocamento obbligatorio disabili, ha diritto all'assegno di invalidità (se il reddito per l'anno 2007 è inferiore a Euro 4.238,26).

Diritto all'indennità di accompagnamento durante la chemioterapia

Il diritto all'accompagnamento deriva sempre e comunque dalla sussistenza dei requisiti previsti dalla legge: impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o la necessità di assistenza continua nel compimento degli atti quotidiani della vita.

Secondo recenti sentenze della Corte di Cassazione (2008) non vi è alcun automatismo tra chemioterapia e indennità, ma i casi verranno volta per volta dalle apposite commissioni.

L'erogazione dell'assegno, che è di competenza dell'Inps, ha inizio dal mese successivo alla presentazione della domanda.

L'importo non è vincolato da limiti di reddito e non è reversibile. L'erogazione viene però sospesa in caso di ricovero in Istituto pubblico.

Pensione di inabilità

Ai sensi della L. 222/1984, il lavoratore dipendente o autonomo, ha diritto alla pensione di inabilità, se in possesso dei seguenti requisiti:

1. Paziente affetto da infermità fisica

o mentale tale da provocare l'assoluta e permanente impossibilità di svolgere alcuna attività lavorativa

2. sia iscritto all'INPS da almeno 5 anni
3. abbia un'anzianità contributiva di almeno 5 anni, anche non continuativi (260 contributi settimanali), di cui almeno 3 anni (156 settimane) versati nel quinquennio precedente la domanda di pensione.

La domanda va presentata presso una sede INPS sull'apposito modulo, allegando i certificati anagrafici e il certificato medico che attesti la presenza di infermità tale da compromettere lo svolgimento di qualsiasi attività lavorativa. Le pensioni di inabilità è incompatibile con lo svolgimento di attività lavorativa ed è reversibile ai superstiti.

Pensionamento anticipato

I lavoratori a cui sia stata riconosciuta una invalidità a partire dal 74%, hanno diritto, per il calcolo degli anni di servizio ai fini pensionistici, al beneficio di due mesi di contribuzione figurativa per ogni anno di lavoro effettivamente prestato come invalido.

Tale beneficio è riconosciuto al limite massimo di 5 anni di contribuzione figurativa utile al fine della maturazione degli anni di servizio per il diritto alla pensione, dell'anzianità contributiva e dell'ammontare del trattamento pensionistico.

La tutela nel campo lavorativo

Malattia e comportamento

Per le patologie oncologiche non esiste una normativa particolare che regolamenti le assenze da malattia.

Tuttavia, l'INPS, con Circolare n. 136/2003, individua alcune situazioni che possono ricorrere anche nella malattia oncologica:

- **Cicli di cura ricorrenti.**

Nell'ipotesi in cui il lavoratore, a causa delle patologie a suo carico, debba sottoporsi periodicamente a terapie ambulatoriali di natura specialistica che determinano incapacità al lavoro, ai vari periodi della terapia si applicano i criteri della ricaduta di malattia se sul certificato viene barrata l'apposita casella e il trattamento viene eseguito entro 30 giorni dalla precedente assenza. È sufficiente una certificazione medica in cui viene attestata la necessità dei trattamenti che determinano incapacità e che siano classificati una ricaduta dell'altro.

- **Dimissioni protette.** È previsto che il soggetto si rapporti alla struttura ospedaliera solo nei giorni in cui è stato programmato il ricovero per un'eventuale indagine clinica. I periodi intermedi tra i vari appuntamenti non sono equiparabili al ricovero. Per l'indennizzo dei periodi intermedi occorre che nella certificazione del medico curante risulti che il lavoratore sia temporaneamente incapace al lavoro a causa della propria patologia.

- **Day Hospital.** I giorni di ricovero in questa tipologia sono equiparati a giornate di ricovero vero e proprio. Vengono applicati gli stessi requisiti certificativi e gli stessi criteri per l'indennizzabilità, compresa la riduzione dell'indennità ai 2/3 della misura intera.

- **Contrattazione e prolungamento del periodo di comperto.** La contrattazione collettiva stabilisce

il limite della conservazione del posto di lavoro in caso di malattia e in parecchi casi amplia la tutela del lavoratore in relazione a forme patologiche particolari, differenti nei diversi contratti.

Nei contratti del settore pubblico, e in alcuni del settore privato è previsto un prolungamento di comperto in caso di patologie di natura oncologica o di particolare gravità.

- Altre previsioni riguardano i pazienti sottoposti a terapie salvavita (chirurgia, radioterapia, chemioterapia), per i quali i giorni di ricovero o trattamento day hospital e i giorni di assenza per sottoporsi alle terapie di cui sopra, siano esclusi dal computo dei giorni di assenza per malattia e siano retribuiti interamente.

Congedo retribuito di 30 giorni all'anno per cure

Il tema legato al congedo di 30 giorni è, a tutt'oggi, controverso nella giurisprudenza giuslavoristica, anche se in base ad alcune leggi, sentenze e circolari del ministero del lavoro, si è giunti ad una parziale stabilizzazione della materia. Gli invalidi civili cui sia stata riconosciuta una invalidità superiore al 50%, hanno diritto a 30 giorni l'anno (anche non continuativi) di congedo per cure legate al loro stato di invalidità.

Il diritto nasce dal combinato disposto dell'art. 26 della legge 118/71: ai lavoratori mutilati ed invalidi civili cui sia stata riconosciuta una riduzione della capacità lavorativa inferiore ai 2/3, può essere concesso ogni anno un congedo straordinario per cure non superiore a 30 giorni, su loro richiesta e previa autorizzazione del medico provinciale e

dall'art 10 del Dlgs 23/11/1988 n. 509: il congedo per cure può essere concesso ai lavoratori mutilati ed invalidi ai quali sia stata riconosciuta una riduzione della attitudine lavorativa superiore al 50%, sempreché le cure siano connesse alla infermità invalidante riconosciuta.”

Questo congedo è inoltre riconducibile all'assenza per malattia ai sensi dell'articolo 2110 del codice civile. Non è però computabile al normale periodo di mutua prevista dai contratti collettivi, in quanto questo è un periodo “ulteriore” previsto in presenza delle succitate indicazioni.

Infatti secondo la sentenza della Cassazione (Sezione Lavoro 3500/84, i 30 giorni devono essere di calendario anche se non necessariamente consecutivi e non priva il lavoratore del diritto alla retribuzione da corrispondersi secondo la contrattazione collettiva od in difetto, alla stregua di tale ultima norma.

Secondo il Ministero del Lavoro (17/01/2005) i requisiti per il diritto e la procedura per ottenerlo sono elencati nel predetto art. 26: richiesta del lavoratore, autorizzazione del medico provinciale (ASL territorialmente competente), richiesta di congedo al datore di lavoro nelle forme previste dalla contrattazione collettiva o, si può ritenere, in mancanza di indicazioni, mediante forme analoghe a quelle previste per il godimento di congedi giustificati dalla presenza di uno stato che renda impossibile la prestazione di lavoro”. Alla luce della complessità della materia di cui sopra, si possono riassumere questi punti precisi:

1. Il congedo di 30 giorni, anche non continuativi, per cure diverse è retribuito;
2. Il periodo di congedo straordinario per cure diverse non è computabile, in quanto ulteriore, nel periodo

di comportamento per malattia individuato dal CCNL.

3. La domanda di congedo per cure va rivolta al proprio datore di lavoro previa autorizzazione del medico della ASL di residenza, il quale deve certificare che le cure sono collegate all'infermità invalidante ed effettuate per effettive esigenze terapeutiche e riabilitative.

Trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a parziale nel settore privato

Recentemente, anche nel nostro paese, è stato introdotto per via normativa il diritto alla trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale per i lavoratori affetti da patologie oncologiche (art. 46, lett. T, DLGS n. 276/2003) che siano in grado di lavorare, ma che preferiscano comunque ridurre l'orario di lavoro mantenendo il proprio posto per la durata dei trattamenti salvavita (radioterapia e chemioterapia). La ridotta capacità dei lavoratori affetti da patologie oncologiche deve essere accertata dalla Commissione medica ASL territorialmente competente. Il part-time richiesto può essere sia verticale che orizzontale. Successivamente, quando il lavoratore si trova in condizione di ricominciare a lavorare a tempo pieno, ha il diritto di chiedere che il suo rapporto di lavoro torni ad essere nella sua forma originale.

Il diritto al lavoro

Per i malati oncologici, soprattutto i più giovani, l'accertamento dell'invalidità civile è utile anche ai fini di una futura assunzione. Infatti a seguito dell'approvazione della Legge n. 68/1999 sul collocamento dei disabili, le imprese e gli enti pub-

blici hanno l'obbligo di assumere i soggetti con invalidità superiore al 46% iscritti alle liste speciali di collocamento obbligatorio, in numero proporzionale rispetto alle dimensioni dell'azienda o ente.

Il malato in tale condizione deve presentare la domanda di iscrizione presso il Servizio collocamento Disabili della provincia di residenza allegando copia del verbale di invalidità. Se al malato oncologico è stata riconosciuta una invalidità superiore al 67%, egli avrà diritto, nel caso di assunzione per concorso in ente pubblico, alla priorità nella scelta della sede più vicina al suo domicilio.

Se invece al malato oncologico è stato riconosciuto lo stato di handicap in situazione di gravità, a prescindere dal settore privato o pubblico, ha il diritto di chiedere il trasferimento nella sede più vicina al suo domicilio e non potrà essere trasferito senza il suo consenso.

È anche previsto infine, che nel caso in cui il lavoratore sia divenuto inabile alla mansione successivamente all'assunzione, possa richiedere al datore di lavoro di essere adibito ad una mansione compatibile con il suo stato di salute (DLGS n. 626/1994): è comunque importante verificare quanto previsto dalla contrattazione collettiva (sempre più spesso per i malati oncologici viene prevista l'assegnazione a mansioni compatibili con la momentanea riduzione della capacità lavorativa per il periodo delle terapie salvavita).

Permessi e congedi lavorativi per malati oncologici e i loro familiari

La legge n. 104/1992 stabilisce che una volta ottenuto l'accertamento dello stato di handicap in situazione di gravità, il malato oncologico

potrà usufruire di permessi lavorativi retribuiti per curarsi; questa disposizione prevede la stessa possibilità anche per il familiare che assiste il lavoratore.

Secondo l'art 33 della suddetta legge, i limiti previsti per i permessi di cui sopra sono i seguenti:

1. per il lavoratore con disabilità: a scelta 3 giorni mensili o due ore giornaliere;
2. per il familiare: 3 giorni mensili

La legge 53/2000 riconosce al lavoratore il diritto ad un permesso retribuito per decesso o documentata grave infermità del coniuge o di un parente entro il secondo grado o del convivente. La stessa legge prevede per il lavoratore dipendente il diritto ad un congedo non retribuito, continuativo o frazionato fino ad un massimo di due anni per gravi e documentati motivi familiari garantendo il diritto alla conservazione del posto di lavoro ma vietando lo svolgimento di qualsiasi attività lavorativa.

Per richiedere i permessi sopra indicati occorrerà rivolgersi direttamente al proprio datore o all'ente previdenziale presso il quale vengono versati i contributi.

Pier Luigi Ruzzu

*Dirigente Medico Responsabile
Ufficio Invalidità Civili*

PER INFORMAZIONI

Associazione Medico Scientifica di Oncoematologia "Mariangela Pinna"
O.n.l.u.s. c/o SC di Oncologia Medica Via E. De Nicola, 14 07100 Sassari - Tel. fax 079.2061314/584
mail:associazioneoncoematologia.mp@gmail.com. Si può destinare il 5x1000 all'associazione con il codice fiscale 92023990903

Due scout medici da Sassari tra le tende d'Abruzzo

L'appartenenza alla Protezione Civile e innanzitutto alla Associazione Guide E Scout Cattolici Italiani (AGESCI) ci permette di vivere diverse esperienze di volontariato insieme a tanti amici che condividono la nostra stessa scelta offrendo non solo le proprie competenze, ma soprattutto mettendoci al servizio della popolazione per quello che a noi scout viene chiesto: servizio socio-assistenziale, montaggio e gestione delle tendopoli.

E' con questo spirito che, mettendo un po' da parte la nostra profes-



Piazza d'Armi, L'Aquila - Uno dei tanti giochi con i numerosi bambini presenti.

sione, ci siamo impegnati in questa emergenza.

L'esperienza in Abruzzo è stata unica come uniche e indimenticabili sono state le nostre precedenti missioni.

Portiamo con noi i visi, gli sguardi, gli abbracci, i sorrisi conquistati di questi amici che purtroppo stanno ancora vivendo questo incredibile disastro. Unici sono stati anche i

nostri fratelli d'avventura.

Siamo partiti in 30 dalla Sardegna, tutti Scout ma solo noi due medici, destinati in 4 delle 170 tendopoli allestite in Abruzzo.

Noi siamo stati destinati alla tendopoli di piazza d'Armi, a L'Aquila, abitata da circa 3000 sfollati.

Il silenzio è stato penetrante quando siamo arrivati a L'Aquila, case distrutte, il passato e i ricordi spazzati in un baleno ma soprattutto per molti la perdita di persone care.

L'arrivo al campo di piazza d'Armi e il primo approccio con la tendopoli non è stato facile, ci è sembrato di rivivere l'esperienza dei profughi Kosovari nel campo di Durazzo in Albania.

Il nostro campo, soprannominato "Vip" a causa della forte presenza di troupes televisive e di giornalisti, aveva tante problematiche.

Immaginatevi gli abitanti di una città, famiglie di ceti sociali diversi, perfetti sconosciuti costretti a vivere sotto la stessa tenda, senza una reale prospettiva per il prossimo futuro.

Cosa veramente dovevamo fare? Quali dovevano essere i nostri compiti?

La prima verifica ci ha portato a capire che i bambini avevano tante persone che pensavano a loro: clown, artisti aquilani, i frati e tanti altri volontari.

Anche noi dovevamo cercare di rallegrare e aiutare in qualche maniera i piccoli abitanti di questa nuova

*La riscoperta
della solidarietà
in una tendopoli
all'Aquila
per dare
un filo
di speranza dopo
il terremoto*



Effetti del sisma all'Aquila

città di tende azzurre.

Abbiamo iniziato i corsi di chitarra con i frati, preparato un canzoniere con gli accordi e i canti della messa, cercando di coinvolgere non solo i bambini ma anche chi aspettava un semplice invito per sentirsi utile.

Con un po' di fatica siamo riusciti a recuperare una tenda per poter realizzare e attrezzare una ludoteca.

Abbiamo collaborato all'apertura dell'asilo nido e aiutato le mamme durante la giornata a tenere i più piccoli così da poterle permettere, per quanto possibile, di pensare all'igiene personale e alla pulizia delle tende.

Ma quel che ci premeva era capire come raggiungere gli anziani e gli adulti.

L'occasione è arrivata quando abbiamo effettuato il censimento dei bambini e dei ragazzi per la riapertura delle scuole,

questa attività ci ha permesso di visitare tutte le tende scoprendo visi e realtà a noi ancora sconosciuti. Abbiamo trovato anziani che, arrivati nella tendopoli il giorno del terremoto non erano più usciti dalla loro "nuova dimora", disorientati, tristi e impauriti. Giorno per giorno siamo riusciti, ascoltandoli e parlando

del più e del meno, a conquistare la loro fiducia e a farli finalmente uscire per scoprire cosa c'era oltre quelle "4 mura".

E' stata una conquista quando nella ex pista di atletica del campo sportivo di piazza d'Armi abbiamo visto circolare passeggiando accanto a sedie a rotelle e finalmente alcuni anziani hanno ripreso a sorridere.

L'organizzazione dei primi tornei di briscola e tre sette, rivolti in parti-



Coppito, L'Aquila. I 30 scout della Sardegna che hanno prestato servizio in diverse tendopoli dell'Abruzzo dal 18 al 25 aprile 2009



Piazza d'Armi, L'Aquila. Attività di supporto agli anziani ospitati nella tendopoli

colare agli anziani, ma non solo, ha rappresentato un importante momento di aggregazione e di iniziale ritorno alle consuete abitudini.

Abbiamo anche studiato e realizzato la toponomastica del campo, preparando dei cartelli che permettessero di orientarsi in questa grande tendopoli ed assegnando a queste "finte vie" il nome delle regioni ita-



Uno scorcio della tendopoli

liane. Forse quello che abbiamo fatto è stato solo dar ascolto alla sofferenza delle persone e cercare con forza una fiammella di speranza nei loro discorsi per darli vigore e per spingerli ad andare oltre.

Non importa esser medico per fare il volontario ma è importante esser volontario per fare il medico, quello che la nostra professione ci

chiede ogni giorno nei nostri posti di lavoro e nella nostra vita.

Vivere queste tristi esperienze ti fa resettare il tuo presente, ti permette di capire sempre di più quanto sei fortunato e quanto invece la vita quotidiana con la sua frenesia ti faccia dimenticare le tue ricchezze.

Ogni giorno viviamo purtroppo un terremoto che sconvolge i rapporti personali e che invece in quella tendopoli dell'Abruzzo si stavano riscoprendo. Andar via dal campo non è stato facile, come sempre noi volontari partiamo nostalgici e lasciamo parte del nostro cuore dove andiamo.

Ci siamo salutati con tante lacrime, sorrisi e tante promesse di rivederci, ma sicuramente con la certezza da entrambe le parti che non avremo mai dimenticato questi momenti.

Paola Nieddu – Medico Radiologo, 1^a Radiologia Ospedale Civile - Sassari

Pasquale Bandiera – Professore Associato di Anatomia, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Sassari.

Il nuovo CD di Nino e Angelo Tedde

Medicina e musica: Duodeno consiglia “Labanda gastrica”

Il duodeno... triplica!! Ci sono voluti 9 mesi precisi di gestazione, ma nello scorso mese di agosto ha visto la luce... della ribalta l'ultima creatura musicale del Duodeno.

E fanno tre!!

E si perché dopo dieci lunghi anni di “Note intestine” (1999), Finalmente i due “Medici In Carrera” (2004) hanno trovato il rimedio: “Labanda Gastrica” A tutti!!!

È questo infatti il titolo della raccolta di 16 brani dell'ultimo Cd di Nino e Angelo Tedde, fratelli accomunati da identiche passioni: la medicina e la musica.

Brani scritti, musicati e cantati da essi stessi, di cui sei già editi nel 1999 ma rivisitati in nuova veste musicale e i restanti inediti.

Molti di essi attingono a piene mani dal quotidiano professionale dei due, riproposto in chiave umoristica, ironica e anche palesemente dissacratoria.

Il loro infatti è un genere musicale che essi stessi amano definire... diuretico e... catartico!!

E vari sono anche i temi trattati nelle loro canzoni: prettamente professionali (l'ambulatorio e il burn-out medico, la schiavitù del telefonino, il mistero... solo apparente di certe malattie ecc), sociali (l'omosessualità, la crisi della coppia, la pubblica opinione Etc..) politici (l'europeismo solo di moneta, l'iden-

tità del popolo sardo e la svendita dei loro beni ecc..) di costume (l'industria delle vacanze...) esistenziali (le “prime volte” in una vita, l'amore con i suoi tormenti, le proprie radici...).

Come da tradizione, non poteva però mancare il tema... genito-urinario in omaggio alla professione di uno del duo, Angelo, primario urologo ad Alghero. E Dopo “Iperprostatia Prostatica-Piscende” del 2004 ecco appunto “Induratio Penis”!!!

Ma poiché Nino e Angelo Tedde sono un “*Duodenulvi*” era doveroso un riferimento musicale anche al loro paese di origine, Nulvi appunto, dove Nino è da circa 30 anni medico di famiglia.

Ed ecco perciò, in chiusura di raccolta, due veri e propri “Spot” nulvesi in musica: “Monte Entosu” e “Inno Monte Alma”.

Ma come nasce il “Duodeno”?

Il “Duodeno” nasce... nell'utero materno! Emette il primo vagito Nino (1950), la parte sana.

Seguirà a breve (1953) Angelo, la parte... guasta!

Nella vita... extrauterina le due parti si riveleranno facilmente interscambiabili !!

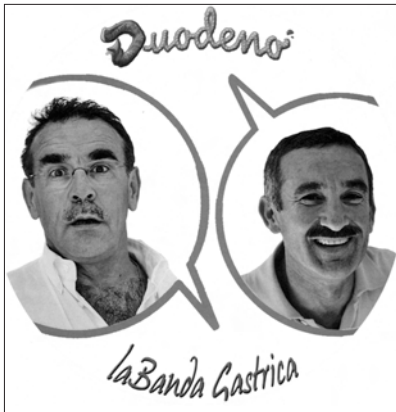
Dopo un rodaggio giovanile fatto di mitiche “Eko” suonate per feste in famiglia, nozze, gite, spiagge, messe beat ecc. I due fratelli vanno in pausa... biologica per via di mogli, figli, fervore lavorativo.

Altri 16 brani incrementano la produzione umoristico-dissacratoria dei fratelli di Nulvi

La malattia della musica resta in... incubazione per molti anni. Finché nel 1993 si ha il battesimo ufficiale di Nino e Angelo come "Duodeno": nientemeno che a Castrocaro Terme, tempio delle promesse musicali italiane. L'occasione la offre una rassegna nazionale di medici artisti, "Star per una sera". Il duodeno presenta un brano di Piero Marras, molto apprezzato, ma le promesse... restano tali!!!

Seguiranno però altre esibizioni a Lucca, Trieste, Abano, etc...

Da lì però prende l'avvio il bisogno di esprimersi con temi e sonorità proprie che si concretizza appunto col primo Cd del 1999 "Note Intestine".



A quegli anni risalgono anche l'ideazione, insieme ad altri 5 colleghi medici de "Il Medicista", la fortunata rassegna di medici artisti che offre opportunità di espressione alle numerose forme d'arte esistenti tra la classe medica nonché l'inizio della collaborazione da parte del Duodeno con Emergency la notissima associazione umanitaria fondata nel 1994 da Gino Strada.

Di "Emergency" Nino e Angelo

contribuiscono a diffonderne la conoscenza e la sua cultura di pace e di solidarietà in anni in cui era sconosciuta ai più. Promuovono iniziative, eventi, serate musicali per la raccolta di fondi in favore della associazione destinando loro anche parte del ricavato delle vendite dei loro Cd musicali.

Anche con "Labanda Gastrica" si persegue lo stesso obiettivo: riuscire entro il 31 dicembre a inviare una prima quota di fondi raccolti.

Intanto anche le "piazze" sarde scoprono... di possedere il "Duodeno" e così nel corso degli ultimi anni si contano numerosi i comitati di festeggiamenti di vari centri della Sardegna che hanno onorato il duo coi loro inviti. Tra i quali anche quelli di 2 circoli sardi in Belgio e 1 in Svizzera.

Il giusto merito e riconoscimento infine va dato al fior fior di musicisti che hanno resa possibile l'ultima fatica musicale del Duodeno, veri e propri talenti messisi generosamente a disposizione con i loro strumenti: Il maestro Paolo Poddighe arrangiatore dei brani e titolare dello studio di registrazione, Dorino Ruzzettu estroso maestro di fiati, della Orchestra Jazz Della Sardegna, Fabrizio Sullioti virtuoso chitarrista del Trio Doc Sound, il talentuoso chitarrista Pinuccio Cossu.

Insomma, un tutt'uno a formare... Labanda Gastrica!!!

Il CD è in vendita presso le Messaggerie Sarde di Sassari, e l'Aeroporto di Alghero, al prezzo di € 10.00.

Parte dei proventi verrà devoluta, come abitudine, a Emergency, la notissima associazione umanitaria fondata nel 1994 da Gino Strada.

Patologie poco conosciute

“Dopo la diagnosi”

Perché questo manuale?

Le malattie neuromuscolari (MNM) comprendono patologie su base genetica o acquisita che colpiscono il tessuto muscolare, il midollo spinale, il nervo periferico o la giunzione neuromuscolare. Sono malattie spesso a decorso cronico, con coinvolgimento multisistemico (in particolare con deficit della funzionalità cardiaca e respiratoria) e con problematiche di tipo ortopedico (scoliosi e altre deformità scheletriche).

Rare singolarmente (molte di esse sono comprese nell'elenco delle malattie rare individuate dal ministero della Sanità per l'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria), non lo sono come gruppo (da uno studio condotto nel 1990 dall'Osservatorio Epidemiologico di

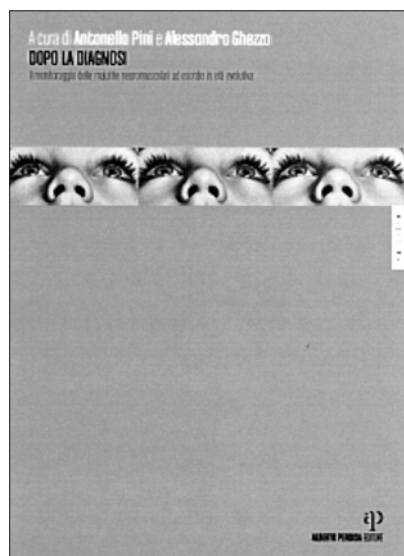
Bologna emerse una prevalenza di 42,61 per 100.000 abitanti residenti al 31/12/1989 a Bologna e provincia di età inferiore ai 20 anni).

Queste patologie sono spesso poco conosciute da medici e pediatri di base e ospedalieri e anche da specialisti in varie branche della medicina, spesso restii a intervenire in ambiti a loro troppo poco noti. Le difficoltà che spesso sorgono nel seguire questi pazienti derivano quindi da un lato da scarsa conoscenza e dall'altro da scarsa comunicazione tra i pochi centri altamente specializzati esistenti e i molti medici “non esperti” in materia, ma che si trovano comunque coinvolti nella gestione del malato, sia nell'acuzie che, e soprattutto, nella cronicità. La possibilità di accedere a siti web di carattere medico-scientifico è ormai alla portata di tutti; questa modalità di reperire informazioni, tuttavia, non è sempre agevole e raramente si riesce a farsi una rapida e semplice idea della gestione di un malato affetto da una data patologia, specie se rara, in tempi rapidi.

Per le considerazioni sopra espresse è sorta l'esigenza di creare uno strumento conoscitivo di facile consultazione che riassume, per ciascuna patologia, gli elementi clinici essenziali e le scadenze degli interventi da mettere in atto per sorvegliarne le complicanze in base alla storia naturale di quella data malattia, magari sconosciuta al lettore, dopo che sia

libri e convegni

*Una guida
utile
e una giornata
di studio
sulle malattie
neuromuscolari
il 17 dicembre
a Sassari*



stata formulata una diagnosi precisa. Uno strumento da consultare per cogliere rapidamente “la filosofia generale” di quella data malattia con, in coda a ciascuna problematica o patologia, alcune referenze bibliografiche per esigenze di approfondimento. Un manuale che non intende, quindi, sostituirsi ai testi specialistici, ma che aiuta la comprensione della gestione, del malato. Il libro, per come è stato concepito, è rivolto soprattutto ai medici ospedalieri (specie pneumologi, medici interni, rianimatori, intensivisti) ai MMG, ai pediatri di libera scelta, ai Neuropsichiatri, Infantili territoriali e fisiatrici. A distanza di un anno dalla pubblicazione ancora vi sono pazienti disabili con patologia distrofica muscolare che arrivano ad una acuzie respiratoria senza che fosse stata prevista e prevenuta, così come è possibile partendo dalla diagnosi e attuando un corretto monitoraggio. Proprio di questo il manuale si occupa.

Antonella Pini

Neuropsichiatria Infantile, U.O. di Neuropsichiatria Infantile, Ospedale Maggiore, Bologna.

Alessandro Ghezzi

Neuropsichiatra Infantile, UILDM Sezione di Bologna.

Il programma del convegno

Un convegno dal titolo “Lo stato dell’arte sulle malattie neuromuscolari: che fare dopo la diagnosi?” avrà luogo il 17 dicembre 2009 nella sede provinciale Ordine dei Medici di Sassari. Questo il programma:

ORE 15.30 - Apertura dei lavori: Agostino Sussarellu, Francesca Arcadu. Moderatori: Myriam Pastorino, Gianfranco Sau.

ORE 15.45 - Percorsi clinico diagnostici delle malattie neuromuscolari
Gianni Marrosu

ORE 16.30 - Maria Antonietta Melis: “La genetica delle malattie neuromuscolari: come orientarsi”

ORE 17.15 - Antonella Pini: “Malattie neuromuscolari: che fare dopo la diagnosi”

ORE 18.00 - Discussione e conclusioni. Nel corso del pomeriggio verrà presentato e distribuito il manuale dal titolo “Dopo la diagnosi. Il monitoraggio delle malattie neuromuscolari ad esordio in età evolutiva” a cura di Antonella Pini e Alessandro Ghezzi.

Moderatori e relatori: Francesca Arcadu, presidente sezione UILDM Sassari; Gianni Marrosu: Centro per la diagnosi e cura delle malattie neuromuscolari Cagliari; Maria Antonietta Melis: Dipartimento Scienze Biomediche - Biotecnologie-Università di Cagliari; Myriam Pastorino: Istituto Neuropsichiatria Infantile AOU Sassari; Gianfranco Sau: Clinica Neurologica AOU Sassari; Antonella Pini: Neuropsichiatria Infantile Ospedale Maggiore Bologna; Agostino Sussarellu: presidente Ordine dei Medici Sassari..

Segreteria scientifica: Istituto Neuropsichiatria Infantile AOU Sassari; Gigliola Serra, Myriam Pastorino, Silvia Pusceddu: Istituto di Neuropsichiatria Infantile Viale Italia 11 c/o Policlinico Sassarese, 07100 Sassari
Tel . 079 2062353 Fax 079.238512.
inpi@uniss.it

Segreteria organizzativa: Sezione UILDM Sassari: Francesca Arcadu
Via Pozzomaggiore, 14 07100 Sassari.
uildmsassari@tiscali.it

La data del 29 novembre 2009 non è perentoria

Termini e procedure per attivare la posta elettronica certificata

Decreto legge 29/11/2008 n. 185 convertito nella legge ordinaria n. 2 del 28.01.2009 prevede che “i professionisti iscritti ad un Albo si dotino obbligatoriamente di una casella di Posta Elettronica Certificata. Gli iscritti a Ordini dovranno dotarsi di questo strumento entro un anno dall’entrata in vigore del decreto, dandone comunicazione rispettivamente all’albo di appartenenza”.

Pertanto gli iscritti all’Albo dei Medici Chirurghi e all’Albo degli Odontoiatri di questo Ordine provinciale dovranno dotarsi entro il 29.11.2009 di una casella di Posta Elettronica Certificata e notificare l’apertura della stessa e il relativo indirizzo all’Ordine di appartenenza.

La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri con comunicazione del 17.04.2009 si assumeva l’onere di provvedere a dare soluzione al problema a livello nazionale, bandendo una gara per attivare una convenzione a livello nazionale per fornire il servizio di PEC a tutti gli iscritti agli Ordini a titolo gratuito o a titolo parzialmente oneroso.

Con la medesima comunicazione la FNOMCeO invitava gli Ordini provinciali a non assumere accordi e/o convenzioni con ditte interessate a proporre il servizio PEC in attesa di una soluzione a livello nazionale da raggiungersi dall’Ente nazionale entro l’anno.

Considerato che la medesima indi-

cazione è stata fornita anche in data 7 luglio 2009, gli Ordini provinciali non hanno assunto alcuna determinazione in merito.

Nei giorni scorsi la Federazione Nazionale in un comunicato pubblicato sul sito ha reso noto di non aver deciso iniziative a favore dell’attivazione della Casella PEC ai singoli professionisti, invitando gli Ordini ad informare gli iscritti.

A distanza di pochi giorni, il 16.11.2009, la FNOMCeO ha inviato la comunicazione n. 44 con la quale precisa che il Ministero della Funzione Pubblica ha chiarito che il termine del 29.11.2009 è da intendersi come termine ordinatorio e non perentorio, ma che il progetto deve essere portato a termine entro il 2010.

Nella stessa comunicazione è stata notificata la decisione assunta dal Comitato Centrale nella seduta del 13.11.2009 relativa all’iniziativa a sostegno degli Ordini provinciali e avente ad oggetto l’acquisto di caselle di posta elettronica certificata da attribuire agli Ordini che aderiscono alla proposta e che verranno distribuite gratuitamente agli iscritti.

La FNOMCeO si è impegnata all’acquisto, nella 1^a fase, del 70% delle caselle dei potenziali utenti, tuttavia l’Ordine ha richiesto l’attivazione di un numero di caselle pari a numero degli iscritti all’Ordine che attualmente sono 3798. Non appena saranno perfezionate le procedure di

Tutti i professionisti iscritti a un albo devono dotarsi di casella PEC: l’Ordine darà le informazioni quando sarà perfezionato il servizio

acquisizione del servizio e le modalità di adesione dei singoli iscritti, l'Ordine provvederà a fornire le relative indicazioni agli iscritti attraverso il sito e il bollettino.

Sorveglianza sanitaria Titoli e requisiti del medico competente

Sulla Gazzetta Ufficiale n.180 del 5 agosto 2009 (Supplemento Ordinario N. 142/L) è stato pubblicato il decreto legislativo n. 106109 recante "Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro".

L'articolo 24 del decreto legislativo indicato in oggetto apporta modifiche all'art. 38 del D. Lgs. 81108 che reca norme in materia di sorveglianza sanitaria e specificatamente prevede i titoli e i requisiti del medico competente.

Nella fattispecie l'art. 24 dispone che possono svolgere le funzioni di medico competente anche i "sanitari delle Forze armate, compresa l'Arma dei carabinieri, della Polizia di Stato e della Guardia di finanza" che abbiano svolto l'attività di medico nel settore del lavoro per almeno quattro anni. L'art. 13, comma 1, lett. a), del D.Lgs. 106108 integra l'art. 18, comma 1, lett.g), del D.Lgs. 81108, prevedendo che spetta al datore di lavoro il compito di porre il medico competente in condizione di svolgere correttamente il proprio ruolo, innanzitutto inviando i lavoratori alla visita medica entro le scadenze previste dal programma di sorveglianza sanitaria.

Infine l'art. 25 del d.Lgs. 106109 modifica l'art. 40 del D.Lgs. 81108,

disponendo che entro il 31 dicembre 2009, con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, previa intesa in sede di Conferenza per i rapporti tra Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, siano definiti, secondo criteri di semplicità e certezza, i contenuti degli Allegati 3A e 313 e le modalità di trasmissione delle informazioni per via telematica ai servizi competenti per territorio, relative ai dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria secondo il modello 313.

Si prevede che gli obblighi di redazione e trasmissione di tali dati decorrano dalla data di entrata in vigore del decreto sopracitato.

PER INFORMAZIONI E MODULISTICA

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

www.omceoss.org

Workshop a Bari su formazione pre laurea e specialistica

Facoltà malata? A consulto medici, università e politica

Una percentuale di “mortalità studentesca” tra le più alte di Europa: su tre ragazzi che si iscrivono a Medicina, due soli arrivano alla laurea. Un numero di medici e di specialisti “prodotti” che potrebbe rivelarsi insufficiente rispetto alle esigenze della popolazione. Insomma, se, come ha ricordato nei giorni scorsi anche il ministro dell’Istruzione Mariastella Gelmini, l’Università italiana è malata, anche la Facoltà di Medicina ha i suoi specifici acciacchi.

E, secondo i Medici, la “cura” non può che scaturire da un “consulto” di tutti gli attori coinvolti.

È da questa convinzione che scatuisce il *Workshop* che il 18 settembre scorso, a Bari – presso lo Sheraton Nicolaus Hotel, via Cardinale Ciasca 27 – ha visto la FNOMCeO insieme ai rappresentanti dell’Università, della Politica, delle Istituzioni, impegnata a trovare nuove proposte per una “Formazione pre laurea e specialistica” di qualità.

“Di fronte alle criticità di un percorso universitario quale quello per la formazione del medico – processo lungo, impegnativo e che non sfocia automaticamente in un pronto inserimento nel mondo del lavoro – la parola d’ordine deve essere cooperazione” ha dichiarato il presidente della FNOMCeO Amedeo Bianco, in apertura lavori.

Ma quali sono i punti deboli del

sistema formativo? E quali i “rimedi” che i Medici propongono?

Ecco cosa ha risposto il presidente dell’Ordine di Bari, ospite del *Workshop*, Paolo Livrea, che è anche direttore del Dipartimento di Scienze Neurologiche e psichiatriche dell’Università: “La prima criticità è l’abbandono del corso di studi, che ha una mortalità studentesca media annua del 28,6%”.

“E la percentuale di abbandoni è massima nel primo anno di corso – ha continuato Livrea – e questo significa che il processo di selezione a monte del numero programmato non coglie con efficienza le attitudini dei giovani ad affrontare questo tipo di studi”.

È improcrastinabile, quindi, una revisione completa di tutto il processo formativo, a partire dal numero degli accessi e dalle modalità di selezione, per coinvolgere il programma del corso di laurea, l’esame di Stato, gli accessi alle Scuole di specializzazione. Revisione che nasce anche dalle mutate esigenze dei pazienti, dai progressi della scienza e da considerazioni demografiche.

Sono ormai preistoria, infatti, i tempi in cui si dissertava sulla “plethora medica”: se non si interviene ora, nei prossimi quindici anni potrebbe verificarsi un calo di 70 mila camici bianchi. La maggior parte dei medici oggi in attività andrà in pensione e, di fronte a una popolazione sempre più anziana per l’invec-

Allarme per il numero crescente di studenti che abbandonano

chiamamento dei “figli del baby boom”, potrebbero verificarsi carenze in alcune aree specialistiche.

Un dato per tutti: se non ci sarà un’inversione di tendenza, si calcola che, nel 2017, undici milioni di pazienti rimarranno senza medico di famiglia.

“Noi Medici lanciamo una forte vocazione di responsabilità a tutti gli attori della formazione – ha concluso Bianco – chiamiamo a raccolta tutte le parti per il progetto comune di un medico e di un odontoiatra che possano rispondere alle grandi sfide poste dalla medicina e dalla sanità del prossimo futuro”.

Le vicende in Puglia: punizione per i colpevoli ma rispetto della professione

Al termine dell’incontro tra il Consiglio Direttivo dell’OMCeO di Bari – guidato dal presidente, Paolo Livrea e dal vicepresidente, Filippo Anelli – e il Comitato Centrale della FNOMCeO, che ha posto al centro della discussione le attuali criticità della Sanità pugliese, il presidente della Federazione, Amedeo Bianco, ha rilasciato la seguente dichiarazione.

“In un contesto politico e mediatico che ha distillato in modo pervasivo accuse generalizzate, motivando sfiducia e diffidenza nei cittadini, esprimo, nell’esercizio di una funzione pubblica di tutela, la piena solidarietà della Federazione degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri ai medici pugliesi.

Le vicende connesse ad episodi di vera o presunta cattiva sanità della Regione Puglia, sulle quali chiediamo venga fatta luce presto e bene, non possono né devono oscurare il lavoro serio e rigoroso di una comu-

nità professionale sana e operosa che, ogni giorno, supplisce, con sacrifici personali, alle carenze e insufficienze del Servizio Sanitario.

Come sempre in queste occasioni, non chiediamo salvacondotti per nessuno, ancor meno per quei medici che si dimostri abbiano sbagliato, tradendo la fiducia dei pazienti e le regole deontologiche. Ma pretendiamo rispetto per la nostra professione, per il suo difficile lavoro, che si fonda sull’autorevolezza del ruolo tecnico e civile e sulla fiducia dei cittadini.

Devastare questo patrimonio è un’opera ingenerosa, che riduce la tutela dei diritti fondamentali delle persone e le regole di convivenza civile della nostra comunità”.

Rivalutazione delle rendite dei medici per malattie da raggi X e sostanze radioattive

Nella Gazzetta Ufficiale n. 185 del 11 agosto 2009 è stato pubblicato il decreto 12 giugno 2009 concernente la “Rivalutazione delle prestazioni economiche per infortunio sul lavoro e malattia professionale con decorrenza 1 luglio 2009 per i medici radiologi”.

Il decreto è stato emanato dal Ministro del Lavoro e della Salute in attuazione dell’art. 5 della legge 10 maggio 1982, n. 251 e dell’art. 11 del decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38, che prevedono rispettivamente la riliquidazione e la rivalutazione annuale delle rendite in favore dei medici colpiti da malattie e lesioni causate dall’azione dei raggi X e delle sostanze radioattive. Il decreto fissa in Euro 54.757,58, con effetto dal 1 luglio 2009, la retribuzione annua da assumersi a base per la liquidazione delle rendite.

“Pensare la professione”, convegno a Padova

La medicina del futuro fra scienza e umanesimo

“**O**ccorre un modello in cui la medicina si possa organizzare a cavallo tra scienza e umanesimo, tra tecnologia e relazione, tra un livello micro – costituito dall’autonomia clinica di cui il medico ancora gode in relazione al contesto di esercizio della professione – e un livello macro, dove è preponderante il ruolo regolatorio delle istituzioni civili”.

Così il vicepresidente della FNOMCeO, Maurizio Benato, ha introdotto il convegno “Pensare per la professione” che per tre giorni, dal 15 al 17, ha visto Padova – la città del cui Ordine è presidente – trasformarsi in una fucina di idee e di progetti sul nuovo modello di medicina per il prossimo decennio.

Il Centro Culturale Altinate San Gaetano, durante la prima giornata, e la Sala dei Giganti dell’Università, nelle due giornate successive, hanno ospitato un grande brainstorming che ha visto economisti, sociologi, filosofi, docenti universitari, rappresentanti delle istituzioni impegnati a disegnare scenari e a progettare nuovi modelli in medicina e in sanità.

I poderosi processi di innovazione scientifica e tecnologica della medicina e le trasformazioni della sanità impongono sfide sempre più complesse che richiedono assunzioni di responsabilità e uno sforzo straordinario per ricomporre la professione in un progetto di miglioramento della Sanità ha dichiarato il presidente della FNOMCeO, Amedeo Bianco.

Quali sono le caratteristiche che deve avere il medico odierno?

Oggi, più di ieri, per l’efficacia della cura, non è sufficiente la completa padronanza delle attuali conoscenze scientifiche.

Ciò che serve è una sapienza multidisciplinare che dalla scienza vada alla bioetica, alla sociologia, all’economia.

Tra i relatori, il filosofo Dietrich Von Engelhardt, che ha introdotto alla medicina narrativa e alla terapia letteraria, il bioeticista Sandro Spinsanti, che ha analizzato l’equilibrio conflittuale tra Risorse e Diritti nei Sistemi Sanitari, il sociologo Ivan Cavicchi, che ha cercato di ricomporre la “divaricazione tra Medicina e Sanità”.

Alla fine del Convegno i medici hanno sintetizzato, in cinque punti, le loro proposte per il nuovo modello di medicina: una medicina che non può non tenere conto delle mutate esigenze del paziente, desideroso di narrare la sua storia, oltre che di tracciare la cronaca dei sintomi; una medicina che deve misurarsi con le scoperte innovative senza lasciarsene travolgere; e soprattutto, che non può prescindere dalla sanità, da fattori culturali, sociali ed economici.

*Idee e progetti
per il nuovo
modello
dall’incontro
fra sanitari,
economisti,
sociologi,
filosofi
e rappresentanti
delle istituzioni*

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

I 5 principi del “medico nuovo”

In un mondo in continua e vorticosamente evoluzione, il medico è chiamato a dipanare questioni scientifiche, organizzative, economiche, etiche, persino antropologiche. In che modo?

Con quale apparato culturale affronta queste variabili dalle quali dipende il funzionamento del sistema medico e sanitario?

A Padova, durante il Convegno “Pensare per la professione”, medici, bioeticisti, sociologi, filosofi, docenti hanno cercato, tutti insieme, di delineare la fisionomia del “medico nuovo”, individuando, uno dopo l’altro, quegli “snodi cruciali” che determinano oggi le scelte in medicina e sanità.

Dopo tre giorni, ecco, nero su bianco, i cinque principi fondamentali che sono emersi dal dibattito:

- Società, Salute e Sanità evolvono in scenari e contesti complessi e adattativi in modo sincrono e correlato e il modello di erogazione delle cure si presenta sempre più integrato e articolato.
- La medicina non può e non deve operare come controparte della sanità, avendo entrambe scopi interdipendenti, interconnessi e circolari.
- In un mondo in cui il ruolo del contesto è sempre più importante, la medicina non può costituire una variabile indipendente, così come non può esserlo il mondo della malattia.
- È matura l’idea che gli scopi della medicina vadano definiti attraverso la coscienza: una coscienza bioetica che dovrebbe imporre limiti alla medicina nel suo contesto sociale e culturale.

La medicina, cui viene continuamente rimproverato di essere sempre più una disciplina ingegneristico – riparativa, non può disgiungere l’obiettivo di efficienza da quello di efficacia e di equità nella tutela della salute.

“La parola d’ordine è integrazione” – sintetizza il vicepresidente della FNOMCeO, Maurizio Benato, che è anche il presidente dell’Ordine di Padova.

“Integrazione tra scienza, coscienza e sapienza, tra medicina e sanità, tra autonomia ed esigenze del paziente e scelte del medico, tra nuovi saperi e contesti sociali e culturali. Persino accettazione del rischio di errore come parte del procedimento medico, per una sua gestione e prevenzione concrete. “Quindi, la dichiarazione conclusiva del presidente della Federazione, Amedeo Bianco: “Accogliamo tutte le suggestioni di questo importante incontro, per costruire quel ‘Medico nuovo’ capace di interpretare i grandi cambiamenti della medicina, della sanità e della società, per riproporre, in questo rinnovato contesto, la missione di sempre: la tutela della salute”.

ORARIO DI RICEVIMENTO DEL CONSULENTE LEGALE DELL’ORDINE

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

Per aver frequentato la scuola

La sentenza della Cassazione sul compenso 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, riteniamo di fare cosa utile pubblicando la sentenza della Suprema Corte di Cassazione.

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
LA CORTE SUPREMA
DI CASSAZIONE
SEZIONE LAVORO

Composta dai magistrati: dottor DE LUCA Michele - presidente dottor MONACI Stefano - consigliere dottor DI NUBILA Vincenzo - relatore consigliere Dott. CURCURUTO 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 28/09/2005 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.

Fatto Diritto P. .M.

*Stabilito
nel 1991
il termine
dal quale
decorre
la prescrizione
di 5 anni*

Svolgimento del processo

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 controricorso i tre Ministeri convenuti.

Motivi della decisione

5. Coi 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 dei *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. Coi 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 nè di individuare l’importo adeguato della remunerazione. Ne consegue che l’avente diritto può soltanto chiedere il risarcimento del danno.
- Una volta trasporta (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 conditavo 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 osser-

vare 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 pregressi rimangono al di fuori dell'attuazione della direttiva.

Non a caso la citata sentenza "EmmoC" 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..

PER INFORMAZIONI E MODULISTICA

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

Nuova norma sull'idoneità per la guida dei ciclomotori

Le norme relative al rilascio del certificato d'idoneità alla guida di ciclomotori sono state modificate.

Con la nuova disposizione normativa, a far data dal 1° ottobre 2009, i certificati medici di idoneità alla guida di ciclomotori non potranno essere più rilasciati dai medici di medicina generale, ma dai medici di cui all'art. 119 del D.Lgs. 285102: medici delle ASL ai quali sono attribuite funzioni in materia medico-legale e anche dei medici militari in servizio permanente effettivo, medici del ruolo professionale dei sanitari della Polizia di Stato, ispettori medici delle Ferrovie dello Stato, medici del ruolo sanitario del Corpo nazionale dei Vigili del fuoco ecc.).

Il Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti ha emanato la circolare del 4 agosto 2009 con la quale ha diffuso la nuova normativa per l'accertamento dei requisiti psicofisici per il rilascio o il rinnovo dei certificati di idoneità alla guida dei ciclomotori.

Il comma 49 dell'art. 3 della legge 15 luglio 2009, n. 94 (1) (pubblicata sul supplemento ordinario n. 128/L alla Gazzetta Ufficiale) ha apportato modifiche in materia di certificazione sanitaria per il rilascio o la conferma di validità del certificato di idoneità alla guida dei ciclomotori.

Il particolare, il nuovo testo del comma 1 quater, dell'art. 116 (2) del codice della strada, risultante a seguito della modifica introdotta dal

citato comma 49, recita: "I requisiti fisici e psichici richiesti per la guida dei ciclomotori sono quelli prescritti per la patente di categoria A, ivi compresa quella speciale.

Fino alla data di applicazione del 30 settembre 2009, la certificazione potrà essere limitata all'esistenza di condizioni psicofisiche di principio non ostative all'uso del ciclomotore, eseguita dal medico di medicina generale".

In base alla nuova disposizione normativa, dunque, a far data 1 ottobre 2009 tutti i certificati medici allegati alle istanze per il conseguimento dei certificati di idoneità alla guida dei ciclomotori ovvero necessari per il loro rinnovo dovranno essere rilasciati dai sanitari di cui all'art. 119, commi 2 o 4 (3) del codice della strada.

La circolare segnala che la legge 94/2009, fra le numerose modifiche normative, ha previsto che dall'1 ottobre 2009 tutti i certificati medici per il conseguimento e il rinnovo dei certificati di idoneità alla guida dei ciclomotori dovranno essere rilasciati dai sanitari abilitati per le patenti di guida e non più dai medici di medicina generale, i cosiddetti "medici di famiglia".

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

*I certificati
non potranno
più essere
rilasciati
dai medici
di medicina
generale*

Invito a coordinare i programmi

Iniziative per il centenario

della prima istituzione degli Ordini

Nel corso dell'ultimo Consiglio Nazionale si è parlato del tema del Centenario della prima Istituzione degli Ordini che cadrà nel prossimo anno.

Poiché alcuni colleghi erano assenti, altri momentaneamente fuori dalla sala, desidero ricordare a tutti quanto detto in quella occasione. Al fine di celebrare degnamente questa importante ricorrenza, desidero invitare tutti gli Ordini provinciali, a prevedere essi stessi un riferimento al centenario della istituzione, magari nell'ambito della annuale "Giornata del Medico", con relativa eventuale previsione di spesa nei rispettivi bilanci. A livello nazionale, stiamo ipotizzando un Consiglio Nazionale apposito da tenersi il 9 e 10 luglio 2010, unitamente a quelli delle professioni sanitarie istituite con stessa legge, e concomitante organizzazione di una Conferenza Stampa. Successivamente, nel mese di ottobre, restringendo la celebrazione alla sola categoria medica, propongo un'ulteriore riunione, oltre che del Consiglio Nazionale, anche dei Consigli Direttivi degli Ordini provinciali, con una manifestazione da tenere a Roma, in una sede prestigiosa, con la partecipazione delle più alte cariche dello Stato. A latere sono in previsione iniziative diverse che abbracciano vari campi, dall'editoria alla stampa e quant'altro. All'uopo è stato costituito un "comitato tecnico" che si occupi della predisposizione di

tali cerimoniali, già sottoposto alla approvazione del Comitato Centrale e portato a conoscenza del Consiglio Nazionale; tale Comitato è composto dall'Esecutivo della FNOMCeO (Amedeo Bianco, Maurizio Benato, Gabriele Peperoni, Raffaele Iandolo, Giuseppe Renzo), dal presidente del Collegio dei Revisori dei Conti (Salvatore Onorati), e dai colleghi Graziano Conti (PG), Luciano Fattori (PS), Arcangelo Lacagnina (CL), Vito Sileo (Monza-Brianza) mentre, per la parte concernente Roma dai componenti l'esecutivo e il collega Mario Falconi.

Collaboreranno dal punto di vista organizzativo e amministrativo il Direttore e i Dirigenti della FNOMCeO.

Questa è una prima informativa affinché gli Ordini provinciali possano cominciare a predisporre programmi e iniziative da attuare nel corso del prossimo anno, cercando per quanto possibile, di evitare sovrapposizioni di date. Non mancheranno naturalmente ulteriori prossimi contatti tra FNOMCeO e sedi provinciali, per una organizzazione puntuale e rigorosa.

Insieme ai colleghi dell'Esecutivo, a Vostra disposizione fin da ora per ogni richiesta o chiarimento, confidando in una partecipazione e in una collaborazione significativa, data anche la particolarità della circostanza.

Amedeo Bianco

I cittadini vittime di speculazioni

Lauree false e titoli abusivi la denuncia degli odontoiatri

False lauree in odontoiatria; titoli autentici, ma conseguiti in paesi con insegnamenti semplificati e iter formativi più brevi, poi equiparati ai nostri attraverso percorsi oscuri e intermediari compiacenti. E il cittadino e la sua salute sono le vittime di questi traffici illegali.

Ecco il quadro inquietante emerso nell'ambito del Convegno "Odontoiatria italiana tra passato e futuro, dalla formazione all'aggiornamento", che si è da poco concluso a Padova. La Commissione Albo Odontoiatri (CAO) della FNOMCeO, da sempre in prima linea contro ogni abusivismo o esercizio improprio della professione, ha convenuto con il ministero della salute e l'Università sulla necessità di fare fronte comune per risolvere il problema delle false lauree in odontoiatria e per controllare i meccanismi complessi del riconoscimento dei titoli di laurea rilasciati nei paesi extracomunitari e nei paesi comunitari di nuovo ingresso.

A margine del convegno, il presidente della CAO nazionale, Giuseppe Renzo, ha voluto rilasciare questa dichiarazione: "Nel ringraziare i competenti uffici del Ministero della Salute, che stanno garantendo un vero e proprio argine di legalità nei confronti dei tanti tentativi speculativi in questo campo, denunciando la gravità della situazione, che pone in pericolo la tutela della salute in un ambito così importante dell'attività

sanitaria qual è quello odontoiatrico". In sostanza, da un lato c'è la preoccupazione per una situazione di grave illegalità, dall'altro c'è la totale solidarietà per quanti, all'interno del Ministero, lottano per garantire il rispetto della legge in questo comparto.

"La CAO esprime il suo sentito grazie a quanti, all'interno del Ministero della Salute, sono in prima linea in questa battaglia – ha concluso infatti Renzo. – L'intervento della dottoressa Egle Parisi, responsabile ministeriale per il riconoscimento dei titoli dei professionisti stranieri, ha aperto un velo su una realtà che è misconosciuta ma diventerà a breve, se non frenata con azioni coordinate e condivise, dirompente per le professioni medica e odontoiatrica e di grave nocimento per la salute dei cittadini".

ORARI DI APERTURA AL PUBBLICO

lunedì – mercoledì –
venerdì: dalle ore 11.00
alle ore 13.00
martedì: dalle ore 11.00
alle ore 13.00 e dalle ore
16.00 alle ore 18.00
giovedì: dalle ore 11.00
alle ore 15.30 (orario
continuato)

*Un quadro
inquietante
di traffici illegali
è emerso
da un convegno
a Padova*

Anche l'arbitro Pier Luigi Collina

Testimonial famosi per la lotta alla celiachia

Con lo slogan “Se lo riconosci lo puoi invitare a cena” prende il via la campagna di comunicazione dell'Associazione Italiana Celiachia che vede Pierluigi Collina protagonista di uno spot televisivo e testimonial d'eccezione sulle pagine di quotidiani e periodici insieme a Gaia De Laurentiis e Daniele Bos-sari. Obiettivo della campagna far conoscere la celiachia, sottolineare l'importanza della diagnosi precoce e dimostrare che i celiaci possono ormai condurre una vita normale grazie a una dieta appropriata.

Se la riconosci, non fa più paura. Perché con la celiachia oggi si può vivere normalmente: uscire a cena, mangiare un gelato, prenotare una

vacanza sicuri di trovare cibi adatti a chi soffre di intolleranza al glutine, non è più un problema.

È questo uno dei risultati più importanti raggiunti dall'AIC grazie al costante impegno a fianco dei pazienti in 30 anni di attività. E proprio per celebrare il trentennale l'AIC promuove la prima campagna di sensibilizzazione nazionale attraverso locandine e manifesti distribuiti presso farmacie e centri medici, inserzioni su quotidiani e periodici e uno spot televisivo e radiofonico che spiegano come una diagnosi tempestiva e una dieta appropriata permettano di condurre una vita “normale”.

Pierluigi Collina, “il migliore arbitro del mondo”, è protagonista con la sua famiglia della campagna stampa e dello spot televisivo che andrà in onda sulle reti RAI e Mediaset, dove interpreta se stesso nelle vesti di padre di una ragazza celiaca.

Così racconta la sua esperienza: “Mia figlia aveva 11 anni quando si è manifestata la malattia. La bimba ha perso moltissimo peso in poco tempo, eravamo davvero preoccupati perché non riuscivamo a capirne il motivo: avevo pensato a disturbi di carattere psicosomatico, temevo che potesse avere carenze gravi in un periodo di crescita così delicato. Abbiamo vissuto le difficoltà maggiori prima della diagnosi: per fortuna abbiamo scoperto abbastanza velocemente che si trattava di celiachia, grazie all'intuizione di un medico amico. Oggi nessuno potrebbe dire che mia figlia ha un'intolle-



**Se li riconosci
puoi invitarli fuori a cena.**

La celiachia si presenta con sintomi che, se riconosciuti, non si ripresentano più. I sintomi della celiachia sono tanti e anche molto diversi da un soggetto all'altro. Riconoscerli permette di risalire a un'intolleranza con cui ormai è facile convivere. È sufficiente seguire un regime alimentare fatto di cibi senza glutine largamente disponibili sul mercato. Questo è uno dei risultati dei 30 anni di attività dell'Associazione Italiana Celiachia grazie a cui anche Francesca può uscire a cena fuori con tutta la famiglia di così i suoi amici, sapendo che non incontrerà nessun sintomo.

AIC

Associazione
Italiana
Celiachia

30

800 404 016
www.aicceliachia.it

Pier Luigi Collina e la sua famiglia

*Una campagna
per far conoscere
la malattia
e favorire
la diagnosi
precoce*



Gaia De Laurentis

ranza alimentare: la sua vita è del tutto uguale a quella dei suoi coetanei e può anche andare a mangiare una pizza o ordinare cornetto e cappuccino al bar perché trova ovunque prodotti garantiti. Piccole cose, in realtà grandi conquiste che aiutano molto i pazienti e che sono state ottenute grazie all'attività dell'Associazione”.

Anche Gaia De Laurentis, attrice e conduttrice di successo, ha scelto di diventare testimonial d'eccezione della campagna stampa di AIC come madre di un bambino celiaco.

“Ho scoperto la malattia di mio figlio al momento dello svezzamento, dopo alcuni mesi di preoccupazione perché neppure i medici avevano inizialmente capito che si trattava di un problema legato al cibo: i sintomi erano talmente forti da lasciar pensare a malattie ben più gravi. La diagnosi è stata una liberazione. Oggi se mio figlio “sgarra”, me ne accorgo subito perché gli viene la “faccia da glutine”: diventa pallido, con le occhiaie, è più nervoso. Per fortuna però negli ultimi anni le cose

sono cambiate: le novità si susseguono di mese in mese ormai, ed è sempre più facile trovare ovunque prodotti eccellenti per qualità e gusto”.

Aggiunge Daniele Bossari, popolare deejay e conduttore televisivo, anche lui testimonial della campagna stampa nella duplice veste di celiaco e presidente onorario di AIC: “La mia testimonianza vuol dimostrare che si può vivere in modo assolutamente normale. Anzi, spesso ho usato la celiachia come segno distintivo e come escamotage per intenerire le ragazze!

L'Associazione è fondamentale sia per i pazienti che per i loro familiari: io ho sempre vissuto con serenità la mia condizione, ma frequentando gli altri ho scoperto che per molti non è così.

La campagna di AIC mira a diffondere la conoscenza della celiachia, i rischi correlati alla mancata diagnosi e l'importanza dello screening diagnostico per le persone con sintomi riconducibili alla malattia, ancora fortemente sottostimata. Negli ultimi anni il numero delle diagnosi è raddoppiato grazie alla sempre maggior attenzione che i medici di famiglia hanno rivolto all'intolleranza al glutine. L'iceberg della celiachia rimane però in gran parte ancora sommerso con meno di 100.000 pazienti diagnosticati a fronte degli oltre 500.000 attesi nella popolazione italiana: nel nostro paese solo 1 celiaco su 5 è stato al momento identificato e sono ancora troppe le diagnosi tardive, che arrivano dopo anni ed anni di sofferenze da parte dei pazienti.

L'Associazione Italiana Celiachia Sardegna dal 1982 offre assistenza tramite il suo ufficio informativo in Cagliari alla via Carloforte n.104 tel. 070.6848285 – cell. 3388310343 o a mezzo dei referenti delle varie province.

ELENCO DEI MEDICI DISPONIBILI AD EFFETTUARE SOSTITUZIONI DI ASSISTENZA PRIMARIA E DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA ANNO 2009

| n. | Ass. prim. | Pediatr. | Cognome e nome | anno laurea | indirizzo | cap-città | telefono | cellulare |
|----|------------|----------|---------------------------|-------------|-----------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------------|
| | Si | No | Aresu Leonora | 2006 | Via Copenaghen 14B | 07100 Sassari | | 320/8591160 |
| | Si | No | Azzera Grazia | 2006 | Via Copenaghen 14B | 07100 Sassari | | 340/8574707 |
| | Si | No | Barracu Pasquale | 2008 | Via Luigi Canepa 70 | 07041 Alghero | 079/977476 | 347/4490738 |
| | Si | No | Brichetto Giovanna | 1996 | Via Ugo Foscolo 33 | 07041 Alghero | 079/979098 | 340/7905249 |
| | Si | No | Caddeo Antonello | 2008 | Via Giusti 11 | 07100 Sassari | | 345/3468199 |
| | Si | No | Cau Annalisa | 2005 | Via Galileo Galilei 23 | 07100 Sassari | 079/273771 | 320/8144871 |
| | Si | No | Concu Daniela | 2008 | Via Napoli 41 | 07100 Sassari | 079/277113 | 333/6039994 |
| | Si | No | Cosmi Stefania | 2005 | Via Rolando 15 | 07100 Sassari | | 3409430529 |
| | Si | No | Cossu Antonio | 2007 | Via Arenosu 45 | 07041 Alghero | | 339/5214212 |
| | Si | No | Cuccaru Maria Pina | 2009 | Via Allende 16 | 07036 Sennori | | 349/6486437 |
| | Si | No | Cugurullo Francesca | 2008 | Via della Libertà 14/a | 07046 Porto Torres | | 347/4447142 |
| | Si | No | Demelas Emiliano | 2008 | Via Gallura 19 | 07037 Sorso | | 340/6830432 |
| | Si | No | Ena Luca | 2009 | Via Porcellana 56 | 07100 Sassari | 079/212471 | 347/2927230 |
| | Si | No | Ferrari Fulvia | 2003 | Via Bellini 5 | 07100 Sassari | 079/238299 | 333/7325757 |
| | Si | No | Ledda Rita | 2008 | Via G. Spano 13 | 07019 Villanova Monteleon | | 349/2165867 |
| | Si | No | Leone Giovanna Costanza | 2000 | Via Torino 15 | 07100 Sassari | 079/274500 | 349/5627905 |
| | Si | No | Marongiu Paola Bernardina | 2004 | Via Enzo 9 | 07100 Sassari | | 349/2286567 |
| | Si | No | Marras Gianfranca | 2008 | Reg. Salighes | 07014 Ozieri | | 347/5239108 |
| | Si | No | Marras Riccardo | 2008 | Viale Sardegna 52 | 07041 Alghero | 079/951765 | 347/6488719 |
| | Si | No | Masala Silvia | 2001 | Via Principe di Piemonte 54 | 07100 Sassari | 079/210054 | 347/7262911 |
| | Si | Si | Meloni Donatella | 2001 | Via Ugo Padula,13 | 07100 Sassari | 079/274380 | 347/7304608 |
| | Si | No | Ogana Francesca Sara | 2004 | Via Torres 23 | 07100 Sassari | | 349/2803221 328/7495972 |
| | Si | No | Oggiano Anna Maria | 2008 | S.S. dell'Angiona 59 | 07100 Sassari | 079/250324 | 349/1961801 |
| | Si | No | Orani Teresa | 2008 | Via Colombari 6 | 07045 Ossi | 079/348255 | 340/0961856 |
| | Si | No | Pellegrini Nannina | 2007 | Via A. Delfenu 60 | 07100 Sassari | | 349/29284433 389/8382675 |
| | Si | No | Petretto Valeria | 2004 | Via Giovanni Bruno 2/f | 07100 Sassari | | 338/1967969 |
| | Si | No | Piga Andrenuccia | 2009 | Via S. Quasimodo 23 | 07100 Sassari | 079/5903790 | 348/0007971 |
| | Si | No | Pischedda Paolo | 2008 | Via Marsiglia 51 | 07100 Sassari | 079/271057 | 347/8295090 |
| | Si | No | Pulecina Mariangela | 2004 | Via Manunta 13 | 07017 Ploaghe | 079/449295 | 340/0068783 |
| | Si | No | Pulighe Fabio | 2009 | Via Marconi 17/a | 07010 Benetutti | 079/796269 | 349/4684594 |
| | No | Si | Quarta Valentina | 1999 | Via Lazio 19/b | 07026 Olbia | | 339/2290647 |
| | Si | No | Ragaglia Vera Mariangela | 2001 | Via San Cristoforo 21 | 07100 Sassari | | 340/3081087 |
| | Si | No | Rum Rossella Francesca | 2009 | Via P.ssa Giovanna 18 | 07046 Porto Torres | 079/513242 | 348/4830482 |
| | Si | No | Salaris Maria Atonia | 2006 | Via Manzoni 4 | 07040 Uri | 079/419021 | 329/9838687 |
| | Si | No | Salaris Paola | 2008 | Via Budapest 32 | 07100 Sassari | 079/210276 | 349/7830290 |
| | Si | No | Soddu Andrea | 2005 | S.V. Monti di Mannu 22 | 07100 Sassari | 079/210839 | 333/9483157 |
| | Si | No | Solinas Angelo | 2008 | Via Alagon 9 | 07100 Sassari | | 349/4646789 |
| | Si | No | Spirito Maria Carme | 2009 | Reg. Arenosu 14 | 07041 Alghero | | 349/0509404 |
| | Si | No | Suelzu Salvatore | 2008 | Via lu Rotu 6 | 07038 Trinità d'Agultu | 079/681198 | 340/2741900 |
| | Si | No | Tion Isolina | 2009 | Via S. Marras 5 | 07100 Sassari | | 333/3978737 |
| | Si | No | Verderosa Vincenzo | 2009 | Via Balai 68 | 07046 Porto Torres | 079/510607 | 349/5451803 |