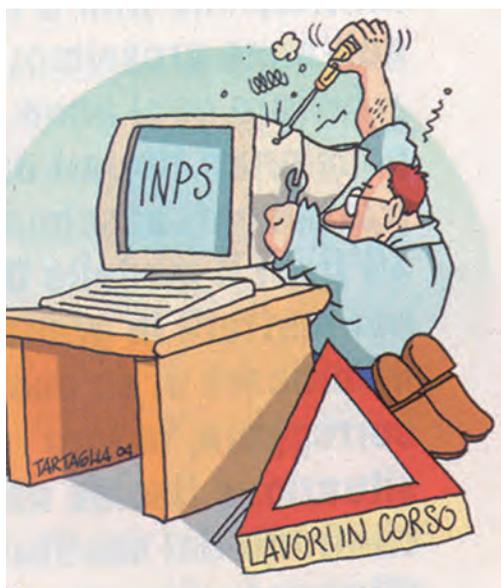


# SASSARI MEDICA



2

ANNO XIX  
APRILE 2010

"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".

**IN QUESTO  
NUMERO:**

Editoriale/1 L'ingerenza della politica nella sanità

Editoriale/1 Quanto è lecita l'intromissione della politica

Editoriale/2 La Corte Costituzionale: sulle Asl nuovo alt allo spoil system

Onaosi: oltre cento anni di solidarietà e previdenza

Le novità sul sistema di previdenza dei medici

La parola e intorno alla parola Verso un'ecologia della mente

Non solo medicina, anche musica come forma di linguaggio

Formazione/1 Medicine e pratiche non convenzionali

Formazione/2 Universitaria pre laurea e specialistica

Incontro sulle certificazioni di malattia on line

Farmaco RU 486: somministrazione e parere del Consiglio Superiore

Ricerca cardiologi e fisiatri

Corsi/Ipnosi ericksoniana e PNL. L'occhio e le sue affezioni

Elezioni dei comitati consultivi delle aziende USL e dell'ENPAM

Il concorso per l'ammissione ai corsi triennali 2010-2015 di formazione in medicina generale

Supplemento **INPS La Nuova procedura per l'Invalidità Civile**  
Testo della Circolare n. 131  
**Manuale Medici Certificatori**



Lavori in corso all'INPS (vignetta)

Anno XIX - Numero 2  
2010

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

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

- 2 Editoriale/1 L'ingerenza della politica nella sanità
- 3 Editoriale/1 Quanto è lecita l'intromissione della politica nella sanità
- 5 Editoriale/2 La Corte Costituzionale: sulle Asl nuovo alt allo spoil system
- 6 Onaosi: oltre cento anni di solidarietà e previdenza
- 9 Le novità sul sistema di previdenza dei medici
- 12 La parola e intorno alla parola Verso un'ecologia della mente
- 18 Non solo medicina, anche musica come forma di linguaggio
- 21 Formazione/1 Medicine e pratiche non convenzionali
- 29 Formazione/2 Universitaria pre laurea e specialistica
- 32 Incontro sulle certificazioni di malattia on line
- 33 L'inizio della somministrazione del farmaco RU 486
- 34 Il testo del parere espresso sul farmaco RU 486 dal Consiglio Superiore di Sanità
- 40 L'istituto Auxologico Italiano ricerca cardiologi e fisiatristi
- 41 Corso 1/Formazione avanzata su ipnosi ericksoniana e PNL
- 44 Corso 2/L'occhio e le sue affezioni riconoscerle e curarle
- 45 Il concorso per l'ammissione ai corsi triennali 2010-2015 di formazione in medicina generale
- 46 Elezioni dei comitati consultivi delle aziende USL e dell'ENPAM
- 47 Servizio estivo di assistenza sanitaria all'Asinara e in Costa Smeralda

*Buoni (e cattivi) pensieri*

## *L'ingerenza*

### *della politica nella sanità*

**D**a anni ormai si parla dell'ingerenza della politica, o meglio dei politici di qualsiasi schieramento, nel mondo della sanità, ma, se interrogati in proposito, questi sembrano cascare dalle nuvole e negano ogni loro interesse.

Recentemente la classe politica calabrese ha avuto il coraggio, o meglio, la faccia tosta, di immettere all'interno di una legge tale pretesa, proponendo che i direttori generali delle ASL dovessero automaticamente decadere al cambio degli organi politici della regione.

Ebbene, la Corte Costituzionale, con la sentenza n° 34/2010 depositata il 5 febbraio scorso, ha bocciato la suddetta norma in quanto in contrasto con gli articoli 97 e 98 della Costituzione.

I direttori generali non sono fiduciari del politico che li ha nominati, ma tecnici che, in possesso di specifici requisiti di competenza e professionalità, devono svolgere il loro lavoro con correttezza e lealtà, eseguendo le direttive che provengono dall'organo politico, quale che sia il titolare pro tempore.

In altre parole, questi devono essere tecnici neutrali che devono lavorare agli obiettivi indicati dal vertice politico, restando però al servizio della nazione, non del governatore di turno.

Non voglio entrare nel merito prospettando la possibilità che questa sentenza si ripercuota sulla situa-

zione della nostra regione, nella quale sono ancora aperti i contenziosi impostati dai direttori generali, allontanati con la cosiddetta "Finanziaria bis", legge 3/2009, ma voglio comunque trarre una morale da quanto è successo nella nostra isola, morale che serve a tutti i politici che negli anni andranno ad amministrarci.

Al cambio del quadro politico è subito seguita la necessità, definita "problema politico", della sostituzione dei direttori generali.

Anche se non condivisibile e, come asserito dalla Corte Costituzionale, non proprio regolare, il cambio dei vertici aziendali è stato effettuato, ma questa volta è successa una cosa quantomeno curiosa: per ciascuna poltrona di ogni ASL, man mano che venivano resi noti i nomi dei designati, la stampa indicava i partiti, se non addirittura i politici, che li stavano sponsorizzando. Basta controllare i vari articoli dei giornali che ultimamente hanno parlato di sanità, per verificarlo.

Allora accettiamo pure che ci sia una forzatura del normale agire (costituzionale), ma nella possibilità di deroga, proviamo a fare una proposta: valutiamo l'operato dei nuovi direttori generali, sanitari e amministrativi, con attenzione, almeno come siamo soliti fare, e al momento del rendiconto rivolgiamoci a chi, giurando sulla propria competenza a scegliere, li ha messi in quel posto di

*I politici  
che designano  
i direttori  
generali  
delle ASL  
dovrebbero  
risponderne  
ipersonalmente.  
Invece  
a pagare  
sono sempre  
i malati*

comando. Cosa potrà accadere in questa maniera? Che il politico, chiamato a rispondere in prima persona, se avrà sbagliato scelta dovrà dare una giustificazione valida per potersi ripresentare di fronte ai propri elettori. Si potrebbe addirittura giungere all'idea di un curriculum da presentare, con all'interno i successi e gli insuccessi.

Tutti sogni, tutti castelli in aria... Torniamo coi piedi per terra! Le cose resteranno così, e andranno come

vanno da sempre: nessuno si accollerà responsabilità, e come al solito pagheranno i direttori generali che si vedranno esautorati, sempre, al cambio di gestione politica. Ma a tutti dev'esser chiaro che quelli che pagano e pagheranno ancor di più sono solo e sempre i più deboli, dunque quei cittadini che hanno bisogno del sistema sanitario per una ragione molto semplice: perché sono malati.

**Agostino Sussarellu**

*Così fan tutti, ovvero...*

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

*Questo editoriale è stato pubblicato su "Sassari Medica" di due anni fa. Lo ripubblichiamo perché è più che mai di attualità: nella sanità pubblica da allora ad oggi nulla o poco è cambiato.*

La nostra Nazione sta attraversando un periodo particolare: dopo il disfacimento della prima repubblica, è in atto la resa dei conti della seconda.

Voglio tranquillizzarvi, non intendo lanciarmi in tematiche di politica pura, non mi competono e credo che non ne sarei neppure capace. Intendo piuttosto provare a riflettere sull'intromissione della politica nella sanità, argomento su cui i nostri politici hanno dibattuto a lungo in questi giorni, anche perché ad alcuni di loro ha creato grossi grattacapi.

Mi è sembrato di assistere alla scoperta dell'uovo di Colombo: i mass media ci hanno informato che da qualche tempo a questa parte la

sanità è gestita in prima persona dalla politica, che la nomina dei direttori generali avviene per spartizione tra i partiti, secondo i canoni, sempre vituperati, ma mai accantonati, del "Manuale Cencelli" (alla parola "manuale", la mente ritorna con nostalgia al "manuale delle Giovani Marmotte"... magari si trattasse di quello!).

*L'Espresso* ha recentemente pubblicato un articolo sulla colonizzazione del Niguarda da parte del governatore Formigoni; dopo pochi giorni, *La Repubblica* ha presentato un analogo articolo sulla situazione del Piemonte e della Liguria. Sembra di assistere letteralmente ad un'invasione militare. Analogamente in tutt'Italia, nella gestione della sanità, avviene quanto descritto per queste regioni; non emerge alcuna differenza procedendo da nord a sud, passando per il centro, e comprendendo le isole... Nell'articolo è presentata una tabella che illustra la spartizione

*I criteri di designazione dei primari, il merito e l'anomalia delle "segnalazioni"*

dei 277 posti di direttore generale, messa in pratica dai vari partiti dell'intero arco costituzionale.

Tutti si scandalizzano all'apparire di queste notizie, ci si dimentica di dire che questa storia è trita e ritrita, che torna regolarmente alla ribalta, per venir poi, al tempo stesso, facilmente dimenticata.

I direttori generali di cui sopra, nominano, a loro volta, i Primari, senza che nessuno possa sindacare la loro scelta, attingendo fra gli idonei di una banale graduatoria, esito di un concorso espletato da una commissione presieduta dal Direttore sanitario. Non è necessario alcun commento.

Il ministro della salute, Livia Turco, vuole arrivare ad una maggiore trasparenza, e per questo si è rivolta a tutte le forze politiche, alle regioni, ai sindacati e alle professioni, perché tutti facciano la loro parte nel promuovere "il merito e la competenza, prima di ogni altro interesse".

All'interno del documento del ministro, vengono fatte delle proposte per la scelta e la nomina dei direttori generali e dei primari.

Qualcuno va anche oltre la proposta della Turco, per quanto riguarda i concorsi per primario, e arriva ad ipotizzare un ritorno ai concorsi con commissari scelti da un'apposita graduatoria stilata su scala nazionale. La commissione, forte della propria autorevolezza, dovrebbe arrivare a designare il vincitore. Personalmente, penso che la gestione delle graduatorie da cui scegliere i commissari dei concorsi dovrebbe essere affidata ad organi istituzionali e terzi, quali gli Ordini Professionali, che si vedrebbero così riconoscere nuovamente quel ruolo che molti anni fa fu loro tolto.

Utopia, so perfettamente che ciò

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

Dopo aver risposto a tale quesito, facciano pure ciò che la coscienza suggerisce loro!

**Agostino Sussarellu**

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

Il presidente dell'Ordine, dottor Agostino Sussarellu, riceve tutti i martedì pomeriggio presso la sede dell'Ordine previo appuntamento da stabilire al numero di telefono 079/234430

*Bocciata la legge della Regione Calabria*

# *La Corte Costituzionale sulle Asl Nuovo alt allo spoil system*

Su politica e sanità proponiamo un articolo pubblicato sul quotidiano “Il Sole 24 ore” dopo la significativa sentenza della Corte Costituzionale.

**D**opo il Lazio, è la volta della Calabria: la Corte costituzionale, con la sentenza n. 34/2010, depositata il 5 febbraio scorso, ha bocciato le norme calabresi volute dalla Giunta Loiero che prevedono la decadenza automatica dei direttori generali delle Asl al cambio degli organi politici di vertice della Regione. Un nuovo netto alt allo spoil system per i manager, motivato con una ragione di fondo: i direttori generali non sono nominati in base a criteri «puramente fiduciari», perché l'affidamento dell'incarico è subordinato «al possesso di specifici requisiti di competenza e professionalità».

Ai direttori generali, di conseguenza, si richiede non la «fedeltà personale alla persona fisica che riveste la carica politica» ma la «corretta e leale esecuzione delle direttive che provengono dall'organo politico, quale che sia il titolare pro tempore». Senza mezzi termini, la Corte sancisce che i direttori generali devono essere «funzionari neutrali».

La Consulta ha perciò dichiarato incostituzionali i commi 1 e 4 dell'articolo 1 della legge calabrese n. 12/2005, ribadendo quanto affermato nella sentenza n. 104/2007 con cui aveva sottolineato l'illegittimità di analoghe norme del Lazio: la rimozione automatica dei direttori generali di Asl e ospedali a ogni cambio di maggioranza politica viola gli articoli 97 e 98 della Costituzione. Perché lede i principi di imparzialità e buon andamento della pubblica amministrazione e pregiudica la continuità dell'azione amministrativa, il principio del giusto procedimento (escludendo il diritto del funzionario di intervenire nel processo di rimozione e di conoscerne la ragione) e l'efficienza e l'efficacia dell'azione amministrativa. In base alle quali «le decisioni relative alla rimozione dei funzionari incaricati della gestione amministrativa, così come quelle relative alla loro nomina, debbono essere fondate sulla valutazione oggettiva delle qualità e capacità professionali da essi dimostrate».

Di più: prevedendo anche la cessazione degli incarichi già in corso nel momento in cui è entrata in vigore, la legge della Calabria non si limita a subordinare la permanenza in carica del titolare al «termine incerto» del rinnovo dell'organo politico, ma produce automaticamente la fine di un incarico conferito senza la previsione di quel termine. Violando così pure il legittimo affidamento (articolo 3 della Costituzione) riposto dai manager nella possibilità di portare a termine le funzioni loro conferite.

La sentenza (presidente Amirante, relatore Cassese) assesta un altro colpo alla pratica di azzerare i vertici delle aziende sanitarie e ospedaliere dopo le elezioni regionali. E rimarca un principio: i direttori generali devono sì lavorare agli obiettivi indicati dal vertice politico, ma restando al servizio della Nazione. Non del governatore di turno.

La partita, però, è tutt'altro che chiusa: ai Tar di Cagliari e dell'Aquila pendono i ricorsi dei direttori generali rimossi in Abruzzo e in Sardegna.

Manuela Perrone

*I manager  
delle ASL  
non sono mere  
emanazioni  
degli organi  
politici  
ma «funzionari  
neutrali»*

*Da un'idea di un medico di Forlì*

## *Onaosi: oltre cento anni di solidarietà e previdenza*

**D**a un'idea di Luigi Casati nasce l'Onaosi, che assiste migliaia orfani di Sanitari.

L'Opera Nazionale per l'Assistenza agli Orfani dei Sanitari Italiani è un ente senza scopo di lucro nato da un'idea di un medico di Forlì, Luigi Casati, che nel 1874 la illustra al primo congresso nazionale dei medici condotti a Padova.

Nel 1890 i professori Carlo Ruata di Perugia e Lorenzo Bruno di Torino promuovono una sottoscrizione tra sanitari per fondare un'associazione che si prenda cura dei loro orfani. Il ricavo della sottoscrizione viene affidato ad una commissione che, nel 1892, tra le tante richieste di assistenza, sceglie 5 orfani tra i più bisognosi, in rappresentanza di diverse zone d'Italia, ospitandoli in base ad una convenzione presso l'Istituto Sant'Anna di Perugia.

Fin dall'origine, quindi, le risorse e i finanziamenti per sostenere l'iniziativa provengono esclusivamente e per intero dalle categorie sanitarie. Non si fa ricorso ad alcun finanziamento pubblico diretto o indiretto.

Con Regio Decreto 20 luglio 1899, che ne approva lo statuto organico, l'Opera viene eretta in ente morale con la denominazione di "Collegio-Convitto per i figli orfani dei sanitari italiani in Perugia".

Nel 1901 si inaugura a Perugia il primo "Collegio-convitto per gli orfani dei sanitari italiani". Verso la fine dell'anno, su un bollettino del consiglio del Collegio-Convitto si legge: "Il nostro Collegio Convitto verrà in futuro a

rappresentare, più che un'opera pia, una mutua società di assicurazione costituita però con larghi criteri di beneficio altruistico e di solidarietà di categoria".

Sarà una nuova forma di cooperazione che avrà degli imitatori in Italia e all'estero. Il principio previdenziale fa già capolino, insito nella originaria concezione solidaristica ed assistenziale.

La modernità dell'iniziativa ha larga eco nel Paese. Su iniziativa del deputato perugino Cesare Fani, il parlamento approva la legge 7 luglio 1901, n. 306, "portante provvedimenti per il Collegio-convitto per i figli dei sanitari italiani in Perugia". La legge rende obbligatorio il contributo per tutti "i medici chirurghi, veterinari e farmacisti esercenti nel Regno alle dipendenze di pubbliche amministrazioni". Tutti gli altri sanitari "liberamente esercenti" possono contribuire volontariamente.

La Seconda Guerra Mondiale causa gravissime conseguenze all'Opera; gli eventi bellici la tagliano fuori da ogni contatto con le regioni del nord e del sud, prima con la linea di Cassino e poi con la linea Gotica. Vengono meno i contributi di 40.000 sanitari. Il professor Nicola Pende, endocrinologo di fama mondiale, alla guida dell'ONAOSI dal 1934, eletto senatore del regno, preferisce dimettersi per le difficoltà intervenute. Sembra la fine. Ma la tenacia, prima di tutti del professor Raffaello Silvestrini di Perugia, nominato commissario straordinario, e delle autorità comunali di Perugia, porta ad un'insperata e decisiva ripresa.

*La prima  
sottoscrizione  
nel 1890  
e l'attuale  
struttura  
di fondazione  
privata*

Nel 1995, in base al decreto legislativo n.509/1994, l'Onaosi (insieme ad Enpam, Enpav, Enpaf, Cassa degli Avvocati, Cassa dei Notai, Cassa degli Ingegneri, ecc.) si trasforma da ente pubblico in fondazione privata. Il 30 ottobre i ministeri competenti approvano il primo statuto ed il regolamento della "privatizzazione".

Nel 1999 la Corte Costituzionale, chiamata a pronunciarsi su alcuni ricorsi, conferma la legittimità dell'obbligo della contribuzione all'Onaosi in quanto fondata essenzialmente sul principio di solidarietà. Nel 2000 Aristide Paci è eletto per la seconda volta presidente dell'Onaosi.

Oggi, la presidenza e il consiglio di amministrazione, avvalendosi di risorse umane variamente impiegate, tra personale amministrativo e educativo, proseguono il cammino: definire nuove strategie, rafforzare l'immagine dell'Opera, potenziare i valori educativi e culturali. Sono decine di migliaia coloro che, in oltre un secolo di vita, hanno conseguito la loro formazione nell'Opera e con l'Opera. La storia continua.

### Chi sono i soggetti assistiti

Gli assistiti dalla Fondazione ONAOSI sono:

- a) gli orfani dei sanitari contribuenti obbligatori o volontari, iscritti alla data del decesso e in regola con i versamenti dei contributi;
- b) i figli dei contribuenti, obbligatori o volontari, in regola con i versamenti, dichiarati totalmente e permanentemente inabili all'esercizio della professione, per malattia insorta durante il periodo della contribuzione;
- c) i figli dei contribuenti cessati dal servizio, anche per dimissioni volontarie, che abbiano un minimo di 30 anni di contribuzione complessiva, che risultino regolari contribuenti obbligatori entro il 31 dicem-

- bre 2002 e che mantengano l'iscrizione all'ordine professionale;
- d) i figli dei contribuenti volontari al 31 dicembre 2002 che, avendo un minimo di 60 anni di età, abbiano versato complessivamente il contributo annuale per almeno 30 anni e che mantengano l'iscrizione all'ordine professionale.

### Prestazioni

Le prestazioni erogate in favore dei soggetti assistiti sono:

- a) ammissione nei Convitti\* e Collegi Universitari in Perugia e nei centri formativi in varie città italiane;
- b) contributi in denaro, di carattere ordinario e/o straordinario il cui importo è legato all'ordine di studi seguito (con una maggiorazione per gli studenti fuori sede). È prevista inoltre l'erogazione di un'integrazione assistenziale in relazione alle condizioni economiche del nucleo familiare di appartenenza. Per ulteriori dettagli, consultare il seguente vademecum reperibile anche nella pagina studenti o nella pagina modulistica con il relativo modello di domanda;
- c) interventi diretti a favorire la formazione;
- d) interventi speciali a favore dei disabili di cui alla L. 5 febbraio 1992, n. 104 e successive modifiche ed integrazioni;
- e) convenzioni con università, istituti e centri di ricerca per specializzazioni post-lauream;
- f) ogni altra forma ritenuta idonea al conseguimento dei fini istituzionali, o a essi strumentale, complementare o comunque connessa.

\*) *Delibera al vaglio dei ministeri vigilanti*

### Accesso a prestazioni servizi

Per l'accesso alle prestazioni e ai servizi occorre formulare apposita do-

manda, cui dovrà essere allegata, anche tramite le dichiarazioni sostitutive di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 (e successive modifiche e integrazioni), la documentazione atta a comprovare il possesso dei requisiti previsti..

L'eventuale diritto alle prestazioni e/o servizi decorre dal momento della domanda, previo accoglimento della stessa.

La domanda di prestazioni deve essere sottoscritta:

- a) dall'interessato maggiorenne capace di agire;
- b) nel caso di minori o di interdetti, dal legale rappresentante, previa eventuale autorizzazione dell'autorità giudiziaria, nei casi richiesti dalla legge;
- c) nel caso di inabilitati, dall'interessato e dal curatore congiuntamente, previa eventuale autorizzazione dell'autorità giudiziaria, ove necessario.

Le erogazioni dei contributi verranno effettuate al maggiorenne, o, in caso di minori, ovvero di interdetti, al/i genitore/i esercente/i la potestà e/o al tutore.

Nei casi di figli di contribuenti dichiarati totalmente e permanentemente inabili all'esercizio della professione l'avvio della contribuzione in favore dell'ONAOSI deve essere precedente all'insorgenza della malattia che ha portato alla dichiarazione di totale e permanente inabilità.

### Modalità di erogazione

Le prestazioni vengono erogate secondo criteri stabiliti dagli organi della Fondazione mediante delibere contenenti criteri direttivi generali. Tali criteri possono prevedere differenziazioni a seconda del tipo di studi o di attività dell'assistito.

Il diritto alle prestazioni si estingue

al compimento del trentesimo anno di età. Detto termine può essere elevato a 32 anni nel caso di convenzioni con Università, Istituti e Centri di ricerca per specializzazioni post-lauream, nonché in caso di frequenza a master di secondo livello e corsi di formazione.

In deroga a quanto sopra potranno fruire delle prestazioni fino al conseguimento del titolo di studio, coloro che abbiano un grado di invalidità pari o superiore al 46%, purchè si registri un minimo di progresso negli studi.

In caso di certificata invalidità civile, totale e permanente, il diritto all'assistenza, con prestazioni stabilite dagli organi competenti, può essere riconosciuto, in costanza di tale condizione, anche continuativamente e fino al decesso.

### Altre prestazioni

- interventi per specializzazione post-laurea;
- masters di gestione e di formazione aziendale;
- interventi per perfezionamento lingua straniera all'estero;
- sostegno da parte del Servizio Sociale dell'Ente;
- interventi integrativi a favore di giovani portatori di handicap;
- l'assegnazione di case vacanze invernali ed estive in Prè Saint Didier (Aosta) e Porto Verde (Misano Adriatico);

Per ulteriori informazioni contattare l'amministrazione centrale ONAOSI in Perugia o gli uffici territoriali di servizio sociale.

Si invitano i colleghi a prendere visione del **Vademecum ONAOSI** che è disponibile: sul sito dell'ONAOSI [www.onaosi.it](http://www.onaosi.it) nella sezione "Prestazioni e Servizi" presso la Segreteria dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Sassari..

*La giornata dell'ENPAM a Sassari*

## *Le novità sul sistema di previdenza dei medici*

**H**a riscosso un notevole successo la giornata di aggiornamento in materia previdenziale dal titolo "Il medico e la previdenza: situazioni e prospettive" organizzata sabato 30 gennaio presso la sede dell'Ordine dei Medici di Sassari.

La giornata si è articolata in un convegno tenuto dai massimi esperti nel settore in campo nazionale, al termine del quale è stato possibile accedere, presso gli uffici di segreteria, allo spazio informativo costituito da postazioni informatiche allestite appositamente per offrire in tempo reale ai nostri iscritti la consulenza dei funzionari ENPAM sulla posizione assicurativa, calcolo di ipotesi di pensione allo stato attuale e al raggiungimento dei requisiti previsti, calcolo dei costi dei riscatti degli anni di laurea, di specializzazione e del servizio militare, finestre di uscita, ricongiunzioni contributive: quesiti per i quali, solitamente, è necessario attendere diversi mesi prima di ricevere la risposta dell'Ente previdenziale e ai quali, invece, grazie all'iniziativa, è stata data risposta immediata.

Il convegno ha affrontato il tema della riforma della Previdenza e delle Casse Previdenziali private, per offrire una quadro più approfondito sul sistema previdenziale della Fondazione ENPAM (Ente Nazione di Previdenza e Assistenza dei Medici e degli Odontoiatri), con le ultime novità in tema di riscatti, ricongiunzioni e totalizzazioni. È stato poi illustrato il funzionamento del sistema assisten-

ziale, in particolare dei contributi assistenziali integrativi e dell'indennità di maternità, ed infine si è parlato delle pensioni dei medici dipendenti del servizio pubblico, ovvero del sistema previdenziale per gli iscritti INPDAP (Istituto Nazionale di Previdenza per i Dipendenti dell'Amministrazione Pubblica).

All'incontro, introdotto dal Presidente dell'Ordine Agostino Sussarellu, sono intervenuti il vicepresidente della Fondazione ENPAM, Giovanni Pietro Malagnino, e il consigliere dello stesso ente, Alberto Oliveti, mentre per illustrare le novità riguardanti il settore della previdenza pubblica ha preso la parola Claudio Testuzza, medico e collaboratore del quotidiano economico "Il Sole 24 ore", del quale di seguito riportiamo l'intervento.

### *La disciplina dei permessi parentali*

Terminato il periodo di maternità la lavoratrice può riprendere la sua normale occupazione.

In alcune situazioni risulta necessario il prolungamento della presenza della madre accanto al bambino. In tali casi la legge prevede la possibilità di fruire di un ulteriore periodo di astensione dal lavoro che, in questo caso, è facoltativa.

La legge consente alla lavoratrice

*Risposte su posizioni assicurative, calcoli di pensioni, riscatti, finestre d'uscita e ricongiunzioni*

madre di assentarsi dal lavoro per un periodo di sei mesi, anche frazionabile, nei primi otto anni di vita del bambino. Se l'unico genitore è la madre, il diritto di astenersi dal lavoro compete per un periodo, continuativo o frazionato, non superiore a dieci mesi.

Il periodo di astensione facoltativa, che comprende anche il sabato e la domenica, non può essere interrotto con assenze ad altro titolo (ad esempio ferie, cure, malattie). Conseguentemente, l'insorgenza di uno stato di malattia non comporta alcuna modifica nella durata dell'astensione facoltativa in atto. La lavoratrice può rientrare in servizio prima del termine del periodo richiesto. L'astensione facoltativa non esclude la possibilità di fruire nello stesso anno di permessi retribuiti, quando ne ricorrano le circostanze (ad esempio, permesso per matrimonio, partecipazione a concorsi, lutto di famiglia, gravi motivi personali).

Il periodo di astensione facoltativa retribuito interamente (i trenta giorni iniziali) è calcolato a tutti gli effetti ai fini dell'anzianità di servizio e delle ferie.

Il periodo retribuito in misura ridotta (i cinque mesi al 30%) incide sulle ferie, ma è comunque considerato ai fini dell'anzianità di servizio.

Per i periodi di astensione facoltativa, il trattamento economico sarà il seguente :

- fino al terzo anno di vita del bambino retribuzione intera, per i primi 30 giorni, con esclusione dei compensi per lavoro straordinario e di quelli legati all'effettiva presenza. Tale periodo potrà essere goduto in via esclusiva dal padre o dalla madre, oppure frazionato tra il padre e la madre;-
- il 30% della retribuzione per l'in-

tero restante periodo di cinque mesi, riferito ad entrambi i genitori;

- il 30% della retribuzione per i periodi eventualmente eccedenti il semestre, se il reddito individuale del genitore in astensione è inferiore a due volte e mezzo l'importo del trattamento minimo di pensione;
- dal terzo all'ottavo anno di vita del bambino il 30% della retribuzione per qualunque periodo residuo, se il reddito individuale del genitore in astensione è inferiore a due volte e mezzo l'importo del trattamento minimo di pensione;
- assenza di retribuzione.

Gli eventuali periodi fruiti senza diritto a trattamento economico sono coperti da contribuzione figurativa mediante attribuzione di valore retributivo pari al 200% del massimo dell'assegno sociale, salva la facoltà di integrazione e riscatto da parte dell'interessato.

Il padre può fruire del periodo di 6 mesi di astensione facoltativa anche contemporaneamente alla madre nei primi otto anni di vita del bambino. L'astensione non deve superare comunque i dieci mesi complessivi.

Il diritto di astenersi dal lavoro compete anche se l'altro genitore non ne ha diritto. Se il padre si astiene dal lavoro per più di tre mesi, il limite di astensione complessiva diventa di undici mesi e il limite del padre passa da sei a sette mesi. Se il padre è l'unico genitore, il diritto di astenersi dal lavoro compete per un periodo, continuativo o frazionato, non superiore a dieci mesi. I riflessi sul rapporto di lavoro sono i medesimi della lavoratrice madre.

Se il bambino si ammala, i genitori possono far fronte all'emergenza malattia con il congedo parentale o con i permessi per malattia del bambino.

Il congedo parentale, che ovviamente può essere fruito anche per malattia e senza necessità di alcuna documentazione probatoria, è retribuito al 100% per i primi 30 giorni e al 30% per i periodi successivi fino al compimento del terzo anno di vita del bambino.

A prescindere dalla circostanza che abbiano fruito dell'intero periodo di congedo parentale, interamente o parzialmente retribuito, dopo il compimento del primo anno di vita del bambino e fino al terzo, i genitori potranno alternativamente usufruire di permessi per malattia del bambino, retribuiti al 100% per i primi 30 giorni annui e senza retribuzione per i giorni successivi.

Inoltre, entrambi i genitori hanno alternativamente il diritto di astenersi dal lavoro durante le malattie del bambino di età da tre a otto anni, senza retribuzione, nel limite di cinque giorni lavorativi all'anno per ciascun genitore.

Ciascun genitore ha diritto di astenersi a prescindere dal fatto che l'altro genitore ne abbia diritto.

I periodi di astensione dal lavoro per malattia del bambino, se retribuiti, sono computati nell'anzianità di servizio e producono effetti relativi alle ferie e alla tredicesima mensilità o alla gratifica natalizia.

Se non retribuiti, non sono computabili nell'anzianità di servizio e non producono effetti sulle ferie e sulla tredicesima mensilità.

Fino al terzo anno di vita del bambino, nei periodi di astensione non retribuiti, è dovuta la contribuzione figurativa. Successivamente, fino all'ottavo anno di vita del bambino, è dovuta la copertura contributiva calcolata allo stesso modo del congedo parentale.

Dopo il primo anno di vita del bambino i permessi per malattia del

bambino, che i genitori possono usufruire, sono retribuiti al 100% per i primi 30 giorni e senza retribuzione per i giorni successivi.

### ***ENPAM Fondo di Previdenza Generale: Indennità di maternità, adozione, affidamento preadottivo e di aborto***

La domanda per ottenere l'indennità va presentata a partire dal compimento del 6° mese di gravidanza ed entro il termine perentorio di 180 gg. dal parto ovvero dall'ingresso in famiglia del bambino adottato o affidato. L'indennità copre i due mesi precedenti il parto e i tre mesi successivi la data effettiva del parto.

L'indennità è pari all'80 % di 5/12 esimi del solo reddito professionale percepito e denunciato, ai fini fiscali, come reddito da lavoro autonomo nel secondo anno precedente a quello dell'evento.

In caso di aborto spontaneo o terapeutico verificatosi non prima del 3° mese di gravidanza, previa domanda da presentarsi entro 180 gg. dalla data dell'aborto stesso, viene erogata, per una sola mensilità, un'indennità pari all'80 % di una mensilità del solo reddito professionale percepito e denunciato ai fini fiscali come reddito da lavoro autonomo nel secondo anno precedente a quello dell'evento.

In caso di aborto dopo il 6° mese di gravidanza all'iscritta spetta l'intera indennità prevista per i casi di maternità, adozione e affidamento preadottivo.

**Claudio Testuzza**  
*Medico – Pubblicista*  
*Esperto Collaboratore*  
*de "Il Sole 24 Ore"*

*Piccoli e grandi misteri del linguaggio*

# *La parola e intorno alla parola*

## *Verso un'ecologia della mente*

**C**i sono persone che non vedono la luce a causa del sole, il bosco a causa degli alberi, la realtà a causa di una siepe. Via via scopriremo perché.

Non sempre ciò che vedono i nostri occhi rappresenta la totalità delle cose.

L'occhio umano non vede tutta la luce così come l'orecchio non sente tutti i suoni. Dovremmo essere lince o pipistrello. D'altronde ci sono animali, come vedremo, che la sanno più lunga di noi in fatto di efficacia e velocità di comunicazione. La nostra mente tuttavia riesce ad allargare il campo di osservazione in grado di farci scoprire cose davvero singolari, per esempio l'età del sapere, l'età della conoscenza, l'età dell'intuizione. E tra il "prima" e il "dopo", o meglio tra ciò che nasce prima e ciò che nasce dopo, le sorprese non saranno poche.

L'antropologo (ma anche fine epistemologo e originalissimo maestro Zen) Gregory Bateson ci aiuta sensibilmente in questa direzione. Nel suo ponderoso volume *Verso un'ecologia della mente*, nella prima parte del libro presenta una serie di *metaloghi*, sette per l'esattezza, non a caso perfetto numero d'ispirazione orientale (pensiamo ad esempio al settenario di una poesia haiku), una sorta di dialoghi aperti della mente verso la mente o più semplicemente una conversazione su un argomento problematico.

In uno di questi metaloghi – "Quante cose sai" – in cui dialogano un padre e una figlia, c'è un passo in cui la figlia adolescente interroga il padre su quante cose egli sa, e anche gli chiede se i grandi sanno più cose dei piccoli. Data l'ovvietà dell'osservazione, Bateson padre conferma con un mezzo sorriso. Ma la figlia non demorde e chiede se lui padre sa più cose di lei figlia. A questo punto il padre è lui a domandarsi il perché di un'osservazione così innocentemente scontata, e anche questa volta conferma che, come padre, sa più di quanto possa sapere una figlia.

Chissà, forse un poco imbarazzato o per essere sicuro di non perdere il filo del discorso, racconta alla figlia di un ragazzo inglese che chiese a suo padre: "I padri sanno sempre più cose dei figli?" e il padre rispose "Sì". E il ragazzo gli domandò a bruciapelo: "Papà, chi ha inventato la macchina a vapore?" "James Watt", gli rispose. E il figlio, fulminandolo: "Ma allora perché non l'ha inventata il padre di James Watt?". Ecco, *La parola e intorno alla parola*.

Ma quanto ai rompicapo sull'uso delle parole, Bateson non si ferma qui. Egli ci ha proposto delle autentiche provocazioni linguistiche, come il "doppio legame" o *doppio vincolo*. Cos'è il doppio legame? È un paradosso, diabolico e insieme sconvolgente, ma di grande vantaggio per risolvere casi complessi in psicologia e in psichiatria, forma estrema di mes-

*Dai dialoghi  
di un libro di  
Gregory Bateson.  
L'efficacia nella  
comunicazione  
delle api  
e la centralità  
del pensiero*

saggio nella comunicazione terapeutica.

Ecco un raggio laser ossimorico, in grado di disorientare anche il più accorto degli specialisti: “Ti ordino di disobbedirmi”.

Uno *schiaffo* della parola che contraddice se stessa. In realtà la frase contiene due opposti ordini di messaggio, tra loro incongruenti. La risposta da dare a questa “ingiunzione” (perché di ingiunzione si tratta) è adeguata solo se non lo è. Chi è chiamato in causa (soggetto passivo) sente che per lui è vitale rispondere al messaggio ricevuto. Egli può disobbedire solo non disobbedendo, cioè rispondendo a sua volta in modo paradossale.

Pensiamo all’enormità di un’altra famosa frase: “Sii spontaneo”. Possiamo mai chiedere ad un nostro allievo di essere spontaneo con una dichiarazione, unilaterale ingiunzione verbale come questa? Di Bateson, dei suoi scritti teorici assai utili al mondo della scuola (di ogni ordine e grado) parleremo in un prossimo articolo a proposito di questioni quali la natura del gioco, la grammatica di una frase, il mistero dell’evoluzione biologica, la crisi in cui oggi si trovano i rapporti tra l’uomo e l’ambiente, e perché no?, la disposizione strutturata delle foglie in una pianta ed altre simili cose che attraversano la mente, grazie ad un nuovo modo di pensare, di “trattare le idee”, di operare delle connessioni logiche tra un dato reale e la realtà, secondo sperimentazioni ancor’oggi largamente ignorate dalla scuola.

Ecco, *La parola e intorno alla parola*, La scuola ci ha abituati a distinguere, a capire fino in fondo le connessioni tra una disciplina e l’altra, tra una parola e l’altra, a farci scoprire i ritmi interni, l’anima stessa di

ogni parola, a cogliere la diversità dei suoni, ad esempio che *gioia, follia, mistero, dolore, inquietudine* vanno lette in modo differente, e differente anche nell’espressione del viso, nel tono di voce, nell’articolazione, negli stacchi pausali, nell’atteggiamento. Nelle mie lezioni itineranti, da Pantelleria a Trieste, sull’arte di parlare in pubblico, le modalità di lettura di un testo rappresentano l’ABC della comunicazione efficace e di fatto rimuovono un’abitudine inveterata a non considerare utile tale pratica.

Nell’antica Grecia, filosofia e matematica, come è noto, erano discipline che svettavano per approfondimento e maturità di giudizio. A noi diciottenni venivano i brividi solo a pronunciare i nomi di Pitagora, Socrate, Platone, Aristotele. Forse perché non erano persone tanto comuni. “I giganti non si toccano: si evocano, si interpretano, si rispettano”, era l’avvertimento solenne dei nostri professori. Ci erano comunque familiari, con tutti quei ragionamenti astratti che ci facevano perdere il sonno.

La scienza medica e la psicologia a quel tempo erano dei cuccioli rispetto ai giganti che ci hanno avviati per così dire alle filosofie e alle matematiche. Ippocrate, medico e maestro di magia clinica, era pressoché l’unico ad esaminare (e sappiamo quanto le sue sperimentazioni abbiano avuto autentico valore di scienza) anima e corpo, salute e malattia, sintomo e cura. Ecco, *La parola e intorno alla parola*.

Ritorniamo alla siepe. Si racconta che alcuni passanti non vedevano, a causa di questa, delle piccole oche al seguito di un certo signore attempato. Lo osservavano zigzagare a quattro zampe, sorridente, ripetendo

di tanto in tanto, i suoni “qua-qua, qua-qua, qua-qua”. E consideravano quell’uomo dai capelli bianchi uno svitato, se non del tutto matto. Si dava il caso però che quel signore fosse nientemeno che Konrad Lorenz, il paziente studioso di comportamento animale e premio Nobel per la medicina.

Con quel suo esperimento, lo scienziato ha voluto dimostrare che l’oca è un animale ad istinto semplice e che le basta sentire un certo suono per identificarne la familiarità. Per questo divenne “papà Lorenz”, con tutto quel codazzo di oche giulive e obbedienti.

Ecco dunque la siepe che impedisce di vedere oltre. La siepe come limite, pregiudizio, barriera che nasconde la nostra ritrosia a scoprire lo scopribile, grazie a quel gigante che talvolta sonnecchia dentro di noi. Il “reale” era ciò che essi vedevano con gli occhi, la “realtà” erano le piccole oche non viste a causa della siepe. Reale e realtà sono tutt’altro che sinonimi. Un poco come Zenit e Nadir, distinti e distanti.

Facciamo ora un esempio musicale. Se dieci pianisti eseguissero una data composizione su uno stesso pianoforte, siamo sicuri che, alla fine sentiremmo la stessa musica? Certamente no. Perché *Allegretto ma non troppo* o *Allegro vivace* o *Adagio assai* vanno “interpretati”, non eseguiti secondo le sole note scritte. Il “reale” è lo spartito uguale per tutti, la realtà è l’interpretazione, personale e certo soggettiva, che ogni esecutore ne dà. Se fossero sinonimi, paradossalmente non ci sarebbe differenza tra un allievo e Rubinstein o Benedetti Michelangeli.

Ecco, *La parola e intorno alla parola*. Anch’io, fino ai vent’anni, ho

conosciuto una singolarissima siepe, anzi un efficientissimo mostro: non riuscivo a vedere le parole a causa della balbuzie. Non esisteva una balbuzie più efficace della mia.

Quelle consonanti dure! Mi lasciavano lì, in bilico, ad un passo dal dirupo; e avevo voglia io di pensare a Demostene che metteva i sassolini in bocca per superare la sua, di balbuzie, improvvisando chissà quali memorabili filippiche! Ad ogni inizio di parola mi fulminavano quelle consonanti dure! Era un calvario, un arresto cardiaco.

Ne sapevano qualcosa i miei insegnanti che per due volte mi bocciano. Pure loro conoscevano la siepe; vedevano il “reale”, la balbuzie. Non riuscivano a vedere la “realtà”, che era tutto il mio disagio nel dover fare in classe la brutta figura quotidiana. Volevo correre più veloce del vento, e più acceleravo, più la balbuzie mi bloccava. Più tardi scoprii di essere *visivo*: nella mia mente, idea e immagine apparivano improvvisate ma nitide, e le parole non facevano in tempo a raggiungerle. E incespicavo.

Non c’erano santi. La tecnica del “rallentare crescendo” la utilizzo ancor’oggi nei miei seminari, da perfetto balbuziente.

Poi un bel giorno, come San Paolo sulla via di Damasco, sono stato folgorato da un calabrone. Mi chiedevo come facesse a volare, e a quale velocità poi, con quelle inesistenti ali su quel corpo tozzo e così poco attraente. L’ho osservato a lungo e in fondo ho scoperto perché riuscisse a sfrecciare in modo così furente. Aveva volontà da vendere. Doveva pur riscattare i limiti impostigli dalla natura. Appunto con la forza della volontà. Per un gabbiano o un falco,

mi dicevo, è fin troppo facile volare. Ma per un calabrone... E intanto la parola in me riprese a contare e a cantare. La comunicazione non verbale, capaci di insegnarci qualcosa di sorprendente. Vi chiedo adesso di immaginare di vedere sotto i vostri occhi un gerride, quel piccolissimo esemplare che fila veloce a pelo d'acqua negli stagni. Ebbene, senza essere volatile o acquatico, quell'animaletto ha tali capacità di comunicazione con i propri simili, che non sbaglia mai un colpo. Al gerride non capiterà di dire come diciamo noi: "Non ho capito bene, sai...", quando in verità abbiamo capito benissimo. È che a volte non vogliamo capire. Avessimo sempre presente il "senso degli altri", come ci raccomanda Marc Augé!

Se le mani del pianista possono trasmetterci tante emozioni, cosa non potrà fare un gerride con le sue numerosissime zampette che, mosse in un dato ordine, moltiplicano, rendendoli perfetti, i segnali amorosi inviati al proprio partner più o meno di questo tenore?: "Avvicinati cara, c'è un angolo magico qui, tutto per noi sotto un fresco fogliame che ci ripara da sguardi indiscreti...". Le antenne radio della natura non hanno bisogno di tralicci. Avesse la parola anche il gerride, come i marmi di Michelangelo! Ecco, *La parola e intorno alla parola*.

Pensiamo alle api, autentiche maestre della comunicazione non verbale. Il loro linguaggio, come si sa, è in forma di danza. L'ape esploratrice, vera esperta di marketing, se vuol comunicare al gruppo che il cibo è vicinissimo all'alveare, si cimenta nella cosiddetta danza *circolare*, che consiste nel volare in cerchio a destra e a sinistra, alternativamente. Se la fonte si trova a una distanza intermedia,

l'ape orienta la sua danza in forma di *falcetto* (un otto appiattito e curvato). L'apertura del falcetto indica la direzione del cibo. Come ci assicurano gli esperti, nella danza delle api la velocità indica la qualità del nettare. Se la fonte è ancora più distante, l'ape attira l'attenzione del gruppo con la danza dell'*addome*: per alcuni centimetri si slancia zigzagando nella direzione del bersaglio, poi ritorna al punto di partenza e vola in cerchio a destra e a sinistra. Le api non fanno seminari di formazione per sapere di *dover essere* o di *saper essere*.

La loro capacità, il loro linguaggio sono "innati", e non *appresi*. E non sono mai state rimandate a settembre, come lo eravamo noi. Hanno dei crediti formativi eccellenti, finissimo miele per i nostri occhi.

Per parlare di questi straordinari comunicatori, ho dovuto impiegare una bella manciata di minuti, utilizzando molte e molte parole, giacché manca sempre più tempo per usare la sintesi. In questo lasso di tempo gerride e ape-esploratrice avrebbero comunicato ai loro simili una quantità infinitamente maggiore di informazioni.

Negli esempi fatti è la magia della non-parola a farsi interprete del reale o, per dirla con Watzlawick, della realtà della realtà, nel senso che noi ci illudiamo di chiamare realtà ciò che pensiamo (o crediamo) di comunicare, vuoi parlando di storia, di letteratura, di scienza, di arte o di cose circensi.

Intorno alla parola ci sono una pluralità di mondi, interni ed esterni e, scoprendoli, si può arrivare a definire la comunicazione ideale, l'organizzazione stessa del nostro pensiero che si traduce in parole, stile, tonalità, atteggiamenti, pause, pathos,

sguardo, gesti. Proviamo a scoprirli, questi mondi, che sono poi dei veri “stati dell’Io”. L’Io “Genitore”, che vive le sue leggi, le sue regole, i suoi valori. C’è un Genitore severo e un Genitore permissivo, tanto per semplificare. E allora, quando si parla in pubblico, se dovessimo utilizzare questo stato dell’Io, potremmo scoprire che un mondo così non porta molto lontano, anzi può non condurre da nessuna parte. E c’è l’Io “Bambino”, con le sue emozioni, le sue paure, le sue fantasie. In questo “mondo” viene alla luce la spontaneità, la creatività, il carattere della simpatia (o della non-simpatia, sentimento comunque, recuperabile). E infine c’è Lui, l’Io “Adulto”: l’equilibrio, l’obiettività, il metodo. La banca dati del nostro sapere organizzativo.

Siamo su un palcoscenico, dopotutto; la vita è un teatro dove ognuno recita la sua parte. Il terzo millennio non ci aiuterà a ritrovare l’Idea Originale, presi come siamo dai ritmi e dai tanti labirinti del nostro linguaggio standardizzato. Cosa direbbero Dante, Manzoni, Leopardi del disinvoltato lessico *www-caospunto-com* o *punto-it*? Il link si è mangiato la semantica. I siti web rischiano di cancellare la nostra memoria. La velocità ha preso il posto della riflessione e della pausa.

“Tutto scorre”. Potremmo eleggere il buon Eraclito a campione *ante litteram* dell’ipermondo internet. Non leggeremo più in metrica Virgilio, Orazio, Ovidio. Non ci accompagnerà più la luna di Marcovaldo e la sua *aria buona*. Non potremo più interrogare gli dèi sui nostri destini. In compenso, la persuasione pubblicitaria ci delizia mettendo ogni giorno l’Olimpo in una padella.

E ancora: “Che mondo sarebbe, il nostro, senza Nutella?” Il nostro o il *mostro*?

Del resto, il mostro è sempre in prima pagina. Perché c’è chi usa i coltelli per cancellare un orgoglio ferito piuttosto che sbucciare una mela. Le parole sono intorno alle parole: follia, denaro, business, successo, fiction, vetrina, audience. Siamo sul palcoscenico della vita. Qui il *Genitore* si annoia pretende di ammonire o di sentenziare; il *Bambino* invece si diverte e improvvisa.

L’*Adulto* fa la sua parte e cerca di razionalizzare ciò che analizza o vive, nella tragedia, nella farsa, nel gioco: la pazzia di Amleto è la pazzia di Amleto, i veleni di Macbeth sono i veleni Macbeth, i manichini di gesso di Kantor sono i manichini di gesso di Kantor, il mondo di Pangloss è il mondo di Pangloss.

Ma quando “prende la parola” in pubblico, l’*Adulto*, l’Io Adulto non si lascia sorprendere dall’ansia perché sa dominarla. È molto di più che mettersi una maschera, è definire un ruolo che si vuole assumere: per ottenere il consenso, per raggiungere un obiettivo o per mettersi in discussione. Se poi l’*Adulto* aggiunge di sé un pizzico di “Bambino creativo”, giusto per non annoiare la platea, allora il consenso cresce attorno a lui. Alla lunga, è assai più utile la memoria dell’applauso: “*Delenda Carthago!*”. Se ricordiamo queste due parole che portarono alla rovina di una città e del suo prestigio, vuol dire che il pensiero di Catone conosceva l’efficacia sublime dell’azione. Quando Eschine parlava, gli ateniesi dicevano che esponeva molto bene. Ma quando parlava Demostene, si univano contro Filippo. *Verba sequant*. La parola segue sempre l’idea che la genera? L’importante è abbandonare

stereotipi e luoghi comuni. E cogliere, come vedremo in altra puntata, le variabili del contesto. È giunto il momento di spaccare a metà una mela. Il nostro cervello è un territorio, la mente una mappa? C'è chi è a favore di questa teoria e chi no, ritenendola superata. I due emisferi che governano la nostra volontà sono le due metà della mela. Una razionale, l'altra intuitiva; una logica, l'altra analogica; una sa come far di calcolo, l'altra come scompaginare le carte. Il bosco è un insieme di alberi o un'emozione. Il reale e il sogno, il linguaggio e la gestualità, il limite e lo spazio aperto, la corsa piana e il salto con l'asta. Come utilizziamo le due parti della mela nella nostra comunicazione? Ecco, a questo punto *La parola è intorno alla parola*.

E se fossimo un poco maghi e ci togliessimo il cappello *verticale*, l'abitudine, il già visto, il già vissuto, a favore del cappello *laterale*, le idee nuove, il sogno, il linguaggio del cambiamento? Con questo invento, con quello metto le cose in ordine.

Ci è più congeniale il primo o il secondo strumento? Ci vorrebbe il *crivello* di Erastotene, e trasformare così i numeri primi in parole ritrovate.

Ci sono poi micro-parole trabocchetto, tipo quelle che usa Humpty Dumpty con Alice quando vuole stordirla o confonderla. Tutto e il contrario di tutto. Pindaro non amava la retorica e difese il suo punto di vista dicendo che Aiace non sapeva parlare ma che era valoroso. Detto così, Aiace ne esce sicuramente rafforzato. Articoliamo la frase in modo diverso, per far dispetto a Pindaro: Aiace era valoroso ma non sapeva parlare.

Qui il "ma" rende Aiace perdente: ecco, *Le parole e intorno alle parole*.

Un dantista s'imbronciò con me perché avevo azzardato l'ipotesi di un Dante copywriter. Dissi in sostanza che nel quarto canto del Purgatorio egli compie un miracolo di sintesi. Il poeta mette in bocca al pigro amico Belacqua la frase: "*Or va tu sù che se' valente*". Può un pigro non parlare a monosillabi? Un vero microcapolavoro, per ciò che le parole riescono a esprimere e a comunicare. Senza gridare allo scandalo per l'azzardo.

Siamo pronti adesso a salire tutti sul palco, a sipario aperto? Per farlo però dovremmo attrezzarci e avere la complicità di un trovarobe. Vogliamo crivere un romanzo, un *noir*, un racconto breve, la sceneggiatura di un film, un testo teatrale, una fiction, e perché no?, il nostro sito web della creatività siderale? Allora, un cappello per ogni tema: nero per azzerare tutto e ricominciare daccapo, giallo per le informazioni e la documentazione (e l'allegria), blu per il metodo e la verifica (e l'osservazione), rosso per il pathos e il coinvolgimento (e il dinamismo), verde per le idee insolite e originali (e l'*otium*), fucsia per la grande idea luminosa (la freccia del samurai). E poi l'azzurro per la "leggerezza", il celeste per la calma interiore, l'aurum per l'obiettivo (senza di questo il metodo è metodo vedovo di se stesso). Infine il cappello bianco, somma dei colori, acuto supremo, il *la* dell'orchestra che esegue all'unisono il nostro capolavoro.

Platone paragonò la parola a una potente signora che, pur dotata di un corpo piccolissimo ed invisibile, è capace di compiere cose divine.

Ci faccia sognare questa signora, che già duemila anni fa mise alle corde tutti i Catilina del mondo.

**Bernardo De Muro**

*“Dopo le sette”, opera del dottor Ivan Satta*

## *Non solo medicina, anche musica come forma di linguaggio*

Nella splendida cornice del ex convento delle Clarisse di Ozieri si è svolta il 12 dicembre 2009 la presentazione dell’opera musicale del dottor Ivan Satta “Dopo le Sette”. Il ricavato è stato devoluto alla scolarizzazione in Angola. La serata ha avuto una partecipazione straordinaria di appassionati e amici. Sono intervenuti monsignor Pintor vescovo di Ozieri, gli assessori Bruno Farina e Beatrice Chessa in rappresentanza dell’Amministrazione Comunale di Ozieri, il Sindaco di Orgosolo Francesco Meloni, don Luigi Monni responsabile del Centro di Spiritualità di Orgosolo in qualità di referenti del progetto di scolarizzazione in Angola attuato da suor Gertrude Filindeu.

La manifestazione si è potuta svolgere grazie all’Amministrazione Comunale di Ozieri, all’ingegnere Gian Franco Muraglia, all’Ottica Muscas a Garden Sport Center gestione impianti natatori, a Silverio Forteleani. Il ringraziamento del dottor Ivan Satta è andato a tutti gli sponsor e amici ma principalmente al medico Antonello Soddu, splendida voce solista del brano “Juanna”. La relazione tecnica del lavoro, è stata affidata ad Antonio Deiara docente di musica, ideatore del Metodo “Pentagrammando®”, supervisore del tirocinio presso il conservatorio “Luigi Canepa” di Sassari, già direttore del coro Città di Ozieri e membro fondatore della giuria del “Premio Città di

Ozieri” per cori tradizionali sardi”. Deiara che ha presieduto la serata, ha definito nell’introduzione della relazione “I talenti celati”. La musica intesa come forma di linguaggio, è patrimonio di ogni uomo, a prescindere dalle condizioni culturali, sociali, economiche ed anagrafiche. Comporre dodici brani non è semplice, sia per la mole di lavoro compositivo, sia per gli arrangiamenti necessari. Realizzare un CD costituisce una fatica materiale e spirituale; offrire una simile opera per un fine non basato sul lucro ma sulla solidarietà, non ha bisogno di commento...

Il suo pregevole lavoro si inserisce nella nuova sfida che i didatti dell’educazione musicale devono affrontare nel XXI secolo: svelare, promuovere e valorizzare i talenti celati.”

Il primo brano di un CD è il biglietto da visita dell’autore. Ecco la scelta degli strumenti: batteria e chitarra, più un delicatissimo triangolo dal sapore orientale. Sapete bene che il triangolo, unitamente al tamburo, ai piatti e alla sonagliera definita “Giovannino tintinnante”, venne introdotto in Europa circa mille anni dopo la battaglia di Poitiers, nel 1600, quando i Turchi giunsero sotto le mura di Vienna; i Giannizzeri avevano una fanfara con le percussioni e la “musica turca” entrò di prepotenza nelle orchestre europee, da Leopold Mozart ad Haydn, da Verdi a Bizet. Interessante la scelta armonica I – IV

*I “talenti celati”:  
dodici brani  
raccolti  
in un cd,  
in un percorso  
melodico  
dall’Oriente  
alla Sardegna*

– I che conferisce alla composizione una semplicità ricca di intimità. Solo nel finale la chitarra dispiega la sua voce, quasi volesse chiudere il discorso musicale.

La terza traccia nasce con un elegante arpeggio che conferisce un'aria particolare all'intera composizione. L'alternanza degli accordi maggiori e minori cattura l'ascoltatore: pensiamo al brano "Another brick in the wall" dei Pink Floyd. Assai valido l'ostinato melodico. L'ostinato rappresenta una soluzione ritmica o melodica di forte impatto emotivo. Tutti ricordiamo il "Bolero" di Ravel, con quel ritmo incalzante che ci accompagna dall'inizio della composizione al suo epilogo; e come dimenticare l'ostinato melodico della "Sinfonia di Leningrado" di Dimitri Shostakovic: l'autore riesce a rappresentare l'avanzata degli stivali nazisti e gli attacchi degli Stukas, i cacciabombardieri in picchiata della Luftwaffe. Lo stesso Giuseppe Verdi, quando Otello si rivolge a Dio per riconoscere la sua debolezza umana, si serve di un ostinato melodico di grandissimo pathos.

Il quinto brano fonde con sapienza l'ambiguità maggiore-minore. Nel finale ritorna l'assolo ma sicuramente l'elemento più interessante è rappresentato dalla presenza della modulazione. Le nostre scale musicali, quella maggiore "maschile" e quella minore "femminile", nascono dai "modi" gregoriani. Il Canto Gregoriano prende il nome dal Papa Gregorio Magno (590-605 d.C.) e domina la scena musicale europea per mille anni; ancora oggi è curato con amore nella Basilica di San Pietro di Sorres. L'esempio più interessante è costituito dal "Dies Irae" di Tomaso da Celano (XIII secolo): mentre il mondo si dissolve in fiamme, il cre-

dente conserva la serenità e la pace interiore. La modulazione è un cambio di scala, e quindi di tonalità, deciso dall'autore che suscita nuovo interesse nell'ascoltatore.

Dal sacro al profano, la sesta traccia rappresenta la risposta sarda alla celebre "Bella senz'anima"; si tratta di una struttura musicale in pieno stile rock con tanto di accordi di settima. L'accordo è un insieme di almeno tre suoni combinati a distanza di terza o, per dirla col linguaggio semplice dei bambini, "una nota sì e una nota no". Per esempio: DO - RE - MI - FA - SOL produce DO - MI - SOL, accordo di do maggiore l'accordo di settima prevede l'aggiunta della settima nota, quindi del SI, e nel caso specifico della settima minore, cioè del SI bemolle. L'effetto sull'ascoltatore è quello di creare tensione. Nei testi sacri (musicali) si dice che la settima deve "risolvere", cioè appoggiarsi ad un accordo maggiore o minore che conclude il discorso. Ma se ad una settima si collega un'altra settima e poi un'altra ancora...

Il decimo brano, sul suono del mare, presenta una voce sola, dopo la doppia voce della traccia numero otto. Che coraggio musicale! Ascoltando questa composizione, ho scritto nei miei appunti: "È il Dolce Stil Novo del XXI secolo". Stupendo il basso elettrico "dialogante". Parliamo della voce. Diceva un grande studioso: "Quando l'uomo non riesce ad esprimere i propri sentimenti con le parole, allora si rivolge al canto." La gioia incontenibile e il dolore insostenibile hanno dato vita a composizioni entrate a far parte del patrimonio culturale dei diversi popoli. I mattoni della melodia, gli intervalli, consentono all'uomo di esprimere un'amplicissima gamma di sentimenti

e di emozioni. Per esempio l'intervallo col quale la madre chiama il proprio bambino, la terza minore discendente. O quello degli Inni: la quarta giusta ascendente.

L'undicesima composizione presenta una tastiera graffiante. Il suono della parola "strega" cattura l'ascoltatore. Si sente un grido di libertà: "Non sono il diavolo, strega!". E un dubbio assale il musicista: nasce prima il testo o la musica? Le tecniche compositive sono varie e per semplificare la comprensione potremmo riassumerle in cinque metodi: alfa - dal testo alla musica; beta - dalla musica al testo; gamma - testo e musica nascono insieme; delta - prevale il testo (rap); omega - prevale la musica (colonna sonora). Tutti possono comporre, concretizzando le proprie competenze linguistiche relative ai dodici suoni.

Se il primo brano è il biglietto da visita, l'ultimo costituisce il commiato dall'ascoltatore, quello che ti resta nel cervello quando spegni l'impianto stereofonico o esci dalla

sala da concerto. "Giuanna" non ti lascia facilmente: è in sardo, in logudorese, sia nella parte testuale che in quella musicale. Interessante l'idea di abbinare una voce lirica, quella del tenore Antonello Soddu, alla voce naturale di Ivan Satta. È un brano che può far nascere una valida armonizzazione per Coro Sardo.

Siamo ad Ozieri, patria del "Premio di Letteratura Sarda" creatura dell'indimenticabile Tonino Ledda, e del "Biennale per Cori Tradizionali Sardi", ideato da Antonello Lai con la "complicità pentagrammatica" dello scrivente! Insomma: il lavoro del dottor Ivan Satta non è finito: "dopo le sette" c'è il tempo di provare un'armonizzazione a quattro voci virili sarde del brano "Giuanna". E, pillola di deiarapensiero, se son crome... fioriranno!

**Antonio Deiara**

*Docente di Musica, Ideatore del Metodo "Pentagrammando®",  
Supervisore del Tirocinio presso Il Conservatorio "Luigi Canepa" di Sassari*

## **RICHIESTA CERTIFICATI**

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

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

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

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

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

*Le linee guida del Consiglio nazionale*

# *La formazione nelle medicine e pratiche non convenzionali*

**I**l consiglio nazionale della FNOMCeO nella riunione del 12 dicembre 2009 ha diffuso che linee guida per la formazione nelle medicine e pratiche non convenzionali riservate a medici chirurghi e odontoiatri, emanati dalla Commissione Salute e dalla Conferenza Stato-Regioni.

## **AGOPUNTURA**

Metodo diagnostico, clinico e terapeutico che si avvale dell'infissione di aghi metallici in ben determinate zone cutanee (punti e meridiani cutanei), per ristabilire l'equilibrio di uno stato di salute alterato. L'Agopuntura comprende anche la Moxibustione (tecnica di stimolo dei punti di Agopuntura attraverso il calore generato dalla combustione di coni di Artemisia secca) e il martelletto "fiordi prugna" (somministrazione di piccoli traumi ripetitivi sui punti di Agopuntura).

## **FITOTERAPIA**

Metodo terapeutico basato sull'uso delle piante medicinali o di loro derivati ed estratti opportunamente trattati, uso che può avvenire anche all'interno di un sistema diagnostico-terapeutico sovrapponibile a quello utilizzato dalla medicina convenzionale

## **OMEOPATIA**

Metodo diagnostico, clinico e terapeutico, formulato alla fine del

XVIII° secolo dal medico tedesco Samuel Hahnemann, basato sulla "Legge dei Simili", che afferma la possibilità di curare un malato somministrandogli una o più sostanze che, in una persona sana, riprodurrebbero i sintomi rilevanti e caratteristici del suo stato patologico, e sulla prescrizione, strettamente individualizzata sul paziente, di medicinali sperimentati secondo la metodologia omeopatica e prodotti per successive diluizioni e succussioni, "unitari" (monocomponente) o "complessi", composti da più ceppi unitari in preparazione magistrale

## **OMOTOSSICOLOGIA**

Metodo diagnostico, clinico e terapeutico, derivato dalla Medicina Omeopatica, formulato nella seconda metà del XX° secolo dal medico tedesco Hans Heinrich Reckweg, che si avvale di una sua caratteristica base teorica e metodologica e di una sua peculiare strategia terapeutica. La parola Omotossicologia deriva dal concetto di "Omotossina" cioè qualsiasi molecola endogena o esogena capace di provocare un danno biologico all'organismo.

L'Omotossicologia interpreta la malattia come espressione della lotta fisiologica dell'organismo che tende ad eliminare le "omotossine" e/o come espressione del tentativo dell'organismo di compensare i danni omotossici subiti. La Omotossicologia si avvale di una farmacologia co-

*Le discipline, i criteri per l'iscrizione, gli obiettivi, le metodologie e i programmi didattici*

stituita da medicinali omeopatici a bassa ed alta diluizione, sia unitari, sia complessi in formulazione standard.

## MEDICINA ANTROPOSOFICA

Metodo diagnostico, clinico e terapeutico definito come “ampliamento dell’Arte Medica”, formulato all’inizio del XX° secolo dal filosofo austriaco Rudolf Steiner e dal medico olandese Ita Wegman, che si avvale di un metodo conoscitivo, fondato su una propria epistemologia, che guida la ricerca delle leggi che stanno a fondamento delle manifestazioni della vita. La Medicina Antroposofica, sistema terapeutico complesso articolato in varie discipline, comprende anche una farmacologia costituita da medicinali tratti dalla Natura e prodotti con metodi peculiari e da medicinali omeopatici sia unitari, sia complessi in formulazione standard

## AYURVEDICA

Metodo diagnostico, clinico e terapeutico che comprende i principi generali della Tradizione medica dell’India, lo studio delle costituzioni dell’uomo (Vata, Pitta e Kapha) e la peculiare farmacoterapia

## MEDICINA TRADIZIONALE CINESE

Metodo diagnostico, clinico e terapeutico che Tradizionale Cinese e la peculiare farmacoterapia comprende i principi generali della Medicina

La definizione medicine e pratiche non convenzionali utilizzata nel documento comprende tutte le medicine e pratiche definite pure come medicine complementari o medicine integrate.

Le medicine e pratiche non con-

venzionali oggetto delle presenti linee guida sono individuate come sistemi di diagnosi, di cura e prevenzione che affiancano la medicina scientifica avendo come scopo comune la promozione e la tutela della salute.

In coerenza con la delibera n. 3 del 18 maggio 2002 del Consiglio Nazionale FNOMCeO concernente “Linee guida sulle medicine e pratiche non convenzionali”, le medicine e pratiche non convenzionali, nella stessa delibera sancite come atto medico e oggetto di attività riservata, comprendono i seguenti sistemi medici e discipline di esclusiva competenza e responsabilità professionale del medico chirurgo e dell’odontoiatra:

- agopuntura;
- fitoterapia;
- omeopatia.
- omotossicologia
- medicina antroposofica
- ayurvedica
- medicina tradizionale cinese

L’osteopatia e la chiropratica, stante la difforme normativa, non rientrano nella presente normazione.

Tali pratiche vanno esercitate nell’ambito e nei limiti previsti dalla normativa vigente in materia e dalle previsioni del codice di deontologia medica.

Le medicine e pratiche non convenzionali in elenco sono le più utilizzate in Italia e nei Paesi occidentali; sono caratterizzate da peculiari teorie, farmacopee e metodi clinici specifici, oggi sottoposte a varie forme di verifica sperimentale e investigate nelle Università e nei maggiori centri di ricerca biomedica; i relativi risultati sono inseriti nelle banche-dati accreditate internazionalmente e la bibliografia, già costituita

da migliaia di pubblicazioni, è in continua crescita: sono inserite in alcuni percorsi formativi universitari (Corsi elettivi, Corsi di Perfezionamento post-laurea, Master); il loro insegnamento avviene anche in istituti di formazione privati che si sono impegnati in percorsi di qualità; sono infine spesso erogate da soggetti pubblici e privati accreditati alla formazione.

Per maggiore garanzia dei cittadini si concorda sulla necessità che vengano istituiti presso gli Ordini professionali provinciali dei medici chirurghi e degli odontoiatri gli elenchi distinti dei medici chirurghi e degli odontoiatri esercenti le medicine e pratiche non convenzionali.

**Accreditamento dei soggetti pubblici e privati ovvero delle associazioni, delle società scientifiche, degli enti privati di formazione delle MNC**

si ritiene che:

- A) possano essere accreditati le associazioni, le società scientifiche e gli enti privati di formazione costituiti da professionisti qualificati con competenze curriculari specifiche nelle discipline sopra elencate che, alla data della richiesta, abbiano svolto in modo continuativo la loro attività da almeno 7 anni in Italia;
- B) le associazioni, le società scientifiche e gli enti privati di formazione che richiedono l'accREDITAMENTO debbano annualmente dichiarare e comprovare assenza di conflitti di interessi;
- C) le associazioni, le società scientifiche e gli enti privati di formazione che richiedono

- D) l'accREDITAMENTO debbano essere legalmente registrati quali enti senza scopo di lucro;
- E) le associazioni, le società scientifiche e gli enti privati di formazione che richiedono
- F) l'accREDITAMENTO debbano essere realtà istituzionali di chiara fama.

**Qualità della formazione**

*Criteri per l'iscrizione negli elenchi distinti dei medici chirurghi e degli odontoiatri esercenti le medicine e pratiche non convenzionali*

Ai fini della definizione dei criteri sufficienti per l'iscrizione agli elenchi istituiti presso gli Ordini professionali provinciali dei medici chirurghi e degli odontoiatri il percorso formativo deve essere effettuato presso soggetti pubblici o privati accreditati alla formazione ad orientamento clinico che corrispondano ai seguenti requisiti:

- i corsi di formazione in agopuntura, fitoterapia, omeopatia, omotossicologia, medicina antroposofica, ayurvedica, medicina tradizionale cinese, dovranno prevedere un monte ore di almeno 600 ore delle quali non meno di 400 ore di formazione teorica, non meno di 100 ore di pratica clinica, a cui vanno sommate n. 100 ore di formazione guidata e lo studio individuale dell'allievo.
- riguardo alle tecniche complementari che richiedono specifica manualità dovrà essere adeguatamente valutato ed elevato il monte ore riservato alla pratica.
- gli insegnamenti di tipo complementare non dovranno superare il 20% del monte ore complessivo di formazione teorica.

- agli allievi sarà fatto obbligo di frequenza dell'80% delle lezioni sia a livello teorico che pratico.
- i corsi di formazione dovranno prevedere insegnamenti sulle specifiche previsioni legislative e deontologiche in materia.
- la durata dei corsi di formazione non potrà essere inferiore ai 3 anni.
- l'iscrizione agli elenchi istituiti presso gli Ordini professionali provinciali dei medici chirurghi e degli odontoiatri è subordinata al possesso dell'attestato di frequenza e di superamento di una verifica al termine di ciascuno degli anni di corso previsti, nonché alla discussione finale di una tesi. L'attestato è rilasciato da soggetti pubblici e privati accreditati alla formazione in conformità ai requisiti richiesti.
- apprendimento della semiologia e semeiotica propria di ciascuna delle medicine e pratiche non convenzionali che implichi procedure e criteri di valutazione peculiari delle stesse;
- conoscenza dei modelli di ricerca di base, sperimentali e clinici delle medicine e pratiche non convenzionali ovvero la individuazione e rappresentazione degli esiti;
- conoscenza delle specifiche previsioni legislative e deontologiche in materia;
- individuazione e utilizzo degli indicatori di efficacia, di costo-beneficio e di rischio-beneficio relativi alle medicine e pratiche non convenzionali in oggetto;
- conoscenza, corretto esercizio e utilizzo delle tecniche manuali costitutive le medicine e pratiche non convenzionali.

### **Obiettivi formativi generali**

- conoscenza dei principi fondamentali delle medicine e pratiche non convenzionali in oggetto (agopuntura, fitoterapia, omeopatia, omotossicologia, medicina antroposofica, ayurvedica, medicina tradizionale cinese);
- formazione relativa agli aspetti del rapporto tra professionista e paziente e tra professionista e sistemi sanitari;
- comprensione della relazione tra il metodo clinico delle medicine e pratiche non convenzionali e quello convenzionale, analizzando sia le indicazioni che i limiti del trattamento non convenzionale;
- capacità di raccogliere ed analizzare gli elementi emersi durante la consultazione con il paziente, fondamentali per la scelta del trattamento più idoneo;

### **Obiettivi formativi specifici**

Gli obiettivi formativi specifici delle singole medicine e pratiche non convenzionali, i relativi programmi, i criteri della formazione, la durata dei corsi da fissarsi in un minimo di tre anni e i costi di riferimento verranno definiti dai ministeri competenti, dalle regioni e dagli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri in accordo con i soggetti pubblici e privati accreditati alla formazione e le società scientifiche del settore.

### **Metodologie formative**

Le metodologie formative utilizzate nella didattica relativa alle medicine e pratiche non convenzionali sono quelle abitualmente adottate per trasferire competenze e saperi in sanità (sapere, saper fare, saper essere e saper far fare), metodologie che devono mirare a favorire la maggiore

partecipazione e interattività possibile tra allievi e docenti.

In tal senso la formazione dovrà essere articolata in:

- lezioni frontali
- seminari/ attività di gruppo/ audit/ pair review/ fad - formazione sul campo
- tutoraggio
- studio individuale

La formazione sul campo rappresenta certamente un elemento di primaria importanza nella definizione di un percorso formativo efficace. Le regioni, nell'ambito delle proprie funzioni di accreditamento dell'attività formativa favoriscono la possibilità di espletare la pratica, anche attraverso il preventivo accreditamento e quindi l'attivazione di convenzioni con strutture pubbliche o private che hanno esperienza qualificata nel settore.

I soggetti pubblici e privati accreditati alla formazione devono inoltre garantire all'allievo attività di tutoraggio nella formazione sul campo una volta terminata la formazione di base.

### **Programma didattico**

Il programma didattico di ciascuna medicina e pratica non convenzionale dovrà essere diversificato riguardo ai contenuti in coerenza con lo specifico profilo professionale del fruitore, medico chirurgo od odontoiatra. Il programma didattico di ciascuna medicina e pratica non convenzionale dovrà, dunque, prevedere un tronco comune di attività formative di base riguardanti aspetti dell'esercizio della professione ritenuti essenziali alla formazione nelle medicine e pratiche non convenzionali del medico chirurgo e dell'odontoiatra nonché attività dedicate alle specifi-

che esigenze formative dei professionisti interessati.

### **Norme contro il conflitto di interesse**

Nella definizione dei rapporti tra soggetti privati interessati a promuovere la formazione in medicine e pratiche non convenzionali e/o a "sponsorizzare" specifici eventi formativi, allo scopo di evitare un eventuale conflitto di interesse, si fa riferimento alla normazione in materia prevista dalla legislazione ECM. Ai fini dell'accredimento alla formazione i soggetti pubblici e privati accreditati alla formazione adeguano i criteri e gli statuti associativi secondo quanto stabilito dalla presente intesa.

### ***Criteri cui debbono attenersi i soggetti pubblici e privati accreditati alla formazione ai fini del rilascio dei titoli idonei all'iscrizione negli elenchi dei medici esercenti***

Ai fini della definizione dei criteri sufficienti per il rilascio dei titoli idonei all'iscrizione negli elenchi distinti dei medici chirurghi e degli odontoiatri esercenti le medicine e pratiche non convenzionali, i soggetti pubblici e privati accreditati alla formazione, devono attenersi ai seguenti criteri:

1. il responsabile didattico del soggetto pubblico e privato accreditato alla formazione deve essere un professionista di cui al titolo, regolarmente iscritto all'albo professionale, con almeno 5 anni di esperienza clinica documentata e almeno 7 anni di docenza specifica delle medicine e pratiche non convenzionali in oggetto;

2. i docenti titolari della formazione devono essere prevalentemente professionisti di cui al titolo, regolarmente iscritti agli albi professionali, per il tronco comune di attività formative di base, salvo nei casi di insegnamenti specifici di tipo complementare;
3. i docenti, siano essi responsabili didattici o altri docenti del soggetto pubblico e privato accreditato alla formazione, devono essere in possesso di un adeguato curriculum formativo e professionale nella materia di insegnamento;
4. in particolare ogni docente titolare deve avere frequentato una scuola triennale o poter documentare titoli di formazione equivalenti e aver maturato almeno 5 anni di pratica clinica nella medicina e pratica non convenzionale specifica;
5. ogni soggetto pubblico e privato accreditato alla formazione deve avere un minimo di 3 docenti titolari tutti regolarmente iscritti agli albi espressione delle professioni cui è diretta la formazione;
6. i docenti che non rispondono ai requisiti di cui sopra sono definiti "docenti collaboratori" e/o "tutor";
7. i soggetti pubblici e privati accreditati alla formazione devono assicurare la presenza alla verifica finale di un componente esterno, con la funzione di Presidente di commissione esperto nelle medicine e pratiche non convenzionali in oggetto, designato dall'Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri.

### **Disposizioni transitorie**

Le disposizioni transitorie di cui al presente capitolo hanno vigenza fino

ai 6 mesi successivi all'approvazione della presente intesa.

Le disposizioni transitorie di cui al presente capitolo stabiliscono che i soggetti pubblici e privati accreditati alla formazione dovranno adeguare i programmi didattici, le metodologie formative e l'organigramma didattico alle previsioni contenute nelle presenti linee guida.

### ***Criteria sufficienti in fase transitoria, per l'ammissione agli elenchi***

- a) attestato rilasciato al termine di un corso nella medicina e pratica non convenzionale specifica, di almeno 200 ore di insegnamento teorico-pratico, della durata triennale e verifica finale;
- b) attestazione di iter formativo costituito da corsi anche non omogenei che permettano, per il programma seguito e per il monte ore svolto, di aver acquisito una competenza pari a quella ottenibile con corsi di cui al punto a);
- c) certificazione di formazione, documentata per almeno cinque anni, acquisita sotto la supervisione di un medico chirurgo o di un odontoiatra esperto riconosciuto nella materia;
- d) documentazione di almeno cinque anni di docenza nella medicina e pratica non convenzionale specifica presso un soggetto pubblico e privato accreditato alla formazione che, a giudizio della commissione, possieda requisiti didattici idonei;
- e) certificazione di pratica clinica nella medicina e pratica non convenzionale specifica, in struttura pubblica da almeno due anni rilasciata dal responsabile della struttura.

Si stabilisce che a partire dalla scadenza della fase transitoria, così come sopra normata ovvero dei 6 mesi successivi all'approvazione della presente intesa, l'iscrizione dei medici chirurghi e degli odontoiatri esercenti le medicine e pratiche non convenzionali nei relativi elenchi è subordinata unicamente al possesso dell'attestato rilasciato dai soggetti pubblici e privati accreditati alla formazione che nel frattempo avranno provveduto ad aumentare le ore di insegnamento teorico-pratico a 400 per i corsi conclusi nel 2010, a 500 per i corsi conclusi nel 2011 fino a giungere alla regolamentazione a regime nel 2012; tutto ciò mantenendo il rapporto proporzionale tra attività teorica e pratica già previsto nel capitolo "criteri per l'iscrizione negli elenchi distinti dei medici chirurghi e degli odontoiatri esercenti le medicine e pratiche non convenzionali".

### ***Commissione paritetica nazionale Stato-Regioni e FNOMCeO***

Il Gruppo Tecnico Interregionale Medicine Complementari auspica che, presso il Ministero della Salute, venga istituita la Commissione paritetica nazionale Stato-Regioni e FNOMCeO per le medicine e pratiche non convenzionali costituita da:

- n. 2 rappresentanti del Ministero della Salute
- n. 1 rappresentanti del Ministero dell'istruzione e dell'Università
- n. 2 rappresentanti delle Regioni
- n. 5 rappresentanti della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri la commissione paritetica nazionale Stato-Regioni e FNOMCeO per le medicine e pratiche non convenzionali avrà durata triennale.

I compiti della Commissione sono:

- definizione dei criteri e delle procedure di accreditamento dei soggetti di formazione;
- indirizzo, coordinamento, verifica e monitoraggio delle attività formative in medicine e pratiche non convenzionali;
- definizione dei bisogni formativi e dei contenuti dei programmi didattici specifici delle singole medicine e pratiche non convenzionali;
- valutazione nei casi dubbi e contestati delle modalità applicative delle norme transitorie che saranno previste nell'ambito delle medicine e pratiche non convenzionali;
- validazione di progetti di ricerca in ambito specifico e nelle aree di integrazione delle medicine e pratiche non convenzionali;
- predisposizione e tenuta dell'elenco dei soggetti pubblici e privati accreditati per la formazione;
- attività di verifica del mantenimento nel tempo dei requisiti necessari per l'accREDITamento e relative misure sanzionatorie in caso di inadempimento;
- previsione di un contributo a carico dei soggetti accreditati per il mantenimento del sistema di valutazione.

### **Comitato tecnico scientifico Nazionale**

Il gruppo tecnico interregionale medicine complementari auspica che presso il ministero della salute venga istituito un comitato tecnico scientifico nazionale costituito da rappresentanze ponderate delle società scientifiche e dei soggetti pubblici e privati accreditati alla formazione nelle medicine e pratiche non convenzionali.

I compiti del Comitato tecnico scientifico nazionale sono:

- supporto alla definizione dei criteri e delle procedure di accreditamento dei soggetti di formazione;
- individuazione analitica dei bisogni formativi e dei curricula formativi per singole medicine e pratiche non convenzionali e per tipologia di professionisti - destinatari;
- formulazione e attivazione di progetti di ricerca in ambito specifico nelle singole medicine e pratiche non convenzionali e nelle aree di integrazione;

- formulazione e attivazione di criteri, procedure e misure rivolte alla prevenzione e gestione del rischio professionale.

Il gruppo tecnico interregionale medicine complementari auspica che, a livello regionale, con modalità definite dalle singole Regioni, vengano istituiti commissioni regionali e comitati tecnico-scientifici presso la direzione generale degli assessorati alla salute con ruoli e compiti di articolazione locale analoghi agli organismi nazionali previsti dalla presente intesa.

## VARIAZIONE DI INDIRIZZO

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

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

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

Sito web dell'Ordine:

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

E-mail dell'Ordine:

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

# *La formazione universitaria pre laurea e specialistica*

*Nel corso del Consiglio nazionale della FNOMCeO del 12 dicembre 2009 sono state perfezionate le proposte operative della Commissione per la formazione universitaria pre laurea e specialistica, questo il testo del documento.*

**G**li Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri e la FNOMCeO, chiamati a rispondere della qualità dei professionisti nella pratica professionale quotidiana, chiedono un doveroso ascolto da parte di tutti i responsabili istituzionali della Formazione Medica in merito alle numerose attuali problematiche del sistema formativo nazionale.

- Numerose cause hanno determinato un indebolimento del complessivo sistema universitario italiano: a) bassa percentuale di PIL investito in ricerca e alta formazione (1%); b) bassa percentuale italiana della popolazione studentesca universitaria rispetto alla popolazione generale nell'ambito dei Paesi industrialmente avanzati; c) autonomia degli atenei esposta a disomogeneità di contesti sociali ed economici; d) riduzione del FFO degli atenei e ricarico sugli atenei dei costi di progressione delle carriere; e) restrizioni nel reclutamento docente per blocchi ricorrenti nei concorsi; f) riassorbimento delle risorse da turnover per coprire le spese di funzionamento; g) destinazione delle risorse disponibili in favore delle progressioni di carriera ri-

spetto al reclutamento; h) "brain drain" passivo di circa 3.000 laureati/anno, con punte fino al 7% dei laureati/anno dei laureati.

- In questo ambito, la fragilità del prodotto formativo delle facoltà di medicina sia a livello di corsi di laurea che di scuole di specializzazione e di dottorati di ricerca, potrà essere corretta non da nuovi finanziamenti ma solo da azioni tese ad un sostanziale miglioramento dell'organizzazione complessiva dei percorsi di Studio, utilizzando le risorse finanziarie, culturali, tecnologiche, strutturali disponibili.

Considerato tale obiettivo, le capacità formative del Sistema Sanitario non vengono sufficientemente valorizzate. Inadempienze, carenze ed errori caratterizzano gli assetti delle sedi di formazione per i corsi di laurea (Aziende Ospedaliero-Universitarie), la mancata attivazione delle reti formative delle scuole di specializzazione, la genericità dei contenuti formativi offerti in tema di medicina di territorio (non riconosciuta come disciplina), l'eterogeneità interregionale nell'organizzazione dei corsi triennali di medicina generale.

Un'adeguata formazione universitaria costituisce il prerequisito indispensabile per un competente, tempestivo ed efficace esercizio della professione medica, non solo nei suoi contenuti tecnici e direttamente operativi in ambito sia ospedaliero che territoriale, ma anche nei suoi valori universali di solidarietà, socia-

*Le misure  
necessarie  
per far fronte  
al deficit  
di offerta  
di conoscenze,  
ricerca  
e specializzazione.  
Chiesta  
l'istituzione  
di una Consulta*

lità, comunicazione, progresso civile, innovazione, qualità e crescita delle conoscenze.

Il diretto monitoraggio dei processi formativi e dei risultati costituisce un essenziale obiettivo nazionale di governo, ai fini della corretta allocazione di notevoli risorse, di attivazione di sinergie tra Istituzioni eterogenee, di efficaci politiche sociali.

- Riteniamo pertanto indispensabile istituire una *Consulta Nazionale per la Formazione in Medicina*, con funzione di osservatorio e raccordo permanente dei processi, nella quale siano presenti i ministeri interessati (Istruzione, Salute), la CRUI, la Conferenza dei presidi delle facoltà di medicina e chirurgia, la Conferenza Stato-Regioni, la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri.

\* \* \*

- I punti programmatici sui quali la commissione FNOMCeO ritiene indispensabile intervenire in maniera prioritaria tramite la suindicata Consulta, sono riassunti nei paragrafi successivi:

### ***Programmazione dei fabbisogni.***

La programmazione degli accessi ai canali formativi delle lauree specialistiche in medicina e chirurgia e odontoiatria e protesi dentaria deve essere rivista. Entro i prossimi dieci anni vi sarà un profondo cambiamento degli assetti (nuovi bisogni di salute; nuovi modelli assistenziali), anche in termini numerici (quiescenze), della professione medica e odontoiatrica.

I valori odierni del numero programmato per l'accesso a Medicina, serviti in passato a contenere la plethora medica con norma europea, sono basati su un generico calcolo delle capacità del sistema formativo uni-

versitario e della capienza del sistema sanitario nazionale, rispettivamente parametrato con il solo numero dei posti letto a responsabilità universitaria. Un reale calcolo dei fabbisogni deve essere messo in opera per rispondere alle esigenze emergenti del sistema formativo nella sua attuale configurazione. Provvisoriamente, occorre consolidare un aumento del numero programmato del 10% per anno, per almeno 5 anni. Vanno inoltre studiati ed adottati nuovi criteri di programmazione, parametrando le effettive necessità assistenziali future, anche in funzione della capienza occupazionale del sistema sanitario e della effettiva pratica specialistica, rapportati a parametri demografici consistenti di popolazione (mortalità; natalità; invecchiamento; prevalenza ed incidenza di patologie; etc), a modelli di riorganizzazione sanitaria, a nuovi bisogni di salute, a obiettivi di salute pubblica, a sviluppo della ricerca scientifica indipendente.

### ***Valutazione del merito ai fini dell'accesso.***

Occorre rivalutare la solidità e l'assimilazione della preparazione storico-umanistica dei Candidati, indispensabile nell'approccio medico ai problemi di salute della persona umana. Nell'ultimo anno di scuola superiore debbono essere istituiti corsi su discipline attinenti che aiutino gli studenti a valutare le proprie attitudini alla professione medica. Un'eventuale prova attitudinale di tipo psicologico, da individuare, potrebbe essere utile per indirizzare lo studente. Gli Ordini dei Medici devono essere coinvolti nella preparazione di questi corsi. La valutazione di tale percorso e la valutazione complessiva del diploma di maturità deb-

bono avere un peso equilibrato nella valutazione di accesso. Le discipline dei tests di accesso debbono essere coerenti con il percorso formativo concluso e con i contenuti del corso da intraprendere.

### ***Corsi di laurea.***

È necessaria una revisione del curriculum con tassativa riduzione del numero degli esami e valorizzazione di prove multidisciplinari in itinere (es. progress test e valutazione sul campo). È necessario ampliare la parte pratica di contatto con il malato (imparare facendo), individuando sedi aggiuntive di insegnamento accreditabili (ospedali di insegnamento).

È necessario estendere il programma formativo alla medicina di territorio, attraverso nuove forme di convenzione con l'università e la creazione di specifici dipartimenti di medicina di famiglia con compiti didattici e di ricerca clinica. È necessario ampliare i contenuti deontologici del curriculum, collegandoli ad ogni gruppo di discipline nei rispettivi semestri di corso. È necessario attualizzare i contenuti umanistici del curriculum, finalizzandoli all'acquisizione di "non technical skilis" per mezzo di specifici moduli interdisciplinari.

### ***Esami di stato.***

Occorre rivedere le modalità di espletamento dell'esame di stato attraverso l'adozione di nuovi strumenti di valutazione aggiuntivi e determinanti (progress test; presentazione e discussione di casi clinici seguiti durante il tirocinio). In coerenza con quanto già acquisito in altri ambiti professionali, la commissione di esame deve prevedere una rappre-

sentanza adeguata della professione ed il sistema valutativo dei candidati nonché la presidenza della commissione debbono essere liberi da conflitti di interesse.

### ***Corsi di specializzazione.***

La programmazione deve essere basata sui bisogni di salute della popolazione, con estensione degli analoghi criteri per l'ammissione ai corsi di laurea; le attività perseguite nel corso delle specializzazioni debbono derivare da un reale incardinamento della scuola nel tessuto sanitario accreditato ed incluso nel sistema formativo, raggiungendo così gli standards formativi previsti.

Occorre potenziare le scuole mediante consorzi regionali ed interregionali, finalizzati all'ampliamento dell'offerta di eccellenza, allo scambio di esperienze ed all'omogenea distribuzione territoriale delle risposte sanitarie.

Occorre individuare nuovi strumenti di flessibilità nella conversione tra le specialità, in funzione di nuove competenze e nuovi campi applicativi professionali.

### ***Ricerca di base.***

Si raccomanda un'adeguata attenzione ai finanziamenti della ricerca di base al fine di garantire autonomia, indipendenza e sviluppo delle scienze mediche.

La commissione programmazione fabbisogni e formazione universitaria pre laurea e specialistica della FNOMCeO ritiene che affrontare sul piano professionale ed istituzionale le problematiche contenute nel presente documento sia essenziale ai fini del miglioramento del sistema formativo e del suo adeguamento alle attuali realtà sanitarie nazionali ed internazionali.

# Fra il ministero della Salute e la Federazione Incontro sulle certificazioni di malattia on line

**I**l 23 marzo si è tenuto presso il Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione il secondo incontro con la FNOMCeO e il Ministero della Salute sul tema delle certificazioni di malattia *on-line*.

Nell'incontro sono stati esaminati sia il decreto che la circolare applicativa. Il Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione ha garantito alla FNOMCeO che parteciperà alle procedure di collaudo del sistema nel mese successivo ai previsti tre di sperimentazione, durante i quali rimarrà attivo il canale cartaceo. Il collaudo determinerà le eventuali fattispecie derogatorie già previste nella circolare.

Inoltre il ministero, condiviso l'obiettivo comune secondo cui la certificazione deve scaturire da una valutazione clinica conseguente a visita medica, ha dato la piena disponibilità ad intervenire, con i necessari strumenti normativi sui possibili fraintendimenti generati - in tale fattispecie di certificazione - dall'espressione "*dati clinici non direttamente constatati né oggettivamente documentati*".

Si è poi discusso anche di alcune problematiche di minore rilievo, tra cui quelle relative alla certificazione online da parte di medici sostituiti non convenzionati per il quali si è convenuto di procedere all'attribuzione del PIN.

Il tavolo si è aggiornato al pros-

simo 13 aprile per pervenire a decisioni operative su quanto condiviso.

Il testo del Decreto 26 febbraio 2010 del Ministero della Salute, relativo alla definizione delle modalità tecniche per la predisposizione e l'invio telematico dei dati delle certificazioni di malattia, e la Circolare del Ministero della Funzione Pubblica, possono essere visionati sul sito dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari all'indirizzo:

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

## **ORARI DI APERTURA AL PUBBLICO**

*lunedì – mercoledì –  
venerdì:* dalle ore  
11.00 alle ore 13.00

*martedì:* dalle ore  
11.00 alle ore 13.00  
e dalle ore 15.00  
alle ore 17.00

*giovedì:* dalle ore  
11.00 alle ore 15.30  
(orario continuato)

*Durante  
i tre mesi di  
sperimentazione  
sarà attivo  
anche  
il canale  
cartaceo*

*Le direttive del ministero della Salute*

# *L'inizio della somministrazione del farmaco RU 486*

*In questi giorni ha avuto inizio negli ospedali la somministrazione del farmaco RU-486 che consente l'interruzione della gravidanza nell'ambito della legge 194 del 1978.*

*Pubblichiamo il parere espresso il 18 marzo scorso dal Consiglio Superiore di Sanità. Il parere è stato notificato dal ministro della Salute agli assessorati alla Sanità delle Regioni della FNOMCeO.*

**I**l Consiglio Superiore di Sanità, sulla scorta di articolate considerazioni che hanno tenuto conto di diversi profili valutativi, da tenere contestualmente presenti, di carattere sia medico che giuridico, ha espresso il suo parere tecnico scientifico. ed ha concluso nel senso:

- di ritenere necessario, al fine di garantire il rispetto della legge 194/78 su tutto il territorio nazionale, che il percorso dell'interruzione volontaria di gravidanza medica avvenga in regime di ricovero ordinario fino alla verifica della completa espulsione del prodotto del concepimento;"

- di raccomandare altresì che, sulla base delle considerazioni riportate nel medesimo parere, "vengano stilate e concordate linee di indirizzo da formulare sulla base dell'elaborazione dei dati in materia di IVG medica e chirurgica e della loro comparazione".

A tale riguardo, si invitano codesti Assessorati a fornire assicurazione

allo scrivente Ministero della salute che, nell'utilizzo del farmaco RU-486. nell'ambito dell'applicazione dell'articolo 8 della legge 194/78, le strutture ospedaliere operanti sul territorio di rispettiva competenza adempiranno la propria prassi assistenziale all'indirizzo tecnico scientifico espresso dal Consiglio Superiore di Sanità, con particolare riferimento al ricorso al regime di ricovero ospedaliero ordinario fino alla verifica della completa espulsione del prodotto del concepimento.

Si evidenzia come tale modalità di erogazione della prestazione sanitaria in questione sia ritenuta dal Consiglio Superiore di Sanità indispensabile al fine di garantire contestualmente la tutela della sfera fisica e psichica della gestante ed il rispetto delle disposizioni della legge 194/78

In merito alla raccomandazione espressa dal Consiglio Superiore di Sanità di formulare linee di indirizzo sulla materia di che trattasi, sulla base dei dati in materia di IVG medica e chirurgica e della loro comparazione. questo Ministero adotterà le necessarie iniziative di monitoraggio e valutazione.

**Ferruccio Fazio**

*L'interruzione volontaria di gravidanza dovrà avvenire negli ospedali in regime di ricovero ordinario*

Sito web dell'Ordine:  
**"<http://www.omceoss.org>"**  
**www.omceoss.org**

E-mail dell'Ordine:  
**"<mailto:ordine@omceoss.org>"**  
**" [ordine@omceoss.org](mailto:ordine@omceoss.org)**

## *Il testo del parere espresso*

### *dal Consiglio Superiore di Sanità*

**I**l Consiglio Superiore di Sanità nella sessione XLII e nella Seduta del 18 marzo 2010 ha formulato il parere richiesto dal ministro della Salute. Questo il testo:

Il Consiglio Superiore di Sanità:

**Vista** la richiesta del 24 febbraio 2010 con la quale il Ministro, con riferimento alla recente autorizzazione all'immissione in commercio del farmaco mifepristone (RU 486) da parte dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), ha chiesto il parere del Consiglio Superiore di Sanità in merito a:

- *modalità di impiego di tale farmaco nel rispetto della legge 194 del 1978;*
- *opportunità di stilare linee guida che rendano uniformi i livelli di sicurezza di tale farmaco a livello nazionale;*
- *definizione di "ricovero" anche in relazione alla determina dell'AIFA*

**Vista** la determinazione AIFA n. 1460 del 24 novembre 2009 "Autorizzazione all'immissione in commercio del medicinale per uso umano "Mifegyne" che, all'art. 3 (vincoli del percorso di utilizzo), prevede "L'impiego del farmaco deve trovare applicazione nel rigoroso rispetto dei precetti normativi previsti dalla Legge 22 maggio 1978, n. 194 a garanzia e a tutela della salute della donna: in particolare deve essere garantito il ricovero in una delle strutture sanitarie individuate dall'art. 8 della citata Legge 194/78 dal

*momento dell'assunzione del farmaco fino alla verifica dell'espulsione del prodotto del concepimento. Tutto il percorso abortivo deve avvenire sotto la sorveglianza di un medico del servizio ostetrico ginecologico cui è demandata la corretta informazione sull'utilizzo del medicinale, sui farmaci da associare, sulle metodiche alternative e sui possibili rischi connessi, nonché l'attento monitoraggio onde ridurre al minimo le reazioni avverse segnalate, quali emorragie, infezioni ed eventi fatali. Con particolare riguardo alle possibili reazioni avverse, tentato conto anche del riassunto delle caratteristiche del prodotto approvato dei dati disponibili di Farmacovigilanza nonché della bibliografia disponibile, che avvertono sui rischi teratogeni connessi alla possibilità del fallimento di interruzione farmacologica di gravidanza e del sensibile incremento del tasso di complicazioni in relazione alla durata della gestazione, l'assunzione del farmaco deve avvenire entro la settimana settimana di amenorrea. È rimesso alle autorità competenti, nell'ambito delle proprie finzioni, di assicurare che le modalità di utilizzo della specialità mifegyne ottemperino alla normativa vigente in materia di interruzione volontaria di gravidanza e alle disposizioni di cui sopra";*

**Vista** la legge 22 maggio 1978, n. 194 "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione

*Evidenziata  
l'opportunità  
di predisporre  
linee guida  
sui livelli  
di sicurezza*

volontaria della gravidanza” e in particolare, l’art. 8 che prevede che l’interruzione della gravidanza sia praticata da un medico del servizio ostetrico-ginecologico ‘presso un ospedale generale tra quelli indicati nell’articolo 20 della legge 12 febbraio 1968, numero 132, il quale verifica anche l’inesistenza di controindicazioni sanitarie o presso gli ospedali pubblici specializzati, gli istituti ed enti di cui alla medesima e al decreto del Presidente della Repubblica 18 giugno 1958, n. 754. o, nei primi novanta giorni l’interruzione della gravidanza. anche presso case di cura autorizzate dalla Regione, “fornite di requisiti igienico-sanitari e di adeguati servizi ostetrico-ginecologici” o presso poliambulatori pubblici adeguatamente attrezzati, funzionalmente collegati agli ospedali ed autorizzati dalla Regione. ...omissis...;

**Visto** l’art. 8, comma 1 della Legge 8 aprile 1998, n. 94 che dispone che “... omissis...il medico, nel prescrivere una specialità medicinale o altro medicinale prodotto industrialmente, si attiene alle indicazioni terapeutiche, alle vie e alle modalità di somministrazione previste dall’autorizzazione all’immissione in commercio rilasciata dal Ministero della Sanità”;

**Visto** il D.lgs. 24 aprile 2006, n. 219 “Attuazione della direttiva 2001/83/CE (e successive direttive di modifica) relativa ad un codice comunitario concernente i medicinali per uso umano, nonché della direttiva 2003/94/CE” e in particolare l’art. 92 (medicinali utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in strutture ad esso assimilabili) comma I che stabilisce “I medicinali utilizzabili esclusivamente in

ambiente ospedaliero sono i medicinali che per le caratteristiche farmacologiche, o per innovatività, per modalità di somministrazione o per altri motivi di tutela della salute pubblica, non possono essere utilizzati in condizioni di sufficiente sicurezza al di fuori di strutture ospedaliere”;

**Visto** l’art. 3 della Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 “Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione” che individua la tutela della salute fra le materie di legislazione concorrente, per le quali spetta alle Regioni la potestà legislativa e riserva allo Stato la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale;

**Premesso** che il Consiglio Superiore di Sanità si é precedentemente espresso sul tema dell’aborto farmacologico e. in particolare:

- nella seduta del 18 marzo 2004 il Consiglio in merito al quesito circa “Sperimentazione clinica: interruzione volontaria di gravidanza (IVG) con Mifepristone (RU 486) e Misoprostolo. Richiesta di parere sulle garanzie di tutela, contro i potenziali rischi da interruzione di gravidanza, al di fuori delle strutture sanitarie, affini della compatibilità giuridica con le disposizioni della legge n. 194 del 1978, con particolare riguardo all’articolo 8” esprimeva parere Favorevole circa la legittimità della sperimentazione, in conformità all art. 8 della Legge 194/78, solo nel caso in cui la stessa si fosse svolta in ambito ospedaliero:
- nella seduta del 20 dicembre 2005 l’assemblea generale cui erano stati sottoposti quesiti relativi alla sperimentazione del farmaco RU

486, per l'interruzione di gravidanza, riteneva che l'introduzione e l'impiego in Italia del medicinale non potessero essere in conflitto con la specifica disciplina prevista dalla legge 194/78 e che il farmaco, in associazione con misoprostolo, dovesse essere somministrato in ospedale pubblico o in altra struttura prevista dalla stessa legge in regime di ricovero fino ad aborto avvenuto;

- nella seduta del 4 marzo 2008 l'assemblea generale in merito alla richiesta di parere del Ministro *pro tempore* "sulle modalità di impiego del farmaco RU 486 nel pieno rispetto della legge 194 del 1978 in relazione all'imminente registrazione e commercializzazione di tale farmaco, anche sullo base di quanto osservato dal direttore dell'Agenzia Italiana del farmaco" aveva ritenuto opportuno sospendere l'espressione del parere in attesa che si concludesse l'iter autorizzativo da parte dell'AIFA:

**Preso atto** delle risultanze del lavoro svolto dal Comitato di Presidenza e dal Gruppo di lavoro *ad bo* istituito in merito all'uso del farmaco RU 486;

**Sentito** il relatore prof. Garaci:

**Considerato** che, dopo un approfondito esame della problematica, anche attraverso l'analisi della letteratura scientifica (ali. 1), si è evidenziato quanto segue:

### 1. dati scientifici:

- nella maggior parte dei casi si tratta di studi osservazionali e, pertanto mancano i gruppi di controllo;
- i dati relativi all'IVG farmacologica e chirurgica non risultano confrontabili;

- i dati non sono omogenei e i risultati sono estremamente difformi soprattutto per quanto riguarda efficacia ed eventi avversi; purtroppo, emergerebbe un profilo di sicurezza inferiore dell'IVG farmacologica rispetto a quello dell'IVG chirurgica;
- i decessi non sono chiaramente attribuibili all'uso del farmaco così come non è stabilito il rapporto di causa/effetto; purtroppo, è doveroso tenere conto;

### 2- aspetti gestionali e operativi:

- non risultano essere state messe a punto procedure standard relative ad un percorso assistenziale per IVG medica né risultano applicabili *tout court* quelle già definite per l'IVG chirurgica;
- il misoprostolo orale non presenta un'indicazione per l'aborto medico, nonostante sia approvato a livello europeo in associazione al mifepristone in questa indicazione; l'uso del misoprostolo orale si configura, quindi, come utilizzo off-label, per il quale sono necessarie un'esauriva informazione e l'acquisizione del consenso scritto della donna;
- è indispensabile fornire un'adeguata informazione sulle tecniche di interruzione volontaria della gravidanza di tipo medico e chirurgico. sui relativi rischi e sulle possibili complicanze, per una scelta libera e consapevole da parte della donna e, conseguentemente. definire, insieme a percorsi assistenziali omogenei, un modulo esauritivo e corretto per il consenso informato;
- è necessario, sulla base della responsabilità del medico conferita a quest'ultimo dalla legge 194/78, e sulla base del principio di precau-

zione, garantire la massima sicurezza alla donna che ricorre all'IVG;

- la valutazione del successo del trattamento non dispone, a tutt'oggi, di criteri univoci e standardizzati; si rende pertanto necessario disporre di metodiche e protocolli omogenei in grado di identificare con precisione l'esito della procedura abortiva;
- il rischio di eventi avversi non è completamente eliminabile, così come in qualsiasi atto medico/chirurgico e, nel caso di insorgenza di gravi eventi avversi fuori dalle strutture sanitarie, qualora la donna venga dimessa prima della completa espulsione del prodotto del concepimento si potrebbe determinare un impedimento ad affrontare una eventuale emergenza con tempestività e risposte terapeutiche adeguate;
- la somministrazione di farmaci abortivi, in assenza di ricovero ospedaliero fino ad aborto avvenuto, si associa ad una perdita delle pazienti alla visita di controllo sempre consistente e comunque, descritta in misura mai inferiore al 20%; pertanto non è possibile verificare, in tale percentuale, né l'insorgenza di eventi avversi né la totale espulsione del prodotto del concepimento che, qualora non completa, potrebbe generare gravi conseguenze; inoltre, la perdita al follow up inciderebbe ulteriormente, e negativamente, sui sistemi di farmacovigilanza e farmacosorveglianza correlati con l'AIC dei medicinali per uso umano, che prevedono la sorveglianza "post marketing" anche ai fini del miglioramento della pratica clinica, quale parte integrante dell'assistenza sanitaria;

### 3. aspetti normativi:

- l'IVG medica si configura come percorso giuridico complesso: è necessario applicare quanto previsto dalla legge 194/78; tale atto normativo, oltre a contenere prescrizioni riferibili esclusivamente all'aborto chirurgico, pone una disciplina sull'interruzione volontaria della gravidanza; ne consegue che le norme da esso previste devono ritenersi applicabili anche all'aborto farmacologico, che dell'interruzione di gravidanza rappresenta una *species*;
- l'interpretazione dell'art. 8 della legge 194/78 (citato nella determina AIFA) consente di affermare che la stessa si applichi tanto all'aborto chirurgico quanto a quello farmacologico, atteso che la norma, non operando alcuna distinzione "interna" si riferisce genericamente alla "interruzione della gravidanza"; da ciò discende che il nucleo essenziale delle garanzie dettate dall'art. 8 a tutela della salute della donna (presenza di un medico specializzato quale unico soggetto abilitato a praticare l'interruzione della gravidanza, ricovero presso le strutture sanitarie previste dalla legge) opera anche nell'ipotesi in cui quest'ultima ricorra all'aborto farmacologico anziché a quello chirurgico;

### 4. correlazione fra determina AIFA del 24 novembre 2009, legge 194/78 e stato dell'arte relativo all'IVG farmacologica:

- la determina AIFA prevede "L'impiego del farmaco deve trovare applicazione nel rigoroso rispetto dei precetti normativi previsti dalla Legge 22 maggio 1978, n. 194 a garanzia e a tutela della sa-

*lute della donna; in particolare deve essere garantito il ricovero in una delle strutture sanitarie individuate dall'art .8 della citata Legge 194/78 dal momento dell'assunzione del farmaco fino alla verifica dell'espulsione del prodotto del concepimento”:*

- la legge 194/78 individua le strutture presso le quali deve avvenire l'IVG chirurgica, che deve essere praticata da un medico del servizio ostetrico-ginecologico;
- il regime di ricovero si riferisce alla particolare modalità organizzativa di erogazione dell'assistenza ospedaliera e si distingue in:
  - ricovero ordinario - che prevede l'assegnazione di un posto letto e la permanenza del paziente continuativa con pernottamento nella struttura ospedaliera;
  - day hospital - caratterizzato dalle seguenti condizioni; si tratta di un ricovero o di un ciclo di ricoveri programmato; é limitato ad una sola parte della giornata e non prevede il pernottamento nella struttura; fornisce prestazioni multiprofessionali o plurispecialistiche che necessitano di un tempo di esecuzione che si discosta in modo netto da quello necessario per una normale prestazione ambulatoriale;
  - l'IVG chirurgica, sulla quale è tarata la legge 194, è una procedura dove il distacco e l'espulsione del prodotto del concepimento avvengono contemporaneamente; al contrario, nell'IVG medica il momento non coincide, potendosi verificare l'espulsione del prodotto del concepimento in tempi diversi: dall'esame della letteratura scientifica, si evince che l'espulsione è avvenuta già dopo la somministra-

zione della prima pillola (mifepristone) nel 5.3-6.3% dei casi (USA/Francia): dopo la somministrazione della prostaglandina l'espulsione è avvenuta entro le 4 ore nel 44.1-50.3% dei casi, entro 4-24 ore nel 18.7-22% dei casi, dopo il terzo giorno nell'8.2-8.6% dei casi e in tempi successivi e non precisati nel 9.2-14.2% dei casi;

**Rilevato** che il comitato di presidenza e il gruppo di lavoro, sulla base dell'approfondimento operato, i cui elementi salienti sono sopra riportati, hanno individuato la fattispecie di ricovero ordinario come il regime di ricovero più idoneo a garantire che il percorso assistenziale avvenga secondo il mandato della legge 194/78 e della determina AIFA, e a fornire una tutela anche nei confronti delle fasce sociali svantaggiate;

**Preso atto** del parere reso al presidente del Consiglio Superiore di Sanità dal professor Annibale Marini, in data 11 marzo 2010 e presente agli atti del Consiglio Superiore di Sanità, secondo il quale appare necessario che vi siano previsioni puntuali e precise volte a far sì che l'aborto farmacologico sia praticato da personale sanitario qualificato e che tale pratica sia eseguita presso strutture sanitarie accreditate, previo ricovero continuativo della donna dal momento di assunzione del farmaco sino alla effettiva espulsione del prodotto del concepimento;

**Ritenuto** che le procedure per l'interruzione volontaria di gravidanza (siano esse mediche che chirurgiche) possono dirsi conformi alla legge 194/78 solo laddove sia assicurata una tutela effettiva della sfera fisica e psichica della gestante e che pertanto, sulla base di tale principio, tutti gli elementi considerati po-

tranno essere rivalutati anche alla luce di un esame approfondito dei dati nazionali derivanti dalla sorveglianza *post marketing*;

**Esaminata** la documentazione agli atti;

**Condivise** le osservazioni e le proposte del Gruppo di lavoro e del Comitato di Presidenza;

**Valutate**, dopo approfondita disamina dei diversi aspetti evidenziati e correlati, le considerazioni emerse nello sviluppo del dibattito;

**Ritiene necessario**

al fine di garantire il rispetto della legge 194/78 su tutto il territorio nazionale, che il percorso dell'interru-

zione volontaria di gravidanza medica avvenga in regime di ricovero ordinario fino alla verifica della completa espulsione del prodotto del concepimento.

**Raccomanda**

altresi che, sulla base delle considerazioni sopra riportate, vengano stilate e concordate linee di indirizzo da formulare base dell'elaborazione dei dati in materia di IVG medica e chirurgica e della loro comparazione.

**Concetta Mirisola**  
Segretario generale

**Enrico Garaci**  
Presidente del CSS

*Agostino Sussarellu nella Commissione del ministero dell'istruzione, università e ricerca per il riconoscimento degli istituti di psicoterapia*

Il presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Sassari Agostino Sussarellu è stato nominato lo scorso 21 gennaio 2010 rappresentante della Federazione Nazionale degli Ordini dei medici all'interno della Commissione tecnico-consultiva costituita presso il ministero dell'istruzione, università e ricerca per il riconoscimento degli istituti di psicoterapia, nominata con D.M. 3 agosto 2009.

Il dottor Sussarellu, che parteciperà con voto consultivo ai lavori della Commissione, avrà il compito di esprimere parere vincolante sull'idoneità degli istituti per l'attivazione e per l'istituzione dei corsi di specializzazione in psicoterapia.

La designazione della FNOMCEO è ricaduta sul dottor Sussarellu in virtù della sua lunga esperienza maturata nel settore. Il presidente dell'Ordine dei Medici di Sassari, che attualmente è coordinatore dell'Osservatorio nazionale delle professioni sanitarie istituito presso la Federazione Nazionale degli Ordini, ha coordinato infatti per alcuni anni la Commissione per i problemi della psicologia e psicoterapia istituita presso la FNOMCEO occupandosi, in particolare, dei rapporti con la professione degli psicologi per ciò che concerne gli aspetti della psicoterapia.

Al presidente Sussarellu vanno i migliori auguri di buon lavoro da parte del nostro Ordine.

*Opportunità in una struttura ospedaliera*

# *L'istituto Auxologico Italiano ricerca cardiologi e fisiatri*

**L'** Istituto Auxologico Italiano è un istituto di ricovero e cura a carattere scientifico che svolge attività di ricerca e cura nei settori riabilitativo, cardiovascolare, endocrino – metabolico e delle neuroscienze.

Per la copertura di posizioni di lavoro presso l'IRCCS Ospedale San Giuseppe di Piancavallo (Comune di Oggebbio – Verbania), l'Istituto Auxologico Italiano è interessato ad entrare in contatto con medici cardiologi e fisiatri.

L'ambiente di lavoro è dinamico e stimolante e consente di collaborare ad innovativi progetti di ricerca.

La politica retributiva per il personale dipendente è avanzata e prevede un sistema di incentivazione per

obiettivi nonché la possibilità di svolgere attività libero-professionale intramoenia.

È prevista, inoltre, la possibilità di utilizzo della foresteria all'interno dell'Ospedale.

Gli interessati sono invitati a far pervenire il loro curriculum vitae aggiornato alla direzione del personale dell'istituto, via Magnasco 2, 20149 Milano (altri riferimenti: telefono 02 619112024 / fax 02 619112983 e-mail: g.lacerenza@auxologico.it).

Per eventuali contatti è possibile ricevere informazioni rivolgendosi al dottor Gianluca Lacerenza, della direzione risorse umane, formazione e organizzazione, anche all'indirizzo di posta elettronica precedentemente indicato.

*L'ospedale è a  
Oggebbio-Verbania;  
richiesto  
il curriculum*

## **RICHIESTA CERTIFICATI**

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

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

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

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

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

*A Bologna fra maggio e dicembre*

## *Formazione avanzata*

### *su ipnosi ericksoniana e PNL*

**U**n corso di ipnosi ericksoniana e PNL avrà luogo a Bologna fra maggio e dicembre 2010. Lo svolgimento del corso è organizzato in due articolazioni (base e avanzato) ed è in 6 moduli.

I partecipanti conseguiranno due titoli:

Titolo intermedio: Diploma Technician in Ipnosi Ericksoniana e PNL.

Titolo finale: Diploma Practitioner in Ipnosi Ericksoniana e PNL

Nel corso base verranno proposte modalità di problem-solving “soft” e non invasive; quelle più di pertinenza clinica saranno invece riservate al corso avanzato.

Comunque le varie modalità derivano dalla ormai trentennale ricerca sul connubio PNL/Ipnosi indiretta.

Il percorso si suddivide in un Corso base, corrispondente ai moduli I, II e III, ed un Corso avanzato, che coincide con i successivi moduli IV, V e VI.

Ogni livello è completo e prevede il conseguimento del relativo diploma:

- Diploma Technician in Ipnosi Ericksoniana e PNL per il corso base
- Diploma Practitioner in Ipnosi Ericksoniana e PNL per il corso avanzato.

Il diploma practitioner in ipnosi Ericksoniana e PNL consente l’accesso al Diploma Master in Ipnosi Ericksoniana e PNL, successivamente ad un periodo di supervisione e la presentazione di una tesi finale.

#### **A CHI È RIVOLTO**

Il Corso base è aperto a Practitioner PNL o con preparazione equivalente (Analisi transazionale, Gestalt, ecc.) ad insindacabile giudizio degli organizzatori.

Il Corso avanzato è aperto specificamente ed unicamente a medici, psicologi, counselors e operatori nella relazione d’aiuto (non è richiesta la conoscenza della PNL), giudicati idonei al termine del corso base.

#### **DOCENTI**

##### **Claudio Feruglio**

Medico, Psichiatra, Psicoterapeuta. Esperto nella pratica dell’Ipnopsi Ericksoniana e della PNL che utilizza dagli anni ’80 nella psicoterapia, nella formazione e nella conduzione di gruppi. Dipinge. Qualche volta scrive.

##### **Gianni Fortunato**

Trainer in PNL di prima generazione alla scuola dei fondatori, è considerato uno dei padri della Pnl Europea e il fondatore della Pnl italiana. Analista Clinico Transazionale, Psicoterapeuta, Fondatore dell’Istituto Italiano di Programmazione Neuro-Linguistica, docente da oltre 20 anni di PNL, “Metafore”, “Ipnosi Ericksoniana” in Europa.

##### **Gabriele Pinto**

Psicologo, Psicoterapeuta, Consulente, Analista Transazionale Cli-

*Due livelli:  
base e avanzato.  
I docenti sono  
psichiatri,  
trainer in PNL  
e psicologi*

nico, Master Advanced in Ipnoti Ericksoniana.



Questo il programma:

## CORSO BASE

### Modulo UNO

**Docente: Claudio Feruglio**

- Introduzione all'approccio Ericksoniano e alla PNL
- Comunicazione e Rapporto
- Stati di coscienza
- Induzioni semplici

### Modulo DUE

**Docente: Claudio Feruglio**

- Induzioni complesse
- Modelli linguistici avanzati
- Modello per il riconoscimento e la gestione dello stress

### Modulo TRE

**Docente: Gabriele Pinto**

- Uso dei sogni indotti e trattamento dei sogni notturni
- Creazione di Nuove Esperienze
- Autometafore

## CORSO AVANZATO

### Modulo QUATTRO

Docente: Gianni Fortunato

- Creazione delle condizioni ideali per il lavoro clinico

- Tecnica di "Interrogazione"
- I "livelli logici"
- Tecniche di desensibilizzazione
- "Linea del Tempo" e "Cambiamenti di Storia".

### Modulo CINQUE

**Docente: Gianni Fortunato**

- Identità e Subidentità
- Copioni di vita
- Missione
- Ristrutturazioni dell'Esperienza

### Modulo SEI

**Docente: Gianni Fortunato**

- Problem Solving collegato ai "Livelli logici"
- Progetti di intervento
- Psicosomatica
- Test e Controlli

## QUANDO

1° modulo: 28-29-30 maggio 2010

2° modulo: 25-26-27 giugno 2010

3° modulo: 24-25-26 settembre 2010

4° modulo: 22-23-24 ottobre 2010

5° modulo: 12-13-14 novembre 2010

6° modulo: 3-4-5 dicembre 2010

## ORARI

Venerdì h. 10.00/13.00.14.00/18.30

Sabato h. 09.30/13.00.14.00/18.00

Domenica h. 09.30 - 13.00.14.00 - 16.30

## DOVE

Hotel Europa - Via Boldrini 11, Bologna Ass. Fameja Bulgneisa - Via Barberia 11, Bologna.

## COSTO

Corso Base Euro 1.100,00 + IVA 20%; Corso Avanzato Euro 1.200,00 + IVA 20%.

## ISCRIZIONI

Le iscrizioni si ricevono fino al 10 maggio 2010 presso la sede di Bologna di PNL META inviando via mail

(info@iipnl.it) o a mezzo fax (051/582207) il curriculum professionale e la scheda di iscrizione compilata. Viale Aldini, 5 - 40136 Bologna Tel. 051 334805; fax 051 582207  
www.iipnl.it info@iipnl.it

## ***Che cosa è l'ipnosi: non esiste (o tutto è ipnosi)***

**corsi**



Ogni volta che qualcuno chiede a Bandler e Grinder (autori di “Trance-Formation” e “I modelli della tecnica ipnotica di Milton Erickson”) cos’è l’Ipnosi, riceve due risposte in contemporanea: “L’ipnosi non esiste”, “Tutto è ipnosi”. Il lavoro di Milton Erickson, noto a molti come il più grande ipnologo di tutti i tempi e uno dei più illustri innovatori in psicoterapia, dimostra l’integrazione e la simultanea e feconda verità di entrambe le risposte. È interessante notare che molti studiosi hanno, con motivate ragioni, creduto che Castaneda si fosse ispirato a Erickson per il suo mentore Don Juan: proprio come Castaneda e il suo lettore ci possiamo chiedere se l’ipnosi è il luogo degli stati alterati di coscienza oppure degli stati allargati (per alcuni “superiori” di coscienza), o di un percorso che collega gli uni agli altri.

### **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:  
"http://www.omceoss.org" www.omceoss.org

*Il 13 giugno a Olbia*

## *L'occhio e le sue affezioni: riconoscerle e curarle*

“L'occhio e le sue affezioni: riconoscerle e curarle” è il tema di un corso che si svolgerà a Olbia il 13 giugno (relatore il dottor Giorgio De Santi) con il patrocinio dell'Ordine dei medici di Sassari. Il corso si svolgerà presso la sala riunioni dell'hotel Martini, in via D'Annunzio, dalle ore 9 alle ore 16.

Il programma è così articolato:

- Cenni di anatomia dell'apparato visivo.
- Patologie oculari di più frequente riscontro e modalità d'approccio.
- Affezioni palpebrali: Edemi - Calazi - Orzaioli - Herpes.
- Traumi contusivi orbitari: da pallina da tennis, da tappo di bottiglia, traumi diretti.
- Congiuntiva: emorragie sottocongiuntivali.
- Arrossamenti oculari con e senza

secrezione: cosa sospettare.

- “Occhio rosso”: come discriminare tra congiuntivite, cheratite (erpetica e non erpetica), iridoclitite, glaucoma.
- Il dolore oculare (abrasione corneale, sindrome secca, corpo estraneo corneale, glaucoma acuto).
- Disturbi iatrogeni da terapie oculistiche locali.
- Il paziente affetto da glaucoma.

Obiettivo del corso e soprattutto dare risposte alle problematiche di primo intervento:

Non è sempre facile capire se il problema oculare che ci si trova ad affrontare merita un approfondimento oculistico, una visita urgente presso un pronto soccorso, oppure può essere tranquillamente trattata direttamente.

*Obiettivo:  
fornire  
gli strumenti  
per intervenire  
sulle principali  
patologie*

### **INDIRIZZI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA - PEC:**

*Segreteria* "**mailto:ordine.ss@pec.omceo.it**"  
**ordine.ss@pec.omceo.it**

*Presidente* "**mailto:presidente.ss@pec.omceo.it**"  
**presidente.ss@pec.omceo.it**

*Presidente CAO*  
"**mailto:presidentecao.ss@pec.omceo.it**"  
**presidentecao.ss@pec.omceo.it**

Il rischio è di sottovalutare il caso oppure di allarmare inutilmente il paziente. Il Farmacista o il medico spesso non hanno una formazione oftalmologica e non dispongono di strumentazioni oculistiche specifiche. Obiettivo di questo incontro è fornire ai medici gli strumenti per discriminare e riconoscere le principali patologie oculari.

Per far questo si dovrà necessariamente basare sul racconto spontaneo, sull'anamnesi e sull'osservazione esterna del quadro lesionale.

Ove possibile si forniranno gli strumenti necessari per intervenire con medicinali idonei e anche medicinali omeopatici.

Il docente è Giorgio De Santi, Specialista in oftalmologia, responsabile attività di fluorangiografia presso il reparto di oculistica dell'ospedale di Rho.

La quota di iscrizione è stabilita in Euro 65,00 IVA inclusa e comprende materiale didattico e coffee break. La scheda di iscrizione deve essere compilata in ogni sua parte e inviata via fax, email o posta prioritaria, unitamente alla copia del bonifico.

Il corso è rivolto a farmacisti e medici.

La partecipazione al corso e la risposta corretta ad almeno l'80% delle domande finali permetteranno di ricevere i crediti formativi.

## *Il concorso per l'ammissione ai corsi triennali 2010-2013 di formazione in medicina generale*

È stato bandito il concorso pubblico per esami per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale della regione Sardegna anni 2010/2013.

Si comunica che nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana - IV Serie Speciale - Concorsi ed esami N. 25 del 30 marzo 2010, è stato pubblicato l'avviso relativo al concorso di formazione specifica in medicina generale anni 2010/2013.

Si precisa che la decorrenza dei termini per la presentazione delle domande parte dal 31 marzo 2010. Ultimo giorno utile per l'invio è il 29 aprile 2010.

“Nel Buras (Bollettino ufficiale della Regione Sardegna) n. 6 del 26 febbraio 2010 è resa pubblica, in forma integrale, la determinazione n. 72/3355 e il relativo allegato 1 alla

determinazione, per l'adozione del bando di concorso per l'ammissione al corso di formazione specifica in medicina generale per il triennio 2010/2013.”

I medici interessati potranno utilizzare i moduli allegati in calce all'allegato 1 della determinazione n. 72 del 17 febbraio 2010:

- scaricandoli da internet o dal sito della Regione Autonoma della Sardegna ([www.regione.sardegna.it](http://www.regione.sardegna.it)) o dal sito dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari ([www.omceoss.org](http://www.omceoss.org))
- presso l'Ufficio URP dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, via Roma n. 223 - 09123 Cagliari -
- presso gli Uffici degli Ordini dei Medici Provinciali di Sassari, Nuoro, Oristano e Cagliari.

Il 28 e 30 maggio

## *Elezioni dei comitati consultivi delle aziende USL e dell'ENPAM*

**N**egli ultimi giorni di maggio avranno luogo le elezioni dei comitati consultivi delle aziende USL della Sardegna e dei fondi di previdenza ENPAM per il quinquennio 2010-2015

Venerdì 28 maggio 2010 si terranno su tutto il territorio Regionale le elezioni dei comitati consultivi delle Aziende USL della Regione Sardegna.

Le elezioni degli specialisti ambulatoriali si svolgeranno contemporaneamente in tutta la Regione presso le singoli sedi provinciali degli Ordini e pertanto a Sassari si svolgeranno nella sala conferenze dell'Ordine in via Cavour 71/ b dalle ore 9.00 alle ore 22.00.

Verranno eletti nel Comitato consultivo zonale:

- tre rappresentanti membri effettivi
- tre rappresentanti membri supplenti

Verranno eletti nel comitato consultivo regionale

- tre rappresentanti membri effettivi
- tre rappresentanti membri supplenti

Hanno diritto al voto tutti i medici specialisti ambulatoriali inseriti negli elenchi delle ASL operanti in ciascuna Azienda U.S.L e nelle Istituzioni di cui alla dichiarazione a verbale n. 2 dell' A.C.N.

L'elezione dei comitati consultivi dei fondi di previdenza ENPAM (quinquennio 2010-2015) avrà luogo domenica 30 maggio 2010. Su tutto

il territorio nazionale verranno eletti i comitati consultivi dei fondi di previdenza ENPAM: fondo di previdenza della libera professione-quota B del fondo generale, del fondo dei medici di medicina generale, del fondo degli specialisti ambulatoriali e del fondo degli specialisti esterni.

Ciascun comitato consultivo è formato da 21 componenti scelti tra gli iscritti attivi e titolari di pensione ordinaria o di invalidità del fondo.

Il comitato consultivo del fondo dei medici di medicina generale è integrato da ulteriori tre componenti, eletti tra gli iscritti attivi al fondo di cui:

- un rappresentante nazionale per la categoria dei medici di medicina generale di assistenza primaria;
- un rappresentante nazionale per la categoria dei medici pediatri di libera scelta;
- un rappresentante nazionale per la categoria dei medici di medicina generale addetti al servizio di continuità assistenziale e/o emergenza territoriale.

Per quanto attiene alle candidature dei rappresentanti nazionali in seno al comitato consultivo del fondo di previdenza dei medici di medicina generale, entro e non oltre il 30 aprile prossimo.

Ciascun Ordine provinciale provvederà a darne comunicazione all'ufficio centrale elettorale costituito presso l'Enpam che provvederà alla predisposizione delle relative liste.

*Per le ASL sarde  
votano gli  
specialisti  
ambulatoriali,  
per l'ENPAM  
gli iscritti  
e i titolari  
di pensione*

*Nell'infermeria di Cala Reale*

## *Servizio estivo all'Asinara di prima assistenza sanitaria*

**C**on l'avvicinarsi della stagione estiva è intenzione dell'Ente Parco Nazionale dell'Asinara Area Marina Protetta di istituire il servizio di prima assistenza sanitaria sull'isola.

Il servizio di prima assistenza a carico dell'Ente Parco dovrà essere effettuato in località Cala Reale dal 15 giugno al 15 settembre. A Cala Reale è infatti presente un'infermeria at-

trezzata per il pronto soccorso e le emergenze.

Il medico stipulerà con l'ente una apposita convenzione avente natura di prestazione professionale.

Il sanitario dovrà disporre dell'auto propria per gli spostamenti interni..

Gli interessati possono contattare gli uffici dell'Ente Parco al numero di telefono 079 503388.

**opportunità stagionali**

### *Selezione in Costa Smeralda per il periodo giugno-settembre*

I Servizi Medici Costa Smeralda ricercano per il periodo giugno-settembre medici di medicina generale che prestino servizio presso l'ambulatorio di Porto Cervo in qualità di libero-professionisti..

I requisiti fondamentali sono esperienza in medicina generale e pronto soccorso, nonché la conoscenza della lingua inglese.

Gli interessati possono prendere direttamente contatti telefonando al numero 336.504754 oppure inviando richiesta scritta al seguente indirizzo: Servizi Medici Costa Smeralda via del Porto Vecchio - Porto Cervo.

Le richieste, che saranno esaminate dal direttore sanitario Maria Piga, dovranno pervenire entro maggio 2010.

*Gli interessati  
possono  
rivolgersi  
all'Ente Parco  
e ai Servizi  
Medici  
di Porto Cervo*

#### **SITUAZIONE ALBI**

(aggiornata al 31.03.2010)

Iscritti all'Albo Medici Chirurghi	3.603
Iscritti all'Albo Odontoiatri	442
Totale Iscritti	4.045

**ELENCO DEI MEDICI DISPONIBILI AD EFFETTUARE SOSTITUZIONI  
DI ASSISTENZA PRIMARIA E DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA  
ANNO 2010**

N.	Assistenza Primaria	Pediatria	Cognome e nome	Anno laurea	Indirizzo	Cap-Città	Telefono	Cellulare
1	Si	No	Anania Marco	2009	Via Mores 3/b	07100 Sassari	079/245000	347/1946317
2	Si	No	Barmina Maria Francesca	2004	Via Rockefeller 19	07100 Sassari		320/7169113
3	Si	No	Bosinco Michela	2009	Pizza della Meridiana 2	07100 Sassari		346/7067311
4	Si	No	Brichetto Giovanna	1996	Via Ugo Foscolo 33	07041 Alghero	079/979098	340/7905249
5	Si	No	Budroni Carla	2009	Via Mazzini 6	07100 Sassari	079/235639	333/7955258
	Si	Si	Carta Alessandra	2009	Via Milano 19	07100 Sassari	079/2824021	340/5438579
6	Si	No	Cau Annalisa	2005	Via Galileo Galilei 23	07100 Sassari	079/273771	320/8144871
7	No	Si	Durgali Ilaria	2003	Via Carso 41	07100 Sassari		338/1784345
8	Si	No	Ibba Alessandra	2004	Viale Italia 74	07100 Sassari		339/4350858
9	Si	No	Leoni Stefania	2003	Via Armando Diaz 14	07100 Sassari		338/447126
10	Si	No	Lisbo Marcella	2009	Via Sassari 42	07033 Osilo		380/4349661
11	Si	No	Mannu Elena	2009	Via Amendola 40/b	07100 Sassari		348/9217969
12	Si	No	Masala Mariastella Salvatora	2009	Corso Giovanni Spano 241	07017 Ploaghe	079/449744	349/3952758
13	Si	No	Melis Michela	2009	Via Tillò 12	07026 Olbia		328/6694240
14	No	Si	Murgia Paola	2003	Via Parigi 8	07100 Sassari		349/6718714
15	Si	No	Piluzza Maria Giovanna	2004	Via Amendola 38	07100 Sassari	079/2115000	333/5994951
16	Si	No	Pinna Miriam	2009	Via Pola 12	07100 Sassari	079/299457	347/7200984
17	Si	No	Rum Rossella Francesca	2009	Via Pissa Giovanna 18	07046 Porto Torres		348/4830482
18	Si	No	Squintu Sara	2005	Via A. De Gasperi 51	07041 Alghero		328/3045128

Aggiornato al 2.04.2010



**Istituto Nazionale Previdenza Sociale**  
Direzione Provinciale di Sassari



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

# **La Nuova procedura per l'Invalidità Civile**

## **InvCiv2010**

# **Manuale Medici Certificatori**

Aggiornato al 15 marzo 2010

Testo della Circolare n. 131

Supplemento a Sassari Medica n. 2 - Aprile 2010  
Direttore responsabile Agostino Sussarellu

Stampa TAS Sassari

## **PRESENTAZIONE**

Continuiamo nel nostro impegno di mettere a disposizione degli iscritti all'Ordine del materiale, che possa essere utile all'espletamento di alcune pratiche burocratiche che il medico, a volte, suo malgrado, deve compilare per facilitare i pazienti. In questo 2° numero del 2010 del nostro bollettino inseriamo "La nuova procedura per l'Invalidità Civile", Manuale per i medici certificatori, aggiornato al 15 marzo 2010. Anche questo sarà sottoforma di allegato, in modo da poter essere facilmente utilizzato. Ovviamente, nel caso l'INPS dovesse fornire ulteriori aggiornamenti vi terremo informati anche attraverso il nostro Sito Internet.

Sempre a proposito delle Certificazioni per Invalidità Civile, durante gli incontri per illustrare il Nuovo processo dell'Invalidità civile, alcuni colleghi hanno posto il quesito riguardo al rilascio delle ricevute.

Si ricorda che: il rilascio del certificato medico per l'Invalidità civile rientra nel campo delle attività libero-professionali quindi soggette a tariffazione sulla quale va applicata l'IVA.

Nei casi particolari, in cui il medico ritenga di rilasciare il certificato gratuitamente, è necessario rilasciare una ricevuta con dicitura indicante: "Prestazione a costo zero".

Questo deriva dal decreto Bersani che ha liberalizzato le tariffe. Quella per la certificazione rientra tra le tariffe libere che non prevedono un minimo ed un massimo, lasciando al medico massima libertà.

**Nicola Addis**

# RICONOSCIMENTO DELL'INVALIDITÀ CIVILE

## Aspetti organizzativi e procedurali del nuovo sistema

**C**on l'articolo 20 del decreto legge 1 luglio 2009, n. 78, convertito con modificazioni nella legge 3 agosto 2009, n. 102 (allegato 1), il legislatore ha introdotto importanti innovazioni nel processo di riconoscimento dei benefici in materia di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità, con l'obiettivo di realizzare la gestione coordinata delle fasi amministrative e sanitarie finalizzata ad una generale contrazione dei tempi di attraversamento del processo di erogazione delle prestazioni.

Con la presente circolare, viene illustrato il flusso organizzativo e procedurale di attuazione dei principi contenuti nel disposto normativo del suddetto articolo 20, oggetto della determinazione commissariale n. 189 del 20/10/2009 su "Il nuovo processo dell'Invalidità Civile alla luce dell'art. 20 del D.L. n.78/2009 convertito nella Legge 102 del 3 agosto 2009. Gli aspetti organizzativi e procedurali del nuovo sistema".

### PREMESSA

1. Effetti della nuova disciplina e nuovi compiti dell'istituto
2. Il Nuovo processo dell'Invalidità Civile.
3. Descrizione dell'iter procedurale.
  - 3.1 Compilazione telematica del certificato medico.
  - 3.2 Compilazione della domanda, inoltro all'Inps e ricevuta.
  - 3.3 La convocazione a visita
4. Le Commissioni Mediche Integrate
5. Gestione calendario visite
6. La visita medica da parte della Commissione Medica Integrata
7. L'esito della visita medica

- A. Giudizio medico-legale espresso all'unanimità dei componenti della Commissione
- B. Giudizio medico-legale espresso a maggioranza dei componenti della Commissione
- 8. Commissione Medica Superiore
- 9. Trasmissione del verbale
- 10. Verifica straordinaria della permanenza dello stato invalidante di cui all'articolo 20 comma 2 della legge 102/2009
- 11. Sinergie INPS-REGIONI
- 12. Convenzionamento medici esterni
- 13. Monitoraggio
- 14. Gestione delle domande cartacee presentate entro il 31.12.2009 alle ASL e delle visite mediche di revisione.
- 14. Gestione delle domande cartacee presentate entro il 31.12.2009
- 14.2 Visite mediche di revisione.
- 15. Contenzioso Giudiziario
- 16. Istruzioni contabili

Con l'articolo 20 del decreto legge 1 luglio 2009, n. 78, convertito con modificazioni nella legge 3 agosto 2009, n. 102 (allegato 1), il legislatore ha introdotto importanti innovazioni nel processo di riconoscimento dei benefici in materia di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità, con l'obiettivo di realizzare la gestione coordinata delle fasi amministrative e sanitarie finalizzata ad una generale contrazione dei tempi di attraversamento del processo di erogazione delle prestazioni.

In attuazione dei principi contenuti nel disposto normativo del suddetto articolo 20 del DL n. 78/2009, il Commissario Straordinario dell'Istituto ha assunto lo scorso 20 ottobre **la determinazione n. 189 su "Il nuovo processo dell'Invalidità Civile alla luce dell'art. 20 del D.L. n.78/2009 convertito nella Legge 102 del 3 agosto 2009. Gli aspetti organizzativi e procedurali del nuovo sistema"**.

Il nuovo flusso organizzativo e procedurale, illustrato nella presente circolare, è ispirato ai seguenti principi:

- trasparenza del procedimento;
- realizzazione di un sistema di presentazione, gestione, trattamento e archiviazione elettronica delle domande;
- rilascio sul sito internet dell'Istituto dell'applicativo per la presentazione delle domande, per la gestione degli appuntamenti e per la stesura del verbale di visita da parte delle Commissioni Mediche delle ASL;
- archiviazione elettronica di tutti gli atti e degli esiti delle fasi procedurali registrati informaticamente;

– tempestiva disponibilità degli atti, grazie all’utilizzo della sola modalità telematica per la presentazione e gestione, da parte delle funzioni amministrative, sanitarie e legali ai fini dell’erogazione delle prestazioni e della eventuale difesa in giudizio.

L’applicativo gestionale conterrà i modelli in formato elettronico che saranno utilizzati per la presentazione delle domande, la compilazione dei certificati, la redazione dei verbali sanitari.

## **1. Effetti della nuova disciplina e nuovi compiti dell’istituto**

Per le domande presentate a decorrere dal 1° gennaio 2010, il processo dell’invalidità civile sarà caratterizzato dai seguenti elementi di novità:

1. La “certificazione medica” è compilata *on line* dal medico certificatore, di fatto attivando l’*input* per una nuova domanda di riconoscimento dello stato invalidante.
2. La “domanda” è compilata *on line* e deve essere abbinata al certificato medico precedentemente acquisito.
3. Completato l’abbinamento informatico tra certificato medico e domanda, il sistema consente l’inoltro della domanda all’INPS attraverso Internet. Il medesimo sistema fornisce dapprima l’avviso di avvenuta ricezione, successivamente gli estremi del protocollo informatico e, eventualmente, i riferimenti della convocazione a visita (luogo, data e orario).
4. In fase di accertamento sanitario, le Commissioni ASL sono integrate da un medico dell’INPS.
5. I verbali sanitari sono redatti in formato elettronico, a disposizione degli uffici amministrativi per la parte inerente i loro specifici adempimenti. La trasmissione e la condivisione degli atti tra uffici diversi è garantita dall’applicativo gestionale, che governa in modalità integrata l’intero processo.
6. Gli accertamenti sanitari conclusi con giudizio unanime dalla Commissione Medica, previa validazione da parte del Responsabile del CML territorialmente competente, allorché comportino il riconoscimento di una prestazione economica, danno luogo all’immediata verifica dei requisiti socio economici, al fine di contenere al massimo i tempi di concessione.
7. Gli accertamenti sanitari conclusi con giudizio a maggioranza dalla Commissione Medica, comportano la sospensione della procedura, l’esame della documentazione sanitaria in atti e l’eventuale disposizione di una nuova visita. In tali circostanze, sarà cura

del medico INPS della Commissione Medica ASL predisporre le azioni necessarie per il recupero dei pertinenti fascicoli contenenti la documentazione sanitaria. In ogni caso, la razionalizzazione del flusso procedurale tende a contenere i tempi dell'eventuale concessione entro il tempo soglia di 120 giorni dalla data di presentazione della domanda.

8. Per ogni verbale chiuso definitivamente viene creato un fascicolo sanitario elettronico
9. La Commissione Medica Superiore effettua il monitoraggio complessivo dei verbali e ha, comunque, facoltà di estrarre posizioni da sottoporre a ulteriori accertamenti (sia agli atti, sia con disposizione di nuova visita) anche successivamente all'invio del verbale al cittadino.
10. L'Istituto diventa unico legittimato passivo nell'ambito del contenzioso giudiziario. Al riguardo si richiamano tutte le disposizioni già impartite con la circolare n. 93 del 20 luglio 2009, avente ad oggetto "Controversie in materia di invalidità civile – articolo 20 del decreto legge 1 luglio 2009, numero 78, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 150 del 1 luglio 2009".

## 2. Il Nuovo processo dell'Invalidità Civile

A decorrere dal 1° gennaio 2010 **le domande** volte ad ottenere i benefici in materia di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità, corredate di certificazione medica attestante la natura delle infermità invalidanti, dovranno essere inoltrate all'INPS esclusivamente per via telematica.

A tal fine è stata realizzata un'applicazione ("Invalidità Civile 2010" - InvCiv2010), disponibile sul sito internet dell'Istituto ([www.inps.it](http://www.inps.it)). L'accesso all'applicazione è consentito solo agli utenti muniti di PIN (Personal Identification Number), le cui modalità di assegnazione sono descritte nello stesso sito dell'Inps e, di seguito, riepilogate:

*Modalità di assegnazione del codice di identificazione personale (PIN)*

### **Per il medico certificatore**

- scaricare e stampare il modulo di richiesta del PIN disponibile sul sito INPS e presso le sedi dell'Istituto;
- recarsi personalmente presso una qualunque Agenzia dell'Inps, munito di un documento d'identità;

– consegnare il modulo di richiesta del PIN, debitamente compilato e sottoscritto, che verrà conservato agli atti della sede;

L'operatore INPS provvederà alla registrazione dei dati anagrafici ed all'attribuzione di un codice PIN iniziale di accesso, che consegnerà in busta chiusa numerata al medico.

Al primo accesso, il medico dovrà modificare il PIN iniziale seguendo la procedura guidata.

Per le successive eventuali comunicazioni con l'Istituto, il medico fornirà l'indirizzo della sua casella PEC (Posta Elettronica Certificata), prevista dalla Legge 28 gennaio 2009, n. 2.

L'elenco dei medici certificatori accreditati in possesso del PIN sarà pubblicato sul sito internet dell'Istituto. Sull'argomento si vedano anche i messaggi n. 29389 del 16/12/09 e n. 029596 del 18/12/2009.

### **Per il cittadino**

– inoltrare la richiesta direttamente dal sito dell'Inps, sezione dei Servizi *on line* (inserendo i dati richiesti saranno visualizzati i primo otto caratteri del PIN; la seconda parte del codice sarà successivamente recapitata per posta ordinaria);

– in alternativa, tramite il Contact Center INPS (803164).

I cittadini ancora non censiti in ARCA, ai quali non può essere rilasciato il PIN attraverso le modalità sopradescritte, devono richiederlo direttamente agli uffici INPS, esibendo un documento d'identità valido e il codice fiscale/tessera sanitaria.

Per i minori non ancora in possesso del documento d'identità è sufficiente esibire il codice fiscale o la tessera sanitaria.

I soggetti interessati all'utilizzo della procedura InvCiv2010, con diversi livelli di autorizzazione all'accesso, sono i seguenti: i cittadini richiedenti e/o i soggetti da questi autorizzati;

- i medici certificatori;
- gli Enti di patronato;
- le Associazioni di categoria dei disabili;
- i Presidenti delle commissioni mediche ASL ed il personale amministrativo delle ASL specificatamente individuato dai Responsabili delle ASL;
- i medici dei CML dell'INPS;
- i dirigenti delle sedi INPS;
- i dipendenti delle unità organizzative INPS interessate dalle attività di connesse all'invalidità civile.

### 3. Descrizione dell'iter procedurale

#### 3.1 Compilazione telematica del certificato medico

Il cittadino che intende presentare domanda per il riconoscimento dello stato di invalidità civile, cecità civile, sordità, disabilità e handicap, deve recarsi presso un medico abilitato alla compilazione telematica del *certificato medico introduttivo* che attesti le infermità invalidanti.

Nel caso di sola domanda di collocamento mirato ex lege 68/99, non è richiesto il certificato medico di cui al punto precedente, in quanto la domanda può essere presentata esclusivamente da cittadini ai quali la condizione di invalidità è già stata riconosciuta con una percentuale superiore al 45%, ovvero sia stata riconosciuta la condizione di cieco civile o sordi.

Il verbale dell'avvenuto riconoscimento dovrà essere esibito dal cittadino all'atto della visita da parte della Commissione medica integrata.

La trasmissione *on line* dei certificati medici è consentita solo ai medici abilitati, al termine di un procedimento di autenticazione basato sul codice fiscale e sul codice di identificazione personale (PIN) attribuito dall'Inps (v. sopra, punto 2).

I dati necessari per la completezza del certificato medico sono i seguenti:

- dati anagrafici del cittadino, completi di codice fiscale e di numero della tessera sanitaria;
- dati clinici (anamnesi, obiettività)
- diagnosi, con codifica ICD-9;
- indicazione dell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o della impossibilità di compiere gli atti quotidiani della vita senza assistenza continua (in caso di richiesta di indennità di accompagnamento);
- indicazione di eventuali patologie oncologiche in atto (al fine di fruire delle previsioni della legge n. 80/2006);
- indicazione di eventuali patologie gravi previste nell'allegato al DM 2.8.2007 (al fine di contenere i tempi di convocazione entro 15 giorni);
- indicazione della finalità del certificato (per invalidità civile / cecità / sordità / handicap - Legge 104/92 / disabilità – Legge 68/99).

Completata l'acquisizione del certificato medico introduttivo, la procedura genera una ricevuta che il medico stesso provvede a stampare e consegnare al richiedente.

La ricevuta reca anche il **numero di certificato** che il cittadino dovrà riportare nella domanda per l'abbinamento dei due documenti.

Si ricorda che, ai fini dell'abbinamento, il certificato ha una validità massima di trenta giorni dalla data di rilascio.

Il medico provvede, altresì, alla stampa e al rilascio del **certificato introduttivo firmato in originale**, che il cittadino dovrà esibire all'atto della visita.

Si precisa che il certificato medico in formato digitale può essere riferito a differenti richieste di benefici e/o prestazioni.

Successive ristampe dei certificati e delle relative ricevute potranno essere sempre eseguite dal medico certificatore, limitatamente ai certificati da egli stesso emessi.

### 3.2 Compilazione della domanda inoltrata all'Inps e ricevuta

La domanda può essere presentata:

- dai cittadini in possesso del PIN rilasciato dall'Istituto e/o da soggetti da questi autorizzati;
- dagli Enti di patronato
- dalle Associazioni di categoria dei disabili (ANMIC, ENS, UIC, ANFASS)

Il cittadino può acquisire direttamente la propria domanda *on line*, accedendo alla procedura disponibile sul sito dell'Istituto.

Per gli Enti di patronato, già muniti di PIN, sono previste le seguenti modalità di acquisizione della domanda:

- attraverso uno specifico applicativo di acquisizione *off line*, in grado di gestire trasmissioni multiple in modalità differita;
- in modalità di cooperazione applicativa.

In ogni caso, i soggetti che hanno titolo all'acquisizione devono compilare i campi previsti dal modello di domanda, abbinando il numero di certificato **entro il tempo massimo di trenta giorni dal rilascio del certificato stesso**; superato tale termine, il numero di certificato impresso sulla ricevuta non sarà più utilizzabile per l'inoltro telematico delle domande.

È consentito l'abbinamento di più certificati medici ad una stessa domanda, purché facciano riferimento a prestazioni/benefici diversi. In presenza di più certificati per lo stesso tipo di prestazione/beneficio, l'interessato avrà cura di abbinare alla domanda solo quello che ritiene più completo.

La domanda per il collocamento mirato ex legge 68/99 può essere presentata unitamente a quella per lo stato d'invalidità civile, cecità

e sordità civile, selezionando le relative caselle sul modello di domanda. Qualora il richiedente sia già stato riconosciuto invalido civile oltre il 45% o cieco civile o sordo, la domanda deve essere compilata sull'apposito modello per il quale non è previsto l'abbinamento con il certificato medico telematico, come prima precisato. Il cittadino dovrà presentare copia di tale verbale all'atto della visita.

Nella domanda il cittadino, in caso di ricovero, può indicare un recapito temporaneo al fine di ottenere l'assegnazione di una visita presso un'Azienda sanitaria diversa da quella corrispondente alla residenza.

Il cittadino dovrà inoltre precisare se le comunicazioni previste dalla procedura andranno inviate alla residenza effettiva oppure presso altro indirizzo, e potrà segnalare un numero telefonico e un indirizzo di posta elettronica (eventualmente della casella di PEC rilasciata dall'Istituto) che consenta l'inoltro in tempo reale di tutte le comunicazioni generate dal flusso procedurale. In ogni caso, anche le comunicazioni già inviate in formato digitale saranno recapitate in forma cartacea.

La procedura consente l'invio della domanda solo se completa in tutte le sue parti. A seguito dell'invio telematico della domanda, la procedura consentirà la stampa della *ricevuta* della domanda stessa.

La ricevuta, oltre ai dati relativi all'interessato, contiene i seguenti elementi:

- protocollo della domanda (PIU)
- data di presentazione della domanda.

La gestione telematica delle domande consente, infine, la tracciabilità delle stesse durante tutte le fasi del procedimento, con possibilità di monitorare lo stato della propria pratica tramite collegamento al sito dell'Istituto con le proprie credenziali di accesso (PIN).

Per ogni domanda inoltrata in via telematica, l'applicazione esegue controlli di completezza e congruità dei dati immessi, quindi verifica l'assenza di condizioni di irricevibilità. La domanda è irricevibile nel caso in cui esistano precedenti domande non ancora definite, ovvero ricorsi amministrativi o giudiziari pendenti.

Se la domanda è completa in tutte le sue parti, la procedura guida l'utente alla chiusura dell'acquisizione; quindi, a seguito dell'invio telematico, consente la stampa della relativa ricevuta.

### **3.3. La convocazione a visita**

Contestualmente alla conferma di avvenuta ricezione, la procedura propone l'agenda degli appuntamenti disponibili presso la ASL cor-

rispondente al CAP di residenza (o del domicilio alternativo eventualmente indicato).

Il cittadino, anche per il tramite dei soggetti abilitati, potrà indicare una data di visita diversa da quella proposta, scegliendola tra le ulteriori date indicate dal sistema, e comunque:

- entro i 30 giorni dalla data di presentazione della domanda, per l'effettuazione delle visite ordinarie,
- entro i 15 giorni dalla data di presentazione della domanda, in caso di patologia oncologica ai sensi dell'art. 6 della Legge n. 80/06 o per patologia ricompresa nel DM 2 agosto 2007.

Qualora non sia possibile fissare la visita entro l'arco temporale massimo, a causa dell'indisponibilità di date nell'agenda, la procedura può attribuire date successive al predetto limite, oppure registrare la domanda e riservarsi di definire in seguito la prenotazione della visita. In quest'ultimo caso, l'invito a visita (descritto di seguito) sarà sostituito dall'avviso di prenotazione.

Una volta definita la data di convocazione, l'invito a visita sarà reso visibile nella procedura e sarà comunicato con lettera raccomandata A/R all'indirizzo indicato nella domanda e alla *mail* eventualmente comunicata.

Al fine di consentire la definizione delle date di visita contestualmente alla presentazione della domanda grazie alla gestione di una agenda appuntamenti, l'INPS metterà a disposizione delle ASL un sistema di invito a visita contenente una funzione per la calendarizzazione delle visite.

Tale funzione permette inoltre la predisposizione di lettere di invito a visita complete dei riferimenti della prenotazione (data, orario, luogo di visita), delle avvertenze riguardanti la documentazione da portare all'atto della visita (documento di identità valido; stampa originale del certificato firmata dal medico certificatore; documentazione sanitaria, ecc.), e delle modalità da seguire in caso di impedimento a presentarsi a visita, nonché le conseguenze che possono derivare dalla eventuale assenza alla visita .

Nello schema di lettera di invito a visita sono riportate, in particolare, le seguenti informazioni:

- il cittadino può farsi assistere, durante la visita, dal suo medico di fiducia;
- in caso di impedimento, può chiedere una nuova data di visita collegandosi al sito dell'Inps e accedendo al Servizio *on line* con il proprio codice di identificazione personale;
- se assente alla visita, verrà comunque nuovamente convocato. La mancata presentazione anche alla successiva visita sarà conside-

rata a tutti gli effetti come una rinuncia alla domanda, con perdita di efficacia della stessa;

- qualora sussistano le condizioni per richiedere la visita domiciliare, il medico abilitato a rilasciare il certificato introduttivo deve compilare ed inviare (sempre per via telematica, collegandosi al sito dell'Inps) il certificato medico di richiesta visita domiciliare, almeno 5 giorni prima della data già fissata per la visita ambulatoriale. La ricevuta relativa alla richiesta di visita domiciliare conterrà l'avviso che il Presidente della Commissione medica dovrà pronunciarsi entro i cinque giorni successivi alla ricezione della richiesta. Il Presidente della Commissione medica valuta il merito della certificazione e dispone o meno la visita domiciliare. In caso di accoglimento, il cittadino sarà informato della data e dell'ora stabilita per la visita domiciliare, altrimenti sarà indicata una nuova data di invito a visita ambulatoriale. Tali comunicazioni saranno notificate con le consuete modalità (visualizzazione sul sito Internet, eventuale invio per posta elettronica, lettera raccomandata).

La funzione di prenotazione visita:

- determina la ASL di competenza in base al CAP/Comune di residenza del richiedente, ovvero di domicilio indicato in caso di ricovero ;
- valuta se deve essere applicata la trattazione d'urgenza con l'assegnazione di un codice rosso (visita entro 15 giorni) ovvero la trattazione ordinaria con l'assegnazione di un codice verde (visita entro 30 giorni);

L'interessato potrà visionare la convocazione a visita nel sistema di tracciabilità della pratica (avviso tramite posta elettronica qualora indicata).

In ogni caso, la stessa convocazione verrà inoltrata con raccomandata A/R alla residenza o ad altro indirizzo segnalato nella domanda.

Si fa presente che, in base all'art. 5 comma 1 del D.M. n. 387 del 5 agosto 1991, nel caso in cui il richiedente non si presenti alla visita disposta dalla Commissione Medica lo stesso sarà convocato a visita entro i successivi tre mesi. Qualora non si presenti nemmeno a quest'ultima la domanda perderà efficacia e l'interessato dovrà presentare una nuova istanza.

#### **4. Le Commissioni Mediche Integrate**

Le Commissioni mediche ASL sono integrate dal medico INPS quale componente effettivo. Il medico INPS che partecipa alle Com-

missioni è designato di volta in volta, a rotazione, fra quelli in servizio presso il Centro Medico Legale territorialmente competente. La programmazione dell'attività è affidata al Responsabile del CML, che avrà cura di limitare le partecipazioni di ciascun sanitario entro il numero massimo di dieci sedute consecutive nella stessa Commissione Medica Integrata.

La composizione delle Commissioni Mediche Integrate, ovviamente, varia in funzione della domanda presentata dal cittadino, a seconda che sia volta al riconoscimento dell'invalidità civile, cecità civile, sordità civile, disabilità o handicap.

Nel quadro dell'integrazione e della collaborazione tra amministrazioni pubbliche, ove richiesto, l'Istituto potrà mettere a disposizione delle ASL interessate i propri Centri medici legali per l'effettuazione delle visite.

## **5. Gestione calendario visite**

Per ogni Commissione Medica Integrata è previsto un calendario di visite con l'indicazione del luogo di effettuazione delle stesse e della tipologia della commissione medica.

Relativamente alle visite ordinarie la ASL, d'intesa con l'INPS, comunica periodicamente il calendario delle disponibilità della Commissione per i 90 giorni successivi, al fine di consentire la creazione dell'agenda delle visite.

Il Presidente della Commissione Medica indicherà nella procedura informatica le date utili che saranno rese disponibili per l'effettuazione delle visite.

La procedura consente di impostare vari criteri per il calendario visite di ogni Commissione medica:

- i giorni e gli orari di visita
- la durata di ogni visita
- gli eventuali giorni festivi (per esigenze locali - santo patrono, ecc.).

È possibile anche indicare le sedute per ogni specifica tipologia di domanda (cecità civile, sordità, handicap e disabilità, visite domiciliari)

Devono essere, inoltre, inserite ed aggiornate costantemente in procedura tutte le informazioni relative a:

- ambulatori di visita (competenza territoriale e indirizzo)  
anagrafica dei medici dell'ASL
- anagrafica dei medici del CML interni ed esterni
- composizione delle Commissioni di visita

È assolutamente necessario, per l'assegnazione automatica del luogo e della data della visita, che tali dati siano gestiti correttamente in procedura in stretto raccordo tra il Presidente della Commissione medica ASL ed il Responsabile del CML dell'INPS.

L'Inps nel rispetto di quanto disposto dall'articolo 20, comma 3, della legge n. 102/2009, provvederà a trasmettere alle ASL le domande ricevute, attraverso:

- l'accesso diretto, tramite internet, all'applicazione di presentazione delle domande;
- la trasmissione dei dati in cooperazione applicativa secondo gli standard definiti con i protocolli operativi;
- lo scambio dati secondo modalità definite con le singole convenzioni.

## **6. La visita medica da parte della Commissione Medica Integrata**

La Commissione medica all'atto della visita accede, attraverso la rete internet o mediante cooperazione applicativa, al fascicolo elettronico dell'interessato contenente la domanda telematica completa del certificato medico.

A tal fine le ASL dovranno segnalare all'INPS i nominativi dei medici e dei funzionari da abilitare all'accesso e alla compilazione dei verbali, nonché tutte le variazioni che interverranno al riguardo.

La Commissione, dopo aver effettuato la visita, redige il verbale medico in formato elettronico, nel quale troverà precompilati i campi relativi alla sezione anagrafica.

Nel verbale saranno registrati tutti i dati della visita:

- dati identificativi della Commissione;
- dati anagrafici;
- estremi del documento di riconoscimento;
- antecedenti lavorativi;
- tipologia della domanda (invalidità civile, cecità, sordità);
- tipologia dell'accertamento (ambulatoriale, domiciliare, primo accertamento, aggravamento, revisione);
- documentazione sanitaria esibita;
- anamnesi;
- obiettività;
- richiesta di ulteriore documentazione / ulteriori accertamenti;
- diagnosi con indicazione della codifica DM 5.2.1992 e ICD-9 e adozione della procedura next-mate in caso di valutazioni percentuali;

- valutazione, con riferimento alla tipologia della domanda ed all'età dell'istante;
- eventuale indicazione di una revisione programmata;
- eventuale indicazione della ricorrenze degli estremi del DM 2.8.2007 e della relativa voce dell'allegato;
- gruppo firma informatizzato, con registrazione per ognuno dei componenti del giudizio “favorevole” o “contrario” al fine di selezionare automaticamente i verbali definiti all'unanimità o a maggioranza.

La documentazione sanitaria presentata all'atto della visita da parte del cittadino viene acquisita agli atti dalla ASL e potrà essere richiesta dal Responsabile del Centro Medico Legale dell'INPS in caso di necessità.

Per le domande di disabilità la Commissione medica integrata redige una relazione in cui è formulata la diagnosi funzionale sulle capacità lavorative del richiedente per il collocamento mirato.

La relazione, dopo il giudizio definitivo da parte dell'INPS, deve essere trasmessa alla Commissione Provinciale per le Politiche del Lavoro.

Tutti i verbali definiti devono essere stampati in duplice copia e firmati in originale da parte dei componenti la Commissione Integrata e devono essere conservati agli atti dalla ASL e dall'INPS.

## **7. L'esito della visita medica**

A conclusione della seduta, inoltre, ciascuna Commissione dovrà stampare un verbale riepilogativo delle visite effettuate con i relativi esiti, indicando la formulazione unanime o a maggioranza del giudizio finale.

Tale verbale di seduta dovrà essere sottoscritto da tutti i componenti della Commissione e conservato agli atti della ASL e dell'INPS.

L'accertamento sanitario potrà concludersi con:

- A. giudizio medico-legale espresso all'unanimità dei componenti della Commissione integrata dal medico INPS;
- B. giudizio medico-legale espresso a maggioranza dei componenti della Commissione.

Poiché il nuovo processo dell'invalidità civile prevede che l'accertamento definitivo sia di competenza dell'INPS, queste due fattispecie seguiranno un'operatività differente di seguito descritta.

## **A. Giudizio medico-legale espresso all'unanimità dei componenti della Commissione**

Fermo restando che, ai sensi del comma 1 dell'articolo 20 della legge n. 102/09, l'accertamento definitivo è in ogni caso effettuato dall'INPS, il verbale deve essere sottoposto, con la massima tempestività, alla valutazione del Responsabile del Centro Medico Legale territorialmente competente o di altro medico dell'istituto da lui all'uopo delegato.

Qualora il Responsabile del CML dovesse riscontrare elementi tali da non consentire l'immediata validazione del verbale, l'iter successivo sarà identico a quello previsto al punto B per i verbali con giudizio medico-legale espresso a maggioranza.

Nell'ambito della validazione il responsabile del Centro Medico Legale, anche successivamente all'invio del verbale, segnala posizioni da sottoporre ad ulteriori accertamenti alla Commissione Medica Superiore che effettua il monitoraggio complessivo sui verbali.

A seguito della validazione, il verbale sarà trasmesso da parte dell'INPS, al domicilio del cittadino richiedente e, laddove dal riconoscimento possa derivare un beneficio economico, sarà contestualmente attivato il flusso amministrativo per l'erogazione dello stesso.

L'invio del verbale al domicilio del cittadino è effettuato dall'Istituto.

## **B. Giudizio medico-legal espresso a maggioranza dei componenti della Commissione**

In questi casi l'INPS sospende l'invio del verbale al cittadino ed acquisisce dalla ASL la documentazione sanitaria.

Il Responsabile del Centro Medico Legale territorialmente competente potrà, entro dieci giorni dalla sospensione, validare il verbale agli atti oppure disporre una visita diretta da effettuarsi entro i successivi venti giorni.

La visita sarà effettuata da una Commissione medica costituita da: un medico INPS, indicato dal Responsabile del CML e diverso dal componente della Commissione medica integrata, con funzione di Presidente al quale compete il giudizio definitivo, da un medico rappresentante delle associazioni di categoria (ANMIC, ENS, UIC, ANFASS) e dall'operatore sociale nei casi previsti dalla legge.

La Commissione medica potrà avvalersi della consulenza di un medico specialista della patologia oggetto di valutazione. Le consulenze potranno essere effettuate da medici specialisti INPS o da medici già convenzionati con l'Istituto.

## **8. Commissione Medica Superiore**

Resta salva la possibilità, previa indicazione della Commissione Medica Superiore che effettua il monitoraggio complessivo dei verbali, di estrarre posizioni da sottoporre ad ulteriori accertamenti, anche successivamente all'invio del verbale al cittadino.

L'accertamento potrà consistere nell'esame della documentazione agli atti o in una visita diretta.

La Commissione Medica Superiore può ricevere da parte del Responsabile del Centro Medico Legale segnalazioni di posizioni da sottoporre ad ulteriori accertamenti, anche successivamente all'invio del verbale al cittadino.

Inoltre, al fine di realizzare obiettivi di omogeneizzazione valutativa, la Commissione Medica Superiore cura l'effettuazione dell'attività di verifica campionaria, da realizzare in una percentuale variabile tra il 2 ed il 5% dei verbali, indipendentemente dal loro esito, attraverso un controllo sulla base degli atti da parte di Centri Medico Legali dislocati in Regioni diverse da quelle in cui è avvenuto l'accertamento.

La Commissione Medica Superiore è nominata dal Coordinatore Generale Medico Legale, su delega del Direttore Generale, tenendo conto prioritariamente della rappresentanza territoriale.

## **9. Trasmissione del verbale**

A conclusione dell'iter sanitario la procedura provvede all'inoltro del verbale all'interessato con lettera a firma del Direttore della struttura territoriale INPS competente. Il verbale inviato è in duplice esemplare: una versione integrale contenente tutti i dati sensibili e una versione contenente solo il giudizio finale per un eventuale uso amministrativo da parte del destinatario.

L'invio del verbale di invalidità civile, cecità o sordità, attiva il processo amministrativo nel caso in cui il riconoscimento preveda un beneficio economico.

L'iter procedurale differisce tra le regioni dove l'INPS ha la titolarità della concessione e quelle dove tale titolarità è ancora di competenza di Enti diversi.

Nel primo caso la comunicazione a cui è allegato il verbale sanitario contiene anche la richiesta dei dati necessari all'accertamento dei requisiti socio economici, nonché delle certificazioni da esibire alla sede INPS territorialmente competente.

È possibile, accedendo alla procedura, completare *on line* i dati relativi all'accertamento dei requisiti socio-economici e quelli relativi al pagamento delle prestazioni. Sul sito è disponibile in stampa la modulistica necessaria.

In ogni caso, il cittadino potrà provvedere all'inserimento dei dati in questione in anticipo rispetto alla ricezione del verbale, seguendo le indicazioni presenti nel sistema di tracciabilità della pratica.

L'unità organizzativa della struttura territoriale INPS competente effettua tutti i controlli amministrativi e reddituali e avvia i successivi adempimenti per la concessione e la liquidazione della prestazione. In procedura potranno essere consultati solo i dati non sensibili.

Al termine delle operazioni di accertamento dei requisiti amministrativi viene inviato il provvedimento di concessione ed erogazione del trattamento ovvero il provvedimento di rigetto amministrativo, a firma del responsabile dell'unità organizzativa della struttura territoriale INPS.

Nel caso in cui la concessione sia di competenza di Enti diversi dall'INPS, l'Istituto, in attesa dell'implementazione della procedura informatica relativa alla consultazione, invia all'ente conceditore, attraverso posta massiva, la comunicazione e il verbale con il solo giudizio finale. Anche all'interessato vengono inviati per posta il verbale e la comunicazione che contiene l'elenco dei dati necessari all'accertamento dei requisiti socio economici, nonché le certificazioni da consegnare all'ente conceditore.

Ciascuna Direzione Regionale avrà cura di tenere aggiornati gli indirizzi degli Enti concessori (Comuni, Asl, Regioni) cui dovrà essere inviata la suddetta documentazione, con le stesse modalità già attivate per le precedenti comunicazioni effettuate alla DCSIT.

## **10. Verifica straordinaria della permanenza dello stato invalidante di cui all'articolo 20 comma 2 della legge 102/2009**

Le verifiche della permanenza dello stato invalidante (cosiddette verifiche straordinarie), saranno svolte sulla base delle indicazioni contenute nel Piano delle attività annualmente riportato nella Nota Preliminare al bilancio preventivo, secondo criteri che di volta in volta saranno definiti dal CGML sulla base delle indicazioni del Consiglio di Amministrazione, anche con riferimento a eventuali disposizioni normative in materia.

## 11. Sinergie INPS-REGIONI

L'organizzazione del nuovo processo dell'invalidità civile si basa essenzialmente sulla collaborazione tra l'Istituto e gli Enti fino ad oggi interessati al processo stesso.

In relazione a quanto sopra l'INPS opererà a stretto contatto con le Regioni (in particolare le Aziende Sanitarie Locali, ed i Comuni già titolari del potere concessorio) e con le rispettive articolazioni territoriali e si attiverà per rendere compatibili i flussi informatici delle domande d'invalidità civile con i sistemi attualmente in uso presso le ASL stesse, anche ai fini della concessione da parte degli enti competenti di altri benefici socio-sanitari connessi allo stato di invalidità civile.

I flussi comunicativi tra Istituto e Regioni saranno strettamente coordinati e monitorati a livello centrale.

Al fine di garantire la massima facilità di accesso per i cittadini alle procedure informatiche di presentazione e trasmissione all'INPS delle domande stesse, in sede di prima attuazione delle procedure di trasmissione telematica delle domande di invalidità civile ai sensi dell'articolo 20 comma 3 della legge n.102/2009, a partire dall'1.1.2010 con riferimento agli accordi che saranno raggiunti tra le Direzioni regionali INPS e le Regioni, le ASL, o altro ente locale già responsabile dell'accettazione delle domande di invalidità civile, potranno accettare le domande procedendo tempestivamente all'acquisizione delle stese nella procedura di presentazione.

Atteso quanto definito al punto 3.2 della circolare in ordine alla compilazione della domanda ed al rilascio della ricevuta, la decorrenza delle domande sarà quella indicata nella ricevuta rilasciata dal sistema informativo dell'Istituto.

Le modalità per l'attribuzione delle credenziali di accesso alla procedura informatica dell'Istituto, per la trasmissione delle domande, verranno definite negli accordi stessi, secondo le specifiche tecniche indicate dall'INPS.

I Direttori regionali, d'intesa con le strutture centrali competenti, in attesa della sottoscrizione dell'Accordo Quadro tra il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali e la Conferenza Stato-Regioni per la disciplina delle modalità di affidamento all'Inps delle attività relative all'esercizio delle funzioni concessorie nei procedimenti di invalidità civile di cui al citato articolo 20 della legge 102/09, e della stipula delle specifiche convenzioni necessarie per regolare gli aspetti tecnico-procedurali dei flussi informativi per la gestione del procedimento per l'erogazione dei trattamenti collegati

alla stessa invalidità civile, si dovranno attivare con immediatezza per costituire tavoli tecnici - tra INPS e Regioni - per la realizzazione di un costante e continuo confronto diretto ad individuare le soluzioni più idonee per l'applicazione dell'articolo 20 della legge 102/09, al fine di garantire la qualità del servizio erogato ai cittadini.

## **12. Convenzionamento medici esterni**

Il Coordinatore Generale medico legale, su delega del Direttore Generale, nomina i medici esterni, indicando i criteri seguiti per la loro individuazione.

Nel contratto, oltre agli aspetti economici, saranno disciplinati i casi di incompatibilità con l'attività da svolgere, al verificarsi dei quali si procederà alla risoluzione immediata del contratto stesso fatta salva l'attivazione delle ulteriori azioni necessarie a tutela dell'Istituto.

L'attività oggetto del contratto è attività professionale libera e in nessun caso potrà configurarsi come rapporto di lavoro svolto alle dipendenze dell'Inps.

La sottoscrizione dei contratti sarà a cura dei Direttori regionali su delega del Direttore generale.

Una copia dell'atto sottoscritto dovrà essere restituita al Coordinamento Generale medico legale e alla Direzione Centrale Risorse strumentali.

Il Direttore Regionale dovrà segnalare al Coordinamento Generale l'eventuale mancata accettazione dell'incarico da parte dei medici nominati nonché tutti i casi di risoluzione anticipata del contratto.

Il pagamento dei compensi ai medici esterni avverrà a cura della Direzione regionale.

## **13. Monitoraggio**

L'insieme di tutte le attività connesse all'invalidità civile sarà sottoposto a costante monitoraggio sia sotto l'aspetto della funzionalità del sistema sia sotto l'aspetto del controllo dei tempi di lavorazione. La procedura informatica, attraverso un'apposita funzione, monitora tutte le fasi del processo, compresa l'attività delle Commissioni Mediche Integrate, al fine di rispettare l'obiettivo di 120 giorni a decorrere dalla data di presentazione della domanda entro cui devono essere liquidate le prestazioni.

## **14. Gestione delle domande cartacee presentate entro il 31 dicembre 2009 alle ASL e delle visite mediche di revisione**

### *14.1 Gestione delle domande cartacee presentate entro il 31/12/2009*

Con riferimento alle domande presentate fino al 31/12/2009 presso le ASL, si evidenziano due percorsi differenti a seconda che la visita sia stata effettuata entro il 31/12/2009 oppure sia stata calendarizzata a far data dal 01/01/2010:

a. le domande con visite effettuate dalle Commissioni ASL entro il 31 dicembre 2009, non entrano nella nuova procedura e continuano ad essere gestite secondo l'iter attualmente in essere con la procedura INVCIVNEW.

Poiché dall'1/1/2010, per quanto previsto dall'art. 20, comma 1, del D.L. 1 luglio 2009, n. 78, convertito con modificazioni in legge 3 agosto 2009, n. 102, l'accertamento definitivo spetta all'INPS, i verbali relativi all'accertamento effettuato dalle Commissioni Mediche delle ASL, dovranno essere sottoposti all'esame di una Commissione medica costituita da:

– un medico INPS, indicato dal Responsabile del CML con funzioni di presidente, al quale compete il giudizio definitivo, da un medico rappresentante delle associazioni di categoria (ANMIC, ENS, UIC, ANFASS) e dall'operatore sociale nei casi previsti dalla legge.

L'accertamento potrà consistere nell'esame della documentazione agli atti o nella programmazione di una nuova visita.

b. i verbali relativi alle domande presentate entro il 31/12/2009, con visite effettuate dalle Commissioni Mediche Integrate dal 01/01/2010, devono essere gestite con le modalità in essere (procedura INVCIVNEW).

Sui verbali dovrà essere evidenziato se il giudizio medico legale sia stato espresso all'unanimità o a maggioranza della Commissione medica integrata.

Poiché ai sensi del comma 1 dell'articolo 20 della legge n. 102/09, l'accertamento definitivo è effettuato dall'INPS, il processo di validazione dovrà essere quello descritto al punto 7. della presente circolare.

Gli operatori INPS, laddove non siano in essere le cooperazioni applicative ASL-INPS, dovranno continuare ad acquisire le domande in procedura INVCIVNEW per consentire al CML la lavorazione informatica del verbale, ai fini di validare o meno il giudizio medico legale già espresso, ottemperando così a quanto previsto dall'art. 20, comma 1, L. 102/2009.

Il verbale cartaceo trasmesso dall'ASL dovrà essere acquisito entro 48 ore dalla sua ricezione e per tale attività saranno predisposti appositi indicatori di misura e di risultato.

#### *14.2 Visite mediche di revisione*

Le visite mediche di revisione programmate dalle ASL prima del 31.12.2009, seguiranno lo stesso iter previsto al punto precedente per le domande cartacee non ancora definite.

Si precisa che le prestazioni per le quali sono già indicate negli archivi dell'Istituto le date di scadenza, verranno caricate in automatico nella procedura INVCIV2010 e potranno quindi essere gestite interamente con il nuovo iter procedurale.

La programmazione dei calendari di visita dovrà ovviamente essere effettuata dall'ASL.

Atteso che dalle procedure di revisione sono esclusi i soggetti di cui al DM 2/8/2007, il medico INPS che integra la Commissione medica, avrà cura di esaminare gli atti contenuti nel fascicolo sanitario della ASL relativamente ai soggetti portatori delle patologie ricomprese nel citato DM, al fine di escludere ogni ulteriore accertamento.

### **15. Contenzioso Giudiziario**

Con riferimento alla gestione del contenzioso giudiziario, le nuove previsioni normative hanno reso necessari alcuni interventi organizzativi di notevole spessore richiamati con la circolare n. 93 del 20/07/2009.

Viene in rilievo in primo luogo l'art. 20 del decreto legge 1 luglio 2009, n. 78, convertito con modificazioni in legge 3 agosto 2009, n. 102 disponendo che a decorrere dal 1 luglio 2009 *“Nei procedimenti giurisdizionali civili relativi a prestazioni sanitarie previdenziali ed assistenziali, nel caso in cui il giudice nomini un consulente tecnico d'ufficio, alle indagini assiste un medico legale dell'ente, su richiesta, formulata, a pena di nullità, del consulente nominato dal giudice, il quale provvede ad inviare apposita comunicazione al direttore della sede provinciale dell'INPS competente.*

*Al predetto componente competono le facoltà indicate nel secondo comma dell'art. 194 del codice di procedura civile. Nell'ipotesi di sentenze di condanna relative a ricorsi depositati a far data dal 1 aprile 2007 a carico del Ministero dell'Economia e delle Finanze o del medesimo in solido con l'INPS, all'onere delle spese le-*

*gali, di consulenza tecnica o del beneficio assistenziale provvede comunque l'INPS".*

Per effetto della suddetta norma, il Consulente Tecnico d'Ufficio, eventualmente nominato dal Giudice, è tenuto a notificare, a pena di nullità delle operazioni peritali, l'inizio delle stesse al Direttore di Struttura INPS territorialmente competente.

Conseguentemente, il giorno d'inizio delle operazioni peritali, il Consulente Tecnico di Parte, medico INPS, parteciperà alle stesse avendo a disposizione il fascicolo sanitario del periziando, contribuendo fattivamente alla esaustiva valutazione medico legale del caso e integrando le funzioni già previste con la circolare n. 92 del 17/07/2009.

Per ciò che concerne gli aspetti strettamente procedurali, è stato previsto l'inserimento dei suddetti dati nella procedura "CoGiSan" collegata attraverso link diretto al Fascicolo Sanitario Elettronico Personale Previdenziale-Assistenziale "FaSEPrAss".

Pertanto, al fine di garantire l'integrale applicazione di quanto disposto dalla normativa con riferimento al contenzioso in materia di invalidità civile, si rinvia a quanto disposto con le circolari n. 93 del 20 luglio 2009, e la circolare n. 106 del 9 settembre 2009.

**Il direttore generale f.f. Nori**

# **Manuale dei Medici Certificatori**

Aggiornato al 15 marzo 2010

Accedere al sito [www.inps.it](http://www.inps.it) viene visualizzata l'home page del portale INPS.

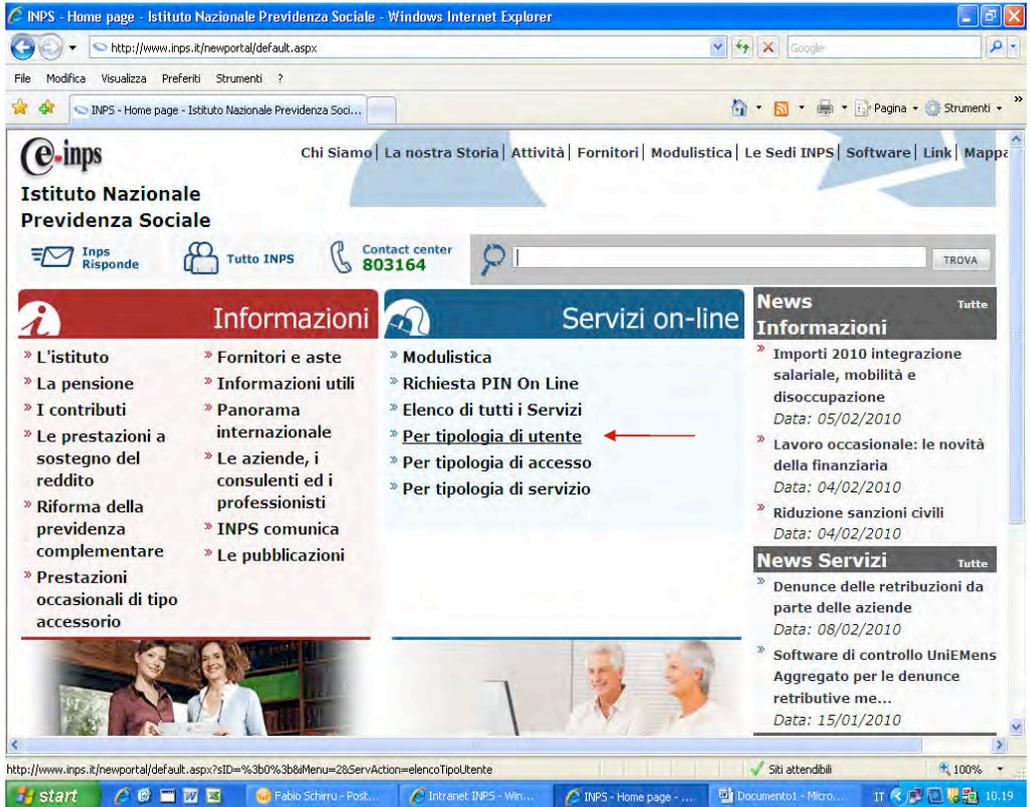


fig.1

Nella sezione “**Servizi on-line**”, selezionare “**Per tipologia di utente**” fig1 (freccia rossa).

Si apre una nuova pagina fig.2.

Redatto da Fabio Schirru

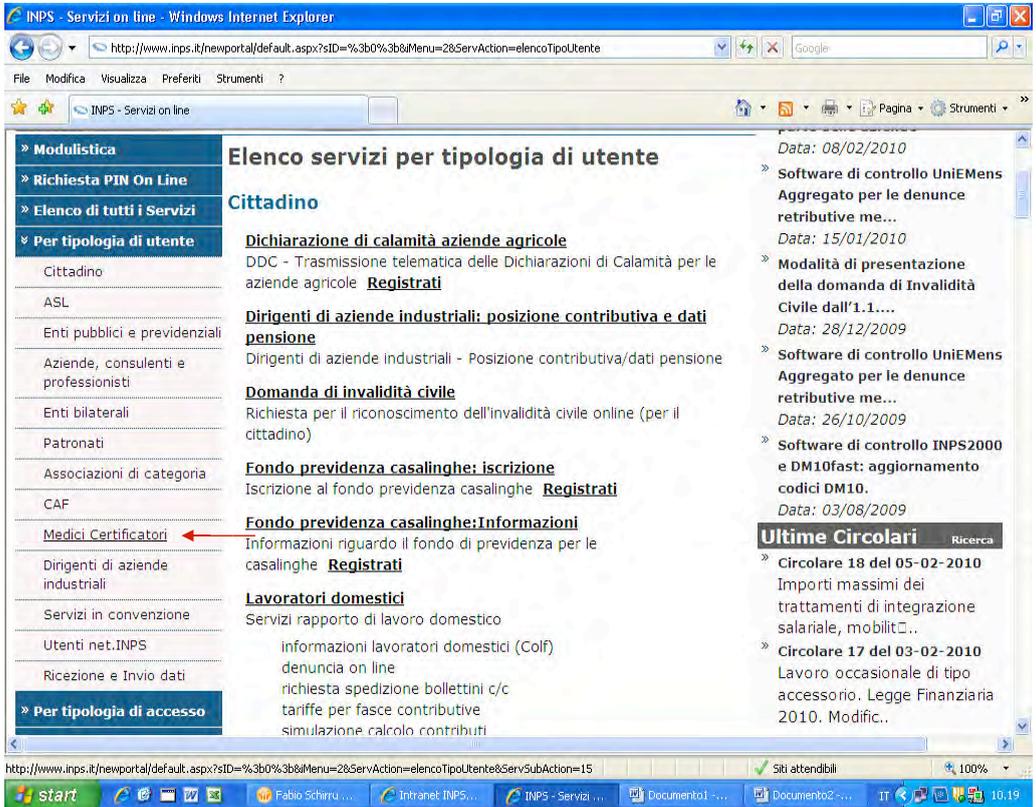


fig.2

Nella colonna a sinistra, dove sono indicati tutte le tipologie di utenti che possono accedere ai servizi INPS on-line, selezionare il collegamento (link) “**Medici certificatori**” fig.2(freccia rossa).

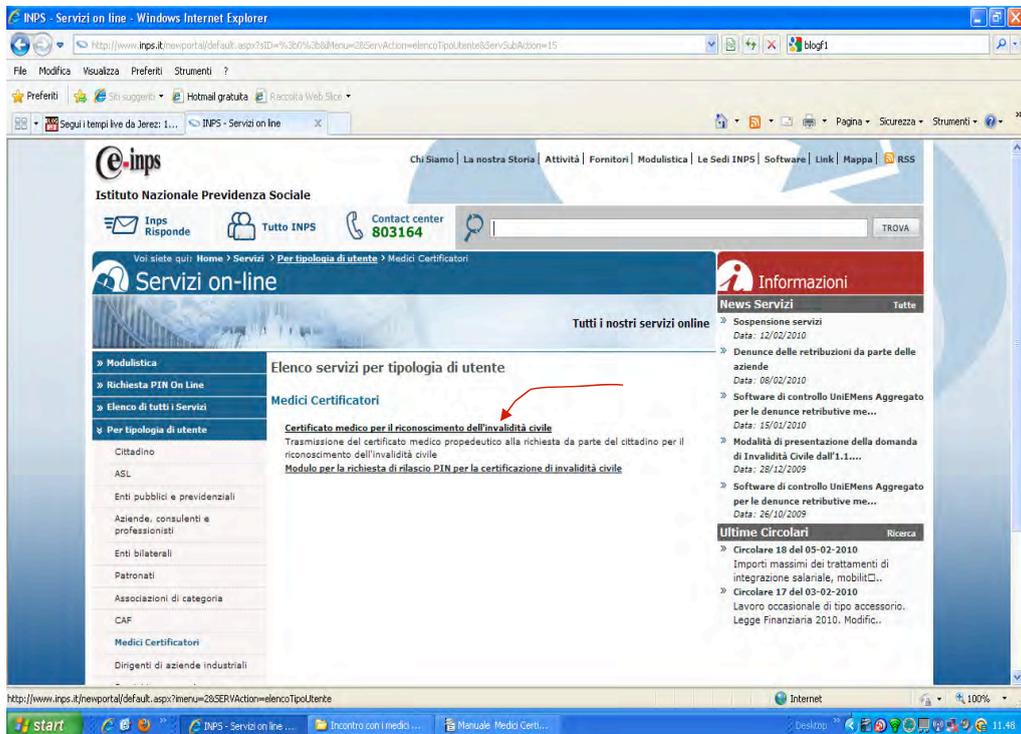


fig.3

Viene visualizzata la pagina che consente di selezionare il collegamento “**Certificato medico per il riconoscimento dell’invalidità civile**” fig.3(*freccia rossa*).

Cliccandoci sopra (*freccia rossa*) appare la pagina di autenticazione o di login fig.4.

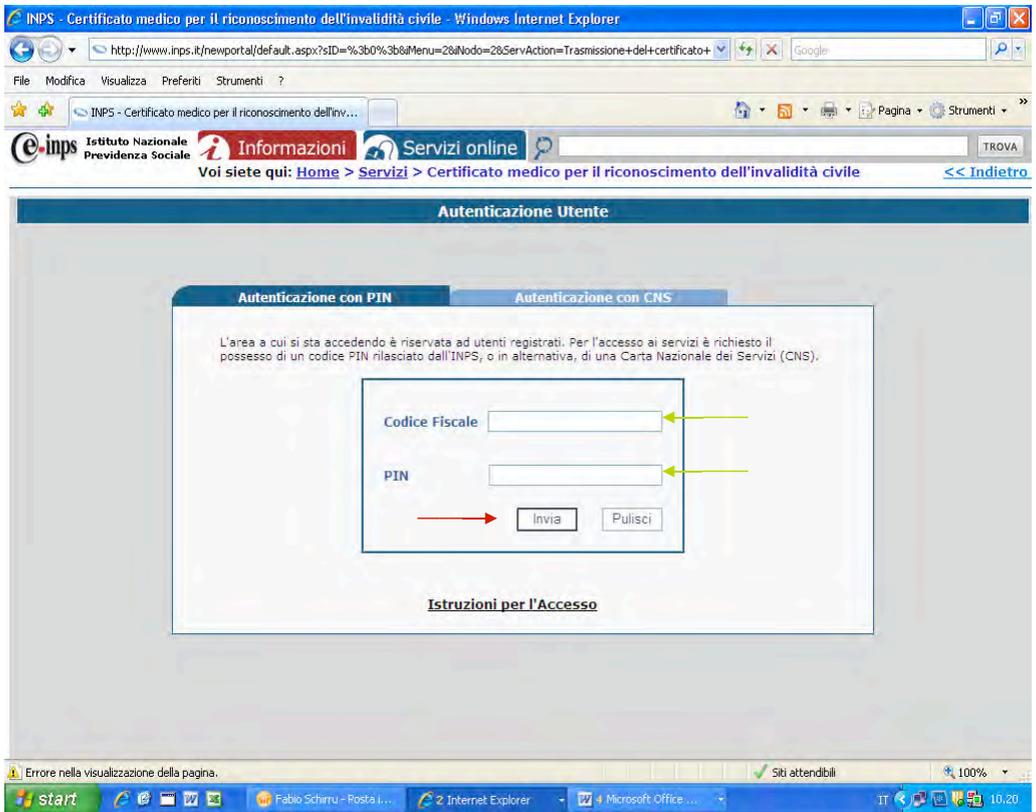


fig.4

Inserire il proprio codice fiscale ed il codice PIN(*freccie verdi*), contenuto nella busta consegnata dall'INPS al Medico Certificatore, premere il tasto "Invia" fig.4(*freccia rossa*).



fig.5

Al primo accesso la procedura ci guida alla modifica del PIN. Cliccare su “Avanti” fig.5(freccia rossa).

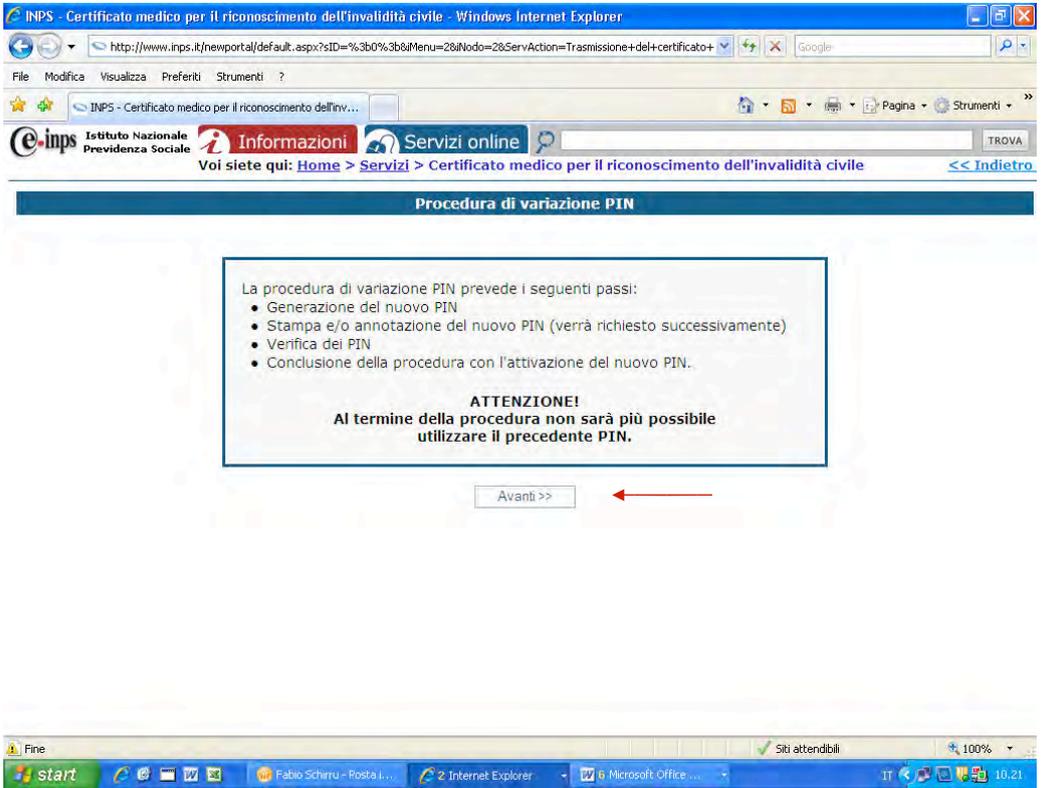


fig.6

Vengono indicati i vari passaggi da seguire (leggerli con attenzione) fig.6. Cliccare ancora sul tasto **“Avanti”**(freccia rossa).



fig.7

Viene generato un nuovo codice PIN che **deve essere stampato** cliccando sul tasto "**Stampa**" fig.7(freccia rossa).

Dopo avere stampato il nuovo codice PIN premere il tasto "**Avanti**" fig.7(freccia blu).

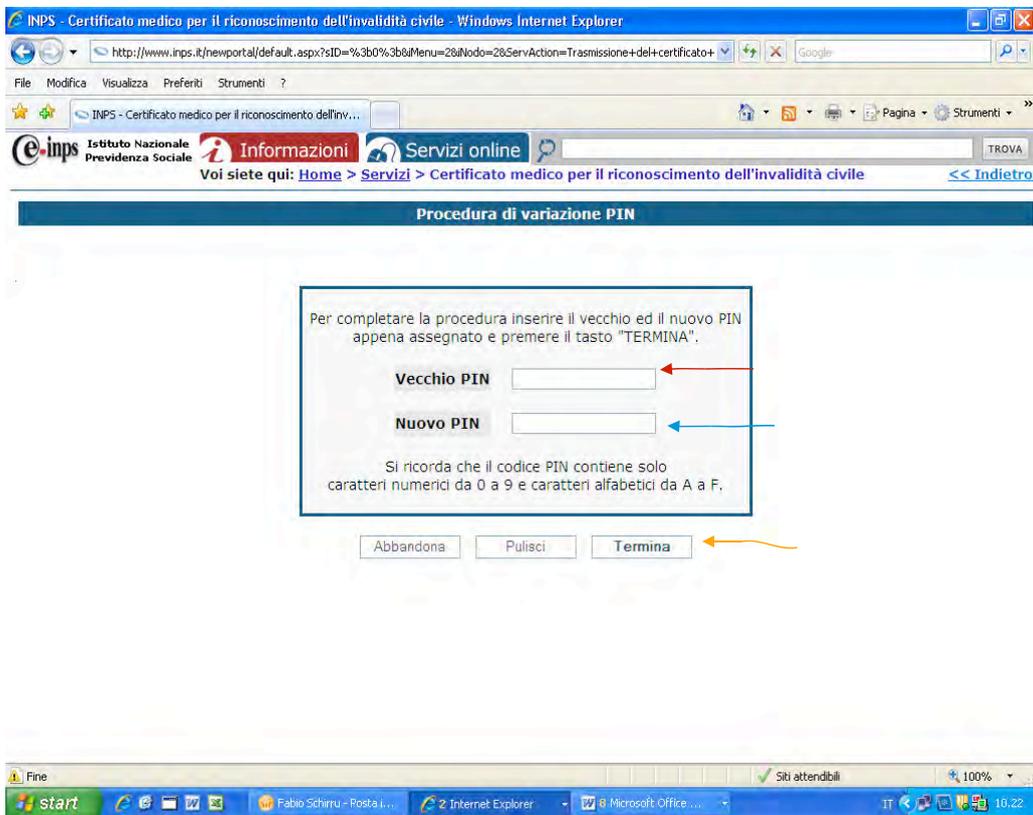


fig.8

Infine, inserire il vecchio PIN contenuto nella busta chiusa fig.8(freccia rossa), e il nuovo PIN generato dalla procedura guidata fig.8(freccia blu).

Premere quindi il tasto **“Termina”** fig.8(freccia arancione).

A questo punto, il PIN contenuto nella busta è stato sostituito da quello generato dal sistema.

Si ricorda che i codici PIN possono contenere solo lettere maiuscole dalla A alla F e numeri da 0 a 9, pertanto non è possibile che sia presente la lettera O da confondere con lo 0 (zero).

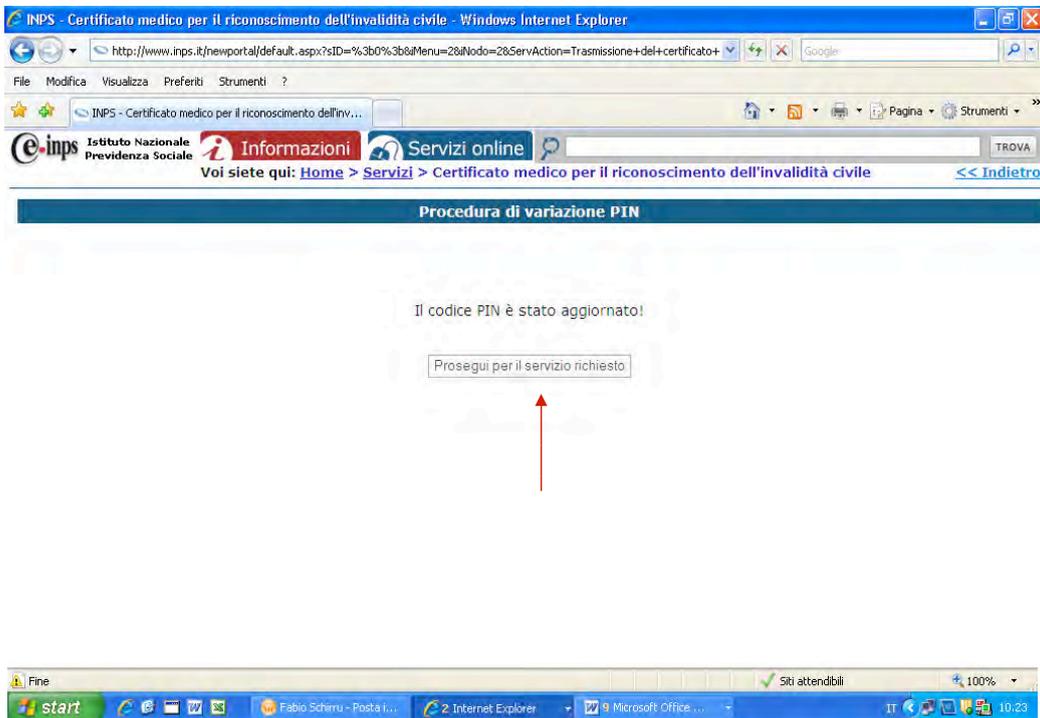


fig.9

Se la procedura è stata eseguita correttamente appare la scritta: il codice PIN è stato aggiornato fig.9.

Se si sbaglia digitando il vecchio PIN, la procedura chiederà di inserire nuovamente il vecchio PIN; **mentre se si sbaglia digitando il nuovo PIN, la procedura ne rigenererà un altro** che dovrà essere quindi stampato e/o annotato, utilizzare quest'ultimo e riprendere come da fig.7.

Cliccare sul tasto **"Prosegui per il servizio richiesto"** fig.9(*freccia rossa*).

L'accesso ai servizi online dell'INPS è consentito ai soli soggetti in possesso di un PIN rilasciato dall'Istituto. Il PIN, da utilizzare insieme al proprio codice fiscale, è strettamente personale e il suo uso non è delegabile.

Il sistema di accesso prevede le seguenti funzionalità:

al primo accesso il sistema obbliga l'utente alla modifica del PIN, successivamente il sistema

obbliga l'utente alla modifica del PIN almeno ogni 3 mesi

La sessione dell'utente verrà chiusa in seguito ad un periodo di inattività di 30 min

tutte le transazioni effettuate sono soggette a tracciatura ed imputate al titolare del PIN

**ATTENZIONE** in seguito a 5 tentativi consecutivi di accesso, digitando un PIN errato il sistema inibirà l'accesso all'utente per 5 min; ogni tentativo successivo richiederà l'attesa di 5 min, fino a quando non si inserirà il PIN corretto

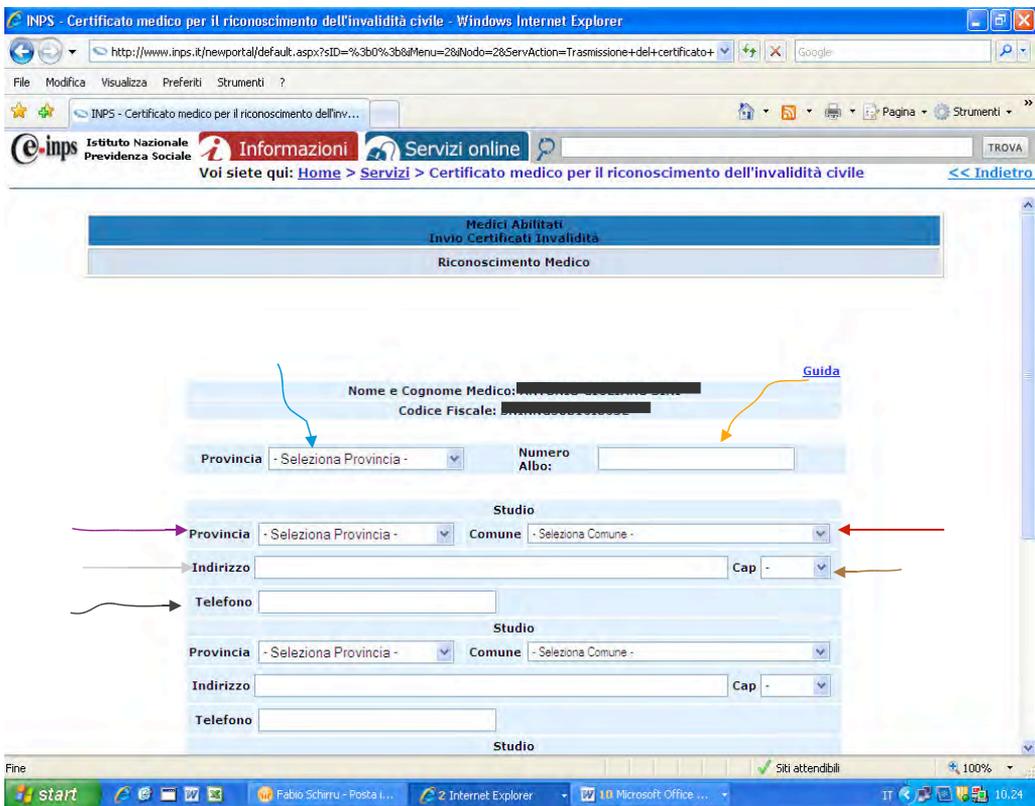


fig.10

Viene visualizzata la pagina di inserimento dati Medici fig.10, provincia di iscrizione all'Ordine dei medici (da selezionare tra tutte le province nel menù a tendina *freccia blu*), Numero di albo (*freccia arancione*), indirizzo Studio per Provincia da selezionare sul menù a tendina (*freccia viola*), Comune da selezionare sul menù a tendina (*freccia rossa*), Indirizzo via e numero civico

(freccia grigia), cap da selezionare tra quelli suggeriti nel menù a tendina (freccia marrone), infine numero di telefono senza spazi (freccia nera).

E' possibile inserire sino ad un massimo di tre indirizzi diversi per ciascun medico.

Tutti questi dati possono essere aggiornati in qualsiasi momento, cliccando sul link **“Modifica Medico”**, presente nella home page della procedura Invio Certificati Invalidità fig.12.

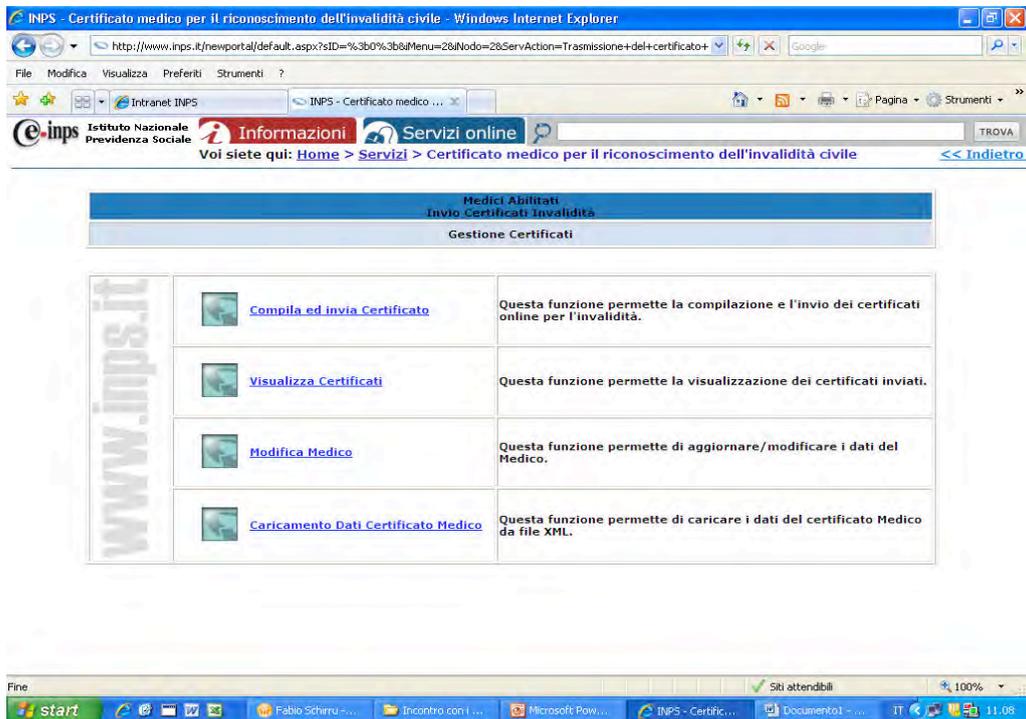


fig.12

Si arriva alla pagina di accesso definitiva. Questa è la pagina che si visualizzerà ad ogni accesso con codice fiscale e nuovo PIN fig12.

Il primo link :” **Compila ed invia Certificato**”, serve per la compilazione del certificato.

Il secondo link **“Visualizza Certificati”**, serve per visualizzare e stampare tutti i certificati elaborati.

Il terzo link “**Modifica Medico**” serve per modificare i dati dei medici: numero iscrizione ordine, indirizzi ambulatori e recapiti telefonici.

Il quarto link “**Caricamento Dati Certificato Medico**”, serve per caricare i certificati elaborati in modalità off-line (senza collegamento internet), **PROCEDURA NON ANCORA ATTIVA IN FASE DI LAVORAZIONE.**

Cliccando su “**Compila e Invia Certificato**” si visualizza la pagina di fig.13.

Medici Certificatori  
Invio Certificati Invaldità  
Compilazione Certificato

Nome e Cognome Medico: MARCO ANTONIO DI MATTEO Provincia: CE Iscrizione Albo: 000000007

Nome Richiente:

Cognome Richiente:

Codice Fiscale:

Certificato    Certificato Intrasportabilità    Indietro

fig.13

Qui si inserisce prima il Nome, poi il Cognome e Codice Fiscale del richiedente il certificato fig.13 (frecce verdi), **importante seguire l'ordine appena descritto.**

Il tasto **“Certificato”** a sinistra (*freccia arancione*) serve per la compilazione del certificato normale; il tasto al (*freccia rossa*) **“Certificato di intrasportabilità”** serve per richiedere la visita domiciliare della commissione integrata, per pazienti affetti da gravi patologie non trasportabili.

INPS - Certificato medico per il riconoscimento dell'invalidità civile - Windows Internet Explorer

http://www.inps.it/newportal/default.aspx?SID=%3b0%3b&Menu=2&ServAction=Trasmissione+del+certificato+

File Modifica Visualizza Preferiti Strumenti ?

INPS - Certificato medico per il riconoscimento dell'inv...

INPS Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Informazioni Servizi online

TROVA

Voi siete qui: Home > Servizi > Certificato medico per il riconoscimento dell'invalidità civile << Indietro

Medici Abilitati  
Invio Certificati Invalidità  
Compilazione Certificato

Nome e Cognome Medico: [REDACTED] Provincia: SS Iscrizione Albo: [REDACTED] Guida

Nome Richiedente: FABIO  
Cognome Richiedente: SCHIRRU  
Codice Fiscale: SCHFBA69L17G1135

Sesso  M  F

Codice Tessera Sanitaria: [REDACTED] ← (freccia rossa)

ASL di appartenenza: SASSARI A.S.L SASSARI ← (freccia verde)

Data di nascita: 17-07-1969  
Provincia di nascita: OR  
Comune di nascita: ORISTANO

Anamnesi: aerfirwez

Salva

http://www.inps.it/newportal/default.aspx Siti attendibili 100% 9:58

fig.14

Dopo aver cliccato uno dei due tasti della fig.13, si inizia la compilazione del certificato fig.14. Inserire il numero della tessera sanitaria del paziente (*freccia rossa*) (dato non obbligatorio), il numero è riportato sulla tessera inviata dall'Agenzia dell'Entrate, sul retro della stessa in basso a sinistra. ASL di appartenenza, avendo cura di selezionare **prima** la provincia di residenza nel primo menù a tendina di sinistra (*freccia verde*) e dopo (*freccia arancione*) l'ASL di appartenenza.

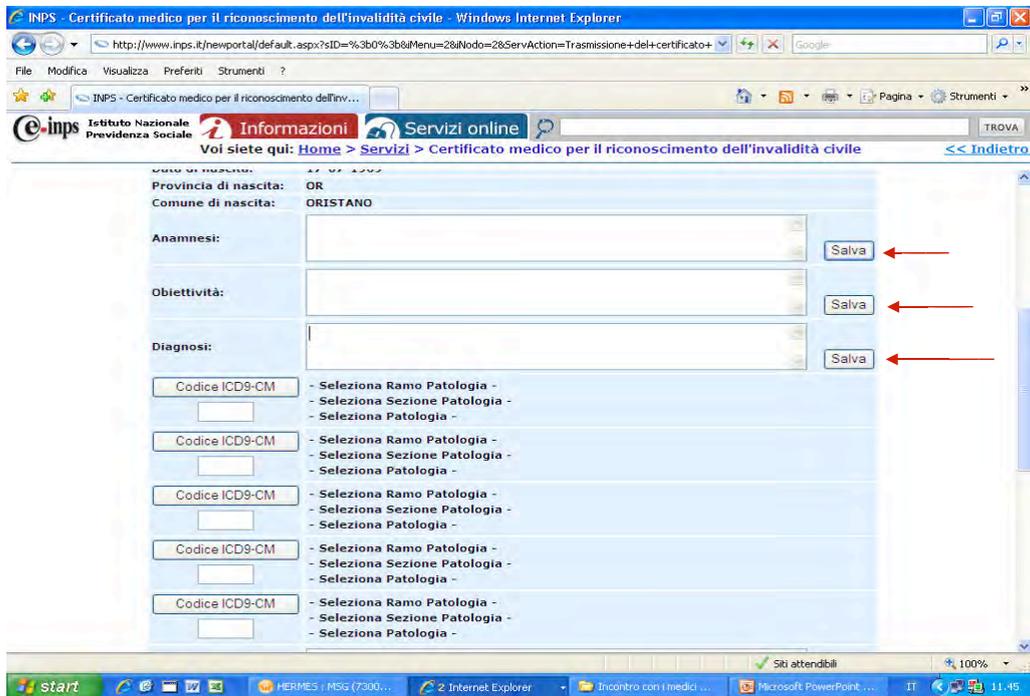


fig.15

I campi di inserimento dei dati anamnestici, obiettivi e diagnostici, sono da compilare a discrezione del Medico Certificatore fig.15 (da ricordare che nei campi di scrittura libera, anamnesi, terapia diagnosi terapia ecc. nella fase di scrittura non avviene sezione web, ossia non vi è scambio di dati tra il vostro pc e il server INPS, questa inattività dura al max 30 minuti, pertanto è consigliabile cliccare tasti salva in modo da salvare quanto scritto e ricaricare la sessione web).

Cliccare il tasto “**Salva**” al lato destro di ogni campo per salvare quanto inserito fig.15 (freccie rosse).

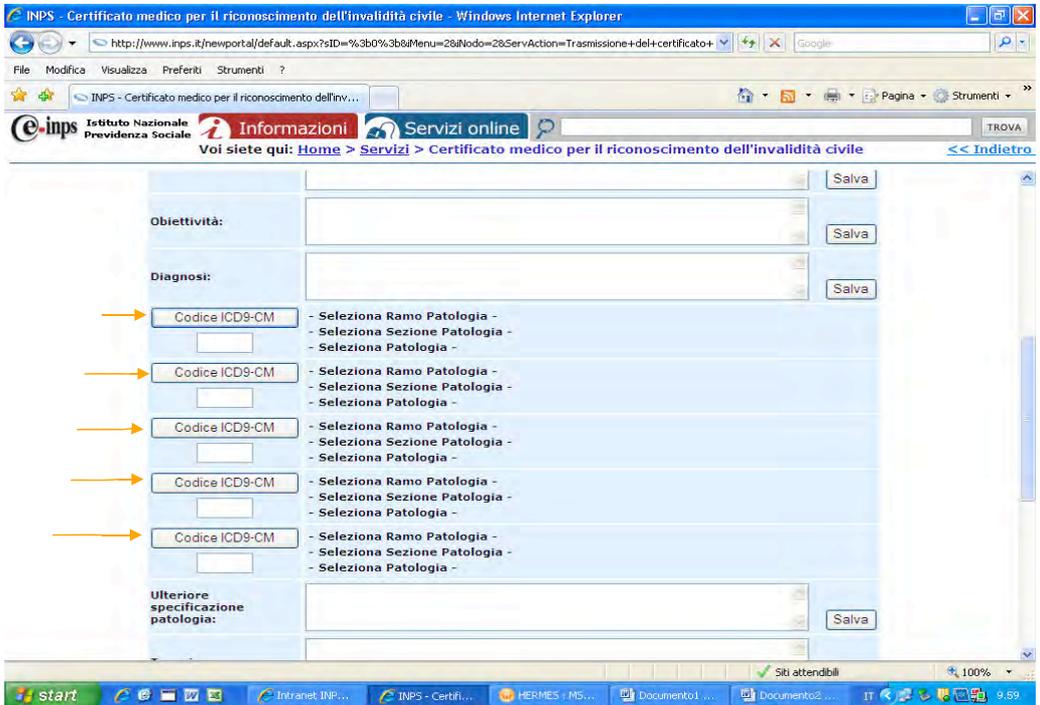


fig.16

Inserimento dati nosologici con codice ICD9-CM.

La Classificazione internazionale delle malattie, l'acronimo "ICD-9-CM" *sta per International Classification of Diseases, 9th revision – Clinical Modification*, ed è un sistema internazionale di classificazione delle diagnosi e delle procedure chirurgiche e diagnostico-terapeutiche. Viene utilizzato nel flusso SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera per codificare le corrispondenti informazioni).

Dal 1 gennaio 2009 è entrata in vigore la classificazione ICD-9-CM-2007. Il D.M. 21/11/2005 ha istituito un aggiornamento biennale dei sistemi di classificazione.

## Metodi di configurazione dei codici ICD9-CM.

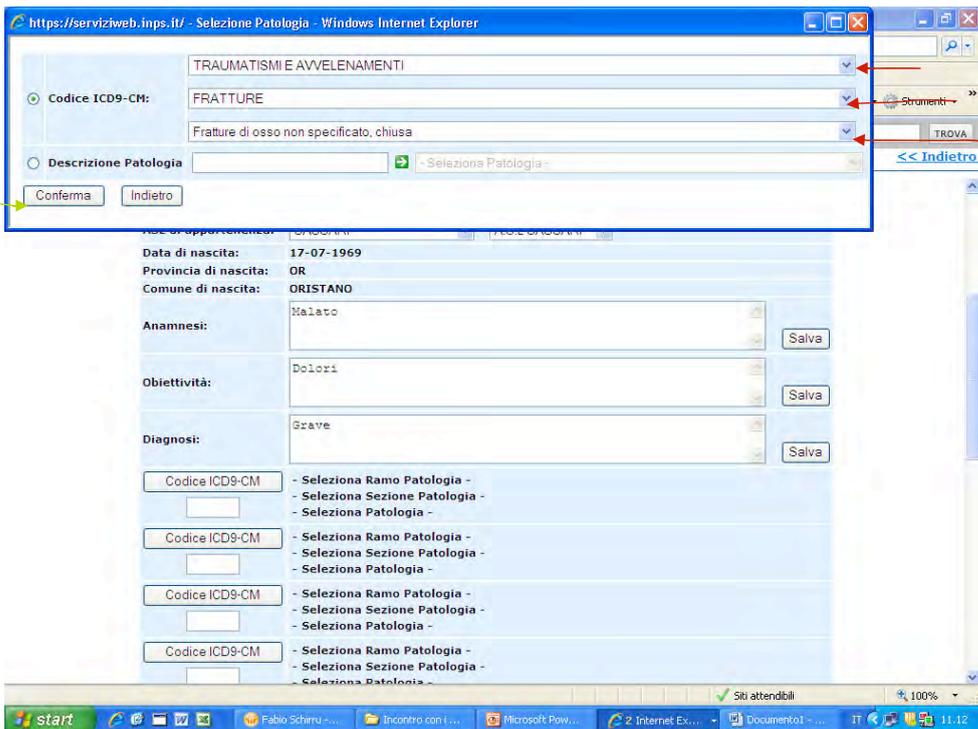


fig.17

### Primo metodo.

Se non si conosce il codice ICD9-CM delle patologie, cliccare sul primo tasto “**Codice ICD9-CM**” (un solo click tasto sinistro mouse) fig16(*freccia arancione*), si apre la finestra pop-up fig.17, con i tre menù a tendina da compilare per patologia, sezione patologia e distretto patologia fig.17(*freccie rosse*), Confermare poi con l'apposito tasto fig.17(*freccia verde*), dalla finestra pop-up per generare il codice ICD9.

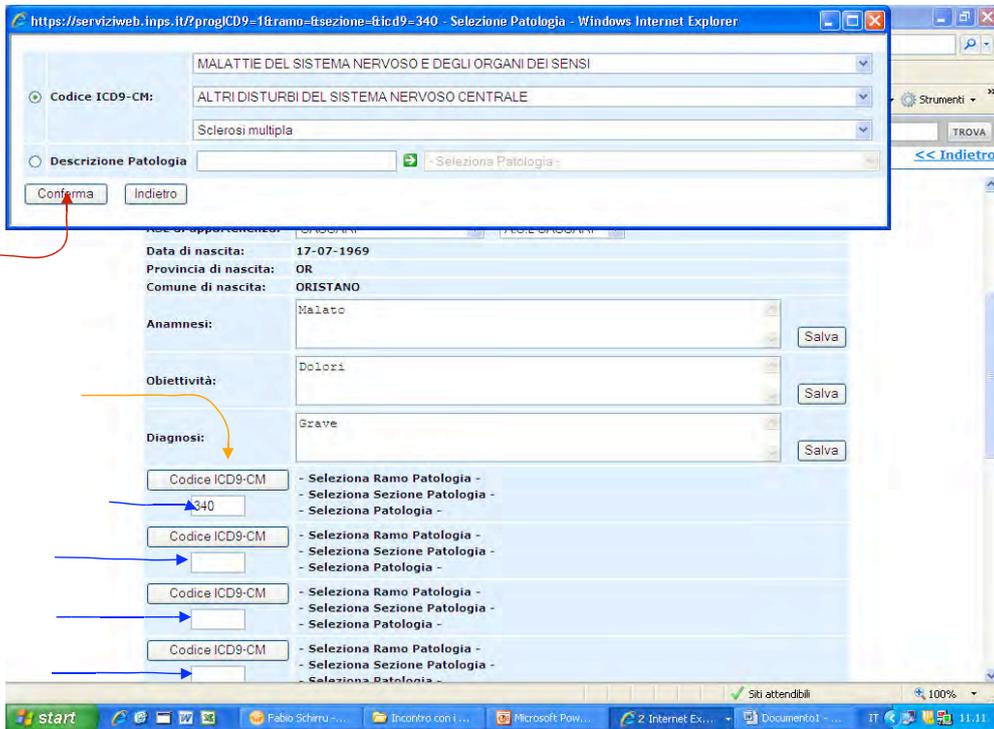


fig.18

### Secondo metodo.

L' inserimento dei dati nosologici con i codici ICD9-CM può avvenire anche digitando liberamente il codice nel campo bianco (*freccia blu*), posto subito sotto ogni tasto “**Codice ICD9-CM**”, se si conosce quello corrispondente alla patologia del soggetto di cui si sta redando il certificato, digitando il numero e cliccando sul tasto “**Codice ICD9-CM**” fig.18(*freccia arancione*) posto subito sopra il codice digitato, si apre la finestra pop-up con la descrizione completa della patologia corrispondente a quel codice ICD9-CM, infine cliccare sul tasto “**Conferma**” presente nella finestra pop-up fig. 17(*freccia rossa*).

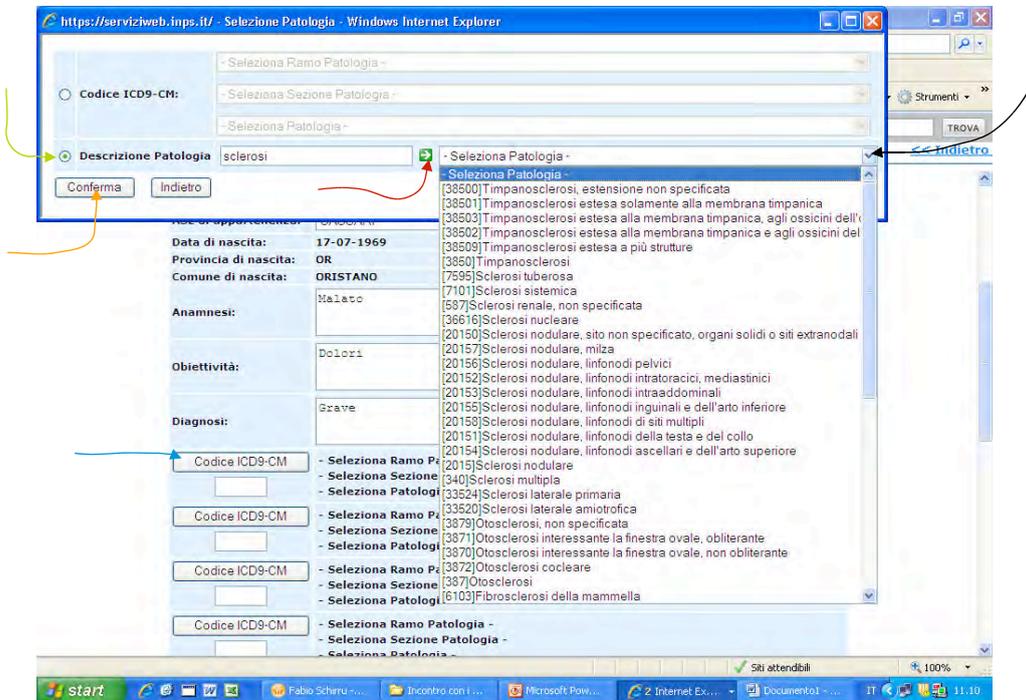


fig.19

### Terzo metodo

Se non si conosce il codice ICD9-CM, si può fare la ricerca sfruttando il motore di ricerca residente nella procedura, cliccando in uno dei tasti **“Codice ICD9-CM”** (freccia blu) (sempre un click) si apre la solita finestra pop-up per l’inserimento dei codici, questa volta dare la spunta nel pallino (cliccando sopra con il tasto sinistro del mouse) **Descrizione Patologia** (freccia verde) inserire almeno un parola compresa nella patologia di cui stiamo ricercando il codice ICD9, dopo di che cliccare il tasto **“Freccia”** fig.19 (freccia rossa) posto di fianco, successivamente aprire il menù a tendina (freccia nera), vengono espote tutte le patologie codificate ICD9 che riportano la parola/le cercate. Trovata quella di vostro interesse cliccarci sopra (con il solito tasto sinistro del vostro mouse e/o pad), infine chiudere la selezione cliccando sul tasto **“Conferma”** della finestra pop-up (freccia arancione).

L'inserimento dei dati nosologici con codice ICD9-CM è consentito fino ad un massimo di 5 patologie.

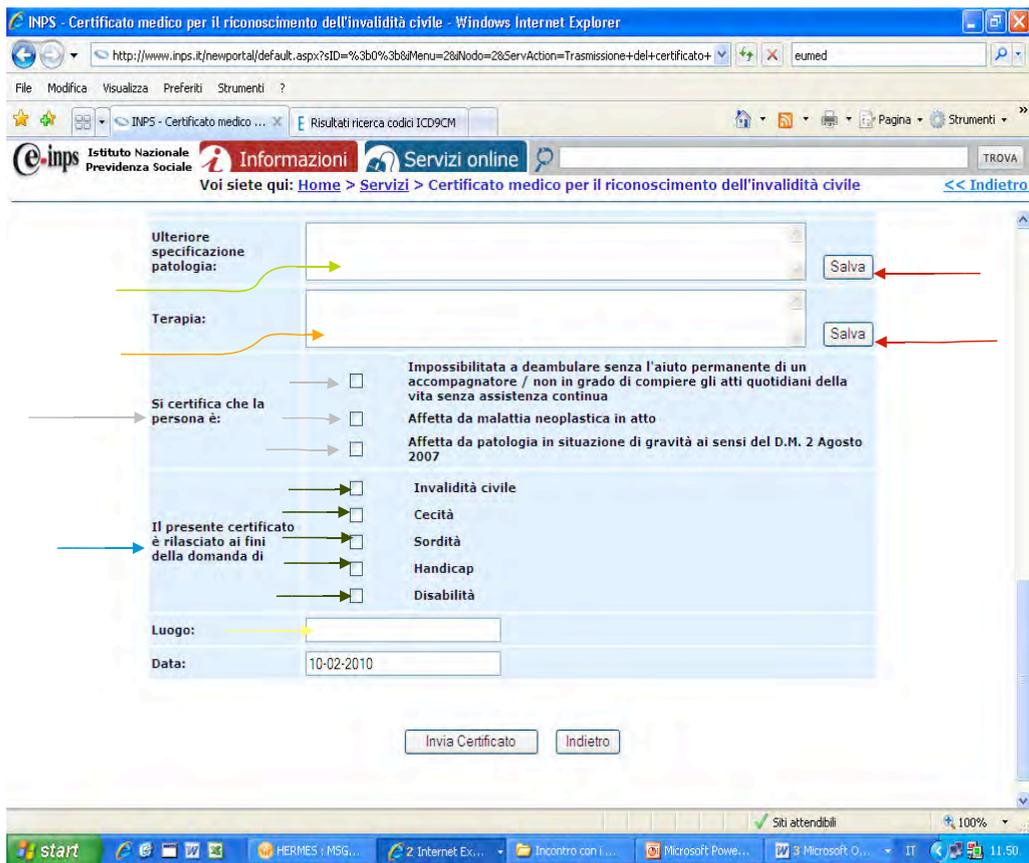


fig.20

Per ulteriori patologie, compilare il campo **“Inserimento dati per ulteriori specificazioni patologia”** fig.20(freccia verde). Qui si possono definire meglio le patologie inserite con la codifica ICD9-CM, e/o aggiungere altre patologie, ricordarsi di premere il tasto salva fig.20(freccia rossa) alla fine della sessione.

Compilare il campo **“Terapia”** fig.20(freccia arancione). Cliccare sempre il tasto **“Salva”** fig.20(freccia rossa) per salvare i dati immessi.

Evidenziare le caselle (flag) nel sottocampo fig.20(*freccie grigie*) ove ricorrano i requisiti, alla voce **“Si certifica che la persona è”**, specificando se sia impossibilitata a deambulare; affetta da malattia neoplastica in atto o affetta da patologia in situazione di gravità ai sensi del I D.M. 2 Agosto 2007.

Evidenziare poi le caselle (flag) nel sottocampo fig.20(*freccia blu*) dove appare la scritta **“Il presente certificato è rilasciato ai fini della domanda di”**, specificando, invalidità civile (sia per prima domanda che in caso di aggravamento o accompagnamento), handicap (nel caso di richiesta per la legge 104) , cecità, sordità e disabilità ( nel caso di richieste per la legge 68). Si ricorda che con un unico certificato si possono fare più richieste fig.20(*freccie nere*).

Inserire il luogo (città o paese) di compilazione del certificato fig.20(*fraccia gialla*), la data subito dopo viene riportata in automatico.

Se tutto è stato compilato correttamente cliccare sul tasto **“Invia Certificato”**, **rileggere sempre con cura prima di passare ad altro campo da compilare, poiché qualsiasi errore e/o dimenticanza nella compilazione, genera un messaggio di errore, dove viene indicato l'errore e/o la dimenticanza eseguita.**

Se tutti i campi sono stati completati regolarmente (nessun messaggio di errore è comparso), la procedura ci dirà che il certificato è stato inviato. Ogni certificato inviato regolarmente, genera un numero univoco che lo identifica, utile da abbinare alla domanda di invalidità civile telematica, che deve essere presentata a cura del cittadino, oppure attraverso i patronati e le associazioni di categoria previa richiesta del PIN (**dal cittadino**) on-line o al contact center INPS, al numero 803.164.



**IMPORTANTE ricordare che il CERTIFICATO MEDICO DIGITALE ha un durata di 30 giorni dalla data di emissione ed entro tale termine deve essere utilizzato per l'abbinamento alla domanda di invalidità civile, L.104, cecità, sordità.**

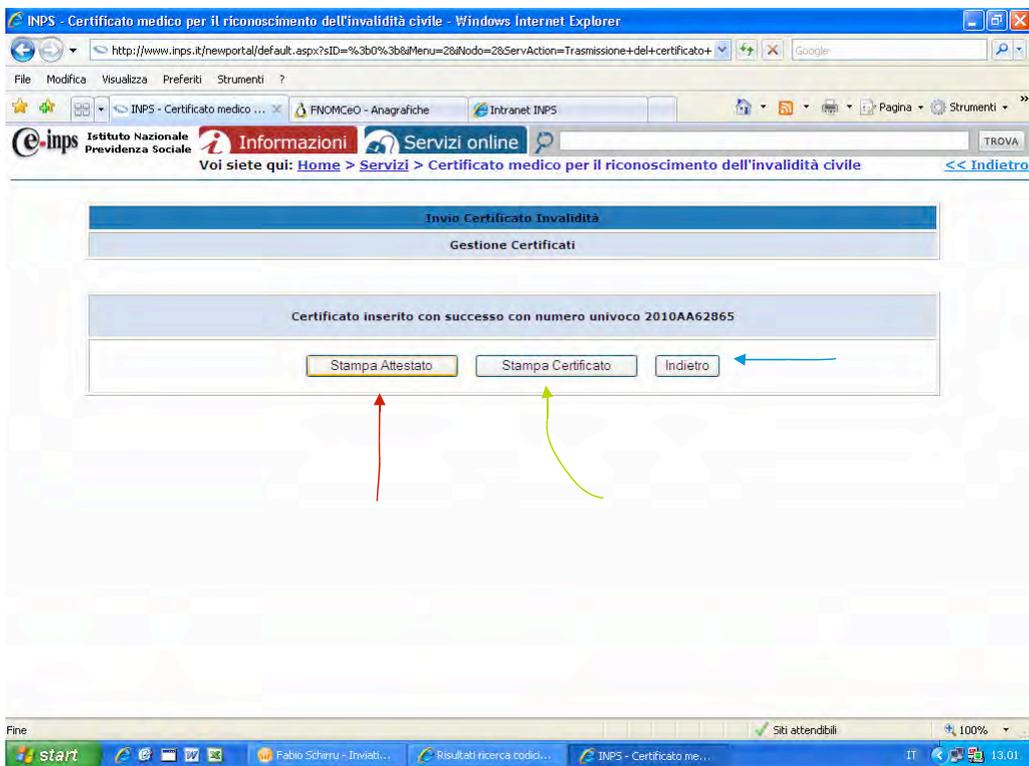


fig.21

Cliccando il tasto **“Stampa Attestato”** fig.21 (freccia rossa), si apre e si stampa il file in formato PDF dell'attestato di trasmissione del Certificato Medico Digitale che riporta il numero univoco, da consegnare al paziente.

Con il tasto **“Stampa Certificato”** fig.21 (freccia verde), si apre e si stampa il file in formato PDF del Certificato Medico Digitale anche questo riporta il numero univoco, **da stampare, timbrare, firmare e consegnare al paziente**, questo certificato è composto da più pagine.

Mentre cliccando sul tasto **“Indietro”** viene visualizzata la pagina **“Visualizza Certificati”**; si può accedere a questa pagina, dove sono residenti tutti i certificati elaborati anche dal link già menzionato nella fig.12.

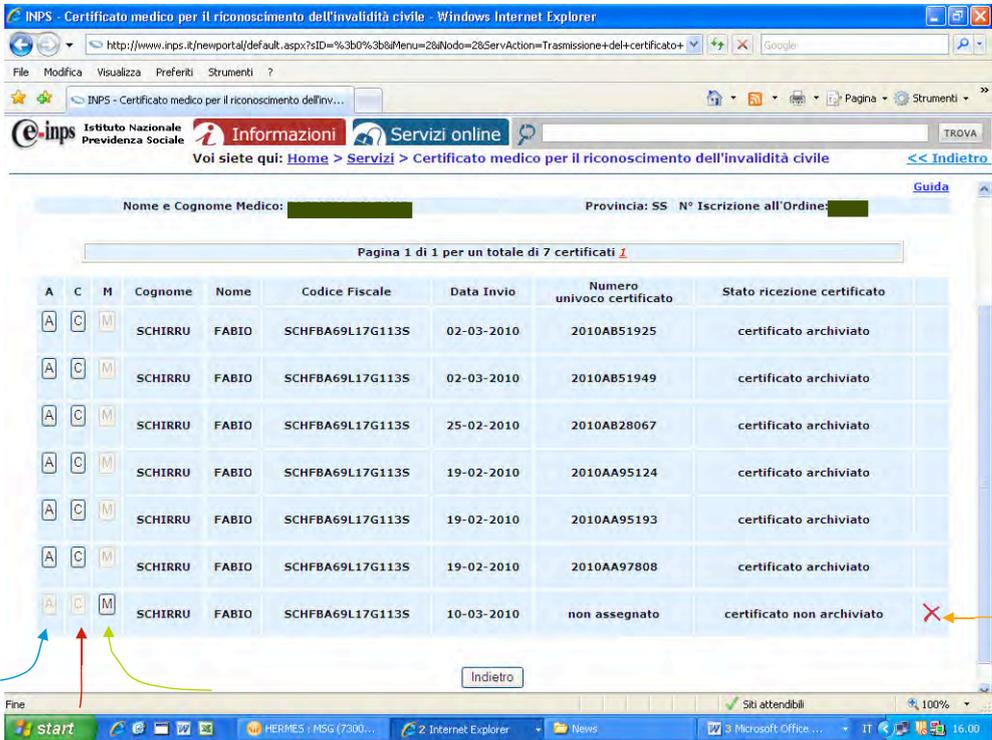


fig.22

Come si può notare alla fig.22, nella pagina “**Visualizza Certificati**” sono indicati tutti i certificati elaborati. Questi sono elencati per nominativo e numero univoco; a sinistra per ogni nominativo, vi sono tre tasti: tasto “**A**” fig.22(freccia blu) per la stampa dell’ “**Attestato di Trasmissione**”, tasto “**C**” fig.22(freccia rossa) per la stampa del “**Certificato Medico**” e tasto “**M**”fig.22(freccia verde) per la modifica del certificato, quest'ultimo in genere è inibito se il certificato è stato inviato regolarmente ed è stato generato il numero univoco del certificato stesso. Mentre può succedere per problemi di connessione o di indisponibilità momentanea del server dell'INPS che il certificato è stato elaborato parzialmente salvando il lavoro svolto fino a quel momento o che il numero univoco non venga assegnato. In tal caso i tasti “**A**” e “**C**” non sono cliccabili, mentre è cliccabile il tasto “**M**” modifica, per riaprire il certificato non inviato (modificarlo se è il caso) e riprovare l'invio in un secondo momento.

Tutti i certificati elaborati parzialmente e/o non inviati, quindi con il tasto “M” cliccabile si possono cancellare, cliccando sull'icona “X” fig.22(freccia arancione).

Tutta la documentazione stampabile è in standard PDF, perciò per la visualizzazione corretta e la stampa della documentazione, bisogna aver installato sul proprio pc, Adobe Reader.

Adobe Reader è lo standard universale per la condivisione di documenti elettronici ed è l'unico visualizzatore di file PDF in grado di aprire tutti i documenti PDF e interagire con essi.

Adobe Reader consente di visualizzare, cercare, firmare digitalmente, verificare, stampare e condividere file Adobe PDF. Adobe Reader è scaricabile gratuitamente dal sito: <http://www.adobe.com/it/products/reader/> fig.23.

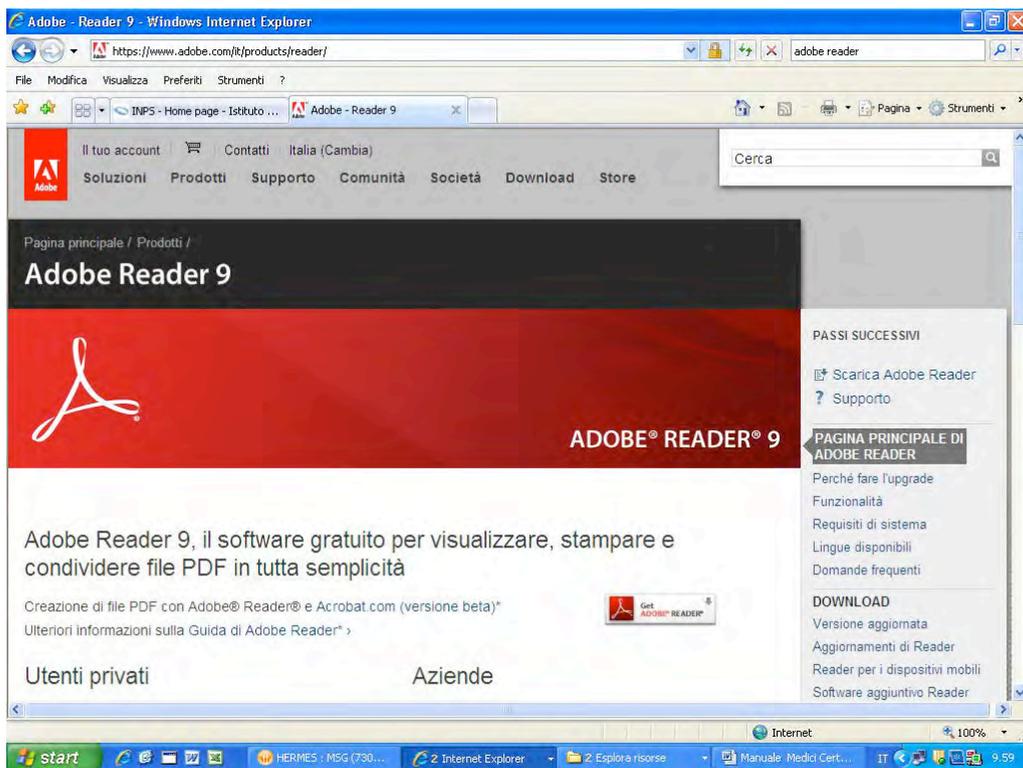


fig.23

Per il Download cliccare sul link: **Download di Adobe Reader**; successivamente seguire le istruzioni fig.24(*freccia verde*).

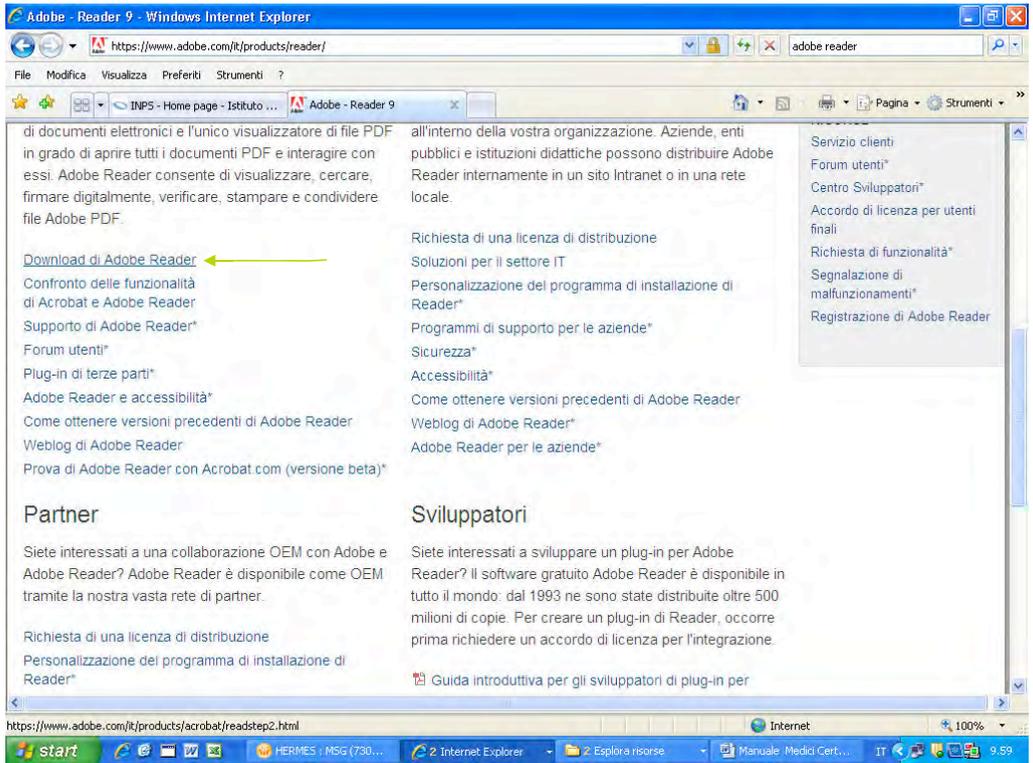


fig.24

Redatto da Fabio Schirru

## **I casi di esclusione dall'obbligo del rispetto degli orari di reperibilità per i dipendenti pubblici in malattia**

Il decreto del ministro per la Pubblica Amministrazione e l'innovazione n. 206 del 18/12/2009, "Determinazione delle fasce orarie di reperibilità per i pubblici dipendenti in caso di assenza per malattia", oltre a determinare le nuove fasce di reperibilità dei dipendenti delle Pubbliche Amministrazioni (dalle ore 09.00 alle ore 13.00 e dalle ore 15.00 alle ore 18.00, compresi giorni non lavorativi e festivi), introduce all' art. 2 i casi di esclusione dall'obbligo del rispetto degli orari di reperibilità nei casi in cui l'assenza è etiologicamente riconducibile ad una delle seguenti circostanze:

- a) Patologie gravi che richiedono terapie salvavita;
- b) Infortuni sul lavoro;
- c) Malattie per le quali è stata riconosciuta la causa di servizio;
- d) Stati patologici sottesi o connessi alla situazione di invalidità riconosciuta.

Sono altresì esclusi i dipendenti nei confronti dei quali è stata già effettuata la visita fiscale per il periodo di prognosi indicato nel certificato.

Ove ricorra uno dei casi su indicati, si consiglia al medico certificatore di indicare nel certificato, ovviamente, non la patologia ma una nota del tipo: "Il paziente è escluso dall'obbligo di reperibilità in quanto rientrante nelle patologie di cui all' art. 2 del Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'innovazione n. 206 del 18/12/2009".

**Nicola Addis**

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI SASSARI

## CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE

Gli iscritti sono convocati in Assemblea Ordinaria il giorno 21 giugno 2010 alle ore 24.00 in prima convocazione e il giorno **22 giugno 2010 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. Conto consuntivo anno 2009;
3. Variazioni al bilancio di previsione anno 2010;
4. Varie ed eventuali.

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

È 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 **22 giugno 2010**, il dott. ....

....., lì .....

firma .....

**CONVOCAZIONE  
ASSEMBLEA ORDINARIA  
ANNUALE**

**22 GIUGNO 2010**