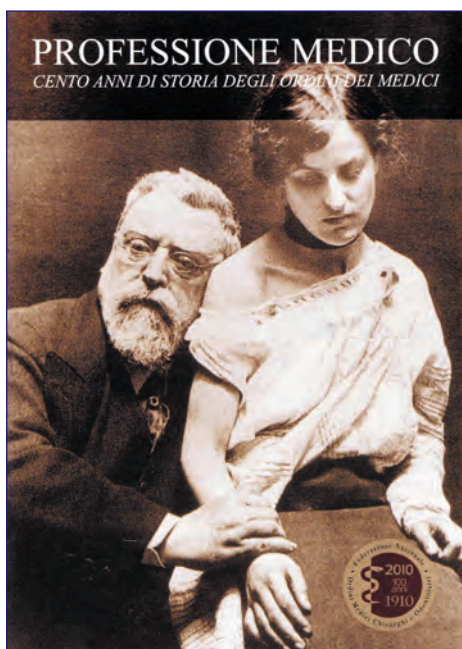


SASSARI MEDICA



3

IN QUESTO NUMERO

Editoriale/Sanità sassarese
Porre fine al congelamento

Giornata del medico
Medaglia d'oro a 18 veterani
Hanno giurato 72 nuovi medici

Su Cologone Symposium
Confronto sugli stati vegetativi
fra medici, giuristi e filosofi

Il centenario della Costituzione
degli Ordini dei medici

C'è una legge per il dolore:
quale il ruolo dell'agopuntura?

Prevenzione odontostomatologica
Successo del piano triennale

Perplessità della FNOMCeO
sulla campagna nelle scuole

Consentiti gli interventi
di medicina estetica

Informazione sanitaria e pubblicità
Prima fase applicativa prorogata

Equipollenza fra certificati ASL
e dei medici convenzionati

Patenti di guida: non ci sono
modifiche alle certificazioni

Medici convenzionati
e controlli sulle assenze:
sproporzionato il licenziamento

Il collocamento in riposo
dei dirigenti medici del SSN

Applicazione dell'IRAP agli studi
dei medici di medicina generale

Ruolo del medico competente
e rapporti con lo SPRESAL

Servizio di sorveglianza sanitaria
No alle gare d'appalto al ribasso

Onaosi: le procedure per l'elezione
del Comitato d'indirizzo

Enpam: informazioni su contributi,
redditi, riscatti e pensioni

I dentisti e la prevenzione
"Progetto stili di vita"

Posta elettronica certificata
gratuita per tutti gli iscritti

La grafica artistica
nella comunicazione
del farmaco

ANNO XIX
DICEMBRE 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".*



Manifesto ufficiale del centenario della fondazione degli Ordini

Anno XIX - Numero 3
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 Gannau - Nadia Tola - *Revisore supplente:* Pasqualina Bardino.

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

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

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

SASSARI MEDICA

*Periodico dell'Ordine dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri
della provincia di Sassari*

SITO WEB: www.omceoss.org

E-MAIL: ordine@omceoss.org

- 2 Editoriale/Sanità sassarese
Porre fine al congelamento
- 8 Giornata del medico/ Medaglia d'oro a 18 veterani
hanno giurato 72 nuovi medici
- 11 Su Cologone Symposia:
Confronto sugli stati vegetativi fra medici, giuristi e filosofi
- 15 Il centenario della Costituzione
degli Ordini dei medici
- 19 C'è una legge per il dolore:
quale il ruolo dell'agopuntura?
- 23 Prevenzione odontostomatologica
Successo del piano triennale
- 27 Perplexità della FNOMCeO
sulla campagna nelle scuole
- 29 Consentiti gli interventi
di medicina estetica
- 30 Informazione sanitaria e pubblicità
Prima fase applicativa prorogata
- 34 Equipollenza fra certificati ASL
e dei medici convenzionati
- 38 Patenti di guida: non ci sono
modifiche alle certificazioni
- 44 Medici convenzionati/Controlli sulle assenze:
sproporzionato il licenziamento
- 47 Il collocamento in riposo
dei dirigenti medici del SSN
- 49 L'applicazione dell'IRAP agli studi
dei medici di medicina generale
- 51 Ruolo del medico competente
e rapporti con lo SPRESAL
- 53 Onaosi: Servizio di sorveglianza sanitaria
No alle gare d'appalto al ribasso
- 56 Le procedure per l'elezione
del Comitato d'indirizzo
- 57 Enpam: Informazioni su contributi,
redditi, riscatti e pensioni
- 62 I dentisti e la prevenzione
"Progetto stili di vita"
- 64 Posta elettronica certificata
gratuita per tutti gli iscritti
- 65 La grafica artistica
nella comunicazione del farmac

Porre fine al congelamento della sanità sassarese

Pubblichiamo l'intervento del presidente dell'Ordine Agostino Sussarellu alla Giornata del Medico 2010 e le riflessioni sulla situazione della sanità a Sassari

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

Ringrazio altresì, a nome del Consiglio Direttivo tutto, e mio personale, l'Università di Sassari nella figura del Magnifico Rettore, professor Attilio Mastino, per averci ospitato, come da tradizione, in questa splendida e prestigiosa Aula Magna, nella quale buona parte di noi ha conseguito la laurea, e nella quale oggi ci troviamo per celebrare, come è ormai consuetudine, la Giornata del Medico, giunta quest'anno alla sua cinquantacinquesima edizione.

La nostra manifestazione si svolge il 18 ottobre, giorno commemorativo di San Luca Evangelista, patrono dei medici.

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

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

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

Questa nostra tradizionale manifestazione non è e non intende essere una semplice celebrazione della categoria, ma intende rappresentare il momento più saliente della professione medica, quello in cui si puntualizza l'importanza e l'obbligo dell'osservanza del nostro Codice di Deontologia che, da sempre, configura la linea d'indirizzo del nostro comportamento, del nostro essere medici. Il giuramento, che oggi verrà letto e sottoscritto in quest'aula da voi giovani colleghi, racchiude al suo interno l'essenza portante dell'intera arte medica.

Quest'anno ricorre un anniversario davvero importante per la nostra professione: l'istituzione dell'Ordine dei Medici ha raggiunto i cento anni di vita. Sancito dalla legge 455 del 1

*Mancanza
di scelte,
pensionamenti
di medici,
discussioni
su una o più
Aziende
ospedaliere:
la classe politica
deve decidere
subito*

0 Luglio 1910, epoca in cui regnava Vittorio Emanuele III e in cui l'onorevole Luzzati era Primo Ministro, l'evento rappresentò un riconoscimento prestigioso per la nostra categoria.

La nostra istituzione, ne sono certo, ha svolto un ruolo storico importante: il riconoscimento giuridico della professione ci ha infatti permesso di esercitare quella funzione di legittimazione che non sarebbe altrimenti stata possibile.

Sono altresì convinto che i nostri Ordini siano stati custodi della funzione pubblica della professione, e che in questo secolo abbiano interpretato degnamente il loro ruolo istituzionale nei riguardi della società e dello Stato.

Nonostante sia passato tanto tempo, con gli inevitabili cambiamenti storici, culturali e sociali, il fondamento di quella legge è rimasto immutato. È trascorso esattamente un secolo, la nostra nazione ha conosciuto due guerre mondiali, profondi rivolgimenti positivi, quale, ad esempio, il "miracolo economico", e periodi bui, quale, tra gli altri, il terrorismo politico e mafioso.

In questi cento anni è cambiata la società, e, radicalmente, anche la nostra professione. Abbiamo guadagnato notevoli potenzialità diagnostiche e terapeutiche, riusciamo a curare gran parte delle malattie che un secolo fa erano addirittura mortali, ma abbiamo anche perso alcune di quelle caratteristiche che erano proprie della nostra professione. Mi riferisco in particolare al rapporto medico-paziente, benché, a dire il vero, in questa fase storica si stia cercando di recuperarlo.

Spero che voi, giovani colleghi, sappiate recuperare nella vostra pro-

fessione questo rapporto umano che è alla base di ogni buona terapia.

È mia abitudine ricercare i temi da trattare nella mia tradizionale chiacchierata tra gli avvenimenti di interesse deontologico, o comunque di pertinenza della nostra professione, dell'anno appena trascorso.

Questa volta reputo che sia necessario, ancor più che opportuno, parlare della situazione sanitaria della nostra provincia, anche se, nello specifico, si tratta di un problema che interessa l'intera regione.

La giurisdizione del nostro Ordine comprende la somma delle province di Sassari e di Olbia-Tempio, e questa risulta essere una delle aree più estese della nostra nazione.

Non è sicuramente facile avere un quadro preciso di quanto avviene in un territorio così vasto; per fortuna i tempi moderni ci mettono a disposizione dei mezzi che riescono, almeno in parte, ad avviare alle grandi distanze.

In questo momento particolare, per quanto riguarda la sanità, dobbiamo fare un distinguo tra le due nostre province. Olbia-Tempio sembra infatti avviata ad una crescita che va di pari passo con l'aumento della popolazione, è in fase di ultimazione il nuovo ospedale, e anche il "San Raffaele" sta per coronare il suo sogno di aprire una struttura in Gallura.

Il tutto sull'onda dell'attuazione del Piano Sanitario Regionale predisposto dalla precedente amministrazione.

Pare addirittura che il prossimo Piano Sanitario Regionale, che in ogni caso speriamo veda la luce al più presto, preveda persino un aumento ulteriore dei posti letto per questa provincia.

Non possiamo che essere contenti

dell'ampliamento della rete assistenziale ospedaliera della provincia di Olbia-tempio, sottodimensionata per troppi anni, in quanto ciò permetterà ai cittadini della Gallura di usufruire finalmente di un'assistenza adeguata nel territorio di residenza.

Nel contempo siamo estremamente preoccupati per la situazione che si sta invece creando nella più grande e soprattutto popolosa provincia di Sassari.

Quasi tutti i giorni sulla stampa regionale appaiono articoli che parlano della situazione dei nostri ospedali, sia che si tratti delle strutture, delle tecnologie, o del personale, e, come tutti ben sapete, i commenti non sono positivi. Sassari sta vivendo, e purtroppo non solo nell'ambito della sanità, uno dei periodi più critici della sua storia, e noi comuni cittadini non riusciamo a comprendere se il decadimento della nostra provincia sia legato alla incapacità di chi ci rappresenta ai vari livelli, alla classe dirigente in senso lato, o alla crisi economica che ha colpito il mondo intero.

Di fronte a tutto questo, l'argomento che coinvolge maggiormente i nostri politici, e non solo loro, o, per dirla come è in uso in questi anni, "la madre di tutte le discussioni", sembra incentrata nell'interrogarsi circa l'opportunità o meno di unire le due aziende sanitarie presenti nel territorio, se si debba cioè costituire una mega azienda, o lasciare le cose come stanno. Si aggiunge addirittura un'ulteriore ipotesi: se, ancor meglio, non sia il caso di pensare a tre aziende autonome, ciascuna col proprio staff di-



Per concessione del dottor Mario Soma

rigenziale, assistenziale e amministrativo. L'argomento è talmente coinvolgente che nessuno si rende conto che sarebbe più utile concentrarsi sull'urgenza di mettere le strutture attuali nelle condizioni di funzionare "meglio", se non addirittura "al meglio" ...

In quest'ultimo mese, in base a rilievi effettuati, la stampa regionale ha dato la notizia che ammonta a 60 il numero dei medici collocati in pensione, o prossimi al pensionamento; in tale cifra sono inclusi almeno 10 primari.

Certo la notizia è importante, e sicuramente avrà delle ricadute sulla sanità della nostra provincia, anche perché un fenomeno analogo si sta verificando all'interno dell'azienda Ospedaliero-Universitaria, ma la cosa curiosa è che nessuno ha analizzato il fatto nella sua interezza.

Se parliamo dei primari, dobbiamo



Il pubblico e i premiati alla Giornata del Medico



I medici premiati con la Medaglia d'oro per i 50 anni di laurea

notare che nella stragrande maggioranza sono stati collocati a riposo quasi tutti a 67 anni, per raggiunti limiti di età.

Ciò dimostra, e il nostro Ordine lo ha da molto tempo sottolineato, che la classe medica di Sassari raggiungeva, e nonostante tutto ancora raggiunge, un'età media elevata, per cui ci si doveva preparare per tempo a questo evento, individuando percorsi appropriati di sostituzione.

Il tempo scorre regolare e implacabile, ma di ciò non sembrano accorgersi coloro che nell'immobilismo gestiscono la sanità.

Si va inoltre manifestando un fatto nuovo da analizzare con attenzione: l'abbandono del lavoro da parte degli altri 50 medici; una gran parte di costoro ha difatti lasciato la professione molto prima della soglia dei 65 anni.

Se ci spingiamo a colloquiare con questi sanitari, scopriamo che si tratta di medici ormai demotivati, che si sono sentiti non gratificati per non aver mai visto riconosciuta la loro professionalità. Su questo fatto sì, che bisognerebbe soffermarsi a riflettere.

Questo è l'argomento che dovrebbe attualmente essere al centro dei vari dibattiti, non certo quello dell'opportunità di costituire o meno una, due o tre aziende, visto che in questo modo abbiamo perso e andiamo perdendo dei professionisti di grande esperienza che, fornendo un'assistenza di qualità, davano e danno lustro alla nostra sanità.

Comunque, siccome piangere sul latte versato non conduce da nessuna parte, cerchiamo di trovare per questa nuova situazione un risvolto positivo.

Ho già detto che l'Ordine da tempo aveva evidenziato l'avanzata età anagrafica della nostra sanità: bene, adesso ci troviamo nelle condizioni di

dare una svolta a questo fenomeno.

Recenti esperienze ci hanno fatto constatare come sia possibile trovare delle figure giovani che abbiano le capacità non solo di essere bravi medici, ma anche efficienti organizzatori.

Invitiamo le dirigenze delle strutture della nostra provincia ad approfittare del momento per ringiovanire e rinvigorire la classe medica, evitando vecchi metodi, legati più agli interessi di pochi che al bene collettivo.

Il miglioramento dell'offerta sanitaria è un obiettivo che qualunque amministratore, sia politico che tecnico, deve fare proprio.

Al momento del cambio della gestione politica alla regione, invitammo nella nostra città l'assessore Antonello Liori affinché ci esponesse la propria visione del futuro di una sanità che, a nostro avviso, necessitava di una sferzata e di una politica di crescita.

In quell'occasione, eravamo nel mese di giugno dello scorso anno, l'assessore stigmatizzò la situazione di degrado delle strutture, osservata durante la sua visita presso gli ospedali sassaresi, ma dichiarò anche di non condividere i progetti della giunta precedente che prevedevano ampliamenti, ristrutturazioni e costruzioni di nuovi padiglioni.

Non nascose neppure il timore che, con le nuove strutture, si realizzassero scatole vuote e affermò: "Due ospedali con la dotazione organica attuale rischiano un sovradimensionamento: mi appello alla scelta degli operatori e dei politici locali, perché tengano conto di questo rischio". Da quel momento questa è stata la parola d'ordine dell'assessore Liori: il futuro della sanità sassarese lo devono decidere i sassaresi, politici ed operatori.

Nell'attesa di tale decisione, diffi-

cile e sicuramente senza possibilità alcuna di condivisione unanime, la situazione sanitaria è stata semplicemente congelata.

Dapprima si è provveduto ad imporre ai Direttori Generali in carica di attenersi all'ordinaria amministrazione, quindi, dopo il loro allontanamento, si è fatto ricorso al commissariamento delle aziende nell'apparente imminente nomina dei nuovi Direttori Generali..

Ho ormai perso il ricordo del tempo trascorso, ma intanto i commissari, in quanto tali, sono anch'essi impediti dal compiere atti che esulino dalla normale amministrazione.

Il risultato di tutto ciò lo si riscontra nella situazione attuale, difatti, per dirla con le parole del sindaco di Alghero, Marco Tedde, negli ospedali si respira un senso di profondo disagio.

Mi permetto di dire che dal febbraio dello scorso anno non si è più mossa neppure una foglia.

Nel contempo, è stata presentata presso il Consiglio Regionale, e lì da più di un anno staziona in Commissione Sanità, una proposta di legge sul riordino del nostro servizio sanitario regionale, nella quale è previsto, in maniera chiara e non equivocabile, il futuro di tutte le strutture ospedaliere e territoriali; resta però un buco: per quanto concerne Sassari, si sorvola.

Si prendono in considerazione Olbia, Nuoro, Lanusei, Ghilarza, Oristano e così via... Per noi, il vuoto.

Il Consiglio dell'Ordine ha provato ad "applicare il teorema assessoriale" chiedendo agli operatori della sanità, e anche ai medici che si interessano di politica, quale dovrebbe essere il futuro della nostra provincia.

Come era logico, il pensiero non è, e chiaramente non poteva esserlo, unanime. Difatti, dagli incontri da noi

organizzati, sono emerse posizioni variegiate. Qualcuno vede nella situazione attuale il massimo degli obiettivi, altri precorrono i tempi, con l'idea della costituzione immediata di un'unica grande azienda, altri ancora vedono un'evoluzione graduale della sanità sassarese che passi attraverso una strutturazione completa e adeguata delle due aziende esistenti.

Ricordiamoci che attualmente entrambe le strutture hanno grosse carenze organizzative. Per fare un esempio che la dice lunga, presso l'azienda Ospedaliero-Universitaria, benché siano trascorsi già sette mesi dalla nomina del commissario, non è stato ancora individuato un Direttore Sanitario.

Come concludere questo quadro di certo non esaltante?

Noi vogliamo farlo invitando la classe politica a riappropriarsi di quel ruolo peculiare della mediazione e della decisionalità.

Noi riteniamo inammissibile dover imbattersi, ad ogni cambio di gestione politica, in una modifica dell'assetto sanitario regionale.

Se ogni cinque anni si decide di modificare ciò che ha messo in atto il governo precedente, con i tempi di realizzazione dei normali progetti nella nostra società, ci troveremo sempre ad essere stoppati sul nastro di partenza, come avviene nelle gare quando il giudice spara il secondo colpo di pistola.

Fortunatamente, in un mondo personalistico in cui spesso prevalgono interessi particolari, la nostra professione non dimentica il proprio compito e il proprio ruolo.

I medici, con la loro abnegazione e col senso del dovere, continuano ad offrire ai cittadini una buona sanità.

Agostino Sussarellu

Medaglia d'oro a 18 veterani Hanno giurato 72 nuovi medici

Si è tenuta a Sassari, lunedì 18 ottobre, in occasione della ricorrenza di San Luca Evangelista, la 55° edizione della Giornata del Medico, istituita dal professor Egidio Depperu per il giuramento ufficiale dei nuovi professionisti.

Un evento che ha ricoperto quest'anno particolare rilievo, in quanto ricorre il Centenario dell'Ordine dei Medici, cento anni che il Presidente dell'Ordine sassarese Agostino Sussarellu ha brevemente ripercorso nel discorso introduttivo, evidenziando i traguardi terapeutici e scientifici raggiunti, senza nascondere l'allentamento del rapporto medico-paziente, che ha esortato a recuperare come elemento fondante della professione.

Ma l'evento ha offerto soprattutto l'occasione per compiere alcune riflessioni sulla situazione sanitaria nelle province di Sassari e di Olbia-Tempio, due realtà distanti non solo geograficamente, ma anche con peculiarità diverse.

Si è posto l'accento sul fatto che nella provincia di Olbia-Tempio è in corso una ristrutturazione della sanità ed è in fase di ultimazione il nuovo ospedale ed il "San Raffaele", per il quale sarebbe previsto un aumento dei posti letto nel futuro Piano Sanitario regionale.

Nel contempo, però, è emersa notevole preoccupazione per la situazione che si sta creando nella provincia di Sassari, che sta vivendo uno dei pe-



Il dottor Agostino Sussarellu

riodi più critici della sua storia, le cui cause non si comprende se siano dovute all'incapacità di chi ci rappresenta, alla crisi economica o alle troppe esigenze che i cittadini pretendono da un sistema sanitario moderno.

Al centro del dibattito sulla sanità sassarese è l'opportunità di unire le due aziende esistenti (ASL e AOU), mantenere lo status quo o creare tre aziende autonome. Questa discussione sta oscurando totalmente la necessità di mettere, nel frattempo, le strutture attuali in condizione di funzionare al meglio. C'è poi il problema

dei 60 medici andati in pensione o che stanno per andarci, tra cui almeno dieci primari. «La stragrande maggioranza è andata via per raggiunti limiti di età, quasi tutti a 67 anni, segno di un invecchiamento della classe sassarese che – ha affermato il dottor Susarellu – il nostro Ordine aveva segnalato da tempo, mettendo in guardia sull'opportunità di prepararsi al ricambio generazionale». Ma da analizzare con attenzione è anche l'abbandono del lavoro da parte di altri medici, che hanno lasciato la professione, anzitempo, perché demotivati e non gratificati. «Questo – ha ammonito il presidente – molto più che la creazione di una, due o tre aziende, dovrebbe essere il dibattito da affrontare, altrimenti si rischia di perdere quell'esperienza che garantisce la qualità delle strutture sanitarie».

Un riferimento diretto è andato anche alla gestione politica della sanità: dal febbraio dello scorso anno si è determinata una stasi che ha favorito un processo di involuzione, percepito soprattutto nelle realtà periferiche, sia dagli operatori che dai cittadini».

Una situazione di grave immobilismo, quella denunciata dal Presidente dell'Ordine, che si affianca allo stallo della proposta di legge di riforma sanitaria in Consiglio Regionale: «In Commissione Sanità staziona da oltre un anno una proposta di legge sul riordino del nostro servizio sanitario regionale: qui è previsto, in maniera chiara e non equivocabile, il futuro di tutte le strutture ospedaliere e territoriali della Sardegna: resta un vuoto, evidente e clamoroso, per quanto concerne Sassari».

«Noi, come Ordine, – ha concluso il Presidente – siamo pronti a dare il nostro contributo per stilare una pro-

posta di modello sanitario nella provincia di Sassari.

Invitiamo fin d'ora la classe politica a riappropriarsi del suo ruolo, che è quello della mediazione e della decisionalità. Chiediamo ai politici di attuare delle scelte che siano condivise, salde e durature nel tempo, e soprattutto che siano delle scelte di cui si prendano tutta la responsabilità di fronte agli operatori sanitari e alla popolazione».

Sono stati settantadue, quest'anno, i giovani colleghi che hanno prestato e sottoscritto il giuramento deontologico, e i diciotto i veterani che hanno raggiunto l'importante traguardo dei cinquant'anni di laurea: Antonio Raffaele Accardo, ex primario di Medicina; Antonio Giovanni Baule, Responsabile di Medicina Generale ed ex coordinatore sanitario della Usl di Ozieri; Franco Delogu, medico di Medicina Generale rappresentante di FIMMG ed ENPAM ed ex consigliere dell'Ordine dei Medici di Sassari; Giovanni Agostino Frassetto, ex primario di Anestesia e Rianimazione; Oreste Renato Mainiero, ex primario di Chirurgia Generale presso l'Ospedale di Olbia; Pierluigi Angelo Maninchedda, ex primario dell'Ospedale psichiatrico provinciale e dirigente, fino al '95, del 3° Servizio Sanitario; Giuseppe Antonio Manzoni, ex primario del Laboratorio di analisi di Lanusei ed Alghero; Giovanna Marogna, ex primario del Servizio trasfusionale a Padova, Ozieri, Alghero e Sassari, dove ha concluso la sua carriera; Pietro Pani, medico di famiglia per 40 anni Porto Torres, città di cui è stato sindaco, e dirigente sindacale FIMMG; Salvatore Patteri, ex dirigente della Cardiologia, ed ex consigliere dell'Ordine dei Medici di Sas-



Il giuramento di un giovane medico

sari; Carlo Perria, ex direttore della scuola di specializzazione di Neurochirurgia di Sassari e docente di Neurochirurgia all'Università di Sassari e Genova, fondatore della Scuola Internazionale di Fotobiologia a Padova; Mario Spanedda, ex primario di Medicina Interna a Ittiri, Alghero e Sassari; Paolo Testoni, dirigente del Centro per le Malattie Endocrine e suc-

cessivamente medico di Medicina Generale; Paolo Candido Tola, ex medico di Medicina Generale, specialista in Fisioterapia, docente nei corsi di formazione professionale per Assistente Geriatrico e consigliere FIM-MG. Assenti per motivi personali i medici Giovanni Luigi Bagella, Sebastiano Bianco, Giovanni Demontis e Teresa Pischedda.



Il tavolo della presidenza nell'Aula Magna dell'Università

Confronto sugli stati vegetativi fra medici, giuristi e filosofi

Una tre giorni densa di relazioni e dibattiti sugli stati vegetativi, nella suggestiva cornice di Su Gologone. A Oliena dal 5 al 7 ottobre scorsi medici, giuristi, scienziati e filosofi si sono confrontati, alla ricerca di un percorso comune, nel workshop internazionale “Su Gologone Symposia”, promosso dalla Federazione Regionale degli Ordini dei Medici della Sardegna su impulso del Presidente dell’Ordine di Nuoro Luigi Arru.

«Questo evento nasce sulla scorta del Forum nazionale di Bioetica promosso nel 2009 dalla Federazione nazionale – ha spiegato Arru in apertura dei lavori – in seguito alla pressione mediatica suscitata da alcuni casi di cronaca sul tema degli stati vegetativi. Da quell’esperienza vogliamo ripartire per approfondire i temi legati al rapporto medico-paziente, quando quest’ultimo si trova in uno stato di incoscienza, ed ai problemi etici, medici e giuridici connessi a tale stato». «Abbiamo scelto questo momento – ha commentato il Presidente della Federazione regionale Agostino Sussarellu in apertura dei lavori – perché siamo relativamente lontani dai clamori della cronaca e i tempi sono maturi per una riflessione e un confronto sereno tra operatori sanitari, magistrati, giuristi, bioeticisti». Un concetto, quello della “ricerca” di punti fermi riguardo una problematica tra le più difficili e dibattu-

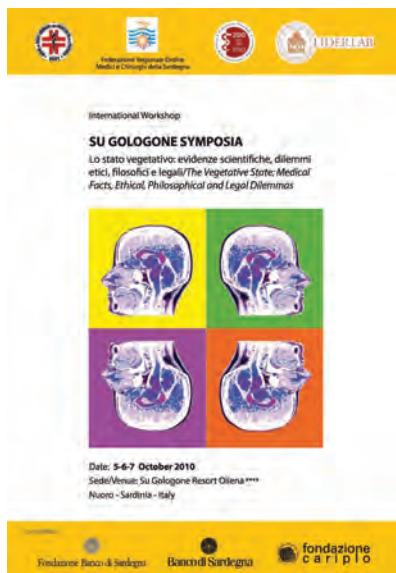
te dalla medicina moderna, che è stato rinforzato dal Presidente della Federazione Nazionale Amedeo Bianco, presente anche lui al Simposio. «La medicina non produce verità, produce semmai evidenze: il compito dei medici è quello di sollecitare lo sviluppo delle migliori competenze possibili» ha affermato Bianco, con un’affermazione che è stata un invito alla prudenza ed, allo stesso tempo, alla ricerca di nuovi orizzonti scientifici.

Si è trattato di un evento pioniero ed unico nel suo genere, che ha avuto l’ambiziosa intenzione di mettere a confronto e trovare una lingua comune – “un idioletto”, come lo ha chiamato il giurista Giovanni Comandè – tra branche che a diverso titolo – dalla medicina alla giurisprudenza, passando per la filosofia – si occupano del fine vita e degli stati di coscienza. Parola d’ordine è stata quella di abbandonare la rigidità dei confini entro cui muoversi per indagare una realtà – qual è quella degli stati vegetativi – dai contorni sfumati, per dirla con le parole di Paolo Vineis, docente di Epidemiologia a Londra, che ha applicato la teoria dei *fuzzy sets*, o confini labili, appunto, alla medicina. «Nel fine vita – ha spiegato Vineis – la confusione deriva dal fatto che si cerchino soglie

Tanti gli elementi emersi dal Simposio e offerti alla discussione scientifica e giuridica per tentare di ridefinire quello che in molti hanno

*I rapporti
fra sanitari
e pazienti
in stato
di incoscienza
e i problemi
etici e giuridici*

chiamato “l’enigma degli stati vegetativi”. Perno del dibattito sono state le relazioni di Adrian Owen, ricercatore dell’università di Cambridge, Joseph Giacino, proveniente da Boston, e Steven Laureys, dell’ateneo di Liegi: i tre scienziati hanno illustrato i risultati delle ricerche sul *neuroimaging*, o neuroimmagini, metodo che utilizza la risonanza magnetica per rinvenire uno “stato di minima coscienza” nei pazienti in apparente stato vegetativo, attraverso gli stimoli neuronali. Applicando le tecniche di *neuroimaging* a soggetti che per la clinica risultano in stato vegetativo, è stato così possibile identificare aree del cervello che rispondono agli stimoli – figurativamente le zone interessate si “accendono” in seguito agli stimoli - dimostrando così uno stato di coscienza, seppure minimo, nei soggetti indagati. E’ evidente che questi studi, per ora ancora ad uno stadio sperimentale, apriranno nuove frontiere nella diagnosi degli stati di coscienza: secondo alcune proiezioni l’errore diagnostico riguarderebbe addirittura il 40 per cento dei pazien-



ti in stato vegetativo, i quali in realtà possiederebbero ancora uno stato minimo di coscienza. Il condizionale e la prudenza sono però d’obbligo, avvertono gli stessi scienziati, in quanto tale dato non è corroborato da sufficienti dati statistici.

Il risultato delle ricerche sulle neuroimmagini – ancorché a livello embrionale – è talmente clamoroso da



Relatori e partecipanti al simposio di “Su Gologone Symposia”

far affermare ad alcuni studiosi, come ad Anna Estraneo, medico della Fondazione Salvatore Maugeri di Telese Terme, che «piuttosto che parlare di “stato vegetativo permanente” bisognerebbe sostituire l’ultimo termine con “persistente”, in quanto non è attualmente possibile sapere se e quando un paziente in stato vegetativo si risveglierà: lo stato vegetativo, come dimostrano gli studi, non è più considerabile come irreversibile».

Il Simposio di Oliena ha dunque offerto uno spunto interessante, seppure assolutamente innovativo e poco esplorato, per comprendere come la ricerca stia approfondendo il tema del “cosa ci sia oltre la soglia di questi stati”. Ma, ci si è chiesti da più parti, come conciliare gli studi sperimentali con la pratica clinica e con la giurisprudenza? “Quali errori diagnostici si commettono?” è stata la domanda di Aldo Amantini, dell’università di Careggi. “Quali sono le caratteristiche etiche dello stato di mancanza di coscienza?” si è chiesto l’inglese Guy Kahane. “Quali problematiche mediche e assistenziali è opportuno affrontare nella somministrazione della nutrizione artificiale?” ha osservato il medico esperto di nutrizione artificiale Maurizio Muscaritoli. Tutti interrogativi aperti dalla nuova frontiera del neuroimaging.

Domande e riflessioni che richiedono una modifica degli stessi principi del diritto, come ha descritto il giurista Francesco Busnelli. E dunque il dialogo, fin qui limitato alla medicina e alla scienza, si allarga alla giurisprudenza, come sottolineato dai giudici Rosemary Barkett, magistrato statunitense che ha seguito da vicino il caso di Terry Schiavo, Amedeo Santosuosso, giudice della Corte d’Appello di Milano, e Ann Power, magistrato

della Corte Europea dei Diritti Umani. Difficile, come è emerso dai dibattiti e dalle tavole rotonde che si sono susseguite nella tre giorni, conciliare le evidenze mediche e scientifiche e più ancora i risultati del *neuroimaging* con una loro applicazione legale e giuridica.

In questo senso sono risultate rilevanti anche le relazioni del bioeticista newyorkese Joseph Finns, che ha riassunto il percorso dei casi più eclatanti in ambito medico-giuridico americano, tra cui i casi Quinlan e Wallis, che hanno dato vita a percorsi giurisprudenziali parzialmente diversi da quelli italiani. «Se casi di questo tipo approdano in un’aula di giustizia – ha osservato Comandè – è già un fallimento, perché non è stato garantito il diritto in un modo univoco: per questo dobbiamo sforzarci di fissare delle norme universali e chiare in questo campo».

Non meno interessante è stato l’aspetto bioetico e filosofico della questione, affrontato magistralmente da Remo Bodei. Il filosofo sardo, che attualmente insegna all’università di Los Angeles, si è domandato “quanto valga” la vita di una persona incapace di comunicare e totalmente dipendente dalle cure. La riflessione, tutt’altro che oziosa, ha in qualche modo tirato le fila di un discorso che faticava a trovare un bandolo nei suoi molteplici risvolti: una domanda capace di orientare il senso della discussione. Netta è stata la posizione di Bodei: “Finché la fiammella della coscienza resta accesa è necessario fare di tutto per tenerla accesa, ma quando si spegne non ha più senso l’accanimento: maledetto chi spegne il lumicino della vita quando c’è ancora qualcosa da fare, benedetto chi usa l’*accabadora* quando non c’è più niente da fare” ha concluso Bodei, richiamando la miti-

ca figura sarda dell' "accabadora", la donna che spegneva la vita delle persone sofferenti, come metafora del rifiuto dell' accanimento terapeutico.

E Bodei è stato anche uno dei protagonisti del dibattito conclusivo, moderato dal giornalista Giuliano Giubilei, che oltre al filosofo sardo ha avuto come relatori il medico di Careggi Aldo Amantini, il senatore Ignazio Marino, il Presidente dell'Ordine dei Medici di Sassari Agostino Sussarellu, il giurista Giovanni Comandè, tutti concordi nel chiedere al Parlamento italiano l'elaborazione e l'approvazione di una legge, partecipata e condivisa, sul testamento biologico e sulla figura del fiduciario, rispettosa dell'autonomia del medico e dei diritti del paziente. «In questi anni – ha osservato Sussarellu, portando la sua personale e diretta esperienza – nei nostri reparti di Rianimazione abbiamo assistito a una netta diminuzione delle morti e, parallelamente, a un aumento verticale dei casi di stati vegetativi, o stati minimi di coscienza: un fenomeno che va quindi affrontato in tutta la sua urgenza, perché i casi si moltiplicano e non possiamo permetterci un vuoto legislativo in questo senso; non possiamo permettere che siano i tribunali a risolvere, di volta in volta, questioni così delicate; non possiamo permettere che la nostra deontologia professionale, che è il primo orientamento che deve ispirarci, risulti in contrasto con la legge». Marino ha voluto mettere in guardia dagli "abbagli" che possono essere provocati dalla scienza, la quale, secondo il senatore, non può prescindere, ma deve passare in secondo piano rispetto alla volontà dell'individuo.

«Non si possono scrivere le leggi senza tener conto del progresso scientifico – ha commentato Marino, in un

chiaro riferimento al *neuroimaging* – ma si deve lasciare all'individuo la libertà di utilizzare quelle tecniche e le terapie connesse. Deve restare fermo quel principio, contenuto nel secondo comma, che Aldo Moro volle inserire nell'articolo 32 della Costituzione: *"Nessuno può essere sottoposto a terapie mediche contro la sua volontà"*. Il senatore ha anche puntato il dito sugli interessi economici in campo - «Sappiamo che mantenere le cure di queste persone (pazienti in stato minimo di coscienza o in stato vegetativo, ndr) è molto costoso» ha commentato Marino, indicando il pericolo che interessi economici possano "inquinare" la discussione scientifica e medica. Un richiamo all'equilibrio e all'abbandono delle ideologie, in un contesto così delicato, è arrivato da Bodei: «La politica sta intervenendo a gamba tesa su questi temi, ma è necessario abbandonare le guerre di religione e i fondamentalismi: la sofferenza inutile e l'apologia del dolore dimenticano la misericordia».

Non un addio, ma un arrivederci, è stata la conclusione della tre giorni: Su Gologone potrebbe trasformarsi – questo è nelle intenzioni del Presidente dell'Ordine di Nuoro Luigi Arru – in un appuntamento fisso per la comunità medica, scientifica, giuridica e filosofica: l'inizio di un dialogo alla ricerca di una lingua comune.

SITUAZIONI ALBI A NOVEMBRE 2010

ISCRITTI ALL'ALBO MEDICI CHIRURGHI	3395
ISCRITTI ALL'ALBO ODONTOIATRI	444
TOTALE ISCRITTI	3839

Nel 1910 veniva promulgata la legge istitutiva Il centenario della Costituzione degli Ordini dei medici

*Mi sarebbe piaciuta la professione medica.
In sostanza non differisce,
nello spirito, da quello che ho cercato
di infondere al mio mestiere di imperatore.
Mi appassionai a questa scienza,
troppo vicina a noi per non essere incerta,
esposta ad entusiasmi e a errori,
ma modificata senza posa
dal contatto con l'immediato e con la nuda realtà.*

Margherite Yourcenar
(da "Memorie di Adriano")

Il 10 luglio 1910 veniva promulgata la legge n. 455 che istituiva "in ogni provincia" gli Ordini dei medici-chirurghi, dei veterinari e dei farmacisti e la FNOMCeO (Federazione Nazionale Ordini Medici Chirurghi e Odontoiatri), nell'ambito delle manifestazioni celebrative dell'evento, ha tra l'altro pubblicato un ponderoso volume (di 400 pagine) dal titolo "Centenario dell'istituzione degli Ordine dei Medici. Cento anni di professione al servizio del Paese".

I 19 articoli del volume, a firma di autorevoli conoscitori della storia e della evoluzione del sistema sanitario, tracciano un bilancio dei pregi e dei meriti, ma anche dei difetti e delle carenze, della professione medica, cercando di delinearne il futuro. È rappresentativo l'intervento del Presidente della FNOMCeO: «La storia che proponiamo ci consegna la speranza di una missione possibile, quella cioè di poter responsabilmente e legittimamente saldare interessi pro-

fessionali ad interessi generali della comunità. È ancora possibile che la professione medica possa cessare di subire e cominciare a stupire se abbandonerà logiche e culture del passato, troppo spesso ridotte a mera difesa di interessi immediati e parcellizzati, nell'illusione miope che salvando le rispettive parti si possa salvare il tutto».

Sembra questa l'occasione per riflettere sul significato di professionalità medica e sul contributo che la Sanità pubblica, intesa come disciplina, potrebbe fornire al recupero e rilancio della stessa. Circostanza rafforzata dal fatto che si sta procedendo alla riforma delle professioni e degli Ordini professionali, e la legge proposta dovrebbe assicurare, in sintesi, che l'esercizio delle professioni intellettuali si svolga nel rispetto del principio di professionalità specifica e tuteli gli interessi collettivi e generali ad esso connessi, nonché garantisca l'affidabilità e la qualità delle prestazioni.

*Le celebrazioni
possono essere
l'occasione
per riflettere
sul ruolo
professionale
e sulla
Sanità Pubblica*

Secondo il Documento degli Ordini professionali, questi dovrebbero promuovere, coordinare e assicurare la formazione continua, resa obbligatoria; nonché l'accreditamento dei percorsi formativi, da svolgere secondo criteri e livelli di qualità riscontrabili; emanare codici deontologici vincolanti; stabilire standard di qualità per le prestazioni caratterizzate da terzietà necessaria; e adottare i regolamenti ad essi demandati. In altri termini fine principale degli Ordini è dunque quello di tutelare ed accrescere la professionalità degli iscritti. Si tratta di un compito delicato e complesso perché la professionalità è di difficile connotazione e quindi delimitazione, è connessa a caratteristiche caratteriali personali, è vincolata al contesto sociale e organizzativo nel quale si mette in atto.

Occorre rilevare infatti che la professionalità assorbe in parte alcuni elementi che caratterizzano la definizione di professione, come l'abilità in un campo del sapere e l'arte di dominare questo sapere e di utilizzarlo, l'applicazione pratica di tecniche intellettuali, l'assunzione in proprio di responsabilità nell'esercizio della professione, l'autonomia e l'autocontrollo nell'attività e quindi l'autoorganizzazione, la capacità di produrre conoscenza situata entro le situazioni in cui si opera a fronte di problemi da individuare e interpretare, ma comprende anche attitudini individuali di relazione sociale nel contesto in cui il professionista vive e lavora; la professionalità aggiunge alle capacità tecniche, competenze di contesto e relazionali, attitudine a lavorare con e per gli altri, abilità a mettere a frutto l'esperienza ed a superare la rigida distinzione manuale/intellettuale. Nel sistema organizzativo odierno, com'è la sanità, non si richiede solo il sapere

e il saper fare, quindi, ma anche una capacità di adattarsi in contesti tecnologicamente e organizzativamente complessi, molto più mobili e flessibili – e anche incerti – rispetto alle rigidità del passato, di inserirsi in sistemi di relazione in rapido mutamento e una disponibilità individuale – superiore rispetto al passato – davanti alla flessibilità, alla mobilità verticale e orizzontale, alla polivalenza, all'aggiornamento, alla formazione continua.

Si comprende come, mano a mano che le attività professionali vengono esercitate in contesti organizzativi di sempre maggiore complessità, diventa più rilevante la professionalità accanto alle capacità professionali tecniche, e che in tali contesti prendono il sopravvento coloro che curano ed alimentano la propria professionalità globale (professionalità emergenti).

Nell'ambito delle Aziende sanitarie la professionalità si manifesta di fatto con la capacità di collocare il proprio lavoro all'interno di un ciclo produttivo e di un contesto organizzativo che può essere eterodiretto, interagendo positivamente con la struttura aziendale e con i suoi membri, tra cui i sempre trascurati cittadini/clienti. Secondo l'Ordine dei Medici inglese infatti la professionalità medica viene determinata dalla serie di valori, comportamenti e modi di rapportarsi che possono aumentare la fiducia che la gente ripone nei medici. Sorge spontanea la domanda quale contributo può fornire la Sanità pubblica alla professionalizzazione dei medici e alle funzioni dell'Ordine professionale.

Intanto un capitolo del volume della FNOMCeO riguarda proprio il ruolo della Medicina di Sanità pubblica – o meglio dei laureati in Medi-

cina e Chirurgia operanti nel campo dell'Igiene e Sanità pubblica – nell'analisi ed approfondimento dei cambiamenti dei contenuti e della struttura del lavoro professionale in relazione alle trasformazioni delle organizzazioni, del mercato e delle tecnologie in Sanità.

È appena il caso di rammentare poi l'apporto dell'apprendimento dei rudimenti delle discipline di base della Sanità pubblica (Epidemiologia e Demografia, Statistica medica, Economia sanitaria, Medicina preventiva) alla professionalità tecnica, entrando a far parte integrante ormai dei fondamenti della moderna pratica professionale della medicina clinica.

Premesso che il processo di costruzione e di riconoscimento di una definizione professionale solida dipende dalle proiezioni e prospettive legate al futuro, i medici dovrebbero acquisire la consapevolezza che il loro ruolo si svolge entro l'ampio contesto del sistema salute (prevenzione, cura, riabilitazione) e del sistema sanità (programmazione, organizzazione e gestione dei servizi sanitari). Oltre a garantire l'erogazione di prestazioni che portano beneficio al singolo paziente, devono imparare a difendere e perorare i bisogni sanitari di tutta la popolazione. Gioca a sfavore di questo orientamento il successo della cultura specialistica in quanto, nel suo modo di esprimersi nella pratica professionale, si caratterizza per una accoglienza relativa dei dati di realtà, perché esercita una progressiva selezione e frammentazione delle informazioni secondo la pro-pensione al controllo dei vari saperi specialistici.

La sanità pubblica potrebbe insegnare a costruire e intrattenere un buon rapporto con la comunità/popolazione e non solo col singolo pa-

ziente, ad attribuire importanza ad un comportamento non reattivo ma attivo e propositivo nei confronti di coloro che presentano un bisogno sanitario, a fare entrare nella mentalità un atteggiamento preventivo ponendo la salute e non la malattia al centro del loro interesse.

Sempre l'Ordine dei Medici inglese, nel citare i connotati etici e deontologici che devono possedere i medici (integrità, compassione, altruismo, miglioramento continuo, aspirazione all'eccellenza, capacità di lavorare con i membri dei gruppi di assistenza), sottolineano la necessità di gettare le basi per realizzare un "contratto morale" tra la professione medica e la società. «Ciascuna delle due parti deve sentire il dovere di rafforzare il sistema dei servizi sanitari dal quale dipende la nostra dignità umana collettiva». Questo contratto morale è indispensabile per conseguire le finalità della sanità pubblica, in particolare per migliorare la qualità e ridurre le disuguaglianze dell'assistenza sanitaria. I medici, presi collettivamente, dovrebbero aprirsi a nuovi problemi, superare la visione di un rapporto medico-paziente autarchico e puntiforme, partecipando allo sforzo di riconoscere e attuare il diritto alla salute anche fuori del territorio nazionale. Non dovrebbero rimanere all'oscuro della globalizzazione sanitaria, sollevando lo sguardo dalla salute del singolo verso la salute globale, diventata dal 2003 un fondamentale programma della Organizzazione mondiale della Sanità.

Perché trascurare la nozione che i più grandi successi della Medicina, misurabili in risparmio di vite umane, sono attribuibili ai medici che hanno dedicato la loro vita professionale, oltre all'attività clinica, a risolvere an-

che problemi di sanità pubblica? Storicamente si può risalire allo stesso Ippocrate, dichiarato il “padre della Medicina”, che riconosceva la necessità per i medici di riconoscere i determinanti ambientali, sociali e comportamentali delle malattie. In epoca più vicina si possono ricordare, ad esempio, John Snow (1813—1858) “padre dell’Epidemiologia” ma anche innovatore nell’ambito dell’Anestesia, oppure Rudolf Virchow (1821—1902), “padre della patologia cellulare” ma anche primo “medico sociale” nel senso moderno del termine.

E perché ignorare che, cento anni fa, all’atto dell’istituzione “in ogni provincia” degli Ordini dei medici-chirurghi, «La Federazione, in realtà, aveva chiesto che agli Ordini fossero attribuiti compiti di “studiare le condizioni dell’assistenza sanitaria e dell’igiene ed esercitare all’occorrenza quell’azione che fosse giudicata necessaria per migliorarle”, ma questa istanza non fu accolta. A sostegno del diniego, la Camera dei Deputati obiettò che la legge non era rivolta a creare nell’amministrazione sanitaria enti consultivi ed esecutivi, ma soltanto a dare rappresentanza e ordinamento agli esercenti le professioni sanitarie. Il Parlamento, tuttavia, dopo precedenti dinieghi e molte discussioni, concesse agli Ordini di partecipare all’amministrazione sanitaria dello Stato con propri membri di diritto nei Consigli sanitari provinciali e nel Consiglio Superiore di sanità». In occasione dei “Cento anni di professione al servizio del Paese” ci sarebbero molti buoni motivi per una più stretta collaborazione tra la SItI e la FNOMCeO per lanciare un programma di professionalizzazione della categoria di tutti i medici, superando nel contempo il quasi centena-

rio “scisma” tra Medicina clinica e Medicina di sanità pubblica”.

L’identità della professione medica oggi si trova in uno stato di continua transizione tra le immagini del passato e quelle del futuro. Questa ambivalenza corrisponde del resto a modalità di azione richieste dal “mercato” sanitario, spesso in contraddizione tra loro. Ai medici si richiede di esercitare una diversa opzione assiologica prima ancora che una scelta professionale.

Armando Muzzi
Augusto Panà

Editoriale pubblicata dalla rivista
“Igiene e Sanità Pubblica”

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)

Accesso più facile per i malati

C'è una legge per il dolore: quale il ruolo dell'agopuntura?

Con la legge n°38 del 15 marzo 2010 “Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore” il parlamento ha dato l'avvio a un processo che finalmente dovrebbe portare su questo campo l'Italia allo stesso livello dei paesi occidentali più sviluppati. Questo provvedimento sancisce in via definitiva il diritto per il malato a un più facile accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. A beneficiarne saranno 250 mila malati terminali e diversi milioni di pazienti affetti da dolore cronico.

Uno degli aspetti più rilevanti della legge è la distinzione tra “cure palliative” e “terapia del dolore”, le prime finalizzate “alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici”, la seconda riservata alle forme morbose croniche che necessitano di “appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, tra loro variamente integrate, allo scopo di elaborare idonei percorsi diagnostico-terapeutici per la soppressione e il controllo del dolore”. Ne deriva la creazione di due reti nazionali che opereranno in sinergia per garantire al paziente la continuità assistenziale dalla struttura ospedaliera al suo domicilio.

Se è vero che questa legge può rappresentare una porta aperta alla spe-

ranza di tanti pazienti di uscire dal dolore, “malattia nella malattia”, che li affligge ma, pur presupposto indispensabile, può non esser sufficiente se non sarà accompagnata da un cambiamento sostanziale dell'approccio culturale e dell'informazione sul problema del dolore cronico.

Molto frequentemente ci si trova di fronte a sofferenze sopportate a lungo dai pazienti, anche per mesi o anni, nella convinzione che “il dolore va accettato perché fa parte della vita”, talvolta sottovalutato dagli stessi medici. Si stima che nel nostro paese vi siano 15 milioni di persone affette da dolore cronico, pari al 26% della popolazione. Questo secondo i dati dell'indagine ‘Pain in Europe’ che colloca l'Italia al terzo posto dopo Norvegia (30%) e Polonia (27%) per la prevalenza di questo problema.

Le patologie che più frequentemente possono causare dolore cronico sono: lombalgie primarie, osteoartrite, artrite reumatoide, algie in esiti di lesione chirurgica, failed back surgery syndrome, neuropatia post erpetica e diabetica, algie facciali atipiche, nevralgia del trigemino, cefalea, patologie vascolari e neurologiche, post traumatiche, patologie dismetaboliche, lesioni nervose periferiche trofiche, esiti di lesione da intervento chirurgico ed esiti da ustione, oltre agli esiti da lesione da patologia neoplastica. A esserne maggiormente colpiti sono gli anziani sopra i 65 anni e le donne. Per questi pazienti le terapie

*Ne beneficiano
250 mila malati
terminali.
Prevista
l'istituzione
di due reti
nazionali*

farmacologiche sono quelle ritenute d'elezione, sebbene il 22% dei pazienti le acquisti, ma non le usi, spaventato dai potenziali effetti collaterali. Questo è anche dovuto al fatto che circa la metà dei pazienti utilizza analgesici senza prescrizione. Il 60% dei pazienti si è affidato a terapie non farmacologiche quali fisioterapia, massaggi (34%) o terapie fisiche (15%) senza particolari benefici. Il 25% degli intervistati ritiene che il dolore interferisca sulla propria qualità di vita; il 21% è caduto in depressione a causa del dolore cronico. Inoltre, mediamente i sofferenti di dolore cronico perdono 2 settimane di lavoro nell'arco di un anno, il 61 per cento non è più in grado di lavorare e ben il 19% ha perso il proprio impiego.

Sempre in Italia dai risultati dell'indagine *"Non siamo nati per soffrire. Dolore cronico e percorsi assistenziali"* curata dall'associazione "Cittadinanza attiva - Tribunale del Malato" è emerso che il 37% di questi pazienti si è rivolto anche alle Medicine non Convenzionali (MnC). Tra queste forme di terapia l'Agopuntura risulta la più richiesta e apprezzata dai pazienti con dolore cronico. Questi dati sono coerenti con quanto emerso dall'Indagine Multiscopo ISTAT "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" da cui risulta che nel 2005 oltre 2 milioni di italiani avevano fatto ricorso all'Agopuntura.

L'Agopuntura è la metodica terapeutica della medicina tradizionale cinese più nota e diffusa in Occidente; il suo impiego nella terapia del dolore risale alle sue stesse origini, la stessa validazione scientifica di questa terapia ha coinciso in buona parte con ricerche ormai classiche sui meccanismi neurofisiologici dell'azione analgesica e sulle applicazioni cliniche nel dolore acuto e cronico.

Negli ultimi due decenni, è cresciuto l'impegno da parte dei ricercatori cinesi, ma anche occidentali, nella verifica dell'efficacia clinica e dei possibili meccanismi d'azione dell'agopuntura. A partire dalla metà degli anni '80 sono stati pubblicati i primi studi controllati in riviste scientifiche occidentali.

Nel 1994, si è tenuta presso i National Institutes of Health (NHI) degli Stati Uniti d'America un workshop sull'agopuntura. Nel 1996, la Food and Drug Administration (FDA), l'ente governativo americano responsabile del controllo su alimenti e farmaci, ha riclassificato l'agopuntura da strumento medico sperimentale a regolato. Nel 1997, uno storico documento del gruppo di lavoro dei NIH sull'efficacia clinica dell'agopuntura, ha segnato l'ingresso di questa antica metodica terapeutica nel campo delle terapie per cui è possibile dimostrare un'efficacia. Nel documento conclusivo si affermava che questa terapia risultava di *certa efficacia* o *utile come trattamento aggiuntivo* o *come alternativa ragionevole*, oppure ancora come *complemento* di un programma terapeutico multimodale per numerose condizioni patologiche.

Negli ultimi anni, si è assistito a un crescente sviluppo della ricerca. Solo PubMed, la banca dati della *National Library of Medicine* americana, conta attualmente oltre 15 mila citazioni di studi relativi con oltre 1000 reviews. Oltre un terzo di questi studi riguardano agopuntura e dolore. A sua volta il WHO ha a sua volta analizzato le applicazioni dell'agopuntura nelle varie patologie, producendo un corposo documento di ben 81 pagine (*Acupuncture: Review and Analysis of Reports on Controlled Clinical Trials*). Circa la metà dei lavori riguardano le

applicazioni dell'Agopuntura nel campo della terapia del dolore. Dall'esame della letteratura emergono dunque importanti evidenze in termini di efficacia nella terapia del dolore acuto e cronico, nel contempo la ricerca di base ha ulteriormente chiarito i meccanismi neurofisiologici della sua azione terapeutica.

Fino al 2002 esistevano in Italia 122 centri pubblici dove veniva praticata l'Agopuntura, poi, con l'esclusione di quest'ultima dalle prestazioni a carico dei Sistemi Sanitari nazionale e regionali, il numero di questi centri si è ridotto. Dove l'Agopuntura viene ancora proposta nell'ambito del SSN (in questo caso SS Regionale) la richiesta dei cittadini è in crescita costante con un altissimo grado di soddisfazione per i risultati ottenuti. Le patologie dolorose per le quali ci si rivolge alle strutture pubbliche di agopuntura sono il dolore muscolo scheletrico e la cefalea.

Le dimostrazioni di efficacia dell'agopuntura in questa indicazione sono numerose e significative. Recentemente sono state pubblicate, ad opera di un gruppo internazionale coordinato dall'epidemiologo tedesco Klaus Linde (The Cochrane Library 2009 -1), due importanti revisioni sistematiche, sulla base dei quali gli autori concludono che esiste una solida dimostrazione che l'Agopuntura è in grado di migliorare l'assistenza al paziente con emicrania, sia nel trattamento dell'attacco acuto, sia nella prevenzione degli attacchi.

Per quanto riguarda l'emicrania gli studi disponibili indicano che l'Agopuntura è altrettanto efficace della terapia farmacologica, se non addirittura più efficace di questa, risultando allo stesso tempo meglio tollerata. In questo campo un esempio brillante

d'integrazione tra la più convenzionale terapia farmacologica e l'Agopuntura è quello portato avanti con grande successo nel Centro Cefalee della Donna, Ospedale S. Anna, Università di Torino diretto dal farmacologo e agopuntore G. Allais.

Con l'approvazione e successiva entrata in vigore della Legge n. 38 del 15 marzo 2010 "Disposizione per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" è importante che chi è affetto da dolore cronico possa accedere a tutte quelle forme di terapia capaci di dare una risposta alla sua sofferenza, tra queste non poteva mancare l'agopuntura.

Di conseguenza la totalità dei medici che praticano questa disciplina insieme ai numerosi cittadini che a essa si rivolgono per il problema dolore cronico, hanno accolto con grande soddisfazione il recepimento da parte del Governo dell'Ordine del Giorno 9/624-B/4 presentato dall'on. Domenico Scilipoti che prevede l'utilizzo dell'Agopuntura nel trattamento del dolore. Già nel corso del dibattito parlamentare l'on. Scilipoti, deputato e medico esperto in agopuntura, aveva sottolineato l'esigenza di inserire questa disciplina fra le terapie del dolore previste dalla legge, in quanto «è e potrebbe essere supporto validissimo sia per gli ammalati che per le famiglie, non solo come terapia antalgica, ma anche per rafforzare il protocollo della terapia farmacologica, diminuendone gli effetti collaterali». La F.I.S.A. Federazione Italiana delle Società di Agopuntura, che da la voce a oltre 3 mila medici agopuntori e coordina le Scuole che erogano formazione in Agopuntura Somatica e in Agopuntura Auricolare, ha voluto ribadire nella persona del suo presidente Carlo Giovanardi la soddi-

sfazione per questo importante traguardo: "l'Agopuntura oltre a riscuotere un grande riconoscimento a livello legislativo avrà la possibilità di diffondersi sempre di più come valida terapia non farmacologica nel trattamento del dolore. Questo comporta il mantenere livello professionale del medico agopuntore il più elevato possibile affinché la pratica dell'Agopuntura sia utilizzata secondo i criteri di sicurezza, efficacia e appropriatezza.

La FISA da 15 anni è impegnata tramite le Scuole ad essa affiliate al mantenimento di questo standard formativo.

La FISA con i suoi rappresentanti partecipa ad IMPACT 2010 per l'attuazione della Legge 38 e il suo presidente fa parte dell'Advisory Board di IMPACT".

Per chi ha a cuore le sorti dell'Agopuntura il 2010 si conclude bene e il 2011 si avvicina con buoni auspici. E' già in fase di preparazione, curata dal dottor Osvaldo Sponzilli, instancabile e brillante organizzatore, una nuova sessione sull'Agopuntura, che replica quella del 2010 in Firenze, nell'ambito del Congresso Nazionale della prestigiosa Associazione Italiana per Studio del Dolore, che si terrà a Riccione il 29-31 maggio.

Con una punta di orgoglio non posso non ricordare che l'Associazione G.S.A.T.N. Scuola Italiana di Agopuntura e Auricoloterapia, associazione nata nella nostra città di Sassari e che attualmente ha sede in Cagliari, operante nella formazione in Agopuntura Auricolare in Italia e all'estero in collaborazione con Università e Istituti Privati, darà un contributo al Congresso con la relazione "Esperienze cliniche in Terapia Antalgica secondo un nuovo modello diagnostico-terapeutico dell'Agopuntura Auricolare". E' auspicabile che l'A-

gopuntura, nuova - antichissima terapia, entri definitivamente a far parte degli strumenti che il medico può utilizzare nel combattere il dolore.

Possiamo infine concludere con le parole di Leonard Wineski, direttore del Bethesda Center American Whole Health, che nel documento conclusivo della Consensus Conference on Acupuncture 1997 scriveva: "...abbiamo esaminato centinaia di studi e siamo giunti alla conclusione che l'Agopuntura è efficace per numerose patologie, sebbene vi sia necessità di ulteriori studi, ciò costituisce una sfida, ma anche un'opportunità per imparare nuovi modi di aiutare i nostri pazienti".

Giancarlo Bazzoni

Coordinatore Commissione MnC
Ordine dei Medici chirurghi §
e degli Odontoiatri
della Provincia di Sassari

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

Bilancio sul primo anno di attività

Prevenzione odontostomatologica Successo del piano triennale

È un dato inoppugnabile che un moderno sistema sanitario, oltre alla impostazione prevalentemente terapeutica, debba perseguire un fine di tipo prevenzionistico, che porterebbe giovamento alla salute dei cittadini, in ragione degli interventi precoci e tempestivi, cui è strettamente correlato.

La Commissione Odontoiatri dell'Ordine di Sassari, nel recepire tale assunto, già dall'alba del corrente anno, promuove e dirige un piano triennale di prevenzione contro le malattie del cavo orale volto agli alunni della scuola d'infanzia e primaria, afferenti alle due provincie di Sassari e Olbia-Tempio.

L'obiettivo prescritto è quello di controllare in modo accurato e continuativo le condizioni degli elementi dentari, dei tessuti molli endorali, lo sviluppo della dentizione e delle ossa di supporto nei bambini in età evolutiva per individuare il più precoce-



mente possibile alterazioni e patologie, e nel contempo condurre una campagna educativa capillare di igiene alimentare e orale.

Per procedere in maniera diffusa e particolareggiata è stato suddiviso il territorio d'interesse in cinque distretti, sovrapponibili nelle proprie estensioni a quelli scolastici e sanitari, con particolare attenzione all'accorpamento in unico ambito dei plessi decentrati delle direzioni didattiche e istituti comprensivi. Ciascun componente C.A.O., responsabile di una delle cinque aree predeterminate, coordina, secondo un protocollo concordato preventivamente, le diverse fasi che costituiscono l'ossatura della campagna: di concerto con l'ufficio dell'Ordine prende contatti con i dirigenti scolastici per acquisire i dati relativi al numero di scolari per classe, sezione, plesso, i nominativi e indirizzi dei referenti d'istituto e per trasmettere gli attestati di iscrizione all'Albo per tutti gli odontoiatri volontari; sollecita i colleghi operanti nel territorio come titolari di studio o consulenti a condividere il progetto e,

*Nelle provincie
di Sassari
e Olbia-Tempio
l'impegno
di 102 dentisti
ha consentito
di controllare
gratuitamente
10 mila bambini*



L'ordine dei medici e dei chirurghi

in caso di adesione, affida loro gruppi di classi provvedendo a consegnare tutto il materiale cartaceo, informatico, monouso necessario per espletare il controllo odontostomatologico.

Alle Amministrazioni Comunali è stato richiesto l'onere di acquisire i kit prima visita in numero proporzionato agli scolari presenti nei propri comprensori, ma, a tutt'oggi, solo una esigua minoranza ha ottemperato con delibere di spesa, inducendo gli odontoiatri a stornare fondi personali per l'acquisto di guanti speciali e specchietti e fonti d'illuminazione.

Fortunatamente, in tempi recenti, numerose aziende presenti nel mercato specifico del settore dentale, riconoscendo la validità dell'iniziativa, hanno manifestato interesse a collaborare riservando, solo a chi ne è atti-

vamente impegnato, bonus in prodotti monouso e sconti particolarmente vantaggiosi.

I moduli di consenso alla visita, le schede di rilevamento epidemiologico, l'informativa per i genitori, i cd-rom di guida e supporto per odontoiatri sono stati prodotti e finanziati interamente da questo Ordine. Nell'arco dell'ultimo trimestre dello scorso anno scolastico, grazie all'impegno e disponibilità di ben 102 dentisti sono stati sottoposti a controllo, gratuitamente, 10.000 bambini, entro i plessi scolastici e in orario di lezione; per ognuno di essi è stata compilata una cartella clinica, con referto da consegnare alle famiglie e da sottoporre all'attenzione del proprio dentista di fiducia.

A complemento della visita stoma-

PAGAMENTO TASSA ANNUALE DI APPARTENENZA ALL'ORDINE ANNO 2011

Si ricorda agli iscritti che il pagamento della Tassa Annuale di appartenenza all'Ordine per l'anno 2011 scade il 31.01.2011.

Il Concessionario incaricato della riscossione è la società Equitalia Sardegna SpA che anche per l'anno 2011 utilizzerà il sistema di consegna a mano degli avvisi bonari di pagamento.

L'avviso bonario sarà consegnato all'indirizzo di residenza o nei casi previsti al domicilio speciale eletto dall'iscritto.



tologica, in numerose scuole, sono state impartite lezioni sull'igiene alimentare e orale, che hanno riscosso consensi entusiastici da parte del corpo docente e dei piccoli discenti.

Tutti i dati emersi da questo primo esame sanitario verranno elaborati da istituzioni accademiche per gli opportuni rilevamenti statistici; ma già da una prima analisi si evincono dati allarmanti per incidenza di carie e diagnosi scheletriche e dentali.

Se il bilancio del primo anno d'intervento si è chiuso in maniera positiva, quello del secondo lascia ben sperare; a seguito di un ulteriore invito scritto da parte dell'Ordine e grazie alla sollecitudine dei cinque responsabili d'area e dello zoccolo duro della prima ora, abbiamo raggiunto il ragguardevole numero di 134 odontoiatri già mobilitati sin dall'inizio del presente anno scolastico nelle scuole d'infanzia e primaria delle città di Aglientu, Alà dei Sardi, Alghero, Arzachena, Bono, Buddusò, Bultei, Cossu, La Maddalena, Mara, Mores, Olbia, Oschiri, Ossi, Ozieri, Padria, Pattada, Porto Torres, Perfugas, Pozzomaggiore, Putifigari, Santa Teresa, Sennori, Sorso, Telti, Tempio Pausania, Tula, Uri, Usini e Viddalba.

I riscontri positivi finora ottenuti ci inducono a confidare nella compiacenza di numerosi altri colleghi, indi-

spensabile linfa atta a rendere tangibile un piano ambizioso, quasi utopistico, riferito a una popolazione di ben 25.700 bambini, indirizzato a motivare le famiglie ad adottare stili di vita comportamentali e dietetici diretti alla salvaguardia del proprio benessere.

Investire in educazione e informazione, polarizzare l'attenzione verso i minori e le loro famiglie, sarà la retta via da percorrere per risolvere situazioni patologiche in tempi rapidi prima che si aggravino.

Certo prevenire non fa audience, pur imponendo a tutti gli operatori coinvolti sforzi organizzativi non in-



differenti, dispendio di tempo, mancato guadagno e spese aggiuntive per materiali e personale di assistenza; ma tutto ciò non basterà a farci desistere dai nostri sani propositi; pur non contando in una risposta corale, univoca, entreremo nelle scuole a testa alta e nel dispensare salute a piene mani, riaffermeremo la valenza importante della figura del vero odontoiatra.

Antonio Pinna

Commissione Albo Odontoiatri

CHIUSURA UFFICI FESTIVITÀ NATALIZIE

Si comunica che gli uffici della Segreteria
rimarranno chiusi al pubblico nei giorni
23 - 24 - 30 - 31 Dicembre 2010 - 7 Gennaio 2011

Gli uffici saranno regolarmente aperti al pubblico nei giorni
27 - 28 - 29 Dicembre 2010 - 3 - 4 - 5 Gennaio 2011

*L'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri della Provincia
di Sassari augura a tutti gli iscritti*

*Buon Natale
e
Felice anno nuovo*



Postura corretta e prevenzione dentale

Perplessità della FNOMCeO sulla campagna nelle scuole

In riferimento alle numerose richieste di chiarimenti pervenute anche da parte degli Ordini provinciali sulla valenza deontologica della "Campagna di prevenzione Postura Corretta e prevenzione dentale nelle scuole italiane" la Federazione, nell'ambito dei suoi compiti di indirizzo e coordinamento, ha inviato all'Associazione P.E.A.S. (Progetto Educazione Alla Salute) il proprio parere.

In primo luogo, è da osservare che l'iniziativa è limitata agli studi odontoiatrici, ai quali viene attribuita una competenza in materia di educazione sanitaria per la difesa della colonna vertebrale che non sembra rientrare tra quelle dell'odontoiatra, individuate dall'art. 2 della legge 409/1985, se non in rapporto ai casi di patologia dell'apparato stomatognatico.

Al di là di questo aspetto, suscita perplessità l'utilizzo della figura dell'odontoiatra per promuovere una operazione commerciale che appare in contrasto con la deontologia professionale.

Si fa riferimento, in tale contesto, alle norme del vigente Codice di Deontologia Medica.

Più precisamente, si evidenzia l'articolo 56, comma 4, nella parte in cui si pone il divieto di "qualsiasi forma anche indiretta di pubblicità commerciale personale o a favore di altri".

Va preso in considerazione anche l'articolo 57, laddove stabilisce che "il medico singolo o componente di associazioni scientifiche o profession-

ali non deve concedere avallo o patrocinio a iniziative o forme di pubblicità o comunque promozionali a favore di aziende o istituzioni relativamente a prodotti sanitari o commerciali".

Si sottolinea, infine, la perplessità dell'iniziativa non soltanto per il tema della corretta pubblicità sanitaria ma anche in relazione all'articolo 65, comma 3, che testualmente prevede che "il medico non deve partecipare in nessuna veste ad imprese industriali, commerciali o di altra natura che ne condizionino la dignità e l'indipendenza professionale".

Amedeo Bianco
Presidente FNOMCeO

***Chiesti pareri
ai ministeri
della Salute
dell'Istruzione
e all'Autorità Garante
della concorrenza***

In riferimento alla questione concernente la campagna postura corretta promossa dall'Associazione PEAS ed alla nostra precedente comunicazione del 22 settembre u.s. si trasmette, per opportuna conoscenza, l'allegata nota inviata allo studio legale Stefanelli.

*Le figure
professionali
non possono
essere
utilizzate
per operazioni
commerciali*

Egregio. Avvocato,
in riferimento alle sue note del 4 e del 21 Ottobre 2010, che il Comitato Centrale della Federazione, anche in considerazione della delicatezza della questione, ha deciso di chiedere specifici pareri per quanto di competenza al Ministero della Salute, al Ministero dell'Istruzione ed all'Autorità garante della Concorrenza e del Mercato.

In particolare, al Ministero della Salute, si chiederà quali siano le evidenze scientifiche documentate nella letteratura che dimostrino l'efficacia e l'appropriatezza, ai fini del miglioramento della postura, dell'uso di particolari leggii.

Al Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, la Federazione intende chiedere se sia compatibile sotto i profili legislativi, amministrativi e di opportunità che nelle scuole primarie possano essere promosse campagne informative che prevedano, come dalla stessa PEAS riconosciuto, forme di pubblicità indiretta per specifiche attività professionali nella fattispecie con prevalente riferimento alla professione odontoiatrica.

All'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato si intende formalizzare il quesito relativo alla coerenza con l'attuale quadro giuridico delle procedure e delle modalità di realizzazione dell'iniziativa informativa – pubblicitaria (veridicità e trasparenza) in un ambito di incertezza relativamente all'efficacia e appropriatezza educativa dell'iniziativa stessa. Si evidenzierà anche, come già indicato nella nostra precedente nota del 22 Settembre 2010, il contrasto con gli articoli 56, 57 e 65 c.3 dedicati prevalentemente alla regolamentazione della pubblicità in materia sanitaria.

In riferimento, quindi, al nostro

primo orientamento, espresso su sua richiesta rileviamo che la sua diffusione agli Ordini provinciali costituisce, per la sua valenza, atto dovuto di indirizzo e coordinamento ai sensi dell'art. 15 lettera (b) del Dlcp del 13 Settembre 1946 n. 233, mentre non riveste alcun ambito disciplinare considerata l'autonomia della competenza degli Ordini provinciali al riguardo.

Sarà nostra cura informarla rapidamente sulle risultanze di questa attività istruttoria che auspichiamo si compia nei tempi più celeri possibili al fine di risolvere responsabilmente una tematica molto complessa.

Amedeo Bianco

Presidente FNOMCeO

INDIRIZZI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA PEC:

Segreteria:

ordine.ss@pec.omceo.it

Presidente:

presidente.ss@pec.omceo.it

Presidente CAO:

presidentecao.ss@pec.omceo.it

Consentiti gli interventi di medicina estetica

La Commissione Albo Odontoiatri di Grosseto, che ringraziamo per la collaborazione, pone un delicato quesito concernente l'attività odontoiatrica in riferimento non alla chirurgia estetica ma ai trattamenti di medicina estetica.

La Federazione più volte ha posto il problema evidenziando la necessità di privilegiare un'interpretazione estensiva o restrittiva della norma di cui all'art. 2 della legge 409/85 che testualmente stabilisce: "Formano oggetto della professione di odontoiatra le attività inerenti alla diagnosi ed alla terapia delle malattie ed anomalie congenite ed acquisite dei denti, della bocca, delle mascelle e dei relativi tessuti, nonché alla prevenzione ed alla riabilitazione odontoiatriche.

Gli odontoiatri possono prescrivere tutti i medicinali necessari all'esercizio della loro professione".

Anche se sono evidenti le difficoltà interpretative, esprimo un parere che trova riscontro in termini di certezza su quanto riportato, quindi ritengo che tale norma consenta all'odontoiatra iscritto al relativo albo, di svolgere queste attività a scopi terapeutici ma anche estetici considerando che, come già evidenziato, spesso gli interventi di estetica risolvono problemi di carattere psicologico, con le conseguenze che ne derivano.

Del resto l'ampia dizione dell'art 2 citato, che fa riferimento alle anomalie congenite ed acquisite anche delle mascelle e dei relativi tessuti, permette di sostenere ampiamente la competenza dell'odontoiatra ad interventi in questi ambiti.

Giuseppe Renzo

Presidente della Commissione
per gli Iscritti all'Albo Odontoiatri

*La Commissione
fornisce
un parere
interpretativo
sulla norma
che disciplina
l'esercizio
della professione*

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

Esercizio professionale non convenzionale

Informazione sanitaria e pubblicità

Prima fase applicativa prorogata

Il Comitato Centrale ha deliberato la proroga di 12 mesi della fase di prima applicazione e dei criteri indispensabili per la pubblicità dell'informazione sanitaria relativamente all'esercizio professionale non convenzionale. Pubblichiamo il testo della delibera.

Il Comitato Centrale della FNOMCeO riunito a Nuoro il 5 ottobre 2010, Vista la delibera n. 140 del 14 settembre 2007 e documento allegato;

Considerata la necessità in materia di pubblicità dell'informazione sanitaria dell'esercizio professionale delle medicine non convenzionali di prorogare fino a 12 mesi la fase di prima applicazione e i relativi criteri indispensabili al fine della suddetta pubblicizzazione;

Visto l'art. 15 comma 1, lett. b) del DLCPS 16 settembre 1946 n. 233 relativo all'attribuzione di coordinare e promuovere l'attività degli Ordini provinciali dei medici chirurghi e degli odontoiatri,

Delibera

di prorogare fino a 12 mesi la fase di prima applicazione e i criteri indispensabili per la pubblicità dell'informazione sanitaria relativa all'esercizio professionale non convenzionale contenuti nel documento che costituisce parte integrante del documento della delibera n. 140/07.

Requisiti indispensabili

a) Certificazione di una scuola almeno biennale, ad orientamento clinico, frequentata per un minimo di 200 ore di monte orario che attesti la formazione teorica e il superamento di un esame finale nonché autocertificazione attestante l'esercizio professionale non convenzionale da almeno 3 anni.

Le scuole devono garantire i seguenti requisiti:

1. il responsabile didattico della scuola deve essere medico,
2. i docenti titolari/ordinari della

formazione devono essere medici salvo casi particolari di apporto di ulteriori competenze in riferimento alla didattica (giurisprudenza, farmacia..),

3. la scuola deve avere un minimo di tre docenti titolari e comunque la componente medica deve essere almeno di 2/3 del corpo docente;

oppure

b) Certificazione di pratica clinica nella materia, effettuata in struttura

*Certificazioni
per la formazione,
di pratica
clinica;
pubblicazioni
e partecipazioni
a corsi
e convegni*

pubblica e/o privata, da almeno due anni, rilasciata dal direttore sanitario o comunque dal responsabile sanitario della struttura.

Tale fase di prima applicazione ha la durata fino a **12 mesi** dalla data di scadenza della precedente deliberazione in materia.

Nei casi in cui gli Ordini ritengono sussistere una acclarata competenza e professionalità clinica del richiedente potranno valutare in alternativa ai requisiti di cui ai punti a) e b), e limitatamente alla fase di prima applicazione, il possesso di almeno 3 dei titoli che seguono ai fini della verifica del messaggio da pubblicizzare.

Definizione del curriculum

a. pubblicazioni nella specifica disciplina su libri, riviste mediche dotate di comitato scientifico o comunicazioni a convegni;

b. partecipazione a convegni in qualità di organizzatore scientifico;

c. effettuazione di attività didattiche non continuative sulla materia;

d. partecipazione a corsi formativi quali master universitari, seminari, corsi intensivi nella materia;

e. partecipazione a convegni sulla materia nei cinque anni precedenti la richiesta dell'attestazione.

Modificato alla Camera il disegno di legge

False certificazioni e ricette elettroniche

Nella seduta del 25 maggio 2010 la Commissione Affari Costituzionali della Camera dei Deputati ha concluso in sede referente l'esame del disegno di legge n. 3209-bis recante "Disposizioni in materia di semplificazione dei rapporti della Pubblica Amministrazione", conferendo al relatore il mandato di riferire all'Assemblea in senso favorevole all'approvazione del provvedimento. Ora il disegno di legge è in corso di esame in Assemblea. Nella fattispecie la Commissione Affari Costituzionali durante l'iter parlamentare ha approvato un emendamento presentato dal relatore ON. ORSINI (PDL) che introduce un articolo aggiuntivo — art. 24-bis - recante "Interpretazione autentica dell'articolo 55-quinquies del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165" — False attestazioni o certificazioni.

Pertanto l'art. 24-bis ora approvato prevede:

1."Il secondo periodo del comma 3 dell'art. 55-quinquies del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, si interpreta nel senso che le sanzioni disciplinari ivi indicate si applicano se il medico, in relazione all'assenza del servizio, violando gli obblighi connessi alla prestazione lavorativa o venendo meno al dovere di organizzare l'assistenza in maniera efficiente ed efficace, rilascia certificazioni attestanti dati clinici non desunti da visita effettuata in coerenza con la buona pratica medica".

Il secondo periodo del comma 3 dell'art. 55-quinquies sopra richiamato dispone che "Le medesime sanzioni disciplinari si applicano se il medico, in relazione all'assenza dal servizio, rilascia certificazioni che attestano dati clinici non direttamente constatati né oggettivamente documentati".

Pertanto, con l'approvazione dell'emendamento sopraccitato, è stato recepito all'interno di un disegno di legge di iniziativa governativa quanto già affermato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica – nella circolare n. 5 del 2010, emanata a seguito delle istanze della FNOMCeO, concernente “art. 55 quinquies del D.Lgs. 165/01 (introdotto dal D.Lgs. 150 del 2009) – assenze dal servizio dei pubblici dipendenti – responsabilità e sanzioni per i medici “ - ove si specifica con riferimento all'ultimo periodo del comma 3 dell'art. 55-quinquies del D.Lgs. 165/01 e successive modificazioni e integrazioni, che la finalità della previsione normativa, è di evitare che siano rilasciati certificati o attestati di malattia senza aver valutato le condizioni del paziente nel corso di una visita e che siano formulate diagnosi e prognosi non coerenti con la buona pratica clinica.

Quindi, l'applicazione della disposizione deve tener conto delle regole proprie della pratica medica, che consentono di formulare diagnosi e prognosi anche per presunzione sulla base di dati riscontrati o semplicemente acquisiti durante la visita. Nell'applicazione della norma, pertanto, è rilevante la circostanza che i dati clinici siano stati o meno desunti da visita. In sostanza, in base a questa norma, la responsabilità del medico, con l'applicabilità delle sanzioni indicate, ricorrerà quando lo stesso rilascia attestati o certificati attestanti dati clinici non desunti da visita in coerenza con la buona pratica medica. Per gli aspetti penali, rimane comunque ferma la disciplina generale di cui agli artt. 476 ss. del c.p. sulla falsità in atti.

Si rileva inoltre che la Commissione Affari Costituzionali della Ca-

mera dei Deputati ha approvato l'emendamento presentato dal relatore ON. ORSINI (PDL) soppressivo dell'art. 17 (ricetta medica elettronica) del disegno di legge di iniziativa governativa indicato in oggetto, recependo anche in questo caso le istanze della FNOMCeO, che nell'ambito dell'esame del disegno di legge ha svolto nella seduta del 22 aprile 2010 la relativa audizione. Nella fattispecie l'art. 17 prevedeva che:

1.”Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, per le finalità individuate dal comma 1 dell'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni, e al fine di ridurre i costi, di assicurare il monitoraggio della spesa farmaceutica e specialistica, nonché di migliorare i servizi per i cittadini e per gli operatori sanitari, il Governo adotta un regolamento, su proposta del Ministro per la pubblica amministrazione e l'innovazione e del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previo parere del Garante per la protezione dei dati personali, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, il quale prevede che:

a) le prescrizioni sanitarie farmaceutiche e specialistiche dei medici del Servizio sanitario nazionale, abilitati dalle regioni a effettuare prescrizioni, sono costituite ad ogni effetto di legge dal documento elettronico, salvo il diritto del cittadino a ottenere copia cartacea del contenuto della prescrizione dall'erogatore del servizio;

b) il passaggio dal documento cartaceo al documento elettronico avviene in forma progressiva dal 1° gen-

naio 2010, in ragione del 40 per cento delle prescrizioni entro il 31 dicembre 2010, dell'80 per cento delle prescrizioni entro il 31 dicembre 2011 e del 100 per cento delle prescrizioni entro il 31 dicembre 2012.

2. Le disposizioni del regolamento di cui al comma 1 del presente articolo sono adottate in conformità a quanto già previsto per la trasmissione telematica dei dati delle ricette al Ministero dell'economia e delle finanze dal comma 5-bis dell'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni, e dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 26 marzo 2008, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 124 del 28 maggio 2008".

Di fatto la soppressione di tale articolo appare di rilievo perché viene meno il rispetto del termine del 1° gennaio 2010 quale passaggio definitivo dal documento cartaceo al documento elettronico.

Ovviamente rimane in vigore la normativa di cui all'art. 50 del d. L. 269103 sul monitoraggio della spesa sanitaria e di appropriatezza delle prescrizioni sanitarie e quella di cui al D.P.C.M. 26 marzo 2008 recante attuazione della legge 296/06 in materia di regole tecniche e trasmissione dati di natura sanitaria, nell'ambito del sistema pubblico di connettività.

Bisogna poi rilevare che lo stesso accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale — quadriennio 2006-2009 - all'art. 20 reca norme in materia di tessera sanitaria e ricetta elettronica (Supplemento Ordinario n. 167 — Gazzetta Ufficiale n. 208 del 8 settembre 2009). Nella fattispecie l'art. 20 dell'ACN recita "Dopo l'arti-

colo 59 dell'ACN 23 marzo 2005 è inserito il seguente:

«ART. 59 TER - Tessera Sanitaria e Ricetta elettronica.

1. Dal momento dell'avvio a regime da parte della Regione o Provincia Autonoma di appartenenza del progetto Tessera Sanitaria-collegamento in rete dei medici-ricetta elettronica, formalizzato dalla normativa nazionale e dagli accordi tra lo Stato e la singola regione, il medico prescrittore in rapporto di convenzione con il SSN è tenuto al puntuale rispetto degli adempimenti di cui al DPCM 26 marzo 2008 così come definito ai sensi dell'art. 13 bis, comma 5.

2. In caso di inadempienza il medico di cui al precedente comma è soggetto alla riduzione del trattamento economico complessivo in misura pari al 1,15 % su base annua.

3. L'inadempienza e la sua durata su base mensile sono documentate attraverso le

verifiche del Sistema Tessera Sanitaria.

4. La relativa trattenuta è applicata dall'Azienda sanitaria sul trattamento economico percepito nel mese successivo al verificarsi dell'inadempienza.

5. La riduzione non è applicata nei casi in cui l'inadempienza dipenda da cause tecniche non legate alla responsabilità del medico e valutate tramite le verifiche disposte dal Sistema Tessera Sanitaria.

6. L'eventuale ricorso da parte del medico è valutato dal Collegio Arbitrale secondo le modalità previste dall'art. 30.».

In conclusione, stante quanto suesposto, questa Federazione non mancherà di verificare con particolare attenzione l'iter parlamentare del provvedimento indicato in oggetto.

Equipollenza fra certificati ASL e dei medici convenzionati

L sentenza del TAR Campania n. 869/10 sancisce di fatto l'equipollenza tra i certificati dei medici convenzionati e le certificazioni delle ASL.

Nella fattispecie la questione ha ad oggetto la procedura concorsuale indetta dal Ministero della Giustizia per la nomina dei giudici onorari del Tribunale.

Nel bando veniva espressamente richiesta la presentazione di un certificato medico rilasciato dalla ASL o da un medico militare.

La domanda di partecipazione della ricorrente alla selezione veniva, quindi, dichiarata inammissibile in quanto il certificato medico

non corrispondeva a quello richiesto dal bando; la ricorrente aveva, infatti, presentato una certificazione medica proveniente da medico convenzionato con la ASL.

Il Collegio giudicante ha invece sancito che non vi è alcuna ragione per ritenere che il certificato medico rilasciato da un medico convenzionato costituisca atto funzionalmente differente dal certificato rilasciato da una ASL e che i due documenti non siano equipollenti, con ciò lasciando intendere l'equiparazione, ai fini dell'organizzazione dell'offerta dei servizi sanitari da parte delle ASL, fra medici dipendenti e medici convenzionati.

*Sancita
di fatto
l'equiparazione
fra medici
dipendenti
e convenzionati*

Il testo della sentenza

Ricorso numero di registro generale 2852 del 2009, proposto da: (omissis), rappresentata e difesa dall'Avv. (omissis), con il quale è elettivamente domiciliata in Napoli alla...

contro

Consiglio giudiziario presso la Corte di Appello di Napoli, Ministero della Giustizia e Consiglio superiore della Magistratura, tutti rappresentati e difesi dall'Avvocatura Distrettuale dello Stato di Napoli, presso la quale sono domiciliati per legge in Napoli alla via Diaz n. 11;

per l'annullamento

a) del provvedimento di cui al verbale del Consiglio Giudiziario presso la Corte di Appello di Napoli n. 33 del 22 dicembre 2008, con cui è stata dichiarata inammissibile la domanda della ricorrente per la nomina a giudice onorario di Tribunale;

b) del provvedimento di cui al verbale del Consiglio Giudiziario presso la Corte di Appello di Napoli n. 45 del 23 febbraio 2009, recante "modifiche e correzioni", con cui è stata ribadita l'inammissibilità della domanda della ricorrente;

**CONVOCAZIONE
ASSEMBLEA ORDINARIA
ANNUALE**

13 GENNAIO 2011

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI SASSARI

CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE

Gli iscritti sono convocati in Assemblea ordinaria annuale il giorno 11 gennaio 2011 alle ore 24.00 in prima convocazione e il giorno giovedì **13 gennaio 2011 alle ore 17.00 in seconda convocazione** a Sassari nella Sala Conferenze dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri in via Cavour 71/b piano terra.

Sarà discusso il seguente

ORDINE DEL GIORNO

- 1) Relazione del Presidente;
- 2) Bilancio di previsione anno 2011;
- 3) Varie ed eventuali

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

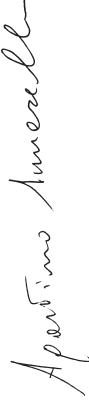
È consentita la delega che deve essere apposta in calce al presente avviso di convocazione da rimettere al delegato.

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

dott. Agostino Sussarellu



Il sottoscritto dott. delega a rappresentarlo
nell'Assemblea ordinaria dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri del giorno **13 gennaio**
2011 il dott.

....., lì

firma

c) di ogni altro atto preordinato, presupposto, connesso e consequenziale.

Visto il ricorso con i relativi allegati;

Visto fatto di costituzione in giudizio delle amministrazioni resistenti; Viste le memorie difensive;

Visti tutti gli atti della causa;

Relatore nell'udienza pubblica del giorno 21 ottobre 2009 il dott.

per le parti i difensori come specificato nel verbale;

Ritenuto e considerato in fatto e diritto quanto segue:

FATTO e DIRITTO

La ricorrente ha presentato istanza di partecipazione alla selezione, in detta dal Ministero della Giustizia con bando pubblicato il 7 dicembre 2007, per la nomina dei giudici onorari di Tribunale.

La sua domanda veniva dichiarata inammissibile con verbale del Consiglio Giudiziario presso la Corte di Appello di Napoli (d'ora in seguito anche "Consiglio") n. 33 del 22 dicembre 2008, in quanto il certificato medico dalla stessa prodotto non rispondeva ai requisiti previsti dal bando e, comunque, i documenti esibiti erano in fotocopia.

A seguito di apposita istanza di riesame, il Consiglio rivedeva la posizione della ricorrente e, ritenuto superato l'ostacolo della produzione dei documenti in fotocopia, confermava, con verbale n. 45 del 23 febbraio 2009, l'inammissibilità della sua domanda.

Parte ricorrente impugna i suddetti verbali, nelle parti inerenti alla sua posizione, ritenendo illegittima l'esclusione dalla procedura per i seguenti motivi: violazione di legge; violazione e falsa applicazione del-

l'art. 48 della Legge n. 833 del 23 dicembre 1978; violazione e falsa applicazione dell'art. 4, lett. a), del bando di concorso pubblicato in G.U.R.I. n. 97 del 7 dicembre 2007; eccesso di potere per illogicità manifesta; erroneità dei presupposti di fatto e di diritto; travisamento; difetto assoluto di istruttoria e di motivazione;

1. violazione di legge; violazione e falsa applicazione dei principi in materia di concorsi pubblici; violazione dell'art. 97 della Costituzione; violazione e falsa applicazione dell'art. 48 della legge n. 833 del 23 dicembre 1978; violazione e falsa applicazione dell'art. 4, lett. a), del bando di concorso pubblicato in G.U.R.I. n. 97 del 7 dicembre 2007; violazione dell'art. 11 del d.P.R. n. 686/1957; eccesso di potere per omessa considerazione di circostanze di fatto e di diritto; omessa ponderazione; difetto di istruttoria e di motivazione;

2. manifesta illogicità; contraddittorietà; altri profili.

Le intime amministrazioni statali, costituitesi in giudizio con unico atto della difesa erariale, eccepiscono nella propria memoria difensiva l'inammissibilità, la carenza di legittimazione passiva del Consiglio Superiore della Magistratura (d'ora in seguito anche "CSM") e, comunque, l'infondatezza del ricorso.

Questo Tribunale ha accolto l'istanza cautelare con ordinanza n. 1424 del 10 giugno 2009.

La ricorrente ha presentato ulteriore memoria difensiva, nella quale ribadisce le sue ragioni.

ricorso è stato trattenuto per la decisione all'udienza pubblica del 21 ottobre 2009.

In via preliminare, occorre scrutinare l'eccezione di inammissibilità per carenza di interesse, formulata

dalla difesa erariale sul presupposto che nella fattispecie sono gravati atti di carattere meramente istruttorio, da sottoporre vaglio del CSM per emanazione delle determinazioni definitive.

L'eccezione è da disattendere.

Il Collegio osserva che i verbali impugnati, pur facendo parte della sequenza procedimentale volta all'approvazione della graduatoria finale, siccome qualificano inammissibile la domanda di partecipazione alla selezione, sono in grado di incidere immediatamente sulla posizione giuridica della ricorrente, determinando per la stessa un arresto procedimentale e, pertanto, l'esclusione dalla procedura.

Tanto è in linea con il consolidato orientamento giurisprudenziale, secondo il quale la regola della non autonomia impugnabilità dell'atto endoprocedimentale soffre eccezione nel caso di atti vincolanti (pareri o proposte), idonei come tali ad imprimere un indirizzo ineluttabile alla determinazione conclusiva, in caso di atti interlocutori idonei a cagionare un arresto procedimentale, e pertanto capaci di frustrare l'aspirazione dell'istante ad un celere soddisfacimento dell'interesse pretensivo, ed, infine, in caso di atti soprassessori, i quali, rinviando ad un evento futuro ed incerto nell'an e nel quando il predetto soddisfacimento, determinano un arresto procedimentale a tempo indeterminato (cfr. Consiglio di Stato, Sez. IV, 4 febbraio 2008 n. 296 e 19 giugno 2006 n. 3640; TAR Campania Napoli, Sez. VII, 4 luglio 2007 n. 6460).

La lesività degli atti in questione è confortata dalla disciplina concorsuale predisposta dal CSM per la nomina e con ferma dei giudici onorari di Tribunale (Circolare n. P-17794/2007 del 25 luglio 2007 —

deliberazione del 19 luglio 2007), che affida alle deliberazioni del Consiglio Giudiziario la fase valutativa “dei requisiti e dei titoli degli aspiranti giudici onorari”.

Viceversa, deve essere accolta l'eccezione della difesa erariale, volta ad evidenziare la carenza di legittimazione passiva in capo al CSM.

Infatti, è palese che nell'odierna lite non sono impugnati atti promananti dal suddetto organo, il quale, alto stato, non risulta coinvolto nelle determinazioni concernenti la posizione della ricorrente.

Ne consegue che deve essere disposta l'estromissione dal giudizio del CSM. Nel merito ricorso fondato e merita accoglimento.

Occorre precisare, in punto di fatto, che l'esclusione della ricorrente dalla selezione, come conferrata nel gravato verbale n. 45/2009, poggia sulla seguente motivazione: “Quanto alla certificazione medica, (il Consiglio, ndr.) osserva, che la stessa proviene da medico convenzionato con la A.S.L. (rectius medico di base che opera in regime di convenzione con la ASL) e che pertanto, essendo espressamente richiesto dal bando un certificato della ASL o di un medico militare, deve ribadirsi l'invalidità della domanda. Che, parimente, va respinta l'istanza di sostituzione, atteso che bando stabilisce che la presentazione dei titoli vada fatta tassativamente al momento della presentazione della domanda.”.

Ci è premesso, e dirimente l'esame della censura con la quale parte ricorrente, nel sostenere l'equipollenza, a termini del bando di concorso, tra la certificazione della ASL e quella dei medici con la stessa convenzionati, deduce l'illegittimità dei verbali di esclusione per contrasto

con l'art. 48 della legge n. 833/1978, che qualificerebbe "come personale del Servizio Sanitario Nazionale sia i medici "dipendenti" delle Unità, Sanitarie locali (oggi Aziende), sia quelli "a rapporto convenzionale".

La doglianza deve essere condita.

Al riguardo Collegio non ritiene di doversi discostare dall'orientamento dei giudici amministrativi laziali che, in un'analoga controversia, hanno avuto modo di puntualizzare quanto segue: "Posto, infatti, che rapporto di convenzionamento di cui all'art. 48 della L. n. 833/1978 si instaura fra un medico ed una USL, e che tanto quest'ultima quanto il medico convenzionato costituiscono articolazioni del S.S.N., non v'è alcuna ragione per ritenere che certificato medico rilasciato da un medico convenzionato costituisca atto funzionalmente differente dal certificato rilasciato da una USL e che i due documenti non siano equipollenti, quanto ad efficacia certatoria, siccome comunque provenienti da una struttura pubblica." (così TAR Lazio Roma, Sez. I, 15 ottobre 2002 n. 8701).

Si aggiunge che tale insegnamento trova un testuale addentellato nell'art. 48 cit., laddove al primo comma la legge fa riferimento al "personale sanitario a rapporto convenzionale", con ciò lasciando intendere l'equiparazione, ai fini dell'or-

ganizzazione dell'offerta di servizi sanitari da parte delle ASL, fra medici dipendenti e medici convenzionati.

Ne consegue l'illegittimità dei verbali quivi gravati (n. 33/2008 e n. 45/2009) i quali, pertanto, devono essere annullati nelle parti relative alla posizione della ricorrente.

Restano assorbite le rimanenti censure non scrutinate in questa sede.

Sussistono giusti motivi, attesa la peculiarità delle questioni trattate, per disporre l'integrale compensazione tra le parti delle spese e degli onorari di giudizio.

P.Q.M.

Il Tribunale Amministrativo Regionale della Campania, Sezione Prima, accoglie il ricorso in epigrafe e, per l'effetto, annulla i provvedimenti impugnati, nei sensi indicati in motivazione.

Spese compensate.

Ordina che la presente sentenza sia eseguita dall'autorità amministrativa.

Così deciso in Napoli nella camera di consiglio del giorno 21 ottobre 2009 con l'intervento dei Magistrati:

Antonio Guida, Presidente

Fabio Donadono, Consigliere

Carlo Dell'Olio, Primo Referendario, Estensore.

PER INFORMAZIONI E MODULISTICA

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

In attesa della nuova regolamentazione

Patenti di guida: non ci sono modifiche alle certificazioni

La richiesta di chiarimenti da parte di numerosi Ordini provinciali in merito alle nuove disposizioni apportate dalla Legge 120/2010 al D.Lgs.285/1992 “Nuovo Codice della strada”, con particolare riguardo all’art.119 “Requisiti fisici e psichici per il conseguimento della patente di guida” rende necessarie alcune precisazioni.

Come viene specificato nel comma 2 – ter dell’articolo 119 le modalità degli accertamenti clinico – tossicologici da cui risulti il non abuso di sostanze alcoliche e il non uso di sostanze stupefacenti o psicotrope e il modulo di certificato medico saranno individuati con decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti.

In attesa della nuova regolamentazione i medici non dovranno apportare alcuna modifica agli adempimenti in materia di certificazione per la patente di guida.

La FNOMCeO è in contatto con i Ministeri della Salute e delle Infrastrutture per monitorare la progressione del regolamento e fornirà le indicazioni opportune agli Ordini provinciali non appena sarà approvato il decreto.

Per quanto concerne la richiesta di indicazioni sulla tariffa consigliata per la predisposizione del suddetto certificato è necessario fare riferimento al Tariffario regionale che ne stabilisce l’importo .

Tale tipo di prestazione è esente IVA così come specificato nella Comunicazione FNOMCeO n.8/2005.

Le modalità degli accertamenti clinici e tossicologici e il modulo verranno indicati con decreto

Documento

I quesiti e il parere del Ministero

Il Ministero della Salute – Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria – ha emanato una nota del 5 novembre 2010 recante “Quesiti applicativi comma 2 ter e comma 3 Art. 119 “Codice della Strada”. Pubblichiamo il parere.

Come è noto l’art. 119 del D.Lgs. n. 285 del 1992 come modificato dall’art. 23 della Legge n. 120 del 2010 recante Requisiti fisici e psichici per il conseguimento della pa-

tente di guida al comma 2 ter dispone che “Ai fini dell’accertamento dei requisiti psichici e fisici per il primo rilascio della patente di guida di qualunque categoria, ovvero di certificato di abilitazione professionale di tipo KA o KB, l’interessato deve esibire apposita certificazione da cui risulti il non abuso di sostanze alcoliche e il non uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, rilasciata sulla base di accertamenti clinico-

tossicologici le cui modalità sono Individuate con decreto del Ministero della Salute, di concerto con il Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti, sentito il Dipartimento per le politiche antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri. Con il medesimo provvedimento sono altresì individuate le strutture competenti ad effettuare gli accertamenti prodromici alla predetta certificazione ed al rilascio della stessa. La predetta certificazione deve essere esibita dai soggetti di cui all'articolo 186-bis, comma 1, lettere b), c) e d), e dai titolari del certificato CFP o patentino filoviario in occasione della revisione o della conferma di validità delle patenti possedute, nonché da coloro che siano titolari di certificato professionale di tipo KA o KB, quando il rinnovo di tale certificato non coincida con quello della patente. Le relative spese sono a carico del richiedente". Il comma 3 dell'art. 119 del D. L.gs. 285/92 stabilisce invece che "l'accertamento di cui ai commi 2 e 2-ter deve risultare da certificazione di data non anteriore a tre mesi dalla presentazione della domanda per sostenere l'esame di guida. La certificazione deve tener conto dei precedenti morbosì del richiedente dichiarati da un certificato medico rilasciato da un medico di fiducia".

In pratica al momento è richiesto il certificato anamnestico del medico di fiducia per coloro che conseguano per la prima volta la patente di guida o passino di categoria. Nelle more della successiva decretazione non è previsto il test antidroga.

Il Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - nella nota del 5 novembre sopraccitata evidenzia che sia "superfluo sottolineare che i precedenti

morbosi, oggetto di certificazione, devono essere stati accertati dal medico di fiducia sulla base di conoscenze clinico anamnestiche direttamente acquisite a seguito dello svolgimento di attività di medico curante, anche per aspetti specialistici, svolta nei confronti dell'interessato in continuità di rapporto di assistenza (che apparirebbe congruo riportare almeno ad un arco temporale non inferiore all'anno), tale da consentire di poter conoscere i precedenti morbosì dell'interessato o anche, in assenza di elementi clinico anamnestici di diretto riscontro, di poterne attestare la negatività nell'arco temporale di assistenza prestata in qualità di curante".

Inoltre il Ministero della Salute rileva che "in via principale la figura del medico di fiducia, preposto al rilascio della certificazione inerente i precedenti morbosì che possono costituire un rischio per la guida, sia da identificare funzionalmente nel medico di medicina generale, quale medico di assistenza primaria".

Pertanto, con riferimento alla disposizione di cui al comma 3, secondo periodo, dell'art. 119 del Codice della strada sopraccitato (certificato preliminare al rilascio della patente di guida) e allo scopo di facilitare ed uniformare il rilascio della certificazione da parte del medico di fiducia, il Ministero della Salute ha proposto l'utilizzazione di un facsimile di modello di certificato. L'utilizzo di tale modello è facoltativo. Risultano infatti alla scrivente Federazione altre proposte di modello di certificato compatibili con la normativa. La FNOMCeO si riserva nel merito eventuali successive valutazioni.

Al fine di consentire un esame più

approfondito della materia pubblichiamo copia del parere del Ministero della Salute con allegato il facsimile di modello di certificato.

Parere del Ministero della Salute

La legge 29 luglio 2010, n. 120 ha introdotto alcune modifiche al Codice della strada tra cui in particolare l'introduzione del comma 2-ter e la modifica al comma 3 dell'articolo 119, che detta disposizioni in tema di accertamento dei requisiti fisici e psichici per il conseguimento della patente di guida e di revisione della patente di guida, di seguito riportati:

Comma 2-ter.

Ai fini dell'accertamento dei requisiti psichici e fisici per il primo rilascio della patente di guida di qualunque categoria, ovvero di certificato di abilitazione professionale di tipo KA o KB, l'interessato deve esibire apposita certificazione da cui risulti il non abuso di sostanze alcoliche e il non uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, rilasciata sulla base di accertamenti clinico-tossicologici le cui modalità sono individuate con decreto del Ministero della Salute, di concerto con il Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti, sentito il Dipartimento per le politiche antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri. Con il medesimo provvedimento sono altresì individuate le strutture competenti ad effettuare gli accertamenti prodromici alla predetta certificazione ed al rilascio della stessa. La predetta certificazione deve essere esibita dai soggetti di cui all'articolo 186-bis, comma I, lettere b), c) e d), e dai titolari dei certificato CFP) o patentino filoviaria, in occasione della revisione o della conferma di validità

delle patenti possedute, nonchè da coloro che siano titolari di certificato professionale di tipo KA o KB, quando il rinnovo di tale certificato non coincida con quello della patente. Le relative spese sono a carico del richiedente.

Comma 3.

L'accertamento di cui ai commi 2 e 2-ter deve risultare da certificazione di data non anteriore a tre mesi dalla presentazione della domanda per sostenere l'esame di guida.

La certificazione deve tenere conto dei precedenti morbosì del richiedente dichiarati da un certificato medico rilasciato dal medico di fiducia.

In riferimento a tali modifiche sono pervenuti a questa Amministrazione numerosi quesiti interpretativi riassumibili nei seguenti punti:

guida;

a) se l'obbligatorietà del certificato medico previsto al comma 2-ter sia immediatamente vigente o meno;

b) se l'obbligatorietà alla presentazione di tale certificazione sia riferita al solo esame di guida per il conseguimento della patente o se invece tale obbligo riguardi eventualmente anche il rinnovo della patente di guida;

c) se sia già in vigore la previsione riguardante la produzione del certificato del medico di fiducia, chi si intenda con tale definizione (se medico di libera scelta o un qualsiasi sanitario), quali sono i precedenti morbosì da certificare e con quali modalità, se vi sia obbligatorietà o meno di produrre tale attestazione;

d) se la certificazione riguardante i precedenti morbosì deve essere prodotta anche per visite effettuate presso la commissione medica locale;

e) quali sono le modalità e limiti di rilascio della certificazione per la guida per i soggetti ultraottantenni.

Su tali punti lo scrivente Ufficio ritiene opportuno esprimere il proprio parere, quale utile elemento di chiarimento.

Stante la formulazione del comma 2-ter dell'articolo 119 appare chiaro che la certificazione prevista deve essere necessariamente acquisita dal medico monocratico ed anche dalla commissione medica locale, quando ne ricorra il caso, in riferimento al rilascio del certificato di idoneità psicofisica alla guida.

Sia la unificazione introdotta dal comma 2-ter sia la certificazione di cui al comma 2 per il conseguimento della patente di guida devono essere redatte in data non antecedente a tre mesi rispetto alla presentazione della domanda di esame, come precisato nel comma 3.

Il rilascio della certificazione utile a riscontrare il non abuso di sostanze alcoliche e il non uso di sostanze stupefacenti deve avvenire sulla base di specifici accertamenti clinico-tossicologici con modalità che saranno puntualmente individuate con la pubblicazione del previsto decreto ministeriale.

Tale unificazione deve inoltre essere acquisita anche in occasione di rinnovo della patente o in sede di revisione delta stessa limitatamente a:

1. possessori di certificato di abilitazione professionale tipo KA e KB;
2. i soggetti di cui all'art 186-bis comma 1, lettere b), c) e d);
3. i soggetti richiedenti revisione a conferma di validità del certificato CFP o patentino filoviario;

nonché in occasione del rinnovo del certificato di abilitazione professionale di tipo KA e KB, nel solo caso in cui tale rinnovo non coincida con il rinnovo della patente di guida.

A norma del comma 4 dell'art. 23 della legge 120/2010, l'obbligo certificativo di cui sopra decorre rispettivamente dopo dodici mesi per i soggetti individuati al punto 1 e dopo sei mesi dall'entrata in vigore del decreto ministeriale, nei restanti casi.

Venendo alle integrazioni introdotte al comma 3 dell'art. 119 del Codice, appare utile preliminarmente chiarire che con le stesse non si è inteso riproporre tal quale il "certificato anamnestico", a suo tempo previsto nel D.L.gs. 285/92 e successivamente eliminato nel D.L.gs. 575/94, ma si è voluto perseguire una migliore e più certa conoscenza sull'esistenza di precedenti morbosità in grado di interferire con la sicurezza alla guida, utilizzando le conoscenze dirette in possesso del medico di fiducia dell'interessato, che devono essere acquisite quale ulteriore elemento di valutazione per il rilascio della certificazione dell'idoneità alla guida.

Appare utile chiarire che al medico di fiducia non viene richiesta una attestazione riguardante tutti i pregressi precedenti morbosità del candidato all'esame di guida, ma, da un punto di vista logico, la sola attestazione riguardante quei precedenti morbosità che nell'attualità possono rappresentare un concreto rischio per la guida e pertanto costituire una necessaria informazione per una migliore e più completa valutazione del possesso dei requisiti di idoneità alla guida.

È superfluo sottolineare che i precedenti morbosità, oggetto di certificazione, devono essere stati accertati dal medico di fiducia sulla base di conoscenze clinico-anamnestiche direttamente acquisite a seguito dello svolgimento di attività di medico curante, anche per aspetti specialistici, svolta nei confronti dell'interessato

in continuità di un rapporto di assistenza (che apparirebbe congruo riportare almeno ad un arco temporale non inferiore all'anno), tale da consentire di poter conoscere precedenti morbose dell'interessato o anche, in assenza di elementi clinico anamnestici di diretto riscontro, di poterne attestare la negatività nell'arco temporale di assistenza prestata in qualità di curante.

Dal momento che l'attestazione in parola ha l'importante funzione di costituire un utile elemento orientativo per il medico monocratico o, nei casi previsti, anche per la CML, che sono tenuti a valutare l'idoneità del soggetto alla guida tenendo nel dovuto conto quanto dichiarato nella attestazione certificata del medico di fiducia, si ribadisce l'utilità della stessa sia nel caso di attestazione dell'esistenza di precedenti morbose pericolosi per la guida, sia anche nel caso di esclusione degli stessi, sulla base di una negatività clinico-anamnestica direttamente conosciuta (non potendo ovviamente essere certificate circostanze che ove semplicemente richieste potrebbero essere state negate o taciute dal proprio paziente)

Fatte salve situazioni in cui il ruolo di medico curante è rivestito da figure specialistiche o è riconducibile a situazioni di rapporto fiduciario personali, stante la funzione di curante di riferimento affidata nell'ambito del servizio sanitario al medico di medicina generale, che la esercita nei confronti di tutti i cittadini che ne effettuino la scelta, si ritiene che, se non in via esclusiva, in via principale la figura del medico di fiducia preposto al rilascio della certificazione inerente i precedenti morbose che possono costituire un rischio per la guida, sia da identificare funzionalmente nel medico di medicina generale, quale medico di assistenza

primaria. In merito alla obbligatorietà di acquisizione da parte del medico monocratico o, nei casi previsti, da parte della CML, del certificato del medico di fiducia attestante i precedenti morbose nel caso di primo rilascio di patente di guida, introdotta dal secondo periodo del comma 3 dell'art. 119 del Codice, si precisa che tale obbligo è entrato in vigore a far data dal 13 agosto 2010, data di entrata in vigore della legge n. 120/2010, non essendo sul punto previsto alcun decreto attuativo.

Al solo scopo di facilitare ed uniformare il rilascio della certificazione, da parte del medico di fiducia, si propone l'utilizzazione del facsimile di modello riportato in appendice.

Infine con riferimento alle novità riguardanti le persone che hanno compiuto gli ottanta anni appare utile precisare – in attesa delle predisposizioni delle linee-guida che dovranno orientare l'operato delle commissioni mediche locali – che per gli stessi il rinnovo della patente di guida può avvenire solo per il tramite della commissione medica locale che, con riferimento alle condizioni psicofisiche presentate dal soggetto, potrà riconoscere, di rinnovo in rinnovo, una idoneità biennale, fatta sempre salva la possibilità di prevedere una minore scadenza sulla base delle condizioni individuali presentate.

Appare evidente pertanto che la modifica normativa introdotta si risolve sul piano pratico in una ridotta validità. nel rinnovo della patente posseduta dai soggetti ultraottantenni, senza alcun limite di età pre-stabilito.

Si certifica, sulla scorta dei dati anamnestici e clinici in mio possesso,

che il Sig./la Sig.ra _____

C. F. _____

da me in cura da più/da meno (cancellare la voce che non interessa) di un anno,

presenta / non presenta (cancellare la voce che non interessa) pregresse condizioni morbose

che possono costituire un rischio attuale per la guida, in riferimento a:

<u>Apparato cardio-circolatorio:</u> (se sì, specificare diagnosi)	SI	NO
<u>Diabete mellito</u>	SI	NO
<u>Sistema endocrino:</u> (se sì, specificare diagnosi)	SI	NO
<u>Sistema neurologico:</u> (se sì, specificare diagnosi)	SI	NO
<u>Patologie psichiche:</u> (se sì, specificare diagnosi)	SI	NO
<u>Epilessia</u>	SI	NO
<u>Condizioni di dipendenza da : alcool / sostanze stupefacenti e psicotrope:</u> (cancellare la voce che non interessa)	SI	NO
<u>Apparato uro-genitale:</u> Insufficienza renale grave	SI	NO
<u>Sangue ed organi emopoietici:</u> Sindromi emofitiche, linfomi o leucemie in trattamento (specificare)	SI	NO
<u>Apparato osteo-articolare:</u> gravi alterazioni anatomiche o funzionali	SI	NO
<u>Organi di senso:</u> gravi patologie visive evolutive	SI	NO

Data

Timbro del Medico

(con indicazione eventuale specializzazione posseduta
e numero regionale se medico di assistenza primaria)

Firma del Medico

Controlli sulle assenze: sproporzionato il licenziamento

È stata inviata dalla FNOMCeO una nota al senatore. Carlo Vizzini, presidente della Commissione Affari Costituzionali del Senato, ove è in discussione il disegno di legge n. 2243 recante “Disposizioni in materia di semplificazione dei rapporti della Pubblica amministrazione con cittadini e imprese e delega al Governo per l’emanazione della Carta dei doveri delle amministrazioni pubbliche e per la codificazione in materia di pubblica amministrazione”. Il disegno di legge, già approvato in prima lettura dalla Camera che all’art. 39 reca disposizioni in materia di “Interpretazione autentica dell’articolo 55-quinques del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165” – False attestazioni e certificazioni. La FNOMCeO ha chiesto di emendare l’art. 55-septies, comma 4, del D.Lgs. 165/01 e successive modificazioni e integrazioni che, allo stato attuale, dispone la sanzione del licenziamento per i medici in rapporto convenzionale con le aziende sanitarie locali in caso di inosservanza reiterata agli obblighi di trasmissione per via telematica della certificazione medica. Questo il testo della nota:

Illustre Presidente,
in ordine alla nota del 13 settembre 2010 di codesta Commissione si rileva quanto segue.

Come è noto durante l’iter parlamentare del provvedimento indicato in oggetto la Commissione Affari Costituzionali della Camera dei Deputati ha approvato un emendamento presentato dal relatore on. Orsini (PDL) che ha introdotto un articolo aggiuntivo recante

“Interpretazione autentica dell’articolo 55-quinques del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165” — False attestazioni o certificazioni.

L’art. 39 del disegno di legge n. 2243 dispone:

1. “Il secondo periodo del comma 3 dell’art. 55-quinques del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, si interpreta nel senso che le sanzioni disciplinari ivi indicate si applicano se il medico, in relazione all’assenza del servizio, violando gli obblighi connessi alla prestazione lavorativa o venendo meno al dovere di organizzare l’assistenza in maniera efficiente ed efficace, rilascia certificazioni attestanti dati clinici non desunti da visita effettuata in coerenza con la buona pratica medica”.

Il secondo periodo del comma 3 dell’art. 55-quinques sopra richiamato dispone che “le medesime sanzioni disciplinari si applicano se il medico, in relazione all’assenza dal servizio, rilascia certificazioni che attestano dati clinici non direttamente constatati né oggettivamente documentati”.

Pertanto, con l’approvazione dell’emendamento sopracitato, è stato recepito all’interno di un disegno di legge di iniziativa governativa quanto già affermato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica - nella circolare n. 5 del 2010, emanata anche a seguito delle istanze di questa Federazione, concernente “art. 55 quinques del D.Lgs. 165/01 (introdotto dal D.Lgs. 150 del 2009) - assenze dal servizio dei pubblici dipendenti - responsabilità e sanzioni per i medici “ - ove si specifica con riferi-

*Chiesta
la modifica
delle sanzioni
per l’inosservanza
dell’obbligo
di trasmissione
dei certificati
per via telematica*

mento all'ultimo periodo del comma 3 dell'art. 55-quinquies del D.Lgs. 165/01 e successive modificazioni e integrazioni, che la finalità della previsione normativa, è di evitare che siano rilasciati certificati o attestati di malattia senza aver valutato le condizioni del paziente nel corso di una visita e che siano formulate diagnosi e prognosi non coerenti con la buona pratica clinica. Quindi, l'applicazione della disposizione deve tener conto delle regole proprie della pratica medica, che consentono di formulare diagnosi e prognosi anche per presunzione sulla base di dati riscontrati o semplicemente acquisiti durante la visita.

Nell'applicazione della norma, pertanto, è rilevante la circostanza che i dati clinici siano stati o meno desunti da visita. In sostanza, in base a questa norma, la responsabilità del medico, con l'applicabilità delle sanzioni indicate, ricorrerà quando lo stesso rilascia attestati o certificati attestanti dati clinici non desunti da visita in coerenza con la buona pratica medica. Per gli aspetti penali, rimane comunque ferma la disciplina generale di cui agli artt. 476 ss. del c.p. sulla falsità in atti.

Ciò non toglie che a parere della FNOMCeO l'art. 39 del disegno di legge attualmente in discussione necessiterebbe di ulteriori modifiche con riferimento specifico all'apparato sanzionatorio introdotto dall'art. 55-septies del D.Lgs. 165/01 e successive modificazioni e integrazioni relativamente alla inosservanza agli obblighi di trasmissione per via telematica della certificazione medica.

Come è noto, attualmente il sistema di trasmissione telematica e la mancanza della possibilità di certificare al bisogno in alternativa in cartaceo, in caso di indisponibilità anche temporanea del sistema, rischia di esporre il medico a sanzioni troppo gravi ed ingiustificate. La sanzione del licenziamento in caso di inosservanza agli obblighi di

trasmissione per via telematica della certificazione medica appare del tutto sproporzionata in relazione all'oggettiva gravità del fatto; dovrebbero peraltro essere considerate le particolari circostanze in cui sia stata commessa l'eventuale inosservanza.

In primo luogo la FNOMCeO ritiene auspicabile una modifica legislativa che eviti la sanzione a priori del licenziamento, riconducendo l'irrogazione e la tipologia delle sanzioni alla normale prassi disciplinare. In subordine qualora non si volesse modificare l'impianto sanzionatorio introdotto dal D.Lgs. 150/09 ritenuto iniquo dalla scrivente Federazione potrebbe essere presa in considerazione la seguente proposta emendativa.

All'art. 39 comma 1 aggiungere il seguente comma 2:

2- Il comma 4 dell'art. 55 septies del D.Lgs. 165 del 2001 viene così modificato: "L'inosservanza degli obblighi di trasmissione per via telematica della certificazione medica concernente assenze di lavoratori per malattia di cui al comma 2 costituisce illecito disciplinare e, in caso di reiterazione, comporta l'applicazione della sanzione del licenziamento ovvero, per i medici in rapporto convenzionale con le aziende sanitarie locali, della decadenza dalla convenzione, in modo inderogabile dai contratti o accordi collettivi.

La sanzione verrà applicata, a seguito di procedimento disciplinare ai sensi dei vigenti ACN, nei casi di dolo o colpa grave, nel rispetto dei principi di proporzionalità e adeguatezza tra illecito e sanzione.

Le Aziende Sanitarie, con proprio provvedimento, su indicazione delle Regioni, definiscono le eventuali situazioni, che, per ragioni tecnologiche o organizzative, non consentono la trasmissione telematica, anche prevedendo, in via temporanea, i volumi di flusso cartaceo".

Amedeo Bianco

CORSO FAD BLENDED – GOVERNO CLINICO

Al via mercoledì 15 dicembre il corso FAD sul Governo Clinico

La parola d'ordine è ancora una volta, **“Qualità delle cure”**. Sarà il Governo clinico - la strategia per il miglioramento continuo dei servizi sanitari, nella quale hanno un ruolo centrale i professionisti - il protagonista del programma di formazione che la FNOMCeO mette a disposizione di tutti i Medici e gli Odontoiatri italiani.

Partirà, infatti il 15 dicembre 2010, il corso ECM, erogato prevalentemente in modalità FAD (Formazione a distanza), sui vari aspetti del Governo Clinico, promosso in collaborazione con il Ministero della Salute e con L'IPASVI (la federazione dei Collegi degli Infermieri). Il progetto si articolerà in tre step successivi.

Il primo verterà sulla **Root Cause Analysis**, una metodologia per l'identificazione delle cause profonde degli eventi avversi e degli eventi “sentinella”, quelli sottoposti a un sistema di monitoraggio e sorveglianza dal Ministero della Salute. La seconda parte del corso, che sarà *on line* da febbraio, avrà come protagonista l'**Audit clinico**, che è il vero “metro” per misurare la qualità dell'assistenza sanitaria: un processo nel quale i Medici, gli Odontoiatri, gli Infermieri effettuano una revisione regolare e sistematica della propria pratica clinica e, ove necessario, la modificano.

Il percorso formativo si concluderà con una sezione dedicata al Governo Clinico nella sua accezione più ampia.

Il corso sulla Root Cause Analysis potrà, da febbraio essere organizzato dagli Ordini anche in modalità residenziale.

Con questo nuovo progetto, la FNOMCeO conta di aggiornare, in maniera sistematica e con *standard* uniformi, almeno quarantamila tra Medici e Odontoiatri: tanti sono, infatti, gli Iscritti agli Albi che hanno partecipato - per tre quarti in modalità FAD e per un quarto residenziale - al corso **Sicure**, sulla **“Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico”**

“L'opera di alfabetizzazione in tema di “risk management” dei professionisti della salute - afferma il presidente della FNOMCeO, Amedeo Bianco - è un impegno prioritario, sancito, anche all' articolo 14, dal nostro Codice di Deontologia”.

“Il risk management - continua Bianco - è un obbligo etico e deontologico e riteniamo che tutti i medici debbano possedere gli strumenti culturali e pratici per padroneggiarlo”.

“La formazione del medico - commenta il referente della FNOMCeO per il corso, il Presidente di Udine Luigi Conte - è sempre più un processo “long life” continuo e integrato che parte dagli studi universitari e si conclude con il termine della vita professionale attiva. L'obiettivo è la costruzione di quel “medico di qualità” che è la condizione necessaria per la qualità delle cure”.

Al Corso sono stati attribuiti 12 crediti formativi.

Per accedere alla piattaforma tecnologica è necessario consultare il sito della FNOMCeO: www.fnomceo.it”

Il collocamento in riposo dei dirigenti medici del SSN

Nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 262 del 9 novembre 2010 – Supplemento Ordinario n. 243 – è stata pubblicata la legge n. 183 recante “Deleghe al Governo in materia di lavori usuranti, di riorganizzazione di enti, di congedi, aspettative e permessi, di ammortizzatori sociali, di servizi per l’impiego, di incentivi all’occupazione, di apprendistato, di occupazione femminile, nonché misure contro il lavoro sommerso e disposizioni in tema di lavoro pubblico e di controversie di lavoro”.

Il provvedimento, che entra in vigore il 24 novembre 2010, tra l’altro all’art. 22 reca norme in materia di età pensionabile dei dirigenti medici del Servizio sanitario nazionale, prevedendo il collocamento a riposo su iniziativa dell’interessato al compimento di 40 anni di servizio effettivo, con il limite del settantesimo anno di età. Nella fattispecie l’art. 22 dispone: «1. Al comma 1 dell’articolo 15-nonies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, le parole: «dirigenti medici del Servizio sanitario nazionale» sono sostituite dalle seguenti: «dirigenti medici e del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale» e le parole: «fatta salva l’applicazione dell’articolo 16 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 503» sono sostituite dalle seguenti: «ovvero, su istanza dell’interessato, al maturare del quarantesimo anno di servizio effettivo. In ogni caso il limite massimo di permanenza non può superare il settantesimo anno di età e la permanenza in servizio non può dar luogo ad un aumento del numero dei dirigenti».

Al comma 1 dell’articolo 16 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 503, e successive modificazioni, è aggiunto, in fine, il seguente periodo: «I dipendenti in aspettativa non retribuita che ricoprono cariche elettive presentano la domanda almeno novanta giorni prima del compimento del limite di età per il collocamento a riposo».

Le disposizioni di cui al comma 1 dell’articolo 15-nonies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal comma 1 del presente articolo, si applicano anche ai dirigenti medici e del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale in servizio alla data del 31 gennaio 2010”.

Si evidenzia inoltre che altra disposizione di particolare rilevanza è quella contenuta nell’art. 25 che reca invece norme in materia di certificati di malattia e recita: “Al fine di assicurare un quadro completo delle assenze per malattia nei settori pubblico e privato, nonché un efficace sistema di controllo delle stesse, a decorrere dal 1° gennaio 2010, in tutti i casi di assenza per malattia dei dipendenti di datori di lavoro privati, per il rilascio e la trasmissione della attestazione di malattia si applicano le disposizioni di cui all’articolo 55-septies del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”.

Come è noto l’art. 55 septies del D.Lgs. 165/01 e successive modificazioni e

*È previsto
su iniziativa
dell’interessato
dopo 40 anni
di servizio
effettivo
ma col limite
dei 70 anni*

integrazioni prevede l'obbligo di trasmissione per via telematica della certificazione medica concernente assenze di lavoratori per malattia. Si ricorda che il nuovo regime di trasmissione telematica dei certificati riguarda i medici dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale, i medici convenzionati con il servizio (di medicina generale, specialisti e pediatri di libera scelta), nonché i medici liberi professionisti.

La violazione dell'obbligo di trasmissione in via telematica è sanzionata dalla legge e dagli accordi collettivi per i medici dipendenti del servizio sanitario nazionale e i medici che lavorano in convenzione. Invece, come chiarito dalla Circolare n. 2 del 2010 della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica - il mancato utilizzo della modalità telematica non è specificatamente sanzionato per i medici liberi professionisti.

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.

L'applicazione dell'IRAP agli studi dei medici di medicina generale

La Corte di Cassazione ha delineato un importante principio in tema di applicazione dell'IRAP a carico dei medici di medicina generale convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale, evidenziando che, la disponibilità di uno studio avente le caratteristiche e dotato delle attrezzature indicate dall'Accordo collettivo nazionale di categoria, rientra nell'ambito del "minimo indispensabile" per l'esercizio dell'attività professionale, attesa l'obbligatorietà di tale disponibilità ai fini dell'instaurazione e del mantenimento del rapporto convenzionale, e, pertanto, non integra, di per sé il requisito dell'autonoma organizzazione ai fini del presupposto impositivo del tributo.

Pubblichiamo la sentenza della Cassazione Civile - (Sez. V, Sent. n. 11533 del 12.05.2010).

Svolgimento del processo Motivi della decisione

Ai sensi dell'art. 380 bis cod. proc. civ., è stata depositata in cancelleria la seguente relazione:

Agenzia delle entrate propone ricorso per Cassazione avverso la sentenza della Commissione tributaria regionale del Veneto n. 6/31/07, depositata il 25 settembre 2007, con la quale, accogliendo l'appello di R.U., medico di base convenzionato con il S.s.n., gli è stato riconosciuto il diritto al rim-

borso dell'IRAP versata per il 1998: in particolare, il giudice a quo, ha affermato che il contribuente ha utilizzato beni mobili "costituiti dall'automobile e da piccoli arredi ed attrezzature ambulatoriali", ed ha corrisposto "occasional compensi a terzi", "di modestissima entità" (Euro 2792,00).

Il contribuente resiste con controrricorso.

Con i due motivi di ricorso, si denuncia la violazione della normativa istitutiva dell'IRAP ed il vizio di motivazione e si chiede a questa Corte se il possesso di uno studio medico, provvisto di personale dipendente, e rispondente ai requisiti di cui al D.P.R. n. 270 del 2000, art. 22, cioè dotato degli arredi e delle attrezzature indispensabili per l'esercizio della medicina generale nonchè per la convenzione con il SSN, costituisca indice di autonoma organizzazione del medico generico convenzionato con il SSN e, pertanto, assuma rilevanza ai fini dell'assoggettamento all'IRAP. 3. Il ricorso appare manifestamente infondato.

L'art. 22 dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale (reso esecutivo con il D.P.R. 28 luglio 2000, n. 270), richiamato dalla ricorrente, dopo aver affermato che "lo studio del medico di assistenza primaria è considerato presidio del Servizio sanitario nazionale e concorre, quale bene strumentale e professionale del

*Riconosciuto
il diritto
al rimborso
del tributo
richiesto
a un medico
convenzionato
col SSN*

medico, al perseguimento degli obiettivi di salute del Servizio medesimo “, prevede che “ai fini dell’instaurazione e del mantenimento del rapporto convenzionale di assistenza primaria (....), ciascun medico deve avere la disponibilità di almeno uno studio professionale nel quale esercitare l’attività convenzionata” (comma 1), che detto studio “deve essere dotato degli arredi e delle attrezzature indispensabili per l’esercizio della medicina generale, di sala di attesa adeguatamente arredata, di servizi igienici, di illuminazione e areazione idonea, ivi compresi idonei strumenti di ricezione delle chiamate” (comma 2), e, infine, che “detti ambienti possono essere adibiti o esclusivamente ad uso di studio medico con destinazione specifica o anche essere inseriti in un appartamento di civile abitazione, con locali appositamente dedicati” (comma 3).

Ciò posto, a prescindere dalla questione generale della rilevanza del possesso di uno “studio” da parte di un professionista ai fini della configurabilità dell’autonoma organizzazione e quindi dell’assoggettamento all’IRAP, sembra evidente che, per i medici di medicina generale convenzionati con il Servizio sanitario nazionale, la disponibilità dello studio, dotato delle caratteristiche e delle attrezzature indicate nella norma citata, rientra nell’ambito del “minimo indispensabile” per l’esercizio dell’attività professionale, attesa l’obbligatorietà di tale disponibilità ai fini dell’instaurazione e del mantenimento del rapporto convenzionale. Quanto, poi, alla asserita presenza di personale dipendente, il giudice a quo ha affermato, come detto sopra, che trattasi di compensi di modestissima entità per prestazioni occasionali e tale accertamento non è oggetto di adeguata censura.

In conclusione, si ritiene che il ricorso possa essere deciso in camera di consiglio per manifesta infondatezza”;

che la relazione è stata comunicata al pubblico ministero e notificata agli avvocati delle parti; che non sono state presentate conclusioni scritte da parte del p.m., mentre ha depositato memoria il controricorrente.

Considerato che il Collegio, a seguito della discussione in camera di consiglio, condivide i motivi in fatto e in diritto esposti nella relazione e, pertanto, deve essere affermato il principio di diritto secondo il quale, in tema di IRAP, per i medici di medicina generale convenzionati con il Servizio sanitario nazionale, la disponibilità di uno studio, avente le caratteristiche e dotato delle attrezzature indicate nell’art. 22 dell’Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, reso esecutivo con D.P.R. 28 luglio 2000, n. 270, rientra nell’ambito del “minimo indispensabile” per l’esercizio dell’attività professionale, attesa l’obbligatorietà di tale disponibilità ai fini dell’instaurazione e del mantenimento del rapporto convenzionale, e, pertanto, non integra, di per sé, in assenza di personale dipendente, il requisito dell’autonoma organizzazione ai fini del presupposto impositivo del tributo;

che, in conclusione, il ricorso deve essere rigettato;

che sussistono giusti motivi, in considerazione della novità della questione, per disporre la compensazione delle spese del presente giudizio di legittimità.

P.Q.M.

La Corte rigetta il ricorso e compensa le spese.

Incontro a Sassari nella sede dell'Ordine

Ruolo del medico competente e rapporti con lo SPRESAL

Il 25 novembre, organizzato dall'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari su proposta dello Spresal, nella sala conferenze dell'Ordine, si è svolto un incontro tra Medici dello Spresal di Sassari e Medici Competenti operanti nel territorio della ASL di Sassari.

Il tema era quello del "Ruolo del Medico Competente e rapporti con il Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro della ASL", per trattare della vasta problematica inerente la medicina del lavoro, la non facile interpretazione della normativa, gli adempimenti ad essa connessi, che costituiscono da sempre motivo di discussione.

Hanno salutato i colleghi intervenuti il presidente dell'Ordine Agostino Sussarellu ed il tesoriere Nicola Addis, che hanno sottolineato che l'incontro si svolgeva all'Ordine dei Medici, quindi un incontro tra colleghi, che pur essendo impegnanti in funzioni diverse, hanno lo scopo unico di garantire la salute e la sicurezza dei lavoratori.

Quindi la responsabile dello SPRESAL, dottoressa Teresa Marras, ha suggerito alcuni adempimenti quali l'indicazione oltre che la denominazione esatta delle aziende seguite anche quello dei comparti e anche, se possibile l'indicazione del Codice ATECO.

Ha inoltre invitato a formulare le proposte in merito a futuri incontri,

auspicati, tra Spresal e Medici Competenti. È seguito un interessante e costruttivo dibattito, in cui sono intervenuti quasi tutti i partecipanti, su aspetti inerenti la professione, le visite mediche dei lavoratori.

Si è inoltre evidenziata la necessità di estendere la sorveglianza sanitaria dei lavoratori ad un maggior numero di aziende, per garantire la prevenzione delle patologie.

Nicola Addis

**Una nota al ministro
Gli specialisti
in igiene e medicina
preventiva
o medicina legale
possono svolgere
le funzioni di
medico competente?**

Una nota è stata inviata dalla Federazione al Ministro della Salute, Ferruccio Fazio, in ordine ad una corretta applicazione dell'art. 38 del D.Lgs. 81/08 e successive modificazioni e integrazioni con riferimento specifico alla possibilità dei medici specializzati in igiene e medicina preventiva o in medicina legale in data successiva all'entrata in vigore del D.Lgs. 81/08 di poter svolgere le funzioni di medico competente nelle more della emanazione del decreto di cui al

*Esame delle
problematiche
della medicina
del lavoro e delle
interpretazioni
delle normative*

comma 2 del sopracitato art. 38 e di stabilire se essi abbiano titolo ai fini della iscrizione nell'elenco nazionale dei medici competenti e nei relativi elenchi provinciali dei medici competenti e ciò anche alla luce dei numerosi ricorsi amministrativi presentati dagli stessi.

Pubblichiamo il testo della nota.

Illustre Ministro,

l'art. 38, comma 1, lett d) del D.L.gs. 81/08 e successive modificazioni e integrazioni recante "Titoli e requisiti del medico competente" prevede che uno dei titoli necessari per svolgere le funzioni di medico competente sia il possesso della specializzazione in igiene e medicina preventiva o in medicina legale.

Al tempo stesso però il comma 2 dispone che i medici in possesso della specializzazione in igiene e medicina preventiva o in medicina legale sono tenuti a frequentare appositi percorsi formativi universitari da definire con apposito decreto del Ministero dell'università e della ricerca di concerto con il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali.

Tali medici nel caso in cui, alla data

di entrata in vigore del presente decreto, svolgano le attività di medico competente o dimostrino di avere svolto tali attività per almeno un anno nell'arco dei tre anni anteriori all'entrata in vigore del presente decreto legislativo, sono abilitati a svolgere le medesime funzioni.

A tal fine sono tenuti a produrre alla Regione attestazione del datore di lavoro comprovante l'espletamento di tale attività.

Pertanto, stante quanto su esposto, viste le numerose richieste pervenute a questa Federazione e agli Ordini provinciali da parte dei medici sopracitati e considerati i ricorsi amministrativi avanzati dagli stessi, si chiede di chiarire se nelle more della emanazione dello decreto di cui sopra gli specializzati in igiene e medicina preventiva e in medicina legale in data successiva all'entrata in vigore del decreto legislativo n. 81/08 possano svolgere le funzioni di medico competente e quindi se essi abbiano titolo ai fini della iscrizione nell'elenco nazionale dei medici competenti e negli elenchi provinciali dei medici competenti.

SITO WEB DELL'ORDINE:

www.omceoss.org

E-MAIL DELL'ORDINE:

ordine@omceoss.org

Servizio di sorveglianza sanitaria

No alle gare d'appalto al ribasso

Il Ministero della Salute ha accolto le sollecitazioni della Federazione (rivolte anche ai Ministeri del lavoro e della Pubblica Amministrazione) sul problema delle gare di appalto al ribasso per il servizio di sorveglianza sanitaria. Sulla base della risposta del Ministero tutti gli Ordini provinciali sono tenuti nell'ambito della propria competenza territoriale a vigilare e a intervenire qualora enti locali, pubbliche amministrazioni e aziende continuino a indire gare al ribasso aventi per oggetto prestazioni sanitarie mediche.

Questo il testo della nota inviata ai ministri Fazio, Sacconi e Brunetta.

Illustri Ministri,

questa Federazione che è un ente pubblico esponenziale dell'intera categoria medica ha espresso a più riprese forti elementi di criticità in ordine alla prassi consolidata di indire gare di appalto al ribasso per l'affidamento del c.d. "servizio di sorveglianza sanitaria" di cui all'art. 41 dei D.Lgs. 81/08 e successive modificazioni e integrazioni".

Si rileva innanzitutto che nell'ambito del nuovo sistema di prevenzione disegnato dal D.Lgs. 81/08 e successive modificazioni e integrazioni ruolo preminente, anche ai fini della valutazione dei rischi e delle interferenze e ai fini della attuazione dei modelli di organizzazione e gestione della sicurezza, è assegnato al medico competente. Il medico competente

svolge funzioni di integrazione del sistema organizzativo complessivo della "sicurezza" dei luoghi di lavoro, essendo titolare di obblighi anche "operativi" e fondamentali nella gestione integrata del "sistema sicurezza".

Le preoccupazioni di questa Federazione rivestono esplicitamente aspetti di carattere deontologico, professionale e correlativamente di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

Giova infatti rilevare che appare discutibile che le prestazioni professionali del medico competente siano equiparate ad un servizio; al tempo stesso in ordine a tale pressa si sottolinea che il D.Lgs. 163106 recante "Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture" prevede all'art. 2, comma 2, che il principio di economicità possa comunque essere derogato ove si tratti di materia inerente alla tutela della salute.

L'indizione di bandi di gara al ribasso per il "servizio di sorveglianza sanitaria" da parte di imprese private e di pubbliche amministrazioni si pone di conseguenza in contrasto con l'elaborazione di corrette procedure per l'adozione e la efficace attuazione di modelli di organizzazione e gestione della sicurezza nei luoghi di lavoro.

Questa Federazione ritiene che l'utilizzo del criterio del prezzo più basso in luogo dell'offerta più qualificata comporta il rischio di scelte che

*Accolte
le richieste
della Federazione:
la procedura
non è consentita*

vanno a scapito della qualità della prestazione professionale e correlativamente della sicurezza e tutela della salute nei luoghi di lavoro.

Si rileva peraltro che nella gran parte dei bandi al ribasso indetti da imprese e da pubbliche amministrazioni sia già contenuto il protocollo sanitario da applicare e ciò in violazione della normativa vigente che prevede che sia il medico competente, che collabora con il datore di lavoro ai fini della valutazione dei rischi, a determinare il relativo protocollo di sorveglianza sanitaria finalizzato alla tutela dello stato di salute e sicurezza dei lavoratori, in relazione all'ambiente di lavoro, ai fattori di rischio professionali e alle modalità di svolgimento dell'attività lavorativa.

Si precisa inoltre che nei singoli contratti di appalto, subappalto e somministrazione debbano essere specificamente indicati, a pena di nullità, i costi relativi alle misure adottate per eliminare o ridurre al minimo i rischi derivanti dalle interferenze delle lavorazioni e che tali costi non debbano essere soggetti a ribasso.

Con riferimento alle gare di appalto per il servizio di sorveglianza sanitaria e i relativi connessi aspetti deontologici si precisa che l'art. 54, comma 1, del codice di deontologia medica prevede che "nell'esercizio libero professionale, fermo restando il principio dell'intesa diretta tra medico e cittadino e nel rispetto del decoro professionale, l'onorario deve essere commisurato alla difficoltà, alla complessità e alla qualità della prestazione, tenendo conto delle competenze e dei mezzi impegnati".

La disposizione di cui sopra deve poi essere posta in correlazione con l'art. 70 dello stesso codice che reca norme in materia di qualità delle prestazioni e dispone che "il medico di-

pendente o convenzionato debba esigere da parte della struttura in cui opera ogni garanzia affinché le modalità del suo impegno non incidano negativamente sulla qualità e l'equità delle prestazioni nonché sul rispetto delle norme deontologiche. Il medico deve altresì esigere che gli ambienti di lavoro siano decorosi e adeguatamente attrezzati nel rispetto dei requisiti previsti dalla normativa compresi quelli di sicurezza ambientale. Il medico non deve assumere impegni professionali che comportino eccessi di prestazioni tali da pregiudicare la qualità della sua opera professionale e la sicurezza del malato".

Si rileva quindi che la fattispecie indicata in oggetto, oltre a creare un conflitto tra norme giuridiche e norme deontologiche, appare lesiva dell'interesse primario e costituzionalmente rilevante della tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

Pertanto, stante quanto suesposto, si chiede l'intervento della S.V. al fine di una attenta riflessione in ordine ad una prassi consolidata, di indire gare di appalto

al ribasso per il c.d. "servizio di sorveglianza sanitaria", che, violando gli aspetti deontologici, pone una serie minaccia ad una efficace attività di prevenzione sui luoghi di lavoro.

Riteniamo infine che i delicati temi sollevati rendono assolutamente necessaria la costituzione, in pieno spirito collaborativo, di un tavolo tecnico sulle modalità e procedure di affidamento degli incarichi di "sorveglianza sanitaria" nei luoghi di lavoro che dovrebbe vedere coinvolti rappresentanti della Presidenza del Consiglio dei Ministri-Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione, del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, del Ministero della Salute e della FNOMCeO al fine di conseguire

una efficiente rete di servizi professionali ed una efficace tutela del diritto alla sicurezza dei lavoratori.

La risposta del Ministero

Gli Enti devono vigilare e valutare se le offerte sono adeguate

Con riferimento alla richiesta in oggetto, di apertura di un tavolo tecnico, pur manifestando al riguardo ampia disponibilità, si rappresenta tuttavia che gli aspetti attinenti ai costi in materia di salute e sicurezza sul lavoro non soggetti a ribasso, riferibili anche ad appalti del servizio di sorveglianza, risultano già chiaramente disciplinati dall'articolo 26 comma 5 del Dlgs 81/2008.

In particolare nella predisposizione di gare d'appalto il comma 6 del sopra citato articolo dispone che gli enti sono tenuti in ogni caso a valutare che il valore economico sia adeguato rispetto al costo del lavoro e al costo relativo alla sicurezza e che, rispetto all'entità e alle caratteristiche dei lavori, dei servizi o delle forniture, tale costo sia congruo rispetto ai valori economici previsti dalla contrattazione collettiva dello specifico settore o, in mancanza, dal contratto collettivo del settore più vicino.

Ne consegue che i compensi dei sanitari che dovranno assicurare il servizio oggetto della gara d'appalto non possono subire ribassi tali da renderli non in linea con i compensi previsti

dal contratto collettivo nazionale di lavoro di riferimento, con relativa salvaguardia anche del decoro professionale.

Altrettanto inequivocabile, a tutela della qualità delle prestazioni, risulta essere la condizione che i protocolli sanitari da applicare nell'ambito della sorveglianza sanitaria sono stabiliti dal medico incaricato di assicurare tale prestazione (sia esso dipendente o collaboratore di una struttura pubblica o privata o libero professionista) in funzione sia dei rischi specifici, sia degli indirizzi scientifici più avanzati, stante al riguardo le previsioni della lettera b del comma 1 dell'articolo 25 del decreto 81/2008.

Ulteriori elementi chiarificatori possono essere tratti anche dalla determinazione dell'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture n.512008 del 8 ottobre 2008.

Tale determinazione, avente come oggetto l'utilizzo del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa negli appalti di lavori pubblici, con riferimento al ribasso nelle gare d'appalto prevede testualmente che : "Il criterio del prezzo più basso può reputarsi adeguato al perseguimento delle esigenze dell'Amministrazione quando l'oggetto del contratto non sia caratterizzato da un particolare valore tecnologico o si svolga secondo procedure largamente standardizzate."

Da quanto sopra riportato appare evidente che il c.d. "servizio di sorveglianza sanitaria" non può essere oggetto di gare di appalto al ribasso da parte di pubbliche Amministrazioni se non altro per le caratteristiche intrinseche di non standardizzazione del servizio stesso.

Le procedure per l'elezione del Comitato d'indirizzo

In conformità alle indicazioni del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, pervenute alla Fondazione con nota del 28/09/2010 prot. n. 24/11/18689, la Giunta Esecutiva O.N.A.O.S.I., ai sensi dell'art. 25 dello Statuto, con atto deliberativo n. 256 del 20.10.2010 ha attivato le procedure elettorali per l'elezione del Comitato di Indirizzo della Fondazione.

La presentazione delle liste dei candidati dovrà avvenire inderogabilmente entro il 12 gennaio 2011. Il materiale di voto sarà inviato agli aventi diritto entro il 15 febbraio 2011. La scheda contenente l'espressione di voto dovrà pervenire alla Fondazione entro e non oltre le ore 13.00 del 23 marzo 2011.

Della attivazione e delle procedure elettorali è data notizia, oltre che sul sito www.onaosi.it, anche mediante

comunicazione alle Federazioni Nazionali e alle Organizzazioni sindacali ammesse alla contrattazione per il rinnovo del CCNL della dirigenza medica veterinaria e della dirigenza sanitaria del SSN per il biennio 2008/2009 (ARAN) e di quelle ammesse alla contrattazione per il rinnovo della Convenzione di Medicina Generale, di Pediatria di libera scelta e specialistica ambulatoriale per il biennio 2008/2009 (SISAC), nonché con manifesti da inviare, per l'affissione nelle rispettive sedi, alle Pubbliche Amministrazioni tenute agli adempimenti relativi alla contribuzione obbligatoria alla Fondazione. È stato inoltre diffuso un manifesto, che riporta informazioni, con invito a voler disporre l'affissione presso le sedi degli Ordini e a dare, in ogni caso, la massima e capillare diffusione fra gli iscritti.

Aristide Paci

*La presentazione
delle liste
dei candidati
entro il
12 gennaio*

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 disagi non soltanto all'Ente ma anche e in particolare agli interessati.

Informazioni su contributi, redditi, riscatti e pensioni

Quota B - redditi professionali 2009

Il 31 luglio è scaduto il termine di presentazione del modello D. L'invio oltre tale termine prevede l'applicazione di una sanzione in misura fissa pari a euro 120,00.

Mancato ricevimento modello D personalizzato. Coloro che non sono in possesso del modello D personalizzato, possono utilizzare il "modello D generico" disponibile sul sito internet www.enpam.it, presso la sede dell'E.N.P.A.M. in Roma, via Torino n. 98 (II piano) o presso l'Ordine provinciale di appartenenza.

Ricevimento del bollettino MAV. Coloro che hanno inviato la dichiarazione (modello D) entro il 31 luglio riceveranno il bollettino MAV precompilato con scadenza 31 ottobre. Coloro che, invece, hanno presentato tale dichiarazione successivamente al 31 luglio dovranno attendere il bollettino MAV che potrà avere una scadenza diversa.

Pagamento del contributo. Il pagamento dovrà essere effettuato non oltre il termine indicato sul bollettino MAV precompilato e dovrà essere effettuato in unica soluzione, non sono ammesse rateazioni. Il bollettino MAV è pagabile presso qualsiasi Istituto di Credito o Ufficio postale.

Mancato ricevimento del bollettino MAV. La mancata ricezione del bollettino MAV non esonera dall'obbligo del versamento. In tal caso è necessario contattare il numero verde della Banca Popolare di Sondrio 800.24.84.64 e chiedere un duplicato.

Utenti registrati. Gli utenti registrati presso il portale www.enpam.it possono stampare dall'Area riservata il duplicato dei bollettini già emessi a loro carico. In questo caso il pagamento potrà essere effettuato esclusivamente presso gli Istituti di credito oppure utilizzando le procedure on-line.

Sanzioni per il ritardato pagamento. Il vigente regime sanzionatorio, in caso di pagamento dei contributi oltre il termine regolamentare, prevede:

- una sanzione in misura fissa pari all'1% del contributo, qualora il versamento sia effettuato entro 90 giorni dalla scadenza (entro il 29 gennaio 2011);
- qualora il versamento sia effettuato oltre tale termine, una sanzione, in ragione d'anno, pari al Tasso Ufficiale di Riferimento (T.U.R.) maggiorato di 5,5 punti, fino ad un importo massimo pari al 70% del contributo.

Contribuzione ridotta. La richiesta di contribuzione ridotta presso il Fondo della Libera Professione Quota B deve essere presentata entro il 31 luglio 2010 dagli iscritti in possesso di altra copertura previdenziale obbligatoria ovvero dai titolari di trattamento pensionistico obbligatorio.

Perdita del diritto alla contribuzione ridotta. In caso di perdita del diritto alla contribuzione ridotta l'iscritto deve dare comunicazione all'E.N.P.A.M. tramite il modello D indicando la data in cui sono venute meno le condizioni di accesso.

Opzione contribuzione intera. Gli iscritti già ammessi alla contribuzione ridotta possono optare per il versamento del contributo nella misura intera del 12,50%. Tale opzione non è revocabile.

Terremoto Abruzzo

Ulteriore sospensione dei termini di versamento. Ai sensi del comma 3, dell'art. 39 del Decreto Legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito con Legge 30 luglio 2010 n. 122, la sospensione del versamento dei contributi previdenziali ed assistenziali è stata ulteriormente prorogata fino al 15 dicembre 2010 esclusivamente nei confronti dei soggetti di cui all'articolo 1, comma 1, dell'Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri del 30 dicembre 2009, n. 3837, titolari di redditi di impresa o di lavoro autonomo, con volume d'affari non superiore a 200.000 euro.

Riscatti. Versamento di un acconto

Gli iscritti che hanno presentato domanda di riscatto e sono in attesa di ricevere il prospetto di calcolo possono effettuare il versamento di un acconto, entro e non oltre il 15 dicembre 2010 mediante bonifico bancario sul conto corrente acceso presso la Banca Popolare di Sondrio IT06 K 05696 03200 000017500X50 intestato alla Fondazione E.N.P.A.M.

Nella causale del bonifico indicare cognome e nome, codice E.N.P.A.M., tipologia del riscatto, Fondo sul quale è stato richiesto il riscatto e su cui sarà accreditato il versamento.

La copia della ricevuta del bonifico dovrà essere trasmessa entro e non oltre il 15 gennaio 2010 al seguente numero di fax 06.48.294.978.

Classe medica 1945

Trattamento ordinario del Fondo di Previdenza Generale. Ai sensi del vigente Regolamento del Fondo di Previdenza Generale, gli iscritti nati nel 1945 potranno presentare la domanda di pensione ordinaria, nel corso dell'anno 2010, dal compimento del 65° anno di età. Il modulo è stato recapitato a tutti gli iscritti interessati unitamente al modello di dichiarazione concernente il diritto alle detrazioni d'imposta, da allegare obbligatoriamente compilato in ogni parte.

Mancato ricevimento del modulo. In caso di mancato ricevimento il modulo è reperibile presso gli uffici della Fondazione o presso gli Ordini provinciali o sul sito www.npam.it (Modulistica).

Area riservata e servizi disponibili agli utenti registrati

Per accedere all'Area riservata ed usufruire dei servizi on-line è necessario essere registrati al sito www.enpam.it. Per informazioni riguardanti la registrazione contattare il S.A.T. al n. 06.4829.4829 ovvero scrivere a sat@enpam.it, indicando nome, cognome e recapito telefonico.

Gli utenti registrati possono modificare nel profilo utente i seguenti campi: numero di telefono fisso, numero di telefono cellulare e indirizzo di posta elettronica.

Servizi disponibili per gli utenti registrati:

- visualizzazione dei dati anagrafici;
- visualizzazione dei dati contributivi e dei riscatti;
- dati pensionistici;
- duplicati dei bollettini RAV e MAV smarriti o non ricevuti;
- certificazione fiscale dei contributi versati a titolo di riscatto nel corso dell'anno 2009;
- certificazione fiscale del contributo Quota A versato nel corso dell'anno 2009 (per gli iscritti che usufruiscono dell'addebito permanente in conto corrente);
- visualizzazione e stampa dei cedolini di pensione e del CUD;
- attivazione della Carta di credito Fondazione E.N.P.A.M. in collaborazione con la Banca Popolare di Sondrio e con la società CartaSi (per richiederla accedere all'Area Riservata, selezionare la voce "Carta di credito – richiesta e servizi connessi" e compilare il modulo di richiesta).

Versamento on-line

Tramite la Carta di credito Fondazione E.N.P.A.M. è possibile effettuare il versamento on-line dei contributi previdenziali e di tutti i bollettini inviati dall'Ente.

Attenzione! L'emissione della carta è soggetta ai tempi richiesti dalle procedure bancarie. Per informazioni è disponibile il Servizio Clienti della Banca Popolare di Sondrio al n. 800.190.661, attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 13.00 e dalle ore 14.15 alle ore 17.00 o l'indirizzo e-mail: carta.enpam@pso.it.

Variazione dell'indirizzo

1. Medici pensionati ancora iscritti all'Albo. La variazione dell'indirizzo di residenza deve essere comunicata al Servizio Prestazioni Fondo Generale esclusivamente tramite l'Ordine provinciale di appartenenza.

L'indirizzo di domicilio può invece essere comunicato direttamente con l'apposito modulo disponibile sul sito www.enpam.it (MOD.DOMICILIO PENSIONATI) a mezzo posta ordinaria alla Fondazione, via Torino 38, 00184 Roma oppure tramite fax al numero 06.48.294.648, corredato della copia di un documento di identità in corso di validità.

2. Medici pensionati non più iscritti all'Albo. La variazione dell'indirizzo di residenza deve essere comunicata direttamente con l'apposito modulo sul sito www.enpam.it (MOD.RESID.PENS. NON ISCRITTI ALL'ORDINE E SUP.) per posta ordinaria alla Fondazione, Servizio Prestazioni Fondo Generale, via

Torino 38, 00184 Roma oppure tramite fax al numero 06.48.294.648, corredato della copia di un documento di identità in corso di validità.

3. Superstiti (vedove, orfani, genitori, fratelli e sorelle dell'iscritto deceduto).

La variazione dell'indirizzo di residenza deve essere comunicata direttamente con l'apposito modulo sul sito www.enpam.it (MOD.RESID.PENS. NON ISCRITTI ALL'ORDINE E SUP.) per posta ordinaria alla Fondazione, Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino 38, 00184 Roma oppure tramite fax al numero 06.48.294.648, corredato della copia di un documento di identità in corso di validità.

4. Iscritti attivi. La variazione di residenza deve essere inoltrata all'Ente esclusivamente tramite l'Ordine provinciale di appartenenza. L'eventuale elezione di domicilio può invece essere comunicata anche alla Fondazione mediante l'apposito modulo (MOD.DOM) disponibile sul sito www.enpam.it. La dichiarazione deve essere trasmessa a mezzo raccomandata o tramite fax al numero 06.48.294.913, corredata della copia di un documento d'identità in corso di validità.

Per ulteriori informazioni può essere contattato il S.A.T. al numero tel. 06.4829.4829.

Comunicazione di decesso

1. Iscritti attivi. La comunicazione di decesso deve essere inoltrata alla Fondazione per il tramite dell'Ordine provinciale di appartenenza. Dopo aver informato l'Ordine di appartenenza, analoga comunicazione può essere inoltrata a mezzo posta ordinaria alla Fondazione, Servizio Contributi e Attività Ispettiva, via Torino 38, 00184 Roma oppure tramite fax al numero 06.48.294.913.

2. Medico pensionato iscritto all'Ordine Provinciale. La comunicazione di decesso deve essere inoltrata alla Fondazione per il tramite dell'Ordine di appartenenza. Per consentire al Servizio competente di interrompere l'erogazione della pensione, la comunicazione deve essere inoltrata a mezzo posta ordinaria alla Fondazione, Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino 38, 00184 Roma oppure tramite fax al numero 06.48.294.648, corredata della copia di un documento di identità in corso di validità.

3. Medico pensionato cancellato dall'Ordine Provinciale. Se al momento del decesso il medico pensionato risulta già cancellato dall'Ordine, la comunicazione deve essere inviata a mezzo posta ordinaria direttamente alla Fondazione, Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino 38, 00184 Roma oppure tramite fax al numero 06.48.294.648, corredata della copia di un documento di identità in corso di validità.

4. Superstiti pensionati. La comunicazione di decesso deve essere inoltrata per posta ordinaria direttamente alla Fondazione, Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino 38, 00184 Roma oppure tramite fax al numero 06.48.294.648, corredata della copia di un documento di identità in corso di validità.

Variazione delle modalità di pagamento della pensione. Tutti i pensionati possono comunicare la variazione dei dati bancari per il pagamento della pen-

sione, utilizzando il modulo reperibile sul sito www.enpam.it (cliccare su Modulistica e poi Altre). Tale variazione, corredata della copia di un documento di identità in corso di validità, può essere inviata:

- a mezzo posta ordinaria direttamente alla Fondazione, Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino 38, 00184 Roma
- oppure tramite fax al numero 06.48.294.648.

Mancato accredito della pensione

I pensionati che non hanno ricevuto una o più mensilità di pensione devono dare comunicazione scritta, corredata della copia di un documento di identità in corso di validità, alla Fondazione, al Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino 38, 00184 Roma, ovvero tramite fax al numero 06.48.294.648.

Orfani pensionati

Le prestazioni pensionistiche agli orfani superstiti spettano sino al raggiungimento del 21° anno di età. Tale diritto è mantenuto anche oltre il ventunesimo anno di età e fino al raggiungimento del periodo massimo pensionabile del 26° anno di età, a condizione che gli orfani mantengano la qualifica di studenti.

Mantenimento del diritto. Al fine di conservare il diritto alla pensione, al compimento del 21° anno di età è necessario inviare un certificato di iscrizione attestante il proseguimento degli studi ovvero una dichiarazione di responsabilità corredata della copia di un documento di identità in corso di validità.

Modalità di invio. A mezzo posta ordinaria alla Fondazione, Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino 38, 00184 Roma ovvero tramite fax al numero 06.48.294.648.

Deducibilità

I contributi previdenziali obbligatori sono, ai fini IRPEF, interamente deducibili dall'imponibile fiscale ai sensi dell'art. 10, comma 1, lettera e), del Testo Unico delle Imposte sui Redditi approvato con D.P.R. n. 917 del 22/12/1986 modificato dal D. Lgs. 18/2/2000 n. 47.

Sono pertanto interamente deducibili dal reddito: il contributo Quota A, il contributo Quota B, gli importi versati a titolo di riscatto, le somme corrisposte a titolo di ricongiunzione.

Come usufruire del beneficio:

- contributo Quota A: utilizzare la copia del bollettino/bollettini RAV di versamento
- domiciliazione bancaria Quota A: Equitalia Esatri S.p.A. invia in tempo utile un riepilogo annuale dei versamenti effettuati
- contributo Quota B: utilizzare la copia del bollettino MAV di versamento
- importi versati a titolo di riscatto: il Servizio Riscatti e Ricongiunzioni invia in tempo utile una dichiarazione attestante gli importi versati.

I dentisti e la prevenzione

“Progetto stili di vita”

Il Progetto Stili di Vita della Società Italiana di Parodontologia verrà presentato a Sassari in una conferenza che avrà luogo il 19 febbraio.

Questo progetto voluto dal presidente della SIAP Luca Francetti, patrocinato dalle più alte cariche istituzionali e ordinistiche, ha l'obiettivo di promuovere stili di vita sani.

Il dentista ha fatto ormai da anni della prevenzione un elemento qualificante della propria attività professionale. L'obiettivo del progetto è di mettere questo importante bagaglio culturale al servizio della società italiana promuovendo un messaggio di prevenzione più ampio che includa l'adozione di stili di vita sani presso i nostri pazienti.

Uno stile di vita sano non solo aiuta a prevenire la parodontite e a mantenere la bocca sana, ma ha anche un effetto di primaria importanza sulla prevenzione delle grandi patologie croniche: diabete, aterosclerosi, cancro. Il dentista è l'operatore sanitario che più frequentemente vede la popolazione adulta sana. L'impegno dei dentisti ha quindi il potenziale di contribuire in modo decisivo agli sforzi di preservare il benessere e la salute dei cittadini.

La Società Italiana di Parodontologia chiede di partecipare attivamente a questo importante progetto e invita personalmente tutti i medici e in particolare gli odontoiatri, a prender parte alle manifestazioni scientifiche

che hanno l'obiettivo di consolidare le conoscenze in questo campo e di trasmettere entusiasmo e consapevolezza dell'importanza dell'impegno.

A Sassari si terrà una conferenza, sabato 19 febbraio 2011, presso l'Università degli Studi di Sassari, facoltà di medicina e chirurgia viale S. Pietro 43/b.

È possibile iscriversi online, accedendo alla sezione “I Progetti” tra le sezioni principali del sito della SidP, www.sidp.it.

Le conferenze sono accreditate ECM per le figure professionali dell'Odontoiatra e dell'Igienista Dentale

Consiglio Direttivo della Società Italiana di Parodontologia

(Luca Francetti, Alberto Fonzar, Federico Bernardi, Nicola M. Sforza, Mauro Farneti)

Coordinatore del Progetto

Pierpaolo Cortellini

Responsabile Regionale

del Progetto Anna Maria Sanna

Segreteria SidP – tel. 055 2009154 – e-mail: segreteria@sidp.it

SITUAZIONI ALBI A NOVEMBRE 2010

ISCRITTI ALL'ALBO MEDICI CHIRURGHI	3395
ISCRITTI ALL'ALBO ODONTOIATRI	444
TOTALE ISCRITTI	3839

*I lavori
a Sassari
il 19 febbraio*

MEDICINE NON CONVENZIONALI

CORSI E SEMINARI 2011

Omeopatia

Seminario su Omeopatia: l'attuale e il passato sempre attuale". - Relatore dr. Dario Chiriaco

Cagliari 19 marzo 2011

Ordine dei Medici della Provincia di Cagliari - Informazioni e iscrizioni - Tel 070 528001 info@omeca.it

Agopuntura

Corso Teorico Pratico di Agopuntura Auricolare (Auricoloterapia).

G.S.A.T.N - Gruppo di Studio sull'Agopuntura e Terapie Naturali

Scuola Italiana di Agopuntura e Auricoloterapia - Direttore: G. G. Bazzoni

Anno accademico 2011-2012

Sede del corso: CAGLIARI: Il corso prevede 100 ore di didattica teorico-pratica distribuito in 6 seminari che si tengono il: VENERDI' (9-13 e 14-18,30) e il SABATO (9-13 e 14-18,30) per un totale di 100 ore. Alla conclusione del corso, dopo l'esame finale e la discussione di una tesi, viene rilasciato l'*Attestato italiano di Agopuntura Auricolare*, riconosciuto dalla F.I.S.A. Federazione Italiana delle Società di Agopuntura, che permette l'iscrizione nel registro F.I.S.A. dei Medici e Odontoiatri esperti in Agopuntura Auricolare diffuso sia in versione cartacea che sul WEB nel sito: www.fisa.it
Direttore del Corso: G. Bazzoni Docenti: G. Bazzoni, I. Farci, G. Meconcelli, M. Cormio

Precedenti percorsi formativi possono essere valutati per un *abbreviamento* del corso ECM

I primi 4 seminari sono stati accreditati ECM con 44 crediti formativi per un massimo di 17 partecipanti (Medico Chirurgo) e con 48 crediti per un massimo di 6 partecipanti (Odontoiatra).

Per informazioni ed Iscrizioni: Dr. FARCI IGNAZIO: 338 8351383 - 070 274556

mail: scuolagb@gmail.com WWW.agopunturainsardegna.it

Programma

I MODULO

• AGOPUNTURA AURICOLARE (AURICOLOTERAPIA) NELLA TERAPIA DEL DOLORE

— 1° SEMINARIO 18-19 febbraio 2011 (data da definire)

Introduzione all'Agopuntura Auricolare. Basi neurobiologiche e meccanismi d'azione. Metodiche diagnostiche e terapeutiche dell'Agopuntura Auricolare.

— 2° SEMINARIO 1-2 aprile 2011

Rappresentazione auricolare del dolore. Diagnosi e terapia del dolore muscolo-scheletrico.

— 3° SEMINARIO 3-4 giugno 2011

Diagnosi e terapia delle cefalee e del dolore cranio-oro-facciale. Tecniche di analgesia in campo odontoiatrico. Dolore viscerale

II MODULO

• AGOPUNTURA AURICOLARE NELLA PRATICA CLINICA

— 4° SEMINARIO 29-30 giugno 2011

Terapia dello stress, disturbi psicoemotivi e del sonno. Disassuefazione dal fumo e da sostanze. Agopuntura Auricolare e Riprogrammazione Posturale.

— 5° SEMINARIO 2-3 dicembre 2011

Agopuntura Auricolare in: Neurologia, ORL, Ginecologia e Ostetricia, Urologia e Andrologia, Cardiologia, Pneumologia, Pediatria, Dermatologia, Gastroenterologia.

— 6° SEMINARIO 9-10 marzo 2012

Presentazione e discussione di casi clinici da parte degli allievi con supervisione del docente.

ESAME FINALE

Un obbligo per i professionisti

Posta elettronica certificata gratuita per tutti gli iscritti

Il Decreto legge 29/ 11/ 2008 n. 185 convertito nella legge ordinaria n. 2 del 28.01.2009 prevede che “i professionisti iscritti ad un Albo si dotino obbligatoriamente di una casella di Posta Elettronica Certificata. Gli iscritti a Ordini dovranno dotarsi di questo strumento entro un anno dall’entrata in vigore del de-

creto, dandone comunicazione rispettivamente all’albo di appartenenza”.

Per ciascun iscritto è a disposizione, sin dal mese di luglio, negli uffici dell’Ordine una busta cieca personalizzata contenente l’indirizzo della personale casella P.E.C. e le modalità per procedere all’attivazione dalla stessa.

Il costo della casella P.E.C. per tre anni dal momento dell’attivazione è interamente a carico dell’Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Sassari.

L’iscritto deve limitarsi a ritirare presso gli uffici dell’Ordine la busta cieca e provvedere autonomamente all’attivazione seguendo le istruzioni contenute nella

stessa.

Nonostante i ripetuti avvisi pubblicati sul sito dell’Ordine è stata ritirata un numero limitato di PEC.

L’attivazione di un indirizzo di posta elettronica certificata è un obbligo per i professionisti iscritti agli Ordini professionali.

Invitiamo chi non avesse già provveduto di provvedere al più presto.



POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA

creto, dandone comunicazione rispettivamente all’albo di appartenenza”.

La posta elettronica certificata (P.E.C.) consente di inviare e ricevere documentazione elettronica con un elevato livello di sicurezza e di dare valore legale al processo di trasmissione dei messaggi nel rispetto della normativa vigente.

Il Consiglio Direttivo dell’Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Sassari ha pertanto deliberato, per agevolare gli iscritti, di stipulare con una delle due società indicate dalla FNOMCeO – la Poste-com -, una convenzione per fornire la

adempimenti

*L’attivazione
consente
di inviare
e ricevere
documentazione
in sicurezza
e di dare valore
legale alla
trasmissione
dei messaggi*

**www.omceoss.org
ordine@omceoss.org**

Il volume "Pianeta Salute"

La grafica artistica nella comunicazione del farmaco

PIANETA SALUTE, fondato sul connubio Arte e Scienza, è un progetto di valorizzazione dell'evoluzione grafica-artistica nella comunicazione ed informazione scientifica del farmaco, attraverso la riscoperta di documenti pubblicitari e promozionali di prodotti farmaceutici da fine '800 agli anni '60, cioè fino agli anni del cambiamento dell'informazione scientifica da parte del mondo della produzione industriale del farmaco e della sua conoscenza e diffusione.

Nello specifico il progetto consiste nella realizzazione di un volume di grande prestigio, a respiro internazionale, che si fonda sull'arte grafica

referita a contenuti comunicativo-semantici riproduttivi di bozzetti autentici ad acquarello realizzati da grandi artisti, manifesti, locandine, cartoline pubblicitarie, pagine pubblicitarie di riviste d'epoca e altri materiali stampati tutti originali di grande valore culturale, sociologico e produttivo.

Il volume patrocinato, tra gli altri, dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (è presente anche un testo del presidente Amedeo Bianco) e da una serie di Ordini Provinciali sia dei Medici sia dei Farmacisti, è di grande formato (33 x 23 cm), con carta patinata, rilegato con sovracopertina.

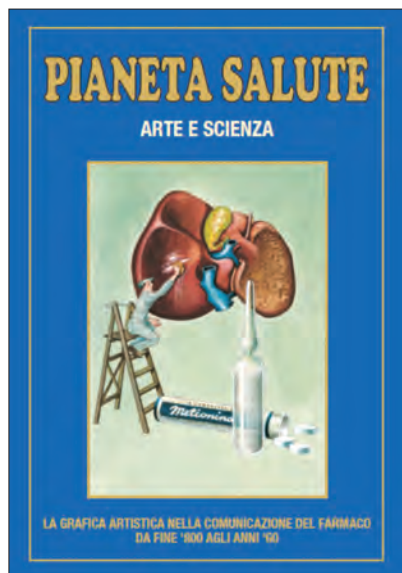
PIANETA SALUTE – Arte e Scienza. La grafica artistica nella comunicazione del farmaco da fine '800 agli anni '60.

400 pag., illustrato, di grande formato (33 x 23 cm), cartonato, rilegato con sovra copertina – Edito da Edizioni Pacifico. Anno di pubblicazione: 2010.

Distribuito da: Pacifico Service – Via Ferdinando IV di Borbone, 20 – 81100 – Caserta

Contatti per prenotazione volume:
Tel. 0823362302 – Fax 08231872718 – E-mail: pacifico@fastwebnet.it

Prezzo di listino: Euro 90,00 (spedizione compresa).



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	Barrina Maria Francesca	2004	Via Rockefeller 19	07100 Sassari		347/3736522 320/7169113
3	Si	No	Bebbere Caterina	2010	Via Rockefeller 7/A	07100 Sassari	079/219842	3332194662
4	Si	No	Bosinco Michela	2009	P.zza della Meridiana 2	07100 Sassari		346/7067311
5	Si	No	Bricchetto Giovanna	1996	Via Ugo Foscolo 33	07041 Alghero	079/979098	340/7905249
6	Si	No	Budroni Carla	2009	Via Mazzini 6	07100 Sassari	079/235639	333/7955258
7	Si	No	Bullitta Luca Severino	2010	Via Londra 6	07100 Sassari		320/4181683
8	Si	No	Cambule Silvia	2009	Via Duca degli Abruzzi, 12a	07100 Sassari		389/5143552 349/4288942
9	Si	Si	Carta Alessandra	2009	Via Milano 19	07100 Sassari	079/2824021	340/5438579
10	Si	No	Cau Annalisa	2005	Via Galileo Galilei 23	07100 Sassari	079/273771	320/8144871
11	Si	No	Delitala Alessandro	2005	Via Abozzi 18	07100 Sassari	079/294390	347/7057777
12	Si	No	Deperu Gustavo	2009	Via Savoia 47	07100 Sassari	079/3766039	392/3293418
13	No	Si	Durgali Ilaria	2003	Via Carso 41	07100 Sassari		338/1784345
14	Si	No	Fadda Maria Grazia	2010	Via Becciu 37	07010 Bultei		349/3279633
15	Si	No	Farina Gabriele	2009	Via Nazionale, 29	07030 Bulzi		333/3818184 320/9705580
16	Si	No	Fenu Silvia	2009	Via Manzoni 16	07047 Thiesi	079/889381	340/6005821
17	Si	No	Ferrandu Paolo	2010	Via D. Murgia 4	07100 Sassari		340/6043968

APERTE LE ISCRIZIONI AL CORSO DI AGOPUNTURA DELLA SCUOLA VIDHUT DI CAGLIARI

Sono aperte le iscrizioni al corso di agopuntura della scuola Vidhut di Cagliari per l'anno accademico 2011. La scuola, sorta nel 1998, propone dei corsi di studio quadriennali ottemperanti ai dettami della CEE. Al termine di ogni anno saranno sostenuti esami di profitto e alla fine dei 4 anni di corso verrà rilasciato un diploma, riconosciuto dalla FISA (Federazione Italiana delle Società di Agopuntura), che permetterà l'iscrizione nello speciale Albo dei medici esperti in agopuntura predisposto dallo stesso Ordine dei Medici di Cagliari. La scuola si avvale, dal 2007, della collaborazione col corpo docente della Scuola di Agopuntura di Firenze. Le lezioni si svolgeranno il terzo weekend di ogni mese a partire dal mese di Gennaio 2011 complessivi per dieci incontri. Il corso prevede esercitazioni pratiche volte alla conoscenza dell'anatomia energetica, studio di casi clinici ed esecuzione di protocolli terapeutici.

Le lezioni si terranno a Cagliari in piazza Giovanni XXIII presso le aule didattiche dei Salesiani.

Info: Dott. Francesco Mannino - Tel. 329.5457340

Segreteria:

Annamaria Cocco Tel. 070.308690 – 339.6493471

E-mail: vidhut@tiscali.it

Dio
Li
e

speciale cure palliative

*Dio
Li
e*

speciale cure palliative

Dio
Li
e

speciale cure palliative

*Dio
Li
e*

speciale cure palliative

Dio
Li
e

speciale cure palliative

*Dio
Li
e*

speciale cure palliative

Dio
Li
e

speciale cure palliative

Dio
Li
e

speciale cure palliative

Dio
Li
e

speciale cure palliative

Dio
Li
e

speciale cure palliative

*Dio
Li
e*

speciale cure palliative

Dio
Li
e

speciale cure palliative

Dio
Li
e

speciale cure palliative

Dio
Li
e

speciale cure palliative

Dio
Li
e

speciale cure palliative

Dio
Li
e

speciale cure palliative

Dio
Li
e

speciale cure palliative

Dio
Li
e

speciale cure palliative

Dio
Li
e

speciale cure palliative

Dio
Li
e

speciale cure palliative

Dio
Li
e

speciale cure palliative

Dio
Li
e

speciale cure palliative

Dio
Li
e

speciale cure palliative

Dio
Li
e

speciale cure palliative

*Dio
Li
e*

speciale cure palliative

Dio
Li
e

speciale cure palliative

Dio
Li
e

speciale cure palliative

Dio
Li
e

speciale cure palliative

Dio
Li
e

speciale cure palliative

Dio
Li
e

speciale cure palliative

Dio
Li
e

speciale cure palliative

Dio
Li
e

speciale cure palliative

Dio
Li
e

speciale cure palliative

Dio
Li
e

speciale cure palliative

Dio
Li
e

speciale cure palliative

Dio
Li
e

speciale cure palliative

Dio
Li
e

speciale cure palliative

Dio
Li
e

speciale cure palliative

Dio
Li
e

speciale cure palliative

Dio
Li
e

speciale cure palliative

Dio
Li
e

speciale cure palliative

Dio
Li
e

speciale cure palliative

Dio
Li
e

speciale cure palliative

Dio
Li
e

speciale cure palliative

*Dio
Li
e*

speciale cure palliative

Dio
Li
e

speciale cure palliative

Dio
Li
e

speciale cure palliative

Dio
Li
e

speciale cure palliative

Dio
Li
e

speciale cure palliative

Dio
Li
e

speciale cure palliative

Dio
Li
e

speciale cure palliative

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		347/3736522 320/7169113
3	Si	No	Bebbere Caterina	2010	Via Rockefeller 7/A	07100 Sassari	079/219842	3332194662
4	Si	No	Bosinco Michela	2009	P.zza della Meridiana 2	07100 Sassari		346/7067311
5	Si	No	Bricchetto Giovanna	1996	Via Ugo Foscolo 33	07041 Alghero	079/979098	340/7905249
6	Si	No	Budroni Carla	2009	Via Mazzini 6	07100 Sassari	079/235639	333/7955258
7	Si	No	Bullitta Luca Severino	2010	Via Londra 6	07100 Sassari		320/4181683
8	Si	No	Cambule Silvia	2009	Via Duca degli Abruzzi, 12a	07100 Sassari		389/5143552 349/4288942
9	Si	Si	Carta Alessandra	2009	Via Milano 19	07100 Sassari	079/2824021	340/5438579
10	Si	No	Cau Annalisa	2005	Via Galileo Galilei 23	07100 Sassari	079/273771	320/8144871
11	Si	No	Delitala Alessandro	2005	Via Abozzi 18	07100 Sassari	079/294390	347/7057777
12	Si	No	Deperu Gustavo	2009	Via Savoia 47	07100 Sassari	079/3766039	392/3293418
13	No	Si	Durgali Ilaria	2003	Via Carso 41	07100 Sassari		338/1784345
14	Si	No	Fadda Maria Grazia	2010	Via Becciu 37	07010 Bultei		349/3279633
15	Si	No	Farina Gabriele	2009	Via Nazionale, 29	07030 Bulzi		333/3818184
16	Si	No	Fenu Silvia	2009	Via Manzoni 16	07047 Thiesi	079/889381	320/9705580 340/6005821
17	Si	No	Ferrandu Paolo	2010	Via D. Murgia 4	07100 Sassari		340/6043968

18	Si	No	Fois Antonio	2005	Via Alfredo Oriani 41	07100 Sassari	079/270377	339/7661116
19	Si	No	Ibba Alessandra	2004	Viale Italia 74	07100 Sassari		339/4350858
20	Si	No	Leoni Stefania	2003	Via Armando Diaz 14	07100 Sassari		338/4471262
21	Si	No	Lisbo Marcella	2009	Via Sassari 42	07033 Osilo		380/4349661
22	Si	No	Mannu Elena	2009	Via Amendola 40/b	07100 Sassari		348/9217969
23	Si	No	Manzoni Gabriella	2004	Via Boccherini 30	07100 Sassari		340/2943369
24	Si	No	Masala Mariastella Salvatora	2009	Corso Giovanni Spano 241	07017 Ploaghe	079/449744	349/3952758
25	Si	No	Melis Michela	2009	Via Tiliò 12	07026 Olbia		328/6694240
26	Si	No	Muggiolu Francesco	2010	Via Salvermini 3	07100 Sassari		349/5645791
27	No	Si	Murgia Paola	2003	Via Parigi 8	07100 Sassari		320/6555833 349/6718714
28	Si	Si	Nurra Maria Antonietta	2009	Via Giulio Dolcetta 10	07100 Sassari		328/0503182
29	Si	No	Piluzza Maria Giovanna	2004	Via Amendola 38	07100 Sassari	079/2115000	333/5994951
30	Si	No	Pinna Miriam	2009	Via Pola 12	07100 Sassari	079/299457	347/7200984
31	Si	No	Racis Loretta	2005	Via Gramsci 35	08100 Nuoro		339/6097345
32	Si	No	Rum Rossella Francesca	2009	Via P.ssa Giovanna 18	07046 Porto Torres		348/4830482
33	Si	No	Salaris Maria Antonia	2006	Via Manzoni 4	07040 Uri		3299838687
34	Si	No	Sanna Giovanna	2005	Via Chereu 4	07040 Codrongianos		349/6103909
35	Si	No	Squintu Sara	2005	Via A. De Gasperi 51	07041 Alghero		328/3045128
36	Si	No	Stochino Claudia	2006	Via Marsiglia 26	07100 Sassari		340/0991866
37	No	Si	Vacca Nadia	2005	Via Pacinotti 48	07046 Porto Torres		320/7177713
Aggiornato al 22.11.2010								

APERTE LE ISCRIZIONI AL CORSO DI AGOPUNTURA DELLA SCUOLA VIDHUT DI CAGLIARI

Sono aperte le iscrizioni al corso di agopuntura della scuola Vidhut di Cagliari per l'anno accademico 2011. La scuola, sorta nel 1998, propone dei corsi di studio quadriennali ottemperanti ai dettami della CEE. Al termine di ogni anno saranno sostenuti esami di profitto e alla fine dei 4 anni di corso verrà rilasciato un diploma, riconosciuto dalla FISA (Federazione Italiana delle Società di Agopuntura), che permetterà l'iscrizione nello speciale Albo dei medici esperti in agopuntura predisposto dallo stesso Ordine dei Medici di Cagliari. La nostra scuola si avvale, dal 2007, della collaborazione col corpo docente della Scuola di Agopuntura di Firenze. Le lezioni si svolgeranno il terzo weekend di ogni mese a partire dal mese di Gennaio 2011 complessivi per dieci incontri. Il corso prevede esercitazioni pratiche volte alla conoscenza dell'anatomia energetica, studio di casi clinici ed esecuzione di protocolli terapeutici.

Le lezioni si terranno a Cagliari in piazza Giovanni XXIII presso le aule didattiche dei Salesiani.

Info: Dott. Francesco Mannino tel. 3295457340

Segreteria:

Annamaria Cocco Tel. 070308690 – 3396493471

E-mail: "vidhut@tiscali.it