

SASSARI MEDICA



150°
Unità d'Italia

1

IN QUESTO NUMERO

Editoriale
Il problema disciplinare

Dalla storia al futuro
i cento anni dell'Ordine

Certificazioni di malattia on-line
fra decreti e circolari

Credenziali di accesso
per sanitari liberi professionisti

Chiarimenti sui certificati
rilasciati dai sostituti dei medici

Certificati cartacei per alcune
categorie di dipendenti pubblici

Idoneità psicofisica
alla guida di veicoli a motore

Patenti/Trasmissione dei certificati
per il conseguimento e il rinnovo

La terapia del dolore T.D.L.
L'importanza di un acronimo

Pier Luigi Delogo ai vertici
dell'Aio nazionale

Chiarimenti su apparecchiature
per realizzare elementi dentari

Pubblicità odontoiatrica
Chiesto l'intervento del garante

Sempre più strumenti
a tutela della professione

Formazione a distanza
Corso E.C.M. Governo clinico

1/Medici competenti
L'elenco provinciale

2/Medici competenti
Master abilitante per le funzioni

3/Medici competenti
Il decreto interministeriale

4/Medici competenti: chiarimenti
sul decreto di attivazione

L'opportunità dei piani
di inserimento professionale

Progresso, ambiente e salute
Quale mondo per i nostri figli

Non sottoscrivere il modulo
del "Registro italiano medici"

Un futuro pensionistico
difficile per i medici

L'opportunità di riscatti
ricongiunzioni e totalizzazioni

Partito il progetto
"Busta Arancione"

Medici, biologi e competenze
sulla prescrizione delle diete

Polizze assicurative ospedaliere
in costante crescita

Sanità pubblica, in calo
la soddisfazione degli italiani

Medici e veterinari: attività
intramuraria libero professionale

Comitati di assistenza sanitaria
per i testimoni di Geova

Lo screening oncologico
tra territorio e ospedale

Corso gallese di ecografia
diagnosi e terapia prenatale

Strutture specializzate
dell'INPDAP per gli anziani

Alle isole Canarie i Giochi
mondiali della medicina

Libri/Un testo di Ettore Bartoli
sulla medicina interna

Libri/Prendi la chitarra e vai
Viaggio-avventura di tre ventenni

ANNO XX
GIUGNO 2011



“La coccarda”
simbolo del
150° anniversario
dell’Unità 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

Anno XX - Numero 1
Giugno 2011

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.

- 2 Editoriale/Il problema disciplinare
- 4 Dalla storia al futuro i cento anni dell’Ordine
- 8 Certificazioni di malattia on-line fra decreti e circolari
- 11 Credenziali di accesso per sanitari liberi professionisti
- 13 Chiarimenti sui certificati rilasciati dai sostituti dei medici
- 15 Certificati di malattia cartacei per categorie di dipendenti pubblici
- 17 Idoneità psicofisica alla guida di veicoli a motore
- 26 Conseguimento e rinnovo patenti, trasmissione dei certificati
- 30 La terapia del dolore T.D.L. l’importanza di un acronimo
- 32 Pier Luigi Delogu ai vertici dell’Aio nazionale
- 33 Chiarimenti su apparecchiature per realizzare elementi dentari
- 36 Pubblicità odontoiatrica chiesto l’intervento del garante
- 38 Sempre più strumenti a tutela della professione
- 39 Formazione a distanza, Corso E.C.M. Governo clinico
- 40 1/Medici competenti, l’elenco provinciale
- 41 2/Medici competenti, master abilitante per le funzioni
- 43 3/Medici competenti, il decreto interministeriale
- 45 4/Medici competenti: chiarimenti sul decreto di attivazione
- 46 L’opportunità dei piani di inserimento professionale
- 49 Progresso, ambiente e salute, Quale mondo per i nostri figli
- 52 Non sottoscrivere il modulo del “Registro italiano medici”
- 54 Un futuro pensionistico difficile per i medici
- 56 L’opportunità di riscatti ricongiunzioni e totalizzazioni
- 59 Partito il progetto “Busta Arancione”
- 66 Medici, biologi e competenze sulla prescrizione delle diete
- 72 Polizze assicurative ospedaliere in costante crescita
- 74 Sulla sanità pubblica cala la soddisfazione degli italiani
- 77 Medici e veterinari: attività intramuraria libero professionale
- 81 Comitati di assistenza sanitaria per i testimoni di Geova
- 83 Lo screening oncologico tra territorio e ospedale
- 85 Corso gallurese di ecografia, diagnosi e terapia prenatale
- 87 Strutture specializzate dell’INPDAP per gli anziani
- 88 Alle isole Canarie i Giochi mondiali della medicina
- 89 Testo di Ettore Bartoli sulla medicina interna
- 90 Prendi la chitarra e vai. Viaggio-avventura di tre ventenni

Le procedure dell'Ordine

Il problema disciplinare

Ogni tanto la stampa locale o nazionale pubblica notizie su avvenimenti che a vario titolo coinvolgono nostri colleghi.

Talvolta questi articoli trattano argomenti spinosi che in qualche misura dequalificano la professione, e che pongono delle domande sulla ricaduta dal punto vista disciplinare di quanto viene pubblicato.

In qualche caso di risonanza nazionale, questa domanda mi è stata posta direttamente: "... ma l'Ordine cosa ha fatto e cosa intende fare per punire il colpevole?"

La stessa domanda ce la pongono i colleghi ogni qual volta ad uno dei nostri iscritti capiti di venir segnalato alla pubblica attenzione per motivi non meritori.

Ma visto che uno dei compiti che lo Stato gli attribuisce è proprio la potestà disciplinare, cosa può fare realmente l'Ordine, e cosa in realtà fa, in queste circostanze?

L'argomento della disciplina, all'interno di un Ordine professionale, è molto delicato: richiede infatti attenzione e precisione, e deve inoltre prescindere da tentazioni giustizialiste.

Per poter comminare una sanzione disciplinare, la prova della mancanza deve essere certa e documentata, in altre parole il medico deve essere sicuramente colpevole, al di là di ogni ragionevole dubbio.

Se questi è sottoposto a giudizio penale, la sentenza deve essere defi-

nitiva e deve essere passata in giudicato.

Le norme deontologiche, che tutti noi siamo tenuti a rispettare, si pongono ad un livello inferiore rispetto al diritto positivo che è la norma giuridica.

La procedura disciplinare deve cioè rispettare la prassi che vede il procedimento giudiziario prioritario e prevalente.

Gli Ordini, inoltre, non hanno possibilità di indagini autonome: a fronte di una segnalazione, convocano il sanitario interessato o/e qualunque altro medico che possa fornire notizie sull'argomento, e sentono i cittadini eventualmente coinvolti solo se questi si presentano spontaneamente.

All'interno della nostra istituzione esistono due commissioni distinte: la "Commissione Medici" e la "Commissione Odontoiatri", la prima guidata dal Presidente dell'Ordine, e la seconda guidata dal Presidente degli Odontoiatri.

Ecco allora la prassi: nel momento in cui l'eventuale notizia di una mancanza disciplinare giunge, "in qualunque modo", all'attenzione del presidente competente, il collega viene da questi convocato "ex articolo 39" per l'eventuale apertura di un procedimento disciplinare.

La convocazione consiste in un colloquio con il sanitario in questione, nel corso del quale a quest'ultimo viene contestata la violazione deontologica e vengono richieste spiega-

Che cosa fare fra notizie apparse sugli organi d'informazione e obbligo di attendere la conclusione di eventuali procedimenti penali con sentenza definitiva

zioni e giustificazioni. Dell'incontro viene redatto un regolare verbale che verrà presentato alla commissione competente, la quale valuterà i fatti e deciderà se prosciogliere il collega o rinviarlo al vero e proprio procedimento disciplinare.

Qualora vi sia un procedimento penale in corso, la procedura viene sospesa in attesa della sentenza "passata in giudicato", cioè di una sentenza definitiva che abbia attraversato tutti i gradi di giudizio, e solo a questo punto tale procedura potrà essere ripresa utilizzando ciò che è stato appurato.

Se non esiste alcun coinvolgimento processuale, la Commissione competente avvia il vero e proprio procedimento che si svolge in una o più sedute non pubbliche, nel corso delle quali il sanitario, assistito o meno da un avvocato di fiducia, può presentare la propria difesa, e i membri della commissione possono porre delle domande e chiedere ulteriori chiarimenti.

Concluse tutte le formalità, il collega in questione viene congedato, e la commissione si riunisce a porte chiuse per prendere la propria decisione che verrà comunicata all'interessato, unitamente alle motivazioni della sentenza.

Le sanzioni che possono essere

comminate sono le stesse che prevedeva la legge istitutiva degli Ordini dei Medici del lontano 1910: l'avvertimento, la censura, la sospensione da uno a sei mesi, ed infine la radiazione.

E' facile capire come, in base a questa normativa, proprio nei casi che più hanno colpito l'opinione pubblica e soprattutto la professione, si debbano aspettare anni per poter realmente iniziare un vero e proprio procedimento, mentre di solito vengono rapidamente espletati i procedimenti per violazioni di minore entità.

Per finire, possiamo dare la risposta a quella domanda che ci viene sempre posta: "... cosa ha fatto l'Ordine e cosa intende fare per questo episodio vergognoso?"

L'Ordine agirà a tempo e a modo.

Dobbiamo imparare a non condannare nessuno esclusivamente sulla base delle notizie riportate dalla stampa, la quale spesso cerca lo scandalo per vendere più giornali. Dobbiamo essere sicuri che la colpevolezza di un collega sia dimostrata oltre ogni dubbio, e solo allora si potrà comminare la pena più consona alla violazione, mantenendo la giusta obiettività, senza farsi influenzare da elementi estranei, né tanto meno dall'emotività.

Agostino Sussarellu

ORARIO DI RICEVIMENTO DEL PRESIDENTE DELL'ORDINE

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

Celebrazioni all'aula magna dell'Università

Dalla storia al futuro i cento anni dell'Ordine

I cento anni dalla legge che ne ha ratificato l'esistenza, la legge 445 del 1910, ha ricordato l'evento l'Ordine dei medici di Sassari lunedì 20 dicembre 2010 nell'aula magna dell'Università di Sassari e colto l'occasione per riflettere, sul presente e sul futuro della professione nella conferenza "L'Ordine dei medici. Dalla storia al futuro".

Una riflessione che è partita dal passato, raccontato magistralmente dalla storica della medicina Eugenia Tognotti: la docente ha ripercorso i primi passi dell'Ordine dei medici di Sassari, nato in realtà nel 1903, prima ancora della legge che, di fatto, ne ratificò l'esistenza nel 1910. Un'esistenza, quella dell'ente turritano, dettata dalla necessità di combat-

tere la piaga dell'abusivismo della professione e di riannodare i fili di una rete sanitaria ancora troppo sfilacciata agli inizi del secolo: pochi gli ospedali, poche le vie di comunicazione per raggiungerli, pessime le condizioni igienico-sanitarie che, agli inizi del secolo, con un'epidemia di colera falciarono quasi 5.000 sassaresi. «Di fronte a una situazione estremamente critica, una classe medica che percepiva la malattia come un fatto sociale e politico – ha spiegato la docente – si impegnò a fondo nel superamento di quelle condizioni». L'impegno dette i suoi frutti, se Sassari riuscì a far calare il numero di decessi per malaria, vaiolo, morbillo e scarlattina più e meglio di altre realtà italiane, grazie all'azio-

convegno

*Relazioni
di Eugenia
Tognotti,
Agostino
Sussarellu,
Rita Nonnis,
Pierluigi Delogu
e Carla Fundoni*



Il tavolo della presidenza del convegno



Il presidente Agostino Sussarellu e la dottoressa Rita Nonnis premiano il professor Alessandro Maida

ne capillare di medici e studenti che si recarono fin nelle campagne per distribuire e somministrare i farmaci, come spiega la Tognotti. Il Nord Sardegna attraversò così un secolo d'oro dal punto di vista dei progressi medici e scientifici: tra gli iscritti all'Ordine dei medici compaiono nomi che hanno segnato la storia della medicina, come Giuseppe Levi, maestro dei Nobel Rita Levi Montalcini e Renato Dulbecco, il Nobel Camillo Golgi, e poi Claudio Fermi, Angelo Roth, Alberto Missiroli, autore del piano di eradicazione della malaria.

Ed è così che si arriva ai giorni nostri, in cui uno dei fenomeni più rilevanti è rappresentato dalla femminilizzazione della professione. I dati forniti nel corso della conferenza dalla vicepresidente dell'Ordine Rita Nonnis, componente della Commissione nazionale Pari Opportunità dell'ACOI (Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani) testimoniano un

caso Sardegna: «Oggi – ha spiegato la dottoressa Nonnis – il 34 per cento dei medici italiani è donna. Questa percentuale sale nella nostra Isola, dove i camici rosa rappresentano il 45 per cento del totale, e cresce ulteriormente in provincia di Nuoro, dove le donne medico sono il 50 per cento».

Un trend in evidente ascesa: se si scompone il dato per fasce d'età, si nota che il fenomeno rosa è ancora più marcato tra le nuove generazioni mediche. Da questo trend resta parzialmente esente l'Odontoiatria, dove la libera professione, che resta lo sbocco prevalente, attrae e tutela meno le donne rispetto al lavoro dipendente. Ma anche in questo caso, sono le nuove leve a segnare il trend: nonostante ad immatricolarsi in Odontoiatria siano più uomini, a tagliare il traguardo della laurea sono più donne.

A questa ripida ascesa delle presenze femminili, non si accompagna



In prima fila i medici premiati

però una proporzionale presenza delle donne nelle posizioni sanitarie apicali, come primariati o gestioni aziendali. Allo stesso tempo, le donne medico sembrano orientarsi su alcune specializzazioni, come la pediatria, la ginecologia e la specialistica ambulatoriale, e restare ai margini di branche come la chirurgia, difficilmente conciliabili con i ritmi familiari. «Per questo – spiega la vicepresidente dell’Ordine – sarebbe necessaria una maggiore tutela delle donne lavoratrici e una garanzia di formazione studiata sulle esigenze familiari delle donne». Il tema della formazione è stato sottolineato anche dalla giovane consigliera dell’Ordine Carla Fundoni, che ha evidenziato le problematiche del percorso formativo dei giovani medici: poche le strutture idonee, scarsi i confronti con l’estero, insufficiente la qualità della formazione. «Soprattutto – ha sottolineato la dottoressa Fundoni – si pone un problema demografico: negli anni Ottanta gli iscritti all’Ordine dei medici di Sassari erano circa 10.000, oggi sono meno della metà. Ciò significa che, quando i

medici fra i 50 e i 60 anni andranno in pensione, non sarà possibile sostituirli».

Sull’Odontoiatria, a trent’anni dall’istituzione del corso di laurea, ha svolto una relazione il presidente della Commissione per gli Iscritti all’Albo Odontoiatri Pierluigi Delogu: «Il Consiglio dei Ministri ha presentato lo scorso maggio un disegno di legge di sperimentazione clinica e di riforma delle professioni sanitarie: da questa riforma ci aspettiamo una maggiore autonomia per la nostra professione e una seria regolamentazione che argini il mercato su professioni sensibili come quelle sanitarie. Diciamo no – ha spiegato Delogu – a società che forniscono servizi sanitari i cui soci non siano medici o odontoiatri, alimentando ambigue situazioni di abusivismo della professione. Diciamo no alla trasformazione della definizione di “atto medico” in “atto sanitario”, che cedrebbe alla gestione manageriale della sanità a svantaggio della qualità delle prestazioni, alcune delle quali sarebbero demandate agli infermieri. Diciamo no alla sottomissione del nostro

Codice deontologico alla legge: il codice deontologico deve restare svincolato ed autonomo rispetto alla normativa».

Al presidente dell'Ordine dei medici di Sassari, Agostino Sussarellu, il compito di fare la sintesi del convegno, rimarcando quale è stato e quale è oggi il ruolo dell'ente: «Il nostro Ordine è nato per combattere la piaga dell'abusivismo e tutelare i cittadini. Oggi la nostra sfida è quella di garantire l'aggiornamento medico, che è essenziale per la qualità delle prestazioni. L'esperienza non basta – afferma il presidente Sussarellu – è fondamentale lo studio e l'aggiornamento continuo. Il nostro ente, una volta terminata la specializzazione, è l'unica bussola per il medico. Per questo noi diamo una particolare rilevanza al tema dell'aggiornamento: il nostro è l'unico Ordine d'Italia a fare seminari pratici per preparare i giovani all'impatto con la professione vissuta». Ma per preservare la qualità della professione e tutelare i cittadini importante è anche, per il presidente, fornire agli Ordini la possibilità di una valutazione psico-attitudinale

dei propri iscritti: «Oggi non siamo nelle condizioni di negare l'iscrizione a una persona non idonea alla professione dal punto di vista psichico o attitudinale, se questa possiede i titoli richiesti dalla legge, né lo può fare la magistratura finché non commetta un reato, e questo si rivela in molti casi un problema» ammette il presidente dell'Ordine che ha lanciato un appello, dunque, alla riforma dei poteri dell'Ordine.

Le celebrazioni si sono concluse con la premiazione di due veterani della professione, la dottoressa Roberta Pishedda e il collega Giovanni Bagella, e dell'ex rettore dell'ateneo sassarese Alessandro Maida, che ha concluso la serata con una riflessione: «Oggi il medico manca di serenità, diviso tra la paura di sbagliare e il dovere di curare a ogni costo, evitando però l'accanimento terapeutico. In questo senso, l'Ordine si è prodigato in varie attività senza diventare un sindacato bieco.

In un momento di crisi come questo – ha concluso Maida – il volontariato medico può aiutare a risollevare il Paese».

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)

Certificazioni di malattia on-line fra decreti e circolari

Con l'entrata in vigore del Decreto Legislativo n. 150/2009 – Riforma Brunetta della Pubblica Amministrazione – ha preso avvio il nuovo sistema di trasmissione telematica dei certificati di malattia.

L'articolo 55-septies del D.Lgs. 165/2001, introdotto dall'articolo 69 del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 prevede che il certificato medico attestante l'assenza per malattia dei dipendenti pubblici sia inviato all'INPS, per via telematica, dal medico o dalla struttura sanitaria pubblica che lo rilascia, secondo le medesime modalità previste per il settore privato. La mancata trasmissione telematica del certificato di malattia costituisce illecito disciplinare, e in caso di reiterazione comporta il licenziamento o, per i medici convenzionati, la decadenza della convenzione.

Resta escluso dal campo di applicazione di tali disposizioni il personale in regime di diritto pubblico di cui all'articolo 3 del D.Lgs. 165/2001, quali magistrati e avvocati dello Stato, professori universitari, personale appartenente alle forze di polizia, corpo nazionale dei vigili del fuoco, personale delle carriere diplomatica e prefettizia e le altre categorie i cui ordinamenti sono disciplinate dal citato articolo 3.

Dunque per queste categorie i medici compilano ancora i certificati e gli attestati di malattia in forma car-

tacea e le amministrazioni accettano i relativi documenti nella stessa forma con le tradizionali modalità di produzione e trasmissione da parte del dipendente interessato.

I principi generali relativi alla trasmissione telematica delle certificazioni di malattia sono definiti nel D.P.C.M. del 26 marzo 2008 e nel Decreto del Ministro della Salute del 26 febbraio 2010 che determina le modalità per la predisposizione e l'invio telematico dei dati delle certificazioni di malattia all'INPS per il tramite del Sistema di Accoglienza Centrale – SAC – fornito dal Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Con la circolare n. 1 DFP/DDI del 11 marzo 2010 il Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione ha fornito indicazioni operative in materia di trasmissione telematica contribuendo a definire i tempi di attuazione del nuovo sistema di trasmissione online: per i primi tre mesi, a partire dalla data di pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale del Decreto 26 febbraio 2010 è stato possibile procedere al rilascio dei certificati anche in modalità cartacea;

al termine della fase sperimentale, ossia dal 19 giugno 2010 i medici e le strutture sanitarie hanno l'obbligo di trasmettere esclusivamente per via telematica all'INPS il certificato di malattia del dipendente pubblico, rilasciandone copia all'interessato. A sua volta l'Inps invierà l'attestazione

Principi generali, disposizioni e sanzioni su rilascio e trasmissione telematica

di malattia all'amministrazione di appartenenza del lavoratore. Per quest'ultimo cessa dunque l'obbligo di inviare il certificato tramite Raccomandata A/R al proprio datore di lavoro entro due giorni lavorativi.

Il 28 settembre 2010 il Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione, Renato Brunetta, emana la Circolare n. 2 DFP/DDI che fornisce chiarimenti sull'ambito di applicazione della disciplina, sulla procedura da seguire per le ipotesi in cui è necessario che l'amministrazione conosca oltre alla prognosi anche la diagnosi e ribadisce le modalità di applicazione delle sanzioni stabilendo la non sanzionabilità del mancato invio telematico fino al 31 gennaio 2011.

Dunque il regime sanzionatorio in materia di certificazioni di malattia on line, relative sia ai pubblici dipendenti che ai lavoratori del settore privato previsto dal Decreto Legislativo 27 ottobre 2009 n. 150, entra in vigore il 1 febbraio 2011.

A fornire chiarimenti relativamente alle sanzioni per l'inosservanza degli obblighi di trasmissione secondo le suddette modalità, è la terza Circolare del 23 Febbraio 2011, nella quale il Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione, evidenzia come con la legge n. 183/2010 – “Collegato lavoro” entrata in vigore lo scorso 24 novembre – sia stato uniformato il regime legale del rilascio e della trasmissione dei certificati per i lavoratori dipendenti sia pubblici che privati, compresi gli aspetti sanzionatori.

Viene affrontato nello specifico il tema della responsabilità dei medici per violazione normativa, ribadendo che “affinché si configuri un'ipotesi di illecito disciplinare devono ricor-

rere sia l'elemento oggettivo dell'inosservanza dell'obbligo di trasmissione per via telematica, sia l'elemento soggettivo del dolo o della colpa” che risulta “escluso nei casi di malfunzionamento del sistema generale” e di “guasti o malfunzionamenti del sistema utilizzato dal medico”.

Con la terza circolare si precisa inoltre che l'applicazione delle sanzioni deve avvenire in base a criteri di gradualità e proporzionalità secondo quanto previsto dagli accordi e contratti collettivi di riferimento. Inoltre la reiterazione è da intendersi come recidiva ovvero irrogazione di successive sanzioni a carico di un soggetto già sanzionato per la medesima violazione.

Infine con la circolare n. 4 del 18 marzo 2011, il Ministro Brunetta ha fornito indicazioni operative per lavoratori e datori di lavoro, al fine di agevolare l'attuazione delle nuove disposizioni, evidenziando le uniformità tra settore pubblico e settore privato.

Alla luce di tale processo di digitalizzazione dell'invio dei certificati di malattia tutti i medici curanti – dipendenti pubblici, medici convenzionati con il servizio SSN e liberi professionisti - sono tenuti al rilascio della certificazione di malattia in modalità telematica e alla trasmissione delle stesse al SAC, e pertanto devono possedere le credenziali di accesso al Sistema di Accoglienza Centrale (SAC) del Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Il rilascio delle credenziali di accesso al sistema SAC per i medici dipendenti e convenzionati è stato effettuato dalle Aziende Sanitarie Locali, alle quali rivolgersi in caso di problematiche di ordine tecnico o strutturale.

I sanitari liberi professionisti interessati a ottenere le credenziali di accesso al Sistema di Accoglienza Centrale (SAC) del Ministero dell'Economia e delle Finanze per il rilascio delle certificazioni di malattia in modalità telematica e per la trasmissione delle stesse al SAC dovranno presentare apposita richiesta all'Ordine che provvederà al rilascio delle credenziali.

Tuttavia, considerato che l'art. 55 septies del D.Lgs. 30.03.2001 n. 165 introdotto dall'art. 69 del D.L. 27.10.2009 n. 150 rubricato "controlli sulle assenze" prevede espressamente che *"nell'ipotesi di malattia protratta per un periodo superiore a dieci giorni, e, in ogni caso dopo il secondo evento di malattia nell'arco dell'anno solare, l'assenza viene giustificata esclusivamente mediante certificazione medica rilasciata da una struttura sanitaria pubblica o da un medico convenzionato con il*

Servizio Sanitario Nazionale" e, considerato che l'art. 25 della Legge 4 novembre 2010 n. 183 estende tale disciplina anche ai lavoratori privati, è evidente che il legislatore ha individuato come categorie prioritariamente deputate alla certificazione dell'invalidità temporanea al lavoro quella dei sanitari operanti nell'ambito del servizio pubblico e quella dei sanitari operanti in regime convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale.

Al fine di fornire un quadro riassuntivo della normativa di riferimento, dei tempi di attuazione della stessa, dei servizi utili per i medici e di risposte ai quesiti che vengono posti più frequentemente dai medici, si ritiene opportuno, in questa fase, fare riferimento a quanto pubblicato sul sito del Ministero per la Pubblica Istruzione e l'innovazione attraverso il collegamento diretto al portale.

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

Credenziali di accesso

per sanitari liberi professionisti

I sanitari liberi professionisti interessati a ottenere le credenziali di accesso al Sistema di Accoglienza Centrale (SAC) del Ministero dell'Economia e delle Finanze per il rilascio delle certificazioni di malattia in modalità telematica e per la trasmissione delle stesse al SAC dovranno presentare apposita richiesta all'Ordine che provvederà al rilascio delle credenziali.

Si precisa che tutti i sanitari curanti – dipendenti pubblici, medici convenzionati con il servizio SSN e liberi professionisti in possesso delle credenziali di accesso al Sistema di Accoglienza Centrale (SAC) del Ministero dell'Economia e delle Finanze – sono tenuti al rilascio della certificazione di malattia in modalità telematica e alla trasmissione delle stesse al SAC.

Tuttavia, considerato che l'art. 55 septies del D.Lgs. 30.03.2001 n. 165 introdotto dall'art. 69 del D.L. 27.10.2009 n. 150 rubricato "Controlli sulle assenze" prevede espressamente che "nell'ipotesi di malattia protratta per un periodo superiore a dieci giorni, e, in ogni caso dopo il secondo evento di malattia nell'arco dell'anno solare, l'assenza viene giustificata esclusivamente mediante certificazione medica rilasciata da una struttura sanitaria pubblica o da un medico convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale" e, considerato che l'art. 25 della Legge 4 novembre 2010 n. 183 estende tale

disciplina anche ai lavoratori privati, è evidente che il sanitario (medico o odontoiatra) libero professionista potrà rilasciare certificazioni valide ai fini della giustificazione dell'assenza dal lavoro soltanto qualora le stesse non superino i 10 giorni di malattia o non siano relative al secondo episodio di malattia del lavoratore nell'arco di un anno solare.

Restano escluse dal campo di applicazione di tale disposizione il personale in regime di diritto pubblici cui all'art. 3 del D.Lgs 165/2001 (magistrati, avvocati dello stato, professori universitari, personale appartenente alle forze armate e alle forze di polizia, corpo nazionale dei vigili del fuoco, personale delle carriere diplomatiche e prefettizie e altre categorie che ai sensi del citato art. 3 sono disciplinate dai propri ordinamenti).

Per queste categorie i medici e gli odontoiatri compilano i certificati ancora nella forma cartacea e le amministrazioni accettano i relativi documenti nella stessa forma con le consuete modalità di produzione o trasmissione da parte del dipendente interessato.

Appare evidente che ai fini della certificazione dell'assenza per malattia dei dipendenti pubblici e privati il legislatore abbia inteso attribuire alle strutture sanitarie pubbliche o ai medici di medicina generale convenzionati con il SSN tale competenza considerato che le certificazioni rilasciate dalle stesse hanno un valore

I medici interessati devono presentare richiesta all'Ordine

probatorio superiore, quali certificati di fede privilegiata in quanto redatti da un pubblico ufficiale o da un incaricato di pubblico servizio nell'espletamento delle sue funzioni.

Per contro le certificazioni rilasciate da un medico o da un odontoiatra libero professionista sono documenti di rilevanza pubblica e la loro valenza probatoria è quella dei certificati e delle attestazioni amministrative.

Si precisa che la Commissione CAO della FNOMCeO in data 1 marzo 2011 ha inviato una comunicazione rivolta agli iscritti all'Albo degli odontoiatri che svolgono atti

libero professionale che per analogia iuris può applicarsi a tutti i liberi professionisti.

In sintesi si specifica che:

- 1) salvo i casi nei quali è previsto il rilascio di certificazione cartacea, la certificazione prodotta dal libero professionista dovrebbe essere "riprodotta" qualora condivisa, e trasmessa on line dal convenzionato con il SSN.
- 2) la certificazione attestante l'assenza temporanea dal posto di lavoro per le ore necessarie alla cura, non trattandosi di certificazione di malattia. Non deve essere inoltrata on line al Sac.

DEPOSITO TITOLI DI STUDIO

Nel rispetto degli artt. 1, 2, 3, 4 del DPR n. 221/50 l'Ordine deve tenere gli albi costantemente aggiornati.

Pertanto, è fatto obbligo a tutti gli iscritti depositare presso la segreteria dell'Ordine il conseguimento dei titoli di studio: Diploma di specializzazione, Diploma di formazione specifica in Medicina Generale.

Si ricorda che è possibile avvalersi dell'autocertificazione per comunicare il conseguimento dei suddetti titoli.

Si precisa inoltre che l'Ordine può provvedere alla registrazione dei titoli di studio soltanto a seguito di autocertificazione presentata dall'iscritto.

3/Le indicazioni della riforma Brunetta

Chiarimenti sui certificati rilasciati dai sostituti dei medici

La FNOMCeO con nota del 25 marzo 2011 trasmessa al Dipartimento Digitalizzazione e Innovazione Tecnologica Presidenza del Consiglio dei Ministri – ha espresso la propria posizione in ordine alla valenza probatoria e alle problematiche inerenti ai certificati medici rilasciati dai sostituti dei medici di medicina generale.

A seguito di tale nota i Rappresentanti della Federazione hanno partecipato ad un incontro presso il Dipartimento della Digitalizzazione che ha mostrato particolare attenzione alla modifica del form di certificazione, modifica che, come è noto, richiede un decreto interministeriale.

Prima della predisposizione del decreto il form verrà anche valutato in una riunione del gruppo tecnico, presso il Ministero della Salute. Al momento, si è evidenziato che:

- 1) Mostrare il nome e cognome del medico certificatore solo sul documento che viene inviato all'INPS. Sull'attestato che viene inviato al datore di lavoro deve apparire solo un codice identificativo del medico o il codice fiscale.
- 2) Inserire un flag "SSN" o in alternativa "libera professione", per identificare il medico nella funzione.

Tutto dovrà essere accompagnato da una circolare per identificare correttamente le funzioni dei medici, specificando, in particolare, che i sostituti dei medici di medicina

generale svolgono a tutti gli effetti la funzione di pubblico ufficiale. La circolare dovrebbe risolvere anche eventuali dubbi sulla funzione di medico pubblico dei medici delle case di cura private accreditate e definire gli ambiti in cui invece il medico dipendente (o convenzionato) opera come libero professionista.

- 3) Le dichiarazioni del lavoratore sulla data di inizio malattia, sul domicilio, sulla residenza ecc... devono sempre essere specificate come segue: "il lavoratore dichiara che..."
- 4) Andrà aggiunta una spunta per:
 - a) evento traumatico
 - b) attività lavorativa completata nel giorno del rilascio
- 5) Verrà distinta la data di invio dalla data di rilascio.
- 6) Saranno aggiunti due ulteriori campi note a testo libero sia nella diagnosi che nella prognosi, per eventuali precisazioni, richieste in particolare per normative attuali o future inerenti specifiche situazioni patologiche.

Le osservazioni della FNOMCeO

La FNOMCeO ha richiesto al Dipartimento digitalizzazione e innovazione tecnologica della Presidenza del Consiglio dei ministri un parere sui certificati rilasciati dai sostituti dei medici di medicina generale.

*Una circolare
per definire
gli ambiti
delle funzioni
dei medici
e dei loro
sostituti*

Pubblichiamo la nota inviata dalla Federazione il 25 marzo scorso.

L'art. 55-septies del D.Lgs. 165/01 introdotto dall'art. 69 del D.Lgs. 150/09 recante "Controlli sulle assenze" dispone che nell'ipotesi di assenza per malattia protratta per un periodo superiore a dieci giorni e, in ogni caso, dopo il secondo evento di malattia nell'anno solare l'assenza viene giustificata esclusivamente mediante certificazione medica rilasciata da una struttura sanitaria pubblica o da un medico convenzionato con il Servizio sanitario nazionale. In tutti i casi di assenza per malattia la certificazione medica è inviata per via telematica direttamente dal medico o dalla struttura sanitaria all'Istituto nazionale della previdenza sociale, secondo le modalità stabilite per la trasmissione telematica dei certificati medici nel settore privato dalla normativa vigente. L'inosservanza degli obblighi di trasmissione per via telematica della certificazione medica concernente assenze di lavoratori per malattia 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.

Pervengono alla Federazione quesiti sulla possibilità di identificare, come medico di struttura pubblica o convenzionato con il SSN, il professionista che provvede al rilascio del certificato di malattia nei casi di assenza del lavoratore per oltre dieci giorni o per gli episodi successivi al primo nell'anno solare. Le credenziali di accesso al sistema, infatti, identificano il medico, ma non la sua funzione, che può anche essere diversa in diversi momenti dell'attività professionale, in particolare

nel caso di esercizio della libera professione in costanza di rapporto di dipendenza o di convenzione,

La problematica andrebbe affrontata nel gruppo di lavoro tecnico per il monitoraggio del sistema di certificazione on line e probabilmente andrebbe introdotto un apposito campo nel modello di certificazione per consentire al medico di autocertificarsi nella funzione. Tale modifica può essere realizzata solo con lo strumento di un Decreto Interministeriale.

Nelle more è necessario provvedere al problema contingente dei sostituti del medico di medicina generale liberi professionisti.

Si ritiene che il medico libero professionista, quando opera come sostituto dei medici di medicina generale, acquisisce lo status di pubblico ufficiale e di persona incaricata di un pubblico servizio, avendo quindi la piena potestà certificativa.

In tal senso sarebbe opportuno un esplicito chiarimento, onde evitare ogni dubbio sulla materia. Per quanto attiene all'identificazione del libero professionista come sostituto del medico convenzionato, nelle more di una modifica del form di certificazione, tale qualifica potrebbe essere esplicitata dal medico nel campo "note" dell'attuale modello insieme alle specificazioni relative alla diagnosi, allo scopo di fornire il dato quanto meno all'INPS.

Tale campo non è visibile al datore di lavoro, il quale, tuttavia, potrebbe, in via transitoria, in caso di dubbi, rivolgersi all'INPS per ottenere conferma. Nel caso invece di residuale certificazione cartacea potrebbe essere apposto sia il timbro del medico sostituto che di quello sostituito.

Certificati di malattia cartacei per categorie di dipendenti pubblici

Il Ministero dell'Interno ha inviato una nota inerente la trasmissione per via telematica dei certificati di malattia e alle particolari disposizioni previste dalla normativa vigente per la Polizia di Stato e ha segnalato alla FNOMCeO "comportamenti difformi" da parte dei medici convenzionati in ordine alla certificazione rilasciata al personale appartenente alla Polizia di Stato.

E' bene subito ribadire che ai sensi della normativa vigente al personale appartenente alla Polizia di Stato deve essere rilasciato esclusivamente il certificato medico in forma cartacea, con prognosi e diagnosi. I medici convenzionati con il Servizio sanitario nazionale quindi, non debbono inviare il certificato per via telematica.

Come è noto, infatti, l'art. 55-septies del D.Lgs. 165/01, introdotto dall'art. 69 del D.Lgs. 150/09 recante "Controlli sulle assenze", dispone che in tutti i casi di assenza per malattia la certificazione medica è inviata per via telematica direttamente dal medico o dalla struttura sanitaria che la rilascia all'Istituto nazionale della previdenza sociale, secondo le modalità stabilite per la trasmissione telematica dei certificati medici nel settore privato dalla normativa vigente.

Restano escluse dal campo di applicazione di tali disposizioni il personale in regime di diritto pubblico di cui all'art 3 del D.Lgs. 165/01

(magistrati, avvocati dello Stato, professori universitari, personale appartenente alle forze armate e alle forze di polizia, corpo nazionale dei vigili del fuoco, personale delle carriere diplomatiche e prefetture e le altre categorie che ai sensi del citato art. 3 sono disciplinate dai propri ordinamenti). Per queste categorie i medici compilano i certificati ancora nella forma cartacea e le amministrazioni accettano i relativi documenti nella stessa forma con le consuete modalità di produzione o trasmissione da parte del dipendente interessato.

Inoltre il Ministero dell'Interno pone in evidenza la previsione di cui all'art. 61 del DPR n. 782 del 1985 che dispone che "il personale della Polizia di Stato che per ragioni di salute non ritenga di essere in condizione di prestare servizio deve darne tempestiva notizia telefonica al capo dell'ufficio, reparto o istituto da cui dipende, trasmettendo, nel più breve tempo possibile, il certificato medico da cui risulti la diagnosi e la prognosi".

Nell'invitare tutti gli Ordini provinciali a dare nell'ambito della propria competenza territoriale la massima diffusione alla nota del Ministero dell'interno, la FNOMCeO ritiene che problemi di difformità sul territorio nazionale non derivino da una errata interpretazione della legge da parte dei medici convenzionati con il Servizio sanitario nazionale, ma nella gran parte dei casi dalla mancata

Escluso l'obbligo dell'invio telematico per magistrati, professori universitari, forze armate e di polizia, vigili del fuoco, personale di prefetture e diplomazia

richiesta del certificato medico cartaceo da parte dei dipendenti esclusi dal campo di applicazione della nuova normativa.

Le disposizioni per la Polizia di Stato

Pubblichiamo l'allegato alla nota del Ministero dell'Interno con le disposizioni per il personale in regime di diritto pubblici.

Il Dipartimento della Funzione Pubblica con la Circolare n. 2 del 28 settembre 2010, nel fornire indicazioni operative relativamente all'avvio del sistema di trasmissione telematica dei certificati di malattia, ha precisato che la applicabilità dell'articolo 55 septies del DLgs 165/01, introdotto dall'articolo 69 del DLgs 27 ottobre 2009, n. 150, riguarda il personale ad ordinamento privatistico e non riguarda direttamente il personale in regime di diritto pubblico di cui all'articolo 3 del medesimo decreto per il quale rimane vigente la tradizionale modalità cartacea.

Numerosi uffici dell'Amministrazione

del Ministero dell'Interno, preposti alla trattazione delle assenze per malattia, segnalano comportamenti difformi, da parte di medici convenzionati con il SSN, i quali, anche in presenza di esplicita richiesta dei loro assistiti appartenenti alla Polizia di Stato, adottano la procedura di trasmissione telematica, rilasciando esclusivamente il modulo a stampa, costituente ricevuta di trasmissione, privo di firma e timbro e, talora, anche di diagnosi.

Per il personale della Polizia di Stato, tali documenti non possono essere accettati per la giustificazione della assenza per malattia, stante l'obbligo che la certificazione medica riporti l'indicazione di diagnosi e prognosi.

Si richiede un cortese intervento della FNOMCeO affinché, attraverso le modalità di comunicazione ritenute più idonee, sensibilizzi gli iscritti agli Ordini provinciali ad attenersi alle direttive della Circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica rilasciando ai propri assistiti, appartenenti ai ruoli della Polizia di Stato, le certificazioni di malattia nella tradizionale forma cartacea.

Sito web dell'Ordine:

www.omceoss.org

e-mail dell'Ordine:

ordine@omceoss.org

1/Nuove disposizioni sulle patenti

Idoneità psicofisica alla guida di veicoli a motore

Sulla Gazzetta Ufficiale n. 301 del 27 dicembre 2010 è stato pubblicato il decreto 30 novembre 2010 recante „Recepimento della direttiva 2009/112/CE della Commissione del 25 agosto 2009, recante modifica della direttiva 91/439/CEE del Consiglio concernente la patente di guida.

Il decreto è emanato ai sensi dell'art. 229 del D.Lgs. 285/92 – Codice della strada – vista la direttiva 2009/112/CE della Commissione del 25 agosto 2009, recante modifica della direttiva 91/439/CEE del Consiglio concernente la patente di guida e visto il decreto del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti 30 settembre 2003, n. 40T, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 15 aprile 2004, n. 88 e in particolare l'allegato terzo recante «Norme minime concernenti l'idoneità fisica e mentale per la guida di un veicolo a motore».

Con il decreto emanato si è ritenuto necessario modificare l'allegato III del citato decreto del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti 30 settembre 2003, n. 40T, in conformità con le disposizioni introdotte dalla direttiva 2009/112/CE, prendendo atto della nota prot. I.4.CD.2.2 dell'8 ottobre 2010 con cui il Ministero della salute ha trasmesso il documento elaborato dal gruppo tecnico di lavoro costituito presso detto Ministero con decreto dirigenziale 9 ottobre 2009, al fine di individuare criteri di valutazione dell'idoneità psico-

fisica alla guida di veicoli a motore di soggetti affetti da patologie della vista, diabete o epilessia, sulla base delle nuove norme comunitarie.

Il decreto risulta essere di particolare interesse per i medici di cui all'art. 119 del D.Lgs. 285/92 in riferimento al rilascio del certificato di idoneità psicofisica alla guida (in particolare il medico monocratico di cui al comma 2 e le commissioni medico locali).

2/Il decreto sulle patenti Recepite le direttive europee

Pubblichiamo il decreto 30 novembre 2010 sul recepimento della direttiva 2009/112 CE della Commissione del 25 agosto 2009, recante modifica della direttiva 91/439/CEE del Consiglio concernente la patente di guida (G.U. n. 30 del 27 dicembre 2010) (10A15247)

Il ministro delle Infrastrutture e dei Trasporti

Visto il decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285 e successive modifiche ed integrazioni, recante «Nuovo codice della strada»;

Visto il titolo IV del citato codice della strada recante: «Guida dei veicoli e conduzione degli animali»;

Visto l'art. 229 del medesimo co-

*I criteri
di valutazione
per le patologie
della vista,
diabete
o epilessia*

dice che rinvia a decreti dei Ministri della Repubblica il recepimento, secondo le competenze loro attribuite, di direttive comunitarie afferenti alle materie disciplinate dallo stesso codice;

Vista la direttiva n. 91/439/CEE del Consiglio, del 29 luglio 1991, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale delle Comunità europee n. L 237 del 24 agosto 1991;

Vista la direttiva 2009/112/CE della Commissione del 25 agosto 2009, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale delle Comunità europee n. L 223 del 26 agosto 2009, recante modifica della direttiva 91/439/CEE del Consiglio concernente la patente di guida;

Visto il decreto del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti 30 settembre 2003, n. 40T, recante «Disposizioni comunitarie in materia di patenti di guida e recepimento della direttiva 2000/56/CE» pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 15 aprile 2004, n. 88 in particolare l'allegato terzo recante «Norme minime concernenti l'idoneità fisica e mentale per la guida di un veicolo a motore»;

Ritenuto necessario modificare l'allegato III del citato decreto del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti 30 settembre 2003, n. 40T, in conformità con le disposizioni introdotte dalla direttiva 2009/112/CE;

Vista la nota prot. I.4.CD.2.2 dell'8 ottobre 2010 con cui il Ministero della salute ha trasmesso il documento elaborato dal gruppo tecnico di lavoro costituito presso detto Ministero con decreto dirigenziale 9 ottobre 2009 al fine di individuare criteri di valutazione dell'idoneità psicofisica alla guida di veicoli a motore di soggetti affetti da patologie della vista, diabete o epilessia, sulla base delle nuove norme comunitarie;

Adotta
il seguente decreto:

Recepimento della direttiva 2009/112/CE della Commissione del 25 agosto 2009, recante modifica della direttiva 91/439/CEE del Consiglio concernente la patente di guida.

Art. 1

1. È recepita la direttiva 2009/112/CE. Il rilascio e la conferma di validità della patente di guida a soggetti con patologie a carico dell'apparato visivo, diabetici o epilettici È subordinato all'accertamento dei requisiti previsti dagli allegati I, II e III, facenti parte integrante del presente decreto.
2. I punti 6, 10 e 12 dell'allegato III al decreto del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti 30 settembre 2003, n. 40T, sono abrogati.

Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Roma, 30 novembre 2010

Allegato I

Ai fini del presente allegato, i conducenti sono classificati in due gruppi:

- a) Gruppo 1: conducenti di veicoli delle categorie A, B, B + E e delle sottocategorie A 1 e B1
- b) Gruppo 2: conducenti di veicoli delle categorie C, C + E, D, D+ E e delle sottocategorie C1, C1 + E, D1 e D1 + E

www.omceoss.org
ordine@omceoss.org

1. Il candidato al conseguimento della patente di guida (ovvero chi deve rinnovarla o ha l'obbligo di revisione ai sensi dell'art. 128 del codice della strada) deve sottoporsi a esami appropriati per accertare la compatibilità delle sue condizioni visive con la guida di veicoli a motore. Dovranno essere valutati con particolare attenzione: acutezza visiva, campo visivo, visione crepuscolare, sensibilità all'abbagliamento e al contrasto, diplopia e altre funzioni visive che possono compromettere la guida sicura. Se c'è motivo di dubitare che la sua vista non sia adeguata, il candidato deve essere esaminato dalla Commissione Medica Locale.

Per i conducenti appartenenti al gruppo 1 che non soddisfano le norme riguardanti il campo visivo e l'acutezza visiva, il rilascio della patente può essere autorizzato da parte della Commissione medica locale in "casi eccezionali", correlati alla situazione visiva del conducente, ponendo limitazioni riguardo alla guida.

In questi casi il conducente deve essere sottoposto a visita dalla Commissione che verifica, avvalendosi di accertamenti da parte di medico specialista oculista anche l'assenza di altre patologie che possono pregiudicare la funzione visiva, fra cui la sensibilità all'abbagliamento, al contrasto, la visione crepuscolare, eventualmente avvalendosi anche di prova pratica di guida. La documentazione sanitaria inerente agli accertamenti posti a base del giudizio espresso dovrà restare agli atti per almeno cinque anni.

2. Il candidato al rilascio o al rinnovo della patente di guida deve possedere un'acutezza visiva binoculare complessiva, anche con correzione ottica, se ben tollerata, di almeno 0,7, raggiungibile sommando l'acutezza visiva posseduta da entrambi gli occhi, purché il visus nell'occhio che vede peggio non sia inferiore a 0,2.

Il campo visivo binoculare posseduto deve consentire una visione in orizzontale di almeno 120 gradi, con estensione di non meno di 50 gradi verso destra o verso sinistra e di 20 gradi verso l'alto e verso il basso. Non devono essere presenti difetti in un raggio di 20 gradi rispetto all'asse centrale, inoltre deve essere posseduta una visione sufficiente in relazione all'illuminazione crepuscolare, un idoneo tempo di recupero dopo abbagliamento e un'adeguata sensibilità al contrasto, in caso di insufficienza di tali due ultime funzioni la Commissione medica locale può autorizzare la guida solo alla luce diurna.

Qualora sia rilevata o dichiarata una malattia degli occhi progressiva, la patente di guida può essere rilasciata o rinnovata dalla Commissione con validità limitata nella durata e se del caso con limitazione per la guida notturna, avvalendosi di consulenza da parte di medico specialista oculista.

3. Il candidato al rilascio o al rinnovo della patente di guida monocoloro, organico o funzionale, deve possedere un'acutezza visiva di non meno 0,8, raggiungibile anche con lente correttiva se ben tollerata. Il medico monocratico deve certificare che tale condizione di vista

monoculare esiste da un periodo di tempo sufficientemente lungo (almeno sei mesi) da consentire l'adattamento del soggetto e che il campo visivo consenta una visione in orizzontale di almeno 120 gradi e di non meno di 60 gradi verso destra o verso sinistra e di 25 gradi verso l'alto e 30 gradi verso il basso. Non devono essere presenti difetti in un raggio di 30 gradi rispetto all'asse centrale, inoltre deve essere posseduta una visione sufficiente in relazione all'illuminazione crepuscolare e dopo abbagliamento con idoneo tempo di recupero e idonea sensibilità al contrasto, tali condizioni devono essere opportunamente verificate.

Nel caso in cui uno o più requisiti non sono presenti il giudizio viene demandato alla Commissione medica locale che, avvalendosi di consulenza da parte di medico specialista oculista, valuta con estrema cautela se la patente di guida può essere rilasciata o rinnovata, eventualmente con validità limitata nella durata e se del caso con limitazione per la guida notturna.

4. A seguito di diplopia sviluppata recentemente o della perdita improvvisa della visione in un occhio, ai fini del raggiungimento di un adattamento adeguato non è consentito guidare per un congruo periodo di tempo, da valutare da parte di medico specialista oculista; trascorso tale periodo, la guida può essere autorizzata dalla Commissione medica locale, acquisito il parere di un medico specialista oculista, eventualmente con prescrizione di validità limitata nella durata e se del caso con limitazione per la guida notturna.

Gruppo 2

5. Il candidato al rilascio o al rinnovo della patente di guida deve possedere una visione binoculare con un'acutezza visiva, se del caso raggiungibile con lenti correttive, di almeno 0,8 per l'occhio più valido e di almeno 0,4 per l'occhio meno valido. Se per ottenere i valori di 0,8 e 0,4 sono utilizzate lenti correttive, l'acutezza visiva minima (0,8 e 0,4) deve essere ottenuta o mediante correzione per mezzo di lenti a tempiale con potenza non superiore alle otto diottrie come equivalente sferico o mediante lenti a contatto anche con potere diottrico superiore. La correzione deve risultare ben tollerata.

Il campo visivo orizzontale binoculare posseduto deve essere di almeno 160 gradi, con estensione di 80 gradi verso sinistra e verso destra e di 25 gradi verso l'alto e 30 verso il basso. Non devono essere presenti binoculamente difetti in un raggio di 30 gradi rispetto all'asse centrale.

6. La patente di guida non deve essere rilasciata o rinnovata al candidato o al conducente che presenta significative alterazioni della visione crepuscolare e della sensibilità al contrasto e una visione non sufficiente dopo abbagliamento, con tempo di recupero non idoneo anche nell'occhio con risultato migliore o diplopia.

A seguito della perdita della visione da un occhio o di gravi alterazioni delle altre funzioni visive che permettevano l'idoneità alla guida o di insorgenza di diplopia deve essere prescritto un periodo di adattamento adeguato, non inferiore a sei mesi, in cui non è consentito guidare.

Trascorso tale periodo la Commissione medica locale, acquisito il parere di un medico specialista oculista può consentire la guida con eventuali prescrizioni e limitazioni.

Allegato II

Ai fini del presente allegato, i conducenti sono classificati in due gruppi:

- a) Gruppo 1: conducenti di veicoli delle categorie A, B, B + E e delle sottocategorie A1 e B 1
- b) Gruppo 2: conducenti di veicoli delle categorie C, C + E, D, D + E e delle sottocategorie C1, C1 +E, D1 e D1 +E

DIABETE MELLITO

Nelle disposizioni per “ipoglicemia grave” si intende la condizione in cui È necessaria l’assistenza di un’altra persona, mentre per “ipoglicemia ricorrente” si intende la manifestazione in un periodo di 12 mesi di una seconda ipoglicemia grave. Tale condizione È riconducibile esclusivamente a patologia diabetica in trattamento con farmaci che possono indurre ipoglicemie gravi, come l’insulina o farmaci orali “insulino-stimolanti” come sulfaniluree e glinidi.

Gruppo 1

1 L’accertamento dei requisiti per il rilascio o il rinnovo della patente di guida del candidato o del conducente affetto da diabete mellito È effettuato dal medico monocratico di cui al comma 2 dell’articolo 119 del codice della strada, previa acquisizione del parere di un medico specialista in diabetologia o con specializzazione equipollen-

te, ai sensi del D.M. 30 gennaio 1998 e successive modifiche e integrazioni, operante presso le strutture pubbliche o private accreditate e convenzionate.

2. In caso di presenza di comorbidità o di gravi complicanze che possono pregiudicare la sicurezza alla guida il giudizio di idoneità È demandato alla Commissione medica locale.

In caso di trattamento farmacologico con farmaci che possono indurre una ipoglicemia grave il candidato o il conducente può essere dichiarato idoneo alla guida di veicoli del gruppo I fino a un periodo massimo di 5 anni, nel rispetto dei limiti previsti in relazione all’età.

3. La patente di guida non deve essere né rilasciata né rinnovata al candidato o al conducente affetto da diabete mellito che soffre di ipoglicemia grave e ricorrente o di un’alterazione dello stato di coscienza per ipoglicemia. Il candidato o conducente affetto da diabete mellito deve dimostrare di comprendere il rischio di ipoglicemia e di controllare in modo adeguato la sua condizione.

4. Per i candidati o conducenti affetti da diabete mellito in trattamento solo dietetico, o con farmaci che non inducono ipoglicemie gravi, come metformina, inibitori dell’alfa-glicosidasi, glitazoni, analoghi o mimetici del GLP-1, inibitori del DPP-IV in monoterapia o in associazione tra loro, il limite massimo di durata di validità della patente di guida, in assenza di complicanze che interferiscano con la sicurezza alla guida, può essere fissato secondo i normali limiti di legge previsti in relazione all’età.

Gruppo 2

5. In caso di trattamento con farmaci che possano indurre ipoglicemie gravi, (come insulina, e farmaci orali come sulfaniluree e glinidi,) l'accertamento dei requisiti per il rilascio o il rinnovo della patente di guida del gruppo 2 da parte della Commissione medica locale, a candidati o conducenti affetti da diabete mellito è effettuato avvalendosi di consulenza da parte di un medico specialista in diabetologia o specializzazione equipollente, ai sensi del D.M. 30 gennaio 1998 e successive modifiche e integrazioni, operante presso le strutture pubbliche o private accreditate e convenzionate, che possa attestare le seguenti condizioni:
- a) assenza di crisi di ipoglicemia grave nei dodici mesi precedenti;
 - b) il conducente risulta pienamente cosciente dei rischi connessi all'ipoglicemia;
 - c) il conducente ha dimostrato di controllare in modo adeguato la sua condizione, monitorando il livello di glucosio nel sangue, secondo il piano di cura;
 - d) il conducente ha dimostrato di comprendere i rischi connessi all'ipoglicemia;
 - e) assenza di gravi complicanze connesse al diabete che possano compromettere la sicurezza alla guida. In questi casi, la patente di guida può essere rilasciata o confermata di validità per un periodo massimo di tre anni o per un periodo inferiore in relazione all'età;
6. Per i candidati o conducenti affetti da diabete mellito in trattamento solo dietetico, o con farmaci che non inducono ipoglicemie gravi, come metformina, inibitori dell'al-

fa-glicosidasi, glitazoni, analoghi o mimetici del GLP-1, inibitori del DPP-IV in monoterapia o in associazione tra loro, il limite massimo di durata della patente di guida, in assenza di complicanze che interferiscano con la sicurezza alla guida, può essere fissato secondo i normali limiti di legge previsti in relazione all'età;

7. In caso di crisi di ipoglicemia grave nelle ore di veglia, anche al di fuori delle ore di guida, ricorre l'obbligo di segnalazione all'Ufficio Motorizzazione civile, per l'adozione del provvedimento di cui all'articolo 128 del codice della strada;
8. In caso di modifiche della terapia farmacologica durante il periodo di validità della patente di guida di veicoli sia di Gruppo 1 che di Gruppo 2, con aggiunta di farmaci che possono indurre ipoglicemia grave (insulina o farmaci orali "insulino-stimolanti" come sulfaniluree o glinidi); ricorre l'obbligo di segnalazione all'Ufficio Motorizzazione civile per l'adozione del provvedimento di cui all'articolo 128 del Codice della strada
9. Per i titolari di abilitazione professionale di tipo KA e KB si applicano le norme previste per la patente di guida di veicoli di Gruppo 2.

Allegato III

Ai fini del presente allegato, i conducenti sono classificati in due gruppi:

- a) Gruppo 1: conducenti di veicoli delle categorie A, B, B + E e delle sottocategorie A1 e B1
- b) Gruppo 2: conducenti di veicoli delle categorie C, C + E, D, D + E e delle sottocategorie C1, C1 +E, D1 e D1 + E.

EPILESSIA

1. Le crisi epilettiche o le altre alterazioni improvvise dello stato di coscienza costituiscono un pericolo grave per la sicurezza stradale allorchè sopravvengono al momento della guida di un veicolo a motore. La valutazione pertanto dovrà essere fatta con particolare attenzione da parte della Commissione medica locale.

Per “epilessia” si intende il manifestarsi di due o piu’ crisi epilettiche non provocate, a distanza di meno di cinque anni l’una dall’altra.

Per “crisi epilettica provocata” si intende una crisi scatenata da una causa identificabile e potenzialmente evitabile.

Una persona che ha una crisi epilettica iniziale o isolata o perde conoscenza deve essere dissuasa dalla guida. È richiesto il parere di uno specialista in neurologia o in disciplina equipollente, ai sensi del D.M. 30 gennaio 1998 e successive modifiche e integrazioni, che deve specificare il periodo di interdizione alla guida.

È estremamente importante identificare la sindrome epilettica specifica per valutare correttamente il livello di sicurezza rappresentato dal soggetto durante la guida (compreso il rischio di ulteriori crisi) e definire la terapia piu’ adeguata. La valutazione deve essere effettuata da uno specialista in neurologia o in disciplina equipollente, ai sensi del D.M. 30 gennaio 1998 e successive modifiche e integrazioni.

Le persone che sono considerate clinicamente guarite su certificazione rilasciata da uno specialista in neurologia (o disciplina equi-

pollente) e non hanno presentato crisi epilettiche da almeno 10 anni in assenza di trattamento farmacologico non sono più soggette a restrizioni o limitazioni.

I soggetti liberi da crisi da almeno 5 anni ma che risultino tuttora in trattamento saranno ancora sottoposti a controlli periodici da parte della Commissione medica locale che stabilirà la durata del periodo di idoneità dopo aver acquisito la certificazione emessa dallo specialista in neurologia o disciplina equipollente. Per i soggetti liberi da crisi da almeno 10 anni ma ancora in trattamento non È previsto il conseguimento/rinnovo della patente del gruppo 2.

Tutta la documentazione sanitaria dovrà restare agli atti della Commissione Medica locale per almeno 10 anni

Gruppo 1

2. La patente di guida di un conducente con epilessia del gruppo 1 deve essere oggetto di attenta valutazione da parte della Commissione medica locale finchè l’interessato non abbia trascorso un periodo di cinque anni senza crisi epilettiche in assenza di terapia.

I soggetti affetti da epilessia non soddisfano i criteri per una patente di guida senza restrizioni. Vi È obbligo di segnalazione, ai fini delle limitazioni al rilascio o della revisione di validità della patente di guida, all’Ufficio della Motorizzazione civile dei soggetti affetti da epilessia da parte di Enti o Amministrazioni che per motivi istituzionali di ordine amministrativo previdenziale, assistenziale o assicurativo abbiano accertato l’e-

- sistenza di tale condizione (per esenzione dalla spesa sanitaria, riconoscimento di invalidità civile, accertamenti dei servizi medico legali, ecc).
3. Crisi epilettica provocata: il candidato che ha avuto una crisi epilettica provocata a causa di un fattore scatenante identificabile, con scarsa probabilità che si ripeta al volante, può essere dichiarato idoneo alla guida su base individuale, subordinatamente a un parere neurologico (se del caso, l'idoneità deve essere certificata tenendo conto degli altri requisiti psicofisici richiesti dalle norme vigenti, con riferimento, ad esempio, all'uso di alcol o ad altri fattori di morbilità).
 4. Prima o unica crisi epilettica non provocata: il candidato che ha avuto una prima crisi epilettica non provocata può essere dichiarato idoneo alla guida dopo un periodo di sei mesi senza crisi, a condizione che sia stata effettuata una valutazione medica specialistica appropriata. Il periodo di osservazione dovrà essere protratto finché l'interessato non abbia trascorso un periodo di cinque anni senza crisi epilettiche.
 5. Altra perdita di conoscenza: la perdita di conoscenza deve essere valutata in base al rischio di ricorrenza durante la guida.
 6. Epilessia: il conducente o il candidato può essere dichiarato idoneo alla guida dopo un periodo, documentato e certificato da parte dello specialista neurologo, di un anno senza ulteriori crisi.
 7. Crisi esclusivamente durante il sonno: il candidato o il conducente che soffre di crisi esclusivamente durante il sonno può essere dichiarato idoneo alla guida a condizione che il manifestarsi delle crisi sia stato osservato per un periodo non inferiore al periodo senza crisi previsto per l'epilessia (un anno). In caso di attacchi/crisi durante la veglia, è richiesto un periodo di un anno senza ulteriori manifestazioni prima del rilascio della patente di guida (cfr. "Epilessia").
 8. Crisi senza effetti sullo stato di coscienza o sulla capacità di azione: il candidato o il conducente che soffre esclusivamente di crisi a proposito delle quali è dimostrato che non incidono sullo stato di coscienza e che non causano incapacità funzionale, può essere dichiarato idoneo alla guida a condizione che il manifestarsi delle crisi sia stato osservato per un periodo non inferiore al periodo senza crisi previsto per l'epilessia (un anno). In caso di attacchi/crisi di natura diversa, è richiesto un periodo di un anno senza ulteriori manifestazioni prima del rilascio della patente di guida (cfr. "Epilessia").
 9. Crisi dovute a modificazioni o a riduzioni della terapia antiepilettica per decisione del medico: al paziente può essere raccomandato di non guidare per un periodo di sei mesi dall'inizio del periodo di sospensione del trattamento. In caso di crisi che si manifestano nel periodo in cui il trattamento medico è stato modificato o sospeso per decisione del medico, il paziente deve essere sospeso dalla guida per tre mesi se il trattamento efficace precedentemente applicato viene nuovamente applicato.
 10. Dopo un intervento chirurgico per curare l'epilessia: il conducente o

il candidato può essere dichiarato idoneo alla guida dopo un periodo, documentato e certificato da parte dello specialista, di un anno senza ulteriori crisi.

Gruppo 2

11. Il candidato non deve assumere fallitaci antiepilettici per tutto il prescritto periodo di dieci anni senza crisi. Deve essere stato effettuato un controllo medico appropriato con un approfondito esame neurologico che non ha rilevato alcuna patologia cerebrale e alcuna attività epilettiforme all'elettroencefalogramma (EEG).
12. Crisi epilettica provocata: il candidato che ha avuto una crisi epilettica provocata a causa di un fattore scatenante identificabile con scarsa probabilità di ripetizione durante la guida può essere dichiarato idoneo alla guida su base individuale per veicoli ad uso privato e non per trasporto terzi, subordinatamente a un parere neurologico. Dopo l'episodio acuto è opportuno eseguire un EEG e un esame neurologico adeguato. Un soggetto con una lesione strutturale intracerebrale che presenta un rischio accresciuto di crisi non deve guidare veicoli appartenenti al gruppo 2 (se del caso, l'idoneità deve essere certificata tenendo conto degli altri requisiti psicofisici richiesti dalle norme vigenti, con riferimento, ad esempio, all'uso di alcol o ad altri fattori di morbilità).
13. Prima o unica crisi epilettica non provocata: il candidato che ha avuto una prima crisi epilettica non provocata può essere dichiara-
- rato idoneo alla guida dopo un periodo di dieci anni senza ulteriori crisi senza il ricorso a farmaci antiepilettici, a condizione che sia stata effettuata una valutazione medica specialistica appropriata.
14. Altra perdita di conoscenza: la perdita di conoscenza deve essere valutata in base al rischio di ricorrenza durante la guida (se del caso, l'idoneità deve essere certificata tenendo conto degli altri requisiti psicofisici richiesti dalle norme vigenti, con riferimento, ad esempio, all'uso di alcol o ad altri fattori di morbilità).
15. Epilessia: devono trascorrere dieci anni senza crisi epilettiche, senza l'assunzione di farmaci antiepilettici e senza alcuna attività epilettiforme all'elettroencefalogramma (EEG). La stessa regola si applica anche in caso di epilessia dell'età pediatrica. In questi casi la Commissione dovrà stabilire una validità limitata che non potrà essere superiore a due anni. Determinati disturbi (per esempio malformazione arterio-venosa o emorragia intracerebrale) comportano un aumento del rischio di crisi, anche se le crisi non si sono ancora verificate. In una siffatta situazione ai fini del rilascio della patente di guida la Commissione medica locale dovrà attentamente valutare tale rischio, stabilendo un opportuno periodo di verifica, con validità della possibilità di guidare non superiore a 2 anni ove non diversamente disposto.

Trasmissione dei certificati per il conseguimento e il rinnovo

Nella Gazzetta Ufficiale n. 38 del 16 febbraio 2011 è stato pubblicato il Decreto 31 gennaio 2011 recante “Modalità di trasmissione della certificazione medica per il conseguimento e il rinnovo della patente di guida”.

Il decreto sopraccitato è stato emanato dal Ministero delle infrastrutture e dei trasporti ai sensi dell’art. 23, comma 3, al fini di disciplinare le modalità di trasmissione della certificazione medica e considerata la necessità di individuare procedure che consentano di risalire con certezza all’estensore della certificazione medica da allegare alla domanda per il conseguimento della patente di guida nonché a quella di rinnovo di validità della medesima.

In particolare l’art. 119, comma 2, del Codice della Strada prevede che l’accertamento dei requisiti fisici e psichici, tranne per i casi stabiliti nel comma 4, è effettuato dall’ufficio della unità sanitaria locale territorialmente competente, cui sono attribuite funzioni in materia medico-legale.

L’accertamento può essere effettuato altresì da un medico responsabile dei servizi di base del distretto sanitario ovvero da un medico appartenente al ruolo dei medici del Ministero della salute, o da un ispettore medico delle Ferrovie dello Stato o da un medico militare in servizio permanente effettivo o in quiescenza o da un medico del ruolo professionale dei sanitari della Polizia di

Stato o da un medico del ruolo sanitario del Corpo nazionale dei vigili del fuoco o da un ispettore medico del Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

L’accertamento può essere effettuato dai medici indicati precedentemente, anche dopo aver cessato di operare nelle amministrazioni nei corpi di appartenenza, purché abbiano svolto l’attività di accertamento negli ultimi dieci anni o abbiano fatto parte delle commissioni di cui al comma 4 per almeno cinque anni. In tutti i casi tale accertamento deve essere effettuato nei gabinetti medici.

Sono quindi interessati al provvedimento indicato in oggetto i medici appartenenti ad amministrazioni e corpi sopraccitati (art. 1), i medici militari in quiescenza (art. 2) e i medici che abbiano cessato di appartenere alle amministrazioni ed ai corpi ivi previsti per motivi diversi dalla quiescenza (art. 3).

Di fatto la novità introdotta dal provvedimento è che ogni medico dovrà avere un codice di riconoscimento presso l’ufficio della motorizzazione di riferimento che dovrà essere riportato in calce alle certificazioni, unitamente al timbro ed alla firma del medico certificatore ed all’indicazione dell’ufficio di appartenenza dello stesso.

I medici militari in quiescenza di cui all’art. 2, nel richiedere il codice di identificazione dovranno presentare apposita richiesta corredata di

*Ogni medico
dovrà avere
un codice
di riconoscimento
presso
l’ufficio della
motorizzazione*

dichiarazione sostitutiva di certificazione relativa al proprio stato di quiescenza, all'iscrizione all'albo professionale dei medici chirurghi ed odontoiatri, nonché alla non sussistenza di situazioni di destituzione dall'incarico per motivi disciplinari o a seguito di condanne penali, né di dispensa dal servizio per ragioni di particolari infermità inabilitanti l'attività certificativa.

I medici di cui all'art. 1, comma 1, del provvedimento che abbiano cessato di appartenere alle amministrazioni ed ai corpi anche per motivi diversi dallo stato di quiescenza, richiedono un codice di identificazione all'ufficio della motorizzazione competente previa presentazione di apposita domanda corredata di dichiarazione sostitutiva di certificazione dalla quale risulta che gli stessi hanno svolto attività di accertamento dei requisiti fisici e di idoneità alla guida negli ultimi dieci anni ovvero hanno fatto parte di commissioni mediche locali, di cui all'art. 119 comma 4, negli ultimi cinque anni.

La medesima dichiarazione deve essere corredata dalla documentazione prevista per i medici militari di cui all'art. 2.

Il provvedimento entra in vigore il trentesimo giorno successivo alla data della sua pubblicazione (18 marzo 2011).

Pertanto l'art. 6 del provvedimento dispone con riferimento alla tempistica per la richiesta del codice di identificazione che i medici militari in quiescenza debbano richiedere il pin a decorrere dal giorno successivo alla data di entrata in vigore del provvedimento; i medici non più appartenenti alle strutture debbano richiederlo a decorrere dal trentunesimo giorno successivo alla data di entrata

in vigore del provvedimento, mentre i medici appartenenti ad amministrazioni e corpi di cui all'art. 1 a decorrere dal sessantunesimo giorno successivo alla data di entrata in vigore del provvedimento.

È possibile consultare copia del provvedimento sul portale della fno-mceo al link gazzetta ufficiale.

4/Patenti

Esenti IVA le prestazioni mediche per i certificati preliminari

L'Agenzia dell'Entrate con parere del 9 dicembre 2010, in risposta ad un quesito dello SNAMI, ha confermato la posizione consolidata di questa Federazione in merito alla esenzione da IVA del certificato preliminare al rilascio della patente di guida.

L'Agenzia dell'Entrate nel proprio parere rileva, quindi, che la prestazione sanitaria del medico curante finalizzata al rilascio del certificato preliminare per il rinnovo o il conseguimento della patente di guida per i veicoli a motore è esente da IVA perché "lo scopo principale della prestazione è nella tutela preventiva della salute di soggetti che, trovandosi in particolari condizioni fisiche, potrebbero compromettere la propria salute e l'incolumità della collettività attraverso la guida di veicoli".

Di fatto l'Agenzia dell'Entrate conferma quanto già affermato nella Circolare n. 4 del 28 gennaio 2005 nella quale si chiariva che sono esenti da IVA quelle prestazioni mediche di diagnosi, cura e riabilitazione finalizzate alla "tutela della salute" intesa anche come prevenzione.

*Accolte
le richieste
della Federazione:
l'esenzione
riguarda
i soggetti
già titolari
di patente*

5/Patenti

I medici di fiducia non devono comunicare le patologie

Nella Gazzetta Ufficiale n. 99 del 30 aprile 2011 è stato pubblicato il decreto legislativo 18 aprile 2011, n. 59.

Dall'esame del provvedimento, approvato in via definitiva nella riunione del Consiglio dei Ministri del 7 aprile 2011, si rileva che il Governo ha accolto le istanze della FNOM-CeO che era intervenuta presso le sedi istituzionali per chiedere la modifica dell'art. 14 del decreto, così come approvato in esame preliminare dal Consiglio dei Ministri, nel senso di prevedere l'esclusione dei medici di fiducia di cui all'art. 119 del Codice della Strada dall'obbligo di comunicare al Dipartimento per i trasporti eventuali patologie accertate che compromettano l'idoneità alla guida di soggetti già titolari di patente.

La Federazione è soddisfatta per l'approvazione delle modifiche richieste che salvaguardano il rapporto di fiducia medico-paziente.

La lettera

Tutela del rapporto fra medico e paziente

Questo il testo della lettera inviata al Ministro della salute nella quale la FNOMCeO ha sollecitato le modifiche al decreto sulle patenti.

Illustre Ministro, il Consiglio dei Ministri nella riunione dell'11 gennaio 2011 ha approvato in via preli-

minare lo schema di decreto legislativo recante »Attuazione delle direttive 2006/126/CE e 2009/113/CE concernenti la patente di guida».

Il provvedimento è ora all'esame delle Commissioni parlamentari di competenza per l'acquisizione del relativo parere.

Il comma 1 prevede che, a similitudine di quanto disposto dal comma 1-bis dell'art. 128 con riferimento ai responsabili delle unità di terapia intensiva o di neurochirurgia, i medici di cui all'art. 119 del D.Lgs. 285/92, ancorché in sede di accertamento medico legale diverso da quello di verifica di idoneità fisica e psichica della patente di guida, siano tenuti a comunicare al Dipartimento per i trasporti, la navigazione ed i sistemi informativi e statistici eventuali patologie accertate che compromettano la suddetta idoneità.

La disposizione legislativa sopracitata sembra avere carattere di generalità perché riferita all'art. 119 del D.Lgs. 285/92 dove è espressamente richiamata tra l'altro, oltre alla figura del medico monocratico ed anche della commissione medico locale di cui al comma 2, anche la figura del medico di fiducia che rilascia il certificato medico relativo ai precedenti morbosità sulla base di conoscenze clinico-anamnestiche direttamente acquisite a seguito dell'attività di medico curante (comma 3).

La norma di cui all'art. 14 dello schema di decreto-legislativo – AG n. 323, tuttavia, così come formulata, prefigura situazioni che, a nostro giudizio, intervengono nella relazione fra medico e curante-assistito potendone compromettere il rapporto di fiducia, qualora l'obbligo di segnalazione vada oltre la compilazione del certificato anamnestico richiesto dall'interessato.

La fattispecie non ci pare infatti

compiutamente assimilabile a quella relativa ad altre denunce obbligatorie, laddove vengono bilanciati la tutela dei diritti costituzionali in capo al singolo e quelli di interesse della collettività, ad esempio le denunce di malattie infettive e i trattamenti sanitari obbligatori.

In tali situazioni, infatti, tendono a coincidere gli interessi di tutela della salute pubblica con quelli di tutela dei soggetti coinvolti e non è prevalente, almeno sul piano generale, da parte di questi ultimi la percezione di un possibile danno personale a seguito della denuncia stessa tale da sottrarsi all'osservazione clinica ed alla cura.

Non vi è dubbio, al contrario, che la tutela dell'individuo e della collettività derivante dalla denuncia delle condizioni patologiche, tali da determinare diminuzione o pregiudizio all'idoneità alla guida, verrebbe in numerose situazioni percepita dall'interessato in subordine al correlato rilevante danno (possibili riduzioni dello status sociale ed economico).

Da ciò discende la manifesta preoccupazione che tale procedura possa indurre gli interessati a non sottoporsi a visite e controlli medici o ad assumere comportamenti omisivi su sintomi e segni, con ulteriore e grave pericolo per la salute pubblica, oltre che individuale o, ancora, possa creare circuiti di cura elusivi e collusivi. Si ritiene pertanto che la figura del medico di fiducia vada esplicitamente esclusa dalla previsione di cui all'art. 14 dello schema di decreto legislativo – AG n. 323.

Ci sembra quindi più opportuno definire una procedura, automatica e neutra, di individuazione dei soggetti a rischio, tale da non interferire con il rapporto fiduciario, sia in ambito di

cure primarie che ospedaliere.

Nella fattispecie una possibile modalità di intervento potrebbe fare riferimento a modelli di classificazione delle condizioni patologiche già esistenti, sebbene diversamente finalizzati, quali le esenzioni dalla partecipazione alla spesa sanitaria per patologia, per le quali sono in atto precise codifiche con riferimento alle diverse condizioni di malattia, codici DRG specifici, riconoscimenti di invalidità civile, INPS e INAIL, prevedendo altresì modalità di coinvolgimento degli Enti previdenziali privatizzati e delle imprese assicurative operanti nel ramo.

Nel caso del singolo cittadino, una prima valutazione della correlazione tra tale classificazione e situazione individuale di possibile riduzione delle condizioni di idoneità alla guida potrebbe essere effettuata sistematicamente dai Servizi di Medicina Legale delle ASL sulla base di queste informazioni, segnalando le situazioni meritevoli di riconsiderazione dell'idoneità alla guida al Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti ai fini della successiva revisione della patente di guida.

In conclusione la FNOMCeO chiede una modifica dell'art. 14 dello schema di decreto legislativo approvato in esame preliminare dal Consiglio dei Ministri che preveda l'esclusione del medico di fiducia dal campo di applicazione della relativa disposizione legislativa e al tempo stesso l'introduzione di una procedura automatica di individuazione dei soggetti a rischio, tale da non interferire con il rapporto fiduciario sia in ambito di cure primarie che ospedaliere.

La terapia del dolore (T.D.L.)

l'importanza di un acronimo

Scopo della Legge 38/10 tutelare il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore e quindi di semplificare le procedure di accesso ai medicinali impiegati nella terapia del dolore. La legge ha introdotto delle modifiche nella prescrizione e nella collocazione dei farmaci dell'Allegato III-bis, precedentemente inseriti nella Tabella II in sezione A, rendendo definitivo quanto stabilito temporaneamente dall'ordinanza 16 giugno 2009. Pertanto la collocazione attuale è la seguente:

SEZIONE A

Composizioni contenenti farmaci dell'Allegato III-bis ad uso iniettabile (Morfina® fiale, Temgesic® fiale) e composti a base di metadone e buprenorfina ad uso orale (Metadone® os, Temgesic® cpr).

SEZIONE D

Composizioni per somministrazioni ad uso diverso da quello parenterale contenenti fentanyl, idrocodone, idromorfone, morfina, ossicodone e ossimorfone (Durogesic® cer., Matrifen® cer., Quatrofen® cer. e generici, Actiq® past., Effentora® cpr, Abstral® cpr; Journista® cpr; MS Contin® cpr, Twice® cpr, Oramorph® os; Oxycotin® 20-40-80¹ mg cpr, Depalgos® 20¹ mg +325 mg, Targin® 20/10¹ mg) e composizioni per somministrazioni ad uso transdermico contenenti buprenorfina (

Transtec® cer). in diverse sezioni dei farmaci analgesici oppiacei comporta semplificazioni dal punto di vista prescrittivo per il loro utilizzo nella terapia del dolore.

Infatti i farmaci dell'Allegato III-bis sia della sezione A che della sezione D possono essere prescritti con la ricetta **RMR** (ricetta ministeriale a ricalco), ma anche con la ricetta SSN (rossa).

Le ricette devono contenere il codice "TDL" (terapia del dolore severo: decreto MEF 17/03/2001, allegato 12)², la prescrizione dei medicinali per la terapia non superiore a 30 giorni³ e, per consentire al farmacista la necessaria verifica, l'indicazione della posologia.

La prescrizione può contenere fino a due medicinali diversi tra loro, o lo stesso medicinale in due forme farmaceutiche diverse o con due dosaggi differenti fra loro.

Inoltre i farmaci dell'Allegato III-bis ricollocati in sezione D possono essere prescritti con la ricetta ordinaria (bianca, a pagamento), mentre questo non è consentito per quelli rimasti in sezione A. Anche in questo caso si possono coprire fino a trenta giorni di terapia; per questo motivo "sarebbe opportuno" che la ricetta contenesse l'indicazione "terapia del dolore" e l'indicazione della posologia.

Si sottolinea che nel caso i farmaci dell'Allegato III-bis siano utilizzati per indicazioni diverse dal trattamen-

to del dolore severo (es. la morfina nell'infarto del miocardio o nell'edema polmonare acuto, il metadone nella disassuefazione) si deve utilizzare solo la ricetta ministeriale a ricalco RMR .

Rita Lucia Carta
Responsabile Servizio
Assistenza Farmaceutica
Territoriale

Note

¹ Anche per i farmaci dell'Allegato III-bis già collocati in sezione D per considerazioni di tipo quali-quantitativo (Il Co-efferalgan cpr®, l'Oxycontin® 5 e 10 mg cpr, il Depalgos® 5 e 10 mg cpr e in tempi recenti con la stessa logica il Targin ® 5/2,5 e 10/5 mg cpr) bisogna riportare nella ricetta il codice

TDL, quando utilizzati nella terapia del dolore

² È il medico prescrittore stesso che attesta l'esenzione per la terapia del dolore, nell'apposito spazio previsto per l'esenzione.

³ Possono essere superati i trenta giorni di terapia esclusivamente per problemi di confezionamento (ad es. prescrizione di MS Contin 16 cpr 30 mg, posologia 3 cpr/die: per coprire i 30 giorni di terapia sono necessarie 90 cpr , dato il confezionamento (16 cpr), sono necessarie sei confezioni, perché con cinque si coprono solo 26,6 giorni).

Nel caso in cui per errore il medico prescriva un numero eccessivo di confezioni del farmaco, il farmacista provvede alla riduzione delle stesse , dandone immediata comunicazione al medico.

DEPOSITO TITOLI DI STUDIO

Nel rispetto degli artt. 1, 2, 3, 4 del DPR n. 221/50 l'Ordine deve tenere gli albi costantemente aggiornati.

Pertanto, è fatto obbligo a tutti gli iscritti depositare presso la segreteria dell'Ordine il conseguimento dei titoli di studio: Diploma di specializzazione, Diploma di formazione specifica in Medicina Generale.

Si ricorda che è possibile avvalersi dell'autocertificazione per comunicare il conseguimento dei suddetti titoli.

Si precisa inoltre che l'Ordine può provvedere alla registrazione dei titoli di studio soltanto a seguito di autocertificazione presentata dall'iscritto.

Un sassarese alla guida dell'associazione

Pier Luigi Delogu ai vertici dell'Aio nazionale

Ci sarà un sassarese per i prossimi tre anni alla guida dell'Aio, Associazione Italiana Odontoiatri, sindacato nazionale della categoria.

Si tratta di Pier Luigi Delogu, nominato nell'assemblea elettorale svoltasi di recente a Roma.

Un appuntamento al quale è arrivato come candidato unico, a dimostrazione del gradimento riscosso dalla sua candidatura, frutto di una lunghissima esperienza all'interno dell'associazione, dove ha ricoperto l'incarico di presidente provinciale di Sassari dal 1987 al 1996, approdando al consiglio nazionale nel



Il nuovo presidente nazionale dell'Aio il dottor Pier Luigi Delogu

1997 come consigliere e poi come segretario nazionale.

Quarantotto anni, sposato, due figli, laureato nel 1986, proprio nel primo corso svoltosi a Sassari, e specializzatosi in ortognatodonzia nel 2000, Pier Luigi Delogu è il secondo sardo che arriva alla carica di presidente nazionale.

«L'Aio vanta oltre settemila iscritti — dice Delogu — e punta a garantire che quella odontoiatrica rimanga una professione libera, con la libertà per il paziente di scegliere.

In Italia siamo al massimo livello in campo internazionale perché possiamo scegliere la terapia da applicare, ma c'è il tentativo di alcuni grossi gruppi di introdurre l'attività in franchising per abbattere i costi, incidendo profondamente sul livello di qualità della prestazione.

I nostri associati mettono il paziente al centro della loro attività, utilizzando il massimo delle risorse a disposizione. In salute il low cost non esiste».

Rappresentante regionale regime autorizzatorio

Il dottor Pasquale Merlini è stato nominato Rappresentante Regionale per la Regione Sardegna per la questione Regime autorizzatorio - apertura studi odontoiatrici.

Dalla direzione generale dei farmaci

Chiarimenti su apparecchiature per realizzare elementi dentari

La Direzione Generale è a conoscenza della presenza sul mercato di apparecchiature marcate CE come dispositivi medici che si basano su tecniche che permettono di eseguire direttamente tutte le fasi che sono alla base della realizzazione di elementi dentari (ad esempio corone, faccette ed intarsi).

Si parte dal rilevamento dell'impronta sul paziente tramite sistemi di lettura ottica che viene elaborata al computer, per finire, quindi, con la lavorazione di appositi "blocchetti" (marcati CE come dispositivi medici di serie) da cui si formerà l'elemento dentario.

Le apparecchiature sopra descritte possono essere vendute anche agli odontoiatri che operano la realizzazione degli elementi dentari da applicare ai loro pazienti nel proprio ambulatorio, senza avvalersi di un odontotecnico.

A questa Direzione è stato richiesto da più soggetti di chiarire se i manufatti realizzati dall'odontoiatra, con la tecnica sopra descritta, siano da ritenersi dispositivi medici su misura, così come definiti dal decreto legislativo 46/97 e se, di conseguenza, l'odontoiatra debba eventualmente considerarsi come fabbricante, sempre ai sensi del citato decreto, e, come tale, essere soggetto a tutti gli adempimenti previsti dalla norma richiamata.

Preliminarmente, bisogna osservare che gli odontoiatri, stante il loro

corso di studi universitario relativo anche alla protesizzazione, possono realizzare direttamente gli elementi dentari con il sistema sopra indicato.

Per quanto riguarda il loro status di "fabbricante", bisogna osservare che la definizione riportata nel decreto già citato (art. 1 comma 2 lettera I) riferisce che il fabbricante è "la persona fisica o giuridica responsabile della progettazione, fabbricazione di un dispositivo in vista dell'emissione in commercio a proprio nome..." .

A tale proposito, si fa rilevare che l'odontoiatra non immette in commercio dispositivi medici (né può vendere prodotti al paziente), ma è l'operatore professionale che fornisce una prestazione "professionale" nell'ambito della quale applica (mette in servizio) ed adatta un prodotto per la cura del paziente stesso.

Pertanto, a differenza dell'odontotecnico, la cui prestazione tipica consiste nella fabbricazione di un'entità materiale autonoma, nel caso dell'odontoiatra risulta prevalente l'attività di diagnosi, scelta della terapia idonea e successiva applicazione dell'elemento dentario e di controllo dello stesso.

Si può, quindi, ritenere che quanto realizzato dall'odontoiatra direttamente nel proprio ambulatorio (che non può essere adibito a laboratorio per la "fabbricazione" di dispositivi) non sia da considerarsi un "dispositivo su misura" come definito dal decreto legislativo 46/97 (art.1 com-

I manufatti non sono da ritenersi dispositivi su misura. Perciò gli odontoiatri non sono soggetti agli obblighi imposti ai fabbricanti

ma 2 lettera d), anche perché non è necessaria la prescrizione, ma un prodotto composto ed adattato nell'ambito di una prestazione professionale (così come già avviene, ad esempio, per le protesi ortodontiche o per le protesi provvisorie).

Infatti, si può anche ritenere che, quanto realizzato dall'odontoiatra possa ricadere nella seconda parte della definizione dei dispositivi su misura "i dispositivi fabbricati con metodi continui o in serie – nel caso in questione i blocchetti già marcati CE – che successivamente devono essere adattati per soddisfare una esigenza specifica di un medico... non sono considerati dispositivi su misura".

Peraltro, nel medesimo senso sembra andare quanto riferito nel citato articolo riguardante la definizione di

fabbricante, dove si riporta che gli obblighi che si impongono al fabbricante "non si applicano alla persona la quale, senza essere il fabbricante compone o adatta dispositivi già immessi in commercio in funzione della loro destinazione ad un singolo paziente (intendendosi per "destinazione" l'utilizzazione alla quale è destinato il dispositivo secondo le indicazioni fornite dal fabbricante del dispositivo che deve essere adattato).

Ovviamente l'odontoiatra sarà responsabile, nell'ambito della prestazione professionale svolta sul paziente, anche della realizzazione (composizione) del prodotto che viene applicato ed adattato al paziente stesso.

Il direttore generale
Marcella Marletta

VARIAZIONE DI INDIRIZZO

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

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

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

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.

DEPOSITO TITOLI DI STUDIO

Nel rispetto degli artt. 1, 2, 3, 4 del DPR n. 221/50 l'Ordine deve tenere gli albi costantemente aggiornati.

Pertanto, è fatto obbligo a tutti gli iscritti depositare presso la segreteria dell'Ordine il conseguimento dei titoli di studio: Diploma di specializzazione, Diploma di formazione specifica in Medicina Generale.

Si ricorda che è possibile avvalersi dell'autocertificazione per comunicare il conseguimento dei suddetti titoli.

Si precisa inoltre che l'Ordine può provvedere alla registrazione dei titoli di studio soltanto a seguito di autocertificazione presentata dall'iscritto.

Inserzione ingannevole sul web

Pubblicità odontoiatrica chiesto l'intervento del garante

Il presidente della CAO di Napoli, che ringraziamo per la collaborazione, ha inviato l'allegata nota chiedendo un "intervento forte e determinato" sulla problematica legata alle iniziative della pubblicità sul sito web "nazionale" GROUPON.

Nella lettera, è stato chiesto prontamente l'intervento del Garante, competente ad intervenire per la repressione della pubblicità ingannevole e delle pratiche commerciali sleali. Pubblichiamo il testo.

Quale presidente della Commissione per gli Iscritti all'Albo degli Odontoiatri della FNOMCeO ritengo necessario per gli adempimenti dei competenza segnalare l'iniziativa pubblicitaria proposta da "Groupon City l'hai" concernente l'offerta, a tempo, di terapie ortodontiche attraverso un coupon reperibile presso il sito web www.groupon.it.

Presentandosi presso lo studio dentistico fino al giorno 5 gennaio 2011 era possibile ottenere:

- uno sconto dell'80% per una pulizia dei denti a ultrasuoni completa.
- scegliere di utilizzare il coupon anche come sconto del 25% sullo sbiancamento dentale e del 20% su tutti gli altri trattamenti offerti dallo studi, anche ortodontici.

Nell'allegare il materiale a nostra disposizione dove si potrà evincere l'ingannevolezza di una pubblicità che si presenta con frasi di questo

tipo "L'offerta di oggi 12 Euro invece di 60 euro per una profonda pulizia dei denti. Mostra a tutti la nuova luce del tuoi sorriso!".

È evidente che un simile messaggio pubblicitario induce i consumatori a privilegiare esclusivamente aspetti commerciali che nulla hanno a che vedere con una vera tutela della salute orale con i gravi rischi che questo certamente può comportare,

È poi da sottolineare che lo studio professionale non viene chiaramente individuato e,.... che il cittadino deve passare attraverso il "cliccare" nella casella del. "Vai Al Dentista".

Sono certo che l'Authority potrà intervenire sulla vicenda anche in considerazione di numerose altre segnalazioni che abbiamo in passato inoltrato sui temi della pubblicità informativa in campo sanitario.

Restiamo, ovviamente, a disposizione per eventuali ulteriori informazioni, nell'ambito dei nostri compiti istituzionali.

Sito web dell'Ordine:
www.omceoss.org

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

Si offrono forti sconti sui trattamenti con l'utilizzo di coupons

Con la riforma degli ordini sanitari

Sempre più strumenti a tutela della professione

Il presidente della Commissione Albo Odontoiatri della Fnomceo, Giuseppe Renzo, ha espresso soddisfazione per l'approvazione, da parte del Consiglio dei Ministri, del disegno di legge delega – proposto dal ministro della Salute, Ferruccio Fazio – sulla “Sperimentazione clinica”, che contiene, all'articolo 8, anche le disposizioni per la riforma degli ordini delle Professioni sanitarie.

“Con soddisfazione si prende atto – ha dichiarato infatti il presidente della CAO nazionale – che il Consiglio dei Ministri ha reiterato, con approvazione definitiva, la legge delega volta a riformare gli Ordini sanitari, fornendo loro strumenti e regole più cogenti rispetto al ruolo di enti ausiliari della pubblica amministrazione, in particolare in merito alla possibilità di incidere sulle applicazioni del Codice Deontologico e sui procedimenti disciplinari, in termini temporali e di comminazione delle sanzioni”.

Nell'auspicare una rapida approvazione della Legge Delega necessaria per rilanciare il ruolo degli Ordini delle Professioni sanitarie, il presidente Renzo ha sottolineato poi i nuovi, positivi risultati che si stanno raggiungendo, attraverso la collaborazione tra il ministero della Salute, i Nas e gli Ordini, nella lotta all'abusivismo e nella verifica dei titoli di laurea in ambito odontoiatrico rilasciati nei paesi comunitari e non.

“Grazie all'impegno dell'Ufficio

VII della Direzione generale delle Risorse umane e delle Professioni sanitarie del ministero della Salute, importanti risultati sono stati anche raggiunti – ha commentato Renzo – per quanto riguarda la repressione e la denuncia dei titoli di laurea falsi, sui quali i Nas stanno indagando con un'attenta e solerte attività di inchiesta”.

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

Formazione a distanza

E.C.M. Governo clinico

Dopo il successo ottenuto dal corso Fad – blended SICURE “Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico”, con la partecipazione di 26.000 colleghi, tra medici e odontoiatri, (cui si aggiungeranno a fine 2010 altri 10.000 colleghi che hanno preso parte a eventi residenziali presso gli Ordini), la FNOMCeO si appresta a mettere a disposizione di tutti i medici e odontoiatri un nuovo programma gratuito di formazione a distanza – anche questo promosso in collaborazione con il Ministero della Salute e IPA-SVI – articolato in tre distinti Corsi su tematiche, questa volta, riguardanti il Governo clinico, la strategia per il miglioramento continuo dei servizi sanitari. La parola d’ordine è “qualità delle cure”.

Il corso di formazione a distanza si articolerà in tre step successivi.

Il primo step, per il quale sono previsti 12 crediti ECM, verterà sulla Root Cause Analysis (R.C.A.), 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.

Per accedere alla piattaforma Web occorre collegarsi al portale della Federazione Nazionale www.fnomceo.it dove si verrà riconosciuti e dal quale si arriverà direttamente alla scheda di registrazione sulla piattaforma tecnologica “Fad InMed”. Solo la prima volta è obbligatorio passare per il sito della Federazione Nazionale. Effettuata la registrazione l’interessato riceverà al proprio indirizzo di posta elettronica le password per accedere alla piattaforma web senza più passare dal portale della Fnomceo.

Link di accesso alla piattaforma Web: [Piattaforma FadInMed](#)

Una volta effettuato l’accesso al corso, l’interessato per svolgere l’attività formativa, può selezionare la voce “vai ai corsi” o direttamente cliccare su RCA-Root Cause Analysis.

Ultimato il corso il sanitario riceverà la conferma del superamento direttamente dalla piattaforma. Non è previsto un termine entro il quale concludere il percorso formativo. Il periodo di validità on line è un anno.

Con questo nuovo progetto, la FNOMCeO conta di aggiornare almeno 40 mila 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”.

Un nuovo programma articolato in tre corsi a disposizione gratuitamente

1/Medici competenti

L'elenco provinciale

L'Ordine di Sassari intende istituire un Elenco Provinciale dei medici competenti, nel quale verranno inseriti, a richiesta, i medici che, in possesso dei requisiti di cui all'art. 38 del D.Lgs. n. 81/08, siano già presenti nell'Elenco Nazionale dei Medici Competenti in materia di tutela e sicurezza nei luoghi di lavoro istituito presso il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.

Per ottenere l'inserimento nell'Elenco Provinciale è necessario presentare apposita domanda all'Ordine ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000 (dichiarazioni sostitutive di certificazioni) attestante il possesso dei titoli e requisiti di cui ai punti *a), b), c), d)* e *d-bis)* dell'art. 38 del D.Lgs. n. 81/08 e l'avvenuto inserimento nell'Elenco Nazionale Medici Competenti.

L'Elenco Provinciale dei Medici Competenti viene tenuto dagli Ordini provinciali per lo svolgimento delle funzioni di garanzia e certificazione in relazione ad eventuali richieste di Enti, Tribunali, aziende private e cittadini che debbano provvedere alla designazione del Medico Competente.

Si precisa inoltre che i medici in possesso della specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva o in Medicina Legale in data successiva all'entrata in vigore del D.Lgs. n. 81/08, non risultano in possesso del requisito per poter svolgere le fun-

zioni di Medico Competente e, quindi, non possono essere iscritti nei relativi elenchi provinciali dei Medici Competenti.

Pertanto, i medici in possesso del titolo di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva o in Medicina Legale in data successiva all'entrata in vigore del D.Lgs. n. 81/08 al fine dello svolgimento dell'attività di Medico Competente devono seguire un apposito percorso formativo universitario previsto e disciplinato dal Decreto Interministeriale del 15.11.2010 recante "Master abilitante per le funzioni del Medico Competente".

Si ricorda inoltre che a decorrere dal programma triennale di Educazione Continua in Medicina 2011/2013 i Medici Competenti dovranno trasmettere agli Ordini provinciali di appartenenza ai sensi dell'art. 2 *comma 2* del Decreto 4 marzo 2009 recante "Istituzione dell'Elenco Nazionale dei Medici Competenti in materia di tutela e sicurezza nei luoghi di lavoro" la certificazione o l'apposita autocertificazione atta a comprovare il rispetto dell'obbligo formativo di cui all'art. 38 *comma 3* del D.Lgs. n. 81/08 necessario per poter svolgere le funzioni di Medico Competente.

La modulistica per l'iscrizione nell'elenco provinciale dei Medici Competenti è a disposizione presso la segreteria o scaricabile dal sito web all'indirizzo: www.omceoss.org.

I medici specializzati in igiene, medicina preventiva o legale non in possesso dei requisiti devono seguire apposito percorso formativo

Per accedere agli elenchi provinciali

2/Medici competenti

Master abilitante per le funzioni

È stato emanato ai sensi dell'art. 38, comma 2, del D.Lgs. 81/08 e successive modificazioni e integrazioni il decreto interministeriale 15 novembre 2010 recante "Master abilitante per le funzioni del medico competente". Al tempo stesso il Ministero della Salute con nota del 15 novembre 2010 ha risposto al quesito posto dalla FNOMCeO.

Come è noto l'art. 38, comma 2, del D.Lgs. 81/08 prevede 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. I soggetti di cui al precedente periodo i quali, alla data di entrata in vigore del presente decreto, svolgono 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".

Il comma sopraccitato deve, quindi, essere posto in correlazione con l'art. 1 del decreto interministeriale che dispone: "I medici in possesso

dei titoli di specializzazione in Igiene e medicina preventiva o in Medicina legale che non possiedono il requisito di aver svolto le attività di medico competente per almeno un anno nell'arco dei tre anni anteriori all'entrata in vigore del decreto legislativo n.81, del 9 aprile 2008, ai fini dello svolgimento di tale attività devono seguire un percorso formativo universitario, articolato in attività di tipo professionalizzante e in attività didattica formale, frontale e a piccoli gruppi, strutturate in un corso di studio della durata di almeno un anno e costituito da un numero di Crediti Formativi Universitari (CFU) pari a 60, al termine del quale verrà rilasciato un diploma di master di II livello abilitante per lo svolgimento delle funzioni di Medico Competente, ai sensi dell'articolo 38, comma 2 del decreto legislativo n. 81 del 2008".

Pertanto i medici in possesso della specializzazione in igiene e medicina preventiva o in medicina legale in data successiva all'entrata in vigore del D.Lgs. 81/08 non risultano in possesso del requisito per poter svolgere le funzioni di medico competente e, quindi, non possono essere iscritti nei relativi elenchi provinciali dei medici competenti, qualora l'Ordine abbia, come auspicabile, provveduto alla loro istituzione attualmente non prevista da alcuna norma di legge. Pertanto nel caso di sussistenza di tali elenchi i medici di cui sopra dovranno essere cancellati

Gli Ordini provinciali dovranno effettuare verifiche sul possesso dei titoli

con delibera approvata dal Consiglio direttivo. Gli Ordini provinciali dovranno quindi effettuare la verifica del possesso dei titoli e requisiti per l'iscrizione o cancellazione degli stessi dagli elenchi provinciali dei medici competenti.

Al fine di esercitare una corretta funzione di certazione si ritiene che i medici chirurghi iscritti ai relativi Ordini provinciali che siano in possesso dei titoli e dei requisiti di cui ai punti a), b), c), d), d-bis) dell'art. 38 del D.Lgs. 81/08 e che vogliano essere iscritti negli elenchi provinciali dei medici competenti debbano farne apposita domanda all'Ordine di appartenenza ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000 (dichiarazioni sostitutive di certificati).

Gli Ordini provinciali potranno procedere d'ufficio a verifiche in ordine alla veridicità della dichiarazione, chiedendo la documentazione attestante il possesso dei titoli e requisiti richiesti per ciascuna delle fattispecie previste dall'art. 38, comma 1, del D.Lgs. 81/08 e successive modificazioni e integrazioni.

Infine a decorrere dal programma triennale di educazione continua in medicina 2011/2013 i medici competenti dovranno trasmettere agli Ordini provinciali di appartenenza, ai sensi dell'art. 2, comma 2, del decreto 4 marzo 2009 recante "Istituzione dell'elenco nazionale dei medici competenti in materia di tutela e sicurezza nei luoghi di lavoro" la certificazione o l'apposita autocertificazione atta a comprovare il rispetto dell'obbligo formativo di cui all'art. 38, comma 3, del D.Lgs. 81/08 necessario per poter svolgere le funzioni di medico competente.

In conclusione giova sottolineare che i medici competenti, che abbiano

autocertificato al proprio Ordine di appartenenza il possesso dei titoli e requisiti di cui all'art. 38 del D.Lgs. 81/08 ai fini della relativa iscrizione nell'elenco provinciale dei medici competenti, dovranno essere iscritti anche nell'elenco dei medici competenti istituito presso il Ministero della Salute e ciò al fine di evitare palesi discrepanze.

**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.

3/Medici competenti

Il decreto interministeriale

Pubblichiamo il Decreto Interministeriale 15 novembre 2010 Master abilitante per le funzioni del medico competente

DECRETA

Articolo 1

Il ministro dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca di concerto con il Ministro della Salute.

VISTO l'articolo 6 della legge 19 novembre 1990, n. 341;

VISTO il decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 22 ottobre 2004, n.270;

VISTA la legge 3 agosto 2007, n. 123 concernente la salute e sicurezza sul lavoro e delega per riforma della normativa in materia;

VISTO il decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, ed in particolare l'articolo 38 che prevede i titoli e i requisiti che è necessario possedere per svolgere le funzioni di medico competente; CONSIDERATO necessario procedere a definire i percorsi formativi universitari, così come prescritto dal suddetto articolo 38, comma 2;

VISTI i pareri del Consiglio Universitario Nazionale espressi nelle adunanze del 7 ottobre 2008, 19 novembre 2009 e 12 gennaio 2010;

VISTA la nota prot. 3517 del 24.9.2010, con la quale il Ministero della Salute ha espresso il preliminare concerto sul presente provvedimento;

1. I medici in possesso dei titoli di specializzazione in Igiene e medicina preventiva o in Medicina legale che non possiedono il requisito di aver svolto le attività di medico competente per almeno un anno nell'arco dei tre anni anteriori all'entrata in vigore del decreto legislativo n.81, del 9 aprile 2008, ai fini dello svolgimento di tale attività devono seguire un percorso formativo universitario, articolato in attività di tipo professionalizzante e in attività didattica formale, frontale e a piccoli gruppi, strutturate in un corso di studio della durata di almeno un anno e costituito da un numero di Crediti Formativi Universitari (CFU) pari a 60, al termine dei quali verrà rilasciato un diploma di master di II livello abilitante per lo svolgimento delle funzioni di Medico Competente, ai sensi dell'articolo 38, comma 2 del decreto legislativo n. 81 del 2008.

2. Le competenti autorità accademiche, di cui all'articolo 4, con parere motivato, potranno valutare il curriculum studiorum dei singoli specialisti ed il possesso di esperienze professionalizzanti nel settore, al fine dell'abbreviazione del suddetto percorso formativo, che non potrà comunque essere inferiore ai 30 CFU.

*Demandata
alle università
l'attivazione
dei corsi
formativi*

Articolo 2

1. Le università predispongono l'ordinamento didattico del suddetto corso di studio con l'indicazione dei settori scientifico-disciplinari necessari e del numero di CFU assegnati a ciascuno di essi, al fine di perseguire i seguenti obiettivi formativi:

- a) la sorveglianza sanitaria del lavoratori
- b) l'individuazione, la misura e la valutazione dell'entità dei rischi da lavoro (processi produttivi, organizzazione del lavoro, ambiente, tossicologia occupazionale, ergonomia del posto di lavoro e attrezzature, misure organizzative e stress);
- c) la protezione e prevenzione ambientale e individuale;
- d) l'informazione e la formazione dei lavoratori;
- e) le relazioni e i rapporti con i lavoratori, il datore di lavoro, il servizio di prevenzione e protezione, gli organi di vigilanza, gli altri enti istituzionali.

2. Il corso di studio di cui al presente decreto deve avere i seguenti contenuti:

- La normativa per la sicurezza sul lavoro e l'individuazione e valutazione dei rischi. - I rapporti con gli enti istituzionali deputati
- La sorveglianza sanitaria: clinica, fisiopatologia e diagnostica di malattie professionali e lavoro correlate, monitoraggio individuale e di gruppo di esposti a fattori di rischio occupazionale, raccolta e lettura di dati epidemiologici
- La documentazione sanitaria: obiettivo gestione della cartella sanitaria e di rischio - Promozione della salute
- Monitoraggio biologico.

Articolo 3

1. Le università attivano il suddetto percorso formativo, ai sensi degli articoli 3 e 7 del decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 22 ottobre 2004, n. 270 e lo pubblicizzano nel proprio sito, indicandone i settori e i CFU ad essi afferenti, non meno di 60 giorni dall'inizio del corso stesso, dandone apposita comunicazione al Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca.

Articolo 4

1. Il corso di cui all'articolo 2 può essere attivato solo dalle Università sedi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Le attività formative sono svolte presso la scuola di specializzazione in Medicina del lavoro con la collaborazione delle scuole di specializzazione in Igiene e medicina preventiva e in Medicina legale. Il corso è riservato esclusivamente agli specialisti di cui all'articolo 1 del presente decreto.

Articolo 5

1. Con successivo provvedimento i contenuti ed i crediti formativi previsti dal presente decreto possono essere adeguati in considerazione delle nuove disposizioni degli ordinamenti delle scuole di specializzazione dell'area sanitaria, con riferimento particolare al tronco comune per la classe delle specializzazioni in sanità pubblica.

Roma, 15 novembre 2010

La risposta del Dipartimento della prevenzione

4/Medici competenti: chiarimenti sul decreto di attivazione

Pubblichiamo la risposta del Dipartimento della prevenzione alla richiesta di chiarimenti del ministero della salute sul decreto di attivazione dei percorsi formativi sull'attività di medico competente.

In riferimento alla nota FNOM-CeO con la quale sono stati richiesti chiarimenti in merito all'emanazione del decreto in parola e se, nelle more dell'emanazione del decreto, gli specializzati in igiene e medicina preventiva e in medicina legale, specializzati in data successiva all'entrata in vigore del Dlgs 81/08, possano o meno svolgere le funzioni di medico competente e pertanto avere o meno titolo all'iscrizione nell'elenco nazionale dei medici competenti e negli elenchi provinciali dei medici competenti, si chiarisce quanto segue:

Stante le previsioni del comma 2 dell'art. 38 del D.lgs 81 del 9 aprile 2008, che dispone per i medici specializzati in igiene e medicina preventiva e in medicina legale l'obbligatorietà del requisito della frequenza di appositi percorsi formativi universitari, da definire con decreto ministeriale, ne consegue sul piano logico che, ove gli stessi non si fossero trovati nella condizione particolare, alla data di entrata in vigore dello stesso D.lgs 81, di svolgere attività di medico competente o di averla svolta per almeno un anno nell'arco dei tre anni antecedenti, tali medici

non risultano di fatto autorizzati a poter svolgere le funzioni di medico competente con il solo possesso del titolo di specializzazione.

Non essendo stato previsto dal legislatore alcun regime transitorio, nelle more dell'emanazione del decreto in carenza del requisito dell'avvenuta ulteriore formazione universitaria, resta conseguentemente esclusa sia la possibilità di esercitare le funzioni di medico competente sia la possibilità di far parte di elenchi di medici competenti, in ambito provinciale o nazionale.

Tanto chiarito, si coglie l'occasione per informare che con la sottoscrizione del provvedimento da parte di entrambi i ministri interessati, si è concluso l'iter di approvazione del decreto quale condizione preliminare per l'attivazione dei previsti percorsi formativi integrativi abilitanti per lo svolgimento delle funzioni di medico competente da parte degli specialisti in igiene e medicina preventiva o in medicina legale.

Il direttore dell'Ufficio II
Giancarlo Marano

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

Gli specializzati e i problemi sorti nelle more dell'emanazione del decreto

L'opportunità dei piani di inserimento professionale

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari ha stipulato con l'Agenzia Regionale per il Lavoro la convenzione per l'attivazione di Piani di Inserimento Professionale (Legge 451/1994, art. 15; Legge 608/1996, art. 9 octies e successive modificazioni; Legge Regionale 3/2003, art. 12; Del. G.R. 22/9 del 21.07.2003).

L'Ordine fornirà agli interessati tutte le informazioni ed il sostegno necessari per la corretta predisposizione dei Progetti PIP e per la presentazione della modulistica necessaria, nonchè per ogni ulteriore attività concernente l'attivazione dei PIP.

La trasmissione della modulistica necessaria per l'attivazione dei PIP e ogni comunicazione del soggetto utilizzatore dovrà avvenire per il tramite dell'Ordine, secondo la procedura descritta nelle Linee Guida.

L'Agenzia Regionale per il lavoro, soggetto preposto all'attuazione dei Piani di Inserimento Professionale ai sensi della L.R. 3/2003 art. 12 e della Delibera di Giunta n. 22/9 del 21 luglio 2003, ha messo a disposizione degli interessati il portale relativo ai Piani di Inserimento Professionale - PIP al seguente indirizzo

www.pipsardegna.net

Attraverso tale link sarà possibile accedere alla Banca Dati dei Piani di Inserimento Professionale, alle Linee Guida e alla Modulistica on line.

Si informa inoltre che tutta la modulistica e le Linee Guida sono pubblicate nel sito internet della Regione Sardegna all'indirizzo www.regione.sardegna.it all'interno della sezione Servizi al cittadino, Bandi e sono disponibili presso l'Agenzia regionale per il lavoro e presso gli uffici dell'Ordine.

Le linee guida Come accedere ai PIP

Il PIP ha inizio il primo di ogni mese ed è costituito da un monte complessivo di:

- n. 760 ore lavorative
 - n. 200 ore dedicate alla formazione
- Il PIP non è un rapporto di lavoro, ma costituisce un contratto e in quanto tale gli obblighi contenuti devono essere rigorosamente rispettati dalle parti.

Per ogni professionista è prevista l'attivazione di n. 1 PIP

Possono essere soggetti beneficiari:

- i giovani che abbiano tra i 18 e 25 anni in possesso di un diploma di scuola secondaria o aver conseguito una qualifica professionale a seguito di un corso di formazione professionale legalmente approvato o rilasciata da un datore di lavoro o riconosciuta attraverso l'accertamento della qualifica ex art. 14 della Legge 28 febbraio 1957, n. 56

**CONVOCAZIONE
ASSEMBLEA ORDINARIA
ANNUALE**

21 GIUGNO 2011

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI SASSARI

CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE

Gli iscritti sono convocati in Assemblea ordinaria annuale il giorno 19 giugno 2011 alle ore 24.00 in prima convocazione e il giorno **21 giugno 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) Conto consuntivo anno 2010;**
- 3) Variazioni al bilancio di previsione anno 2011**
- 4) Varie ed eventuali**

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

È consentita la delega che deve essere apposta in calce al presente avviso di convocazione da rimettere al delegato.
La medesima delega deve essere consegnata dal delegato alla Presidenza dell'Assemblea all'inizio dei lavori.
Nessun iscritto può essere investito di più di due deleghe.

IL PRESIDENTE
Aperto
dott. Agostino Sussarellu

Il sottoscritto dott. delega a rappresentarlo
nell'Assemblea ordinaria dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri del giorno **21 giugno**
2011 il dott.
....., lì

firma

- i giovani che abbiano compiuto 29 anni in possesso di un diploma di laurea anche di I livello
- i giovani disoccupati o inoccupati, residenti in Sardegna ed in possesso della cittadinanza nell'Unione Europea.

Non può essere inserito come PIP:

- il giovane che ha prestato attività lavorativa presso lo stesso soggetto nel quale si intende effettuare il PIP
- il coniuge o il figlio del titolare, del legale rappresentante o dei professionisti che operano stabilmente all'interno dello studio
- più di un parente o affine fino al terzo grado

Il Soggetto utilizzatore:

- deve garantire la presenza di un Tutor, ossia di una persona esperta che svolga assistenza e monitoraggio sull'attività lavorativa del giovane;
- deve garantire per tutta la durata del PIP la copertura assicurativa per gli infortuni (INAIL)
- non deve aver licenziato personale in possesso della stessa qualifica o profilo professionale oggetto del PIP nei sei mesi precedenti alla presentazione della domanda.

Resta a carico dell'Agenzia regionale per il lavoro la stipula della Polizza Responsabilità Civile, che garantisce ai giovani beneficiari, per l'intera durata del PIP, la copertura assicurativa per la responsabilità civile verso terzi.

Il soggetto utilizzatore è obbligato ad effettuare le Comunicazioni Obbligatorie relativa all'inizio, la fine, l'interruzione, la proroga e la trasformazione del PIP in rapporto di lavoro mediante trasmissione telematica collegandosi al sito www.sardegna.lavoro.it, in cui è operativo il servizio "Co Sardegna".

I progetti possono avere una durata di *6 mesi (Full Time)* o di *12 mesi (Part Time)*, durante i quali i soggetti beneficiari svolgono mansioni ben precise, riconducibili ad uno specifico profilo professionale accompagnate da un percorso formativo.

L'articolazione dell'orario di lavoro può essere fissa ma possono essere previste fino a due articolazioni di orario o turni settimanali.

Dopo l'approvazione del progetto PIP da parte dell'Agenzia non è possibile modificare l'orario di lavoro e le sue articolazioni rispetto a quanto indicato al momento dell'inserimento del progetto. Non è consentito lo svolgimento di un PIP nelle ore notturne.

Le indennità devono essere corrisposte mensilmente dal soggetto utilizzatore, il quale trimestralmente otterrà dall'Agenzia regionale per il lavoro il rimborso di una parte delle somme versate al soggetto beneficiario.

Alla scadenza di ogni trimestre, gli utilizzatori dovranno presentare apposita richiesta di rimborso delle indennità anticipate tramite apposito modulo che verrà pubblicato sul sito dedicato ai PIP.

La richiesta deve essere corredata dalla documentazione attestante l'effettivo esborso delle indennità ai beneficiari dei PIP.

Si precisa che la corresponsione dell'ultima tranche di pagamento è subordinata alla trasmissione all'Agenzia regionale per il lavoro del libretto delle presenze.

Gli utilizzatori hanno facoltà di erogare ai giovani beneficiari ulteriori indennità sottoforma di incentivo o premio.

Il libretto delle presenze viene consegnato dall'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari (soggetto propo-

nente) al soggetto utilizzatore, il quale entro venti giorni dalla conclusione del PIP è tenuto a restituire il libretto, debitamente compilato e sottoscritto, all'Ordine che provvederà ad inviarlo all'Agenzia regionale per il lavoro.

PIP semestrale Full time

n. 40 ore settimanali

L'indennità mensile che il soggetto beneficiario riceverà dal soggetto utilizzatore ammonta a E. 619,20. In questo caso l'Agenzia per il lavoro rimborserà un importo pari a C. 374,10

- un giorno di riposo settimanale (preferibilmente il sabato o la domenica)
- il giovane ha diritto a n. 14 giorni di calendario di congedo assimilabile alle ferie del lavoratore e a n. 16 ore di permesso per ogni mese
- il giovane beneficiario ha diritto ad assentarsi dal lavoro per malattia o infortunio, dietro la presentazione, entro tre giorni dalla prima giornata di assenza, del certificato medico la giovane inserita tramite PIP ha diritto di usufruire di un congedo assimilabile a quello obbligatorio per maternità. L'indennità mensile sarà pari all'80% di quella spettante

PIP annuale Part Time

n. 20 ore settimanali

- l'indennità mensile che il soggetto beneficiario riceverà dal soggetto utilizzatore ammonta a E. 309,60. In questo caso l'Agenzia per il lavoro rimborserà un importo pari a E. 187,05
- un giorno di riposo settimanale (preferibilmente il sabato o la domenica)

- il giovane ha diritto a n. 28 giorni di calendario di congedo assimilabile alle ferie del lavoratore e a n. 8 ore di permesso per ogni mese
- il giovane beneficiario ha diritto ad assentarsi dal lavoro per malattia o infortunio, dietro la presentazione, entro tre giorni dalla prima giornata di assenza, del certificato medico la giovane inserita tramite PIP ha diritto di usufruire di un congedo assimilabile a quello obbligatorio per maternità. L'indennità mensile sarà pari all'80% di quella spettante.

La Regione Autonoma della Sardegna ha messo a disposizione degli interessati il portale relativo ai Piani di Inserimento Professionale al seguente indirizzo

www.pipsardegna.net

Attraverso il suddetto portale è possibile consultare e scaricare le Linee Guida e tutti i documenti e provvedimenti relativi alla procedura, nonché accedere alla Banca Dati dei PIP e alla modulistica on line.

Sito web dell'Ordine:
www.omceoss.or

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

Convegno organizzato dal Comitato di Bioetica

Progresso, ambiente e salute

Quale mondo per i nostri figli

Attività umane e modificazioni antropiche dell'ambiente attualmente sono alla radice di oltre un terzo delle malattie: le patologie e i decessi sono spesso connessi ad inquinamento, variazioni climatiche, disastri ambientali legati all'azione dell'uomo. In nome dello sviluppo economico, vengono sacrificati il territorio in cui si vive e, in definitiva, la propria stessa salute e quella delle future generazioni.

Di questo si è parlato nel convegno promosso dal Comitato di Bioetica di Sassari "Quale mondo per i nostri figli? Etica dell'ambiente", che si tenuto lo scorso 15 aprile al Villino Ricci. Obiettivo: cercare di fornire una risposta all'interrogativo se i danni che l'uomo sta provocando sulla salute del pianeta in nome del progresso siano leciti, quale sia il prezzo da pagare e chi sarà a pagarlo.

A discuterne, nell'incontro moderato dal presidente del Comitato di Bioetica Mario Oppes, sono stati il delegato per l'ambiente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari Alessandro Arru, il coordinatore nazionale del Gruppo di ricerca ISDE Italia - Medici per l'ambiente Vincenzo Migalettu, il componente del comitato direttivo per la Bioetica del Consiglio d'Europa e del Comitato Internazionale di Bioetica dell'UNESCO Adriano Bompiani e la docente di bioetica dell'università di Genova, membro del Comitato

Nazionale di Bioetica Luisella Battaglia.

«Uno dei problemi fondamentali nel prossimo futuro – ha sottolineato il dottor Arru nel suo intervento – è legato allo sfruttamento della terra: con l'avanzare delle nuove potenze economiche, sarà necessaria un'area coltivabile sempre più estesa, mentre noi abbiamo già iniziato ad intaccare quella destinata alle future generazioni».

Alessandro Arru ha portato tre esempi di un modello di sviluppo che mette a rischio l'ecosistema: il lago d'Aral e il Mar Nero, andati incontro a un vero e proprio disastro ambientale a causa dell'uso indiscriminato dei fertilizzanti in Europa, che hanno finito per inquinare le acque; lo sterminio del lupo che, consentendo il proliferare degli animali che mangiano i germogli delle piante, ha messo in pericolo la sopravvivenza delle foreste; l'obbligo imposto all'India, da parte del Fondo Monetario Internazionale, di destinare un milione di ettari di superficie coltivabile ai biocarburanti: mais che, anziché essere sfruttato per sfamare la popolazione indiana, viene utilizzato per alimentare le centrali di biogas.

Tre modelli di sviluppo che testimoniano come la mano dell'uomo possa incidere negativamente sulla salute del pianeta e su quella umana. Altri campanelli d'allarme sono lo spreco dell'acqua, la sovrapproduzione di rifiuti e il consumo eccessivo di energia.

*Analisi
del modello
di sviluppo
economico
e delle
conseguenze
sul territorio
e sulle persone*

A questo riguardo, Vincenzo Migalettu ha evidenziato, dati alla mano, che la Sardegna consuma il doppio dell'energia rispetto alla Liguria, regione che ha lo stesso numero di abitanti. «In altre parole, la nostra isola produce il doppio di anidride carbonica – ha spiegato Migalettu – e questo si ripercuote sulla nostra salute». La sovrapproduzione di CO2 rappresenta un costo occulto, in termini di spese sanitarie e impatto ambientale, che assorbirebbe, se conteggiata, 897 milioni di euro all'anno, ovvero un quarto del bilancio regionale.

La Sardegna, contro ogni luogo comune che la vorrebbe in cima alle classifiche per l'alta qualità della vita, è ultima nella classifica nazionale per ciò che riguarda le condizioni di salute. Come ha dimostrato lo studio condotto nel 2006 dallo staff di Annibale Biggeri su commissione della Regione, nella nostra isola sono presenti 18 aree a rischio ambientale – industriali, militari, urbane – dove si concentrano 960 mila abitanti in cui l'aspettativa di vita dei cittadini è al di sotto della media nazionale. Il peso degli abitanti delle 18 aree è superiore a quei 600 mila sardi che, al contrario, vivono in zone sane dal punto di vista ambientale, e questo spiega perché la nostra Regione, nel complesso, sia ultima in classifica. Migalettu la chiama “schizofrenia della salute” questa spaccatura per cui esistono zone della Sardegna altamente inquinate, con innegabili picchi di patologie, ed altre al riparo dall'inquinamento, dove gli abitanti godono di ottima salute.

E se la Sardegna ha il triste primato italiano quanto alle peggiori condizioni di salute, l'Italia non sta meglio rispetto all'Europa. «Nel

nostro Paese – ha affermato il medico dell'ISDE – l'incidenza dei tumori registra un incremento del 2% annuo contro l'1,1 europeo. Le leucemie crescono dell'1,6% in Italia, contro lo 0,6% europeo ed ancora più preoccupante è il dato relativo ai linfomi, che da noi aumentano del 4,6% annuo, mentre in Europa si fermano allo 0,9%».

Ben più allarmanti le cifre riguardanti le giovani generazioni: come rilevato dal registro tumori di Sassari, nella nostra provincia nei nati fra il 1988 e il 1992 si evidenzia un'incidenza dei tumori pari al 3,4%: otto volte di più rispetto a quella registrata nella stessa fascia di età negli Stati Uniti. «Sappiamo benissimo che gli USA economicamente non hanno niente da invidiare alla Sardegna – ha osservato Migalettu – non si tratta dunque di chiederci se lo sviluppo abbia o no ripercussioni negative sulla salute, ma di quale modello di sviluppo stiamo adottando noi, cosa c'è che non funziona nel nostro modello».

Il coordinatore del gruppo ISDE conclude esponendo i dati dell'impatto dell'attività nucleare sulla salute, prendendo come esempio lo studio effettuato sugli abitanti nei pressi di una centrale tedesca: qui si registra un incremento dei tumori solidi del 1,6% nei bambini al di sotto dei 5 anni e di un aumento delle leucemie, sempre nella stessa fascia d'età, che raggiunge il 50% in più rispetto al resto della Germania. Questi indici decrescono via via che ci sia allontana dalla centrale. «Da notare che non stiamo parlando di un incidente nucleare come quello di Fukushima – ha precisato Migalettu – ma dell'attività di una centrale in condizioni di normalità».



Dottor Mario Oppes, il professor Adriano Bompiani e la professoressa Luisella Battaglia

A cosa addebitare lo scarso rispetto per l'ambiente che diventa, in definitiva, un'arma di autodistruzione di massa? L'industrializzazione selvaggia, l'urbanizzazione eccessiva, l'uso di tecnologie improprie nella produzione, uno scorretto smaltimento dei rifiuti sono alcuni dei fattori che Adriano Bompiani addita come cause dell'agonia del pianeta. «Esiste un diritto umano all'ambiente? – si è chiesto il componente del Comitato Direttivo per la Bioetica del Consiglio d'Europa – Dal '92 si lavora a questo, ma non c'è una definizione giuridica di "ambiente" né del rapporto "ambiente/salute": ciò comporta una difficoltà ad orientare la normativa nazionale in un senso definito e una confusione che, nell'ultima revisione della legge, ha prodotto ben 300 commissioni di esperti». Il sottinteso denunciato da Bompiani è che, sotto il profilo normativo italiano, l'ambiente è ancora largamente indifeso, orfano di una legislazione seria e univoca che definisca il danno ambientale e tuteli l'e-

cosistema. «Il fatto è che la terra – ha concluso la bioeticista Luisella Battaglia – non è concepita come un bene da amare, ma come una "cosa" da sfruttare. Trattiamo la terra come una proprietà che ci appartiene di diritto, ma in realtà siamo "cittadini biotici" ed abbiamo il dovere morale di rispettare il mondo naturale».

**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

L'Ordine avverte: nessun obbligo

Non sottoscrivere il modulo del "Registro italiano medici"

L'Ordine dei Medici della Provincia di Sassari invita i propri iscritti a non compilare e sottoscrivere il modulo per il cosiddetto "aggiornamento dei dati professionali" inviato dal non meglio identificato "Registro Italiano Medici" a diversi medici e odontoiatri della provincia.

Tale iniziativa, di natura commerciale, non è in alcun modo autorizzata, connessa o comunque avallata dall'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari, né da alcun altro Ente rappresentativo della categoria.

La compilazione e il rinvio della documentazione al mittente comporterebbe il pagamento di E 1.057,00 più Iva, da versare annualmente con un tacito rinnovo. Si sottolinea a riguardo che la sottoscrizione di tale modulo è palesemente in contrasto con la normativa civilistica sui vizi del consenso nel contratto (di cui agli articoli 1427 e ss. del Codice Civile).

I medici e gli odontoiatri che hanno incautamente sottoscritto il documento si vedono ora recapitare la richiesta di un esoso pagamento per una pubblicità ingannevole, in quanto induce all'errore, facendo credere ai destinatari di trovarsi di fronte ad un obbligo di legge.

L'Ordine si riserva di segnalare alle autorità competenti l'operazione commerciale, attuata da un'azienda con sede legale a Lisbona, già diffidata alcuni anni fa dalla Federazione

Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri dal procedere con l'iniziativa.

Segnalazione dell'Ordine alle autorità di polizia

Con la presente, per gli adempimenti di competenza, si segnala che un presunto Registro Italiano dei Medici, come già era accaduto in passato, sta inviando ai professionisti italiani una richiesta di aggiornamento dati concernente in realtà, un'iniziativa di carattere pubblicitario e commerciale da cui derivano rilevanti oneri economici a carico dei sottoscrittori.

In questi giorni anche gli iscritti all'Ordine della provincia di Sassari stanno ricevendo una comunicazione con oggetto Verifica dati / conferma validità con allegato un modulo già completo dei dati anagrafici del sanitario da sottoscrivere e restituire al mittente.

Considerato che in passato molti medici credendo di trovarsi di fronte ad un'iniziativa ordinistica avevano imprudentemente sottoscritto la modulistica inviata dal suddetto Registro trovandosi successivamente di fronte a onerose richieste di pagamento, abbiamo provveduto a informare gli iscritti tramite pubblicazione articolo sul sito ufficiale del tempo di crisi finanziaria e di reces-

Si tratta di un'iniziativa commerciale non autorizzata né avallata da alcun ente rappresentativo della categoria

l'Ordine e quotidiano locale La Nuova Sardegna, sull'estraneità dell'Ordine provinciale e della Federazione Nazionale alla suddetta iniziativa.

Tuttavia è giunta notizia che alcuni medici hanno provveduto alla sottoscrizione del modello e hanno già ricevuto la richiesta di pagamento di Euro 1.057,00, tratti in inganno, tra l'altro dall'avvertenza riportata nelle clausole contrattuali contenute in calce al modello, che qualora il modello non fosse stato restituito entro il termine stabilito, la bozza sarebbe stata considerata approvata per la pubblicazione.

Dalla comunicazione inviata ai medici emerge che la sede sociale di tale Registro Italiano dei Medici è a Lisbona Av Joao Crisostomo 38 P - 1050 -127. Si segnala, inoltre, che non è noto allo scrivente come tale Registro abbia acquisito i dati e i recapiti postali e telefonici degli iscritti, considerato che gli Ordini non provvedono alla distribuzione dell'Albo aggiornato se non alle autorità di cui all'art. 21 del DPR 221 / 50 e agli Ordini provinciali.

A disposizione per eventuali ulteriori chiarimenti, si porgono distinti saluti.

Agostino Sussarellu

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 lamenti 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.

I/Il sistema previdenziale della Fondazione

Un futuro pensionistico difficile per i medici

Isione è difficile pensare di potersi costruire una buona pensione. Ma la crisi del sistema pensionistico viene da lontano, ed anche se in questi anni abbiamo assistito a numerosi interventi di riforma, il futuro pensionistico resta sempre più nebuloso.

Abituati ad avere un buono rendimento previdenziale, sia nell'ambito della dipendenza sia nel sistema convenzionale, i medici si trovano a dover far i conti con il sistema previdenziale. I dipendenti delle aziende sanitarie hanno avuto e in parte continuano ad avere un trattamento abbastanza positivo.

Si tratta di coloro che rientrando nel sistema retributivo, avendo maturato almeno 18 anni di contribuzione al 31 dicembre 1995, continuano ad avere calcolata la propria pensione facendo riferimento in parte all'ultimo stipendio in godimento (quota A: relativa agli anni maturati sino al 1992 incluso) ovvero alla media degli stipendi degli ultimi anni (quota B: per le anzianità contributive maturate dal 1993 in poi).

Il trattamento non raggiunge più il 100 per cento della retribuzione al momento della pensione, come era nel passato, ma, nonostante alcuni interventi restrittivi, comunque introdotti dalle numerose disposizioni a riguardo, si mantiene intorno ad un 80/90 per cento di questa, con 40 anni complessivi di contributi. Condizione che rappresenta un più che

discreto traguardo. Per essi resta il possibile dubbio di una continuità dei trattamenti avendo perduto l'autonomia della Cassa pensioni dei sanitari (CPS) che, con la sua confluenza nell'Inpdap, ha visto venir meno le abbondanti riserve accumulate negli anni ed utilizzate, adesso, a sopperire al deficit di altre Casse previdenziali.

È da ritenere che il trattamento obbligatorio debba essere, comunque, garantito dallo Stato e che il pericolo di trovarsi senza pensione sia una condizione piuttosto improbabile.

Questo non consente, però, che la categoria non debba vigilare attentamente sul settore e presenziare all'attività dell'istituto previdenziale anche con propri esponenti, condizione che sino ad ora non è stata mai soddisfatta.

Per i medici più giovani, accanto allo stesso interesse da perseguire nei riguardi della stabilità dell'Inpdap, a cui risultano iscritti, il futuro previdenziale non prevede la stessa soddisfazione economica degli anziani.

Il sistema di calcolo pensionistico, introdotto con la legge n. 335 del 1995, ha cambiato completamente i suoi parametri per il trattamento che non fa più riferimento allo stipendio ma solamente ai contributi versati nel corso di tutta la vita lavorativa. Il sistema contributivo produrrà, mediamente, pensioni non superiori al 50/60 per cento dell'ultimo stipendio in godimento all'atto del pensiona-

*I più giovani
avranno intorno
al 60 per cento
dell'ultimo
stipendio.
La funzione
della previdenza
integrativa*

mento e per questi sanitari si impone la condizione di crearsi, con il risparmio, una pensione integrativa. Ma, ad oggi, per i dipendenti pubblici, la tanto ventilata previdenza complementare stenta a nascere in quanto priva dei vantaggi fiscali, già propri dei dipendenti del settore privato, sia nella fase contributiva sia nella fase dei trattamenti.

Per supplire a questa vuoto previdenziale è intervenuto, nell'ultimo periodo, il Fondo Sanità che, avendo migliori caratteristiche ordinamentali, prevede la deducibilità fiscale dei contributi (almeno fino a circa 5.000 euro) ed un trattamento ridotto (il 15% o meno) per i vitalizi. Si tratta di una importante opportunità aperta anche a tutti gli altri medici, oltre che ai farmacisti e agli infermieri professionali, sia liberi professionisti sia convenzionati con il sistema sanitario nazionale.

A favore della pensione di quest'ultimi agisce l'Enpam, la fondazione privatizzata della categoria. L'ente dispone i trattamenti di tutti i medici iscritti al proprio Albo professionale, e verso coloro che, a diverso titolo, svolgono attività sanitaria a favore del Servizio Sanitario Nazionale.

L'Enpam può vantare, per l'ultimo decennio, un significativo attivo fra entrate ed uscite e una buona riserva per il futuro. Tuttavia, essendo la sostenibilità di un ente previdenziale dipendente, soprattutto, dall'evoluzione del rapporto fra attivi e pensionati e realizzandosi, anche in questo settore, un'inversione di tendenza dell'attuale predominanza di attivi rispetto ai pensionati, anche l'ente previdenziale dei medici si troverà in un futuro più o meno prossimo a dover far fronte a delle possibili difficoltà, nonostante la sua attuale for-

mula di funzionamento, che prevedendo la combinazione ripartizione-capitalizzazione, rappresenta già una buona soluzione.

Al mondo medico, che peraltro rappresenta uno dei settori a maggiore longevità lavorativa, viene richiesta attenzione verso tutto il settore previdenziale che lo coinvolge al fine di potersi garantire una vecchiaia tranquilla.

Claudio Testuzza

**Sito web dell'Ordine:
www.omceoss.org**

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

ORARI DI APERTURA AL PUBBLICO

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

martedì: dalle ore 11.00
alle ore 13.00 e dalle ore
16.00 alle ore 18.00

giovedì: dalle ore 11.00
alle ore 15.30

(orario continuato)

2/Il sistema previdenziale della Fondazione

Le opportunità di riscatti ricongiunzioni e totalizzazioni

La convenienza è un concetto etico, una valutazione economica. Lo, infine, l'opportunità di una strategia. Quando parliamo della pensione e del nostro sistema previdenziale dobbiamo considerare tutti e tre questi aspetti.

Tre buone ragioni per un obbligo

C'è una convenienza etica ed è quella stabilita dall'articolo 38 della Costituzione: ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale; ai lavoratori è necessario assicurare tutti i mezzi adeguati alle esigenze di vita in caso di vecchiaia oppure nei casi di infortunio, malattia, invalidità e disoccupazione involontaria.

Questa convenienza si regge sull'obbligo di pagare i contributi. Tutti siamo chiamati a partecipare a un sistema solidale e questo sistema solidale ci dà garanzie e ci tutela nella fase post lavorativa o nei casi di difficoltà e di necessità.

La convenienza economica, invece, si misura esclusivamente con il rendimento, cioè con quanto fruttano i soldi che i medici e gli odontoiatri pagano all'Enpam come contributi.

Ogni euro versato in Enpam rende, oggi, molto di più di quelli versati in altre casse al netto della rivalutazione Istat: nel fondo generale "Quota A" in otto anni e mezzo si riprendono tutti i soldi versati; nel fondo generale

Quota B in poco più di sette; nel fondo della Medicina Generale in dieci anni e mezzo; i cosiddetti transitati alla dipendenza ne impiegano undici e mezzo; gli specialisti ambulatoriali, infine, dieci e mezzo.

E questo perché l'Enpam costruisce la pensione assegnando, oggi per domani, la rendita corrispondente che l'iscritto realizzerà al momento del pensionamento; in altre parole il rendimento dei contributi viene stabilito al momento del loro incasso. Così facendo, l'Ente si fa carico totale del rischio di finanziare il debito previdenziale.

Ciò che è conveniente dal punto di vista etico e dal punto di vista economico discende da una valutazione razionale, di un equilibrio. E le buone ragioni per far parte dell'Enpam sono:

- una pensione minima garantita a tutti gli iscritti in condizioni di sopravvenuta difficoltà
- un rendimento proporzionale ad ogni euro versato
- la cumulabilità totale delle prestazioni

A queste garanzie dobbiamo aggiungere l'assistenza, le indennità di maternità, adozione, affidamento preadottivo e aborto.

La soluzione strategica

La convenienza strategica è il risultato di una scelta. E saper scegliere vuol dire essere capaci di mettere a fuoco obiettivi di medio e lungo termine.

La nostra pensione non è solo un

*Possibile
utilizzare
diverse ipotesi
rapportate
alla convenienza
e usufruire
della deducibilità
fiscale*

reddito differito in un tempo più o meno lontano, ma un patrimonio nel quale possiamo investire a vantaggio nostro e dei nostri familiari.

Investire nella pensione significa agire per:

- ottenere una pensione più ricca
- aumentare l'anzianità contributiva per anticipare il pensionamento

Già da qualche mese è attiva sul sito dell'Enpam (www.enpam.it) la **Busta Arancione**, un servizio on line.

Tramite questo servizio, medici e odontoiatri possono visualizzare la propria posizione previdenziale, simulare quanto prenderanno di pensione a 65 anni e verificare costi e benefici di forme di integrazione volontaria, come, per esempio, riscatti, allineamenti, aliquota modulare.

La Busta Arancione è, dunque, uno strumento semplice, pensato per accorciare le distanze, in ogni senso: tra Fondazione e iscritti, perché semplifica l'accesso alle informazioni; tra iscritto e futuro previdenziale, perché consente di vedere nel concreto l'eventuale rendita pensionistica e i possibili risultati di una scelta di investimento.

Integrare per tempo con il beneficio fiscale della deducibilità

Gli strumenti per costruire una pensione più conveniente sono: il riscatto (laurea, specializzazione, corso di Formazione in Medicina Generale, periodi precontributivi, servizio militare o civile, periodi di sospensione dell'attività), l'allineamento, l'aliquota modulare, la ricongiunzione.

Per tutte queste operazioni vale un principio generale: fare la scelta giusta e tempestiva. Scegliere in modo mirato, sulla base della storia e delle prospettive professionali, e per tempo, perché prima si decide meno si

paga. Il costo di ciascuna di queste opzioni è interamente deducibile dalle tasse; quindi investiamo sul nostro futuro, e su quello dei nostri familiari, ma riprendiamo parte dei soldi spesi.

Strumenti e vantaggi

Con il riscatto di laurea, per esempio, si possono recuperare gli anni che mancano per maturare il diritto alla pensione di anzianità contributiva; per questo scopo possiamo riscattare l'intero corso di laurea, i singoli anni o i soli mesi utili. La pensione diventa più sostanziosa aumentando del 9% al massimo (1,5% annuo per 6 anni di corso di laurea).

Una volta raggiunto il requisito minimo di 10 anni di contribuzione al Fondo, conviene presentare subito la domanda di riscatto, perché la richiesta non ci vincola in alcun modo ad accettare la proposta, ma congela il costo del riscatto al momento nel quale abbiamo presentato la domanda.

L'allineamento è un'operazione possibile su tutti i fondi (ad eccezione del Fondo Specialisti Esterni) e, a differenza del riscatto, rende la pensione più sostanziosa, ma non influisce sull'anzianità contributiva.

Consiste, in linea di massima, nella possibilità di integrare i contributi già pagati allineandoli con importi più alti, secondo modi e regole che dipendono dal tipo di professione svolta. In pratica, è assimilabile a un versamento volontario anche una tantum.

Gli iscritti al Fondo dei Medici di Medicina Generale, ad esempio, possono integrare la contribuzione pregressa, allineandola alla media degli importi accreditati negli ultimi 36 mesi di contribuzione effettiva.

La pensione aumenta perché aumenta la retribuzione media dell'intera vita di contribuente al Fondo.

Ma qual è il rapporto costo-beneficio di questo investimento?

L'incremento della pensione di 1000 euro all'anno può costare 7/8000 euro o 12/13000. L'oscillazione dipende dall'età anagrafica al momento della domanda. Anche in questo caso, dunque, scegliere per tempo ha il vantaggio di ridurre i costi. Possiamo, ad esempio, procedere all'allineamento più volte nell'arco dell'intero corso della vita professionale per gestire le spese di questo investimento in modo più agevole e conveniente.

L'aliquota modulare è un'opzione prevista solo per i medici di medicina generale, della continuità assistenziale, dell'emergenza territoriale e per i pediatri di libera scelta. È la possibilità di aumentare l'aliquota contributiva da 1 a 5 punti percentuali. La scelta è revocabile. Anche in questo caso le somme versate per il contributo aggiuntivo sono totalmente deducibili dalle tasse.

Con la ricongiunzione si possono unificare i periodi di contribuzione maturati in enti previdenziali diversi per ottenere un'unica pensione calcolata su tutti i contributi versati.

Il trasferimento è possibile solo quando si è ancora in attività. La ricongiunzione ha un costo che è tanto maggiore quanto più il medico o l'odontoiatra è vicino all'età pensionabile. Scegliere per tempo è, dunque, più conveniente, a patto però che l'iscritto abbia già chiare le idee sul proprio futuro professionale.

In alternativa si può scegliere la totalizzazione. È un'operazione gratuita che consente di recuperare spezzoni di contributi accreditati in più enti previdenziali. Lo scopo è sempre quello di ottenere un'unica pensione che verrà liquidata dai vari enti con

un pagamento unificato gestito dall'Inps.

A differenza della ricongiunzione, la domanda di totalizzazione può essere presentata solo una volta compiuti 65 anni di età. Per legge, però, la pensione decorre 19 mesi dopo aver presentato la domanda (articolo 12, comma 3 della Legge 30 luglio 2010, n. 122, Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica).

Costruiamo oggi quello che avremo domani

La previdenza obbligatoria non esclude quindi la possibilità di costruire anche in modo autonomo il proprio profilo previdenziale. La contribuzione andrebbe subito incrementata il più possibile per godere, in futuro, di una rendita più ricca. Tuttavia per attivare strumenti di investimento come il riscatto sono necessari dieci anni di contribuzione; per l'allineamento ce ne vogliono cinque.

Se vogliamo da subito operare scelte di incremento incisive possiamo aderire al **FondoSanità** (www.fondosanita.it), riservato ai lavoratori del settore. Si tratta di un fondo pensione, istituito dall'Enpam, con una gestione autonoma e indipendente da quella della Fondazione.

Il FondoSanità si aggiunge, come possibilità di integrazione, al riscatto e all'allineamento, ampliando con una rendita o un capitale la pensione pubblica.

I vantaggi sono:

- una rendita integrativa poco tassata
- la deducibilità fiscale delle spese
- l'immediata possibilità di iscrizione

Alberto Oliveti

Vicepresidente Vicario ENPAM

3/Il sistema previdenziale della Fondazione

Partito il progetto

“Busta Arancione”

Conoscere l'importo della propria pensione futura è possibile. Da questo mese, con il lancio del progetto Busta Arancione, i medici e gli odontoiatri potranno conoscere la propria situazione previdenziale e simulare quanto riceveranno dall'Enpam al compimento del 65° anno di età. Il progetto si ispira alla Svezia, dove i cittadini una volta all'anno ricevono una busta di colore arancione contenente un riepilogo dei contributi versati e la stima di quanto riceveranno.

Il programma messo a punto in via sperimentale dall'Enpam è disponibile su internet e nei Totem installati presso gli Ordini provinciali dei Medici. Consulando la propria Busta Arancione gli iscritti verranno anche informati sulle possibilità di incrementare la propria pensione e potranno calcolare la convenienza dei riscatti.

Il valore
dei tuoi versamenti.
Ipotesi di calcolo.



Busta Arancione

La Busta Arancione online è già disponibile in questa pagina:

[http://www.enpam.it/busta-aran-
cione](http://www.enpam.it/busta-aran-
cione);

PROGETTO BUSTA ARANCIONE

IN COSA CONSISTE?

Il progetto “Busta Arancione” è una nuova iniziativa della Fondazione E.N.P.A.M. che consente agli iscritti di conoscere in tempo reale, la propria posizione previdenziale sul versante contributivo e quello pensionistico, di elaborare proiezioni negli anni e, con il ricorso di vari strumenti di integrazioni volontaria, si arriverà a personalizzare il più possibile il proprio trattamento previdenziale.

I medici chirurghi e gli odontoiatri, mediante i Totem installati presso gli Ordini o previo accesso all'Area Riservata del portale internet della Fondazione Enpam, possono già visualizzare in maniera sem-

Medici
e odontoiatri
potranno
conoscere
on line
la propria
situazione
e simulare
il trattamento
pensionistico

plice ed intuitiva i contributi dovuti e quelli versati nonché i riscatti in corso di pagamento e gli eventuali contributi ricongiunti presso l'E.N.-P.A.M. La visualizzazione della propria posizione contributiva, anche se dettagliata, rappresenta però esclusivamente la fotografia di una storia previdenziale ancora non definita e suscettibile di sviluppi ed integrazioni. Per garantire l'opportunità di acquisire una maggiore consapevolezza del proprio futuro previdenziale, nell'Area Pubblica del Portale e nei Totem, è perciò ora disponibile un nuovo servizio che, sulla base di alcuni parametri personalizzabili, permette di simulare il proprio trattamento pensionistico al 65° anno di età. È possibile, inoltre, ipotizzare il costo/beneficio derivante dall'accesso ad alcune forme di contribuzione volontaria. Per la "Quota B" è disponibile anche la proiezione di pensione personalizzata sulla base della posizione contributiva dell'iscritto.

A CHI SI RIVOLGE?

I nuovi servizi si rivolgono essenzialmente a coloro che intendono approfondire la conoscenza della propria posizione previdenziale – attuale e futura – per porre tempestivamente in essere eventuali interventi integrativi volti a garantire l'adeguatezza del trattamento pensionistico finale alle aspettative individuali.

Avere cognizione, almeno in misura indicativa, dell'importo della pensione spettante al 65° anno di età è, difatti, un presupposto necessario per decidere di attivare i diversi strumenti posti a disposizione degli iscritti per incrementare il proprio trattamento: riscatto dei periodi di studio universitario, riscatto del periodo militare, riscatto di allinea-

mento contributivo, opzione per l'aliquota modulare (solo per il Fondo dei Medici di Medicina Generale).

È, infatti, essenziale per l'adozione di scelte tempestive e consapevoli conoscere in anticipo approssimativamente l'impegno economico derivante dall'attivazione di uno dei suddetti istituti ed il relativo beneficio in termini di prestazione.

QUAL È L'OBIETTIVO?

L'obiettivo del progetto "Busta arancione" è quello di garantire agli iscritti la massima trasparenza in materia previdenziale, sia per gli aspetti contributivi e pensionistici che per i possibili strumenti di integrazione volontaria, finalizzati alla costruzione di un trattamento previdenziale il più possibile personalizzato.

Le quattro ipotesi di Pensione a disposizione si riferiscono al:

- Fondo Generale Quota A
- Fondo Generale Quota B
- Fondo Medici di Medicina Generale
- Fondo Specialisti Ambulatoriali

Notiziario Enpam

Quota A - Riscossione contributo 2011

Nel mese di aprile Equitalia Esatri S.p.A. di Milano ha avviato l'attività di notifica degli avvisi di pagamento. I contributi possono essere versati in 4 rate con scadenza 30 aprile, 30 giugno, 30 settembre, 30 novembre, o in unica soluzione entro il termine previsto per la prima rata di aprile.

In caso di smarrimento o mancato ricevimento del bollettino deve essere inoltrata ad Equitalia Esatri S.p.A.,

tramite fax al numero 02.6416.6617 o all'indirizzo e-mail taxtel@equitaliaetr.it, un'apposita richiesta completa di nome, cognome, codice fiscale, indirizzo, recapito telefonico e accompagnata da copia di un valido documento di identità.

Anche quest'anno gli utenti registrati nell'area riservata www.enpam.it potranno reperire direttamente un duplicato dei bollettini RAV. In questo caso il pagamento potrà essere effettuato presso gli Istituti di Credito oppure con carta di credito mediante il servizio TAX-TEL:

- via telefono al n. 800.191.191
- via internet al sito www.taxtel.it.

L'importo massimo per operazione di pagamento con servizio TAX-TEL è euro 1.000,00 e il costo del servizio è pari al 1% dell'importo pagato.

Ulteriori modalità di pagamento

Il pagamento dei bollettini RAV può essere effettuato anche:

- tramite Internet Banking di Intesa Sanpaolo, Banca Mediolanum e IWBank (per i loro correntisti) e di tutte le banche che offrono tale servizio;
- presso le agenzie postali e gli istituti di credito, presso gli sportelli Bancomat abilitati (funzione Bonifici/Pagamenti);
- presso le ricevitorie SISAL abilitate ai servizi di riscossione al costo di euro 1,55 (importo massimo per operazione euro 1.500,00), presso le tabaccherie aderenti alla F.I.T. al costo di euro 1,80 (importo massimo per operazione euro 1.500,00);
- presso gli sportelli dell'Agente della Riscossione Equitalia Esatri S.p.A. nella provincia di Milano, senza alcun costo aggiuntivo.

Domiciliazione bancaria – RID

Per aderire al servizio è sufficiente:

- compilare il modulo RID allegato ai bollettini RAV e trasmetterlo ad Equitalia Esatri S.p.A., entro e non oltre il 31 maggio, tramite fax al numero 02.6414.1061;
- compilare il modulo elettronico disponibile sul sito www.taxtel.it (alla voce ADESIONI RID);
- comunicare i dati richiesti nel modulo RID ad Equitalia Esatri al numero 800.178.090 o da telefono cellulare al numero 02.6416.1703.

Attenzione:

- il modulo RID non deve essere presentato alla propria banca bensì trasmesso direttamente ad Equitalia Esatri S.p.A.;
- l'iscritto che aderirà al servizio di domiciliazione bancaria non dovrà pagare alcuna rata compresa quella con scadenza 30 aprile. I contributi saranno automaticamente addebitati in conto corrente alla scadenza delle rate previste o in unica soluzione;
- per il servizio offerto, la commissione richiesta è di euro 2,07 per ogni addebito;
- la domiciliazione è possibile unicamente sui conti correnti bancari;
- a coloro che hanno aderito al servizio di domiciliazione bancaria nel 2010, Equitalia Esatri S.p.A. invierà, in tempo utile per gli adempimenti fiscali, un riepilogo annuale dei versamenti effettuati;
- gli utenti registrati presso il portale www.enpam.it, accedendo all'Area riservata, potranno reperire direttamente un duplicato della certificazione dei pagamenti effettuati mediante RID;
- le eventuali variazioni successive alla trasmissione riguardanti il

codice Iban dovranno essere segnalate a Equitalia Esatri S.p.A. – Ufficio RID a mezzo fax al n. 02.6416.6619 oppure alla casella rid@equitaliaesatri.it, indicando il codice fiscale dell’instestatario dell’avviso.

Iscritti nati nel 1946

Anche gli iscritti nati nel 1946 che compiono 65 anni nel corso dell’anno 2011 possono effettuare il pagamento in unica soluzione o in 4 rate. Il pagamento è dovuto fino al mese di compimento del 65° anno ed è calcolato sui mesi effettivi.

Neo-iscritti

Coloro che si sono iscritti nel corso dell’anno 2010 agli Albi Professionali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri riceveranno un avviso di pagamento da parte di Equitalia Esatri S.p.A. di Milano con l’indicazione dell’importo complessivamente dovuto alla Quota A del Fondo di Previdenza Generale per il 2010 e per il 2011. Il pagamento potrà essere eseguito in forma rateale o in unica soluzione secondo le modalità indicate nell’avviso medesimo.

Mancato pagamento contributo Quota A 2010 del Fondo di Previdenza Generale - In caso di mancato pagamento anche parziale del contributo di Quota A il Concessionario provinciale della riscossione dei tributi territorialmente competente provvede, per l’intero importo o per l’importo residuo, alla notifica della cartella di pagamento.

Il versamento del contributo deve essere effettuato in unica soluzione entro 60 giorni dalla notifica di pagamento. In caso di mancato versamento entro 60 giorni il Concessionario della riscossione provvederà all’avvio delle procedure esecutive.

In ogni caso, è necessario attendere tale avviso e non provvedere al pagamento anche se in possesso dei bollettini RAV.

Duplicato CUD

Per ricevere il duplicato del CUD all’indirizzo di residenza risultante negli archivi dell’Enpam è sufficiente una semplice richiesta telefonica al numero 06.4829.4829.

Per ricevere il duplicato CUD ad un indirizzo diverso da quello risultante negli archivi dell’Enpam come luogo di residenza, ovvero per riceverlo a mezzo fax, occorre allegare alla richiesta copia di un valido documento di identità del pensionato.

L’istanza deve essere inoltrata al Servizio Prestazioni del Fondo Generale, anche tramite fax al numero 06.48.294.923, completa di dati anagrafici, indirizzo e recapito telefonico.

Attenzione! Qualora la richiesta non fosse presentata dai pensionati ma da loro incaricati, è necessario allegare all’istanza la delega sottoscritta e copie dei documenti di identità di delegante e delegato, indicando il numero di fax o l’indirizzo di posta elettronica per la ricezione.

Stampa automatica del duplicato CUD e modulo detrazioni d’imposta 2011. La stampa automatica del CUD è consentita a tutti i pensionati Enpam registrati all’Area riservata del sito www.enpam.it, utilizzando nome utente e password.

Unitamente al modello CUD è stato trasmesso, soltanto ai pensionati che già lo scorso anno fruivano di detrazioni per familiari a carico, il modulo per rinnovare la richiesta di applicazione delle predette detrazioni anche per il corrente anno 2011. Tale modulo deve essere compilato

in stampatello, sottoscritto e restituito, entro il 31 maggio 2011, utilizzando l'apposita busta indirizzata a Fondazione E.N.P.A.M., Casella postale n. 2475, Ag. RM 158, via Marsala n. 39, 00185 Roma.

In assenza di riscontro, l'Ente si vedrà costretto a revocare d'ufficio le detrazioni per carichi di famiglia senza ulteriore preavviso.

Trattamento ordinario del Fondo di Previdenza Generale

Ai sensi del vigente Regolamento del Fondo di Previdenza Generale, gli iscritti nati nel 1946 potranno presentare la domanda di pensione ordinaria, nel corso dell'anno 2011, dal compimento del 65° anno di età.

Il modulo verrà recapitato agli iscritti unitamente alla dichiarazione concernente il diritto alle detrazioni d'imposta, da allegare obbligatoriamente compilata 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 di appartenenza o sul sito www.enpam.it.

Attestazioni ai fini fiscali

Riscatti – A tutti coloro che hanno effettuato versamenti a titolo di riscatto verrà inviata in tempo utile all'indirizzo di residenza l'attestazione di avvenuto pagamento.

Fondo di Previdenza Generale - Quota A e B – Sui bollettini RAV e MAV utilizzati rispettivamente per i versamenti alla Quota A ed alla Quota B è indicata la causale di versamento e, quindi, non è necessario presentare la richiesta di attestazione ai fini fiscali. In caso di smarrimento

dei bollettini le richieste devono essere inoltrate al Servizio Contributi tramite posta ordinaria a Fondazione E.N.P.A.M., via Torino 38, 00184 Roma, ovvero tramite fax al n. 06.48.294.913 (Quota A) ed al n. 06.48.294.922 (Quota B).

Per poter ricevere l'attestazione tramite fax, o presso un indirizzo diverso da quello di residenza, è necessario allegare alla richiesta copia di un documento di identità in corso di validità.

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 SAT 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;
- certificazione fiscale del contributo di Quota A (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. emessa in collaborazione con la Banca Popolare di Sondrio e 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).

Versamenti previdenziali on-line

Tramite la Carta di credito Fondazione E.N.P.A.M. è possibile effettuare il versamento on-line (previa registrazione al portale) di tutti i contributi previdenziali dovuti all'Enpam e di tutti i bollettini inviati dall'Ente. 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@popso.it.

Variazione delle modalità di pagamento della pensione

I pensionati possono comunicare la variazione dei dati bancari per il pagamento della pensione, 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 E.N.P.A.M., Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino 38, 00184 Roma oppure tramite fax al numero 06.48.294.648.

Mancato accreditato della pensione

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

Orfani pensionati

Il diritto alle prestazioni pensionistiche agli orfani superstiti spetta sino al raggiungimento del 21° anno di età ovvero sino al 26° anno di età, se studenti. Al tal fine al compimento del 21° anno di età è necessario inviare un certificato di iscrizione attestante il proseguimento agli studi, o 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 E.N.P.A.M., Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino 38, 00184 Roma, ovvero tramite fax al numero 06.48.294.648.

Deducibilità

I contributi previdenziali 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 e modificato dal D. Lgs. 18/2/2000 n. 47. Sono pertanto interamente deducibili dal reddito: il contributo di Quota A, il contributo di Quota B, gli importi versati a titolo di riscatto, le somme corrisposte a titolo di ricongiunzione.

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.

Causa per diffamazione al tribunale di Roma

Medici, biologi e competenze sulla prescrizione delle diete

Il Tribunale di Roma, con sentenza n. 3527 del 18 febbraio ha respinto la querela per diffamazione promossa dall'Ordine dei Biologi nei confronti di un noto medico che aveva affermato che la prescrizione di diete era di competenza solo dei medici. Nella sentenza si afferma che “il biologo può solo suggerire o consigliare profili nutrizionali finalizzati al miglioramento dello stato di salute e mai, in nessun caso, può prescrivere una dieta come atto curativo, che rimane sempre un'attribuzione esclusiva del medico”.

L'Ordine di Roma aveva affiancato il suo iscritto nella vicenda. Sul problema la FNOMCeO aveva chiesto chiarimenti al Ministero della Salute.

Il Consiglio Superiore di Sanità, il 15 dicembre 2009 ha stabilito che, mentre il medico chirurgo può prescrivere diete a soggetti sani e a soggetti malati, il biologo può elaborare e determinare diete nei confronti sia di soggetti sani, sia di soggetti cui è stata diagnosticata una patologia, solo previo accertamento delle condizioni fisio-patologiche effettuate dal medico chirurgo.

Consiglio Superiore di Sanità

Il Consiglio Superiore di Sanità nella seduta del 15 dicembre ha espresso un parere sulla prescrizione delle diete. Pubblichiamo il testo:

Vista la relazione riguardante le Competenze del biologo in materia di nutrizione, presentata dal Dipartimento della Qualità - Direzione Generale delle Risorse Umane e delle Professioni sanitarie;

Vista la Legge 24 maggio 1967, n. 396 “Ordinamento della professione di Biologo”;

Visto il D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421” e successive modificazioni e integrazioni, art. 7 quater;

Visto il D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 483, concernente l'accesso ai ruoli del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.);

Visto il D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 484, concernente il “Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio Sanitario Nazionale”;

Vista la Legge 26 febbraio 1999, n. 42 “Disposizioni in materia di professioni sanitarie”, che ha trasformato le professioni sanitarie ausiliarie di cui al T.U.LL.SS. N. 1265/34 in “professioni sanitarie, che ha trasformato le professioni sanitarie ausiliarie di cui al T.U.LL.SS. N. 1265/34 in “professioni sanitarie”, in particolare l'art. 1, com-

Il biologo può solo suggerire profili nutrizionali e mai prescrivere una dieta come atto curativo

ma 2, laddove precisa ... il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie...è determinato dai profili professionali ..., ordinamenti didattici ... specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche ...;

Visto il D.P.R. del 5 giugno 2001 n. 328 concernente “Modifiche ed integrazioni della disciplina dei requisiti per l’ammissione all’esame di Stato e delle relative prove per l’esercizio di talune professioni, nonché della disciplina dei relativi ordinamenti”, che all’art. 31 (Attività professionali), comma 1 lett. h), conferma le competenze del biologo in materia di nutrizione;

Visto il D.M. 22 luglio 1993, ti. 362 “Regolamento recante disciplina degli onorari, delle indennità e dei criteri per il rimborso delle spese per le prestazioni professionali dei biologi”, con particolare riguardo all’art. 3, lettera b), Tariffario minimo per la valutazione dei bisogni nutritivi ed energetici dell’uomo, degli animali e delle piante;

Visto il D.M. 14 settembre 1994, n. 744 “Regolamento concernente l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale del dietista”;

Visto il D.M. 29 marzo 2001 “Definizione delle figure professionali di cui all’art. 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, da includere nelle fattispecie previste dagli articoli 1, 2, 3 e 4 della legge 10 agosto 2000, n. 251”;

Visto il D.M. 1 agosto 2005 concernente il “Riassetto delle Scuole di Specializzazione di Area Sanitaria”, Allegato Area Servizi Clinici;

Premesso che la suddetta Direzione Generale, alla quale sono state rivolte richieste di chiarimenti da parte di soggetti e di associazioni, nella sua relazione evidenzia in particolare i seguenti aspetti:

- nel settore della nutrizione, risultano attribuite competenze a diverse figure professionali in quanto
- il medico specializzato in dietologia o in scienza dell’alimentazione si occupa di nutrizione umana ed è abilitato a prescrivere diete e a valutare in termini clinici le cause e gli effetti del sovrappeso e dell’obesità prescrivendo, ove occorra, anche farmaci ed esami diagnostici;
- il biologo ha competenza nella “valutazione dei bisogni nutritivi ed energetici dell’uomo, degli animali e delle piante”, che si attua, come specificato nel tariffario delle prestazioni, tramite la “determinazione della dieta ottimale umana individuale, in relazione ad accertate condizioni fisio-patologiche; determinazione delle diete ottimali per mense aziendali, collettività, gruppi sportivi etc., in relazione alla loro composizione ed alle caratteristiche dei soggetti; determinazione di diete speciali per particolari accertate condizioni patologiche in ospedali, nosocomi, etc., per ciascun tipo di dieta”;
- il farmacista, sebbene non possa prescrivere diete, è comunque titolato, per quanto riguarda il campo nutrizionistico, a fornire consulenze e a dare informazioni riguardanti medicinali, integratori alimentari e, comunque, altri prodotti venduti in farmacia;
- il dietista, quale professionista sanitario ai sensi del citato DM 744/1994, elabora, formula e attua le diete prescritte dal medico e ne controlla l’accettabilità da parte del paziente;
- in riferimento al biologo, il Consiglio di Stato con la sentenza n. 6394/05 ha affermato la non tassatività dell’elencazione di cui sopra, evidenziando che le competenze del biologo in campo nutrizionale afferiscono ad una serie di atti e attività, fra le quali:

la prescrizione di diete, sia in funzione dei fabbisogni nutritivi sia in funzione delle intolleranze alimentari; l'elaborazione di diete destinate sia a soggetti sani sia a soggetti cui è stata diagnosticata una patologia; la prescrizione o, anche, il semplice consiglio o indicazione di integratori/supplementi alimentari e altri prodotti dietetici di libera vendita;

Evidenziato che sono ben definiti gli ambiti di competenza attribuiti alle suddette figure professionali poiché:

- il medico è il solo professionista che ha titolo per l'effettuazione di diagnosi e la prescrizione di farmaci e di indagini di laboratorio finalizzati all'elaborazione di diete;
- il biologo, al quale sia la legislazione primaria sopra citata sia la giurisprudenza assegnano con chiarezza competenze afferenti alla nutrizione, è una delle professioni del ruolo sanitario inserita nell'ambito del SSN, in quanto svolge attività attinenti alla tutela della salute;
- il farmacista svolge un ruolo abbastanza definito in quanto non può elaborare e prescrivere diete;
- il dietista, figura tecnico-sanitaria, ha ambiti limitati di autonomia, dovendo agire in collaborazione e su indicazioni del medico;

Preso atto che la vigente normativa di settore detta disposizioni inequivocabili, ovvero

- il citato D. Lgs. 502/92 all'articolo 7-
quater (Organizzazione del Dipartimento di Prevenzione) prevede strutture organizzative specificamente dedicate a:

a) igiene e sanità pubblica; b) igiene degli alimenti e della nutrizione; c) prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro; d) sanità animale; e) igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro

derivati; f) igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche;

- il menzionato D.P.R. 484/97, dispone che la struttura complessa di "Igiene degli alimenti e della nutrizione" può essere diretta da un biologo, come disposto dall'art. 4 (Discipline), che recita:

"1. Gli incarichi di secondo livello dirigenziale per i profili professionali del ruolo sanitario possono essere conferiti esclusivamente nelle discipline stabilite con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio superiore di sanità e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome.

2. Fino alla data di entrata in vigore del decreto di cui al comma 1, e comunque non oltre diciotto mesi dalla data di perfezionamento dell'accordo di cui all'articolo 7, comma 6, le discipline sono quelle di seguito indicate:

omissis

**E) CATEGORIA
PROFESSIONALE DEI BIOLOGI**

- 1) *Biochimica clinica ricompresa nell'area della Medicina diagnostica e dei servizi;*
- 2) *Laboratorio di genetica medica ricompresa nell'area della medicina diagnostica e dei servizi;*
- 3) *Microbiologia e virologia ricompresa nell'area della medicina diagnostica e dei servizi;*
- 4) *Patologia clinica ricompresa nell'area della medicina diagnostica e dei servizi*
- 5) *Igiene degli alimenti e della nutrizione ricompresa nell'area di sanità Pubblica";*

Considerato che – le norme regolanti l'accesso ai ruoli dell'SSN (art. 40, DPR 483/97) definiscono i requisiti specifici di ammissione ai concorsi, ovvero il diploma di laurea, la specializ-

zazione nelle discipline oggetto del concorso e l'iscrizione al relativo albo professionale. Nel caso della struttura di Igiene degli alimenti e della nutrizione, per la figura professionale del biologo, è richiesta la specializzazione in Scienza dell'Alimentazione;

- il richiamato D. M. 2005, nell'Allegato relativo agli ordinamenti didattici, Area Servizi Clinici, sottosezione dei Servizi Clinici Diagnostici e Terapeutici, Classe dei servizi clinici specialistici biomedici, Scuola di specializzazione in Scienza dell'alimentazione, prevede, con rilascio del medesimo titolo, l'accesso per laureati specialisti in Medicina e Chirurgia (Classe 46/S) ed ai laureati del vecchio ordinamento in Medicina e Chirurgia, i laureati specialisti in Biologia (Classe 6/S), in Biotecnologie mediche, veterinarie e farmaceutiche (Classe 9/S), in Farmacia e Farmacia industriale (Classe 14/S), in Chimica (Classe 62/S), Medicina Veterinaria (Classe 47/S), Scienza della Nutrizione Umana (Classe 69/S), Scienze e Tecnologie Agrarie (Classe 77/S), Scienze e Tecnologie Agro Alimentari (Classe 78/S), Scienze e Tecnologie Agrozootecniche (Classe 79/S), e i laureati quadriennali del vecchio ordinamento nelle lauree di Scienze biologiche, Farmacia, Chimica, Chimica e tecnologia farmaceutica, Veterinaria, Agraria;
- le classi di laurea in Biologia (Classe 6/S), Biotecnologie mediche, veterinarie e farmaceutiche (Classe 9/S) e Scienza della Nutrizione Umana (Classe 69/S) consentono l'accesso all'albo professionale dei biologi;
- in particolare, il corso di laurea in Scienza della Nutrizione Umana (Classe 69/S, oggi 61/M), di recente istituzione ed attivo in numerosi

Atenei, è specifico per il settore della nutrizione umana;

Osservato che

- la Scienza dell'Alimentazione ha come obiettivo il corretto utilizzo degli alimenti per il benessere psicofisico e per il mantenimento dello stato di salute;
- l'alimentazione è il consumo di alimenti, che una volta ingerito e digerito fornisce i nutrienti assorbiti e veicolati al fegato ed alle singole cellule per il funzionamento dell'intero organismo;
- la nutrizione è, quindi, una conseguenza dell'atto alimentare e può essere definita come quel fenomeno mediante il quale i nutrienti (energetici: glucosio, aminoacidi e acidi grassi; e non energetici: vitamine, sali minerali e acqua) vengono trasformati e ossidati per rendere possibile la vita delle cellule, cioè il mantenimento e l'accrescimento delle strutture e l'espletamento delle varie funzioni;

Precisato che il nutrizionista è:

- lo specialista dell'alimentazione umana di diversa estrazione professionale medica e/o non medica (biologo, agronomo, farmacista, veterinario, etc.), competente nella sicurezza alimentare del singolo e della collettività, esperto nel corretto utilizzo degli alimenti per il benessere psicofisico e per il mantenimento dello stato di salute, ai fini della prevenzione di quelle patologie (metaboliche, cardiovascolari, neoplastiche) che trovano nelle cattive abitudini alimentari un potente fattore eziologico;
- conosce la composizione e le proprietà strutturali e funzionali degli alimenti, il ruolo e le funzioni dei singoli nutrienti, le principali tecnologie di trasformazione degli alimenti e le modifiche indotte nel contenuto in nutrienti;

- orienta o corregge, sulla base della valutazione dello stato di nutrizione di un individuo, le abitudini alimentari e lo stile di vita, prescrivendo interventi nutrizionali specifici fino a ricorrere alla nutrizione artificiale;
- cura l'organizzazione dei servizi di sorveglianza nutrizionale e di ristorazione collettiva, valuta la composizione degli alimenti e delle acque, nonché il loro effetto sullo stato nutrizione sia del singolo individuo che della popolazione;

Rilevato che – la qualificazione di dietologo clinico riguarda il laureato in Medicina e Chirurgia in quanto può dare consigli dietetici quale primo approccio terapeutico di molte patologie (dislipidemie, diabete mellito, ipertensione arteriosa) mediante la correzione delle abitudini alimentari;

- solo il nutrizionista medico, abilitato a prescrivere diete, farmaci e accertamenti diagnostici, è anche impegnato nella valutazione clinica e nel trattamento della malnutrizione per eccesso (obesità, diabete mellito, dislipidemie, ...) o per difetto (stati carenziali di energia e/o nutrienti);
- il biologo svolge attività di laboratorio che, nel settore alimentare, consistono in analisi finalizzate alla valutazione della composizione e dello stato di conservazione e commestibilità degli alimenti;
- il biologo nutrizionista può elaborare profili alimentari-nutrizionali al fine di proporre alla persona che ne fa richiesta un miglioramento del proprio "benessere";

Preso atto dei contenuti delle lettere

- del 28.09.2009, con la quale la FNOMCeO esprime riserve in merito alla possibilità di riconoscere al biologo la competenza a elaborare in autonomia diete individuali e speciali, in quanto
- la prescrizione di diete individuali da

parte di biologi nutrizionisti su soggetti affetti da patologie più o meno gravi non può avvenire "prescindendo dalla preventiva analisi dello stato di salute del paziente effettuato dal medico";

- "coerentemente con quanto sostenuto dalla Federazione dei biologi, nel decreto 362/93 è esplicitato che la determinazione della dieta individuale e di diete speciali deve essere sempre messa in relazione ad un accertamento delle condizioni fisico patologiche effettuate dal medico chirurgo anche presso ospedali o nosocomi, etc., evidenziando una necessaria e imprescindibile analisi a monte della condizione del soggetto che si sottopone alla prestazione di cui trattasi";
- del 02.04.2008 con la quale la FOFI ribadisce il ruolo e i compiti del farmacista che in campo nutrizionistico "può fornire consulenze, in particolare nell'ambito delle proprie competenze professionali riguardanti la diffusione di informazioni e consigli nel settore dei medicinali ... , ma non può prescrivere né elaborare diete;

Sentita la relazione della professoressa P. Grammatico e del professor A. Spanò, componenti della Sezione II;

Uditi gli esperti:

professor C. Cannella, componente della Sezione IV;

A. Iachino e A. Parisi, della Direzione Generale delle Risorse umane e delle Professioni sanitarie;

Ritenute condivisibili in particolare le seguenti osservazioni della competente Direzione Generale:

- le competenze ascrivibili al profilo professionale del biologo e le attività proprie del relativo percorso formativo prevedono l'acquisizione di competenze specifiche per la valutazione dei bisogni nutritivi ed energetici dell'uomo, degli animali e delle piante;
- la prescrizione di diete individuali da

parte di biologi nutrizionisti su soggetti affetti da patologie più o meno gravi non può avvenire “prescindendo dalla preventiva analisi dello stato di salute del paziente effettuato dal medico”;

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

Esaminata la documentazione agli atti;

Costatato che, riguardo alle questioni poste e dibattute in materia di nutrizione, la competente Direzione Generale formula tre quesiti specifici; relativamente agli stessi,

Esprime parere

- a) Mentre il **medico-chirurgo** può, ovviamente, prescrivere diete a soggetti sani e a soggetti malati, è corretto ritenere che il biologo possa elaborare e determinare diete nei confronti sia di soggetti sani, sia di soggetti cui è stata diagnosticata una patologia, solo previo accertamento delle condizioni fisio-patologiche effettuate dal medico chirurgo.
- b) Il **biologo** può autonomamente elaborare profili nutrizionali al fine di proporre alla persona che ne fa richiesta un miglioramento del proprio “benessere”, quale orientamento nutrizionale finalizzato al miglioramento dello stato di salute. In tale ambito può suggerire o consigliare integratori alimentari, stabilendone o indicandone anche le modalità di assunzione.
- c) Il **dietista**, profilo professionale dell’area tecnico-sanitaria individuato dal D. M. 14 settembre 1994, n. 744, ex art. 6, c. 3 D. Lgs. 502/92, opera nelle strutture del S.S.N. in collaborazione con il medico ai fini della formulazione delle diete su prescrizione medica.

Sottolineato che, ai fini dell’esercizio della professione per lo svolgimento delle attività di cui trattasi da parte delle diverse figure coinvolte, iscritte ai rispettivi ordini, sia in ambito pubblico che libero-professionale, fatte salve le posizioni dei professionisti che le esercitano da un tempo congruo,

- il titolo abilitante conseguito al superamento dell’esame di Stato;
- i presupposti dovrebbero essere ricondotti a omogeneità di condizioni dell’esercizio professionale;

Ritiene

che sia preferibile che il biologo, per esercitare l’attività di nutrizionista in ambito privato, abbia conseguito il diploma di specializzazione universitaria in Scienza dell’Alimentazione.

Conferma anche dal ministro

Nella seduta del 20 aprile 2011 della Camera dei deputati, il Governo, rappresentato dal ministro della Salute, Ferruccio Fazio, ha risposto ad una interrogazione parlamentare presentata dall’on. Vincenzo D’Anna per avere “chiarimenti nell’ambito di attività della figura del biologo nutrizionista”.

Il ministro della Salute ha rilevato che il Consiglio superiore di sanità ha esaminato gli aspetti inerenti alle competenze del biologo in materia di nutrizione. Di fatto il nuovo parere adottato dal Consiglio non modifica l’orientamento già espresso. “In sintesi, si afferma che, mentre il medico chirurgo può prescrivere diete a soggetti sani e malati, il biologo può elaborare e determinare diete nei confronti sia dei soggetti sani, sia dei soggetti cui è stata diagnosticata una patologia, ma previo accertamento delle condizioni fisio-patologiche effettuate dal medico chirurgo”.

Polizze assicurative ospedaliere in costante crescita

Uno studio condotto da Marsh ha analizzato le richieste di risarcimento danni relative al periodo 2004 - 2009 su un campione rappresentativo del territorio nazionale della sanità pubblica.

Il volume d'analisi si è aggirato intorno alle 20 mila richieste di risarcimento che sono pervenute alle strutture sanitarie clienti della società di brokeraggio assicurativo. Rispetto alla prima edizione, che si basava su un campione di 41 strutture pubbliche, quest'anno si è ampliato il campione sino a 74 aziende, rappresentative di oltre il 90% delle aziende ospedaliere e sanitarie pubbliche in portafoglio.

A livello nazionale il valore assicurativo riscontrato per un posto letto si aggira intorno ai 2.235 euro, con alcune differenze a seconda che si prenda in analisi in nord o il sud del Paese. Un posto letto infatti al nord costa circa 2.200 euro, al centro 2.225 euro e al sud quasi 2.115 euro. Anche per il personale medico ci sono variazioni che vanno dai 3.727 euro del nord, i 4.155 euro del centro, fino ai 2.656 euro del sud. In quasi tutte le situazioni analizzate si può riscontrare un'esposizione economica maggiore nel centro Italia.

All'interno dello studio si è anche calcolato che avvengono 9,68 sinistri ogni cento posti letto, 2,59 ogni mille ricoveri, 16 eventi ogni cento medici e 7,05 ogni cento infermieri. Anche

in questo caso i tassi variano in relazione alla localizzazione geografica. In particolare i tassi diminuiscono se si prendono in considerazione le strutture sanitarie del nord, aumentano considerevolmente al centro e diminuiscono anche al sud.

Se si prendono in considerazione due fattori come i posti letto e il personale medico possiamo affermare, ad esempio, che il tasso per i posti letto varia da 8,59 eventi ogni cento al nord, 11,13 al centro e 9,73 al sud. Per il personale medico, si varia da 14,57 eventi ogni cento al nord, 19,07 al centro e 12,23 al sud.

La capillarità dei dati e l'affidabilità statistica hanno permesso di quantificare il costo associativo anche per quelle specialità cliniche che registrano la maggiore frequenza di richieste di risarcimento danni: chirurgia generale, ortopedia e ostetricia e ginecologia. Per quanto riguarda la chirurgia generale, si può stimare che a livello nazionale un posto letto costa poco più di 2.865 euro ed un ricovero 78 euro. L'ortopedia ha un costo di 3.690 euro per posto letto e circa 89 euro per ricovero.

Discorso a parte va fatto per l'ostetricia e la ginecologia che ha un costo più elevato per posto letto (più di 5.310 euro), ma piuttosto contenuto per singolo ricovero (86 euro). Per queste specialità sono stati inoltre calcolati i tassi di frequenza a livello nazionale e per area geografica.

*Maggiore
frequenza
di richieste
per danni
subiti
in chirurgia,
ortopedia
e ginecologia*

In una specialità molto sensibile come quella di ostetricia e ginecologia si è visto che a livello nazionale avvengono 10,29 eventi ogni cento postiletto e 1,67 eventi ogni mille ricoveri. Se analizziamo i dati dal punto di vista geografico, possiamo notare come al nord avvengono 8,69 eventi per i posti letto e 1,38 per i ricoveri, al centro 12,49 e 1,89 e al sud 6,78 e 1,53.

Per l'ortopedia è interessante vedere la distribuzione di questi tassi all'interno delle differenti tipologie di ospedali che sono presenti sul territorio italiano. La frequenza nazionale è pari 14,85 eventi ogni cento posti letto e 4,11 ogni mille ricoveri. Nelle aziende sanitarie ed ospedaliere di base, non specialistiche, il tasso è pari a 11,91 ogni cento posti letto e 3,60 ogni mille ricoveri, nei policlinici il primo dato si abbassa al 20,02 e il secondo al 4,86; nelle aziende monospecialistiche il dato varia a secondo del parametro che viene preso in considerazione: 15,84 eventi ogni cento posti letto e 3,48 eventi ogni mille ricoveri. Questo a dimostrazione che laddove ci sono delle forti specializzazioni il rischio si riduce notevolmente.

Il costo assicurativo per posto letto, medico, infermiere e ricovero è stato calcolato anche per le differenti tipologie di strutture sanitarie che compongono il campione. Le varie aziende sono state raggruppate in aziende sanitarie ed ospedaliere di base, aziende ospedaliere specialistiche, policlinici universitari e aziende ospedaliere monospecialistiche.

Nelle strutture sanitarie di base o di primo livello il costo per posto letto è poco più di 2.203 euro, per medico più di 3.828 euro, per infermiere circa 1.627 euro e per ricovero circa

60 euro. Questa tipologia di aziende che formano il numero maggiore del campione hanno un costo superiore in tutti gli ambiti studiati.

Si potrebbe concludere che ad una maggiore specializzazione e grado di complessità dei casi trattati corrisponde una riduzione dei costi assicurativi.

Nei policlinici ed aziende ospedaliere universitarie analizzate, il costo per posto letto è di circa 2.201 euro, per medico poco più di 3.263 euro, 1.613 euro per infermiere e 59 euro per ricovero.

Le aziende ospedaliere monospecialistiche (ortopedia e mamma e bambino e oncologia) registrano i costi più bassi. Con la seconda edizione è stato introdotto anche il dato degli ospedali monospecialistici a livello oncologico. In questa area il costo per posto letto è pari a 1.990 euro, 2.165 per ogni singolo medico, 1.604 per infermiere e circa 76 euro per singolo ricovero.

PER INFORMAZIONI E MODULISTICA

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

www.omceoss.org

Sanità pubblica: in calo la soddisfazione degli italiani

I principali dati della sanità raccolti nel Rapporto Italia 2011 dell'Eurispes, su un campione di 1.532 cittadini intervistati nel periodo 20 dicembre 2010 - 12 gennaio 2011, fotografa l'opinione degli italiani mettendo in evidenza varie criticità:

– Il Servizio sanitario nazionale soddisfa solo il 35,8% degli italiani (31,9% abbastanza e 3,9% molto soddisfatto), contro il 44,3% dei “poco soddisfatti. Se a questi si somma il 17,1% che dichiara di non essere affatto soddisfatto, il parere negativo si attesta dunque complessivamente al 61,4%. La maggior parte, dunque. E una quota del 5,1% in più rispetto allo scorso anno.

Maggiore soddisfazione per il nostro sistema sanitario si registra nel Centro (41,3%), seguito da Nord-Ovest (39,1%), Nord-Est (38,6%), Isole (26,4%) e Sud (26,3%). esprimono malcontento il 71,2% degli abitanti delle Isole, il 70,7% del Sud, il 58,5% del Nord-Est, il 58,2% del Nord-Ovest e il 55,6% del Centro.

– L'assistenza ospedaliera peggiora ed è poco e affatto soddisfatto rispettivamente il 40,9% e il 15,1% dei cittadini che hanno avuto un'esperienza ospedaliera (per un totale del 56%), contro il 37,2% e il 4,8% di chi si dice abbastanza e molto soddisfatto (per un totale del 42%). Il confronto con l'anno 2010 mostra un aumento del grado

di insoddisfazione dell'8,1%.

Le strutture ospedaliere sono carenti per due terzi dei cittadini. Qualità insoddisfacente per il 66,1% contro il 31,8% che esprime gradimento. Rispetto al 2010 il sentimento di apprezzamento sui requisiti che un ospedale dovrebbe avere passa dal 39,2% al 31,8% (-7,4%), quello di insoddisfazione cresce dell'8,5% (dal 57,6% del 2010 al 66,1%).

– Tempi di attesa intollerabili per il 44,9% dei pazienti che si sono rivolti a un ospedale per risolvere i loro problemi di salute. A questi si somma un 34,5% che si dice essere poco soddisfatto, facendo registrare un totale che sfiora i quattro quinti degli italiani (79,4%). I pareri positivi si attestano invece a quota 17,9%.

Considerando che la situazione designata nel 2010 esprimeva già delle condizioni pessime (il 74,5% si era detto insoddisfatto contro il 21,3% che affermava il contrario), il peggioramento registrato fa segnare un +4,9% tra coloro che criticano l'eccessiva lunghezza dei tempi di attesa all'interno degli ospedali presenti sul territorio e un -3,4% tra quanti invece non esprimono lamentele al riguardo.

– Largamente apprezzata la competenza di medici e infermieri per il 64,2% dei cittadini che si dichiarano abbastanza (52,1%) e molto (12,1%) soddisfatti della prepara-

Il parere negativo supera il 60 per cento. Apprezzata la competenza di medici e infermieri

zione dei medici, valore che tuttavia si attestava nel 2010 al 71,6%, facendo registrare un calo del 7,4%. I critici sono invece il 33% che, se messi a paragone con lo scorso anno (24,8%), mostrano come il dato sia cresciuto.

Un altro dato positivo riguarda la valutazione relativa alla professionalità del personale infermieristico: il 60,2% esprime infatti gradimento verso la categoria e il suo operato, contro il 37,5% di quanti si dicono insoddisfatti. Rispetto all'anno passato la situazione è stabile: è diminuito il gradimento soltanto dello 0,2% ed è aumentato il malcontento dell'1,3%.

- Ticket troppo esosi per 6 cittadini su 10 sulla compartecipazione alla spesa cresciuti del 5,2% rispetto al 2010. Nel 2011, infatti, l'insoddisfazione raccoglie il 60,3% delle indicazioni, contro il 33,7% di chi ritiene tutto sommato questo costo equo.
- Malasanità: per il 18,4% è colpa delle carenze strutturali. In linea con i risultati ottenuti sulla rilevazione del 2010, interrogati sulla responsabilità dei casi di malasanità avvenuti all'interno di alcuni ospedali pubblici italiani, il 18,4% ne fa risalire la causa alle carenze strutturali degli ospedali pubblici, quali il mancato rispetto delle norme igieniche e il sovraffollamento, il 14,5% sostiene che il problema principale sia costituito dai medici, il 12,5% imputa la responsabilità ai tagli alla sanità, il 3,9% ritiene che i colpevoli siano gli infermieri, mentre la maggior parte, il 47%, sostiene che a dar vita ai casi di malasanità sia l'insieme congiunto dei fattori citati.
- Cresce il gradimento per il privato. Per usufruire di cure specialistiche

o affrontare interventi chirurgici, gli italiani preferiscono affidarsi, nel 41,4% dei casi, alle strutture ospedaliere pubbliche, mentre si attestano su livelli simili coloro che preferiscono rivolgersi agli ospedali privati (26,1%) e quanti invece, pur volendo optare per i privati, che rappresentano la loro prima scelta, sono costretti a ripiegare sul servizio pubblico a causa dei costi troppo elevati (24,2%).

Questa categoria è aumentata del 3,8% rispetto all'anno precedente, così come chi predilige le cure e i servizi erogati dalle cliniche private ha fatto registrare un aumento del 3,3%. In drastico calo rispetto al 2010 invece (-10,1%) le preferenze accordate alle strutture sanitarie pubbliche.

- Eutanasia: favorevole il 66,2% degli italiani, ma in diminuzione nel corso degli anni. I due terzi del campione intervistato (66,2%) si dice favorevole alla pratica dell'eutanasia, facendo registrare un -1,2% rispetto al 2010, in cui era il 67,4% a schierarsi in favore della pratica, un -1,8% rispetto ai dati raccolti nel 2007 (68%) e un +6,7% rispetto al 2004. Rispetto al 2010 aumenta nel 2011 la quota dei contrari passando dal 21,7% al 24,2%.

Allo stesso tempo diminuiscono gli indecisi (dal 10,9% al 9,6%). A rispondere di essere favorevole alla possibilità di concludere la vita di un'altra persona, dietro sua richiesta, ricorrendo alla pratica dell'eutanasia è il 67,9% degli uomini, contro il 64,6% delle donne, mentre, invece, queste ultime si dicono contrarie nel 26% dei casi, contro il 22,3% degli uomini che fanno la stessa dichiarazione (con una differenza del 3,7%).

Tra i favorevoli all'eutanasia il 75,3% appartiene alla classe d'età dei 18-24enni, il 70,9% a chi ha un'età compresa tra i 25 e i 34 anni, il 67,5% agli adulti che hanno un'età che va dai 35 ai 44 anni, il 67,7% ai 45-64enni e il 53,7% a chi ha 65 anni e oltre. L'appartenenza politica fa registrare un picco dell'82% di favorevoli alla pratica della "buona morte" a sinistra e soltanto l'11,7% dei contrari. Chi non si riconosce in alcuna posizione politica afferma di essere d'accordo per il 69,6% e contrario per il 19,4%. I votanti di destra fanno registrare un 66% a favore e un 27,7% contro l'eutanasia.

Il 48,6% degli italiani pensa che l'eutanasia venga praticata ugualmente negli ospedali. Mentre nel 2007 di fronte alla domanda "secondo lei negli ospedali pubblici viene praticata di nascosto l'eutanasia per i casi irrisolvibili anche se la legge non lo consente?" quasi la metà del campione (47,3%) non riusciva a dare una risposta netta a favore del sì o del no, con il passare degli anni i dubbi vanno diminuendo, interessando il 25,4% degli intervistati nel 2010 e il 21,4% nel 2011.

Se nel 2007 a rispondere "sì" è stato il 26,3% degli italiani, nel 2010 tale percentuale è salita al 45,2% (+18,9%) e ancora al 48,6% nell'anno in corso (+22,3% rispetto al 2004 e +3,4% rispetto al 2010). Minori variazioni ha subito invece la percentuale di quanti ritengono che non venga praticata in sordina all'interno delle strutture ospedaliere pubbliche: erano il 26,4% nel 2004, il 29,4% nel 2010 e sono oggi il 30%. Nonostante l'opinione diffusa che l'eutanasia venga praticata illegalmente negli ospedali, la maggior parte degli intervistati afferma di non essere mai

venuti a conoscenza di episodi di eutanasia praticata di nascosto da parte di familiari, amici o conoscenti: essi rappresentavano l'87,4% nel 2007, il 91,4% nel 2010 (+5%) e l'82,4% nel 2011. Al contrario, il 5,9% nel 2007, il 7,7% nel 2010 e il 7,4% di quest'anno hanno risposto affermativamente.

Testamento biologico: il 77,2% la libertà di scegliere, ma in diminuzione negli anni. A proposito di una legge che istituisca in Italia il testamento biologico, già nel 2007 si diceva favorevole il 74,7% degli italiani (contro il 15% dei contrari), diventati l'81,4% nel 2010 (contro il 10,9% dei non favorevoli). I dati di quest'anno dimostrano però un'inversione di tendenza, dal momento che rispetto all'anno precedente coloro che si dicono favorevoli al testamento biologico sono diventati il 77,2%, facendo registrare un calo del 4,2%, mentre sono aumentati al 14,2%, il 3,3% in più nel giro di un anno, coloro che si schierano contro la sua istituzione a mezzo di un'apposita legge.

Nel caso fosse introdotto il testamento biologico, secondo l'opinione del 72,8% degli italiani, il medico non potrebbe ignorare la volontà in esso espressa, solo il 14,8% (13,9% nel 2010) ritiene invece che il medico potrebbe agire in maniera difforme dalla richiesta espressa dal paziente. Ad avere dato una risposta negativa è stato il 74,5% degli intervistati nel 2010, diventati il 72,8% nel 2011 (-1,7%), mentre a rispondere affermativamente è stato il 13,9% nel 2010, diventato il 14,8% nel 2011 (0,9%).

Conferenza permanente Stato-Regioni

Medici e veterinari: attività intramuraria libero professionale

Nella Gazzetta Ufficiale n. 6 del 10 gennaio 2011 è stato pubblicato l'Accordo 18 novembre 2010 tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano concernente l'attività libero-professionale dei dirigenti medici, sanitari e veterinari del Servizio sanitario nazionale".

L'Accordo è stato emanato visti gli articoli 2, comma 2, lett. b) e 4, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che affidano alla Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi tra Governo e Regioni in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune e vista la legge 3 agosto 2007, n. 120, la quale prevede che le regioni devono garantire che le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliere universitarie, i policlinici universitari a gestione diretta e gli IRCCS di diritto pubblico gestiscano, con integrale responsabilità propria, l'attività libero – professionale intramuraria, ai fine di assicurarne il corretto esercizio secondo modalità stabilite dalla predetta legge n. 120/2007.

Nella fattispecie l'articolo 1 del provvedimento prevede che la modalità di esercizio dell'attività libero-professionale dei dirigenti medici, sanitari e veterinari, é disciplinata dalle regioni sentite le organizzazioni sindacali maggiormente rappresenta-

tive delle categorie interessate e nel rispetto delle vigenti disposizioni legislative e contrattuali.

L'articolo 3, comma 2, dispone che le regioni stabiliscono le modalità di verifica dello svolgimento dell'attività libero-professionale, al fine di rilevare il volume di attività dedicato all'attività istituzionale ed all'attività libero-professionale, nonché dell'insorgenza di un conflitto di interessi o di situazioni che comunque implicino forme di concorrenza sleale definendo anche le eventuali relative misure sanzionatorie.

Nell'ambito dell'attività di verifica le regioni istituiscono appositi organismi paritetici con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria, anche con la partecipazione delle organizzazioni rappresentative degli utenti e di tutela dei diritti.

Il testo dell'accordo

La conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano nella odierna seduta del 18 novembre 2010;

Visti gli art. 2, comma 2, lett. b) e 4, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che affidano a questa Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi tra

L'accordo prevede che le modalità di esercizio e di verifica vengono disciplinate anche da organismi paritetici

Governo e Regioni, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

Visto la legge 3 agosto 2007, n. 120, la quale prevede che le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano devono garantire che le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliere universitarie, i policlinici universitari a gestione diretta e gli IRCCS di diritto pubblico gestiscano, con integrale responsabilità propria, l'attività libero professionale intramuraria, al fine di assicurarne il corretto esercizio secondo modalità stabilite dalla predetta legge n. 120/2007;

Considerato che il decreto legislativo 28 luglio 2000, n. 254 e la citata legge n. 120/2007 individuano nell'Osservatorio per l'attività professionale lo strumento di raccordo tra le istituzioni statali e regionali per il monitoraggio sullo stato di attuazione dell'attività libero professionale;

Vista la sentenza della Corte costituzionale n. 371 del 5-14 novembre 2008;

Vista la nota in data 26 ottobre 2010 con la quale il Ministero della salute ha inviato, la schema di Accordo indicato in oggetto;

Vista la lettera in data 27 ottobre 2010 con la quale lo schema di accordo in parola e' stato trasmesso alle regioni e province autonome di Trento e Bolzano;

Considerato che, la Regione Veneto, Coordinatrice interregionale in sanità, con nota in data 3 novembre 2010 ha chiesto il differimento della riunione tecnica convocata per il giorno 5 novembre 2010;

Vista la lettera in data 4 novembre 2010 con la quale la predetta nota e' stata partecipata alle Amministrazioni interessate;

Vista la lettera in data 16 novembre 2010, con la quale la Regione Veneto, Coordinatrice della Commissione salute, ha inviato una nuova versione dello schema di Accordo in parola rappresentando che la medesima è stata concordata con i Ministeri interessati;

Vista la lettera in data 16 novembre 2010 con la quale la predetta nuova versione è stata diramata;

Considerato che, nel corso dell'odierna seduta, il rappresentante del Ministero dell'economia e delle finanze ha formulato le seguenti richieste di modifica all'art. 2, comma 1, lettera c), dopo le parole «all'articolo 55» aggiungere «, comma 2» e dopo le parole «successive integrazioni» eliminare le parole «, anche con modalità di remunerazione diversa da quelle orarie»);

Rilevato che il Presidente della Conferenza delle regioni e province autonome di Trento e Bolzano ha espresso assenso sulle predette richieste emendative;

Acquisito, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo e dei presidenti delle regioni e delle province autonome di Trento e di Balzano;

ORARIO DI RICEVIMENTO DEL CONSULENTE LEGALE DELL'ORDINE

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

Sancisce accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nei seguenti termini;

Considerato che: al fine di dare compiuta attuazione alla disciplina dell'attività libero-professionale intramuraria e' opportuno realizzare un adeguato coordinamento tra Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano;

Si conviene che:

Art. 1

1. La modalità di esercizio dell'attività libero professionale dei dirigenti medici, sanitari e veterinari, di cui ai successivi articoli, e' disciplinata dalle regioni e province autonome di Trenta e Balzano sentite le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle categorie interessate e nel rispetto delle vigenti disposizioni legislative e contrattuali.

Art. 2

1. Nell'ambito delle di cui all'art. 1, i piani di attività della programmazione regionale e aziendale, al fine di garantire nell'esercizio dell'attività libero professionale dei dirigenti suddetti un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e attività libero - professionale, prevedono:

- a) la definizione annuale, in sede di contrattazione del budget o di specifica negoziazione con le strutture aziendali, dei volumi di attività istituzionale dovuti, tenuto conto delle risorse umane, finanziarie e tecnologiche effettivamente assegnate, anche con riferimento ai carichi di lavoro misurati;
- b) la determinazione con i singoli dirigenti e con le équipes dei volumi di attività libero professionale complessivamente erogabili, che,

ai sensi delle leggi e contratti vigenti, non possono superare quelli istituzionali ne' prevedere un impegno orario superiore a quello contrattualmente dovuto;

- c) la definizione delle prestazioni aggiuntive di cui all'art. 55, comma 2, del CCNL 8 giugno 2000 e successive integrazioni ai fini del progressivo conseguimento degli obiettivi di allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione intramoenia;
- d) la costituzione a livello aziendale di appositi organismi paritetici con le OOSS di cui all'art. 1 di verifica, anche con l'intervento del Collegio di Direzione, e l'indicazione delle sanzioni da adottare in caso di violazione di quanto pattuito;
- e) l'esercizio delle attività libero-professionali all'esterno delle strutture aziendali, consentito limitatamente al periodo di proroga negli ambiti in cui non sia stato garantito l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria ai sensi della legge n. 120/07, senza che comporti oneri aggiuntivi per l'azienda sanitaria ne' per il professionista nei confronti dell'azienda stessa;
- f) l'affidamento a personale aziendale, o comunque dall'azienda a cio' destinato, senza ulteriori oneri aggiuntivi, del servizio di prenotazione delle prestazioni libero-professionali, da eseguire con modalità distinte rispetto a quelle istituzionali, al fine di permettere il controllo dei volumi delle prestazioni medesime nonche' del servizio di riscossione delle tariffe;
- g) la definizione delle tariffe per l'attività libero-professionale, d'inte-

sa con i dirigenti interessati, previo accordo in sede di contrattazione collettiva integrativa, in modo che siano remunerative di tutti i costi sostenuti dalle aziende, ivi compresi quelli connessi alle attività di prenotazione e di riscossione degli onorari, ed evidenzino le voci relative ai compensi del libero professionista, dell'equipe, del personale di supporto, nonché i costi – pro quota – per l'ammortamento e la manutenzione delle apparecchiature;

h) la definizione delle modalità per garantire, da parte dei dirigenti veterinari, l'effettuazione delle prestazioni libero-professionali con gli adattamenti necessari in relazione alle tipologie dei destinatari ed alle specifiche caratteristiche dell'attività

i) lo svolgimento della attività libero professionale al di fuori dell'orario di servizio con apposita rilevazione oraria distinta da quella istituzionale.

2. Allo scopo di favorire l'attuazione di quanto previsto dal comma 1, lett. a) del presente articolo si applicano i criteri individuati dall'Intesa tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sul Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010 - 2012.

Art. 13

1. Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, anche avvalendosi dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, effettuano il monitoraggio e controllo dell'attività libero professionale, in modo da garantire che il suo svolgimento non vada a detrimento dell'attività istituzionale. I risul-

tati di tale attività sono trasmessi all'Osservatorio nazionale sull'attività libero - professionale.

2. Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano stabiliscono le modalità di verifica dello svolgimento dell'attività libero - professionale, al fine di rilevare il volume di attività dedicato all'attività istituzionale ed all'attività libero - professionale, nonché dell'insorgenza di un conflitto di interessi o di situazioni che comunque implicino forme di concorrenza sleale definendo anche le eventuali relative misure sanzionatorie.

3. Nell'ambito dell'attività di verifica di cui al comma 2, le regioni istituiscono appositi organismi paritetici con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria, anche con la partecipazione delle organizzazioni rappresentative degli utenti e di tutela dei diritti.

Art. 4

1. Il presente Accordo non deve comportare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Roma, 18 novembre 2010

Sito web dell'Ordine:

www.omceoss.org

E-mail dell'Ordine:

ordine@omceoss.org

Operativi anche a Sassari

Comitati di assistenza sanitaria per i Testimoni di Geova

Su richiesta del Comitato dei testimoni di Geova di Sassari pubblichiamo un intervento che illustra l'attività di assistenza sanitaria per una migliore gestione della "risorsa sangue".

Spesso dei testimoni di Geova si sente parlare a proposito del rifiuto della terapia emotrasfusionale. Eppure più di un addetto ai lavori riconosce che anche grazie a loro si sono sviluppate tecniche, apparecchiature e strategie mediche per il risparmio di sangue omologo, e non solo per pazienti Testimoni. Sono noti i vantaggi della chirurgia senza sangue: eliminazione dei rischi infettivi, dell'immunodepressione in chirurgia oncologica e degli errori umani, purtroppo abbastanza frequenti (ad esempio, "scambio delle sacche") con conseguenti gravi danni. Oltretutto una migliore gestione della "risorsa sangue" permette nel complesso una diminuzione dei costi.

Ogni cittadino può decidere personalmente quali tipi di cure accettare e quali rifiutare, a prescindere da come "vive" soggettivamente una determinata terapia. I singoli pazienti testimoni di Geova rifiutano una sola terapia medica, l'emotrasfusione, per ragioni religiose; non assumono però un atteggiamento passivo e fatalista, né sono contrari alla medicina e alla ricerca scientifica. Anzi, loro stessi hanno creato una rete di assistenza per i loro confratelli con problemi di

salute che sono di solito affrontati con la terapia emotrasfusionale. Questa rete internazionale ricerca la collaborazione dei medici, e sostiene e stimola la ricerca scientifica sulle alternative alle emotrasfusioni.

La rete ("Servizio di informazioni sanitarie"), diretta dalla sede mondiale dei testimoni di Geova e con uffici nelle varie sedi nazionali, coordina l'attività di 1.500 "Comitati di assistenza sanitaria" formati da personale esperto che dà supporto spirituale ed emotivo ai pazienti Testimoni e collabora con gli oltre 100.000 medici che li hanno in cura. Avvalendosi anche di una banca dati e un archivio di articoli scientifici, questi Testimoni informano i medici, diffondono articoli scientifici e altro materiale, e incoraggiano lo scambio di informazioni, dati, casistiche ed esperienze tra le diverse équipe chirurgiche per favorire la ricerca e l'applicazione di tecniche alternative al sangue. In vari paesi, circa 200 Bloodless Centers adottano il cosiddetto Transfusion Free Program: in queste strutture sanitarie l'approccio del medico verso tutti i pazienti è orientato a non utilizzare il sangue in nessuna circostanza.

Dall'esperienza delle équipe mediche che adottano questi programmi si evince che per evitare il ricorso alle emotrasfusioni occorre preparare il paziente e pianificare preventivamente l'intervento; suddividere, se possibile, in più sedute gli interventi

*In Italia
99 strutture
gestiscono
15 mila casi
nel rispetto
dell'"obiezione
al sangue"*

complessi; praticare un'emostasi accurata; mantenere costante la volemia e, in caso di emergenza, intervenire subito senza lasciare che i valori ematici si riducano troppo. I chirurghi che praticano un'emostasi scrupolosa, che operano velocemente e con sicurezza, riducendo così i tempi, riescono con più facilità a non usare il sangue: ovviamente, si avvalgono anche delle terapie mediche e degli strumenti adatti ai singoli casi e adottano un approccio "multidisciplinare" nel valutare e preparare i casi più complicati.

In Italia, per assistere una comunità di circa 400.000 persone (tra testimoni e simpatizzanti) operano 99 comitati sanitari, composti da circa 650 membri permanenti e più o meno altrettanti collaboratori. Più di 2.300 medici, in oltre 200 reparti di diverse strutture sanitarie, gestiscono annualmente oltre 15.000 casi nel rispetto dell'obiezione al sangue.

Sarà bene precisare che tutti i testimoni di Geova rifiutano sangue intero e i suoi componenti principali (globuli rossi, globuli bianchi, piastrine e plasma) e sono contrari al deposito preoperatorio del sangue. Per altre terapie attinenti, invece, ciascun testimone di Geova decide personalmente ed esercita il proprio diritto al consenso o al dissenso informato (ad esempio, in caso di somministrazione di derivati e frazioni del sangue, utilizzazione dell'emodiluizione e delle macchine per il recupero intra e postoperatorio del sangue, ecc.). Per questo suggeriamo ai medici di concordare con il singolo paziente testimone di Geova il tipo di strategia medica da attuare nel rispetto delle sue scelte.

Nella provincia di Sassari i Testimoni sono conosciuti e accolti

in molti dipartimenti. Acquisita l'esperienza, ora diversi operatori sanitari considerano le strategie emocoervative una opzione praticabile su tutti i pazienti. Vista la cronica carenza di sangue e la necessità di riceverlo da altre regioni, l'approccio bloodless, oltre a ridurre notevolmente i costi, non fa sprecare una risorsa così preziosa da impiegare su pazienti che non vi obiettano. È auspicabile che venga riconosciuto il fatto che ogni paziente ha il diritto di decidere se una diagnostica o un trattamento è compatibile con quanto ritiene "degno di essere vissuto", senza che altri gli impongano la propria idea di "qualità della vita".

Il Comitato di assistenza sanitaria dei testimoni di Geova di Sassari vuole dare il suo piccolo contributo perché nelle strutture della provincia abbia pieno corso l'"alleanza terapeutica" tra medico e paziente, soggetti che, pur con diverse conoscenze e competenze, operano con pari dignità per debellare la malattia.

Bartolomeo Corda

Comitato di assistenza sanitaria dei testimoni di Geova di Sassari

**ORARI DI APERTURA
AL PUBBLICO**

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

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

giovedì: dalle ore 11.00
alle ore 15.30

(orario continuato)

Lo screening oncologico tra territorio e ospedale

Prendendo spunto dall'impegno della ASL di Sassari, volto alla informazione dei cittadini per l'adesione alla campagna di screening sulla mammella, vengono spontanee delle riflessioni sul ruolo degli screening oncologici nella integrazione fra le attività del territorio e quelle dell'ospedale e soprattutto sulla organizzazione sanitaria e sulle conseguenti implicazioni fra queste due "entità".

Come sappiamo, nel Piano Regionale di Prevenzione, con la delibera n° 29/2 del 5/7/2005, la Regione Sardegna ha legiferato l'istituzione e l'organizzazione degli screening oncologici. Tali screening riguardano il tumore alla mammella, alla cervice uterina e al colonretto.

Gli screening sono delle prestazioni che fanno parte di un programma del Servizio Sanitario Nazionale di offerta attiva e gratuita ad una popolazione apparentemente sana con lo scopo di ridurre in maniera significativa le conseguenze di una "specifica malattia".

Vista l'importanza dei risultati in campo nazionale, non possono considerarsi attività a carattere eccezionale: infatti il susseguirsi e l'estendersi nel territorio delle campagne di screening e l'importanza che assumono negli obiettivi di salute, li hanno fatti diventare attività sanitarie significative, importanti, stabili e per tale motivo inseriti nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza).

Gli screening sono prevalentemente

attività territoriali. Ma ciò non è del tutto esatto; sappiamo bene che uno screening per essere efficace e validato deve obbligatoriamente prevedere l'organizzazione di un percorso pianificato che individui attività di I°, II° e III° livello e cioè iniziando dal territorio (I° e II° livello) si arrivi, quando necessario, alle strutture ospedaliere (II° e III° livello). Sono soprattutto attività multidisciplinari e un ruolo importantissimo riveste il medico di medicina generale che sensibilizza l'utente, stimola la partecipazione alla campagna e lo supporta nel caso di terapie importanti.

Infatti, per quanto riguarda lo screening del cervicocarcinoma, ad esempio, la donna, invitata con lettera, esegue il prelievo citologico vaginale soprattutto nelle strutture territoriali quali (Consultori Familiari, i Poliambulatori, i Centri Oncologici etc.).

Se l'esito del prelievo è positivo la donna verrà automaticamente inviata ad effettuare accertamenti diagnostici di II° livello (colposcopia, biopsia, HPV DNA test) che verranno eseguiti in strutture territoriali o in ambulatori ospedalieri.

Se l'esito di questi accertamenti suggerirà la necessità di terapie importanti, la paziente verrà indirizzata ad un reparto ospedaliero o Universitario di ginecologia per la terapia chirurgica coinvolgendo anche l'oncologo quando necessario.

Identico percorso viene seguito per gli altri due screening. Infatti

*Le campagne
sui tumori
all'utero,
alla mammella
e al colonretto
inserite
nei Livelli
Essenziali
di Assistenza*

anche per questi è previsto un percorso sanitario analogo con le ovvie differenze legate alle diverse patologie.

Pertanto siamo di fronte ad un vero e proprio esempio di integrazione lavorativa condivisa, con percorsi semplici, lineari, riconosciuti e con ruoli degli operatori ben definiti.

Quindi la pianificazione e la realizzazione degli screening oncologici, oltre al beneficio testimoniato dalla riduzione della patologia, porta anche ad un vantaggio importantissimo che è quello d'indirizzare e stimolare tutte le componenti operative coinvolte, sia ospedaliere che territoriali e induce a modificare, collaborando strettamente, i reciproci rapporti.

Attualmente non tutte le componenti della filiera lavorativa (Università, Ospedale, Territorio e specialità differenti) percepiscono l'integrazione delle attività come una modalità di lavoro professionalmente più precisa e specializzata, in cui tutti hanno il loro campo di attività definito e finalizzato.

È sufficiente invece osservare i risultati e l'efficacia dell'attuale organizzazione degli screening onco-

logici per percepire chiaramente che la suddivisione dei compiti ed il coinvolgimento dei vari livelli assistenziali non è altro che l'applicazione concreta dell'integrazione tra attività territoriale ed ospedaliera e tra figure professionali differenti.

In altre parole gli screening oncologici hanno il vantaggio di facilitare e sensibilizzare le strutture interessate, e quindi i vari attori, a parlarsi ed a confrontarsi in maniera vincolante per il successo del percorso sanitario; infatti inizialmente l'utente usufruisce dell'attività territoriale e successivamente, quando necessario, l'utente diventa paziente ed usufruisce dell'attività ospedaliera.

Pertanto gli screening oncologici sono e saranno in futuro i catalizzatori obbligati di una vera integrazione tra ospedale e territorio, nell'ottica di una assistenza migliore e sempre più specializzata e di una razionalizzazione delle risorse professionali ed economiche che attualmente, per motivi noti, sono sempre più ridotte.

Luigi Mannu

Responsabile del Centro di Prevenzione Oncologic

Un questionario sull'occupazione e le aspirazioni dei giovani medici

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari intende portare a conoscenza un questionario, proposto dal Segretariato Italiano Giovani Medici (S.I.G.M.) che ha lo scopo di effettuare un'indagine sulla condizione e le aspirazioni occupazionali di giovani medici.

Il questionario è di facile e immediata compilazione in forma anonima e si trova sul portale dell'associazione.

I dati rilevati dal questionario saranno resi pubblici e verranno utilizzati al fine di elaborare proposte volte e migliorare la condizione occupazionale dei giovani medici italiani.

Tutti i giovani iscritti sono invitati a partecipare collegandosi al sito web: www.giovanemedico.it

Grande partecipazione, 300 presenti

Corso gallurese di ecografia diagnosi e terapia prenatale

Il 5 e 6 novembre 2010 si è tenuto presso il centro congressi della “Tenuta Pilastru” Resort di Arzachena, il 1° Corso Gallurese di Ecografia, Diagnosi e Terapia Prenatale, patrocinato dalla AOGOI (Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani), dalla SIEOG (Società Italiana di Ecografia Ostetrico Ginecologica) e dalla SIMP (Società Italiana di Medicina Perinatale).

L'organizzazione da parte dei presidenti del corso Antonio Rubattu (Olbia, segretario regionale FESMED), Giovanni Urru (Alghero, segretario regionale AOGOI) e Franco Careddu (Tempio Pausania) e dei direttori scientifici Giovanni Monni (Cagliari, presidente nazionale AOGOI) e Paolo Volpe (Bari, presidente nazionale SIEOG), ha prodotto uno degli eventi più interessanti per la Ginecologia e Ostetricia nella regione, con la partecipazione di 300 corsisti. I docenti del corso erano

i più rappresentativi nel campo dell'ecografia ostetrica e ginecologica italiana. La partecipazione da parte dei ginecologi della Sardegna è stata ampia e omogenea. Erano inoltre presenti ginecologi provenienti dal Piemonte, Lombardia, Liguria, Toscana, Umbria, Lazio e Abruzzo.

La bellezza dei luoghi, l'accoglienza della struttura e due meravigliose giornate autunnali di sole, hanno sicuramente favorito la riuscita dell'evento.

Il corso ha focalizzato l'attenzione su alcuni temi particolarmente “cool” per chi si occupa di ecografia ostetrica e ginecologica. Gli argomenti trattati hanno affrontato tre grandi problematiche: la prevenzione e lo screening prenatale e delle complicanze ostetriche, la diagnosi delle malformazioni e le problematiche medico legali.

L'alto livello delle relazioni e l'interesse dimostrato dai partecipanti, gestito dai numerosi moderatori sardi

*Relazioni
su prevenzione,
screening,
complicanze,
diagnosi delle
malformazioni
e problematiche
medico-legali*



Giovanni Monni (Cagliari) - presidente nazionale AOGOI



La sala del Convegno alla “Tenuta Pilastru” Resort - Arzachena



I partecipanti alla Tavola Rotonda

e da altri “prestati” al corso da ambienti non medici, come l’avvocato Anna Maria Busia di Cagliari ed altri rappresentanti della giurisprudenza isolana, come i magistrati Fiorella Buttiglione, Gian Giacomo Pisotti e Daniele Caria, hanno prodotto delle sessioni particolarmente vivaci ed interessanti.

Il 5 novembre si è parlato di prevenzione e screening. A. Testa (Roma), ha evidenziato l’utilità e illustrato l’utilizzo della ecografia in ginecologia, presentando una completa “overview” sulle tecniche di imaging in ginecologia per lo studio delle masse ovariche. Nelle sessioni dedicate allo screening, ampio spazio è stato destinato alla prevenzione, con C. Axiana (Cagliari).

La problematica dello screening, ecografico e biochimico in gravidanza, che consente di identificare, già a partire dal primo trimestre, con l’ecografia della translucenza nucale, i casi a rischio per alterazioni del cariotipo fetale, preeclampsia, ritardo di crescita uterina, malformazioni, è stata affrontata e discussa da G. Ettore (Catania), A. Di Meglio (Napoli), E. Ferrazzi (Milano), M.A. Zoppi (Cagliari), G. Monni (Cagliari), W. Moroder (Bolzano).

Per quanto riguarda le sessioni relative alla diagnosi delle malformazioni, P. Volpe (Bari) ha presentato le nuove linee guida della SIEOG sulle tecniche diagnostiche complementari alla ecografia come la risonanza magnetica.

L’impiego delle metodiche 3D e 4D è stato affrontato dagli altri relatori: M.A. Rustico (Milano), V. D’Addario (Bari), G. Cali (Palermo), F. Prefumo (Brescia), E. Viora (Torino), D. Paladini (Napoli), G. Rizzo (Roma), F. Taddei (Mantova), T. Todros (Torino).

Il corso si è concluso con la Tavola Rotonda sulla mancata diagnosi ecografica di malformazioni fetali e implicazioni medico legali, tema particolarmente rilevante, visto il numero sempre crescente di azioni legali intraprese in questo campo. Hanno partecipato il ginecologo P. Martinelli (Napoli), l’avvocato penalista M. Pinna (Cagliari), l’avvocato civilista C. Pilia (Cagliari) ed i magistrati Pisotti (Cagliari) e Caria (Cagliari). Si sono avuti importanti spunti di riflessione per una adeguata gestione del rischio da parte dei medici e delle strutture.

Giovanni Urru

Segretario Regionale AOGOI

Accoglienza diurna per pensionati

Strutture specializzate

dell'INPDAP per gli anziani

L'INPDAP eroga una nuova prestazione in favore dei propri pensionati e dei loro coniugi non autosufficienti, affetti da gravi patologie psicoevolutive senili o altre patologie neurodegenerative, che potranno beneficiare dell'accoglienza diurna, presso strutture specializzate convenzionate sul territorio regionale.

I costi delle prestazioni sanitarie sono a carico del SSN o del pensionato mentre i costi delle prestazioni socio/assistenziali alberghiere sono a totale carico dell'INPDAP.

La domanda, scaricata dal sito www.inpdap.gov.it nella sezione attività sociali o reperita presso le sedi provinciali Inpdap, dovrà essere inviata esclusivamente a mezzo raccomandata A/R presso la Direzione Regionale, via Delitala, 2 - 09127 Cagliari, corredata della seguente documentazione:

– Certificazione delle condizioni di non autosufficienza di cui alle patologie su indicate, rilasciata da Commissione o Unità di Valutazione, secondo le vigenti disposizioni locali;

– Indicatore ISEE, valido alla data di presentazione della domanda, non superiore a Euro 30.000,00;

– Dichiarazione, dei servizi di intervento sociale del territorio di riferimento, di assenza di specifiche forme di sostegno;

– Dichiarazione sostitutiva in cui si attesta di non usufruire di analogo servizio erogato da servizi di intervento sociale pubblici.

Le domande ricevute entro la fine di ciascun mese saranno graduate in base all'indicatore ISEE e al grado di non autosufficienza.

Per ogni ulteriore informazione è possibile contattare l'Ufficio Comunicazione della Direzione Regionale Sardegna ai seguenti recapiti telefonici: 070/167838215-233 e/o scrivere all'indirizzo cacompartwelfare@inpdap.gov.it

Strutture convenzionate in Sardegna

Centro diurno "Don Orione"
Via Custoza 21 - Selargius (CA)
Tel. 070/851066 **n. 8 posti**

Centro diurno "Ogliastra"
Via Europa loc. La Sughereta -
Tortoli - Tel. 0782/664042 - **n. 7 posti**

Fonfazione Randazzo Centro diurno
Vallermosa - S.P. Vallermosa -
Decimoputzu Km 0,500 - Tel. 0781/
797025 - **n. 11 posti**

Centro diurno "Rosaria Manconi"
Via Borsellino - Abbasanta (OR)
Tel. 0785/52222 - **n. 9 posti**

Centro diurno "Rosa del Marganai"
Via Dalla Chiesa 1 - Iglesias
Tel. 0781/2761 - **n. 9 posti**

Residenza "San Nicola"
Via Piandanna 4/6 - Sassari
Tel. 079/255801 **n. 17 posti**

Potranno essere assistiti i soggetti non autosufficienti affetti da gravi patologie psicoevolutive senili

Dal 2 al 9 luglio la 32^a edizione

Alle isole Canarie i Giochi mondiali della medicina

Da più di 30 anni, circa 2500 tra medici e appartenenti a professioni sanitarie del mondo intero si ritrovano per una settimana, in un contesto molto privilegiato ed un ambiente festoso per praticare i loro sport preferiti e assistere al Simposio Internazionale di Medicina dello Sport.

Obiettivo è fare dei Giochi un evento imperdibile della scena medico-sportiva mondiale.

Molti membri appartenenti alle professioni sanitarie si sono interessati (amici, squadre o sezioni sportive) e hanno partecipato a questo evento sportivo.

Dopo un'esima edizione molto ben riuscita a Porec (Croazia) nel 2010, quest'anno la 32^a edizione dei

i Giochi si svolgeranno alle Isole Canarie. Più precisamente a Las Palmas di Gran Canaria, (città dotata di una ricca storia, di un clima eccezionale, di paesaggi meravigliosi e di numerose infrastrutture sportive e alberghiere) avranno luogo i "Medigames 2011" dal 2 al 9 luglio prossimo.

Per iscriversi, così come per ottenere tutte le informazioni pratiche (programma sportivo, scheda d'iscrizione, regolamenti delle competizioni, ecc...) si può consultare il sito internet: www.medigames.com. Per tutte le informazioni complementari, deplianti o manifesti dell'evento, si può contattare Jeremie Roualet a : roualet@medigames.com.

I partecipanti potranno presenziare anche al Simposio Internazionale

PER INFORMAZIONI E MODULISTICA

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

www.omceoss.org

Conoscenze, passione, didattica

Un testo di Ettore Bartoli sulla medicina interna

Questo libro del Professor Ettore Bartoli è una sintesi di cultura della medicina interna che ben rappresenta la profondità delle conoscenze dell'autore e la passione per la professione medica e la didattica cui ha dedicato tutta la vita.

Presentarlo sul bollettino dell'Ordine dei Medici è un piccolo segno per ringraziarlo di quanto ha fatto per noi. Arrivato a Sassari dagli Stati Uniti, costituì con il professor Livio Chiandussi, allora direttore della patologia medica, e la professoressa Maria Langher-Costanzi un "trio" eccezionale che ha formato tantissimi medici. Allora forse non ci rendevamo della fortuna di averli come maestri.

Dopo aver ricoperto il ruolo di direttore della patologia medica e successivamente quello della clinica medica di Sassari è stato chiamato dall'università di Udine e poi da quella di Novara. Attualmente il professor Bartoli è felice pensionato, ma non ha interrotto il rapporto con la Medicina.

Sergio Rasso

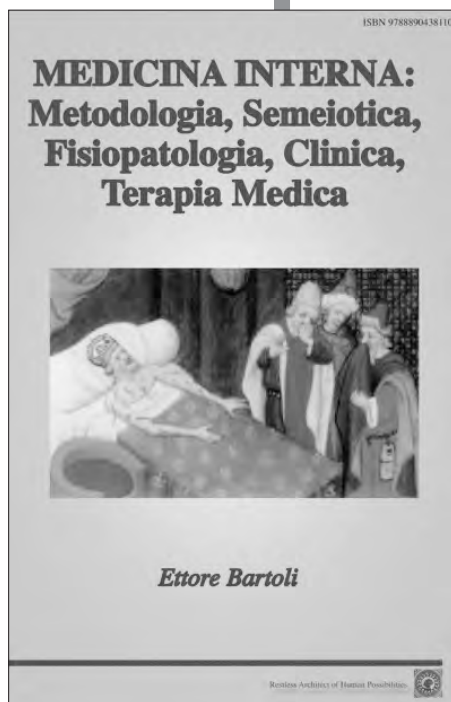
*Direttore U.O.C. Pronto Soccorso
e Medicina d'Urgenza
"SS Annunziata" ASL Sassari*

Questo volume costituisce essenzialmente un testo di studio: è contenuto nelle dimensioni, risultando meno della metà del testo più breve in auge, e sviluppa su ogni argomento

una impostazione squisitamente clinica, volta alla valutazione al letto del malato, basata sui sintomi, la cui genesi viene ricostruita in senso fisiopatologico.

Affronta le malattie tramite i meccanismi patogenetici, dai quali ricava il quadro clinico, e si focalizza schematicamente sulle scelte diagnostiche, e, ove possibile, su diagnosi differenziali estese a quadri clinici ampi, nei quali aiuta a discernere le diverse entità nosologiche con le armi del medico e di pochi esami di laboratorio e tecnologici, quelli oggi alla portata di molti o tutti. È dimensionato sul carico orario che grava sullo studente

nelle diverse discipline. Lo studente sarà agevolato da un testo completo, ma sintetico, scritto da una sola mano e, quindi, coerente nelle varie parti dell'opera.



Nuovo romanzo di Pier Luigi Cherchi

Prendi la chitarra e vai viaggio-avventura di tre ventenni

Estate 1973: alla fine del periodo beat, in un clima avvelenato dalla lotta sociale e dagli estremismi politici, tre ragazzi poco più che ventenni salgono su un treno che li porta verso la Germania armati solo di una chitarra e di tante speranze, scontrandosi con una realtà sconosciuta e difficile da affrontare in terra straniera. L'entusiasmo e lo spirito di

un ambiente completamente estraneo alla lotta politica e ancora impregnato del qualunquismo ideologico degli anni '60.

Così si sviluppa "Prendi la chitarra e vai", il nuovo romanzo di Pier Luigi Cherchi.

Nel loro percorso i tre ragazzi dovranno confrontarsi con aspetti della vita vissuta che mai avevano conosciuto prima, come la fame, l'emarginazione, l'ostilità, la mancanza di una fissa dimora, la prospettiva di un rientro coatto in patria; riusciranno a superare le mille difficoltà grazie alla loro musica ed all'aiuto di tanti meridionali che li eleggono a loro beniamini in tutte le città da loro attraversate, da Bochum a Lippstadt ad Amburgo, fino alla separazione definitiva ed allo sfaldamento del gruppo, determinato, come sempre accade, da tormentate storie d'amore che, dapprima fonte di coesione,



adattamento propri dell'età giovanile permettono loro di superare mille difficoltà in un mondo di solitudine, alienazione e sottocultura, ma anche di solidarietà e di aiuti reciproci, in

finiranno per creare una divisione profonda tra i tre amici, ognuno dei quali concluderà da solo la sua avventura tedesca prima del ritorno in patria.

*Musica,
amore
e libertà:
un treno
verso la
Germania
(e ritorno)
negli anni '70*

Il dramma dell'emigrazione meridionale, visto in tutti i suoi aspetti, diventa il vero filo conduttore di questa estate tedesca, attraverso le storie di tanti personaggi che si succedono nelle varie città, da zì Carmelo a Gaetano, da Antonio a Giuseppe, da Giglio ad Eusebio, da Gaspare a Vincenzo, da Benito ad Adelio ed ad altri, accomunati da un denominatore comune fatto di istinto di sopravvivenza, di egoismo, di abitudine, di noia, di vuoto.

E poi ci sono le donne, malinconiche e istintive come Machj, la bella locandiera ormai alla fine della sua storia matrimoniale; solari e decise come Herika, capace di distruggere la sua vita sentimentale per un colpo di fulmine improvviso; riflessive e ricche di personalità come Letizia, continuamente alla ricerca di sé stessa in mezzo a storie d'amore e di amicizia; tenere e nello stesso tempo spietate come Ella, la bionda slava che tira fuori gli artigli al momento dell'abbandono in un'apparente ma ben calcolata indifferenza. La storia vissuta descritta in questo libro finisce così per diventare uno spaccato della Germania migratoria di quei primi anni '70, apparentemente ancora disponibile verso l'invasione di

mano d'opera straniera, salvo poi rigettarla al momento del contatto diretto con la popolazione locale, poco disponibile ad ogni forma di apertura e di integrazione.

Alla fine il ritorno in Italia, dopo tante vicissitudini, viene affrontato comunque come qualcosa di positivo, come un ritorno alle proprie abitudini, alle vecchie amicizie, al vecchio sistema di vita; la Germania rimarrà solo uno splendido ricordo, una vacanza spensierata all'insegna di una "finta cultura beatnik", destinata, come afferma sentenziosamente Letizia, la giovane psicologa romana incontrata dai tre ad Amburgo, a perdersi nei meandri della vita di tutti i giorni, dove la giacca e la cravatta finiranno per sostituire i jeans e le camicie militari espressione di un mondo definitivamente lasciato alle spalle.

*"Prendi la chitarra e vai
Kommaea. Musica,
amore e libertà"*

*Viaggio/avventura di tre ragazzi
sassaresi, fra gli emigrati
della Germania Anni '70.*

Autore Pier Luigi Cherchi
Prefazione Eugenia Tognotti
(Editrice EDES)

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)

**ELENCO DEI MEDICI DISPONIBILI AD EFFETTUARE SOSTITUZIONI
DI ASSISTENZA PRIMARIA E DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA
ANNO 2011**

N.	Assistenza Primaria	Pediatria	Cognome e nome	Anno Inaugurazione	Indirizzo	Cap-Città	Telefono	Cellulare
1	Si	No	Azzena Giovanni Battista	2010	Via Genova 43	07100 Sassari	079/660592	340/0669636
2	Si	No	Barrocu Lucrezia	2010	Via A. Pigliaru 5	07100 Sassari		349/2529098
3	Si	No	Biondi Gabriele	2010	Via Monte Grappa 9	07100 Sassari		348/7915701
4	Si	Si	Bonu Clara	2005	Via Civitavecchia 39	07100 Sassari		3297157101
5	Si	No	Bricchetto Giovanna	1996	Via Ugo Foscolo 33	07041 Alghero	079/979098	340/7905249
6	Si	No	Canu Piera	2010	Via della Resistenza 17	07044 Ittiri	079/441840	340/2601226
7	Si	No	Cherchi Dina	2010	Via G. Saltaro 30	07026 Olbia		349/2702570
8	Si	No	Comida Giovanni Antonio	2010	Via Principessa Maria 64	07100 Sassari		349/5662723
9	Si	No	Cossu Costantino	2010	Via Tuveri 6	07100 Sassari		338/1550807
10	Si	No	Davoli Agnese	2010	Via Carlo Alberto 12	07100 Sassari	079/230280	3282328902
11	Si	No	Delogu Daniele	2010	Via dei Gremi 24	07100 Sassari		347/5504954
12	Si	No	Doneddu Pietro Emiliano	2010	Via Amendola 16	07100 Sassari		339/1183429 393/4312740
13	Si	No	Hendel Yifat	2010	Via Budapest 9	07100 Sassari		347/0514474
14	Si	No	Isoni Maria Antonia	2010	Via degli Astronauti 2d	07100 Sassari		349/5679788
15	Si	No	Leone Giovanna Costanza	2000	Via Torino 15	07100 Sassari	079/274500	349/5627905
16	Si	No	Lisbo Marcella	2009	Via Sassari 42	07033 Osilo		380/4349661
17	Si	No	Maiore Irene	2010	Via Cottomi 9	07100 Sassari		340/4925263
18	Si	No	Manunta Alessandra Francesca	2010	Via Vardabasso 17	07100 Sassari		347/6742323
19	Si	No	Marruzzo Adriano	2010	Via G.A. Demartini 9	07047 Thiesi		348/6997020
20	Si	Si	Murgia Carlo	1996	Via Coraduzza 49	07100 Sassari	079/272847	347/3127209
21	Si	No	Musinu Alessandra	2010	Via Leopardi 7	07047 Thiesi	079/886152	340/2948871
22	Si	No	Peralta Maria Rita	2010	Via Quarto 5	07100 Sassari	079/235266	349/6897305
23	No	Si	Perrita Chiara	2006	Via Principessa Maria 36/c	07100 Sassari		349/7364491
24	Si	No	Pinna Miriam	2009	Via Pola	07100 Sassari	079/299487	347/7200984 - 329/3240723
25	Si	No	Pulina Pietrina	1996	Via G.A. Porcheddu 5	07100 Sassari		334/9176503
26	Si	Si	Salis Angela Francesca	2005	Via Montegrappa 22	07100 Sassari		347/6003179
27	Si	Si	Salis Barbara	2008	Via XX Settembre 252	07041 Alghero	079/953349	349/3652036
28	Si	Si	Sassu Salvatore	1969	Via Limbara 22	07029 Tempio P.		333/9184989

Aggiornato al 12/05/2011