

SASSARI MEDICA



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

Anno XXI - Ottobre 2012 - n. 2

Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in abbonamento postale D.L. 353/2003 (convertito in L. 27/02/04 n. 46) Art. 1 comma 2 DCB Sassari



Le immagini di copertina e numerose altre di Tempio, inserite all'interno, sono di Piermario Posadino.

Direttore Responsabile:

Agostino Sussarellu

Direttore Editoriale: Agostino Sussarellu

Redattori: Giovanni Biddau, Paolo Castiglia, Monica Derosas, Carla Fundoni, Antonio Pinna.

Hanno collaborato a questo numero:

Carlo Azzena, Francesco Bustio Dettori, Mariella Di Stefano, Mario Filia, Gabriele Mulliri, Giovanni Sotgiu.

Redazione Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Sassari
Via Cavour n°71/B - 07100 Sassari
Tel. 079/234430 telefax. 079/232228

Registrazione n° 236 del 15-12-1989 tribunale di Sassari. Poste italiane s.p.s spedizione in abbonamento postale D.L. 353/2003 (conv.inl. 27/02/2004 n°45) art. 1 comma 2 DCB Sassari
Proprietà: Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari.
Realizzazione editoriale: tipografia TAS
Zona Industriale Predda Niedda sud strada n°10
Tel. 079.262221 - Fax 079.5623669 - 07100 Sassari.

Tutti i colleghi sono invitati a collaborare cortesemente con la redazione del periodico inviando i propri articoli, proposte, idee, consigli al seguente indirizzo: Redazione Sassari Medica c/o Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Sassari Via Cavour 71/B - 07100 Sassari telefono 079/234430 oppure via mail ordine@omceoss.org

Bollettino ufficiale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari
Anno XXI Numero 02 - Ottobre 2012

SASSARI MEDICA

Consiglio Direttivo 2012/2014

Presidente: Agostino Sussarellu

Vicepresidente: Rita Nonnis

Segretario: Giovanni Biddau

Tesoriere: Nicola Addis

Consiglieri:

- Alessandro Arru
- Piero Luigi Bellu
- Paolo Giuseppino Castiglia
- Maria Grazia Cherchi
- Pierluigi Delogu (odontoiatra)
- Alberto Ettore Delpini
- Monica Derosas
- Gabriele Farina
- Carla Fundoni
- Antonio Pinna (odontoiatra)
- Nicolino Sanna
- Francesco Pio Scanu
- Patrizia Anna Virgona

Commissione Iscritti all'Albo Odontoiatri 2012/2014

Presidente: Pierluigi Delogu

Componenti:

- Carlo Azzena
- Antonella Bortone
- Luisa Destefanis
- Antonio Pinna

Collegio Revisori dei Conti

Presidente: Giancarlo Bazzoni

Revisori:

- Natalia Marta C. Grondona
- Leila Maria Marchisio

Revisore Supplente: Pasqualina Bardino



Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari

Via Cavour n° 71/b - 07100 Sassari

Telefono 079-234430

Fax 079-232228

Sito Internet

<http://www.omceoss.org>

@Email@

Segreteria: ordine@omceoss.org; ordine.ss@pec.omceoss.it

Presidente: presidente@omceoss.org; presidente.ss@pec.omceoss.it

Presidente C.A.O: presidentecao.ss@pec.omceoss.it

Orari di apertura al pubblico

Lunedì: 11:00 – 13:00

Martedì: 11:00 – 13:00 e 15:00 – 17:00

Mercoledì: 11:00 – 13:00

Giovedì: 11:00 – 15:30

Venerdì: 11:00 – 13:00

Il Presidente dell'Ordine riceve il martedì pomeriggio previo appuntamento da concordare telefonicamente al n° 079-234430

Il Presidente della Commissione Albo Odontoiatri riceve previo appuntamento da concordare telefonicamente al n° 079-234430

IN QUESTO NUMERO

Immagini, antiche e più recenti, di
Tempio illustrano le pagine interne

EDITORIALI DEI PRESIDENTI	
- Il Codice Deontologico: questo sconosciuto	Pagina 5
- Pronto soccorso odontoiatrico: dental clinic, visite gratis e fandonie	7
OMCEOSS/L'ORDINE INFORMA	
- I Nuovi iscritti nel 2012 all'albo medici e odontoiatri	9
- Informazione sanitaria tra storia e attualità	10
APPROFONDIMENTI	
- Influenza e vaccini, una storia ciclica ma infinita	16
- ECIM 2012: il presente della medicina integrata	19
FNOMCEO/LA FEDERAZIONE INFORMA	
- Attivazione del master abilitante per funzioni di medico competente	21
- Bandi di gara al ribasso per incarichi di medico competente	22
- Competenze nell'attività del medico legale: Il parere della consulta deontologica nazionale	23
- Protesta per la pubblicità in tv di Obiettivo Risarcimento	25
- Disposizioni più severe sulle protesi mammarie	27
- Altre informazioni/Esenzione IRAP, certificazioni SAC, copertura assicurativa e medici di bordo	
CAO NAZIONALE	
- Adempimenti per l'autocertificazione dei rischi, abusivismo, onorari e Tianji Dental Falcon	28
PAGINE ODONTOIATRICHE	
- Dental Sardinia 2012, implantologia, sonno e... assistenza	31
- La figura dell'assistente nello studio odontoiatrico	33
CORSI E CONGRESSI	
- La chirurgia implantare al congresso nazionale COCI	37
- Trattamento dei disturbi di personalità	38
- Metodo Simonton; visione olistica del cancro; ipnosi in ginecologia; ludopatia; morte e compassione	40
LETTURE	
- "Volaos che sunu sos puzones"... Umanesimo nel lavoro del medico	42
- "Niente di più, niente di meno". Quel virus che parte dalla Sardegna	44
- "Il morbo lento": la tubercolosi nell'Ottocento italiano	46
- "Così fanno anche i paguri". Parabola dei nuovi miserabili	48
SPORT	
- Quo vadis? A Roma gli stati generali della medicina sportiva	49
MUSICA	
- Non al denaro non all'amore né al cielo. Vizi degli uomini cantati da De André	51
DOCUMENTAZIONE	
- Servizi sanitari: qualità, appropriatezza, efficacia, soddisfazione, disomogeneità	53
- Lauree sanitarie/Stabile medicina, lieve calo per le professioni sanitarie	56
- Libro bianco sulla salute dei bambini. Fra i sovrappeso cresce la Sardegna	58
PAGINE LIBERE	
- Florilegio	60
- Bacheca	61
- Elenco medici disponibili alle sostituzioni	62

Norme redazionali

I colleghi sono invitati a collaborare cortesemente con la redazione del periodico inviando i propri articoli al seguente indirizzo: redazione "Sassari Medica" c/o Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Sassari Via Cavour 71 07100 Sassari tel. 079/234430, oppure via mail a: ordine@omceoss.org. Onde favorire una veloce e corretta distribuzione degli elaborati suggeriamo le seguenti indicazioni.

I lavori di carattere medico-scientifico devono essere inediti o originali e di taglio divulgativo; scritti al computer con Microsoft Word e inviati in forma digitale; non devono superare le 5 pagine comprese tabelle, fotografie e grafici; dovranno essere corredati di fotografia a colori dell'autore e breve profilo professionale o personale di massimo 400 battute, nonché recapiti telefonici, postali ed eventuale e-mail.

Il testo recherà un titolo e un sottotitolo (brevi), finalizzati a stimolare l'attenzione del lettore; dovrà essere suddiviso in paragrafi e riportare un breve sunto di massimo 10 righe, illustrante il contenuto. Eventuali acronimi dovranno essere esplicitati per esteso. La bibliografia è consentita solo tramite indirizzo e-mail di riferimento. Per le relazioni scientifiche realizzate presso istituti, laboratori, centri, strutture pubbliche o private sarà indispensabile comunicare le generalità dei rispettivi direttori responsabili.

Foto, grafici, tabelle, comprensive di relative didascalie, non devono superare le 10 unità; saranno prodotte in maniera separata dal testo, con numerazione progressiva e precise indicazioni sugli inserimenti; ove possibile, dovranno essere ad alta definizione; le illustrazioni saranno pubblicate in bianco e nero.

Pubblicazione e proprietà

Gli articoli inviati saranno pubblicati solo se in armonia con l'impostazione deontologica e l'indirizzo culturale che l'Ordine persegue. Il Comitato di redazione pertanto accoglie e pubblica i lavori a proprio inoppugnabile giudizio, si riserva di consigliare agli Autori eventuali modifiche, di operare tagli sui testi per esigenze di spazi e di impaginazione, di correggere direttamente le bozze di stampa e di collocare gli articoli, in base alle loro intrinseche caratteristiche, nelle rubriche che riterrà più opportune. I testi originali e il corredo iconografico non saranno restituiti anche nel caso in cui non vengano mandati in stampa. La proprietà di quanto pubblicato è riservata, pertanto non ne è consentita la riproduzione, seppure parziale, se non autorizzata dalla direzione del bollettino.

Estratti e copie

Non è previsto l'invio di estratti dei lavori pubblicati. Nel caso l'Autore, contestualmente alla presentazione del lavoro, ne faccia specifica richiesta, potranno essergli inviate alcune copie del periodico, a discrezione della redazione.

Pagine libere

È prevista una sezione particolare, denominata pagine libere, che raccoglie: lettere al direttore, notizie su congressi e avvenimenti di collegiale interesse, attività culturali varie, presentazione lavori letterari, attività di carattere musicale, artistico, sportivo, annunci vari riguardanti la professione medica. Per tutte le suaccennate comunicazioni valgono le stesse regole redazionali esposte precedentemente.

LA PROFESSIONE DEL MEDICO E LE SUE REGOLE

Il Codice Deontologico questo sconosciuto



di Agostino Sussarellu
Presidente OMCeO di Sassari

Recentemente, in un colloquio riservato, un collega mi diceva che a suo avviso il Codice di Deontologia risulta essere un documento antico, non più attuale. Si è espresso con la seguente definizione: “È vecchio, è un documento superato”.

Queste parole mi ritornano di continuo alla mente. È mai possibile che un professionista che si è formato all’arte medica, che dovrebbe dedicare la propria opera al bene della persona sofferente, a migliorare la salute della società, possa pensare di agire senza regole?

Si può essere tanto presuntuosi da credere di poter interpretare con principi propri la professione del medico?

Mi auguro che il collega rifletta su questa sua affermazione, e come lui tutti quei colleghi che quotidianamente interpretano in maniera personale i doveri deontologici.

I medici hanno ritenuto da sempre che tenere una condotta irreprensibile nell’esercizio della professione, come nella quotidianità della vita, sia un cardine per l’esercizio dell’arte medica.

Questo è il significato del giuramento di Ippocrate, che può essere definito, a ragione, il primo Codice di Deontologia

della nostra professione. I colleghi che nei primi anni del novecento decisero di riunirsi spontaneamente in un’associazione chiamata “Ordine de’ Medici della provincia di Sassari”, otto anni prima che una legge del Regno d’Italia decretasse l’istituzione degli Ordini professionali, subito dopo l’atto costitutivo stilarono quello che ancora adesso è il primo “Codice di Etica e Deontologia” italiano.

Dopo la ricostituzione degli Ordini professionali, nell’ormai lontano 1953, fu scritto, condiviso e divulgato il primo Codice Deontologico con valenza nazionale.

Da allora si sono susseguite varie edizioni legate alla necessità di mantenere aggiornate le regole della professione, perché queste devono essere al passo con i tempi, se non addirittura, come capita spesso, in anticipo su quelle che sono le regole scritte dalla classe politica.

Caratteristica fondamentale di un Codice di Deontologia è che esso è scritto dalla “Professione” su precisa delega dello Stato.

In esso sono contenuti i principi e le regole che tutti gli iscritti sono tenuti a conoscere e a rispettare.

Non molti sono a conoscenza di come si arriva a una riedizione del Codice di Deontologia. In questo momento si sta provvedendo ad una revisione dell’edizione del 2006. Un gruppo di medici, componenti la “Commissione Deontologia” della FNOMCEO, sta provvedendo a stilare una base di lavoro che prevede le principali modifiche da apportare.

Questo lavoro sarà sottoposto all’approvazione da parte del Comitato Cen-

trale, l'organo di governo nazionale della professione, dopodiché sarà sottoposto all'attenzione dei Consigli Direttivi delle 107 province.

Tutti i consiglieri possono in questa fase proporre i propri emendamenti che, trasferiti alla sede centrale, saranno valutati, discussi, condivisi e quindi approvati dall'assemblea del Consiglio Nazionale.

A questo punto la versione finale sarà spedita, come ogni volta, a tutti gli iscritti perché sia appresa e nessuno possa esimersi dalla sua conoscenza.

A qualcuno può riuscire difficile capire l'importanza di questo grande lavoro, e potrebbe addirittura credere che si tratti di un lavoro inutile.

È però opportuno riflettere sul fatto che in mancanza di norme scritte all'interno della professione, e da questa controllate attraverso la potestà disciplinare, i professionisti sarebbero sotto il controllo della magistratura ordinaria, la quale, com'è facile dedurre, non è a conoscenza di quelli che sono i problemi e le dinamiche di una professione delicata come la nostra.

La società evolve continuamente in un incessante progredire che coinvolge tutto ciò che ad essa è correlato, quindi anche la Medicina. Questo è il motivo per cui nessun Codice Deontologico può dirsi de-

finitivo; esso è per sua stessa natura destinato a cambiare di continuo, non deve e non può rimanere arretrato, per cui anche il prossimo sarà destinato ad una revisione e ad un aggiornamento futuro, e così via...

Art. 1 - Definizione -

Il Codice di Deontologia Medica contiene principi e regole che il medico-chirurgo e l'odontoiatra, iscritti agli albi professionali dell'Ordine dei Medici

Chirurghi e degli Odontoiatri, di seguito indicati con il termine di medico, devono osservare nell'esercizio della professione.

Il comportamento del medico anche al di fuori dell'esercizio della professione, deve essere consono al decoro e alla dignità della stessa, in armonia con i principi di solidarietà, umanità e impegno civile che la ispirano.

Il medico è tenuto a prestare la massima collaborazione e disponibilità nei rapporti con il proprio Ordine professionale.

Il medico è tenuto alla conoscenza delle norme del presente Codice e degli orientamenti espressi nelle allegate linee guida, la ignoranza dei quali, non lo esime dalla responsabilità disciplinare.

Il medico deve prestare giuramento professionale.



Tempio, locomotore e carrozza

QUANDO MANCANO LE REGOLE

Pronto soccorso odontoiatrico dental clinic, visite gratis e fandonie



di Pierluigi Delogu
Presidente CAO di Sassari

Si può vivere senza regole e regolamenti? Forse sì, ci dicono i filosofi, ma richiede una integrità e una correttezza non comune verso se stessi e verso gli altri: ovvero qualcosa che rasenta le facoltà astrattive dei probi e dei santi. Oggi più che mai i fatti di cronaca della nostra provincia impongono forzatamente alla nostra attenzione una situazione equivoca, in cui il rispetto delle regole è stato bypassato o perlomeno trascurato in nome di una soggettiva percezione della realtà, che può avere dei risvolti anche drammatici per gli inconsapevoli pazienti.

Per questi motivi e molti altri, Ippocrate più di duemila anni fa, aveva sentito il bisogno di stabilire delle norme per l'attività del Medico. Più di cento anni fa è stato codificato, dai medici stessi, un corpus di regole che servisse da traccia ineludibile per lo svolgimento di una professione di interesse così rilevante per la collettività. Tutti coloro che si onorano di praticare la professione di Medico e Odontoiatra devono essere fieri di partecipare a questa condivisione di principi, che sono ben identificati nel codice deontologico.

Il consiglio direttivo dell'Ordine non può non riferirsi costantemente a tale im-

prescindibile guida, nostra grande risorsa, e in virtù dei propri compiti istituzionali, deve garantirne il rispetto, attuando *in primis* un'opera di prevenzione delle infrazioni, onde evitare al massimo l'istruzione di procedimenti disciplinari.

Con queste premesse, abbiamo stilato un regolamento per fare chiarezza sull'informazione sanitaria, che è stato approvato dal consiglio dell'Ordine di Sassari, e che ha la funzione di servire da manuale per tutti gli iscritti, onde poter veicolare una informazione corretta nonché rispettosa del rapporto con colleghi e pazienti. Tale procedura non ha una intenzione vessatoria, ma rappresenta una traccia con la funzione di tradurre i principi del codice deontologico in pratica, ed evitare che si scivoli in derive incontrollabili e informazioni distorte e poco coerenti nell'interesse dei pazienti.

A tale proposito voglio fare alcuni esempi di informazione capziosa e fuorviante.

Pronto soccorso odontoiatrico

Questa proposta è una mistificazione orchestrata attorno a un servizio che non presenta necessità di assistenza continua durante le ore notturne. Il mal di denti è da ascrivere a codice bianco e perciò procrastinabile, per il trattamento, nelle ore di lavoro usuali. Inoltre chi propaganda tale prestazione d'opera, di fatto, offre una semplice reperibilità telefonica, e perciò è assolutamente improprio parlare di pronto soccorso quando si tratta di uno smistamento di chiamate con intervento differito.

Clinica dentale

La definizione di clinica inquadra una struttura sanitaria con determinati requisiti ben contemplabili, come ad esempio la presenza di reparti di ricovero e degenza, pertanto non è corretta informazione utilizzare la definizione di clinica per studi professionali mono, associati, o riconducibili a società di capitali, solo con l'obiettivo di rendere più pomposa e attrattiva l'attività.

Mese di visite gratuite dal dott...

La promozione di "visite gratuite" o "senza impegno" è sicuramente un mezzo per far accedere dei potenziali "clienti" e aumentare le proprie potenzialità produttive. Potrebbe essere accettabile per un'attività commerciale ma non è ammissibile per una professione medico/odontoiatrica per cui la visita rappresenta il momento più delicato diretto verso una diagnosi e terapia appropriate. Tale ini-

ziativa, svolta dal singolo in modo autonomo, fa perdere il giusto valore all'atto medico ed è inquadrabile nell'illecito accaparramento di clientela e concorrenza sleale verso i colleghi.

Altra cosa sono le iniziative di matrice solidaristica che, con il patrocinio e l'organizzazione di Associazioni di categoria, Società scientifiche e Istituzioni, effettuano campagne di sensibilizzazione e screening della popolazione, al fine di sensibilizzare l'opinione pubblica sui problemi della prevenzione e sul mantenimento della salute orale.

Sono sicuro che questi principi debbano rappresentare il bagaglio imprescindibile per tutti gli iscritti, e perciò vi esorto a fare quadrato, con coerenza e senza tentennamenti per non cedere a moti di rivalsa all'indirizzo di tutti coloro che proditoriamente irridono le regole costituite.

Né Santi né Eroi, semplicemente Odontoiatri!!!



Tempio, chiesa di San Pietro

IL BENVENUTO DEL DIRETTIVO DELL'ORDINE

I nuovi iscritti nel 2012 all'Albo Medici e Odontoiatri

Il Consiglio Direttivo dell'Ordine dà il benvenuto a tutti i neocolleghi iscritti dal Giugno 2012, augurando un ricco cammino professionale permeato da continui approfondimenti clinici, biologici e deontologici, che permettano loro di divenire medici irreprensibili sia nei rispettivi luoghi di cura, sia nella vita quotidiana, nel continuo rispetto dei propri colleghi e collaboratori, e nella salvaguardia dell'integrità psicofisica del malato.

Arcolaci Alessandra	(Genova 02-02-1985)	Medico Chirurgo
Bianco Davide	(Tempio Pausania 17-01-1982)	Medico Chirurgo
Cabigiosu Federico	(Sassari 15-06-1986)	Medico Chirurgo
Cambara Zuniga Carlos Manuel	(Jutiapa, Guatemala 27-01-1985)	Medico Chirurgo
Chicconi Elena	(Sassari 06-11-1986)	Medico Chirurgo
Contu Emanuele	(Foligno 26-09-1985)	Medico Chirurgo
Cosseddu Anna	(Sassari 25-06-1984)	Medico Chirurgo
Cosseddu Rossella	(Sassari 19-10-1986)	Medico Chirurgo
Deiana Francesco	(Sassari 06-08-1968)	Medico Chirurgo
Demurtas Pier Mario	(Ozieri 13-06-1986)	Medico Chirurgo
Demuru Giovanni	(Ozieri 18-03-1983)	Medico Chirurgo
Dettori Mario	(Tempio Pausania 22-08-1983)	Medico Chirurgo
Ibba Antonio	(Sassari 05-07-1984)	Medico Chirurgo
Lai Gianfranco	(Alghero 03-01-1986)	Odontoiatra
Lai Stefano	(Sassari 03-05-1987)	Odontoiatra
Loriga Sara	(Sassari 19-05-1984)	Medico Chirurgo
Lucariello Francesco	(Sassari 26-09-1985)	Odontoiatra
Lunesu Pietro Paolo	(Sassari 24-08-1984)	Odontoiatra
Marras Viviana	(Alghero 28-07-1981)	Medico Chirurgo
Pala Nadia	(Treviso 23-02-1974)	Medico Chirurgo
Pirina Tania	(Ozieri 16-02-1983)	Medico Chirurgo
Pisanu Anna Maria	(Nuoro 17-09-1985)	Medico Chirurgo
Putzu Chiara Ester	(Olbia 03-03-1986)	Medico Chirurgo
Ruggiu Giovanni Marco	(Sassari 27-06-1983)	Medico Chirurgo
Ruzzettu Giovanna Ilaria	(Sassari 06-04-1980)	Medico Chirurgo
Sanna Barbara	(San Savino Monreale 27-05-1983)	Medico Chirurgo
Sini Laura	(Sassari 03-12-1986)	Medico Chirurgo
Sodini Consuelo	(Sassari 19-08-1981)	Medico Chirurgo
Soggia Cristina	(Sassari 30-04-1984)	Odontoiatra
Zoroddu Caterina	(Ozieri 06-07-1985)	Medico Chirurgo

IL RUOLO DI VERIFICA E VIGILANZA DELL'ORDINE

Informazione Sanitaria tra storia e attualità



A cura di Antonio Pinna

A seguito della pubblicazione della Legge Bersani, che ha espressamente abrogato il divieto, anche parziale, di svolgere pubblicità informativa circa titoli non prettamente specialistici, caratteristiche del servizio offerto, prezzo etc., i vincoli relativi alla possibilità di diffondere messaggi pubblicitari sono venuti meno.

L'intento del legislatore è stato sicuramente quello di favorire la diffusione della conoscenza delle qualifiche complete dei sanitari e delle prestazioni erogate, dei presidi diagnostici utilizzati, dei procedimenti terapeutici seguiti, delle tariffe praticate, in modo da consentire al paziente una scelta autonoma e ponderata del medico in base alle proprie esigenze. Tuttavia la pubblicazione di tale legge, sovrapponendosi a un quadro normativo preesistente, ha inevitabilmente posto problemi di ordine interpretativo, sia di carattere sostanziale che di carattere procedurale, come quello relativo alla vigenza e attualità della legge 175 / 1992, legge speciale in tema di pubblicità sanitaria, che sino alla pubblicazione del decreto Bersani, convertito nella legge n. 248 del 2006, ha disciplinato dettagliatamente la materia, non lasciando margini di discre-

zionalità agli Ordini professionali, chiamati espressamente all'istruzione delle pratiche volte al rilascio del nulla osta sulla pubblicità sanitaria, che il medico o l'odontoiatra intendeva effettuare.

Il potere dell'Ordine si esplicava così nella verifica preventiva e obbligatoria della rispondenza del messaggio al contenuto delle disposizioni legislative e in particolare alla legge 175 / 92 e il successivo DM 657 / 94 che disciplinavano dettagliatamente le procedure di esposizione, i contenuti, le caratteristiche estetiche, le dimensioni e le fatture di targhe, insegne e inserzioni pubblicitarie. Si tiene a precisare che il nulla osta dell'Ordine rappresentava un atto intraprocedimentale, indispensabile per il rilascio dell'autorizzazione amministrativa da parte del Comune o della Regione; atto indispensabile per la diffusione del messaggio pubblicitario. Tuttavia, secondo una prima interpretazione fornita dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei medici, la legge 175 / 92 doveva ritenersi comunque vigente anche dopo la pubblicazione della legge 248 / 2006 in quanto il legislatore, con l'emanazione della legge medesima aveva voluto estendere il campo dell'informazione sanitaria mediante l'abrogazione di quelle sole parti normative che sancivano il divieto di divulgazione degli onorari e caratteristiche del servizio offerto.

Al di là delle diverse interpretazioni - quella secondo la quale l'intero procedimento autorizzatorio della legge 175 / 92 debba ritenersi abrogato o quella secondo la quale la legge 175 / 92 debba conside-

rarsi abrogata solamente in quelle parti in cui la legge 248 / 2006 fa specifico riferimento - un elemento sicuramente imprescindibile è che la legge Bersani non abbia deregolamentato la materia, ma al contrario abbia riconosciuto un ruolo fondamentale di verifica e vigilanza dell'Ordine sulla trasparenza e veridicità del messaggio pubblicitario. L'Ordine, in ossequio all'assunto legislativo è tenuto ad attivare strutture e procedure di consulenza per i propri iscritti, al fine della valutazione preventiva e precauzionale del messaggio, onde contenere al massimo il contenzioso disciplinare.

Pertanto ciò che sicuramente è mutato è il sistema del controllo dell'Ordine, non più nulla osta preventivo e obbligatorio volto all'accertamento dei requisiti professionali e indispensabile per il rilascio dell'autorizzazione amministrativa rientrante nella sfera di competenza dei Comuni o delle Regioni, ma un'autodichiarazione obbligatoria da presentare preventivamente all'Ordine, con la quale il sanitario, dopo aver autocertificato stati e qualità personali, oltre al possesso di titoli di studio e titoli professionali, comunica all'Ordine di aver intenzione di effettuare pubblicità dell'informazione sanitaria indicando i mezzi e i contenuti che intende utilizzare per la stessa. Quando l'informazione sia da veicolare tramite biglietto da visita, volantino, brochure, inserti e articoli giornalistici, internet, sarà indispensabile allegare facsimile o bozza o copia di filmato. L'Ordine esprimerà un parere vincolante per il medico richiedente, sulla base delle norme del Codice Deontologico, delle linee di indirizzo in tema di pubblicità dell'informazione sanitaria approvate dalla commissione per gli iscritti albo odontoiatri dell'Ordine di Sassari e dal Consiglio Direttivo nel Luglio 2012. Uno dei capisaldi di tale regolamento, elaborato dalla Commissione Ordinistica per l'informazione sanitaria è costituito dalla normalizza-

zione del linguaggio e standardizzazione dei termini lessicali, discendenti da un'indagine semantica approfondita, in modo da non lasciare adito a interpretazioni distorte e fraintendimenti. Pertanto i vocaboli e le locuzioni recano un significato "per convenzione", oppure uno ufficiale ben codificato.

La parola medico, ad esempio, è riferita a laureato in medicina e chirurgia, o in odontoiatria e protesi dentaria, singolarmente considerato, che svolge attività professionale in forma individuale, associata, in qualità di direttore sanitario, collaboratore, consulente o dipendente.

Il termine pubblicità si riferisce a qualsiasi forma di messaggio atto a promuovere le prestazioni professionali in forma singola associata o societaria espletate in luoghi pubblici e privati. Quanto appresso specificato è da ritenersi la nomenclatura ufficiale dei luoghi di cura, assistenza e accoglienza pubblici e privati.

- 1) Ambulatorio: locale attrezzato per visite mediche e cure specialistiche che non richiedono una degenza di tipo ospedaliero, gestito dal S.S.N. o in forma societaria (vedi struttura sanitaria)
- 2) Casa di cura o clinica privata accreditata: struttura predisposta per la degenza dei pazienti che eroga prestazioni in regime di ricovero ambulatoriali e in day hospital per conto e a carico del S.S.N.; l'organizzazione è simile a quella degli ospedali con diversi reparti specialistici.
- 3) Casa di cura o clinica privata non convenzionata: struttura predisposta per la degenza dei pazienti che eroga prestazioni in regime di ricovero ambulatoriali e in day hospital con accesso a pagamento e con previsione di un rimborso da parte delle istituzioni preposte; l'organizzazione è simile a quella degli ospedali con diversi reparti specialistici.

- 4) Centro sanitario o centro medico: complesso di strutture organizzate e gestite da istituzioni pubbliche in cui si svolgono attività sanitarie e di ricerca
- 5) Clinica Universitaria: luogo di cura di competenza universitaria destinato e attrezzato per ricovero, diagnosi, cura e riabilitazione degli ammalati.
- 6) Clinica privata: vedi casa di cura privata
- 7) Consultorio: centro pubblico gestito da enti istituzionali o da associazioni no-profit con compiti di informazione, prevenzione e assistenza in merito a problemi sociosanitari.
- 8) Gabinetto medico: locale(stanza) in cui il professionista sanitario espleta il proprio lavoro
- 9) Nosocomio: vedi "presidio ospedaliero"
- 10) Ospedale: vedi "presidio ospedaliero"
- 11) Poliambulatorio o ambulatorio poli-specialistico: ambulatorio dotato di attrezzature per visite diagnostiche e terapie relative a più specialità mediche. Può costituire postazione sanitaria facente parte del S.S.N., essere gestito in forma individuale o in forma societaria; se in forma individuale, risponde alle regole prescritte per diversi studi medici in unico ambito, se in forma societaria necessita per il funzionamento della figura di un direttore sanitario.
- 12) Presidio per minori: comunità educativa: casa famiglia; comunità mamma bambino; gruppo appartamento; comunità terapeutica minori (C.T.M.); centro educativo per minori (C.E.M.); centro aggregativo per minori (C.A.M.)
- 13) Presidio socio assistenziale (P.S.A.): struttura di accoglienza residenziale o semiresidenziale, destinata a persone che necessitano di tutela e di interventi appropriati di varia natura (educativi, assistenziali, sanitari) destinato ad adulti, minori, anziani, e disabili.
- 14) Presidio ospedaliero o Ospedale o Nosocomio: è un edificio o insieme di edifici facenti parte del S.S.N. destinati e attrezzati per ricovero, diagnosi, cura e riabilitazione degli ammalati; consta di diversi reparti.
- 15) Presidio sanitario: postazione sanitaria avanzata sul territorio facente parte del S.S.N., ovvero unità di un ente di maggiori dimensioni; può essere ospedaliero o socio-assistenziale
- 16) Residenza Assistenziale (R.A.) : residenza assistenziale destinata ad anziani in condizioni psico-fisiche di autosufficienza o parziale autosufficienza, in condizioni cioè di compiere, con l'aiuto di terzi, le proprie funzioni primarie.
- 17) Residenza Assistenziale Flessibile (R.A.F.): residenza socio-assistenziale flessibile, che può realizzare un sufficiente livello di assistenza sanitaria.
- 18) Struttura sanitaria: si intende un luogo di cura dove si esercitano attività di carattere medico, gestito in forma societaria, avente titolarità autonoma e distinta rispetto a quella dei professionisti che vi esercitano, riconducibile alla categoria di ambulatorio, in cui si determina un regime di impresa e una specifica separazione tra le attività professionali espletate e la gestione amministrativa. Può essere diretta in forma individuale, associata o in forma societaria o cooperativa e deve avvalersi esclusivamente di professionisti sanitari regolarmente abilitati e iscritti all'ordine o albo professionale di competenza. Tale struttura necessita di apposita autorizzazione regionale per poter adempiere le funzioni connesse alla propria natura.
- 19) Struttura residenziale assistenziale (R.S.A.): struttura residenziale (un tempo definita casa di riposo) che accoglie persone anziane parzialmente o totalmente non autosufficienti, che richiede un livello medio di assistenza sanitaria (medica, riabilitativa, infermieristica) integrata da un livello alto

di assistenza tutelare e alberghiera.

20) Studio associato: si intende il luogo ove diversi professionisti sanitari, regolarmente abilitati e iscritti all'ordine e all'albo di competenza, esercitano, in forma associata, l'attività medica, caratterizzata da responsabilità individuali e dalla disponibilità di beni, strumenti e accessori propri.

21) Studio medico, odontoiatrico o di altre specialità sanitarie: si intende il luogo ove un determinato professionista sanitario, regolarmente abilitato e iscritto all'ordine e all'albo di competenza, esercita in forma singola l'attività medica, caratterizzata da responsabilità individuali e dalla disponibilità di beni, strumenti, accessori propri.

Come si può evincere dalla disamina di tale compendio sarebbe più che opportuno che le parole clinica e centro, utilizzate a sproposito e fin troppo consumate, ritornino di diritto ai propri legittimi usufruttuari. Altro punto cardine del testo sull'informazione sanitaria è l'assoluto riordino della simbologia, talvolta adottata in maniera difforme dalle regole. L'emblema caratterizzante la professione medica è solo ed esclusivamente la verga di Esculapio, senza capitelli alati e doppio serpentello, rappresentanti il caduceo di Mercurio, dio della concordia sì, ma anche del commercio e della frode. È così il glorioso stemma della Croce Rossa, nato dalla solidarietà e misericordia umane, di cui si fa improprio e lar-

go consumo, è da riservarsi, secondo la convenzione di Ginevra, solo a persone e presidi sanitari, siano essi immobili o da campo, in periodi di pace, in occasioni di calamità naturali, in periodi di guerra, accomunati sotto una unica organizzazione umanitaria internazionale. Proseguendo, è stato conferito alla targa il giusto valore documentale, in quanto attestato pubblico di facoltà all'esercizio professionale; esclusivamente nominativa, non dovrà includere espressioni di fantasia o denominazioni improprie che esulino dai significati della terminologia ufficiale; dovrà essere corredata non solo di titoli accademici, di carriera, numeri di telefono, e-mail, ma soprattutto degli estremi dell'Ordine di appartenenza e numero di iscrizione all'Albo, unici riferimenti che attestino la liceità a espletare la pubblica attività medica: una doverosa comunicazione all'utenza e una traccia identificativa per le autorità competenti, nella lotta estenuante contro il prestanimismo. Per il significato intrinseco e la delicatezza degli scopi cui sono vocati, è stata assegnata a timbri e ricettari la funzione di documento nominativo di identità professionale, legato indissolubilmente al medico indipendentemente dal luogo di cura ove questi operi; al pari delle targhe, dovranno contenere gli stessi dati inde-

rogabili che consentano l'individuazione precisa dell'intestatario e firmatario per pazienti, colleghi, farmacisti, ed enti istituzionali di controllo. Una attenzione particolare è stata rivolta



Tempio, veduta della stazione con la pensilina



Tempio, adunata di ragazzi nel ventennio fascista

a tutte quelle forme di propaganda personale, ben criptate da spolveratine di carattere scientifico, che saccenti opinionisti non disdegnano di divulgare attraverso pagine compiacenti di quotidiani e riviste; e altrettanto dicasi per quella pubblicità redazionale sotto forma di notizia o servizio d'informazione giornalistica che compare a pagamento su quotidiani o periodici, che già costituisce un illecito perché non accompagnata da un avviso che evidenzia trattarsi di pubblicità prezzolata. Le inserzioni su giornali e riviste dovranno contenere tutti i riferimenti d'obbligo dei titolari di studio o direttori sanitari, senza omettere l'Ordine di appartenenza e numero di iscrizione all'Albo. Devono avere caratteristiche grafiche e cromatiche consone al decoro della professione e prive dei connotati tipici della pubblicità commerciale. Tutti gli articoli destinati a pubblicazione in riviste non prettamente scientifiche, che abbiano per argomento la descrizione dell'attività professionale medica, degli ambienti, delle metodiche diagnostiche e terapeutiche adottate, devono essere sottoposti a verifica da parte dell'Ordine onde evitare un taglio di tipo propagandistico e autocelebrativo che andrebbe a detrimento degli altri colleghi. Tutti gli scritti confezio-

nati da redattori di giornali o riviste, finalizzati alla esposizione di iniziative benefiche o di prevenzione volte alla collettività e organizzate da enti istituzionali o associazioni di categoria, possono riportare le dichiarazioni dei promotori dei progetti, ma non riprodurre immagini o pubblicare riferimenti precisi riguardanti i singoli volontari partecipanti. Una particolare attenzione è stata posta alle indicazioni di utilizzo del termine sostantivato delle varie discipline specialistiche e branche e sottobranchie della medicina; in particolare il professionista non specialista può fare menzione della particolare disciplina specialistica che esercita, con espressioni che ripetano la denominazione ufficiale della specialità, e non inducano in errore o equivoco sul possesso del titolo di specializzazione, quando abbia svolto attività professionale a tempo pieno nella disciplina medesima per un periodo almeno pari alla durata legale del relativo corso universitario di specializzazione. Il tema attuale dell'informazione tramite internet, che può divenire incontrastabile perché appannaggio di tutti, è stato trattato con grande attenzione, stabilendo regole precise dai limiti chiari e invalicabili sulla attivazione dei siti, sulle forme e sui contenuti, sulla pubblicità svolta in ma-

niera diretta o indiretta a favore di industrie, aziende, ditte. La pubblicizzazione delle tariffe non dovrà costituire l'aspetto esclusivo del messaggio pubblicitario e non è consentito reclamizzare l'effettuazione di prestazioni a titolo gratuito o con particolari percentuali di sconto: la riduzione delle tariffe è ammissibile solo in regime di apposite convenzioni con associazioni di mutualità volontaria integrativa. In deroga a ciò, il sanitario può, in particolari circostanze, effettuare eccezionalmente anche prestazioni a titolo gratuito, se inserite in particolari progetti di prevenzione e solidarietà approvati dall'Ordine o limitatamente ai casi consentiti dall'art. 54 del codice di deontologia medica e purchè tale comportamento non costituisca concorrenza sleale o illecito accaparramento di clientela.

Abbiamo posto l'accento anche sulla pubblicità occulta: tanto occulta da nascondere connivenze e conflitti di interesse, quale quella perpetrata da certi colleghi che, nell'esercizio delle proprie funzioni in medicina pubblica, entro le mura del sistema sanitario nazionale, indirizzano, approfittando del proprio ruolo di guida e del proprio ascendente personale, innumerevoli pazienti verso studi o strutture private per accertamenti diagnostici, ulteriori cure e riabilitazioni.

Quale ulteriore mezzo di contrasto all'abusivismo e correttezza nei confronti di interlocutori, pazienti e familiari, consigliamo a tutti i colleghi di esibire il distintivo da camice Ordinario ed esporre, nelle sale d'attesa, l'attestato di iscrizione all'Albo per tutti gli operatori medici presenti negli studi o strutture.

Documentazione da presentare

Agli uffici dell'Ordine dovrà essere presentata autocertificazione, utilizzando la modulistica già predisposta, ai sensi e per gli effetti del DPR 445 / 2000 art. 46 - 47,

con la quale il dichiarante, consapevole delle sanzioni previste dal Codice penale per dichiarazioni mendaci e formazione e uso di atti falsi e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445 / 2000 e consapevole di incorrere nella decadenza dei benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere / art. 75 DPR 445 / 2000, attesti, oltre ai dati personali, titoli, ragione sociale, appartenenza all'Ordine e numero di iscrizione all'Albo, che i contenuti informativi riportati in cartaceo e/o in internet non sono in contrasto con quanto disciplinato dagli art. 55 - 56 - 57 del Codice di Deontologia Medica, nonché dalle linee guida approvate dal Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Sassari, nel luglio 2012.

L'ufficio dell'Ordine riceve l'istanza, procede a una prima verifica dei nominativi e titoli del richiedente e la trasmette al gruppo di lavoro per la pubblicità all'informazione sanitaria, costituito dai dottori Azzena Carlo, Bazzoni Giancarlo, e Pinna Antonio.

Tale commissione provvede ad attivare eventuali atti istruttori necessari per la definizione della pratica, ivi compresa la verifica di quanto dichiarato dal richiedente con eventuali indagini e sopralluoghi e a emanare parere di conformità o difformità del messaggio agli art. 55 - 56 - 57 del codice di deontologia medica e alle linee guida emanate dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e Odontoiatri.

Il Consiglio Direttivo, una volta esaminata la proposta conclusiva della Commissione per la pubblicità, delibererà per ratificare o respingere il parere di congruità espresso. L'ufficio dell'Ordine provvederà a trasmettere la determinazione del Consiglio Direttivo al medico che ha presentato l'istanza, entro il termine massimo di trenta giorni dall'avvenuta ricezione del l'autodichiarazione.

SONO SEMPRE POCHE LE PERSONE CHE DECIDONO DI VACCINARSI

Influenza di stagione e vaccini

Una storia ciclica ma infinita



di Paolo Castiglia e Giovanni Sotgiu*

Febbre elevata con esordio improvviso, artro-mialgie, senso di prostrazione e sintomi respiratori, in particolare tosse molto secca. Questi sono i sintomi dell'influenza, quella vera, quella che ti sconsiglia e ti rende fragile e suscettibile ad altre gravi infezioni (come quella pneumococcica).

Quella che può mettere a letto da 5 a 9 milioni di italiani all'anno, e che per la sua morbilità (una media di 3 giorni per lavoratore) fa sopportare costi impressionanti (una media di 75 euro al giorno) alle nostre imprese ed allo Stato. Quella da temere per le sue complicanze, in particolare nei soggetti a rischio, che sono ritenute responsabili in Italia dell'88% di quegli 8.000 decessi all'anno attribuibili all'influenza e che si verificano per l'84% dei casi nei soggetti ultra-sessantacinquenni.

Quella da non confondere con quelle sindromi a prevalente interessamento respiratorio o intestinale che circolano nella stessa stagione invernale, sostenute da altri virus, che non sono gravate da un equivalente carico di complicanze, ma che, poiché sono erroneamente misclassificate come influenza, tendono a diminuire la

percezione di rischio nella popolazione.

A ciò consegue un'adesione alla vaccinazione mediamente bassa: 60-65% negli ultra-sessantacinquenni, 18% nella popolazione generale, con valori addirittura irrisori tra il personale sanitario. Valori di copertura che sono andati, oltretutto, diminuendo dalla stagione influenzale 2009-2010 ad oggi, a causa di quel fenomeno noto come *emotional epidemiology*, conseguente all'imperversare del virus farlocco della pandemia suina. In realtà, il virus pandemico A(H1N12009) è stato tutt'altro che farlocco.

Esso, infatti, per un effetto di parziale protezione immunitaria degli anziani, conseguente ad una precedente esposizione, ha circolato prevalentemente negli under 65, fascia di popolazione proporzionalmente meno affetta da co-morbilità, determinando elevati tassi di morbilità ma scarsa mortalità generale. Nelle due stagioni successive (2010-2011 e 2011-2012), per effetto delle vaccinazioni e della immunità naturale cumulativa nella popolazione, ha continuato a circolare sempre meno, declassato ad epidemia stagionale.

In particolare, nella scorsa stagione influenzale si è assistito ad una sua diminuzione, fin quasi alla sua sostituzione con un virus A(H3N2), ceppo diverso da quello presente nel vaccino della scorsa stagione, maggiormente virulento per i soggetti anziani ed atteso per la imminente stagione influenzale 2012-2013. Allo stesso modo, nell'ultimo scorcio della stagione influenzale, ovvero nella coda dell'epidemia, si è visto circolare partico-

larmente tra i bambini un nuovo ceppo di virus influenzale B. Per questo, il 22 febbraio 2012, in occasione del meeting annuale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), si è provveduto sulla base dei nuovi trend epidemiologici alla definizione delle linee di indirizzo per l'aggiornamento della composizione del vaccino antinfluenzale per la prossima stagione 2012-2013. In base ai risultati provenienti dalle reti di sorveglianza nazionale, l'OMS ha raccomandato di preparare vaccini con la seguente composizione:

- 2010/11 A/California/7/2009 (H1N1) - Presente anche nel vaccino 2011/12
- A/Victoria/361/2011 (H3N2) - Nuova variante
- B/Wisconsin/1/2010 - Nuova variante.

È stata recentemente emanata la consueta circolare ministeriale con le raccomandazioni per la profilassi dell'influenza; in essa il ministero della Salute ha indicato la composizione del nuovo vaccino anti-influenzale ed i soggetti a rischio per le complicanze dell'influenza, ai quali esso va offerto gratuitamente.

Oltre ai soggetti di qualsiasi età affetti da patologie croniche degli apparati cardiovascolare, respiratorio, emopoietico, renale o da malattie metaboliche e che comportino immunodepressione, ecc., il vaccino va offerto alle seguenti categorie di soggetti:

- Donne che, all'inizio della stagione epidemica, si trovano nel 2°-3° trimestre di gravidanza;
- Individui di qualunque età che vivono in comunità (residenze per anziani, protette, ecc);
- Medici e personale sanitario d'assistenza;
- Familiari e contatti di soggetti ad alto rischio;
- Addetti ai servizi essenziali (produzione di farmaci, trasporti, forze dell'ordine, ecc);

- Personale a contatto con animali (veterinari, allevatori, ecc)
- Sportivi professionisti

La vaccinazione è altresì indicata annualmente dal Ministero per tutti i soggetti con età pari o superiore a 65 anni.

Studi epidemiologici hanno evidenziato che il raggiungimento delle categorie a rischio è grandemente inefficiente, mentre le coperture nei soggetti di oltre 64 anni appaiono migliori.

Per questo la SItI (Società Italiana di Igiene), come peraltro indicato anche negli USA, ha di recente suggerito di abbassare l'età a cui offrire la vaccinazione fino ai 50 anni, potendo in tal modo intercettare la maggior parte dei soggetti a rischio per patologia con una strategia, quella per età, a maggiore penetranza nella popolazione. Questa strategia è stata sposata da altre Società scientifiche (FIMP, SIP, FIMMG) e riportata nel nuovo "Calendario Vaccinale per la Vita", che integra, ampliandolo, lo spettro di vaccinazioni indicate per la popolazione come LEA da parte del nuovo Piano di Prevenzione Vaccinale Nazionale 2012-2014.

Tale opportunità dovrebbe essere attentamente valutata dai decisori regionali.

Inoltre, per quanto detto prima, sebbene il carico di complicanze dell'influenza per il SSN sia essenzialmente legato ai casi che si verificano in età avanzata, esistono, tuttavia, numerose condizioni per considerare il bambino, anche quello sano, come target di interesse per la vaccinazione contro l'influenza:

- Il bambino da 0 a 4 anni si ammala d'influenza circa 10 volte più di frequente dell'anziano e circa 5 volte più dell'adulto;
- Il bambino da 5 a 14 anni si ammala d'influenza circa 8 volte più di frequente dell'anziano e circa 4 volte più dell'adulto;
- I bambini rappresentano i principali soggetti responsabili della trasmissione dell'influenza nella popolazione;

- L'ospedalizzazione per influenza del bambino sotto i 2 anni avviene con le stesse proporzioni del paziente anziano;
- La vaccinazione in età scolare in Giappone ha ridotto la mortalità dell'anziano per cause respiratorie durante la stagione influenzale.

Anche in Europa, sei Nazioni (Finlandia, Austria, Lituania, Estonia, Slovacchia e Slovenia) hanno già introdotto la vaccinazione universale contro l'influenza nel bambino dei primi anni di vita.

Negli USA la raccomandazione per la vaccinazione contro l'influenza nel bambino si è allargata anno dopo anno:

- 2002: vaccinazione incoraggiata da 6 a 23 mesi
- 2003: vaccinazione raccomandata da 6 a 23 mesi
- 2006: vaccinazione raccomandata da 6 a 59 mesi
- 2008 vaccinazione raccomandata da 6 mesi a 18 anni

Per tali motivazioni, si ritiene importante che la vaccinazione anti-influenzale dell'infanzia sia fortemente raccomandata su iniziativa del pediatra di famiglia nelle occasioni opportune ai bambini appartenenti alle categorie a rischio, ma offerta anche ai bambini sani. Le regioni o le singole ASL potranno effettuare nei prossimi anni progetti pilota di offerta organizzata attiva e gratuita della vaccinazione annuale a tutti i bambini sani.

Infine, si rammenta che il personale medico e sanitario rientra tra le categorie per le quali la vaccinazione è fortemente raccomandata sia perché maggiormente esposto al contagio, sia perché rappresenta una categoria socialmente utile, sia perché, se infettato, può fungere da sorgente di infezione per i pazienti, che, mediamente, sono una categoria a più elevato rischio di complicanze e nella quale, in gran parte, per immunocompromissione o immunosenescenza, il vaccino risulta meno efficace.

Appare stridente che dobbiamo attendere, per poi nella gran parte disattenderle, delle raccomandazioni ministeriali che ci richiamano ai nostri doveri sociali che sono poi tra i principi base ispiratori del nostro codice deontologico.

Quest'anno, pertanto, non appena si renderanno disponibili i vaccini nel mese

di novembre, pensiamo alla nuova stagione influenzale vaccinando per primi noi stessi ed i nostri collaboratori delle professioni sanitarie, non per egoismo, ma nella consapevolezza di fare del bene ai nostri pazienti ai quali poi offriremo l'opportunità di protezione.

**Paolo Castiglia
Giovanni Sotgiu**
** Struttura di Igiene e
Medicina Preventiva
Dipartimento
di Scienze Biomediche,
AOU-Università
di Sassari*



Attesa della vaccinazione

UN EVENTO SCIENTIFICO DI IMPORTANZA INTERNAZIONALE

ECIM 2012: il presente della medicina integrata



Si è concluso sabato 22 settembre il 5° Congresso Europeo di Medicina Integrata (ECIM), “Il futuro dell’assistenza globale del paziente. Promuovere la salute e lo sviluppo di un trattamento integrato e sostenibile del paziente acuto e cronico”. Promosso da Regione Toscana, Università di Firenze, Azienda sanitaria di Firenze, ASL 2 Lucca e Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Firenze insieme all’Università Charité di Berlino, l’evento, dopo le precedenti edizioni tedesche, per la prima volta si è svolto a Firenze.

Una sede non casuale, visto l’impegno ultradecennale della Regione Toscana nell’integrazione delle medicine complementari nel Servizio sanitario regionale. Al Congresso hanno partecipato più di 1200 persone, oltre 1000 medici e operatori sanitari e del benessere; più di 500 i contributi scientifici ricevuti, oltre 300 le rela-

zioni e 200 i poster messi a disposizione dei partecipanti; 90 le associazioni di settore partner del congresso e 50 le aziende che lo hanno sponsorizzato. Sono questi, dunque, i numeri di un congresso che ha affrontato a 360° il tema dell’integrazione delle medicine complementari nei servizi sanitari, della ricerca e della formazione per il settore.

Numeri che consentono di garantire la completa copertura dei costi sostenuti.

Nella due giorni fiorentina si è parlato, tra l’altro, di oncologia integrata, terapia del dolore cronico e acuto, medicina di genere, gravidanza, parto e puerperio, malattie allergiche, pediatria, salute mentale, veterinaria integrata, alimentazione /nutrizione, dipendenze e disturbi alimentari, invecchiamento. Si sono svolti workshop sull’ormesi (con la partecipazione del massimo esperto mondiale, Edward Calabrese della Massachusetts University, premio Marie Curie), sull’impiego delle tecniche di medicina tradizionale cinese, di danzaterapia e musicoterapia, un seminario della SIGiTe (Società italiana di ginecologia della terza età) su menopausa e medicina integrata e il 26° simposio del GIRI (Groupe International de Recherche sur l’Infinitésimal), dedicato alle diluizioni ultramolecolari e alla ricerca di laboratorio sull’argomento in questione. In apertura Gian Franco Gensini, preside della Facoltà di Medicina di Firenze, il medico e ricercatore inglese George Lewith, Università di Southampton (GB) e Aviad Haramati, della Georgetown University di Washington, hanno tenuto letture magistrali sui temi della medicina



Tempio, piazza Gallura e Palazzo Comunale

integrata nella prospettiva della medicina personalizzata, predittiva, preventiva, partecipativa (P4); sull'effetto placebo; sui percorsi formativi in medicina integrata. L'antropologo Antonio Guerci della Università di Genova ha esposto una relazione sui temi antropologici e di etnomedicina, mentre Virgilio Sacchini ha illustrato i servizi di medicina integrata in oncologia del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center di New York. Sessioni tematiche e tavole rotonde hanno affrontato i temi più "caldi" del dibattito sull'integrazione: è possibile un utilizzo razionale delle terapie complementari in oncologia e in quali patologie? Quali sono le modalità e i criteri per includere le MC nei servizi pubblici? Quali le prove di efficacia nelle malattie della donna, nelle allergie, in pediatria, perfino in veterinaria? Quali le ipotesi per spiegare il meccanismo d'azione delle dosi ultramolecolari dei farmaci? Per la prima volta in

Italia si è svolto un congresso sulle medicine complementari in sintonia con i criteri della scientificità: selezione dei lavori da parte di un comitato scientifico; pagamento della quota di partecipazione da parte dei relatori; comunicazioni svolte prevalentemente in inglese, la lingua della comunicazione scientifica; pubblicazione degli atti congressuali (su un Supplemento dell'European Journal of Integrative Medicine); accreditamento ECM.

ECIM 2012 ha messo in comunicazione – e anche questo è un fatto a oggi unico – la ricerca condotta in Italia e negli altri Paesi del Mediterraneo con la tradizione scientifica di alto livello dei Paesi nord-europei. Il Congresso ha dimostrato la forza e la vitalità di questo settore, che può essere una risorsa importante in momenti, come gli attuali, particolarmente difficili per la sanità pubblica.

Mariella Di Stefano
Rete Toscana di Medicina Integrata

MOLTE UNIVERSITÀ SONO INADEMPIENTI

Attivazione del master abilitante per funzioni di medico competente

La Federazione ha inviato al Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca la nota riguardante l'attivazione del Master abilitante per le funzioni di medico competente. Come è noto i medici in possesso della specializzazione in igiene e medicina preventiva o in medicina legale, conseguita dopo l'entrata in vigore del D.Lgs. 81/08, sono tenuti a svolgere il percorso formativo (Master abilitante per le funzioni del medico competente) ai fini dello svolgimento delle funzioni di medico competente.

Allo stato attuale risulta però che molte Università non hanno attivato il Master, lasciando una platea di medici nella impossibilità di adempiere al percorso formativo richiesto dal Legislatore.

Si ricorda che la Federazione con nota del 23 settembre 2010 trasmessa al Ministro della Salute, Ferruccio Fazio, aveva chiesto di chiarire se, nelle more della emanazione del decreto sul percorso formativo, i soggetti di cui sopra potessero effettuare l'attività di medico competente.

La FNOMCeO, infatti, riteneva che per tali soggetti dovesse essere predisposta una disciplina transitoria che permettesse loro di svolgere le funzioni di medico competente. Tutto questo anche alla luce

del contenzioso amministrativo in essere. Il TAR Campania con sentenza n. 556109 aveva stabilito che dovesse essere fatta chiarezza "sia in ordine al valore dei corsi formativi, cioè se essi costituiscano titolo per l'iscrizione nell'elenco dei medici competenti, o se, come appare desumibile dal tenore letterale dell'art. 38 del D.Lgs. 81108, siano soltanto una condizione per l'esercizio dell'attività di medico competente, sia in ordine al regime transitorio da applicare nelle more della istituzione dei corsi de quo".

Ciò detto però il Ministero della Salute – Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria – Ufficio II – ha invece chiarito che,

non avendo il Legislatore previsto un regime transitorio, gli specialisti in igiene e medicina preventiva o in medicina legale con specializzazione conseguita dopo l'aprile 2008, nelle more della attivazione del percorso formativo, non possano esercitare l'attività di medico competente e correlativamente non debbano essere inseriti nell'elenco nazionale dei medici competenti così come negli elenchi provinciali dei medici competenti.

Ad oggi tuttavia il problema inerente alla fattispecie sopraesposta è ancora presente e permane quindi un pregiudizio lamentato da numerosi specialisti.



Tempio, locomotore

CHIESTO L'INTERVENTO DELLA FEDERAZIONE

Bandi di gara al ribasso per incarichi di medico competente

La Società italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale ha segnalato alla FNOMCeO, la pratica utilizzata da parte di certe amministrazioni pubbliche e aziende nell'indire bandi di gara al ribasso d'asta o secondo il metodo dell'offerta economicamente più vantaggiosa, per l'affidamento dell'incarico di medico competente. Nel caso di specie il Simlii ha fatto esplicito riferimento ai bandi di gara indetti dal Comando Forestale della Regione Siciliana.

La FNOMCeO ritiene che l'indizione di bandi di gara al ribasso o con il metodo dell'offerta economicamente più vantaggiosa per l'affidamento dell'incarico di medico competente da parte di amministrazioni pubbliche, deve, ritenersi in contrasto con l'elaborazione di corrette procedure per l'adozione e la efficace attua-

zione di modelli di organizzazione e gestione della sicurezza nei luoghi di lavoro.

Inoltre questa procedura rappresenta correlativamente nella gran parte dei casi una palese violazione dell'art. 54, primo comma, del codice di deontologia medica, il quale prevede che "nell'esercizio libero professionale, fermo restando il principio d'intesa diretta tra medico e cittadino e nel rispetto del decoro professionale, l'onorario deve essere commisurato alla difficoltà, alla complessità e alla qualità della prestazione, tenendo conto delle competenze e dei mezzi impegnati" e dell'art. 70, secondo comma, il quale dispone che "il medico non deve assumere impegni professionali che comportino eccessi di prestazioni, tali da pregiudicare la qualità della sua opera professionale e la sicurezza del malato".

Normativa sulla certificazione e sull'iscrizione agli Ordini di cittadini extracomunitari

Sulla Gazzetta Ufficiale n. 207 del 5 settembre 2012 è stata pubblicata la Circolare della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica – 17 aprile 2012, n. 3 recante "Ambito di applicazione delle norme introdotte dall'articolo 15, legge n. 183 del 2011 in materia di certificazione".

La Circolare evidenzia che la disciplina di cui all'art. 15 della legge 12 novembre 2011, n. 183 che modifica il DPR 28 dicembre 2000, n. 445 si applica anche

ai certificati richiesti per le procedure connesse alle leggi sull'immigrazione (permessi di soggiorno, ecc).

Pertanto i certificati necessari per le procedure connesse alle leggi sull'immigrazione potranno essere richiesti ai cittadini extracomunitari solo sino al 31 dicembre 2012.

A partire dal 1° gennaio 2013 sarà l'amministrazione ad acquisire d'ufficio la prescritta documentazione in materia di immigrazione.

IL PARERE DELLA CONSULTA DEONTOLOGICA NAZIONALE

Competenze e responsabilità nell'attività medico legale

L'art. 32 della legge n. 27/12 con le sue modifiche all'art. 139, c. 2 del codice delle assicurazioni private D.Lgs n. 209/05 recita:

“3-ter. In ogni caso, le lesioni di lieve entità, che non siano suscettibili di accertamento clinico strumentale obiettivo, non potranno dar luogo a risarcimento per danno biologico permanente”.

“3-quer. Il danno alla persona per lesioni di lieve entità di cui all'art. 139 del codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, è risarcito solo a seguito di riscontro medico legale da cui risulti visivamente o strumentalmente accertata l'esistenza della lesione”.

Il contenuto di questi due articoli del codice delle assicurazioni private ha posto una questione che investe l'esercizio professionale medico-legale nelle sue competenze specifiche e nelle sue responsabilità.

Vista la rilevanza che la questione stessa presenta sia in termini di diritto che da un punto di vista deontologico, il Comitato Centrale della FNOMCeO ha ritenuto opportuno interpellare al riguardo la Consulta deontologica nazionale, organismo consultivo o di studio della stessa Federazione.

Le risultanze di detto approfondimento sono state dal Comitato Centrale fatte proprie nella loro interezza.

Una disamina approfondita dei vari elementi ha consentito in primis di rilevare l'ambiguità del dettato legislativo posto dalla legge n. a: vogliamo ricordare che l'art 139 del D.Lgs n.209 definisce

correttamente il danno biologico da “lesioni di lieve entità”, attribuendone l'accertamento al medico legale che ne parametrerà l'indennizzabilità. La recente aggiunta normativa, intervenuta con la legge n. 27/12, sembra invece affidare al medico legale la capacità di valutare un danno biologico non dimostrato, né dimostrabile clinicamente e/o strumentalmente come se fosse inesistente a fini risarcitori, inducendo soprattutto alcune compagnie assicurative, ad interpretazioni restrittive circa la possibilità di ristoro economico per lesioni non accertabili strumentalmente.

La FNOMCeO, nello stigmatizzare l'inaccettabilità di alcuna interpretazione che possa entrare nel merito dell'indagine cui il medico-legale è tenuto, ribadisce l'infondatezza di indicazioni che possano andare ad interferire con l'autonomia professionale del medico determinando una selezione di criteri, mezzi e oggetto del relativo accertamento medico-legale.

In tal senso deve ricordarsi che la Giurisprudenza ha sempre ribadito l'assoluta intangibilità delle scelte diagnostiche terapeutiche del sanitario che sono riserva esclusiva di questi e di cui costituiscono espressione di autonomia e di responsabilità (sentenze della Corte Costituzionale n. 282/02, 338/03, 151/09).

Alla luce delle previsioni del Codice di Deontologia Medica, si ribadisce, quindi, il rispetto della normativa vigente, respingendo interpretazioni che possano determinare un'invasione di quello spazio incompressibile di autonomia e responsabilità del medico in generale e del medico

legale in particolare, e si ricorda che non può essere messa in discussione la competenza del medico legale di valutare il nesso di causalità materiale tra l'evento lesivo denunciato e le conseguenze biologico-funzionali temporanee o permanenti da stimare ai fini del risarcimento. Valutazione che dovrà essere evidentemente complessiva e non parziale e certamente non confinata al solo ricorso al riscontro strumentale.

Il medico legale dovrà, quindi, documentare al massimo e sempre l'iter della causalità e le caratteristiche anatomico-funzionali del danno prima di definire le percentuali suscettibili di risarcimento.

Si richiamano i principi espressi dall'art. 4 del Codice citato, secondo il quale l'esercizio della medicina è fondato sulla libertà e sull'indipendenza della professione che costituisce diritto inalienabile

del medico" e dall'art. 22 che riafferma l'autonomia e la responsabilità medico-diagnostica e terapeutica del medico.

Si richiama pure, quale linea di condotta del medico legale, l'art. 62 del Codice deontologico, che recita: "L'esercizio dell'attività medico legale è fondato sulla correttezza morale e sulla consapevolezza delle responsabilità etico-giuridiche e deontologiche che ne derivano e deve rifuggire da indebite suggestioni di ordine extratecnico e da ogni sorta di influenza e condizionamento".

Il medico, quindi, forte del Codice di Deontologia Medica non dovrà aderire ad alcuna indicazione limitativa della propria competenza di valutazione e della libertà di scienza e coscienza, nel rispetto della propria dignità di professionista, a tutela della salute e dei diritti del paziente.

Autorizzazione all'imbarco per i medici di bordo

Si ritiene opportuno segnalare che nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 188 del 13 agosto 2012 è stato pubblicato il decreto 11 giugno 2012 recante "Revisione parziale delle autorizzazioni all'imbarco quale medico di bordo e degli attestati di iscrizione nell'elenco dei medici di bordo supplenti".

Nella fattispecie l'art. 1 del provvedimento prevede che "1. é indetta la revisione parziale delle autorizzazioni all'imbarco quale medico di bordo e degli attestati di iscrizione nell'elenco dei medici di bordo supplenti rilasciati dal 1° gennaio 2005 al 31 dicembre 2007; 2. Possono partecipare alla revisione i Medici di bordo autorizzabili ed i Medici di bordo supplenti iscritti prima del 31 dicembre 2004 che non avessero effettuato le revisioni quinquennali indette nel 2004 e nel 2009".

Valutazione dei rischi Scadenza 2012

Sulla Gazzetta Ufficiale n. 162 del 13 luglio 2012 (vedi comunicazione n. 34 del 17 maggio 2012) è stata pubblicata la Legge 12 luglio 2012, n. 101 concernente "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 12 maggio 2012, n. 57, recante disposizioni urgenti in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi lavoro nel settore dei trasporti e delle microimprese".

Come è noto l'ad. 1, comma 2, del decreto-legge 57/12 prevede la possibilità di autocertificare l'effettuazione della valutazione dei rischi da parte dei datori di lavoro che occupano fino a 10 lavoratori sino e non oltre il 31 dicembre 2012.

Ne discende di conseguenza che, superata la data del 31 dicembre 2012, tutti i titolari di studio medico o odontoiatrico con lavoratori dovranno redigere il documento di valutazione dei rischi.

MESSAGGIO INGANNEVOLE E POCO TRASPARENTE

Proteste per la pubblicità in Tv di Obiettivo Risarcimento

Il ricomparire sulle tv nazionali, di stato e private, di spot pubblicitari relativi a “Obiettivo risarcimento” ha indubbiamente creato nei professionisti medici sconcerto e amarezza.

Il Comitato Centrale ha pertanto ritenuto di intervenire, con una nota inviata al ministro Renato Balduzzi, al presidente (Sergio Zavoli) e componenti della Commissione Parlamentare per l’indirizzo generale e la vigilanza dei servizi radiotelevisivi; al presidente (Anna Maria Tarantola), ai componenti consiglio di amministrazione e direttore generale della RAI (Luigi Gubitosi); al presidente (Antonio Palagiano) e componenti commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali; al presidente della XII commissione permanente affari sociali della Camera Giuseppe Palumbo; al presidente della commissione XII igiene e sanità del Senato Antonio Tomassini; al presidente del Consiglio Nazionale Forense Piero Guido Alpa; al Presidente della Rete La7 Severino Salvemini e al direttore di rete e multimedia, Paolo Ruffini; al presidente Mediaset Fedele Confalonieri e al direttore di rete Canale 5 Massimo Donelli, al direttore di rete Italia 1 Luca Tiraboschi e al direttore di rete Rete 4 Giuseppe Feyles.

Pubblichiamo il testo della nota inviata al ministro.

A seguito del riemergere della pubblicità di Obiettivo Risarcimento sulle reti televisive nazionali, pubbliche e private, non possiamo esimerci dal denunciare,

ancora una volta, l’ingannevolezza di un messaggio orientato ad affermare il principio che ogni esito indesiderato o presunto tale di una prestazione sanitaria possa essere considerato oggetto di una procedura risarcitoria.

La discutibile trasparenza del messaggio appare ancor più evidente alla luce di una presunta vocazione civica che ispirerebbe l’attività pubblicizzata, mentre in verità lo spot pubblicitario di Obiettivo Risarcimento appare tendere, con ogni evidenza, a promuovere la conflittualità tra pazienti e medici/strutture sanitarie, di fatto patrocinando con “patti quota lite” azioni giudiziarie nei confronti di danni presunti alla persona derivanti da attività sanitarie.

Come già segnalato nel recente passato al Ministero della Salute, al Presidente della Rai, all’Autorità Garante per la Concorrenza ed il Mercato, al Comando dei NAS, il Comitato Centrale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri è molto preoccupato per il proliferare di iniziative, anche mediatiche, che hanno il chiaro scopo di incrementare a dismisura il contenzioso in ambito sanitario, inducendo l’opinione pubblica a ritenere che, sempre e comunque, alla base di ogni evento imprevisto ci sia, o non si possa escludere, una colpa del medico e/o della struttura sanitaria verso cui esercitare azione di risarcimento.

Questa perversa deriva culturale e sociale minaccia ed erode il rapporto fiduciario medico-paziente disorientando i professionisti che sono, in tal modo, in-

dotti a vedere nel paziente non solo una persona da assistere quanto piuttosto un soggetto potenzialmente ostile da cui difendersi.

Tutto questo crea insicurezza nel professionista e mette in crisi la libertà e l'indipendenza di giudizio cui deve ispirarsi l'esercizio professionale del medico, con costi diretti ed indiretti rilevanti ed insopportabili per il sistema sanitario nazionale.

I diritti dei cittadini, compreso il giusto risarcimento di un danno ingiusto, sono il punto di riferimento del quotidiano esercizio professionale medico ed odontoiatrico e della funzione di garanzia dei nostri Ordini, e pertanto riteniamo che i fenomeni di malpractice professionale e malasana organizzativa e gestionale debbano essere affrontati senza reticenze, omissioni o atteggiamenti elusivi, ma che

occorre altresì evitare il rischio di inquinare equilibri fondati sul rapporto di fiducia tra medico, paziente e Istituzioni sanitarie, ricordando che le cose buone in sanità sono nettamente prevalenti anche sulla base di valutazioni terze.

Non possiamo dimenticare, del resto, che sul contenzioso sanitario si muovono interessi enormi nella misura in cui si muove moltissimo denaro, con il rischio però, secondo il modello americano, di guardare più al ristoro degli apparati di contenzioso che alle vittime del danno, con le note ricadute sui costi della sanità e sulle deficienze di equità di accesso alle tutele.

Certi della Sua attenzione e di un Suo intervento, porgiamo cordiali saluti.

**Amedeo Bianco e i componenti
il Comitato Centrale della FNOMCeO**

Beni strumentali costosi Il medico è esente IRAP

La Corte Suprema di Cassazione – Sezione Sesta Civile – con sentenza n. 13048 del 24 luglio 2012 ha sancito che il medico, anche se si avvalga di beni strumentali molto costosi, è esente da IRAP. La Corte Suprema di Cassazione in un passaggio chiave della sentenza ha rilevato che “si deve infatti anche tener conto della circostanza che gli “strumenti di diagnosi”, per quanto complessi e costosi rientrano nelle attrezzature usuali (o che dovrebbero esserlo) per i medici di base; dal momento che ad essi si chiede di svolgere una delicata funzione di “primo impatto “a difesa della salute pubblica”.

Termini e assicurazione per attività intramuraria

Il Senato (vedasi nostra comunicazione n. 62 del 25 luglio 2012) nella seduta del 2 agosto 2012 ha approvato in via definitiva il decreto legge indicato.

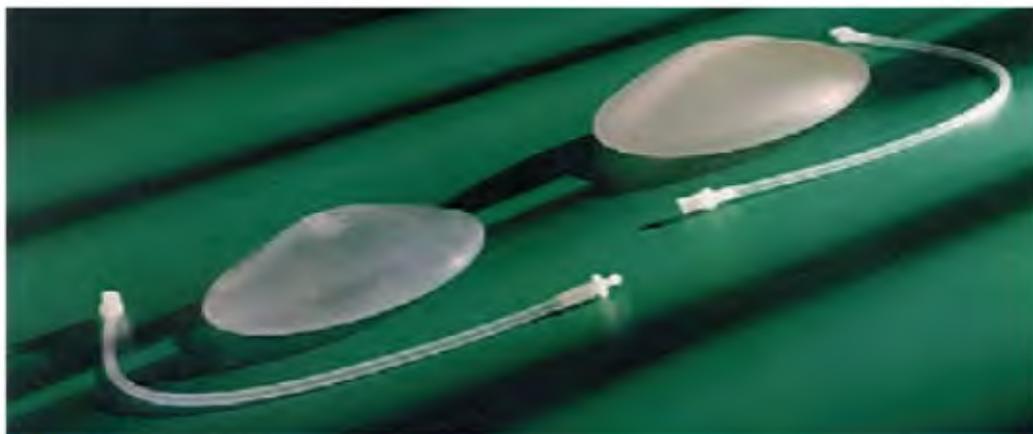
L'art. 1, comma 1, del provvedimento fissa al 31 dicembre 2012 il termine per l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria. L'art. 1, comma 3-bis, invece fa slittare di un anno (13 agosto 2013) l'obbligo di copertura assicurativa degli esercenti le professioni sanitarie o in caso di data antecedente, al momento dell'entrata in vigore di una specifica disciplina per gli esercenti le professioni sanitarie.

Esente IRAP professionista che si appoggia a strutture altrui

La Corte di Cassazione — Sezione Sesta Civile — con sentenza n. 9692 del 13 giugno 2012 ha sancito che il professionista che operi all'interno di una struttura da altri gestita è esente da IRAP.

ISTITUITI I REGISTRI, PIÙ GARANZIE PER I MINORI

Disposizioni più severe sulle protesi mammarie



Protesi mammaria

Sulla Gazzetta Ufficiale n. 148 del 27 giugno 2012 è stata pubblicata la Legge 5 giugno 2012, n. 86 riguardante l'“Istituzione del registro nazionale e dei registri regionali degli impianti protesici mammari, obblighi informativi alle pazienti, nonché divieto di intervento di plastica mammaria alle persone minori”. La legge è diretta ad introdurre disposizioni più severe a garanzia dei requisiti di sicurezza delle protesi mammarie e a tutela del diritto all'informazione delle pazienti.

Salute e sicurezza sui luoghi di lavoro

Sulla Gazzetta Ufficiale n.173 del 26 luglio 2012 è stato pubblicato il decreto 9 luglio 2012 riguardante “Contenuti e modalità di trasmissione delle informazioni relative ai dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori, ai sensi dell'articolo 40 del decreto legislativo 81/2008 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro”. Il decreto definisce le modalità di trasmissione delle informazioni di cui all'art. 40, comma 1, del D.Lgs. 81/08 e i nuovi contenuti degli allegati 3A e 3B.

Invio telematico dei dati delle certificazioni SAC

Sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 128 del 4 giugno 2012 è stato pubblicato il decreto interministeriale 18 aprile 2012 concernente Modifica al decreto 26 febbraio 2010, recante “Definizione delle modalità tecniche per le predisposizione e l'invio telematico dei dati delle certificazioni di malattia al SAC”. Il disciplinare tecnico allegato al decreto 18 aprile 2012 sopracitato sostituisce il disciplinare tecnico allegato a. decreto 26 febbraio 2010.

GLI OBBLIGHI PER I TITOLARI DEI STUDI ODONTOIATRICI

Adempimenti necessari per l'autocertificazione dei rischi



di Giuseppe Renzo
presidente CAO nazionale

L'art.1 comma 2, DL 57/2012, modificando l'art.29 comma 5 del D.Lgs 81/08 e successive modificazioni e integrazioni proroga dal 30 giugno 2012 il termine entro il quale i datori di lavoro che occupano fino a 10 dipendenti possono porre in essere l'autocertificazione dell'effettuazione della valutazione dei rischi. Ciò detto si è predisposto un modello di autocertificazione dell'effettuazione della valutazione dei rischi specifico per il titolare di studio odontoiatrico con dipendenti che svolga direttamente le funzioni di Responsabile del servizio di prevenzione protezione.

In proposito si evidenzia che:

- L'attività odontoiatrica non richiede l'obbligo della sorveglianza sanitaria e quindi non è necessaria la nomina del Medico competente;

- Non è obbligo del titolare dello studio odontoiatrico di nominare il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, in quanto esso è nominato/eletto direttamente dai lavoratori (in caso di mancata nomina/elezione da parte dei lavoratori conservare nel proprio studio il verbale di mancata elezione del RLS)

- Negli studi odontoiatrici che occu-

pano fino a cinque lavoratori, il datore di lavoro può svolgere direttamente i compiti di prevenzione incendi e di evacuazione (art. 34 D.Lgs 81/8). In questo caso il titolare dello studio odontoiatrico dovrebbe fare un corso antincendio (si ritiene che, essendo in uno studio odontoiatrico il rischio di incendio basso, il corso avrà durata di 4 ore).

Altro aspetto importante su cui si ritiene utile soffermarsi sono i requisiti che deve avere un titolare di uno studio odontoiatrico che svolga direttamente le funzioni di responsabile del servizio di prevenzione e protezione ai sensi dell'art.34 del D.Lgs. 81/08.

Tutto questo ovviamente alla luce dell'accordo 21 dicembre 2011 della Conferenza Stato-Regioni sui corsi di formazione per lo svolgimento diretto da parte del datore di lavoro dei compiti di prevenzione e protezione dei rischi pubblicato sulla Gazzetta della Repubblica Italiana n°8 del 11 Gennaio 2012.

- Il titolare dello studio odontoiatrico che abbia già svolto, alla data di pubblicazione dell'Accordo Conferenza Stato-Regioni del 21 dicembre 2011 (GU del 11 gennaio 2012), il corso di 16 ore ai sensi dell'art. 3 del decreto 16 gennaio 1997, dovrebbe svolgere un corso di aggiornamento, che ha periodicità quinquennale, di 14 ore.

- Il titolare dello studio odontoiatrico che svolge le funzioni di Responsabile del Servizio di prevenzione e protezione da data anteriore al 31 dicembre 1996 e che, quindi, era esonerato dalla frequenza dei corsi ai sensi della norma transitoria di

cui all'art. 95 del D.Lgs 626/94 ora abrogato, dovrebbe svolgere un corso di aggiornamento di 14 ore entro 24 mesi dalla data di pubblicazione dell'Accordo (11 gennaio 2011).

- Il titolare dello studio odontoiatrico non rientrando nelle ipotesi precedentemente illustrate e che, quindi ex-novo voglia svolgere le funzioni di Responsabile del Servizio di prevenzione, dovrà seguire un corso della durata di 48 ore; successivamente con periodicità quinquennale dovrebbe svolgere direttamente le funzioni di RSPP; potrebbe però godere della disposizione transitoria di cui al punto 11 dell'Accordo Conferenza Stato-Regioni che sancisce che in fase di prima applicazione non sono tenuti a frequentare il corso di 48 ore i datori di lavoro che abbiano frequentato entro e non oltre 6 mesi dalla data di entrata in vigore dell'Accordo (12 luglio 2012) un corso di formazione formalmente e documentalmente approvato, rispettoso delle previsioni di cui all'art. 3 del decreto 16 Gennaio 1997 (durata minima di 16 ore). Appare inoltre significativo sottolineare che, se non dovessero intervenire modifiche, l'attività odontoiatrica rientrerebbe nel rischio alto (sanità – assistenza sanitaria).

Come presidente della CAO Nazionale mi attiverò per organizzare a Roma un corso di formazione per tutor in materia di tutela della salute e della sicurezza sul lavoro per tutti i presidenti delle CAO.

Al tempo stesso si valuterà correlativamente la possibilità di organizzare nelle sedi provinciali i corsi di formazione e di aggiornamento per i titolari degli studi odontoiatrici, in quanto gli Ordini professionali del settore specifico di riferimento sono individuati dal legislatore quali soggetti formatori.

Considerata la complessità della materia, gli uffici competenti della Federazione sono a completa disposizione per ogni eventuale chiarimento.

Abusivismo e prestanomismo

Tre gradi di giudizio!

Con sentenza del 11 Giugno 2008, il Tribunale di Trieste, all'esito di giudizio abbreviato, ha condannato un odontotecnico e l'odontoiatra titolare dello studio, alla pena di due mesi e venti giorni di reclusione, il primo per esercizio abusivo della professione, il secondo per aver concorso al reato; pena peraltro interamente condonata, all'esito di giudizio abbreviato.

La vicenda processuale trae origine dalla denuncia di B.M., la quale ha riferito di avere subito una serie di estrazioni dentarie da parte di M. (odontotecnico) e di essersi resa conto che questi non avrebbe potuto svolgere tale attività quando, di fronte alla necessità di prescrivere una cura antibiotica a seguito di un'infezione manifestatasi dopo l'intervento, si era rivolto ad A. (odontoiatra) per farsi redigere la ricetta. I giudici di merito hanno riconosciuto la responsabilità di M. indicato da B.M. come la persona che ha effettuato l'estrazione dentaria; mentre per A. hanno sostenuto trattarsi di una responsabilità di tipo consensuale.

La Suprema Corte, chiamata a pronunciarsi sulla vicenda, relativamente alla posizione dell'odontoiatra ha osservato che risponde, a titolo di concorso, del delitto di esercizio abusivo di una professione, chiunque consenta o agevoli lo svolgimento, da parte di persona non autorizzata, di una attività professionale, per la quale sia richiesta una speciale abilitazione dello Stato. Nella vicenda specifica si è accertato che il dentista era a conoscenza dell'attività abusiva svolta dal suo collaboratore, avendo proceduto personalmente alla prescrizione dell'antibiotico dopo un intervento eseguito dall'odontotecnico. La corte di Cassazione ha rigettato il ricorso e condanna i ricorrenti al pagamento delle spese processuali.

A proposito di onorari

In riferimento alla richiesta trasmessa dal Ministero della Salute alle Federazioni Nazionali degli Ordini e Collegi Professionali, per l'individuazione dei parametri da stabilire al fine di permettere la liquidazione da parte di un organo giurisdizionale del compenso del professionista come previsto dall'Art. 9 Comma 2 della Legge 24 marzo 2012 N° 27, la Commissione Nazionale Albo Odontoiatri della FNOMCeO ha elaborato il seguente parere:

Considerato che secondo l'Art. 3 lettera g del DLCP del 13 Settembre 1946 N° 233, "spetta agli Ordini interpersi nelle controversie tra sanitario e persone o enti, a favore dei quali il sanitario abbia prestato o prestato la propria opera professionale, per ragioni di spese, di onorari, ...omissis..., procurando la conciliazione della vertenza o dando il suo parere sulle controversie stesse".

Considerato inoltre che l'Art. 6 della Legge 409/85 ha attribuito tali compiti in ragione di albo alla Commissione per gli iscritti all'Albo dei Medici e alla Commissione per gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri.

Considerato altresì che la Legge 248/06 ha abrogato espressamente le tariffe minime degli onorari libero-professionali.

Considerato che la Corte di Cassazione nella sentenza 3717/2012 ha confermato che "gli Ordini professionali hanno il potere di verifica, al fine dell'applicazione delle sanzioni disciplinari della trasparenza e della veridicità del messaggio pubblicitario ...omissis... sulla base del Codice deontologico".

Rilevato ancora che per quanto riguarda la professione odontoiatrica è già stato definito il Nomenclatore delle prestazioni odontoiatriche e sono prossime all'approvazione le raccomandazioni cliniche per una condotta eticamente corretta nella terapia odontoiatrica.

Tutto ciò premesso, alla luce del delineato quadro normativo si evince che soltanto i competenti Organi degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri possono rispondere alle esigenze dell'Organo Giurisdizionale per la liquidazione del compenso del Professionista. Questo parere si fonda sulle funzioni riconosciute nella Legge istitutiva agli Ordini che impone loro poteri di vigilanza sull'osservanza delle regole di Deontologia professionale. Queste norme comportamentali definiscono i criteri per l'esecuzione in sicurezza di prestazioni etiche e qualificate al fine della tutela della salute pubblica.

Attenzione al Tianji Dental Falcon!!!

Secondo le prove effettuate dall'Agenzia Inglese "HealthProtection Agency", il dispositivo di fabbricazione cinese Tianji Dental Falcon, commerciato su ebay.uk (sono in corso di verifica eventuali altri canali di distribuzione) è dotato di tubo radiogeno che non ha raggiunto i valori di sicurezza nei test concernenti la diffusione di raggi X nell'ambiente circostante l'apparecchiatura, evidenziando pertanto una schermatura insufficiente. Ciò comporterebbe per sanitari e assistenti una esposizione a radiazioni ionizzanti maggiore di quella prevista dalle normative vigenti, con la possibilità di sviluppo di effetti deterministici a carico delle figure coinvolte nell'utilizzo di tale apparecchiatura. Si raccomanda pertanto a tutti gli operatori sanitari coinvolti, di non utilizzare il dispositivo Tianji Dental Falcon (peraltro assolutamente sprovvisto di marchio CE) ponendolo in quarantena; segnalare tempestivamente al NAS la presenza di tale radiografico nello studio onde procedere alla rimozione dello stesso, comunicando al contempo la via d'acquisto seguita per tale presidio.

<http://portale.fnomceo.it/fnomceo/showArticolo.2puntOT?id=91964>

SIMPOSIO DI DUE GIORNI AD ALGHERO

Dental Sardinia 2012

implantologia, sonno e... assistenza



di Carlo Azzena
presidente provinciale ANDI

Organizzato dall'ANDI Sardegna di concerto con la sezione provinciale di Sassari, si è svolta in Alghero, il 15-16 giugno, l'edizione 2012 del simposio Dental Sardinia, la più importante manifestazione annuale promossa dalla segreteria culturale dell'associazione di categoria.

Il congresso ha registrato 250 partecipanti fra medici chirurghi specialisti, odontoiatri, igienisti dentali e assistenti alla poltrona e si è sviluppato in tre sezioni: la prima dedicata all'implantologia e alle relative problematiche protesiche; la seconda, aperta anche ai medici di base, ai pediatri ed ai pneumologi, incentrata sulle apnee notturne; la terza riservata alle assistenti alla poltrona e agli igienisti degli studi odontoiatrici.

Ad aprire i lavori Pierfranca Lugliè, presidente del corso di laurea in odontoiatria dell'Università di Sassari, che dopo i saluti di rito ha imperniato il proprio intervento sulle problematiche del corso di laurea in Odontoiatria e protesi dentaria delle facoltà di Sassari e Cagliari, evidenziando non solo i dati di crescita positivi ma anche le criticità emergenti. Pietro Floris, presidente dell'ANDI regionale, ha ringraziato gli intervenuti e ha spiegato

le finalità dell'incontro e le prospettive culturali future del sodalizio.

Dopo la lectio magistralis sulle tumefazioni del cavo orale rappresentata da Mario Gabriele dell'università di Pisa, Ugo delle Donne e Giuseppe Corradini hanno esposto quindi i casi più complessi di riabilitazione protesica post-implantare; Alberto Mulas ha parlato della catena della qualità in implantologia e Angelo Sisti e Marco Serri hanno illustrato i protocolli di carico immediato e riabilitazioni implanto-protesiche fisse full arch. Pietro Venezia e Raffaele Cavalcanti hanno trattato la gestione dei tessuti molli e l'estetica in implantologia.

Al pomeriggio della prima giornata di lavori Stefano Speroni ha espresso i parametri da rispettare per una corretta stabilità dei tessuti perimplantari; Mimmo Stellino ha parlato della riabilitazione complessa mentre Francesco Tanda ha riferito su un proprio particolare metodo per il rialzo del seno mascellare con tecnica mini-invasiva.

Contemporaneamente in aula attigua, si è svolta la sessione sulle apnee notturne e russamento, presieduta da Vincenzo Piras, direttore della scuola di specializzazione di ortognatodonzia alla università di Cagliari, cui hanno dato un prezioso contributo Raimondo Tedde e Natale Piero Luigi Santoni della clinica pneumologica A.O.U. di Sassari, (diretta da Piero Pirina), Alfonso Bolognini del centro iperbarico sassarese; Corrado Casu, responsabile culturale dell'ANDI Nord Sardegna; Alberto Galisai, Domenico Viscuso, Massimiliano Di Giosia del centro di odontoiatria del sonno della



Gianfranco Prada, Pietro Floris, Gloria Denotti e Pierluigi Delogu

scuola di specializzazione in ortognatodonzia dell'Università di Cagliari. Al termine della giornata di approfondimento Antonio Tullio e Giacomo De Riu della unità complessa di chirurgia maxillo-faciale presso A.O.U. di Sassari, hanno tenuto una relazione sul trattamento ortognatico nella sindrome da ostruzione respiratoria nel sonno.

Sabato 16, si è svolta la giornata di studio dedicata alla osteointegrazione e riabilitazione orale, presieduta da Gloria Denotti, presidente del corso di laurea in odontoiatria di Cagliari da Gianfranco Prada, presidente nazionale Andi e da Pierluigi Delogu, presidente della CAO di Sassari e presidente Nazionale AIO. I dottori Vaia ed Oteri hanno quindi sviluppato, per tutto l'arco della sessione, una pregnante e corposa relazione tra la qualità dell'implantologia e relativa riabilitazione protesica, ponendo l'accento non solo sugli aspetti diagnostici e clinici ma anche su quelli prognostici ed estetici. Anna Maria Girardi, presidente dell'AIASO (Associazione italiana assistenti studi odontoiatrici) ha coordinato contestualmente in altra aula il simposio dedicato agli assistenti e igienisti dentali. Alla presenza di numerose collaboratrici di

studio Remo Ghisu e Caterina Codolesu hanno spiegato il ruolo dell'assistente in chirurgia orale e implantare, Walter Pili le funzioni dell'ASO in parodontologia, Nadia Actis la disinfezione e sterilizzazione dello studio odontoiatrico e Maria Gaggiani l'importanza dell'assistente nelle comunicazioni con il paziente, accoglienza, preparazione e congedo.

Il convegno algherese ha rappresentato l'occasione propizia per un incontro fattivo tra l'esecutivo dell'Andi Nazionale e i presidenti provinciali della Sardegna per discutere dei problemi inerenti alla professione nell'isola e lo studio delle strategie da attuare per la loro risoluzione.

La contemporanea presenza dei vertici associativo-sindacali ha dato luogo a uno scambio di opinioni sul futuro della categoria e sulla crisi economica legata anche al proliferare di centri low-cost di nebulosa matrice. Un grazie da parte degli organizzatori alle 19 ditte specializzate nei diversi settori odontoiatrici che in qualità di sponsor hanno reso possibile lo svolgimento di un congresso così complesso ed articolato. Prossimo appuntamento al Dental Sardinia 2013, previsto per il 7 di Giugno in provincia di Nuoro.

IN MARGINE AL SEMINARIO DELL'AIASO AD ALGHERO

La figura dell'assistente nello studio odontoiatrico



Colloquio di Antonio Pinna
con Annamaria Girardi presidente AIASO

Durante il Dental Sardinia ANDI, svoltosi in Alghero il 15-16 giugno, ho avuto il piacere di seguire per tutta la durata dei lavori, il seminario organizzato dall'AIASO (Associazione italiana assistenti studi odontoiatrici), tanto interessante da modificare alcune mie idee preconcepite e atteggiamenti relazionali inidonei, purtroppo consolidatisi nel tempo. La signora Girardi, presidente del sodalizio, sempre presente durante lo svolgimento del convegno, si è gentilmente offerta di rispondere alle seguenti domande.

– L'AIASO (Associazione italiana assistenti studi odontoiatrici) ha visto la luce il 3 febbraio del 1994, con lo scopo di rappresentare un punto di riferimento per la categoria e tutelarne gli interessi. Per quale motivo è nata questa esigenza e quale ruolo lei ha ricoperto in quel particolare momento?

Nel 1973 ho iniziato per caso a lavorare in uno studio odontoiatrico dove rispondevo alle telefonate e... mi sono innamorata della professione! Erano altri tempi si lavorava in piedi, senza guanti e senza mascherina! Non avendo avuto un

percorso di preparazione specifico, ho sempre anelato varie opportunità di formazione scientifico-culturale in campo odontoiatrico.

Nei vari corsi a carattere nazionale che ho frequentato, ho potuto riscontrare la condivisione delle stesse esigenze anche nelle altre colleghe, così è emerso un gruppo coeso di amiche, tanto da concretizzare l'istituzione dell'AIASO, inizialmente con atto privato il 3 febbraio 1994 e, in seguito, per esigenze normative europee, questo statuto è stato modificato e registrato con rogito notarile.

– In Italia la figura dell'ASO (Assistente studio odontoiatrico) altresì denominata assistente alla poltrona, è già contemplata nel contratto collettivo di lavoro nazionale; siamo però ben lontani dalla più appropriata veste giuridica di *operatore tecnico ausiliario odontoiatrico clinico*, che solo un opportuno corso di formazione e titolo di studio relativo, potrebbe suffragare. Come mai, nonostante sia stato avviato un iter parlamentare ad hoc già dal 29 luglio 2010, non è stata ancora varata un'apposita normativa che ne sancisca il profilo? Come sono configurati gli ASO in altri paesi europei? Esistono delle scuole che conferiscano apposite qualifiche, opportune per l'inserimento nel mondo del lavoro?

La situazione in Europa è molto variegata e dipende principalmente dalla configurazione delle prestazioni odontoiatriche: negli stati in cui sussistono principalmente forme di assistenza erogate dal servizio sanitario nazionale vengono attivati corsi biennali di dental nurse (per

esempio nel Regno Unito con relativi elenchi delle persone abilitate). Nei paesi con forte predominanza dell'assistenza privata diretta (come quelli latini), spesso non esiste un inquadramento lavorativo e formativo chiaro. Proprio per questo, da anni AIASO sta ricercando un percorso formativo su scala nazionale, e dopo un anno di concertazione con il Mini-



Odontoiatra al lavoro

istero della Salute, il 17 febbraio 2011 si è tenuta presso lo stesso dicastero una convocazione ufficiale per vagliare la proposta istitutiva del profilo professionale di "Assistente di Studio Odontoiatrico" a tutto il comparto dentale, pubblico e privato, documento poi sottoscritto il 15 settembre 2011 dall'allora Ministro della Salute, Professor F. Fazio, e attualmente al vaglio dei componenti del sottogruppo delegati al problema dal Tavolo Interregionale "Osservatorio Fabbisogno Formativo". Personalmente con tutto il Direttivo AIASO auspichiamo che questi lavori possano avere una conclusione a breve termine.

– È interesse degli odontoiatri disporre di personale aggiornato e preparato; che cosa organizza l'associazione che lei presiede per arricchire la formazione degli ASO? I vostri corsi di formazione o seminari di studio sono seguiti da crediti formativi giuridicamente validi? Il lavoro di ASO è certamente molto complesso, perché spazia dall'accoglienza dei pazienti,

tenuta della contabilità, alla preparazione delle sale operative, assistenza, riordino e congedo etc. Ciò presupporrebbe una preparazione multidisciplinare mirata, sufficientemente lunga; in attesa che il progetto ancora al vaglio delle istituzioni e della conferenza stato-regioni diventi operativo, possiamo contare su corsi di formazione particolari che rilascino atte-

stati riconosciuti dallo stato?

Il lavoro dell'ASO comprende, come si sa, molteplici competenze sia comunicativo-relazionali sia di tecnica strumentale. La AIASO si è fatta da sempre promotrice dell'organizzazione su scala nazionale di seminari riguardanti le varie discipline odontoiatriche, in modo che l'ASO possa essere in grado di:

- conoscere le tecniche di approccio psicologico con i pazienti,
- conoscere tutto lo strumentario e le relative funzionalità,
- conoscere lo svolgimento di tutti i programmi di lavoro, i protocolli operativi e adeguate tecniche di terapeutiche
- conoscere i rischi infettivi per preparare e riordinare in sicurezza le sale operative
- conoscere le metodiche di disinfezione e sterilizzazione,
- conoscere e gestire la gestione del magazzino e gli ordini del materiale lo stoccaggio degli strumenti e dei materiali odontoiatrici,

- *conoscere i protocolli operativi fra studio odontoiatrico e laboratorio odontotecnico,*

- *conoscere i comportamenti in caso di emergenza nello studio odontoiatrico,*

I corsi in argomento non potranno conferire qualifiche ufficiali riconosciute dalle istituzioni, perché il documento non è stato ancora licenziato. Tuttavia ogni percorso formativo, anche quelli svolti in passato, conserverà il proprio valore, necessitando eventualmente di ulteriori integrazioni.

La responsabilità formativa come espressamente dichiarato dal Ministero sarà in capo alle Regioni.

– Come ultima domanda, cosa si sente di dichiarare alle sue colleghe in questo

preciso momento? *Spero sinceramente di poter presto annunciare importanti novità per chi intenderà iniziare questa attività meravigliosa e piena di soddisfazioni. Nel contempo invito tutti, a far parte della nostra associazione AIASO per poter festeggiare con gioia il coronarsi della nostra nobile causa di assistenti di studio odontoiatrico.*

A.I.A.S.O. – Segreteria operativa e sede legale: via Zorzi 7 37138 Verona
 fax 0456200234 cell: 3389284257
 C.F.: 92075380284 P.I.: 03306400239
 www.aiaso.it – anna@aiaso.it
 info@aiaso.it



Studio odontoiatrico: intervento in corso

SI SVOLGERÀ A ROMA NEL FEBBRAIO 2013

Identità e differenze al convegno "Genere e scienza"



di Flavia Franconi e Andrea Lenzi

Un incontro internazionale intitolato "Genere e scienza" si svolgerà a Roma, il 14, 15 e 16 febbraio 2013 indetto dal Dipartimento di medicina sperimentale Sezione di Fisiopatologia Medica e Endocrinologia dell'Università La Sapienza (Roma) e dal Dipartimento di Scienze Biomediche dell'Università di Sassari, con la collaborazione della Fondazione Internazionale Menarini.

Pubblichiamo la presentazione di Flavia Franconi e Andrea Lenzi co-presidenti del Convegno.

Dovrebbe essere ovvio che la Medicina è un'arte di genere. Dovrebbe esserlo visto che l'ostetrica assiste le partorienti dalla notte dei tempi e da sempre i maschi si ammalano e muoiono prima delle donne. Dovrebbe essere ovvio, visto che l'apparato genetico e ormonale e tutto il corteo di stimoli epigenetici si comportano in modo genere-dipendente. Ma forse, in realtà, non è così ovvio e banale. Abbiamo intitolato questo incontro internazionale "Genere e Scienza", ma in realtà un corretto sottotitolo sarebbe: "Identità e differenze di genere".

Scorrendo il programma messo a punto dal Comitato Scientifico, e leggendolo in filigrana, si percepisce subito quale sarà il motivo conduttore della tre giorni romana, volta a scoprire quali siano i *loci minoris resistentiae* di un'ermeneutica scientifica che non faccia conto del genere, nel senso più lato del termine e a documentare quali siano i punti di incontro, di similitudine, se non addirittura di identità dei due generi. Seguendo un approccio multidisciplinare verranno trattati alcuni argomenti atti a rappresentare differenze e identità, sesso, riproduzione e disturbi della fertilità; cuore e circolazione nel maschio e nella femmina; metabolismo dell'osso e fisiopatologia dell'osteoporosi nei due sessi; gli aspetti relativi ai farmaci di genere e alle Agenzie che ne regolano l'uso.

Il convegno sarà arricchito da due dibattiti divulgativi: uno sulla sessualità e differenza di genere, l'altro sulla medicina estetica o medicina del benessere.

Un simposio culturale con tanta scienza come espresso dal titolo e come promettono le relazioni, foriero di indubbi spunti di riflessione sociologica, bioetica e filosofica.

Segreteria Organizzativa
NIA Congressi srl
Via Cicerone, 28 00193 Roma
Phone: +39 06 45444902
Fax: + 39 06 45445522,
E-mail: info@niacongressi.com
s.viola@niacongressi.com

DAL 23 AL 27 OTTOBRE A MILANO MALPENSA

La chirurgia implantare al Congresso Nazionale COCI

Si svolgerà dal 26 al 27 ottobre, presso lo Sheraton Hotel Malpensa, il quarto Congresso Nazionale COCI (Confederazione Culturale Odontostomatologica Italiana).

I corsi sono frequentabili gratuitamente o a pagamento, nella seconda opzione sarà possibile ottenere i crediti E.C.M. che ne conseguiranno (4 per la giornata di venerdì, 9 per quella di sabato).



Confederazione Odontostomatologica
Culturale Italiana

Organizzato con il patrocinio dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Milano, il simposio avrà come tema principale la chirurgia implantare, per poi sviluppare un discorso attorno a tutto ciò che riguarda la professione.

Il programma degli interventi risulterà essere quindi molto ricco e variegato, il venerdì si parlerà infatti di: basi di chirurgia impiantare; ricostruttiva pre-protetica; stereolitiografia; chirurgia pie-

zolettrica; carico immediato; rapporti fra ortodonzia e implantologia; traumi occlusali; perimplantiti; osteoporosi; ozonoterapia; TC cone beam. Nella giornata di sabato 27 le dissertazioni avranno sempre un occhio di riguardo verso l'implantologia e la paradontologia, ma investiranno anche temi di sicuro interesse come: lesioni del cavo orale di pertinenza odontoiatrica; chirurgia degli ottavi inclusi; rialzo del seno mascellare; responsabilità professionale odontoiatrica e gestione del danno; la cartella clinica nel contenzioso medico-legale; nuove tecnologie nello studio odontoiatrico; rischi d'infezione; sbiancamenti dentali. In contemporanea a queste ultime lezioni ci sarà un corso speciale dedicato a igienisti dentali e assistenti tenuto da Annamaria Genovese.

La brochure dell'evento è rintracciabile assieme alla scheda di iscrizione all'indirizzo:

<http://www.arass-noprofit.org/wp/wp-content/uploads/congresso-COCI.pdf>

Per altre informazioni contattare il sito www.accademiadisotto.it o mandare una mail a marcognalducci@fastwebnet.it



MASTER DA NOVEMBRE 2012 A SETTEMBRE 2013 A MILANO

Trattamento dei disturbi di personalità

Il corso per il conseguimento del master di secondo livello in trattamento dei disturbi di personalità dell'Università Vita-Salute San Raffaele è in programma da novembre 2012 a settembre 2013 a Milano. Punta a fornire ai partecipanti una competenza teorica e clinica che includa i più recenti modelli terapeutici. Gli allievi verranno formati in merito all'inquadramento diagnostico, alla pianificazione del trattamento, alla gestione del programma di cura e del paziente con disturbo di personalità.

Contenuti

Il Master include i recenti avanzamenti nella terapia rivolta a questa cate-

goria di pazienti. Di fronte a queste prospettive il corso si propone di aggiornare ed integrare le conoscenze di base con i detti protocolli terapeutici, promuovendo per ciascun partecipante lo sviluppo di una metodologia di intervento specifica che sia al contempo sperimentale e clinica.

Materie e organizzazione

Fra le materie che verranno trattate nel master vi sono alcuni degli argomenti fondamentali per una giusta diagnosi e trattamento dei disturbi della personalità, nonché nozioni sui costi sociali della malattia e informazioni sul trattamento ospedaliero e in regime di day hospital.



L'ospedale San Raffaele Turro



Medici in reparto

Sono previste lezioni frontali, attività su supporti multimediali, tirocini formativi, progetti, attività di ricerca e attività di tutorato.

Il periodo di svolgimento comprende 5 settimane a frequenza obbligatoria (lun-sab) presso l'Ospedale San Raffaele Turro (Milano).

Le date sono previste tra settembre e luglio. Il master permette di conseguire un Diploma Universitario sanando il debito ECM annuale (60 cf) in un'unica soluzione.

Commissione

- Professor Smeraldi E., Ordinario di Psichiatria UniSR, Primario Psichiatria, Osp. S.Raffaele Turro.
- Dottor Visintini R., Psichiatra, Psicoterapeuta, Coordinatore di Area del Servizio di Dipartimento Di Neuroscienze Cliniche, Responsabile Day-Hospital Disturbi di Personalità, Osp. S.Raffaele Turro.
- Professor Maffei C., Ordinario di Psico-

logia Clinica, UniSR. Primario del Servizio di Psicologia Clinica e Psicoterapia, Ospedale San Raffaele Turro.

- Professor Fossati A., Psicoterapeuta presso il Servizio di Psicologia Clinica e Psicoterapia, Ospedale S.Raffaele Turro, professore Associato di Psicologia Clinica, UniSR.
- Dottor Benedetti F., Coordinatore di Area del Dipartimento Neuroscienze Cliniche Ospedale San Raffaele Turro.

Il master è aperto a psicologi, psicoterapeuti e medici che operano sia privatamente che in contesto pubblico istituzionale, e sarà prevista una selezione sulla base dei criteri riportati nel bando ufficiale.

Tale corso è organizzato in collaborazione con la A.I.S.D.P. (Associazione Italiana per lo studio dei disturbi di personalità) e con la S.I.B.D.T. (Società Italiana Dialectical Behavior Therapy), per informazioni consultare il sito www.unisr.it oppure telefonare al numero 0226434444 o mandare una mail all'indirizzo r.visentini@hsr.it.

SEMINARI E GIORNATE DI STUDI

I modelli dello stress e il metodo psicologico Simonton

Seminario

“I modelli dello stress:
come cambiarli per vivere più in pace
e come aiutare le persone a cambiarli”
Milano, 27 - 28 Ottobre

Tutti noi affrontiamo le diverse situazioni della nostra vita in rapporto all'intensità dell'ansia che queste possono generare.

Conoscere meglio se stessi significa essere in grado di gestire i modelli dello stress: obiettivo del corso sarà imparare a cambiarli per poi essere in grado di aiutare gli altri a fare lo stesso, in modo da avere una vita più gioiosa e serena.

Per informazioni:

Cornelia Kaspar Tel. 348-3830303

Luisa Merati Tel. 348-6055289

centrosimonton@googlemail.com

www.centrosimonton.it



Carl Simonton

Una visione olistica del cancro

Seminario

Metodo Psiconcologico Simonton

Introduzione e approfondimento di alcune tecniche di base

30 Ottobre 2012 - Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori - Milano.

Il programma del metodo Simonton si propone di potenziare le naturali forze di autoguarigione e migliorare la qualità della vita dei malati e dei loro familiari. Da decenni le ricerche in campo medico continuano a dare conferma delle connessioni tra corpo, mente, emozioni e spirito: i pensieri, le emozioni, gli stili di vita influenzano direttamente le cellule e gli organi rafforzando o indebolendo il sistema immunitario, il sistema endocrino e il sistema nervoso.

Il modulo per l'iscrizione è scaricabile all'indirizzo:

<http://www.istitutotumori.mi.it/istituto/attivita/eventi.asp>

Segreteria organizzativa

Struttura s. Formazione e Privacy

02 23903210 - 23902214

e-mail: formazione@istitutotumori.mi.it

Ipnosi in ginecologia nella preparazione al parto

Seminario teorico-pratico

10-11 Novembre 2012 - Associazione del Labirinto s.r.l. - Via Giambellino.84 Milano.

Sono ormai molteplici le applicazioni dell'ipnosi nelle problematiche sessuali femminili e durante la preparazione al



Le slot machines sono fra le apparecchiature che più inducono al gioco d'azzardo

parto; il corso le illustra con spiegazioni teoriche ed esercitazioni pratiche.

Morte e compassione compagne di vita

Seminario

Associazione del Labirinto s.r.l.-Via Giambellino 84 -Milano il 18-19-20 gennaio 2013.

Il seminario è soprattutto rivolto a chi opera con malati terminali e desidera acquisire strumenti per l'accompagnamento consapevole alla morte e a chi desidera condurre un percorso personale sul lutto e la perdita, per elaborare le proprie angosce di morte. Per i corsi su ipnosi in ginecologia, ludopatie, morte e compassione compagne di vita, rivolgersi a: Segreteria scientifica:

L. Merati 3486055289

luisa.merati@psicosomatica.org
Segreteria organizzativa :Associazione del Labirinto s.r.l. tel.0248700436-024048435
fax 0248715301
e-mail:assoc-labirinto@libero.it

Chance e Ludopatia

Giornata di studio sulla dipendenza dal gioco d'azzardo patologico

Sabato 1 Dicembre 2012 - Associazione del Labirinto s.r.l. - via Giambellino 84 - Milano.

Le ludopatie si stagliano ormai come fra le principali malattie moderne, capaci di generare profonde ripercussioni su persone, famiglie e intere comunità, soprattutto fra le fasce sociali più esposte e più deboli.

Il corso sviluppa epidemiologia, decorso, prognosi, procedure diagnostiche e terapeutiche della patologia in questione.

EMOZIONI E STORIE IN UN LIBRO DI PIETRO SALIS

“Volaos che sunu sos puzones...” Umanesimo nel lavoro del medico



L'ospedale Zonchello in una stampa d'epoca

Volaos che sunu sos puzones... Storie ed emozioni dall'Hospice di Nuoro

A cura di Salvatore Salis
Ethos edizioni

*Dall'introduzione di Luigi Arru
Presidente OMCEO Nuoro*

I modi pacati del personale, l'arredamento, i colori delle pareti dell'Hospice dello Zonchello sembrano invitare gli ospiti a continuare il proprio cammino nella vita. Tutto sembra suggerire che

l'ambiente non sia come quello dell'ospedale o degli ambulatori; un forte invito alla continuità delle cose della vita e a mantenere delle proprie abitudini. La vita dei tanti ospiti deve continuare per come era, senza che coloro che li accolgono, con dolcezza e professionalità, si permettano di esprimere giudizi, o si affrettino a formulare frettolose raccomandazioni. La parola d'ordine di Salvatore Salis, dei medici e di tutto il personale è accogliere, riconoscere un'umanità che continua il proprio percorso fino a un punto di non ritorno. Le persone chiedono aiuto, molto

spesso senza parole, il conforto dal dolore, dalla perdita di autonomia causata dalla malattia.

In questo libro si raccolgono le parole di coloro che sono passati e testimoniano il proprio percorso.

L'autore raccoglie queste testimonianze portando a compimento un'opera che recupera quell'umanesimo della professione medica che molto spesso è stato lasciato in disparte a favore di una rincorsa continua a una soluzione tecnica, anche quando il ruolo della "non tecnica" era ed è molto più consolante e fonte di sollievo.

*Dalla prefazione di Franco De Conno
Direttore onorario dell'Associazione Europea di Cure Palliative*

L'avvento delle cure palliative ha rappresentato in questi anni una rivoluzione della sanità che ha contribuito in maniera sostanziale a



Salvatore Salis è direttore della Struttura complessa terapia antalgica, cure palliative, assistenza domiciliare e hospice H24 presso l'ospedale Cesare Zonchello di Nuoro.

modificare l'atteggiamento degli operatori sanitari. "La cura palliativa è la cura globale attiva dei pazienti la cui patologia non risponde più ai trattamenti; il controllo del dolore, degli altri sintomi e dei problemi psicologici, sociali e spirituali è prioritario", così recita la definizione dell'Associazione Europea di Cure Palliative. In pratica la medicina si evolve da semplice processo di diagnosi e cura, a una medicina mirata che possa far vivere nel modo migliore gli ultimi istanti della vita. Salvatore Salis dopo un serio percorso di formazione ha potuto mettere in pratica i principi di questa medicina, realizzando un programma di cure altamente qualificato nella struttura da lui diretta a Nuoro, cogliendo inoltre momenti di grande empatia che ci coinvolgono in un percorso che potrà essere utile a tutti.



L'edificio della direzione dell'ospedale Zonchello

ROMANZO DI FANTAMEDICINA DI ENRICO VALDES

“Niente di più niente di meno” Quel virus che parte dalla Sardegna

La notizia filtra da un laboratorio di analisi cagliaritano: gli esami degli ultimi giorni segnalano un'assenza di spermatozoi nel liquido seminale dei maschi. Un campione più ampio conferma il fenomeno ed è forte il sospetto che abbia assunto livelli di epidemia tra la popolazione isolana.

Enrico Valdes in *Niente di più niente di meno* (Carlo Delfino Editore, Sassari) tesse la trama del suo romanzo d'esordio partendo dal misterioso virus che rende sterili i maschi dell'isola. Nel timore che l'epidemia si diffonda a macchia d'olio e, varcando il Tirreno, si propaghi nel continente, le Autorità governative decidono di mettere in quarantena la Sardegna. Cessa così dall'oggi al domani l'andirivieni di persone e merci da e per il continente. Le coste sarde sono messe sotto vigilanza da navi militari che incrociano al largo.

Protagonista assoluto della storia è il dottor Ugo Santus, il patologo scopritore del fenomeno morboso che tra gli addetti ai lavori è noto col nome di azoospermia. Il medico è uomo di fede. A qualche giorno dalla scoperta della terribile malattia, mentre assiste a una funzione religiosa nella basilica di Bonaria ha una visione che gli rivela il futuro tragico della Terra a seguito della diffusione planetaria della malattia. Scopre così di avere il dono – o la disgrazia – della preveggenza.

Questa sua prodigiosa facoltà lo porterà addirittura in America, inviatovi per spiegare ai consessi più alti del potere mondiale – comprese le segretissime stanze della CIA, la famosa e famigerata

agenzia di intelligence - l'insensatezza di una guerra contro l'Urzenistan, il paese islamico che medita di scatenare un conflitto nucleare contro gli “infedeli” occidentali. Che senso ha – è il messaggio da comunicare - un attacco preventivo delle potenze mondiali contro quel paese, ora che il genere umano tutto intero sta per essere annientato dall'azoospermia? No, non è la guerra la via da percorrere, ma la concordia e la rassegnazione alla fine del mondo. Anche perché si tratterà di una fine provvisoria, essendo certo che una nuova umanità apparirà sulla Terra ben più consapevole dei doveri verso la Natura. Ecco, la sua missione consisterà nel convincere i grandi del Pianeta sulla verità delle sue parole.

Santus in fondo, però, è soltanto un messaggero. Un messaggero inviato da un grande personaggio, l'arcivescovo di Cagliari Martino, origini barbaricine, anche lui prevegvente, che è riuscito a intravedere prima di ogni altro il destino del mondo a causa dell'epidemia. L'alto prelato non lascia solo il patologo nella sua disperata missione, gli pone accanto un uomo di altissimo spessore umano e spirituale: il suo più valido collaboratore, don Giuseppe, con natali a Orune, dunque barbaricino anche lui.

Il romanzo di Enrico Valdes è di quelli che trasmettono al lettore una buona dose di pensieri per la vastità e la profondità dei temi che affronta. È fin troppo evidente, infatti, nell'autore un intento didascalico. Il suo è un raccontare non per distrarre dai pensieri, ma per indurre a riflettere, a meditare sulla responsabilità

di ciascuno verso la Terra che abita. L'azoospermia è la risposta della natura dileggiata dall'uomo. L'inquinamento, la distruzione delle foreste, l'uso delle armi nucleari sono azioni sconsiderate che portano a uno squilibrio avente come conseguenza finale la disintegrazione del pianeta. Un secondo motivo di riflessione riguarda il tema delle relazioni intercorrenti tra le diverse chiese e fedi religiose. Ciascuna crede di possedere la Verità, rivelata dal Vero e Unico Dio, quello cui essa si rivolge. La guerra portata contro gli "infedeli" è guerra santa, benedetta da Dio, anche se ha come prezzo stuoli di morti e sacrificio di vittime innocenti. Nel cammino dell'uomo le guerre di religione sono sempre state le più aspre e atroci, quelle più dure a morire. "Dio lo vuole" si gridava in partenza per una Crociata. Il terzo filone

tematico affronta la mai ricomposta dicotomia tra scienza e fede. Una malattia che la scienza non riesce a guarire spinge verso la fede quando non anche verso l'esoterismo, il feticismo, la pratica magica, l'alchimia. E' in queste credenze che risiede la speranza in tempi di disperazione. Quando talvolta la scienza riesce a sollevare un velo dell'inspiegabile allora monta di nuovo la superbia, riprende vigore la certezza delle "magnifiche sorti e progressive" del genere umano, che non ha bisogno di costruirsi divinità cui rivolgersi.

Nel romanzo di Enrico Valdes – udite udite – la crociata per salvare il mondo muove dalla Barbagia. Sono i due uomini

di fede barbaricini – il vescovo Martino e l'orunese don Giuseppe – a indurre Ugo Santus a testimoniare la verità nascosta. Sono loro i propugnatori di una palingenesi individuale e cosmica. Così la Barbagia, terra di faide e di bardane, si fa, a un tratto, madre di redenzione e di riscatto. Chi l'avrebbe mai detto!

Due ultime osservazioni, in chiusura. La prima. La lettura del romanzo si accompagna a sentimenti d'impotenza, d'ineluttabilità, di rassegnazione. Non una sommossa e neanche una netta contestazione contro gli "Attila" che pur di accumulare ricchezze non si pongono il problema della salvaguardia dell'Ambiente. Forse perché, in fondo, ciascuno si avverte non innocente, fautore anche lui del saccheggio della Natura. L'annotazione finale riguarda la scrittura. Enrico Valdes –

anatomopatologo cagliaritano - racconta in modo affascinante la vicenda. La lettura scorre spedita, agile. Il lettore è impaziente di giungere alla fine. I periodi brevi aiutano la comprensione di questo romanzo che merita davvero di essere letto e, soprattutto, meditato.

Mario Filia

Scrittore e critico letterario

Enrico Valdes (1945) è laureato in medicina e chirurgia a Cagliari, specializzatosi in anatomia patologica a Milano, ha svolto per lungo tempo l'attività di primario in strutture pubbliche.



EUGENIA TOGNOTTI/STUDIO E RACCONTO STORIOGRAFICO

“Il Morbo lento”: la tubercolosi nell’Ottocento italiano

La foto di copertina (olio su tela di Angelo Morbelli) mostra la consunzione di una giovane alla luce fioca di una stearica; la disperazione della madre, in rassegnata attesa, conferma l’ineluttabilità del male.

Si apre così “il Morbo Lento” di Eugenia Tognotti, nato come studio diacronico della tubercolosi nell’Ottocento Italiano, e divenuto racconto storiografico pluridimensionale di un arco temporale che origina nel Settecento e si chiude agli albori del Novecento: un lungo periodo rivisitato con l’animo sensibile dell’umanista e analizzato alla lente della attenta e curiosa ricercatrice. Un viaggio coinvolgente per il lettore medico, portato a immaginare con forte tensione emotiva le perplessità dei colleghi di quel secolo dinanzi a un male dalla etiologia ancora incerta. Attorno alla *tisi* si brancola tra intuizioni non suffragate da dati oggettivabili e diagnosi basate solo su elementi statistici. Cresce così la teoria della ereditarietà, che regala la malattia in appannaggio ai rami gentili e alle classi agiate, e se ne affinano i termini: si parla quindi di mal sottile, come di un morbo non *attaccaticcio*, di natura infiammatoria, da trattare con controstimolanti quali salassi, purganti, emetici, atti a ridurre la massa sanguigna

circolante. Il lento decorso del male, enfatizzato a lungo dalla letteratura del momento, fa da contraltare a malattie a rapido ed esiziale decorso, quali quelle coleriche e tifoidee riservate alle classi più povere.

Durante il cammino nel tempo, il compendio apre una ulteriore finestra alla fantasia e si colora di romanzo, quando riporta il calvario della infelice Matilde, figlia di Alessandro Manzoni e il linguaggio si arricchisce di una terminologia medica tanto desueta quanto affascinante. Approfittando della tanto osannata Climatoterapia, visitiamo le stazioni più accreditate del bel paese, da Nervi a Pozzuoli, dal Lungarno di Pisa all’hotel Quisisana di Capri. Proseguendo la ricerca scientifica incontriamo Lauenec che ci fa auscultare la *pettoriloquia* attraverso il suo contestato stetoscopio, Robert Koch e l’inseparabile microscopio; Virchow che nonostante le prove contrarie, continua a sostenere la propria tesi anticontagionista e Wilhelm Conrad Rontgen che, accogliendoci nel suo laboratorio, ci mostra le caverne polmonari. Così, quasi insensibilmente, alla luce delle nuove acquisizioni, la malattia perde la propria aura romantica e acquista il sapore acre dell’indigenza, legata all’inurbamento, alle abitazioni poco aerate, sovraffollate e alla





Due cartoline delle campagne contro la tubercolosi

ipoalimentazione; l'Autrice quindi ci conduce per mano in grovigli di viuzze strette, umide, animate dal vociare di bimbi scalzi e dal picchettio dei calderari, per visitare tuguri asfittici e maleodoranti dove il morbo ha più facilità di sviluppo.

Il boom industriale, con l'esposizione di minori e adolescenti a polveri minerali e vegetali nocive per i giovani polmoni, in orari prolungati e inclementi, fanno affiorare l'animo politico della Scrittrice, che denuncia situazioni poco chiare e grida giustizia; "Negli ultimi trent'anni del XIX secolo muoiono più poveri che ricchi in un rapporto altamente sproporzionato: due milioni di morti, una vera ecatombe".

Pur conoscendo ormai l'agente etiologico della malattia, siamo ben lontani dall'era dello streptomycin e così proseguiamo un lungo viaggio della speranza tra i sanatori d'Italia, nati da lasciti filantropici, dove l'olio di fegato di merluzzo la fa sempre da padrone.

Nonostante le fatiche di studiosi e politici illuminati, il secolo si chiude con grandi problemi irrisolti, quali una adeguata riforma ospedaliera o il risanamento delle case operaie, ma alla fine è positivo constatare come la comunità scientifica condizioni comunque le scelte politiche che però, in quanto tali, sono lente più del morbo.

Per concludere, parafrasando un aforisma di Oscar Wilde, Eugenia Tognotti ha sempre molto da dire, e lo sa dire benissimo.

Antonio Pinna

Eugenia Tognotti, professore ordinario di Storia della Medicina e Scienze umane all'Università di Sassari, è autrice di molti studi sulla malaria in Italia nonché di numerose pubblicazioni letterarie a carattere storico-medico.

AFRICA, EPIDEMIE E DISPERAZIONE

“Così fanno anche i paguri” Parabola dei nuovi miserabili

Estratto dal testo

“**I** giacigli maleodoranti degli ammalati riempivano già tutti gli spazi a disposizione per terra, però, ogni mattino, al sorgere del sole, con una puntualità esasperante, arrivava un'altra infornata di derelitti - chi portato a braccia, chi a cavalcioni sulle spalle, chi rabberciato dentro una carriola, chi appeso ai quattro lembi di una coperta, chi disteso su di una scala - e poi, ciascuno si cercava un posto, da qualsiasi parte, dentro uno degli stanzoni o sotto gli alberi, in mezzo alla calca che montava, e montava, e montava.

E tutto si portava da casa - il materasso, la coperta, la pentola, la brocca d'acqua, la gallina e la capra - già nel presentimento che quello sarebbe stato il loro ultimo viaggio. Ma non a tutti i nuovi miserabili riusciva di trovarsi uno spazio libero per terra; ed ecco che gruppi familiari si disponevano, in piedi, a ventaglio, a circondare un malato che vedevano con lo sguardo già spento, prossimo ad andarsene. Lo marcavano, quel povero moribondo, e si prenotavano posto in anticipo, in attesa davanti a lui, impietosi e funerei. Gli ammalati ruotavano di continuo. Pochi tornavano a casa guariti, tutti gli altri morivano sotto gli alberi, ascoltando sui rami là sopra gli uccelli cinguettare felici; e continuare - che strano! - a vivere. Pareva che

l'idea della morte si fosse ormai abbassata alla soglia di abitudine; durante il giorno si incallivano gli occhi, le orecchie, la sensibilità tutta: dai e dai, a battere contro la tragedia, i calli venivano pure alla materia grigia.”



*Dalla prefazione
di Eugenia Tognotti*

L'epidemia di colera che imperversa a Bat-chman, si porta via decine di uomini, donne, bambini, accampati accanto al dispensario. La descrizione di quell'amalgama di miserabili distesi su giacigli improvvisati, durante lunghe notti attraversate dalle urla strazianti dei sopravvissuti su cui aleggia l'ombra della morte, sembrano appartenere

ad un'altra era e richiamano le descrizioni ottocentesche durante le ondate del “mostro asiatico” nell'Ottocento.

Giovanni Bentivegna, nato a Vittoria (RG), medico chirurgo, specialista in cardiologia, master in malattie tropicali e sanità pubblica, vive e svolge attività professionale tra San Pantaleo e Portisco (SS). Volontario di “Laici terzo mondo”, Medici senza frontiere e altre organizzazioni umanitarie internazionali, presta la propria opera in territori colpiti da calamità naturali e in paesi in via di sviluppo dalle particolari emergenze sanitarie.

TREMILA A CONGRESSO A FINE SETTEMBRE

Quo vadis: gli stati generali a Roma della medicina sportiva



Gabriele Mulliri
Specializzando in Medicina dello sport

Dal 27 al 30 settembre si è tenuto presso l'Hotel Hilton Rome Cavalieri a Roma il 32° Congresso Internazionale della Medicina dello Sport dal titolo "Sports Medicine, the challenge for the global health: Quo Vadis?"

Il congresso, presieduto dai professori Maurizio Casasco (presidente della Federazione Medico Sportiva Italiana - FMSI) e Fabio Pigozzi (presidente della Federazione Internazionale della Medicina Sportiva - FIMS) ha coinvolto quasi 3000 addetti del settore, tra cui medici specialisti in medicina dello sport, ricercatori, preparatori atletici, fisioterapisti, medici specializzandi e studenti da circa 117 Paesi del mondo.

Diversi sono stati i temi trattati durante i 4 giorni del congresso: dalle strategie nutrizionali per l'atleta alle modifi-

cazioni endocrine durante l'attività sportiva, dal doping alla riabilitazione post-infortunio, dall'imaging in ambito medico sportivo alle basi genetiche e biomolecolari delle prestazioni sportive di alto livello, dalle numerose recenti scoperte sui processi alla base dell'invecchiamento alla lotta contro l'obesità.

Il tema maggiormente dibattuto è stato la "prescrizione dell'esercizio fisico", ovvero l'utilizzo dell'attività fisica come prevenzione primaria, secondaria e terziaria, di patologie quali ipertensione, diabete mellito II, obesità, sindrome coronarica acuta, osteoartrite, depressione, osteoporosi. Utilizzando moderne metodiche nella valutazione della capacità del soggetto di svolgere attività fisica (per esempio tramite test cardio-polmonare), il medico sportivo individua le corrette modalità (quantità, durata, frequenza) di attività fisica che il soggetto in esame deve svolgere per trarne il massimo beneficio, evitando gli effetti dannosi da *surmenage*.

«L'esercizio fisico, per ottenere benefici, - come riporta il professor Casasco su un recente comunicato stampa dell'FMSI - deve essere prescritto e somministrato





Prove di respirazione sotto sforzo

nella giusta dose, indicando intensità, durata ed eventuali limitazioni. Lo specialista in medicina dello sport ne rappresenta il medico competente proscrittore. L'allenamento, se praticato a livello sottomassimale, risulta essere inutile, ma se praticato a livello sopramassimale può essere dannoso se non addirittura pericoloso. L'efficienza fisica, parametro fondamentale per il medico specialista in medicina dello sport, è il principale indicatore di salute che la Federazione Medico Sportiva Italiana vuole introdurre, al pari degli altri valori clinici, migliorabile attraverso un *training* adeguato, individuale e soggettivo oltre ad una corretta alimentazione e stile di vita».

XXXII WORLD CONGRESS OF SPORTS MEDICINE - Final Programme

ROMA
27-30 September
2012
Rome Cavalieri Congress Center

fmsi XXXII WORLD CONGRESS of SPORTS MEDICINE fims

Sports Medicine, the challenge for global health: *Quo Vadis?*

ALBUM STORICO DEL CANTANTE GENOVESE

Non al denaro non all'amore né al cielo I vizi degli uomini cantati da De André

A cura di Francesco Bustio Dettori

Ci sono bei libri da cui si producono film orribili, ci sono libri mediocri che portano alla proiezione di belle pellicole. Più raro è trovare dischi tratti interamente da un'opera letteraria. Prima di parlare di "Non al denaro, non all'amore, ne' al cielo" (1971) di Fabrizio De André, occorre necessariamente fare un passo indietro, esattamente al 1943, quando Fernanda Pivano, grande amica di Faber (così era noto De André), tradusse la "Antologia di Spoon River" (scritto fra il 1914 e il 1915 da Edgard Lee Masters), e mai importato prima di allora in Italia a causa dell'ostracismo imposto dal regime fascista verso la letteratura americana. In questo libro (che la Pivano ricevette in lingua originale da Cesare Pavese), le lapidi del cimitero di Spoon River rievocano le esistenze delle persone che giacciono sotto di esse, raccontando la vita passando attraverso, la morte. De André, su suggerimento del paroliere Sergio Bardotti, decise allora di comporre un disco che diventò una ricerca sui piccoli vizi e difetti degli uomini, che si svelano quando ormai la vita è andata via. Accanto a De

André si crea un manipolo di musicisti esperti e fidati come Edda dell'Orso e Bruno Battisti D'Amario, rispettivamente voce e chitarra preferite dal maestro Ennio Morricone, Vittorio De Scalzi dei New Trolls, e tanti altri che aiutarono la voce e la chitarra di Faber a tessere la tela del disco.

"*Dormono sulla collina*" è l'introduzione: una semplice chitarra sorretta da interventi orchestrali puntuali e precisi, affida alla morte una sorta di giustizia definitiva. Generali, matti, lavoratori del braccio e della mente alla fine sono tutti lì, in quella collina indifferente alla vita passata. "*Un matto (dietro ogni scemo c'è un villaggio)*" segue dappresso, con un andamento allegro che incornicia il testo pieno di invidia malinconica per la vita dei normali, ma che vede alla fine la presunta pazzia trionfare sulla presunta normalità.

L'acume de "*Il Giudice*" rappresenta sicuramente l'episodio più celebre del disco, in cui l'invidia si trasforma in vendetta al ritmo di un contrappunto bassistico che impregna tutta la canzone. "*Un blasfemo (dietro ogni blasfemo c'è un giardino incantato)*" è dominata da atmosfere pacifiche, flauti e clavicembali, che raccontano la storia di un uomo ucciso da



“due guardie bigotte” che gli “cercarono l’anima a forza di botte”. *“Un malato di cuore”* è forse il capitolo più commovente dell’opera, con il personaggio principale che vince l’invidia per la vita normale degli altri grazie all’amore, la sua ultima emozione prima che “l’anima prendesse il volo”, il tutto spiegato su un tappeto di arpeggi di chitarra acustica. *“Un medico”*, con il suo andamento saltellante descrive la parabola di un dottore, che da bambino voleva guarire i ciliegi dai fiori insanguinati, ma diventa un truffatore dopo aver curato in maniera gratuita i poveri della città, senza mai guadagnare niente. La seguente *“Un chimico”*, fra atmosfere quasi country, narra una storia dove il protagonista comprende come gli elementi si coniughino fra loro ma non capisce i rapporti fra le persone. *“Un ottico”*

con le sue sperimentazioni sonore di deriva *progressive* racconta di un venditore di lenti che vorrebbe dare agli uomini la visione di un mondo felice; secondo un’interpretazione la composizione potrebbe essere la metafora di un venditore di droghe allucinogene.

Il passo finale è affidato a *“Il suonatore Jones”* un flautista “sorpreso dai suoi novant’anni” che non rimpiange niente della propria vita fatta di note, immortalato in una splendida ballata. Ogni singola traccia pare quasi accarezzata dalla voce di Faber, che mette assieme un concept album storico, di grande impatto emotivo, che tiene quasi sospesi per l’attualità delle composizioni e delle parole, che si sposano in nome dell’insondabile mistero che circonda la nostra vita e la sua fine.



Fabrizio De Andrè al lavoro

DAL RAPPORTO ISTAT 2012

Servizi sanitari: qualità, appropriatezza efficacia, soddisfazione, disomogeneità

Il Rapporto annuale ISTAT 2012 di recente pubblicazione, nell'esaminare i vari aspetti socio-economici del Paese, analizza spesa, dotazione e qualità dei servizi sanitari.

Nel 2010 il Servizio sanitario nazionale ha speso 111.168 milioni di euro, pari a 1.833 euro pro capite. A livello regionale, si osserva uno scarto di circa 500 euro pro capite tra la provincia autonoma di Bolzano, che spende mediamente 2.191 euro per ogni residente, e la Sicilia, che ne spende 1.690.

Il "Patto della salute 2010-2012" aveva stabilito, come parametri di riferimento, una quota pari al 5% delle risorse complessive da destinare all'assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro; (come vaccinazioni screening tutela dai rischi sanitari e infortunistici) una pari al 51% all'assistenza distrettuale (ricomprende l'assistenza specialistica ambulatoriale, l'assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale, e altre tipologie di assistenza territoriale quali l'assistenza riabilitativa, i centri dialisi, gli stabilimenti idrotermali, i centri di salute mentale, i consultori materno-infantili e i centri distrettuali). e il restante 44% per l'assistenza ospedaliera.

Rispetto a questa ripartizione delle risorse, solo Piemonte, Emilia-Romagna e Toscana presentano una distribuzione della spesa sanitaria molto prossima ai parametri di riferimento, mentre per le altre regioni le risorse risultano ancora troppo spostate verso l'assistenza ospedaliera (soprattutto Lazio, Abruzzo e Sicilia) a discapito delle attività di promo-

zione della salute e dell'assistenza distrettuale.

I principali squilibri tra regioni si osservano, in particolare, per i servizi preposti alla presa in carico di pazienti cronici e alla gestione della post acuzie, in larga misura rivolti agli anziani ed ai disabili.

L'assistenza domiciliare integrata (Adi), assicura la presa in carico di pazienti (principalmente anziani) costretti al domicilio per prestazioni di medicina generale, di medicina specialistica, per prestazioni infermieristiche e riabilitative, ma anche per prestazioni di assistenza sociale (aiuto domestico da parte dei familiari o del competente servizio delle aziende). Il numero di anziani trattati per ogni 100 residenti di 65 anni e oltre, è andato fortemente aumentando nel tempo, passando da 2,0 nel 2001 a 4,1 nel 2010.

Per questo, nell'ambito degli "Obiettivi di servizio" previsti nel Quadro strategico nazionale (Qsn) 2007-2013 per le regioni del Mezzogiorno la quota di anziani beneficiari di assistenza domiciliare integrata dovrebbe diventare pari al 3,5 per cento.

Ad eccezione di Abruzzo e Basilicata, tutte le regioni meridionali presentano valori al di sotto del target: in particolare, in Puglia e Sicilia gli anziani trattati in Adi sono circa la metà rispetto all'obiettivo fissato.

Passando all'analisi della qualità dei servizi sanitari, emerge un chiaro divario tra Centro-Nord, mediamente più efficiente ed efficace, e Sud, anche se le dif-

ferenze tra i diversi territori variano a seconda della dimensione della qualità che viene esplorata. In particolare, per gli aspetti di efficienza è stato calcolato un indicatore di ospedalizzazione “potenzialmente inappropriata”, il quale fornisce una misura delle giornate di degenza che potrebbero essere eliminate con una migliore assistenza extra-ospedaliera.

Nel 2010 il tasso di giornate di degenza per ospedalizzazione potenzialmente inappropriata, standardizzato per età, è pari a 80,3 giornate per mille residenti per gli uomini e a 62,4 per le donne. A livello regionale non si riscontra una netta dicotomia tra Nord e Sud: infatti, Puglia, provincia autonoma di Bolzano e Sardegna sono le aree con elevata ospedalizzazione potenzialmente inappropriata, mentre tra le regioni più virtuose si collocano Piemonte, Toscana e Valle d'Aosta.

Con riferimento alla qualità dell'assistenza ospedaliera, sono stati considerati indicatori di appropriatezza clinica basati sugli interventi che l'Agenzia americana per la ricerca e la qualità dell'assistenza sanitaria (Ahrq) ritiene necessario monitorare per minimizzare il rischio di un loro utilizzo inappropriato. In particolare, sono stati considerati gli interventi di colecistectomia laparoscopica, le prostatectomie transuretrali, le isterectomie e i parti cesarei.

La percentuale di parti cesarei è l'unico indicatore che presenta una spiccata caratterizzazione territoriale, con valori significativamente più bassi della me-

dia al Centro-Nord (con l'eccezione del Lazio) e valori più elevati al Sud.

Una concentrazione nelle regioni del Centro-Nord si osserva anche quando si considerano gli aspetti di efficacia, quali l'ospedalizzazione potenzialmente prevenibile e la mortalità riconducibile alle cure sanitarie, indicatori questi riferiti alla popolazione con meno di 75 anni.

La prima comprende quei ricoveri che potrebbero essere contrastati attraverso azioni di prevenzione primaria. E il relativo tasso di giornate di degenza standardizzato per età, è pari a 95,8 giornate per mille residenti per gli uomini e a 42,8 per le donne.

Su undici regioni che presentano valori superiori alla media nazionale, sei appartengono al Mezzogiorno. La mortalità riconducibile alle cure sanitarie è stata definita

internazionale come l'insieme delle cause di morte per le quali sono riconosciute attività efficaci di prevenzione secondaria e/o interventi diagnostico-terapeutici, che riducono il rischio di morte se somministrati in maniera appropriata e tempestiva. Si tratta, quindi, della componente della mortalità che può essere ricondotta all'azione dei servizi sanitari, cioè i decessi prematuri (prima dei 75 anni) che non dovrebbero verificarsi in presenza di cure efficaci e tempestive.

Anche in questo caso le regioni con i valori peggiori dell'indicatore sono quasi tutte situate nel Mezzogiorno: in particolare, per gli uomini il tasso di mortalità evitabile per cure sanitarie presenta valori superiori alla media nazionale in tutte



Tempio, preventorio antitubercolare



Tempio, motrice ferma sui binari

le regioni meridionali eccetto la Puglia, mentre per le donne i valori più elevati si registrano in Campania, Puglia, Calabria e Sicilia.

Anche per quanto riguarda gli aspetti soggettivi della qualità, dall'indagine Istat "aspetti della vita quotidiana", emerge una netta discrepanza tra Centro-Nord e Sud del Paese.

In relazione alla soddisfazione per i servizi ospedalieri (assistenza medica, assistenza infermieristica, servizi igienici) rilevata tra coloro che hanno subito almeno un ricovero nei tre mesi precedenti l'intervista, nel 2011 il 39% delle persone hanno dichiarato di essere molto soddisfatte sia per l'assistenza medica che per l'assistenza infermieristica, mentre la soddisfazione per i servizi igienici è pari al 31%.

Per tutti e tre questi aspetti, si rileva una spiccata variabilità regionale: in tutte le regioni del Nord (con l'eccezione della Liguria) l'indice di gradimento è più ele-

vato della media; al Centro solo l'Umbria presenta valori di soddisfazione più elevati della media per tutti e tre gli aspetti, mentre al Sud la scontentezza per i servizi ospedalieri è molto diffusa e in alcune regioni riguarda l'80-90% delle persone che hanno subito un ricovero. Analizzando congiuntamente gli indicatori di compiacimento con i dati relativi alla mobilità ospedaliera interregionale, appare evidente come, sebbene una quota di tale mobilità sia attribuibile alla vicinanza geografica di strutture situate in una regione diversa da quella di residenza, lo spostamento sia generalmente determinato da una carenza di offerta di servizi ospedalieri, o meglio di una offerta adeguata al bisogno di salute del paziente.

Nel 2010 le dimissioni in regime ordinario di pazienti ricoverati in una regione diversa da quella di residenza sono state 555 mila (il 7,7% del totale), mentre per il solo day hospital le dimissioni sono state oltre 226 mila, il 7,5% del totale.

RILEVAZIONI DELLA CONFERENZA NAZIONALE DEI CORSI DI LAUREA

Medicina si mantiene stabile lieve calo per le professioni

Si interrompe il trend positivo delle domande sulle lauree per le professioni sanitarie. Da quest'anno si verifica una lieve flessione (-3,1%) sulle 123.419 domande dello scorso anno su 27.368 posti a bando. All'esame dell'11 settembre nelle 28 Università statali si sono presentati 114.748 studenti del totale dei 119.618. Una parte di questi (4.870) ha già espletato nei giorni scorsi l'esame di ammissione nelle tre Università non statali di Milano S. Raffaele, Roma Cattolica e Roma Campus per un totale di 1.118 posti. Il calo di domande nelle private (-25%) è superiore a quelle delle statali (-2%).

Stabile invece la situazione a medicina. Sono 76.912 le domande presentate presso le 38 Università statali per i corsi di laurea in medicina e chirurgia (9.617 posti) e in odontoiatria (866), per un totale di 10.483 posti. Ma all'esame di ammissione del 4 settembre si sono presentati in 70mila, il 10% in meno come di solito accade ogni anno. Sommando alle Università statali le private e i corsi in inglese si arriva a un totale di 11.104 posti con 97.153 domande presentate, per un rapporto di 8,7, quasi lo stesso rapporto dello scorso anno quando su 11.205

posti le domande furono 98.083.

Di conseguenza, le differenze sono davvero minime sia sui posti con 101 (-0,9%) che sulle domande con 930 (-0,9%).

La rilevazione dei dati è stata condotta da Angelo Mastrillo per la Conferenza nazionale dei

corsi di laurea delle professioni sanitarie, grazie alla diretta collaborazione delle segreterie studenti di tutte le Università.

Il calo di domande nelle professioni sanitarie, in totale di circa 3.700, riguarda soprattutto la professione di tecnico di radiologia con -1.880 su 10.730 dello scorso

anno (-17%) e infermiere con 1.360 su 44.148 (-3,1%). Segno di un inizio di crisi occupazionale che comincia ad emergere anche se con valori minimi, con progressivo trend negativo negli ultimi 4 anni. E' un dato rilevato anche da Alma Laurea, che sul tasso occupazionale a un anno dalla laurea evidenzia un calo generale dell'11 %, da 86% del 2007 a 75% del 2010, stesso valore per l'infermiere che passa dal 94% del 2007 all'83% del 2010. Ancora maggiore è il calo per il tecnico di radiologia che scende dal 93% del 2007 al 57% del 2010, con un differenza di ben 36 punti percentuali, il più alto in assoluto tra i 22 profili.



Tempio, alle fonti di Rinaggio



Tempio, interno della stazione ferroviaria

Per medicina invece alcuni studenti hanno già superato l'esame di ammissione sui 621 posti nelle tre Università private di Roma Cattolica (350), Roma Campus (120) e Milano S. Raffaele (176), che, hanno espletato gli esami rispettivamente l'11 aprile, il 29 e 30 agosto, con ben 15.872 domande presentate. In genere, questi sono gli stessi studenti che concorrono anche sulle Università statali e su quelle con i corsi in lingua inglese dove quest'anno sono aumentate le sedi - da 4 a 7 - e i posti - da 152 a 238 - ricevendo in tutto 4.369 domande. Per questi l'esame era fissato al 5 settembre. Rispetto al dato medio, se si analizzano i dati per ogni ateneo emergono differenze

notevoli. A esempio gli aumenti del 21% su Catania e Palermo, 19% a Roma Tor Vergata, 11% di Pavia e Firenze e 9% di Torino e Ancona, rispetto a significative riduzioni del 42% di Siena, del 28% di Parma e l'Aquila, e del 19% di Genova e Ferrara. Con valori inferiori troviamo Messina 8%, e Bologna e Napoli Federico II con 6%.

Mentre le differenze a livello di Regione registrano aumenti nel Lazio (+14%), in Sicilia (+12%) e Piemonte (+7%) rispetto alle riduzioni in Abruzzo (-18%), Emilia Romagna (-15%) e Toscana (-12%). Nessuna differenza invece in Lombardia con 14.66 domande e differenza minima appena +2% su 15.002 domande.

CONFERMA DEL PROGRESSIVO INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE

Libro bianco sulla salute dei bambini Fra i sovrappeso cresce la Sardegna

L'Italia non è un "Paese per bambini", che sono pochi e anche tendenzialmente obesi ma nonostante questo, comunque, in condizioni di salute complessivamente buone. È questo il quadro, non del tutto roseo, che emerge dal primo Libro bianco 2011.

La ricerca contenuta nel libro bianco sulla salute dei bambini è un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione pediatrica italiana fino a 18 anni di età e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane ricevuta da questa importante fetta di popolazione, che rappresenta il futuro del Belpaese.

Publicato dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, che ha sede presso l'Università Cattolica di Roma, in collaborazione con la Società italiana di pediatria (Sip), presieduta dal professor Alberto Ugazio, e coordinato dal professor Walter Ricciardi, direttore dell'Istituto di Igiene della Facoltà di Medicina e Chirurgia, il Libro Bianco mette in evidenza non pochi elementi di criticità.

La contrazione della spesa sociale per la maternità e la famiglia, sia a livello nazionale che locale, è forse uno degli aspetti più preoccupanti insieme a quello della denatalità e ai numerosi problemi che continuano a rendere non equa e scarsamente efficace l'assistenza socio-sanitaria ai bambini migranti.

Basti pensare che dal 1871 al 2009 la natalità si è quasi dimezzata (-74,25%) e attualmente si assesta al

9,5%, cioè nascono 9,5 bebè ogni 1000 abitanti, contro, solo per fare qualche esempio, 12,8% della Francia, 10,8% della Spagna, 12% della Svezia e 12,8% del Regno Unito. Il livello della fecondità è in lieve aumento grazie all'apporto delle donne straniere. L'Italia ha un volto sempre più vecchio, infatti, sebbene la popolazione italiana dal 2001 al 2010 sia aumentata del 5,9%, tale incremento non ha interessato la fascia di età 0-18 anni che, invece, è diminuita del 2,64%.

Questi dati confermano il rapido processo d'invecchiamento che si sta delineando nel nostro Paese. A livello territoriale, la percentuale maggiore di giovani under-18 anni (21,6%) si registra in Campania che, ormai da anni, detiene il record di regione "più giovane". Valori elevati vengono riscontrati anche nella Provincia autonoma di Bolzano (21%), in Sicilia (20,2%) e in Puglia (19,6%). Al contrario, la Regione con la struttura per età meno sbilanciata verso la classe "giovane", è la Liguria che presenta il dato più basso (14,6%) e che, da anni, risulta essere la regione "più vecchia". Seguono il Friuli Venezia Giulia (15,7%), la Toscana (15,9%) e, a pari merito, il Piemonte e la Sardegna (16,1%).

In più, l'Italia è uno dei Paesi europei dove i livelli di fecondità totale, seppur in crescita, risultano tra i più contenuti. Nel 2008, è stato pari a 1,4 figli per donna. Tale valore, anche se in lieve aumento rispetto agli anni precedenti (+0,1

per cento rispetto al 2000), risulta, comunque, inferiore al livello di sostituzione (circa 2,1 figli per donna) che garantirebbe il ricambio generazionale.

Dal Libro Bianco emerge chiaramente l'incremento delle nascite da cittadini stranieri, sia con uno che con entrambi i genitori stranieri, soprattutto a partire dall'anno 2003. La quota più elevata è quella dei nati da madre straniera. Questo indicatore, che nel 1999 era pari a 5,4%, si attesta nel 2008 a 15,9%. Le regioni del Nord sono nel 2008 quelle con la più elevata incidenza di nati da almeno un genitore straniero. Al contrario, nelle regioni del Mezzogiorno la quota di nati con almeno un genitore straniero risulta non solo inferiore al dato nazionale ma estremamente contenuta. Sono i romeni, la prima comunità per presenza (20,5%), a ge-

nerare il più alto numero di nati tra gli stranieri (17,2%). Al secondo posto la comunità marocchina con il 16,9%. Segue la comunità albanese con il 12,6%.

I bambini più "in linea" sono quelli del Nord, quelli con più problemi di bilancia vivono nel Centro-Sud. Le regioni che nel 2010 presentano i valori maggiori per quanto riguarda il sovrappeso sono: l'Abruzzo (28,3%) seguito dalla Campania (27,9%) e a pari merito da Molise e Basilicata (26,5%). Per quel che attiene

all'obesità le regioni maggiormente interessate dal fenomeno sono la Campania (20,5%), la Calabria (15,4%) e il Molise (14,8%). Nelle Province Autonome, invece, si registrano i valori minori (sovrappeso PA di Bolzano 11,4%; obesità PA di Trento 3,5%).

Dal confronto dei dati 2008-2010 si evidenzia nelle regioni Centro-settentrionali (a eccezione del Veneto che presenta una tendenza opposta, dovuta alla notevole riduzione del numero di soggetti obesi che determina l'aumento dei soggetti in sovrappeso) una riduzione dei

tassi di sovrappeso che oscilla tra il -17,9% del Friuli Venezia Giulia e il -1,5% del Piemonte. Gli incrementi, invece, riguardano il Sud, tranne la Sicilia dove il trend è in diminuzione (-4,1%). La regione che ha registrato l'aumento più alto è la Sardegna (+11,2%). Per

l'obesità tra 2008-2010 si registra una diminuzione nelle regioni Centro-meridionali, a eccezione della Toscana e della Basilicata (rispettivamente con +1,4% e +3,7%) e della Sicilia i cui valori risultano stabili.

Tra le regioni del Nord, che presentano un trend in aumento, da evidenziare è la tendenza controcorrente del Veneto (-4,1%), ma soprattutto della Valle d'Aosta che presenta anche la maggiore riduzione in assoluto pari a -31,1%.



Stazione di Tempio, dipinti di Giuseppe Biasi

Florilegio

a cura di Antonio Pinna



Non sono infrequenti gli aforismi popolari che mutuano la terminologia medica o fanno riferimento alla medicina in generale, per esprimere, ironicamente, i concetti più disparati. Ecco una breve esposizione di *diccios* (detti) gentilmente raccolti, per trasmissione orale, da Marco Falchi in Pozzomaggiore (SS).

Innantis sunt sas dentes, pustis sos parentes. (Prima vengono i denti, poi i parenti)
Favorisci prima i tuoi, e poi gli altri, se puoi.

Nàschidu cum sas dentes. (Nato coi denti)
Dicesi quando uno nasce nelle agiatezze. Talvolta si aggiunge *che-i su porcheddu*, perché il porchetto nasce coi denti.

Non giughet dentes, non at fattu dentes. (Non possiede denti, non sono erotti i denti)
Dicesi ironicamente di persona che finge di essere innocente, incapace di nuocere.

Dentes biancas zente sana. (Denti bianchi, gente sana)
Chi mantiene in ordine il proprio aspetto fisico gode di salute generale nella mente e nel corpo.

Nàschidu cum dentes, morit cum casciales. (Nato con i denti e morto con i molari)
Dicesi di persona che nasce nella bambagia e muore in povertà dopo aver dilapidato il patrimonio.

Nascher in bona dicia, est nascher cum sas dentes. (Nascere in buona fortuna è nascere coi denti)
Si riferisce a persona particolarmente fortunata perché nata in condizioni favorevoli.

Meighina et giustitia, iscuru a chie la chircat. (Medicina e giustizia, misero è chi la cerca)

Se si va a cercare il medico si è ammalati, se si incontra la giustizia (in sardo forze dell'Ordine) si è caduti in disgrazia.

Piscia a nettu et riedi de su meigu. (Urina in maniera pulita e ridete del medico)
Se siete sicuri di aver ben operato, non dovete nutrire alcun timore.

“A nde cheres?” si narat a sos malaidos o ad sos de s'ispidale! (“Ne vuoi?”
si dice agli ammalati o a quelli dell'ospedale)
Modo scherzoso di rispondere a chi offre bevande o alimenti, premettendo: Ne vuoi?

Bacheca annunci

La Sig.na Melone Sara comunica la propria disponibilità per un impiego presso strutture odontoiatriche in qualità di assistente alla poltrona. Tel 3476775283

La Sig.na Doppiu Irene comunica la propria disponibilità per un impiego presso strutture odontoiatriche in qualità di assistente alla poltrona. Tel 3495448897

La Sig.ra Sanciu Laura comunica la propria disponibilità per un impiego presso strutture odontoiatriche in qualità di assistente alla poltrona. Tel 3479072199 - foggy74@hotmail.it

Il Dott. Pinna Marco comunica la propria disponibilità per un impiego presso strutture odontoiatriche in qualità di Igienista Dentale Tel 3491390505 - angus982@hotmail.com

Il Dott. Sanna Marco comunica la propria disponibilità per un impiego presso strutture odontoiatriche in qualità di Igienista Dentale Tel. 3491308398

La Dott.ssa Cherchi Maria Serena comunica la propria disponibilità per un impiego presso strutture odontoiatriche in qualità di Igienista Dentale Tel. 3466780112

Proroga Corsi FAD



Si comunica che sono stati prorogati i termini entro i quali è possibile partecipare ai corsi FAD promossi dalla FNOM-CeO e dall'IPASVI in collaborazione con il Ministero della Salute.

I due corsi ancora attivi, "Audit Clinico" e "Sicurezza dei Pazienti e degli Operatori" possono essere seguiti nelle modalità online o via fax entro il 31.12.2012.

Per partecipare ai corsi online è necessario iscriversi alla piattaforma FAD in Med all'indirizzo internet

<http://application.fnomceo.it/Fnomceo/public/registrazioneUtenteFadIn-Med.public>

Per partecipare alla modalità via fax si possono richiedere gli appositi quaderni di studio a disposizione presso la sede dell'Ordine.

Attivazione PEC: rilascio gratuito presso l'Ordine



Si rinnova l'invito agli iscritti, che non avessero ancora provveduto, a recarsi presso l'Ordine per il ritiro della Casella di Posta Elettronica Certificata. L'attivazione della casella PEC consente di inviare e ricevere documenti in sicurezza e di dare valore legale alla trasmissione dei messaggi.

**ELENCO DEI MEDICI DISPONIBILI AD EFFETTUARE SOSTITUZIONI
DI ASSISTENZA PRIMARIA E DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA
ANNO 2012**

N.	Assistenza Primaria	Pediatria	Cognome e nome	Anno laurea	Indirizzo	Cap-Città	Telefono	Cellulare
	SI	NO	Bagella Caterina Francesca	2005	Via Aimo 11-13	07100 Sassari	079/275337	347/7207604
	SI	NO	Battino Silvia	2007	Via Civitavecchia 24	07100 Sassari		348/9277369
	SI	SI	Becciu Laura	2011	Via Parigi 15	07100 Sassari		340/1016865
	SI	NO	Bouzios Dimitrios	2011	Via Alghero 53	07100 Sassari		347/4248966
	SI	NO	Brichetto Giovanna	1996	Via Ugo Foscolo 33	07041 Alghero	079/979098	340/7905249
	SI	NO	Caldarulo Emmanuele L.	2007	Via Vienna 9	07100 Sassari	079/219609	340/6723266
	SI	NO	Carta Alessandra	2009	Via Budapest 26	07100 Sassari		340/5438579
	SI	NO	Cherchi Claudio	2011	Via Carso 37	07100 Sassari		340/7958205
	SI	NO	Colosseo Paolo	2005	Via Gavino Cherchi 4	07100 Sassari	079/398778	348/5794473
	SI	NO	Congiu Agostino	2011	S.V. La Gruzitta 7 Funtani 38 G	07100 Sassari	079/277456	333/2186820
	SI	NO	Delaria Ada Bianca	2007	Via Rizzeddu 17	07100 Sassari		328/0534901
	SI	NO	Dettori Maria Sabina	2011	Via Torres 10	07100 Sassari		349/7265612
	SI	NO	Dettori Mario	2012	Loc. Caraddu snc	07029 Tempio P.	079/670437	349/3157079
	NO	SI	Durgali Ilaria	2003	Via Enrico Besta 16/c	07100 Sassari		338/1784345
	SI	NO	Fancellu Laura	2006	Via Cordedda 13	07100 Sassari	079/219196	349/3521582
	SI	SI	Frongia Anna Lia	2011	S.P. 018 Sassari- Argentiera 92	07100 Sassari		347/1843291
	SI	SI	Greco Costantina	1988	Reg.La Rucchetta- Castiglia	07041 Alghero	079/952569	335/6816118
	SI	SI	Ibba Antonio	2012	Via Cottoni 51	07037 Sorso	079/351487	349/4341723
	SI	SI	Landolfi Stefano Iscritto O.M.C.eO. di Benevento	2010	Via San Cristoforo 21	07100 Sassari		340/9605877

	SI	NO	Maciocco Maria Antonietta	2005	P.zza Duomo 6	07100 Sassari	338/7322274
	SI	NO	Marteddu Tomaso	2007	Via Rizzeddu 17	07100 Sassari	328/0550674 328/0534901
	SI	NO	Masala Maristella Salvatora	2009	Via Diaz 8	07100 Sassari	079/275859 3883053161
	SI	NO	Masia Antonio Francesco	2011	Via Rockefeller 26	07100 Sassari	349/5661778
	SI	SI	Murdeu Luisa	2011	Corso Angioi 25/I	07100 Sassari	348/5912124
	SI	NO	Mureddu Valerio Alessandro	2011	Via Galileo Galilei 5	07100 Sassari	349/8020443
	SI	NO	Murgia Carlo	1996	Via S. Coradduzza 49	07100 Sassari	347/3127209
	NO	SI	Murgia Paola	2003	Via Parigi 8	07100 Sassari	320/6555833 349/6718714
	SI	NO	Pistidda Laura	2011	Via Rep. Romana 2	07100 Sassari	348/7722734
	SI	NO	Putzu Chiara Ester	2012	Via Puglie 38	07026 Olbia	340/8875003
	SI	NO	Ruzzettu Giovana Ilaria	2012	Via Buonarroti 14	07046 Porto Torres	328/2835303
	SI	NO	Satta Paolo	2011	Via G. Amendola, 60	07100 Sassari	349/5251377 320/0538625
	SI	NO	Soddu Viviana	2006	Via Saccargia 48	07040 Codrongianos	349/7244141
	SI	NO	Soro Emilio	2011	Via Michele Moro	07026 Olbia	329/7912201
	SI	NO	Tavera Francesca	2011	Via IV Novembre 166	07044 Ittiri	349/0898221
	SI	NO	Vaira Luigi	2011	Via Pietro Canalis 12	07100 Sassari	340/1846168

Aggiornato al 25.09.2012

