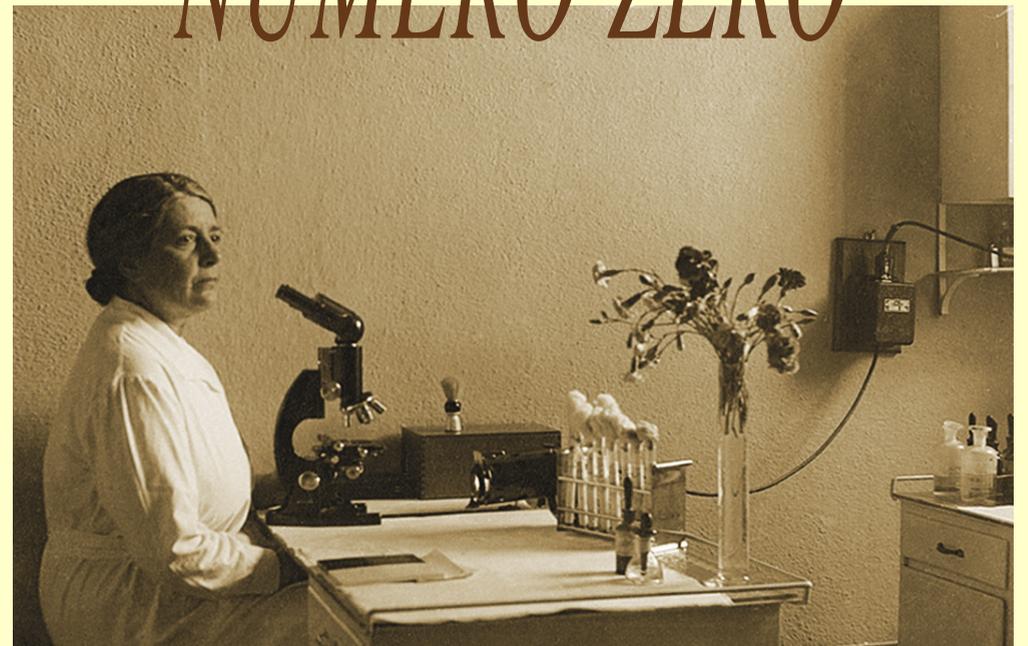




**BOLLETTINO UFFICIALE**  
**DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI**  
**DELLA PROVINCIA DI NUORO E DELL'OGLIASTRA**

*NUMERO ZERO*



*Adelasia Cocco, medico condotto.*

(SPEDIZIONE IN ABBONAMENTO POSTALE - ART. 2 COMMA 20 - LETT. C - L. 662/1996 FILIALE DI NUORO)

[WWW.ORDINEMEDICINUORO.IT](http://WWW.ORDINEMEDICINUORO.IT)

ordmednu@tuttoptmi.it

Organo Ufficiale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri  
della Provincia di Nuoro e Ogliastra  
AUTORIZZAZIONE DEL TRIBUNALE DI NUORO N. 4/98/1139/98 DEL 22.09.98

*Direttore Responsabile: Dr. Luigi Arru*

*Redazione:*  
**Dr. Maurizio Binotti**  
**Rag. Giulio Antonio Mingioni**

*Hanno collaborato:*  
**Dr. Antonio Bussalai**  
**Dr. Gianluca Doa**  
**Dr. Mario Usala**

## Sommario

1. Perché numero zero, editoriale del presidente . . . . .	pag. 1
2. Inaugurazione dell'Anno Sanitario 2006 . . . . .	» 3
3. Ricordo del Dr. Giuseppe Pilia . . . . .	» 9
4. Ricordo del Dr. Gavino Sedda . . . . .	» 11
5. Lo studio ERA: mortalità evitabile e politiche sanitarie . . . . .	» 13
6. Master and back . . . . .	» 17
7. Guardie Mediche: sicurezza e decoro . . . . .	» 18
8. Certificazioni mediche, parte prima . . . . .	» 23
9. Lettera aperta: riflessioni di un medico di base . . . . .	» 26
10. ONAOSI: brevi cenni, contribuzioni, prestazioni . . . . .	» 28
11. Che cos'è l' EMPAM . . . . .	» 34
12. Comunicati della Segreteria . . . . .	» 36
13. Programma Corso di Aggiornamento ECM . . . . .	» 39

### CONSIGLIO DIRETTIVO

Dott. Luigi Arru *Presidente*  
Dott. Pietro Delrio *Vice Presidente*  
Dr.ssa Maria Maddalena Giobbe *Segretario*  
Dott. Mauro Mazza *Tesoriere*

### CONSIGLIERI

Dott. Maurizio Binotti  
Dr.ssa Raffaella Cabiddu  
Dr.ssa Rosa Maria Caliandro  
Dr.ssa Franca Carboni  
Dott. Giovanni Antonio Dalu  
Dott. Gianfranco Temussi (Odontoiatra)  
Dr.ssa Rita Costa (Odontoiatra)

### COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI

Dr.ssa Rita Costa *Presidente*

#### COMPONENTI

Dott. Walter Pili  
Dott. Pasquale Merlini  
Dott. Claudio Puddu  
Dott. Gianfranco Temussi

### COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Dr.ssa Bruna Maria Caria *Presidente*  
Dr.ssa Ritalba Gioia *effettivo*  
Dott. Giovanni Mariani *effettivo*  
Dott. Mario Putzu *supplente*

# EDITORIALE DEL PRESIDENTE

## Perché numero zero

---

*Cari colleghi,*

a tre anni dalla cessata pubblicazione dell'Organo di informazione dell'Ordine dei Medici ed Odontoiatri della Provincia di Nuoro, il Consiglio recentemente eletto per il triennio 2006/2008 ha deciso di provvedere nuovamente ad una informazione cartacea rivolta agli iscritti. Perché tre anni di silenzio? Tre anni fa le Poste Italiane decisero di sospendere le tariffe speciali per la spedizione delle riviste e, fatti due calcoli, ci rendemmo conto che i costi di pubblicazione e di spedizione erano eccessivi per le nostre finanze, soprattutto in considerazione del fatto che molte copie venivano rese al mittente e che molti colleghi confessavano che il giornale finiva nel cestino della carta straccia dopo una rapida occhiata, testimoniando così che esso riusciva ad interessarli che superficialmente, non sappiamo se per i contenuti, per la veste grafica o per mero disinteresse dei lettori stessi. Si decise allora, alla luce di queste evidenze, di investire nella informatizzazione, creando un sito internet che ha l'obiettivo di garantire una modalità dinamica e costantemente aggiornata di comunicazione.

I dati mostrano che il sito internet non è visitato costantemente e che il numero di coloro che hanno collaborato, dopo la fase di iniziale entusiasmo, si è drasticamente ridotta. Avevamo invitato tutti gli iscritti ad indicarci il loro indirizzo di posta elettronica per dare un'informazione corretta e costante, ma, ahimè, solo il 10% dei colleghi (140) ha risposto, e di questi solo una parte molto piccola usa giornalmente internet e posta elettronica. Naturalmente non vogliamo abbandonare il sito e, nell'epoca dell'informatizzazione di massa, non comprendiamo la ragione di tanta riluttanza ad usare la posta elettronica ed internet come fonte di informazione e di partecipazione alla vita comune e professionale. Vorremmo comunque dare un'ulteriore chance alla carta stampata seguendo in parte il modello del precedente bollettino, che conteneva numerose informazioni amministrative, puntando nel contempo a creare un notiziario che stimoli la partecipazione dei colleghi e permetta lo scambio di opinioni sui problemi della sanità e della nostra professione.

Avrete notato subito che questo numero lo abbiamo chiamato NUMERO ZERO. Ciò sta ad indicare che vogliamo fare una sorta di prova generale (in analogia alla puntata zero delle trasmissioni televisive) che ci auguriamo possa essere di stimolo per tutti voi, trattandosi di un esperimento che continuerà laddove si verificasse un positivo riscontro. Per positivo riscontro intendiamo che dovremmo

poi considerare degli indicatori che ci diano un'idea su quanto la nuova pubblicazione possa essere di reale stimolo alla partecipazione attiva alla vita dell'Ordine o quantomeno su quanto venga letta. Vi invitiamo cortesemente, pertanto, a comunicarci le vostre proposte sul bollettino in generale e a fornirci contributi su argomenti specifici in particolare (tali da aprire un dibattito sul bollettino stesso e un forum sul sito dell'Ordine) per iscritto, di persona o (soprattutto) via e-mail. In base al numero delle risposte decideremmo se proseguire. La redazione è costituita da pochi individui che potranno continuare con questa sorta di volontariato solo se riceveranno un aiuto fattivo da parte vostra.

Comunque vada tutti noi vi ringraziamo e auguriamo i nostri più sinceri auguri di una carriera felice e serena.

**Luigi Arru**

# Inaugurazione dell'Anno Sanitario 2006 a Nuoro. Cronaca di un incontro sul tema: “Etica della professione, etica delle risorse”

di Maurizio Binotti \*

.....

*L'inaugurazione dell'Anno Sanitario 2006 è stato dedicato a Adelasia Cocco, primo medico condotto donna in Italia che da Sassari venne a fare il medico condotto a Lollove all'inizio degli anni '20. Guardando l'immagine sul frontespizio del programma che la ritrae nel suo ambulatorio, seduta alla scrivania sulla quale sono sistemati un microscopio ed una serie di provette, viene da pensare come ancora oggi sia radicata nell'immaginario collettivo la figura del medico condotto che aveva un rapporto diretto con i propri pazienti e, insieme, come siano oggi cambiati e complicati i tempi.*

L'incontro che, giunto alla quinta edizione, si è svolto a Nuoro il 18 febbraio ed è stato organizzato dall'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Nuoro e promosso dai quattro Ordini provinciali e dalla loro Federazione, aveva un tema per così dire “sdoppiato”: etica della professione ed etica delle risorse. Come conciliare l'una con l'altra? Arduo problema quando le risorse sono poche e vorremo che, come ha detto **Raimondo Ibba**, Presidente dell'Ordine della Provincia di Cagliari, non si arrivi al punto di avere “una coperta troppo corta che lascia scoperti o il naso o i piedi”: Ibba si è augurato che il budget per la spesa sanitaria sia dimensionato ai bisogni e non alle risorse disponibili, in modo da esaudire il diritto di tutti i cittadini ad avere le medesime prestazioni e di impedire che si creino disparità sociali con l'immissione nei sistemi sanitari regionali di capitali privati di Compagnie Assicuratrici.

Di questo pericolo ha parlato anche **Agostino Sussarellu**, Presidente dell'Ordine della Provincia di Sassari, ricordando che in Italia, nonostante il ruolo della struttura pubblica sia ben consolidato in Sanità, chi gestisce capitali assicurativi è sempre attento ad un mercato appetibile. Di cittadini e territori “inclusi ed esclusi” ha parlato il Sindaco di Nuoro **Mario Demuru Zidda**, che ha espresso la soddisfazione per l'importanza di quest'appuntamento di respiro regionale che ci aiuta a non sentirci tagliati fuori dall'isolamento storico di cui ancora soffre la nostra Provincia.

Il sindaco ha ricordato come l'etica in ogni professione è il cemento che tiene unite e interconnesse strutture complesse come quelle della sanità (o come quelle di una città per far paragone a lui confacente). “Ognuno di noi nella sua quotidiana realtà operativa paga il costo della difficile mediazione tra ciò che è richiesto e ciò che è possibile e sostenibile dare ed il medico non può

limitarsi ad essere spettatore”, ha detto **Bruno Lacu**, Vicepresidente della Federazione Regionale degli Ordini, perché “in campo gioca nella squadra dei diritti fondamentali dell’equità e della solidarietà”, rivendicando così, per gli Ordini e per i medici, il ruolo di ricomposizione di una visione della sanità complessiva, civile ed etica, che si opponga al diffuso orientamento “che tende ad assimilare le nostre attività a quelle di un’impresa commerciale”. Il ruolo fondamentale svolto dagli ordini e dagli stessi medici nel ricucire lo scollamento tra istituzioni e cittadino è stato argomento affrontato più volte. In particolare R. Ibba ha sostenuto la necessità che i medici non siano un semplice momento di passaggio o “trasmettitori di meccanismi” tra istituzioni, cittadini e territorio ma “soggetti che concorrono da protagonisti al determinismo della spesa sanitaria”.

Della gestione delle risorse nella complessa concatenazione Stato-Regioni-ASL-Medici, ha parlato anche Sussarellu: “Ultimi, ma non ultimi, sono i medici anche perché sono quelli con cui la cittadinanza si confronta e quelli su cui si riversa il malcontento della popolazione”. Trattando d’educazione continua in medicina e del ruolo dell’ordine nella formazione professionale Sussarellu ha anche ricordato l’articolo 12 della codice deontologico – «... Ogni prescrizione e trattamento devono essere in ogni modo ispirati alle aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche...» – augurando che si arrivi ad un processo di formazione rivolto a tutti e che permetta di far acquisire al medico competenze sulla corretto impiego delle risorse sanitarie. Di “informazione corretta e completa” in campo medico-scientifico ha parlato il Presidente dell’Ordine della Provincia di Oristano **Antonio Sulis**, il quale ha affermato che una delle figure principali che possa farsi carico di questo compito è il medico di medicina generale, in virtù del contatto individuale che stabilisce con il cittadino-paziente. Molti hanno poi collegato la formazione permanente con la cosiddetta “medicina difensiva”, in altre parole quella forma di comportamento del medico verso il paziente che porta ad assecondarlo in ogni sua richiesta per evitare possibili ritorsioni legali impedendogli di assumere responsabilità sull’appropriatezza o meno di determinati indagini strumentali, prescrizioni, ecc.

B. Lacu è intervenuto sulla formazione continua affermando che: “Spesso è drammatica la metamorfosi tra laureato in medicina e professionista” e “tra sapere e saper fare”, “... è compito precipuo degli Ordini adoperarsi per un percorso formativo efficacemente professionalizzato che tenga in debita considerazione argomenti quali l’etica, la deontologia e dell’organizzazione e gestione delle risorse”. Alcuni relatori hanno espresso il loro rammarico sui tempi lunghi della politica nel rendere esecutivo il Piano Sanitario Regionale (vedi nota al termine dell’articolo), nell’istituire un’Agenzia Regionale della Sanità e una Camera di Conciliazione, nel ridurre il fenomeno del cosiddetto pendolarismo sanitario (soprattutto per i malati oncologici bisognosi di radioterapia) e delle famigerate liste d’attesa. “Non vorremmo assistere all’ennesima bozza di piano che non completa il suo iter legislativo”, ha detto B. Lacu,

mentre A. Sussarellu si è chiesto ironicamente se “questo piano sanitario sia anche lui in lista d’attesa”. Il nostro Presidente **Luigi Arru** ha espresso le proprie opinioni non prima di esternare solidarietà verso i colleghi di Guardia Medica, che oggi vivono un difficile problema riguardante il decoro ed alla sicurezza della loro professione. Egli ha sostenuto che in un auspicato Servizio Sanitario Nazionale omogeneo gli Ordini devono essere modernizzati (la legge che li istituisce è del 1910, perché così come sono oggi hanno scarsa rilevanza. “Qual è il compito principale dell’Ordine dei Medici?” si chiede il nostro Presidente, “non è garantire il corporativismo o la sola difesa del medico, ma primariamente la tutela del cittadino” attuata attraverso l’adesione al cosiddetto “governo clinico”, parola che tutti oggi conoscono ed utilizzano e che tra tante cose prevede, per tutti gli operatori della sanità, degli standard a cui riferirsi in modo da verificare il proprio lavoro secondo quelli: “Diamoci una formazione in Sardegna che sia coerente con gli aspetti generali della politica sanitaria e che permetta di mantenere standard di formazione attraverso l’Ordine dei Medici”.

L. Arru ha ricordato le parole d’esordio del presidente del Tribunale di Nuoro in un convegno svoltosi tempo fa tra magistrati, avvocati e medici: “Mala tempora currunt”, come a dire che la tolleranza del cittadino nei confronti del comportamento del medico oggi è “ai minimi storici”. Il ricorso alla denuncia facile da parte del cittadino e della stampa (la malasànità) non sono cose che favoriscono un sereno rapporto medico-paziente e, se riconosciamo l’elemento psicologico dell’agire del medico che consiste nel principio di beneficiabilità, bisogna accettare tutti che errare è umano. Secondo L. Arru le Direzioni Generali delle ASL si dovrebbero attivare per una gestione del rischio clinico, contribuendo con gli Ordini all’istituzione di una Camera di Conciliazione, non solo per rendere la giustizia più snella, ma anche per far capire al cittadino quali e quanti sono le difficoltà che il medico incontra nel suo agire, affinché non sia richiesto ad ogni piè sospinto il risarcimento per una condotta ritenuta, talvolta a torto, non giusta. Parlando più direttamente di politica sanitaria Luigi Arru ha poi ricordato che la Federazione Generale degli Ordini Regionale in altre realtà locali, come la Toscana, è coinvolta nella Consulta della Salute e che sarebbe utile che la Conferenza dei Sindaci, presieduta dal Presidente della Provincia, tenga in conto anche il ruolo del medico e le esigenze espresse dai suoi rappresentanti sindacali: “Se i contratti non vengono rispettati o non si applicano non sono utili i richiami all’etica, poiché il rispetto contrattuale è un elemento fondamentale per garantire al professionista quella serenità indispensabile a svolgere bene il proprio lavoro”.

La frase conclusiva del nostro Presidente sembra quanto di più semplice c’è da proporre e quanto di più difficile ci sia da attuare: “Sediamoci colleghi, parliamo e cerchiamo soluzione proponendo alternative alla situazione attuale mettendo in discussione la nostra quotidianità, senza rivolgerci al politico su cui scaricare ogni responsabilità”.

L'Assessore alla Sanità **Nerina Dirindin** ha concluso il ciclo d'interventi illustrando alcune delle strategie e degli interventi del governo sanitario che provveremo a riassumere brevemente.

1) Garantire la partecipazione di tutti nella condivisione delle scelte in campo sanitario coinvolgendo amministrazioni, utenti, operatori, associazione dei familiari e soprattutto amministrazioni comunali il cui ruolo importante nelle scelte sanitarie è spesso ignorato;

2) rifiuto d'ogni allarmismo ed esasperazione di posizioni ideologiche nate sulle aree potenzialmente a rischio per la salute (poli industriali, alcune aree militari) e risposte derivate da rigorosi approfondimenti tecnici e scientifici, sfruttando appieno il sostegno del ministero dell'Economia e di quello della Sanità dato per approfondimenti epidemiologici;

3) prevenzione e diagnosi precoce dei tumori, in particolare femminili, con un programma di screening da poco avviato;

4) prevenzione degli incidenti sul lavoro (è stato avviato per la prima volta in questa Regione un gruppo di studio 2005-2007) tenendo conto dell'importanza di formazione degli operatori che oggi fronteggiano con la buona volontà delle carenze anche solo conoscitive procedurali;

5) messa in atto di un piano per l'eradicazione della peste suina (e della trichinellosi): è etico ricordare che la soluzione di questo problema potrebbe dare più sviluppo economico e sociale alla Sardegna;

6) progetto strategico per la salute mentale con una ridefinizione del ricorso al ricovero nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura ("Recentemente sono stata in visita in alcuni SPDC e ho visto persone legate e se parliamo d'etica dobbiamo chiederci se è accettabile che delle persone che sono malate siano legate perché non siamo in grado di fornirgli assistenza diversa"), la programmazione formazione e organizzazione dei servizi per l'assistenza dei malati mentali dentro le carceri in accordo con le amministrazioni penitenziarie, l'intento di realizzare centri alternativi all'internamento in Ospedali Psichiatrici Giudiziari;

7) sostegno alla sanità pubblica la cui sopravvivenza è legata almeno a tre fattori importanti:

- politiche sociali in grado di affiancare all'ospedale un territorio capace di rispondere in maniera complementare alle esigenze della popolazione con l'integrazione dei servizi sociali;
- superamento dei divari economici tra Regioni del Nord e Regioni del Sud;

- politica del personale mirata a garantire il lavoro dipendente con l'abbandono di forme eccessivamente flessibili di lavoro ("in questo senso abbiamo aperto un dialogo con operatori e rappresentanti sindacali e stiamo facendo in ogni ASL approfondimenti... ho incontrato situazioni di grave sofferenza e mortificazione del personale al quale si deve riconoscere un gran senso di responsabilità... in questi ultimi anni c'è stata una politica del personale che ha bloccato il turn over con un diffuso ricorso a forme di lavoro a tempo determinato, interinale o precario... credo che il sistema sanitario, che è ad alta densità di lavoro, non può essere impoverito delle sue risorse più grandi, che sono quelle del personale che deve essere personale dipendente, perché solo su questo si può contare per garantire un'erogazione adeguata... sicuramente c'è anche il problema di un personale che va utilizzato al meglio e verificato nella sua efficienza);

8) progetto per il decoro delle strutture sanitarie "abbiamo perso la capacità di indignarci se le strutture pubbliche non sono decorose e di accettare che il pubblico possa avere questo deficit" e l'umanizzazione del rapporto medico-paziente, operatore-paziente "ricordiamoci che il caso Di Bella è nato anche dal fatto che dentro le nostre strutture sanitarie non siamo stati in grado di ascoltare il paziente";

9) decentramento delle cure attuabile con un programma di potenziamento dell'assistenza domiciliare e mediante un coinvolgimento delle amministrazioni comunali e delle ASL, che possa liberare l'ospedale da tutte quelle attività di cura ed assistenza che, nell'interesse del paziente, possono essere svolte sul territorio.

Replicando ai relatori che l'hanno preceduta, l'Assessore ha ricordato che l'amministrazione regionale soffre ancora di un lungo percorso di riorganizzazione degli assessorati ed ha operato con ritardo rispetto a quanto lei stessa prevedeva (per inesperienza o sottovalutando una situazione meno difficile di quanto poi si è rivelata), che ci sono state difficoltà dentro le ASL che hanno richiesto un lungo tempo per il rinnovo del contratto della dirigenza. Sulla spesa farmaceutica ha precisato che gli interventi previsti non cambiano la qualità e la quantità dell'assistenza che è erogata adesso e che si è necessario innescare un lungo processo di risparmio tramite politiche d'acquisto dei farmaci e dei presidi sanitari anche mediante opportuni bandi di gara.

Per quanto riguarda l'Agenzia della Sanità, ha riferito di non avere nessuna difficoltà a aderire alla proposta di darle una veste istituzionale di natura giuridica. Riferendosi alla Camera di Conciliazione ha ammesso che è un problema difficile sul quale l'Assessorato non ha avuto il tempo di lavorare, anche se ha comunque iniziato ad avviare un'attività di comprensione della gestione del rischio in sanità. Sul problema delle liste d'attesa ha ricordato che è un problema in cui inciampano tutti i sistemi di sanità regionale e che per migliorarlo si

sta lavorando sui sistemi di prenotazione informatizzata. Con riferimento al pendolarismo sanitario dei malati bisognosi di cure radioterapiche ha spiegato che l'Assessorato ha lavorato per garantire per la fine del 2007 e l'inizio del 2008 un numero d'apparecchiature sufficienti alle esigenze di questa regione. Come misure tampone si starebbero stipulando delle convenzioni con le regioni della penisola in cui i malati tumorali generalmente si recano, al fine di garantire ai pazienti sardi un accesso privilegiato alle strutture sanitarie, e chiedendo alle strutture disponibili sul territorio di fare per essi l'intramoenia istituzionale.

---

\* MEDICO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

# Ricordo del Dr. Giuseppe Pilia

di Antonio Cao \*

---



Ricordo con grande rimpianto Giuseppe Pilia, Dirigente di Ricerca dell'Istituto di Neurogenetica e Neurofarmacologia (INN) del Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR), mancato dopo lunga malattia il 17 aprile dell'anno scorso a soli 43 anni. Giuseppe nacque a Lanusei il 4 marzo 1962 e iniziò la sua carriera a Cagliari nel 1987, collaborando attivamente con me presso quell'Istituto. Successivamente egli si recò per approfondire i suoi studi all'Istituto CNR di Genetica e Biofisica di Napoli, ove

iniziò una proficua collaborazione con Michele D'Urso, Direttore di Ricerca di quell'Istituto. Dopo un anno di soggiorno a Napoli trascorse un periodo di 5 anni a St. Louis, all'Università di Washington, per approfondire le sue conoscenze di Genetica Molecolare sotto la guida di David Schlessinger, Direttore dell'Istituto di Microbiologia di quell'Università e del "Center for Genetics in Medicine". In quegli anni Giuseppe affinò le sue capacità di ricercatore nel campo della Genetica Molecolare e partecipò alla costruzione della mappa fisica del cromosoma X individuando, tra l'altro, il gene responsabile di una sindrome malformativa multipla: la Sindrome di Simpson-Golabi-Behmel.

Di ritorno a Cagliari organizzò un modernissimo ed efficiente laboratorio di Genetica Molecolare presso l'INN ospitato dall'Istituto Regionale per le Microcitemie ed individuò un gene responsabile di un'altra sindrome malformativa – la "Blefarofimosi ptosi ed epicanto inverso (BPES)" –, che, in taluni casi, si associa ad insufficienza ovarica primitiva, aprendo così un importante capitolo di studi delle basi molecolari dell'insufficienza ovarica primitiva. Nell'agosto del 2003 vinse il concorso di Professore Associato in Pediatria e successivamente cominciò ad interessarsi anche di malattie poligeniche, (quelle malattie che dipendono dall'effetto di diversi geni e fattori ambientali), particolarmente dell'Asma allergico, studiando, con la collaborazione di tutti i centri che nell'isola si occupano di Asma allergico, un vasto numero di famiglie sufficiente per intraprendere la ricerca dei geni implicati, sfruttando il vantaggio della omogeneità della popolazione sarda.

Nella stessa linea di indirizzo, iniziò una collaborazione con l'NIH, (il Dipartimento Nazionale di Medicina degli Stati Uniti d'America) ed organizzò a Lanusei un laboratorio (localizzato in una Scuola fornita dal Comune) per il mappaggio di tratti genetici legati all'invecchiamento dell'uomo: la rigidità e la elasti-

cità arteriosa ed il profilo della personalità. Per questa ricerca sono stati finora valutati ed esaminati 6000 individui provenienti da Lanusei, Ilbono, Elini, ed Arzana. Da alcuni mesi è in corso la genotipizzazione sia dei pazienti affetti da asma che della popolazione dei paesi dell'Ogliastra reclutati per gli studi sull'invecchiamento.

La rilevanza internazionale di queste ricerche e loro importanza hanno fatto sì che esse siano state interamente finanziate dall'NIH per la cifra di 1 milione di euro annui per 10 anni. Giuseppe Pilia è stato un ricercatore di grande talento, intuito e curiosità ed un organizzatore attento ed inesauribile. Tutti coloro che l'hanno avvicinato gli hanno voluto bene per le sue doti umane di schiettezza e onestà. Perdiamo con Giuseppe Pilia un grande ricercatore che avrebbe potuto continuare a dar lustro alla Sardegna nel mondo.

---

\* DIRETTORE DELL'ISTITUTO DI NEUROGENETICA E NEUROFARMACOLOGIA (INN) DEL CONSIGLIO NAZIONALE DELLE RICERCHE (CNR)

## Ricordo della Dott.ssa Tonina Deriu del marito e collega Dott. Gavino Sedda



Avevo deciso quest'anno di non venire al congresso, era troppo doloroso venirci senza Gavino, invece sono qui senza di lui per ricordarlo con voi. Grazie a tutti per l'onore che avete fatto a me e ai miei figli, grazie a Mario Falconi, Marietto, come lui amava chiamarlo, per aver voluto con questo premio rendergli omaggio per il lavoro che ha svolto per la FIMMG. Gavino era orgoglioso di essere un medico di medicina generale, svolgeva la sua professione con grande dedizione, in una realtà difficile come quella dei paesi del nuorese. Ha sempre difeso la dignità e il prestigio del medico di

famiglia come figura centrale del Sistema Sanitario, quella più vicina ai bisogni della gente, era preparato professionalmente e da sempre attento all'appropriatezza e alla dignità del proprio ruolo.

Ha lavorato con serietà e impegno, senza cedimenti, con onestà e capacità indiscusse. Non si è arreso nemmeno quando il suo rigore e la sua incapacità a fare compromessi hanno messo a rischio la sua incolumità fisica: pur di non cedere ai ricatti ha preferito trasferirsi a Nuoro e ricominciare da capo, senza lamentele, senza perdere tempo per leccarsi le ferite.

Ha iniziato il suo lavoro sindacale con grinta, studiando ogni giorno per non farsi trovare impreparato e ha creato un sindacato forte laddove non esisteva un'organizzazione sindacale vera e propria. In breve tempo è diventato il punto di riferimento di tutti i colleghi, che informava costantemente, portando avanti le loro istanze con determinazione e fierezza. Era infaticabile ed è stato così sempre, anche nel lottare contro la malattia.

Quando le forze lo stavano abbandonando diceva: “Questa non è vita, per me vivere vuol dire avere dei progetti, lavorare tenacemente per realizzarli, credere in qualcosa e per quello lottare”.

Gavino ha vissuto coraggiosamente, con dignità ha affrontato la malattia e a testa alta anche la morte. La scomparsa di Gavino è una grave perdita per me e per i figli, ma lo è anche per tutti i medici della ASL di Nuoro, che con lui hanno perso chi combatteva per i loro diritti e la loro dignità professionale. Io non riesco ancora a credere che Gavino non tornerà più, preferisco pensare che sia in qualche interminabile riunione aziendale, a discutere animatamente di piani sanitari e preparare anche lassù, con i colleghi che avrà incontrato, una grande sezione FIMMG.

*Ciao Gavino.*

# LO STUDIO ERA: MORTALITÀ EVITABILE E POLITICHE SANITARIE

di Mario Usala \*

---

*È stato pubblicato nel mese di febbraio 2006 lo studio ERA (Epidemiologia e Ricerca Applicata) condotto dall'Istituto Superiore di Sanità, dall'ISTAT, dall'Università degli studi di Tor Vergata Roma e dall' istituto di ricerca NEBO, che ha progettato e realizzato uno studio dello stato di salute della popolazione italiana nel suo contesto demografico.*

Il ricco volume scaturito – disponibile su internet al sito [www.e-r-a.it](http://www.e-r-a.it) – rappresenta da un lato una preziosa fonte di dati e dall'altro induce, sulla scia di precedenti pubblicazioni simili (lo studio Prometeo relativo alla fine degli anni 90), ad analisi e approfondimenti utili per guidare le scelte di politica sanitaria. La popolazione italiana viene esaminata sia in generale sia attraverso il confronto fra aree di limitate dimensioni come le 195 USL nelle quali è diviso il territorio italiano, contribuendo a delineare un quadro rappresentativo delle diverse realtà. Numerosi sono gli indicatori proposti, dall'indice di vecchiaia all'età media della popolazione, alla dimensione della popolazione oltre i 75 anni, ai tassi grezzi di natalità e mortalità e all'età media della morte e tanti altri che studiano le differenze fra le varie zone del Paese. **Emergono dati che mettono in evidenza come la Sardegna abbia per esempio una popolazione più giovane della media nazionale (indice di vecchiaia del 123,0 % regionale contro il 134,8% nazionale), che all'interno della Sardegna esistono disomogeneità (Cagliari 108,7%, Oristano 148,9%) e che le ASL di Nuoro (127,1) e Lanusei (124.0) si collocano poco al di sopra dell'indice medio regionale.**

Un indicatore di rilevante importanza e sul quale si incentra tutta la prima parte del volume è quello della “**mortalità evitabile**”. Questo termine si riferisce a quelle morti, che avvengono nella fascia di età compresa fra i 5 e i 69 anni, determinate da cause per le quali esistono e possono essere messi in pratica interventi capaci di ridurre il numero dei decessi. Il confronto fra le diverse Regioni, fra le Province e, ad un livello ancor più di dettaglio, fra le USL ha consentito di stilare una sorta di classifica, in cima alla quale sono poste le zone dove è minore la differenza di tempo fra l'epoca della morte reale e di quella media attesa. Il numero di giorni persi è stato calcolato, convenzionalmente come distanza fra il momento del decesso evitabile dall'età media di morte. Infatti l'indicatore appositamente progettato per la classifica della mortalità evitabile è il numero medio, per abitante di età compresa fra i 5 e i 69 anni, di giorni perduti ogni anno per

decessi evitabili. Una persona ogni 100 in vita nel 1994 è morta negli 8 anni successivi per una causa attivamente contrastabile e in un'età in cui normalmente non si muore. Nel 1995 il totale di queste morti in Italia ammontava a 85 mila e nel 2002 è sceso a 70 mila. La mortalità evitabile è sensibilmente diminuita negli ultimi anni. Il numero totale di morti è rimasto pressoché costante tra 550 mila e 560 mila l'anno ma le morti evitabili sono diminuite del 20% ed è un segnale incoraggiante.

Nello studio sono state analizzate tre grandi gruppi di cause di morte (oltre a una voce residuale).

Le patologie che hanno determinato quasi 70 mila morti evitabili registrati secondo i dati oggi disponibili sono:

- I tumori che costituiscono la causa più rilevante tra quelle esaminate (il 45% delle morti evitabili).
- Le patologie del sistema cardiocircolatorio (in particolare l'infarto del miocardio) che hanno riguardato oltre 20 mila decessi, il 30 % del totale.
- I traumatismi, soprattutto incidenti sulla strada e sul lavoro, ma anche morti per droga o per crimine, che hanno coinvolto un caso su sei per un complesso di poco inferiore ai 12 mila casi.

Gli interventi che possono contrastare il verificarsi di questi eventi sono, secondo lo studio ERA, quelli di prevenzione primaria, cioè attuati prima dell'insorgenza della malattia o del verificarsi dell'incidente, la diagnosi precoce e relativa terapia, cioè ai primi sintomi della malattia, e l'igiene e assistenza sanitaria intesa come vaccinazioni e assistenza clinica propriamente detta, anche in termini di organizzazione e rapidità di intervento.

Quando viene analizzata una popolazione è naturale oltre a verificare il quadro generale – quello italiano –, esaminare in dettaglio quello che ci riguarda più da vicino, in particolare il territorio della Sardegna e ancor più quello provinciale. L'analisi, per essere robusta, ha riguardato un arco temporale di tre anni e gli indicatori utilizzati sono stati standardizzati, cioè depurati dagli effetti dovuti dalla diversa struttura della popolazione per età. In Italia, considerata nel suo complesso, l'indicatore, calcolato per il triennio 2000-2002, ha assunto il valore di 11,1 giorni. **A livello regionale in Sardegna questo indice sale, per lo stesso triennio considerato, a 12,1 giorni ed occupa insieme alla Valle d'Aosta, al Piemonte e al Friuli una delle ultime posizioni in classifica (18° posto).** Tuttavia se si confronta questo dato con quanto rilevato dall'indagine Prometeo per il triennio 1996-1998, dove la Sardegna aveva un indice di 12,9 giorni, si evidenzia che è una delle sei Regioni che da allora ha migliorato di più. Quando si analizza il livello di singola USL è possibile mettere ulteriori differenze fra i diversi territori. Le 8 USL nelle quali era divisa la nostra Regione occupano differenti posizioni, andando rispettivamente dal 75° posto di Olbia al 94° di Cagliari, al 138° di Sassari, al 143° di Sanluri, al 149°

di Oristano, al 170° di Carbonia, al 171° di Lanusei, al 181° di Nuoro. Proprio le due ASL della Provincia occupano le ultime posizioni rispetto alle altre regionali.

È giusto chiedersi se questo indica una carenza di assistenza o se esso rappresenta la spia di una situazione di più forte disagio, dove dunque è più necessario investire e dove occorrerà **orientare le politiche di sanità pubblica che possono contribuire ad evitare cause di morte, quali tumori, malattie cardiovascolari e incidenti**, efficacemente contrastabili. In questo senso l'indicatore della mortalità evitabile è un rilevante indicatore di politica sanitaria, perché permette oggettivamente di segnalare le situazioni più a rischio, di studiare contro-misure e di verificare, nel tempo, il successo delle politiche intraprese. Ci sono infatti cause che seppure non eliminabili del tutto possono essere contrastate in modo tale da ridurre significativamente la morte. Un esempio per tutti è costituito dalla riduzione del numero delle morti per cancro del polmone che si può ottenere con una riduzione dell'abitudine al fumo e del numero di fumatori. Ridurre le morti evitabili vuol dire fare prevenzione, fare ricerca clinica, migliorare i livelli di sopravvivenza, ridurre gli errori, migliorare i tempi di intervento, di diagnosi e di capacità di cura.

**I dati presenti nello studio sono stati inoltre disaggregati sia per indicare quanti giorni dipendono dalla mancanza di azioni di prevenzione primaria, quanti da assenza di diagnosi precoce e quanti ancora da mancanza di misure di igiene e di assistenza. Il quadro che emerge riferito ai territori della nostra Provincia mette in evidenza per Nuoro una grande carenza nel settore della prevenzione primaria. Dei 14, 5 giorni persi ben 9,9 sono dovuti a questo motivo e per Lanusei dei suoi 13 giorni ben 9,2 sono persi per lo stesso motivo.** In particolare un dato che emerge dall'analisi più approfondita mette in evidenza come una delle cause più rilevanti sia per la ASL di Nuoro che per quella di Lanusei è quella dovuta ad incidenti, **compresi quelli stradali e nel lavoro**. Questa delle morti per incidente particolarmente elevate, come facilmente verificabile, è una caratteristica che accomuna la quasi totalità delle USL in coda alle classifiche. Di nuovo questa informazione, pur nella sua sommarietà, indica quale politica sanitaria perseguire. È cioè necessario passare dalla conoscenza (le cause di morte) all'azione (politiche sanitarie da perseguire) e dunque occorre leggere i numeri come uno strumento di conoscenza in grado di supportare e stimolare politiche sanitarie attive. Non è infatti corretto collegare la distribuzione della mortalità evitabile direttamente a differenze di erogazione dei servizi sanitari. Semmai l'analisi di queste differenze aiuta a comprendere dove più intensa è questa domanda, cioè dove è più rilevante il problema di mortalità e per cause diffusamente sentite come non naturali, oltre che evitabili. **La mortalità evitabile non è tanto un indicatore di efficacia dei servizi sanitari (perché dipende come è noto da molteplici fattori) quanto uno strumento di misura del bisogno sanitario.**

Lo studio ERA mette in evidenza per quanto riguarda la mortalità evitabile una differenza sostanziale fra maschi e femmine: valori sensibilmente elevati si registrano soprattutto nei maschi residenti nelle ASL di Nuoro e di Lanusei. In quest'ultima viceversa il tasso di mortalità maschile oltre i 69 anni è molto basso (inferiore al 6%).

**Questo studio sarà concretamente utile se diventerà patrimonio comune per orientare le politiche di sanità pubblica che possono contribuire ad evitare cause di morte efficacemente contrastabili e oltre a rappresentare una solida base epidemiologica per tale tipo di interventi, lo studio ERA può essere un punto di partenza per lavorare nella direzione del miglioramento dello stato di salute nella nostra Provincia.**

---

\* RESPONSABILE DEL SERVIZIO EPIDEMIOLOGIA GENERALE DELLA ASL N. 3 DI NUORO

# MASTER AND BACK

## *Investire sul futuro*

di Antonio Bussalai \*

---

53 milioni di euro dei fondi comunitari del POR Sardegna: questa è la cifra messa a disposizione per un nuovo ambizioso progetto, quello di aumentare la professionalità di 3000 giovani laureati sardi, offrendo loro l'opportunità di investire sul proprio futuro.

Il programma Master and Back è articolato in tre sezioni.

- **Programmi di Alta Formazione** della durata compresa tra i sei mesi e i tre anni. Si tratta di percorsi specialistici di studio, da svolgere fuori dal territorio regionale presso le Università più prestigiose del mondo che rientrano nell' "Academic Ranking of World Universities" (verranno prese in considerazione anche le proposte di formazione presso Università che non rientrano in questo elenco, purché di qualità) e organismi di alta formazione di riconosciuto prestigio internazionale. Comprendono lauree specialistiche, master, dottorati di ricerca, diplomi accademici.
- **Programmi di Tirocini o Stage** della durata massima di due anni.
- **Programmi di inserimento lavorativo** da svolgere presso Università, aziende o istituzioni pubbliche che operano in Sardegna.

Il progetto è indirizzato ai giovani laureati residenti in Sardegna, con un limite di età di 35 anni non compiuti per i disoccupati, di 40 per gli occupati. Un'apposita commissione tecnicoscintifica, costituita da Esperti nei diversi settori nonché dall'Agenzia Regionale per il Lavoro e dal Consorzio 21, valuterà i *curricula* e le proposte degli aspiranti. Si tratta di avere idee forti, originali e competitive che, anche grazie all'ingente disponibilità economica, avranno ottime possibilità di essere realizzate. È importante sapere che non sono previsti finanziamenti per la partecipazione alle Scuole di Specializzazione in Medicina, ma si tratta comunque di un'opportunità da prendere senz'altro in considerazione per gli studenti iscritti al II anno del corso di laurea specialistica e per tutti i colleghi che vorranno fare un'esperienza unica non solo dal punto di vista professionale ma anche umano.

---

\* MEDICO CHE FREQUENTA IL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE

# Considerazioni riassuntive dell'indagine sulla sicurezza del Servizio di Continuità Assistenziale e sul decoro dei locali ad essa adibiti nel distretto di Nuoro. Fatti, dati, commenti, proposte

di Maurizio Binotti \*

.....

*L'indagine (effettuata nel mese di GIUGNO 2005) coinvolse tutti i 37 Punti Guardia dell'Asl di Nuoro con lo scopo di fotografare la situazione attuale in merito a sicurezza e decoro del servizio di Continuità Assistenziale. Ciò si ottenne con semplici interviste fatte ai medici addetti mediante un questionario unico arricchito da osservazioni del medico intervistato. I risultati dell'indagine furono comunicati alle Autorità competenti, in primo luogo al Prefetto di Nuoro, il quale ci promise di fare ciò che è in sua facoltà per sensibilizzare l'ASL su questi problemi, anche tramite un'eventuale riunione dei vari esponenti istituzionali competenti.*

## PARTE PRIMA

### SICUREZZA

Il barbaro assassinio della collega Roberta Zedda a Solarussa avvenuto nel luglio 2003 presentò drammaticamente il problema della sicurezza negli ambulatori della Continuità Assistenziale. La questione sicurezza era vecchia, proposta dai medici all'attenzione degli organi amministrativi e politici già da diversi anni in occasione **d'episodi di violenza ricorrenti nei confronti del medico di Continuità Assistenziale (pestaggi, rapine, atti vandalici quali l'incendio dell'auto del sanitario)**. Fu allora immediatamente istituito un servizio di vigilanza armata (guardie giurate), peraltro nelle esclusive ore notturne. Tale provvedimento si è dimostrato utilissimo a far fronte ad una situazione divenuta insostenibile. Questa misura di prevenzione ha convinto della sua efficacia tutti i medici che prestano (o che hanno prestato) servizio nella Continuità Assistenziale, sia per la sua validità in termini di **deterrenza** degli episodi **di criminalità e di microcriminalità (piccoli furti, intimidazioni, atti di prepotenza gratuiti, ecc.) frequenti e spesso misconosciuti** perché non denunciati, sia per la sua utilità riguardo al conseguimento del **rispetto** della figura del medico e della **tranquillità psicologica che gli è indispensabile a svolgere il proprio compito serenamente.**

Sono poi **meglio gestibili con l'ausilio della guardia giurata situazioni particolari** che, per esempio, si manifestano:

- a) quando una **ressa di parenti e conoscenti** pretendono di entrare a forza nell'ambulatorio per accertarsi delle condizioni di salute di un paziente acuto;
- b) quando diversi **giovanotti in preda ai fumi dell'alcol**, accompagnando un amico affetto dalle conseguenze più varie dell'etilismo acuto, entrano vocianti con gran confusione nei locali dove il medico lavora.

**L'attuale Piano Sanitario Regionale prevede** «la riallocazione – ovunque possibile sulla base degli accorpamenti di cui ai punti precedenti – di parte delle risorse attualmente utilizzate per il servizio di vigilanza a favore dell'acquisizione di professionalità sanitarie che rafforzino la presenza di personale di assistenza presso i punti di guardia medica, restituiscano a tali punti le caratteristiche di luoghi di accoglienza e cura in grado di garantire sicurezza al personale e agli utenti».

Sembra quindi che **la possibilità della cessazione di un tale servizio** di sicurezza possa mettersi in pratica, almeno nelle intenzioni. Per questo motivo il medico di guardia ha oggi paura di tornare ad essere esposto, durante il suo servizio, ad episodi di sopraffazione che possono sfociare in situazioni drammatiche.

**Negli ultimi mesi è stata adottata una misura di sicurezza (aggiuntiva?)** al servizio consistente nell'istallazione di **videocamere con sistema di registrazione digitale** negli ingressi di tutte le sedi. Tale misura non può diventare valida alternativa al sistema di vigilanza. Sono doverose, a questo proposito, alcune considerazioni che nascono dall'esperienza viva e pluriennale di tanti medici di Continuità Assistenziale:

- Tutti sono concordi nel sostenere sistemi di sicurezza alternativi alla presenza **della guardia giurata non garantiscono** una protezione adeguata. Ciò si evince dalla semplice ovvietà che **una telecamera che filma un atto di violenza compiuto sul medico non lo protegge dalla violenza stessa.**
- È durante una **visita domiciliare**, specie nelle ore notturne e particolarmente nei luoghi isolati, che **possono verificarsi con maggiore probabilità** episodi che minacciano l'incolumità del medico stesso.
- **Per se stessa anche l'utilizzazione di un videocitofono non può essere d'aiuto:** in qualunque situazione il medico, sia per motivi d'etica professionale, sia per non incorrere in omissione di soccorso, deve sempre aprire al paziente.

## Qualche dato indicativo

- In merito **all'ubicazione dell'ambulatorio** la situazione appare **soddisfacente**. Solo 3/37 Punti Guardia risultano essere isolati dalla strada principale o secondaria illuminata. Un caso particolare è quello della Guardie Mediche di **Bosa di Nuoro** che sono poste all'interno della struttura ospedaliera. I colleghi che lavorano in queste sedi lamentano che, durante le visite domiciliari, la guardia giurata **non può lasciare l'ospedale per accompagnarli**.
- **Le misure accessorie di sicurezza** sono **soddisfacenti in parte** se si pensa che tutte le guardie sono fornite di un sistema di videocamera all'ingresso ma:  
23/35 Guardie Mediche non hanno il portone provvisto di spioncino;  
12/35 Guardie Mediche non hanno un'illuminazione esterna sufficiente;  
2/35 Guardie Mediche soltanto sono munite di videocitofono funzionante.
- In molti, inoltre, ci hanno comunicato che **il portone d'ingresso** è un vetusto portoncino di legno facilmente abbattibile con una spallata o a calci e, in particolare, in tre casi l'ingresso è costituito da **infissi a vetri**.
- È poi da notare che la maggioranza delle Guardie Mediche **non è provvista d'inferriate** alle finestre.
- **Le forze dell'ordine, in particolare i Carabinieri, sono capillarmente presenti** sul territorio. Dalle interviste risulta che in 12/37 casi un servizio di pronto intervento è efficace solo durante le ore diurne.
- Molti colleghi ci segnalano che, talora, **il tempo intercorso dal momento della chiamata delle Forze dell'Ordine a quello d'intervento è abbastanza lungo, specialmente nelle ore notturne, e tale da non garantire una tempestiva soppressione d'eventuali atti di violenza** o vandalismo. Questo, presumibilmente, è da imputare al fatto che spesso il servizio di pronto intervento è garantito da "volanti" che possono trovarsi, per causa di servizio, a parecchi chilometri di distanza dalla sede della Guardia Medica.

## PARTE SECONDA

### DECORO DEL SERVIZIO DI GUARDIA MEDICA

Molti sono i compagni di lavoro che segnalano uno **stato d'abbandono delle strutture già per se stesse fatiscenti, con servizi igienici indecorosi, infissi degradati, riscaldamento insufficiente, scarsa pulizia dei locali, impianti elet-**

**trici non adeguati o non a norma, certe volte nella totale assenza di manutenzione ordinaria.** I casi particolari d'inadeguatezza dell'impianto elettrico si riferiscono spesso anche al fatto che questo non riesce a garantire il carico d'energia richiesto (stufe per riscaldamento, sterilizzatrice). Una **situazione spiacevole** da segnalare è quella delle Guardie Mediche sprovviste d'impianto di riscaldamento. È pur vero che le stufe elettriche possono riscaldare a sufficienza piccoli locali, tuttavia le stanze sono spesso ampie e numerose, ed inoltre gli infissi vecchi determinano una notevolissima dispersione di calore e spifferi d'aria. Molti medici **dicono di soffrire il freddo** nei mesi invernali oltre che il caldo nei mesi estivi.

Va segnalato che il bagno talora consiste in uno **sgabuzzino con il water**. Possiamo immaginare il **disagio** causato ai colleghi e, **soprattutto, alle colleghe**. Queste ultime sono in maggior numero rispetto ai medici maschi nel servizio di Continuità assistenziale.

**Sulla dotazione strumentale ed i supporti logistici** (letto, materasso, armadietti, fornitura di materiale di consumo, set piccola chirurgia, ecc.) c'è stato segnalato in molti casi che la sterilizzatrice non funziona e non è sostituita, nonostante comunicazioni ripetute anche scritte alle rispettive ASL d'appartenenza, che i ferri chirurgici sono vecchi e talora arrugginiti, che la fornitura di materiale di consumo è fatta "a singhiozzo".

### **Qualche dato indicativo**

- Le cifre concernenti i **servizi igienici** sono esplicative di una **pessima situazione**:  
17/37 Guardie mediche non ha il bagno per il solo personale medico;  
13/37 Guardie mediche non ha il lavandino nell'ambulatorio;  
14/37 Guardie mediche non ha l'acqua corrente calda.
- **L'illuminazione dei locali** è, almeno in questo caso, **abbastanza soddisfacente**, essendo definita in:  
28/37 dei casi adeguata;  
9/37 dei casi inadeguata.
- Ci limitiamo a registrare che la **pulizia dei locali** è così percepita:  
19/37 dei casi adeguata;  
18/37 dei casi inadeguata.
- **Sconfortante** è la situazione del **riscaldamento dei locali**. Sul totale di 37 Punti Guardia:  
14/37 ha termosifoni funzionanti anche nei giorni festivi;  
9/37 è provvista di pompe di calore;  
14/37 ha un riscaldamento assicurato solamente da stufe elettriche.

- **Per quanto concerne la dotazione strumentale e i supporti logistici** (letto, materasso, armadietti, fornitura di materiale di consumo, set piccola chirurgia, ecc.) duole verificare che nella maggioranza dei casi la situazione è considerata dai colleghi **disastrosa**:  
16/47 adeguata;  
21/37 inadeguata.

## **PROPOSTE**

C'è molto da fare per migliorare la situazione che ad oggi non è sensibilmente cambiata. L'Ordine dei Medici invita tutti gli iscritti che svolgono il Servizio di Continuità Assistenziale ad una fattiva collaborazione per affrontare in modo propositivo i problemi più urgenti in merito al decoro e alla sicurezza della nostra professione.

Non è utile continuare con atteggiamenti d'autocommiserazione o di semplice denuncia, ma bisogna creare gruppi di lavoro i cui membri, tenendosi in contatto costante via e-mail, telefono e con riunioni periodiche, pongano le basi per documentare con precisione la situazione nei vari Punti Guardia, mettano a confronto le proprie opinioni e, soprattutto, facciano proposte per un miglioramento dello status lavorativo, naturalmente prescindendo da ogni forma di rivendicazione sindacale che non trovano nell'Ordine dei Medici la sede adeguata di discussione.

A questo proposito invitiamo tutti i colleghi a prendere visione del nuovo Piano Sanitario Regionale e dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Convenzione della Medicina Generale in modo da essere informati non solo sui nostri compiti, doveri e diritti, ma anche per valutare tutti i possibili mutamenti della nostra figura professionale che sono prefigurati nelle leggi. Per migliorare la nostra condizione di lavoro, inoltre, abbiamo a disposizione anche un punto di forza che è comune a tutti i lavoratori e che consiste nella capacità di coesione etica unitamente all'investimento di parte del nostro tempo e risorse nella professionalità.

L'Ordine, a tale proposito, sta organizzando per la Continuità Assistenziale un corso di formazione ECM (di cui trovate il programma sul presente bollettino) della durata di tre giorni come nelle due precedenti edizioni e corsi di PBLS gratuiti (che spero potranno essere svolti presto). Ricordiamoci cari colleghi che nulla c'è dovuto e che dobbiamo essere i primi a conquistarci il decoro e la dignità che spetta alla nostra attività. Iniziamo con a stabilire contatti tra di noi: scriviamoci, scriveteci!

*Un cordiale saluto e buon lavoro.*

---

\* MEDICO DI CONTINUITÀ

# Certificazioni mediche

---

## Parte I

Il certificato medico è un'attestazione scritta finalizzata a provare la verità di fatti pertinenti alle specifiche competenze sanitarie e rilevabili direttamente dal medico nell'esercizio della professione. I suoi contenuti sono soggetti a verifica in quanto possono essere costitutivi di diritti e benefici in ambito pubblico e privato e devono contenere gli elementi essenziali.

Nella compilazione di un certificato medico devono essere riportati i seguenti **elementi essenziali**:

- intestazione o timbro del medico certificante;
- generalità del paziente richiedente (nome, cognome, data di nascita, residenza o domicilio);
- oggetto della certificazione con eventuale diagnosi e prognosi di malattia;
- firma del medico certificante;
- data e luogo di redazione del certificato.

Il certificato deve essere compilato nella forma con scrittura e termini comprensibili, senza correzioni e abrasioni che possano far sorgere il dubbio di successive alterazioni o contraffazioni dell'atto.

Il rilascio del certificato direttamente al paziente oggetto della certificazione rende implicita la sussistenza del consenso informato da parte del richiedente.

Il certificato può assumere una **natura giuridica** diversa a seconda dei suoi contenuti e del **ruolo** esercitato dal medico certificante, a cui conseguono diverse responsabilità in caso di **illeciti correlati alle certificazioni**.

I principali certificati di competenza del medico di famiglia sono:

- **certificato di malattia;**
- **certificato di malattia su modulo INPS;**
- **certificato di morte;**
- **certificato di idoneità all'attività sportiva non agonistica;**
- **certificato sulla capacità di intendere e volere;**
- **certificato per l'interruzione di gravidanza;**
- **certificato per trattamento sanitario obbligatorio;**
- **referto e rapporto all'autorità giudiziaria.**

## **Ruolo**

Il medico di medicina generale nell'esercizio delle sue funzioni pubbliche, attualmente derivanti dal DPR n. 270\2000, è stato qualificato dalla giurisprudenza agli effetti della legge penale come pubblico ufficiale (art. 357 c.p.) o incaricato di pubblico servizio (art. 358 c.p.).

Invece durante lo svolgimento di attività libero-professionale il medico è qualificabile come esercente un servizio di pubblica necessità (art. 359 c.p.) per il quale sono previste pene meno severe in caso di illeciti nella redazione del certificato medico.

## **Natura giuridica delle certificazioni**

La natura giuridica del certificato del medico di famiglia può rientrare in una delle tre ipotesi:

- **atto pubblico** redatto attraverso la certificazione obbligatoria;
- **certificato amministrativo** rilasciato nell'esercizio delle funzioni pubbliche;
- **scrittura privata** rilasciata in regime libero-professionale, durante il quale il medico non svolge funzioni pubbliche (art. 359 c.p.).

La distinzione tra atto pubblico (art.2699 c.c.) e certificazione amministrativa è stata precisata dalla sentenza n. 257 del 3.7.1989 della Cassazione Penale sez. V ed è rilevante per la maggiore severità con cui vengono puniti gli illeciti nella redazione degli atti pubblici: nell'atto pubblico si attestano fatti compiuti dal medico con funzioni pubbliche o avvenuti in sua presenza, mentre nella certificazione il medico con funzioni pubbliche attesta fatti da lui rilevati o conosciuti in quanto derivanti da altri atti pubblici preesistenti.

Va rilevato che sia l'atto pubblico che la certificazione amministrativa si fondano sul presupposto essenziale che il medico li rediga nell'esercizio delle funzioni di pubblico ufficiale (art. 357 c.p.) o incaricato di pubblico servizio (art. 358 c.p.).

## **Atti pubblici**

Sono atti pubblici che presuppongono l'avvenuta visita medica la prescrizione su ricettario regionale di accertamenti diagnostici (sentenza n. 412 del 14.1.1985 della Cassazione Penale, sez. V), il certificato di morte e dell'identificazione delle relative cause (sentenza n. 8496 del 17.10.1983 della Cassazione, sez. V Penale) e il certificato di idoneità alla guida di autoveicoli (sentenza n. 9228 del 22.11.1979 e sentenza n. 1429 del 15.11.1984 della Cassazione, sez. V Penale) e il certificato di idoneità al porto d'armi (DM 28.41998 in GU n. 143 del 22.6.1998).

## **Certificazioni amministrative**

Sono considerate certificazioni amministrative: la prescrizione di farmaci su ricettario regionale (sentenza n. 6752 del 7.6.1988 della Cassazione Penale Sez. Unite e sentenza n. 8051 del 1.6.1990 della Cassazione Penale, sez. IV), e le altre certificazioni redatte in qualità di pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio come, per esempio, i certificati di idoneità all'attività sportiva agonistica di cui al D.M. Sanità 18.2.1992 per gli atleti non professionisti e di cui al D.M. Sanità 13.3.1995 per gli atleti professionisti. Va rilevato che i certificati di idoneità allo sport agonistico possono essere rilasciati solo da medici specialisti o accreditati, ai sensi del D.L. n. 633/1979 convertito in legge n. 33/1980.

Ugualmente, i certificati attestanti l'esonero all'uso delle cinture di sicurezza per controindicazione derivante da malattia possono essere rilasciati solo dai medici dipendenti o incaricati dell'ASS ai sensi della legge 4 agosto 1989 e non dai medici di medicina generale, salvo i casi certificanti lo stato di gravidanza o la statura inferiore a cm. 150.

## **Scritture private**

Sono considerate scritture private (art. 2702 c.c.) le certificazioni redatte dal medico in qualità di libero professionista, definito come esercente un servizio di pubblica necessità (art. 359 c.p.).

Per esempio:

- i certificati di assenza di controindicazioni per l'esercizio dell'attività sportiva non agonistica ai sensi del D.M. Sanità del 28.2.1983;
- la proposta di ricovero coatto per pazienti psichiatrici di cui alla legge n. 180/1978 (sentenza n. 18341 del 2.12.1983 della Cassazione Penale, sez. V) indirizzata al Sindaco, redatta da medico libero professionista;
- i certificati per l'interruzione volontaria di gravidanza di cui alla legge n. 194/78;
- la constatazione di decesso;
- i certificati di malattia per uso assicurativo privato.

# LETTERA APERTA

di Rosa Maria Caliandro \*

.....

La nostra Azienda da circa un anno ha avviato sotto la regia dell'Ufficio Qualità i PREDITEAR, percorsi formativi di prevenzione - diagnosi - terapia - assistenza - riabilitazione, condivisi fra le varie professionalità e finalizzati alla cosiddetta "appropriatezza".

Sabato 25 marzo c'è stata la presentazione del PREDITEAR sulle patologie gastroesofagee. Forse perché il percorso era ben fatto e presentava pochi punti discutibili c'è stato il tempo per parlare anche d'altro. Il Direttore Generale Dr. Franco Mariano Mulas ha colto l'occasione per ribadire le strategie aziendali. Si è parlato del cosiddetto "progetto mattone" al quale hanno aderito individualmente alcuni colleghi della M.G. Il progetto consiste nella possibilità per tre specialisti (ortopedici, cardiologi e gastroenterologi) di segnalare nella richiesta di una prestazione se questa sia urgente, breve o differita. Da parte dell'azienda è stato affermato che hanno trovato con sorpresa un indice di confidenza che sfiora il 90% (cito a memoria, comunque l'indice è alto) fra le richieste pervenute da parte del M.M.G. Lo stesso Dr. Usula (responsabile del servizio di endoscopia digestiva) in diverse occasioni ha detto che l'"appropriatezza" maggiore non sempre perviene dai M.M.G. Ma non è di questo che voglio parlare, bensì della polemica che si è rinnovata sul perché il sindacato maggiormente rappresentativo dei medici di medicina generale, la FIMMG, ha consigliato ai propri iscritti di non aderire al progetto. Io stessa ho ribadito che, da un punto di vista sindacale, non abbiamo criticato il progetto nel merito ma nel metodo.

Noi riteniamo non produttivo per i M.M.G. (e se si è lungimiranti anche per l'Azienda) continuare a proporre progetti ai singoli medici anziché avviare la contrattazione con i rappresentanti sindacali. La FIMMG, infatti, non ha lo scopo solo di tutelare la medicina del territorio per gli aspetti contrattuali ma anche per quanto concerne l'organizzazione del lavoro. Per convincersi di questo basta leggere gli art. 2, 6, 7, 25, 26, 27 dell'ACN. Nello stesso incontro è chiaramente emerso quello che io ritengo essere un limite da superare della Medicina del territorio e cioè il fatto che il M.M.G., che nella maggior parte dei casi lavora da solo e che ha poche possibilità di confrontarsi con gli altri colleghi sulla "qualità" del lavoro prodotto, sviluppa "appropriatezze" molto individuali. Per usare una espressione che a me piace molto ogni M.M.G. "batte moneta". Oggi quello di lavorare in solitudine può essere un rischio perché se io interpreto una nota AIFA in modo diverso non tanto e non solo dagli altri colleghi ma dal responsabile per la farmaceutica dell'Azienda o peggio dalla Guardia di Finanza posso incorrere in gravi infrazioni. A tal proposito vale la pena di riportare il comma 3 dell'art. 27 dell'ACN che dice che, nell'applicazione delle norme legge 8 Agosto 1996 n. 425 per la prescrizione farmaceutica, corre l'obbligo da parte di tutti i medici del

rispetto delle condizioni e limitazioni previste dai provvedimenti della AIFA, la segnalazione di eventuali infrazioni all'Ordine Professionale di iscrizione e al Ministero della sanità, nonché l'obbligo per il medico di rimborsare il farmaco indebitamente prescritto. Ecco perché io vedo nelle forme organizzative della medicina del territorio (gruppo, rete, UTAP) una marcia in più per andare verso una medicina più "appropriata", che risponda sia alle esigenze dei cittadini (perché il confronto con altri colleghi per esempio su un caso difficile, ci consentirà di assisterli meglio) che dell'Azienda.

La FIMMG è pronta a lavorare per questi obiettivi senza aspettare oltre, dato che siamo già ad un anno dall'entrata in vigore dell'ACN. Per ciò è sufficiente che siano attivati tutti i tavoli previsti dall'ACN: Comitato d'Azienda, Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali, Rappresentante della Medicina del territorio nell'Ufficio Formazione. Quotidianamente i M.M.G. vedono calpestati i propri diritti faticosamente conquistati e devono fronteggiare cittadini sempre più scontenti di una sanità a due binari: quella pubblica e quella privata, sempre più sfacciata, quest'ultima, nel proporre le "nuove frontiere della diagnostica e farmaceutica" e nel porsi come alternativa efficiente al servizio pubblico. Io, penso di poter parlare anche a nome della maggior parte dei M.M.G., cerco di difendere il servizio pubblico e con esso il principio di uguaglianza di tutti i cittadini di fronte all'assistenza, ma devo ogni giorno constatare con amarezza che sull'altare della "managerialità" chi resta per terra è il malato.

---

\* MEDICO DI MEDICINA GENERALE

# L'ONAOSI: BREVI CENNI STORICI, CONTRIBUZIONE E PRESTAZIONI

di **Giulio Antonio Mingioni** \*

.....

L'Opera Nazionale per l'Assistenza agli Orfani dei Sanitari Italiani è un Ente senza scopo di lucro nato da un'idea di un medico di Forlì, Luigi Casati, che nel 1874 la illustra al Primo Congresso Nazionale dei Medici Condotti a Padova.

Nel 1890 i professori Carlo Ruata di Perugia e Lorenzo Bruno di Torino promuovono una sottoscrizione tra Sanitari per fondare un'associazione che si prenda cura dei loro orfani. Circa 4000 Sanitari di tutta Italia rispondono all'appello. Il ricavato della sottoscrizione viene affidato ad una Commissione che, nel 1892, tra le tante richieste di assistenza, sceglie 5 orfani tra i più bisognosi, in rappresentanza di diverse zone d'Italia, ospitandoli in base ad una convenzione presso l'Istituto Sant'Anna di Perugia.

Fin dall'origine, quindi, le risorse e i finanziamenti per sostenere l'iniziativa provengono esclusivamente e per intero dalle categorie sanitarie.

Non si fa ricorso ad alcun finanziamento pubblico diretto o indiretto. Con Regio Decreto 20 luglio 1899, che ne approva lo Statuto organico, l'Opera viene eretta in Ente morale con la denominazione di "Collegio-convitto per i figli orfani dei Sanitari italiani in Perugia".

Nel 1901 si inaugura a Perugia il primo "Collegio-convitto per gli orfani dei Sanitari italiani". Verso la fine dell'anno, su un bollettino del Consiglio del Collegio-convitto si legge: "Il nostro Collegio Convitto verrà in futuro a rappresentare, più che un'Opera Pia, una mutua società di assicurazione costituita però con larghi criteri di beneficio altruistico e di solidarietà di categoria. Sarà una nuova forma di cooperazione che avrà degli imitatori in Italia e all'estero". Il principio previdenziale fa già capolino, insito nella originaria concezione solidaristica ed assistenziale.

La modernità dell'iniziativa ha larga eco nel Paese. Su iniziativa del deputato perugino Cesare Fani, il Parlamento approva la Legge 7 luglio 1901, n.306, "portante provvedimenti per il Collegio-convitto per i figli dei Sanitari italiani in Perugia" rende obbligatorio il contributo per tutti "i medici chirurghi, veterinari e farmacisti esercenti nel Regno alle dipendenze di pubbliche amministrazioni". Tutti gli altri Sanitari "liberamente esercenti" possono contribuire volontariamente. Nel 1902 gli assistiti sono 90; allo scoppio della Prima Guerra Mondiale sono saliti a 229.

La Seconda Guerra Mondiale causa gravissime conseguenze all'Opera; gli eventi bellici la tagliano fuori da ogni contatto con le regioni del Nord e del Sud, prima con la linea di Cassino e poi con la linea Gotica. Vengono meno i contributi di 40.000 Sanitari. Il prof. Nicola Pende, endocrinologo di fama mondiale, alla guida dell'ONAOSI dal 1934, eletto Senatore del Regno, preferisce dimettersi per le difficoltà intervenute. Sembra la fine. Ma la tenacia, prima di tutti del prof. Raffaello Silvestrini di Perugia, nominato Commissario straordinario, e delle Autorità comunali di Perugia, porta ad un'insperata e decisiva ripresa. Nel 1957 gli assistiti sono 1206.

Nel 1977, in occasione del riordino degli Enti di assistenza e beneficenza, le cui funzioni dovevano essere trasferite alle Regioni e agli Enti Locali, il Legislatore, con il D.P.R. n.616 statuisce che una serie di Enti pubblici ritenuti "inutili", tra cui viene impropriamente inclusa l'ONAOSI, debbano essere soppressi. La levata di scudi in favore dell'Opera è generale. Si va avanti, per oltre un decennio, tra contrasti e momenti anche drammatici, fino a che nel 1991 la Legge n.167, promossa da alcuni parlamentari, tra cui primo firmatario il senatore Saporito, sancisce il diritto dell'ONAOSI a continuare ad esistere. Nel 1977 gli assistiti sono 3068; nel 1991 sono 3950.

Nel 1995, in base al decreto legislativo n.509/1994, l'Onaosi (insieme ad Enpam, Enpav, Enpaf, Cassa degli Avvocati, Cassa dei Notai, Cassa degli Ingegneri, ecc.) si trasforma da ente pubblico in fondazione privata. Il 30 ottobre i Ministeri competenti approvano il primo statuto ed il regolamento della "privatizzazione". Nel 1999 la Corte Costituzionale, chiamata a pronunciarsi su alcuni ricorsi, conferma la legittimità dell'obbligo della contribuzione all'Onaosi in quanto fondata essenzialmente sul principio di solidarietà. Nel 2000 Aristide Paci è eletto per la seconda volta Presidente dell'Onaosi.

Nel 2002 avviene una svolta per il futuro dell'Onaosi: con la spinta e l'impegno di Paci e del Consiglio di Amministrazione da lui presieduto, si arriva all'approvazione dell'art.52, comma 23 della Finanziaria per il 2003 che estende a tutti i Sanitari iscritti agli ordini la contribuzione obbligatoria all'Onaosi. Gli assistiti sono oltre 4000.

Oggi, la Presidenza e il Consiglio di amministrazione, avvalendosi di risorse umane variamente impiegate (oltre 220 dipendenti, tra personale amministrativo e educativo), proseguono il cammino: definire nuove strategie, rafforzare l'immagine dell'Opera, potenziare i valori educativi e culturali, con un particolare impegno per sensibilizzare i sanitari ad iscriversi volontariamente. Sono decine di migliaia coloro che, in oltre un secolo di vita, hanno conseguito la loro formazione nell'Opera e con l'Opera.

La storia continua.

**SCHEMA SEMPLIFICATO  
CONTRIBUZIONE ONAOSI 2005-2010**

<b>QUOTE</b>	<b>SANITARI</b>
ESENZIONE TOTALE	Aventi un'età superiore a 67 anni e che abbiano contribuito per almeno 30 anni all'ONAOSI
€ 12,00 ANNUI (o in alternativa un	Aventi un'età superiore a 67 anni e che <u>non abbiano</u> contribuito per almeno 30 anni all'ONAOSI
€ 12,00 ANNUI	Iscritti al rispettivo ordine professionale da meno di 5 (cinque) anni
€ 12,00 ANNUI	Che frequentino un corso di prima specializzazione in discipline Sanitarie
€ 12,00 ANNUI	Aventi un reddito complessivo individuale imponibile annuo inferiore a € 14.000,00 (quattordicimila/00)
€ 36,00 ANNUI	Aventi un'età inferiore a 33 anni ed un reddito complessivo individuale imponibile annuo superiore a € 14.000,00 (quattordicimila/00) ed inferiore a € 28.000,00 (ventottomila/00)
€ 72,00 ANNUI	Aventi un'età superiore a 33 anni ed inferiore a 67 anni ed un reddito complessivo individuale imponibile annuo superiore a € 14.000,00 (quattordicimila/00) ed inferiore a € 28.000,00 (ventottomila/00)
€ 120,00 ANNUI	Aventi un reddito complessivo individuale imponibile annuo superiore a € 28.000,00 (ventottomila/00)

## **TITOLO ALLE PRESTAZIONI**

### **SOGGETTI ASSISTITI**

Hanno titolo alle prestazioni della Fondazione:

- a)* gli orfani dei sanitari contribuenti obbligatori o volontari, iscritti alla data del decesso e in regola con i versamenti dei contributi;
- b)* i figli dei contribuenti, obbligatori o volontari, in regola con i versamenti, dichiarati totalmente e permanentemente inabili all'esercizio della professione, per malattia insorta durante il periodo della contribuzione;
- c)* i figli dei contribuenti cessati dal servizio, anche per dimissioni volontarie, che abbiano un minimo di 30 anni di contribuzione complessiva, che risultino regolari contribuenti obbligatori entro il 31 dicembre 2002 e che mantengano l'iscrizione all'ordine professionale;
- d)* i figli dei contribuenti volontari al 31 dicembre 2002 che, avendo un minimo di 60 anni di età, abbiano versato complessivamente il contributo annuale per almeno 30 anni e che mantengano l'iscrizione all'ordine professionale.

### **PRESTAZIONI**

La Fondazione assolve il proprio scopo primario erogando le seguenti prestazioni in favore dei soggetti assistiti:

- a)* ammissione in strutture;
- b)* contributi in denaro, di carattere ordinario e/o straordinario;
- c)* interventi diretti a favorire la formazione;
- d)* interventi speciali a favore dei disabili di cui alla L. 5 febbraio 1992, n. 104 e successive modifiche ed integrazioni;
- e)* convenzioni con Università, Istituti e Centri di ricerca per specializzazioni post-lauream;
- f)* ogni altra forma ritenuta idonea al conseguimento dei fini istituzionali, o a essi strumentale, complementare o comunque connessa.

La Fondazione, nell'ambito delle proprie finalità ed entro i limiti di bilancio, eroga, altresì, prestazioni e servizi, anche a pagamento, cui possono accedere i figli di contribuenti viventi, obbligatori o volontari, gli stessi contribuenti e i loro coniugi.

### **ACCESSO ALLE PRESTAZIONI ED AI SERVIZI**

Per l'accesso alle prestazioni e ai servizi occorre formulare apposita domanda, cui dovrà essere allegata, anche tramite le dichiarazioni sostitutive di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 (e successive modifiche e integrazioni), la documenta-

zione atta a comprovare il possesso dei requisiti previsti. L'eventuale diritto alle prestazioni e/o servizi decorre dal momento della domanda, previo accoglimento della stessa.

La domanda di prestazioni deve essere sottoscritta:

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

Le erogazioni dei contributi verranno effettuate al maggiorenne, o, in caso di minori, ovvero di interdetti, al/i genitore/i esercente/i la potestà e/o al tutore. Nei casi di figli di contribuenti dichiarati totalmente e permanentemente inabili all'esercizio della professione l'avvio della contribuzione in favore dell'ONASI deve essere precedente all'insorgenza della malattia che ha portato alla dichiarazione di totale e permanente inabilità.

## **MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI E DEGLI INTERVENTI SPECIALI**

Le prestazioni vengono erogate secondo criteri stabiliti dagli organi della Fondazione mediante delibere contenenti criteri direttivi generali. Tali criteri possono prevedere differenziazioni a seconda del tipo di studi o di attività dell'assistito. Il diritto alle prestazioni si estingue al compimento del trentesimo anno di età. Detto termine può essere elevato nel caso di convenzioni con Università, Istituti e Centri di ricerca per specializzazioni post-lauream, nonché in caso di frequenza a master di primo e secondo livello e corsi di formazione. In deroga a quanto sopra potranno fruire delle prestazioni fino al conseguimento del titolo di studio, coloro che abbiano un grado di invalidità superiore al 45%, purchè si registri un minimo di progresso negli studi. In caso di certificata invalidità civile, totale e permanente, il diritto all'assistenza, con prestazioni stabilite dagli organi competenti, può essere riconosciuto, in costanza di tale condizione, anche continuativamente e fino al decesso.

## **CONDIZIONI E MODALITÀ DI EROGAZIONE DEI SERVIZI**

Per l'accesso ai servizi, anche a pagamento, erogati dalla Fondazione, la Giunta Esecutiva fissa i criteri di priorità eventualmente differenziati a seconda delle tipologie. I servizi a pagamento, nel rispetto dei vincoli di bilancio, sono erogati a condizioni speciali (anche forfettarie), nella misura disposta con delibera contenente criteri direttivi generali, che ne prevede la modalità.

La fondazione potrà:

- a) realizzare forme di intervento nei confronti dei Sanitari e dei loro familiari in situazioni di particolari difficoltà e disagio sociale;
- b) elaborare e attuare proposte formative o di aggiornamento, volte a facilitare l'inserimento e l'affermazione dei giovani nel mondo del lavoro;
- c) realizzare attività socio-culturali;
- d) realizzare ogni altra attività, coerente con i propri fini istituzionali di assistenza e solidarietà nei confronti dei Sanitari.

## **PRESTAZIONI EROGABILI A DOMICILIO**

Ai soggetti assistiti vengono assegnati consistenti contributi il cui importo è legato all'ordine di studi seguito, alle condizioni economiche ed alla sede degli studi (in sede o fuori sede).

### **OSPITALITÀ NELLE STRUTTURE DELL'ENTE (ALTERNATIVA AI CONTRIBUTI DOMICILIARI)**

- convitti, sezione maschile e sezione femminile, in Perugia, per ragazzi e ragazze che frequentano le scuole dalle elementari fino alle medie superiori;
- collegi universitari, sezione maschile e sezione femminile, in Perugia;
- centri formativi (per studenti universitari) nelle seguenti città: Perugia, Padova, Pavia, Torino, Bari, Bologna, Messina.

### **ALTRE PRESTAZIONI**

- interventi per specializzazione post-laurea;
- masters di gestione e di formazione aziendale;
- interventi per perfezionamento lingua straniera all'estero;
- sostegno da parte del Servizio Sociale dell'Ente;
- interventi integrativi a favore di giovani portatori di handicap;
- case vacanze in Prè Saint Didier (Aosta), Nevegal (Belluno), Porto Verde (Misano Adriatico) e Torre Normanna (Sapri);
- possibilità di accesso a pagamento ai servizi dell'Opera (Collegi, Centri di Studio Universitari e Centri Vacanze) per i figli dei Sanitari, gli stessi contribuenti ed i loro coniugi, secondo le modalità e le condizioni previste dal regolamento;
- è stata realizzata una residenza per sanitari anziani in Perugia - Montebello.

---

\* RESPONSABILE UFFICIO DI SEGRETERIA DELL'ORDINE

# CHE COSA È L'ENPAM

di **Giulio Antonio Mingioni** \*

.....

L'Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza medici è fondazione senza scopo di lucro e con personalità giuridica di diritto privato; ha lo scopo di attuare la previdenza e l'assistenza a favore degli iscritti, dei loro familiari e superstiti; ha sede in Roma, Via Torino n. 38 e svolge la sua attività sull'intero territorio della Repubblica.

La Fondazione ENPAM attua la previdenza e l'assistenza a favore degli iscritti, dei loro familiari e superstiti, gestendo quattro Fondi di previdenza:

1. il Fondo di Previdenza generale;
2. il Fondo Speciale di Previdenza per i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli addetti ai servizi di continuità assistenziale;
3. il Fondo Speciale di Previdenza per i medici specialisti ambulatoriali;
4. il Fondo Speciale per i medici specialisti convenzionati (o accreditati) esterni.

Obbligatorietà della contribuzione art. 21 del D.L.C.P.S. 13 settembre 1946, n. 233:

“Gli iscritti agli Albi sono tenuti... all'iscrizione ed al pagamento dei relativi contributi all'Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza istituito o da istituirsi per ciascuna categoria”.

## LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA DELLA FONDAZIONE

La gestione della Fondazione è affidata alla cooperazione di Organi istituzionali e Organi amministrativi.

Sono organi istituzionali:

- il Consiglio Nazionale, composto dai Presidenti degli Ordini provinciali dei medici chirurghi e degli odontoiatri;
- il Consiglio di Amministrazione;
- il Comitato Esecutivo;
- il Presidente e due Vicepresidenti;
- il Collegio dei Sindaci;
- le Commissioni Consultive dei fondi di previdenza. Contributi fissi Quota “A” (Art. 3, comma 3; art. 34, comma 3)

## REQUISITI

Il contributo è dovuto dal mese successivo all'iscrizione all'Albo sino al mese precedente quello di decorrenza della pensione per invalidità o al mese di compimento del 65° anno di età.

Contributi per l'anno 2006:

- € 207,42 annui indicizzati fino a 30 anni di età;
- € 369,69 annui indicizzati dal compimento dei 30 fino ai 35 anni di età;
- € 663,07 annui indicizzati dal compimento dei 35 fino ai 40 anni di età;
- € 1.194,93 annui indicizzati dal compimento dei 40 fino a 65 anni di età;
- € 663,07 annui indicizzati fino a 65 anni di età per coloro che, secondo la precedente normativa, sono stati ammessi alla contribuzione ridotta.

Oltre ai contributi ordinari tutti gli iscritti sono tenuti a versare il contributo di maternità, adozione e aborto pari a ? 38 annui indicizzati.

La modalità di riscossione è a mezzo di ruoli esattoriali, come per le imposte dirette.

I contributi fissi sono interamente deducibili dall'imponibile IRPEF.

---

\* RESPONSABILE UFFICIO DI SEGRETERIA DELL'ORDINE

# COMUNICATO

## Legge 49/2006 – Nuove disposizioni in materia di prescrizione di sostanze stupefacenti.

### Decreto 10 Marzo 2006

---

Si porta a conoscenza di tutti i medici iscritti all'Albo professionale, che sono in vigore delle nuove disposizioni in merito alla prescrizione di sostanze stupefacenti derivanti dalla Legge 49/06 e dal successivo Decreto 10 Marzo 2006.

Il nuovo ricettario (in triplice copia autocopiante) di cui al Decreto anzidetto diventa l'unico ricettario speciale utilizzato dai Medici per prescrivere i farmaci compresi nella tabella II, sezione A e nell'allegato III-bis di cui al testo unico DPR 309/1990. \* *vedi nota*

In attesa che lo stesso sia stampato e distribuito dal Ministero competente devono essere utilizzati i ricettari a ricalco approvati con Decreto del 24 maggio 2001, (per intenderci quelli rilasciati dalle Aziende Sanitarie Locali), rispettando le norme d'uso di cui all'allegato IV al DM 10 Marzo 2006.

Il ricettario a madre e figlia rilasciato dall'Ordine non è più utilizzabile dal 14 Aprile 2006.

Le ricette redatte entro tale data possono essere spedite in farmacia entro il 14 Maggio pv, avendo le stesse validità di trenta giorni escluso quello di emissione.

**Si ricorda a tutti gli iscritti che è fatto obbligo tassativo di riconsegnare all'Ordine di appartenenza i ricettari a madre e figlia anche se sono stati parzialmente utilizzati.**

---

\* *nota*

***Medicinali compresi nell'allegato III-bis (buprenorfina, codeina, diidrocodeina, fentanil, idrocodone, idromorfone, morfina, metadone, ossicodone, ossimorfone.):*** che può comprendere fino a due medicinali diversi tra loro o uno stesso medicinale in due forme farmaceutiche diverse o con due dosaggi differenti tra loro per una cura non superiore a trenta giorni.

***Medicinali compresi nella tabella II, sezione A:*** di un solo medicinale per la cura di durata non superiore a trenta giorni, salvo quanto previsto per i medicinali a base di flunitrazepam ad uso orale, per i quali la prescrizione è comunque limitata ad una sola confezione per non più di 60 mg per ciascuna ricetta.

***Medicinali compresi nella tabelle II, sezione A utilizzati per il trattamento di disassuefazione dagli stati di tossicodipendenza da oppiacei (metadone, buprenorfina): rispetto di un piano terapeutico predisposto da una struttura sanitaria pubblica o privata autorizzata, per una cura non superiore a trenta giorni.***

Nella ricetta dovranno essere indicati:

- a) cognome e nome dell'assistito ovvero del proprietario dell'animale ammalato;
- b) la dose prescritta, la posologia ed il modo di somministrazione;
- c) l'indirizzo e il numero telefonico professionali del medico o del veterinario;
- d) la data e la firma del medico o del veterinario da cui la ricetta è rilasciata.

Le ricette sono compilate in duplice copia a ricalco per i medicinali non forniti dal servizio sanitario nazionale ed in triplice copia per i medicinali forniti dal servizio sanitario nazionale.

È importante evidenziare che la persona (assistito o proprietario dell'animale) alla quale sono prescritti i medicinali compresi nella tabella II, sezione A e nell'allegato III-bis deve conservare la terza copia della ricetta che gli viene consegnata dal medico per giustificare il possesso degli stessi medicinali.

Quando i medicinali si esauriscono la copia della ricetta deve essere eliminata.

I medici e i veterinari sono autorizzati ad approvvigionarsi attraverso autorizzazione e a trasportare e a detenere i medicinali compresi nell'allegato III-bis per uso professionale urgente, utilizzando la ricetta autocopiante.

In tal caso devono, quindi, conservare la terza copia della ricetta come giustificativo del carico dei medicinali nel registro delle prestazioni effettuate, dove annoteranno le successive somministrazioni.

Nel periodo di tempo necessario alla stampa e alla distribuzione dei nuovi ricettari, i medici e i veterinari sono autorizzati ad usare i ricettari approvati con decreto del Ministro della sanità del 24 maggio 2001 e successive integrazioni e modificazioni, fino ad esaurimento delle scorte, rispettando le norme d'uso di cui all'allegato IV al DM 10 marzo 2006.

### **Norme d'uso di cui all'allegato IV al DM 10 Marzo 2006**

1. La ricetta deve essere utilizzata per prescrivere i medicinali compresi nella tabella II sezione A e nell'allegato III bis del T.U.
2. La ricetta ha validità di trenta giorni, escluso quello di emissione
3. Il Medico o il Veterinario può prescrivere, con ogni ricetta, una terapia per un periodo non superiore a trenta giorni. La posologia indicata deve comportare che l'assunzione dei medicinali prescritti sia completata entro trenta giorni. Fatti salvi i casi in cui è necessario adeguare la terapia, la prescrizione non può essere ripetuta prima del completamento della terapia indicata con la precedente prescrizione.

4. Per le prescrizioni a carico del Servizio Sanitario Nazionale, il medico rilascia all'assistito la ricetta originale e la copia per il SSN da consegnare in farmacia; la "copia assistito/prescrittore" è consegnata all'assistito, che la conserva come giustificativo del possesso dei medicinali; per le non a carico del SSN o veterinarie, il medico o il veterinario rilascia la ricetta originale e la "copia assistito/prescrittore"
5. In caso di auto prescrizione, il medico o il veterinario conserva la "copia assistito/prescrittore"
6. Il farmacista che dispensa i medicinali forniti dal Servizio Sanitario Nazionale, appone i bollini autoadesivi sulla copia della ricetta per il SSN, sia nello spazio ad essi destinato, sia (ove necessita) sul retro della ricetta e, in mancanza di spazio, anche su un foglio allegato alla medesima.
7. Il farmacista che allestisce una preparazione magistrale indica il relativo costo nello spazio destinato ai bollini autoadesivi.
8. Il veterinario riporta nello spazio destinato ai bollini autoadesivi le parole "uso veterinario" e, nello spazio destinato al codice paziente, indica la specie, la razza e il sesso dell'animale curato
9. La ricetta risulterà firmata dal medico o dal veterinario, in originale sulla prima pagina e in copia sulle altre.

*La segreteria dell'Ordine è a disposizione per ogni ulteriore chiarimento.*



## PROGRAMMA DEL CORSO

**Percorsi formativi in Dermatologia e Oculistica: dal sintomo alla diagnosi.  
La Medicina Legale nel processo decisionale del Medico di Continuità  
Assistenziale.**

**1<sup>a</sup> GIORNATA** – Giovedì 18 Luglio 2006

Sessione 1 plenaria – Gestione di primo livello del paziente Oculistico

ore 14,00-15,00 Dottor Michele Loi, *Dirigente primo livello Reparto di Oculistica Ospedale San Francesco Nuoro*

**OCCHIO ROSSO: INFEZIONI, ATTACCO DI GLAUCOMA ACUTO, UVEITI, ABUSO DI LAC, CAUSTICAZIONI E CONTAMINAZIONI CHIMICHE, CHERATITI ATTINICHE.**

ore 15,00-16,00 Dottor Michele Loi, *Dirigente primo livello Reparto di Oculistica Ospedale San Francesco Nuoro*

**TRAUMI: CONTUSIVI (BULBARI E ORBITARI), PENETRANTI, PERFORANTI, FOTOTRAUMATISMI RETINICI**

ore 16,00-17,00 Dottor Michele Loi *Dirigente primo livello Reparto di Oculistica Ospedale San Francesco Nuoro*

**DEFICIT VISIVI ACUTI: AMAUROSIS FUGAX, NEURITI, DEFICIT ACUTI DI CIRCOLO, DISTACCO DI RETINA, EMORRAGIA VITREALE RETINICA, MNV, SIMULAZIONI.**

ore 17,00-18,00 Dottor Michele Loi *Dirigente primo livello Reparto di Oculistica Ospedale San Francesco Nuoro*

**EFFETTI COLLATERALI OCULARI DI FARMACI SISTEMICI: CORTI-COSTEROIDI, ANTIBIOTICI, ANTIBLASTICI, IMMUNOSOPPRESSORI, CLOROCHINA, ESTROPROGESTINICI, ANTICOAGULANTI, ANTIAGGREGANTI, DIGITALE, FANS, ANTIDEPRESSIVI, ANTIPSI-COTICI, ANSIOLITICI, VITAMINE.**

ore 18,00-19,00 Verifica con questionario.

**2<sup>a</sup> GIORNATA** – Giovedì 20 Luglio 2006

Sessione 2 plenaria – Gestione di primo livello del paziente in Dermatologia

- ore 09,00-10,00 Dottor Angelo Novelli *Dirigente primo livello Reparto di Dermatologia Ospedale San Francesco Nuoro*  
**USTIONI - DERMATITI BALNEARI - RICHIAMI SULLA CLASSIFICAZIONE DELLE REAZIONI ALLERGICHE DI GELL E COOMBS - DERMATITI ALLERGICHE.**
- ore 10,00-11,00 Dottor Angelo Novelli *Dirigente primo livello Reparto di Dermatologia Ospedale San Francesco Nuoro.*  
**INFEZIONI CUTANEE E MICOSI DI PIÙ FREQUENTE RISCONTRO NELLA PRATICA AMBULATORIALE HERPES SIMPLEX, HERPES ZOOSTER.**
- ore 11,00-12,00 Dottor Angelo Novelli *Dirigente primo livello Reparto di Dermatologia Ospedale San Francesco Nuoro*  
**MANIFESTAZIONI CUTANEE IN CASO DI MALATTIE SISTEMICHE E SPECIFICHE: DIABETE, IPERTIROIDISMO, CELIACHIA, CROHN, EPATOPATIE ECC.**
- ore 12,00-13,00 Dottor Angelo Novelli *Dirigente primo livello Reparto di Dermatologia Ospedale San Francesco Nuoro*  
**LE PARASSITOSI DI MAGGIOR RISCONTRO NELLA PRATICA CLINICA.**
- ore 13,00-14,00 Verifica con questionario.

### **3ª GIORNATA – Giovedì 27 Luglio 2006**

Sessione 3 plenaria – Il processo decisionale del Medico di continuità assistenziale

- ore 09,00-10,00 Dottor Giuseppe Uda *Medico Legale*  
**IL CERTIFICATO MEDICO.**
- ore 10,00-11,00 Dottor Giuseppe Uda *Medico Legale*  
**REFERTO ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA, DENUNCIA DI REATO.**
- ore 11,00-12,00 Dottor Giuseppe Uda *Medico Legale*  
**RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE E CONSENSO AL TRATTAMENTO SANITARIO.**
- ore 12,00-13,00 Dottor Giuseppe Uda *Medico Legale*  
**ELEMENTI DI TANATOLOGIA.**
- ore 13,00-14,00 Dibattito verifica con questionario.

**NUORO – AULA CONFERENZE ORDINE MEDICI  
ACCREDITAMENTO ECM IN CORSO  
Posti disponibili 40  
Riservati agli iscritti dell'Ordine di Nuoro**