

SASSARI MEDICA



4

ANNO XVII
DICEMBRE 2008

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

**IN QUESTO
NUMERO:**

Le nuove cariche dell'Ordine:
confermati Sussarellu e Delogo

1/Giornata del medico 2008:
sanità sempre più al femminile
in Sardegna

2/Giornata del medico 2008:
difesa del Servizio Sanitario
Nazionale

Convegno: sanità per le donne
donne per la sanità

La violenza sulle donne
"Passi affrettati" di Dacia Maraini

Defunti ma malati: non sbagliano
i medici ma la burocrazia

Documento FNOMCeO
su etica e deontologia di inizio vita

Testamento biologico: è possibile
mettere d'accordo tutti?

Sentenze/L'autonomia vincolata
del medico specializzando

1/Libri: musica beat a Sassari
"C'era un ragazzo che come me..."

2/Libri: quei formidabili
e lontani Anni Sessanta

3/Libri: Bollettino del polline
Cronaca aerobiologica

Convegno/quando l'etica
incontra l'economia

Medici obbligati a denunciare
i clandestini? Pericolo sventato

Immigrati e servizi sanitari
questione etica
e di giustizia sociale

Immigrati: invito della FNOMCeO
agli Ordini dei medici

ONAOI, che cosa fare
per le contribuzioni 2008

Campagna di vaccinazione
anti Papilloma virus

Ricette non ripetibili:
modalità prescrittive



“Dea Madre
e Pintadera”
Serena Fazio

SASSARI MEDICA

*Periodico dell'Ordine dei medici
chirurghi e degli odontoiatri
della provincia di Sassari*

SITO WEB: www.omceoss.org
E-MAIL: ordine@omceoss.org

Anno XVII - Numero 4
Dicembre 2008

Direttore responsabile: Agostino Sussarellu
Direttore editoriale: Agostino Sussarellu

Direzione, Redazione, Amministrazione:
via Cavour 71/B - 07100 Sassari
Telefono (079) 23.44.30
Telefax (079) 23.22.28

CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE: *Presidente:* Agostino Sussarellu - *Vice Presidente:* Alessandro Arru - *Segretario:* Giovanni Biddau - *Tesoriere:* Nicola Addis - *Consiglieri:* Pasqualina Bardino, Vincenzo Bifulco, Tiziana Casti, Alberto Delpini, Alessandro Ganau, Vittorio Renato Lai, Rita Nonnis, Giovanni Padula, Mario Palermo - *Consiglieri odontoiatri:* Pier Luigi Delogu, Antonella Bortone. *Collegio dei revisori dei Conti:* *Revisori effettivi:* Giancarlo Bazzoni, Marco Vidili, Nadia Tola - *Revisore supplente:* Margherita Pruneddu - *Commissione per gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri:* *Presidente:* Pier Luigi Delogu; *Componenti:* Antonella Bortone, Alessandra Lucaferri, Ines M. Putzu, Alessandro Sechi.

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

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

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

- 3 Le nuove cariche dell'Ordine:
Confermati Sussarellu e Delogu
- 6 1/Giornata del medico 2008: sanità
sempre più al femminile in Sardegna
- 10 2/Giornata del medico 2008: difesa
del Servizio Sanitario Nazionale
- 13 Convegno: sanità per le donne
donne per la sanità
- 17 La violenza sulle donne
“Passi affrettati” di Dacia Maraini
- 18 Defunti ma malati: non sbagliano
i medici ma la burocrazia
- 21 Documento FNOMCeO su etica
e deontologia di inizio vita
- 25 Testamento biologico: è possibile
mettere d'accordo tutti?
- 33 Sentenze/L'autonomia vincolata
del medico specializzando
- 36 1/Libri: musica beat a Sassari
“C'era un ragazzo che come me...”
- 37 2/Libri: Quei formidabili
e lontani Anni Sessanta
- 40 3/Libri: Bollettino del polline
Cronaca aerobiologica
- 42 Convegno/quando l'etica
incontra l'economia
- 44 Medici obbligati a denunciare
i clandestini? Pericolo sventato
- 45 Immigrati e servizi sanitari
questione etica e di giustizia sociale
- 46 Immigrati: invito della FNOMCeO
agli Ordini dei medici
- 48 ONAOSI, che cosa fare
per le contribuzioni 2008
- 50 Campagna di vaccinazione
anti Papilloma virus
- 52 Ricette non ripetibili:
modalità prescrittive

Grazie!

Si è appena conclusa la tornata elettorale per il rinnovo delle cariche istituzionali del nostro Ordine, le urne hanno confermato la linea politica seguita in questi ultimi anni, portando all'elezione l'intera lista proposta come prosecuzione del consiglio uscente.

In questo momento sento perciò il bisogno di ringraziare quanti hanno voluto riporre la loro fiducia nel nostro gruppo, ma anche tutti quei colleghi che con la loro presenza hanno permesso di raggiungere il quorum alla prima convocazione.

Un ringraziamento particolare va però ai colleghi che hanno partecipato alle elezioni presentando una seconda lista, poiché questo fatto, oltre a caratterizzare democraticamente le votazioni, ha stimolato la partecipazione al voto, che si è svolto, come tutti hanno potuto notare, in un clima di cordiale confronto tra colleghi.

Agostino Sussarellu

I risultati delle votazioni all'Ordine

Il nuovo consiglio direttivo

Confermati Sussarellu e Delogu

Riconfermati Agostino Sussarellu alla presidenza dell'Ordine e Pierluigi Delogu alla guida della Commissione per gli iscritti All'Albo Odontoiatri "Saremo i portavoce di tutti i medici"

È stata rinnovata la composizione del Consiglio Direttivo, della Commissione per gli iscritti all'Albo Odontoiatri e del Collegio dei Revisori dei Conti dell'Ordine dei Medici della Provincia di Sassari per il triennio 2009 – 2011. Le elezioni si sono tenute sabato 15, domenica 16 e lunedì 17 novembre scorsi, raggiungendo il quorum alla prima votazione, mentre l'ufficializzazione delle nomine è avvenuta nei giorni scorsi.

Alla guida del Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici è stato riconfermato il presidente uscente Agostino Sussarellu, vicepresidente è stata nominata Rita Nonnis, segretario è Giovanni Biddau e tesoriere Nicola Addis.

Fra i banchi dei consiglieri siederanno Alessandro Arru, vicepresidente uscente, Piero

Luigi Bellu, Tiziana Casti, Paolo Giuseppino Castiglia, Maria Grazia Cherchi, Alberto Ettore Delpini, Monica Derosas, Carla Fundoni, Nicolino Sanna, Francesco Pio Scanu, Patrizia Virgona.

Nel Consiglio Direttivo entrano di diritto anche i primi votati della Commissione Albo Odontoiatri: Pierluigi Delogu, riconfermato alla presidenza della Commissione Albo degli Odontoiatri, e Alessandro Sechi. Oltre a loro entrano a far parte della Commissione odontoiatrica anche Antonella Bortone, Pierpaolo Delitala e Antonio Pinna.

Una riconferma arriva anche per il Collegio dei Revisori dei Conti, che rinnova alla presidenza Giancarlo Bazzoni. Revisori effettivi del Collegio saranno Alessandro Ganau e Nadia Tola, mentre revisore supplente è stata nominata Pasqualina Bardino.

Dalle recenti consultazioni elettorali esce un Ordine fortemente rinnovato: ben otto consiglieri del Consiglio Direttivo su 15 sono alla prima nomina e sono due su cinque i nuovi

*Equilibrata
rappresentanza
territoriale
e ampio
rinnovamento:
8 consiglieri
su 15 sono
di prima nomina*

membri della Commissione odontoiatrica. Rispettata anche la rappresentanza territoriale: nella composizione del Consiglio l'attenzione è andata ai diversi territori, da Olbia ad Alghero, da Tempio a Ozieri, una scelta operata in modo da rappresentare in tutta la loro completezza le istanze delle provincie di Sassari e Olbia-Tempio.

Il Consiglio rappresenterà l'unità della categoria, come dichiara il presidente Sussarellu: «Saremo portavoce di tutti i medici, assicurando la vicinanza dell'Ordine a tutti coloro i quali abbiano problemi o necessità di risposte».

Il presidente rilancia anche l'Ordine come interlocutore attivo e propositivo delle forze di governo, delle istituzioni e

delle Aziende sanitarie locali, come attore di una riforma dell'Ente che ne rafforzi il ruolo nel controllo della qualità dell'assistenza sanitaria e come promotore di attività di formazione, informazione, indagine e studio.

Un'attenzione particolare sarà rivolta alla salvaguardia del Sistema Sanitario Nazionale, che deve mantenersi "equo e solidale", e alla ridefinizione dei percorsi di continuità assistenziale, in collaborazione con le Asl.

Un occhio di riguardo, infine, ai colleghi più giovani, ai quali l'Ordine intende offrire un supporto, specie nel momento in cui si affacciano al mondo lavorativo, in collaborazione con Università e Assessorato alla Sanità.

CHIUSURA UFFICI PERIODO NATALIZIO

Si comunica che gli uffici dell'Ordine chiuderanno nei seguenti giorni:

24 dicembre 2008 * **31** dicembre 2008

2 Gennaio 2009 * **5** Gennaio 2009



*Al Presidente,
il Consiglio Direttivo,
la Commissione per gli iscritti
all'Albo Odontoiatri
e il Collegio dei Revisori dei Conti
pergono a tutti gli iscritti
i migliori auguri di Buone Feste
e di un Sereno 2009*

1/Giornata del Medico 2008

Sanità in Sardegna sempre più al femminile

Pubblichiamo il testo dell'intervento del presidente dell'Ordine Agostino Sussarellu alla Giornata del Medico 2008.

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

Ringrazio altresì, a nome del Consiglio Direttivo tutto, e mio personale, l'Università di Sassari nella figura del Magnifico Rettore, professor Alessandro Maida, per averci ancora una volta ospitato in questa splendida e prestigiosa Aula Magna, nella quale buona parte di noi ha conseguito la laurea, e nella quale celebriamo, come è ormai tradizione, la Giornata del Medico, giunta quest'anno alla sua cinquantatreesima edizione.

Di norma, questa manifestazione ha luogo il 18 ottobre, nella ricorrenza della festività di San Luca Evangelista, patrono dei medici. Tale giorno fu appunto prescelto cinquantatre anni fa, quando la cerimonia si tenne per la prima volta.

Questa fu ideata, curata nei minimi particolari e tramandata nel tempo dal professor Egidio Depperu, e poi portata avanti con eguale puntualità dal suo successore e mio predecessore, l'amico Mario Oppes, che

ringrazio di essere ancora una volta qui con noi.

Oggi è il 20 ottobre, siamo dunque in ritardo: siamo stati costretti a posticipare il nostro tradizionale incontro per la coincidenza di un evento a cui accennerò più avanti.

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

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

Questa nostra manifestazione non è una semplice celebrazione della categoria, ma piuttosto rappresenta il momento più saliente della professione medica, quello in cui si puntualizza l'importanza e l'obbligo dell'osservanza del nostro Codice di Deontologia che, da sempre, costituisce la linea portante del nostro comportamento, del nostro essere medici, della stessa professione che esercitiamo.

L'immagine scelta per la Giornata

L'alta percentuale di donne-medico evidenziata nell'intervento del presidente dell'Ordine



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

del Medico 2008 è la “Dea madre”, simbolo di protezione, salute e prosperità, che intende essere un augurio per i neo iscritti all'Ordine, dunque per i più giovani, ma anche, perché no, per i meno giovani. Questa stessa immagine è stata il logo del convegno “Sanità per le donne – Donne per la sanità”, tenutosi nei giorni 17 e 18 ottobre ad Alghero, organizzato dalla FROMS, dalla FNOMCeO e dalla commissione permanente per la professione al femminile della FNOMCeO. La data di svolgimento di tale convegno ci ha obbligati a spostare ad oggi la nostra manifestazione.

Perché un convegno sulla sanità solo al femminile?

La risposta sta anche in questa magnifica aula: salta facilmente agli occhi che la maggior parte dei giovani presenti in aula è costituita da donne.

Questa presenza massiccia rappresenta un fenomeno in continua crescita, iniziato, nella nostra provincia, nei primi anni novanta (1991), quando ci fu l'inversione della curva

delle iscrizioni all'Ordine professionale, con una prevalenza del sesso femminile.

Negli anni, tale presenza si è ampliata a tal punto che attualmente i dati statistici ci dicono che in Sardegna oltre il 45% degli iscritti è costituito da donne.

Il dato potrebbe non apparire così significativo, ma rapportandolo alla media nazionale ci accorgiamo che la nostra isola evidenzia una differenza percentuale, sul resto della nazione, di oltre il 10%, e che, per fare un esempio ancora più rilevante, la Provincia di Nuoro, col suo 50,3% rappresenta una realtà ancora più significativa.

Quale conseguenza logica, anche nel campo del lavoro si riscontra una situazione analoga: nel SSN la media di occupazione femminile risulta essere del 32%, mentre in Sardegna si raggiunge il 45%.

Poiché alcuni economisti hanno supposto che questa forte femminilizzazione potrebbe, col tempo, dar

luogo a problemi, soprattutto nella sanità pubblica, i quattro Ordini locali hanno proposto la nostra isola come laboratorio reale per valutare questa situazione.

L'incontro di Alghero è stato il primo passo di questo lavoro di analisi, con spunti interessantissimi portati da studiosi giunti da varie parti d'Italia, ma in particolare dalle nostre stesse relatrici sarde, che ho il piacere di menzionare: la professoressa Franconi, le dottoresse Lenguini, Mongiu, Ecca, Nonnis, Pisanu.

All'interno della manifestazione, uno spazio particolare, che abbiamo chiamato "Per non dimenticare", è stato dedicato al ricordo delle due colleghe drammaticamente scomparse nell'adempimento del lavoro e per il lavoro che svolgevano: le nostre Monica Moretti, e Roberta Zedda.

L'intenzione della FROMS è quella di proseguire sulla strada intrapresa, dando luogo ad un appuntamento annuale da tenere in Sardegna.

Quest'anno, in dicembre, ricorrono i 30 anni dell'istituzione del SSN nel nostro paese.

I colleghi di età più matura ricordano perfettamente quale rivoluzione avvenne nel 1978, ma voi giovani, con l'esclusione di qualcuno, all'epoca non eravate neppure nati.

L'assistenza sanitaria divenne, in Italia, universale, per cui tutti i cittadini ebbero diritto ad essere assistiti gratuitamente dallo Stato. Questo stato di cose, che ancora sussiste, pone tuttora il nostro SSN ai primi posti nel mondo, ma inoltre oggi possiamo vantare un'assistenza sanitaria garantita anche ai cittadini stranieri presenti nel nostro paese.

Ulteriore motivo di vanto è il fatto che tale diritto si estenda anche ai

clandestini. Possibilità, questa, sancita per legge; il comma 5 dell'art. 35 del testo unico sull'immigrazione recita: "l'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero, non in regola con le norme sul soggiorno, non può comportare alcun tipo di segnalazione alle autorità".

La spesa sanitaria, come tutti sappiamo, è una forte determinante del bilancio dello Stato, ma lo è ancor di più riguardo al bilancio delle regioni, benché l'Italia dedichi alla sanità solo una piccola parte del PIL, sicuramente meno di altre nazioni che, pur avendo sistemi sanitari con grandi eccellenze, non garantiscono l'universalità dell'assistenza.

Quest'accenno al trentennale non vuole solo ricordare un evento storico, ma vuole anche essere un appello all'attenzione, rivolto proprio a voi giovani, poiché da un po' di tempo si va manifestando la tendenza a voler riportare la sanità verso un modello privatistico, con la scusa della necessità di un controllo della spesa che spesso sfora in maniera eccessiva.

Come se non bastasse, proprio in questi giorni è stato presentato un emendamento che tende a sovvertire quel grande principio di libertà che scaturisce dall'art. 35, comma 5, del testo unico sull'immigrazione, con la possibilità che il medico debba denunciare il soggetto clandestino che si dovesse rivolgere a lui per essere curato.

Il medico, da sempre, ha fatto del segreto professionale un cardine del proprio lavoro. Fa parte integrante del nostro codice di deontologia, il dovere di prestare cure, senza distinzione o discriminazione alcuna, a chiunque ne abbia bisogno, così come la libertà e l'indipendenza della

professione rappresentano insieme uno dei cardini della nostra deontologia.

Purtroppo tutti noi sappiamo che la ricca torta della sanità pubblica ha attirato l'attenzione del mondo politico, con forti intromissioni di tipo clientelare al suo interno, soprattutto nella scelta della classe dirigente, sia delle Aziende Sanitarie, sia delle strutture di vera e propria assistenza.

Credo che la scelta delle dirigenze, particolarmente in settori delicati come quello della sanità, debba essere basata sul merito e sulla capacità, e non su appartenenze politiche, di qualunque colore esse siano.

Credo che proprio la politica debba fare un passo indietro in questo campo, ma credo inoltre che anche noi, operatori della salute, dobbiamo imparare ad affrancarci da questo servilismo "privo di valore e di valori".

Tanto, quando un individuo è mediocre e si appoggia ad un politico per avere un posto di responsabilità, la sua pochezza rimarrà tale e il fatto di comandare non gli darà sicuramente l'autorevolezza che noi medici ci conquistiamo con la stima dei colleghi e soprattutto dei pazienti.

Vedete, da anni ho maturato il concetto che all'interno della nostra professione vi sono due tipologie di professionisti: i Medici e i laureati in medicina.

I primi, con la loro umanità, riescono a trasmettere ai pazienti sicurezza, serenità e soprattutto un senso di partecipazione; gli altri, solo distacco e superficialità.

Ragazzi, siete agli inizi di questa carriera. Se ricordate, quando ci siamo incontrati per la presentazione dell'esame di stato, vi ho invitati a seguire con attenzione l'insegna-

mento dei vostri tutor, vi ho spronati a far tesoro di tutto ciò che avreste colto di positivo, ma vi ho anche sollecitati a rigettare qualsiasi aspetto negativo.

Vi rivolgo ancora una volta quell'invito e vi chiedo di approcciarvi sempre alla professione con umiltà e senso di dedizione.

Chiudo con una parentesi particolare: ogni qualvolta si prenda in esame la popolazione medica attraverso i dati degli Ordini, ci si trova di fronte a degli eccessi di presenze, e il motivo sta nel fatto curioso, ma secondo me significativo, che i medici restano iscritti all'Ordine fino alla fine naturale della vita.

Una collega di Genova, ottantannenne, che ha partecipato al nostro convegno di Alghero, si è così espressa: "... chi è medico, lo è per tutta la vita ...", intendendo affermare che essere medici va oltre il semplice espletamento di una professione, è uno stato mentale e comportamentale totale.

Vi leggo adesso, come conclusione finale, un ringraziamento che una paziente ha fatto pervenire ad alcune colleghe: "... perché un medico professionista, non è solo un medico, è una persona umana che, con il suo sorriso e la dolcezza dei suoi occhi, sa infondere serenità! E non si tratta solo di una cura o una terapia , ma il sorriso e la gentilezza valgono molto di più!! Con immenso affetto".

Agostino Sussarellu

Sito web dell'Ordine
www.omceoss.org

e-mail dell'Ordine
ordine@omceoss.org

Perché deve essere difeso il Servizio Sanitario Nazionale

Si è celebrata lunedì 20 ottobre, nell'aula magna dell'Università di Sassari, la cinquantatreesima edizione della Giornata del Medico.

Una data non consueta, quella di quest'anno, per una ricorrenza che solitamente viene festeggiata il 18 ottobre, giorno di San Luca Evangelista, patrono dei medici. Lo slittamento della celebrazione è stato motivato dalla coincidenza della data con il convegno nazionale "Sanità per le donne, donne per la sanità", organizzato il 17 e 18 ottobre ad Alghero dalla Federazione regionale dell'Ordine dei medici della Sardegna, dalla Federazione nazionale e dalla Commissione permanente per la professione medica al femminile della FNOMCeO. A presiedere la cerimonia sono stati il presidente dell'Ordine Agostino Sussarellu, il vicepresidente Alessandro Arru, il presidente della Commissione odontoiatrica Pierluigi Delogu, il segretario dell'Ordine Giovanni Biddau e il tesoriere Nicola Addis. Presenti anche il rettore Alessandro Maida, il direttore generale dell'Azienda ospedaliero universitaria Renato Mura e i rappresentanti delle Associazioni Mogli dei medici e dei Medici cattolici.

Sette le medaglie d'oro consegnate ai colleghi che quest'anno hanno festeggiato i 50 anni dal conseguimento della laurea: Salvatore Canu, Antonio Dettori, Giovanni Battista Murineddu, Salvatore Pe-

tretto, Paolino Pintus, Giovanni Luigi Scarpa e Giovanni Battista Vedele. Per ciascuno di loro, come di consueto, è stato letto il curriculum dal tesoriere dell'Ordine Nicola Addis.

I medici, come da invito dell'Ordine, sono stati accompagnati dalle proprie mogli e dai propri familiari. Una scelta non solo formale, come ha precisato il presidente dell'Ordine Agostino Sussarellu: «Sono le mogli e le famiglie dei medici ad averne condiviso, spesso, i sacrifici, perciò è anche a loro che deve andare questo riconoscimento».

Circa ottanta i giovani iscritti che hanno prestato il giuramento professionale e ricevuto la pergamena che sancisce il loro ingresso nell'Ordine. Sempre più donne, come ha rimarcato il Presidente dell'OMCeOSS, rilanciando la proposta di fare della Sardegna – la regione italiana in cui la percentuale delle donne medico è più alta – l'osservatorio privilegiato per un'analisi della femminilizzazione della professione medica. E a due donne medico che hanno sacrificato la vita "nel lavoro e per il lavoro", come ha dichiarato il presidente dell'Ordine, è andato il ricordo e l'applauso spontaneo del pubblico: Monica Moretti e Roberta Zedda.

Dall'Ordine è arrivata anche una ferma difesa del Servizio Sanitario Nazionale, che quest'anno compie trent'anni: una difesa dagli attacchi che, in nome della razionalizzazione

*Un modello
ai primi posti
nel mondo.
Rifiuto ad
introdurre
norme che
l'impongono
ai medici
di denunciare
gli immigrati
clandestini*



Una neoiscritta legge il giuramento

della spesa economica, fanno avanzare lo spettro della privatizzazione della sanità. «Il grande merito dell'assistenza sanitaria italiana – ha replicato il Presidente dell'Ordine dei medici – è quello di essere universale: tutti i cittadini hanno diritto a essere curati gratuitamente: questo modello è ai primi posti nel mondo per qualità, non possiamo permetterci di perderlo». Assistenza sanitaria universale, dunque, estesa anche ai cittadini stranieri clandestini: un netto rifiuto è stato posto dall'Ordine di Sassari al recente emendamento che, se approvato, obbligherebbe i medici a denunciare i pazienti non in regola con il permesso di soggiorno. Una norma che se venisse approvata non solo violerebbe, secondo i medici, il segreto professionale, la libertà e l'indipendenza della professione, ma metterebbe in pericolo la salute non solo degli stranieri non in regola con il permesso di soggiorno, ma quella di tutti i cittadini, perché sarebbe impossibile tenere sotto con-

trollo malattie infettive ed epidemie.

Il presidente dell'Ordine, nel discorso inaugurale, ha invitato i giovani colleghi a tenere la schiena dritta di fronte alle incursioni della politica nel mondo sanitario, incursioni che producono l'effetto distorto di privilegiare le appartenenze politiche piuttosto che il merito e le capacità soggettive: «Noi operatori della salute dobbiamo imparare ad affrancarci da questo servilismo di nessun valore» ha affermato Agostino Sussarellu, invitando i giovani colleghi a cogliere dai più anziani le virtù, ma non i vizi. Poi il passaggio del testimone dai più anziani, che proprio quest'anno festeggiano i 50 anni dal conseguimento della laurea, ai più giovani, che fanno ora il loro ingresso nella professione: «Difficilmente ci si cancella dall'Ordine – ha concluso Sussarellu – perché questa è una professione che si mantiene e si vive nell'anima. Come ha detto pochi giorni fa un'anziana collega, chi è medico lo è per tutta la vita».

Medici premiati per i 50 anni di Laurea

CANU SALVATORE
DETTORI ANTONIO
MURINEDDU GIOVANNI BATTISTA
PETRETTO SALVATORE
PINTUS PAOLINO
SCARPA GIOVANNI LUIGI
VEDELE GIOVANNI BATTISTA

Neo iscritti che hanno prestato il Giuramento

Albo Odontoiatri

CABRAS PAOLA
CASU CARLO
DEMARTIS ANTONIO
LAI NICOLA
MELONI ANGELO
MORO CHIARA MARGHERITA
PINNA CLAUDIO FRANCESCO
ROSU EMANOELA
SANNA CRISTIAN
SCHIFONE MAURO
TILOCCA MARIO

Albo Medici Chirurghi

ABUGHALI SAHER
AL JARIDI NISREEN
AMADORI ANTONELLA
APPEDDU SILVIA
ARRAS MAURIZIO
ASHQAR NIMR
BACCIU MARIA PAOLA
BRANCA GIOVANNI
CALDARULO EMMANUELE LORENZO
CAPPAI GIAN CLAUDIA
CARTA ELISABETTA
CARTA FLAVIA
CASSISA ANDREA
CASTAGNOLI ANNA
CATTARI GIOVANNA
CHESSA DONATELLA
CORADDUZZA ENRICO
COSSEDDU CATERINA
COSSU ANDREA PASQUALE
COSSU ANNA
CULEDDU MARIA CHIARA

D'ERME ANGELO MASSIMILIANO
DETTORI SALVATORA
DI MONDA ANTONIO
DIANA FRANCESCA
DORE DONATELLA
DORE GIOVANNA
FENU SARA
FINA' GIOVANNA
FIORENTINI FRANCESCA
FONNESU CLAUDIA
GIORDANI NELLA
LONGONI RICCARDO
LUBINO GRETA
MARTINEZ DANIELA
MICHAILIDOU ALEXANDRA
MORO FRANCESCA
MUGGIANU GIAMPIERO
MULAS JESSICA
NAITANA ALESSANDRA
ORANI TERESA
PALA ELISA
PELLEGRINI NANNINA
PES VALENTINA
PINNA ANGELA
PINNA RITA
PINTUS LAURA
PIREDDA VALENTINA
PISANU GIOVANNA
PORQUEDDU GIOVANNI
RAGNEDDA GIAMMARIO
RUIU FRANCESCA
SABA FRANCESCO MARIA
SALARIS ROSELLA
SALE GIOVANNA
SANNA MANUELA
SASSU MARIA ANGELA
SATTA ISABELLA NADIA
SCALONE ANTONIO
SINI CLAUDIO
SINI SILVIA
SOLINAS COSTANZO
SPEZZIGU MARIA GABRIELLA
TORRE MARIA
VIRDIS ANNA PAOLA

A che punto è la “rivoluzione rosa”

“Sanità per le donne donne per la sanità”

«Una pietra miliare nel percorso delle donne medico verso una maggiore consapevolezza del proprio ruolo». È così che Roberta Chersevani, Presidente dell'Ordine dei Medici di Gorizia e coordinatrice della commissione permanente per la professione medica e odontoiatrica al femminile della FNOMCeO ha chiuso il convegno nazionale “Sanità per le donne, donne per la sanità”, che si è svolto ad Alghero il 17 e 18 ottobre, organizzato dalla Federazione nazionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, dalla Federazione regionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Sardegna e dalla Commissione permanente per la professione medica e odontoiatrica al femminile della FNOMCeO.

La due giorni, come ha sostenuto il presidente dell'Ordine dei Medici di Sassari Agostino Sussarellu, nasce sulla scorta del convegno nazionale “Medicina e sanità declinate al femminile” tenutosi lo scorso anno a Caserta. Sulla scia di quell'esperienza, che per la prima volta ha portato al centro dell'attenzione il fenomeno della sempre più marcata femminilizzazione della professione medica in termini quantitativi, è nata l'idea di un convegno che, oltre ai numeri, analizzasse i contorni, le forme, le modalità, in una parola la qualità della sanità al femminile. «L'obiettivo del convegno è quello di rico-

struire una fotografia della condizione attuale delle donne medico per avviare un percorso di emancipazione, stabilendo una alleanza sulla qualità» ha affermato Raimondo Ibba, Presidente della OMCeO di Cagliari.

Un esperimento riuscito, quello di Alghero, scelto non a caso come sede in cui tenere un convegno sul tema: la Sardegna è infatti la regione italiana dove il numero dei camici rosa è prevalente rispetto alle altre regioni. E' qui che le donne medico hanno ormai raggiunto il 45 per cento delle iscritte ai quattro Ordini – in testa la provincia di Nuoro, dove la quota femminile ha ormai superato quella maschile – contro una media nazionale che arriva al 35 per cento.

Una vera e propria rivoluzione rosa, dunque, quella che si sta verificando nella professione medica, dove a partire dagli anni Novanta si è registrata una netta inversione di tendenza a favore della presenza femminile. E se già oggi la presenza delle donne medico è importante, un significativo balzo in avanti si verificherà nell'immediato futuro: a testimoniare è la percentuale delle iscritte agli Ordini dei Medici al di sotto dei 30 anni di età: oltre il 60 per cento del totale.

Eppure, come è stato evidenziato da più parti nel corso della due giorni algherese, al fenomeno dei camici rosa non corrisponde una proporzionale presenza a tutti i livelli della

*Ad Alghero
due giorni
di ricognizioni
e riflessioni:
l'emancipazione
non è ancora
compiuta*



Le dottoresse Nonnis ed Ecca responsabili scientifiche del Convegno

professione. Le donne medico, come ha evidenziato la relazione della consigliera regionale di parità Luisa Marilotti, sono “relegate” a determinati settori della professione – in particolare all'area materno-infantile – e la loro rappresentanza è quasi assente in altre specializzazioni, come quella chirurgica. A testimoniarlo è Micaela Piccoli, presidente della Commissione donne dell'Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani (Acoi): «Il problema della chirurgia sono i carichi di lavoro, difficilmente compatibili con la vita familiare e la maternità, e la sfiducia che spesso si nutre ancora nei confronti delle donne, spesso relegate alla chirurgia di superficie, come quella senologica o tiroidea». Non va meglio con la libera professione: «Resta da comprendere – si chiede provocatoriamente Lorenza Sassi – dell'OMCeO di Udine, che ha analizzato la situazione nel settore odontoiatrico – se le molte

donne odontoiatre mal sopportino il rischio d'impresa o se non siano piuttosto regole troppo restrittive a tenerle ai margini della libera professione». Anche in questo caso, si pone la questione degli orari di lavoro, delle responsabilità difficilmente delegabili ai dipendenti, della formazione e dell'aggiornamento professionale che richiede trasferte lunghe: regole difficilmente compatibili con il mantenimento di una famiglia.

Penalizzata anche la rappresentanza “verticale” delle donne nella professione e nel mondo universitario: enorme alla base, la loro presenza comincia a rarefarsi man mano che si scalano i livelli gerarchici. Una sola donna presidente dell'Ordine dei Medici in Italia – Roberta Chersevani, presidente dell'Ordine dei Medici della Provincia di Gorizia – è il dato più eloquente quanto alla situazione nazionale, ma sono pochissime anche quelle che ricoprono

il ruolo di primario, di docente ordinario o di manager delle Aziende sanitarie locali, nonostante alcuni esempi virtuosi come quello dell'Azienda mista di Cagliari, come ha ricordato il direttore generale Pietro Paolo Murru, che può vantare i tre bollini rosa, un riconoscimento reso alle strutture sanitarie che promuovono le pari opportunità dal progetto ONDA (Osservatorio Nazionale Donna), promettente iniziativa nata illustrato da una delle sue ideatrici, Maria Antonietta Nosenzo.

Una questione aperta, quella della leadership al femminile, non lontana da quella dell'imprenditoria: «Nonostante le studentesse si laureino prima e con migliori voti rispetto agli uomini, meno del 5 per cento delle imprese italiane è retto da donne» ha affermato Paola Giuntelli, vicepresidente nazionale della Associazione imprenditrici e donne dirigenti d'azienda (Aidda). «Il mercato del la-

voro in Italia risente di disparità retributive inspiegabili fra uomini e donne – ha riassunto la docente di economia politica Elisabetta Addis – è ciò provoca una resa impari del capitale umano».

Diverse le proposte emerse nel corso del convegno per superare tali disparità: dalle quote rosa alla riforma degli Ordini professionali, ipotesi che è stata avanzata dal presidente dell'Ordine dei Medici di Nuoro Luigi Arru; dalla modifica di una rappresentazione mediatica esclusivamente maschile della professione ad una formazione che si serva di strumenti tecnologici quali la formazione a distanza, come ad esempio l'e-learning, ma soprattutto con l'organizzazione di un'alta formazione in loco, come ha sottolineato la dottoressa Rita Nonnis, componente dell'Ordine dei Medici di Sassari e una delle organizzatrici del convegno, per consentire una for-



Il momento della commemorazione delle dottoresse Moretti e Zedda

mazione di qualità anche nei periodi dell'età fertile, in cui le donne hanno più difficoltà a spostarsi.

Ma nella due giorni sono stati approfonditi altri aspetti della "questione femminile" in sanità. Fondamentale, in questo senso, il tema della sperimentazione farmaceutica non a misura di donna, in quanto studiata su modelli e target maschili: una deformazione che provoca reazioni avverse più gravi e frequenti nelle donne piuttosto che negli uomini, come evidenziano i dati Aifa e come ha sottolineato la farmacologa Flavia Franconi. Uno sguardo verso le donne emigrate, nell'intervento della dottoressa Luisa Lenguini della Commissione nazionale Salute e immigrazione, che ha posto l'accento su come sia spesso difficile, per chi arriva dai paesi stranieri, accedere a un percorso di cura appropriato.

E poi le difficoltà delle donne lavoratrici, medici e non solo, durante la gravidanza, a conciliare il lavoro con la maternità, come ha sottolineato la responsabile dello Spresal della Asl n.1 Mariuccia Mongiu. Infine il tema della violenza di genere e della sicurezza sui luoghi di lavoro, analizzato dalla dottoressa Anna Rita Ecca, componente dell'Ordine dei Medici di Cagliari e una delle organizzatrici del convegno, che ha illustrato le proposte da adottare per ridurre i rischi. «Per prevenire gli atti di violenza nei luoghi di lavoro – ha sottolineato la dottoressa Ecca – è necessario adottare soluzioni di tipo logistico e tecnologico, come l'installazione di telecamere a circuito chiuso, e di carattere organizzativo nonchè formare tutto il personale che opera nelle aree a rischio». E il tema della violenza è stato al centro della serata di venerdì, con la commemo-

razione delle due donne medico, barbaramente uccise, Roberta Zedda e Monica Moretti, che "hanno onorato la professione con il personale sacrificio della vita", come ha scritto Amedeo Bianco, Presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici, nel messaggio inviato al convegno durante il quale il dottor Antonio Sulis, presidente dell'Ordine dei Medici di Oristano, ha consegnato ai familiari una targa ricordo. La riflessione sulla violenza di genere è proseguita con lo spettacolo "Passi affrettati" di Dacia Maraini, in scena al Teatro Civico di Alghero: una pièce teatrale che ha raccontato sette storie di maltrattamenti e sopraffazione su altrettante donne di tutto il mondo, dalla civilissima America fino all'Africa della sharia.

Alla due giorni hanno partecipato, oltre che numerosi esponenti del mondo medico e scientifico, anche diversi rappresentanti del mondo istituzionale: sono intervenuti l'assessore regionale alla Sanità Nerina Dirindin, che ha rimarcato il valore aggiunto delle donne nella professione medica in termini di umanizzazione delle cure e sensibilità nel percorso di assistenza, l'assessore all'Istruzione della Provincia di Sassari Laura Paoni, gli assessori ai Servizi sociali di Sassari e Alghero, Cecilia Sechi e Maria Grazia Salaris, enti che hanno patrocinato il convegno. Alla due giorni di lavori hanno partecipato anche il Direttore generale dell'azienda mista di Sassari Renato Mura, il manager della Asl di Oristano Bruno Palmas, il direttore sanitario della Asl di Sassari Marcello Acciario e hanno contribuito al dibattito numerosi rappresentanti del mondo sanitario.

Al Civico di Alghero lo spettacolo di Dacia Maraini

“Passi affrettati” in teatro contro la violenza sulle donne

«Un atto di simpatia e di attenzione verso tutte quelle donne che ancora sono prigioniere di un matrimonio non voluto, di una famiglia violenta, di uno sfruttatore, di una tradizione, di una discriminazione storica difficile da superare». Così Dacia Maraini racconta lo spettacolo “Passi affrettati”, andato in scena venerdì 17 ottobre alle ore 21 sul palco del Teatro Civico di Alghero. Uno spettacolo che, inserito nel programma del convegno nazionale “Donne per la sanità, sanità per le donne”, ha rinnovato il ricordo delle dottoresse Roberta Zedda e Monica Moretti, medici sardi vittime della violenza.

La *pièce* teatrale nasce dall’elaborazione, a opera della scrittrice, di una serie di testimonianze raccolte in tutto il mondo da Amnesty International, che promuove la campagna mondiale “Mai più violenza sulle donne”. Religioni diverse, stili di vita diversi, un unico destino fra le sette protagoniste, tutte vittime di una violenza spesso cieca e sempre immotivata. Sono i “passi affrettati” di Lhakpa, Aisha, Civita, Juliette, Amina, Teresa e Viollca: donne che raccontano una sola storia di dolore e discriminazione. A loro ha dato voce Dacia Maraini attraverso uno spettacolo teatrale che è diventato anche un libro: storie-simbolo di una tragica quotidianità che si ripete, con uno stesso copione, nelle cronache di tutti i giorni.

Dalla Cina alla Giordania, dalla Nigeria alla California fino alla “civilissima” Europa riecheggiano, nelle storie narrate dalla Maraini, violenza e sopraffazione. Il dolore di donne appartenenti a mondi diversi che vengono offese nella loro persona, dignità e libertà. “Passi affrettati” non parla soltanto di una furia insensata scatenata contro le donne, ma racconta un universo più complesso, un deserto nelle relazioni, una rappresentazione del corpo e del desiderio maschile schiacciati nella categoria dei bassi istinti da imporre con la forza o con il denaro.

Il testo, già tradotto in inglese e francese, è consultabile sul sito www.passiaffrettati.it. Sono in corso le traduzioni in lingua marocchina, tedesca, spagnola, russa e giapponese. I diritti letterari sono stati interamente devoluti dall’autrice a favore delle donne che hanno subito violenza.

“PASSI AFFRETTATI”

di Dacia Maraini

Con Barbara Amodio, Monica Guazzini, Emiliano Pacifico, Renata Zamengo, Vincenzo Preziosa
Tecnico Audio e luci Domenico De Vita

Mise en scene Dacia Maraini

Compagnia “Le Nuvole Teatro”
diretta da Gianni Afolà

Info: www.passiaffrettati.it

Ufficio stampa: Mauro Di Cola -
ufficiostampa@ianieriedizioni.it -
cell. 380.9013399

*Testimonianze
di donne ancora
prigioniere
di discriminazione
storica e familiare*

Lo “scandalo” degli assistiti deceduti

Defunti, ma malati: non sbagliano i medici ma la burocrazia

In merito alla notizia sull'indagine della Guardia di Finanza di Sassari denominata “Operazione Ippocrate”, che ha permesso di scoprire 247 persone decedute ancora in carico al Sistema Sanitario Nazionale - una situazione simile, anche se con numeri nettamente inferiori, a quella dello scandalo dei cosiddetti “defunti malati” nella Regione Sicilia - l'Ordine dei Medici della provincia di Sassari e la sezione provinciale della FIMMG (Federazione Italiana Medici di Famiglia) sottolineano l'estraneità dei colleghi alla vicenda, in quanto gli stessi medici sono stati vittime di un errore burocratico che li ha penalizzati due volte.

La vicenda dei defunti malati è imperniata sul fatto che alcuni cittadini risultano ancora iscritti fra gli assistiti dei medici di famiglia pur essendo deceduti. Ciò è accaduto a causa di un mancato aggiornamento degli archivi sanitari. Innanzi tutto è necessario sottolineare che il numero delle persone decedute ma ancora in carico al Sistema Sanitario Nazionale nel caso sardo è esiguo, se rapportato all'arco di tempo su cui sono state eseguite le verifiche (dal 1984 al 2007): circa dieci persone all'anno. Ben diversa la situazione in Sicilia, dove è stato commesso un macroscopico errore burocratico, costato all'erario 14 milioni di euro. Un errore burocratico che, nel caso siciliano, verrà pagato dai medici di famiglia, i quali dovranno risarcire le

casce statali attraverso la decurtazione del proprio stipendio, pur non essendo responsabili di quanto accaduto. Ancora non c'è notizia, invece, di chi pagherà il danno erariale scoperto nel Nord Sardegna, pari a 72 mila euro: ben inferiore, in realtà, alle cifre siciliane, ma comunque non imputabile alla volontà dei medici di famiglia.

A trarre il maggior beneficio dall'errore burocratico, del resto, non sono i medici di famiglia, che percepiscono 38,36 euro all'anno per ciascun paziente assistito, ma le Aziende sanitarie locali, che per lo stesso paziente ricevono un migliaio di euro l'anno. A conti fatti, la svista burocratica ha permesso di incassare alle Asl molto più di quanto abbiano incassato i medici di medicina generale per l'affare degli assistiti defunti. Eppure, nel caso siciliano, dovranno essere solo loro, i medici di medicina generale, a pagare per un errore che non hanno commesso. Ci auguriamo che ciò non si ripeta in Sardegna: non tanto e non solo per l'entità delle cifre da restituire, ma perché sarebbe come addebitare loro la responsabilità di quanto accaduto.

Per di più, non essendo stati loro trasmessi i decessi e non essendo state aggiornate le liste degli iscritti, i medici di medicina generale non hanno potuto acquisire nuove scelte e il numero degli assistiti è stato bloccato.

Infine, un ultimo danno indebita-

I casi della Sicilia e del Nord Sardegna: mancato aggiornamento delle liste degli assistiti

mente causato ai medici, nella vicenda siciliana, e che speriamo non si ripercuota nel caso sardo, è quello di immagine: è a loro che, in prima battuta, è stata imputata la responsabilità di una così grave situazione, mentre in questo caso essi stessi sono vittime di lentezze e malfunzionamenti meramente burocratici. Ed è con la collaborazione della stampa, che ha permesso di fare ulteriore chiarezza sulla vicenda, che è necessario ristabilire obiettivamente le responsabilità da attribuire ai vari soggetti coinvolti nella vicenda.

Diritto di cronaca e par condicio: quando essere medico è una “colpa”

Il presidente dell'Ordine di Sassari ha inviato una lettera di precisazione al direttore de “La Nuova Sardegna” Stefano Del Re.

Pubblichiamo il testo.

Egregio Direttore,

Le scrivo in merito a due articoli comparsi su “La Nuova Sardegna” di venerdì 7 novembre 2008, entrambi a pagina 25, cronaca di Sassari.

Il primo ha come titolo “Medico condannato per omicidio colposo”, mentre il secondo si intitola “Morta la donna investita un mese fa in via Napoli”. Le due cronache raccontano un episodio essenzialmente analogo, un incidente stradale in cui un automobilista travolge involonta-

riamente un pedone, ma mentre nel primo caso si cita a caratteri cubitali, nello stesso titolo, la professione della persona, un medico appunto, nel secondo caso dell'identità e della professione dell'automobilista non c'è traccia.

Le faccio notare che è il titolo ad avere il primo impatto sul lettore, e ad uno sguardo distratto e rapido quel titolo “Medico condannato per omicidio colposo” potrebbe richiamare alla mente quello che comunemente viene etichettato come un caso di malasanità, e non come un episodio che nulla, assolutamente nulla, ha a che fare con la sanità. Oltre a ciò, la professione dello sfortunato automobilista è citata più di una volta all'interno dell'articolo, in maniera insistente e ridondante. Mi si potrebbe ribattere che fornire ai lettori quanti più dettagli possibile sul protagonista di un fatto di cronaca è, semplicemente, una regola giornalistica. Bene, allora le chiedo perché la regola giornalistica sia stata rispettata con rigorosa precisione nel primo articolo e non nell'altro, dove per un caso sostanzialmente identico non si fa cenno – nemmeno le iniziali puntate – all'identità e alla professione dell'automobilista. Mi chiedo e le chiedo se la professione medica sia comunque e in ogni caso una colpa, se l'articolo e il cronista che ha confezionato il titolo non risentano in qualche misura del clima di “caccia alle streghe” scatenato nei confronti dei medici da una certa stampa e da certa televisione, ultima la fiction proposta da una nota rete televisiva privata. Mi chiedo e le chiedo se quel titolo così “deviante” al primo colpo d'occhio - “Medico condannato per omicidio colposo” - non tenti di cavalcare, in modo stri-

sciante, quel sentimento comune, sempre più deviato, che vede i camici bianchi, tutti i camici bianchi, come dei nemici da cui guardarsi, piuttosto che come dei professionisti che tutti i giorni lottano per salvare vite umane. Infine Le chiedo se, per correttezza e imparzialità, non sarebbe opportuno pubblicare nome, cognome e professione della persona che ha investito la povera donna in via Napoli: non per una pubblica gogna, ma per par condicio, perché sia chiaro ed evidente che l'intento del cronista era unicamente quello di fornire un particolare, peraltro non

determinante ai fini della vicenda narrata, e non quello di solleticare l'attenzione dei lettori proponendo un probabile, ennesimo caso di malasanità.

La pregherei di pubblicare integralmente quanto da me scritto, che ho contenuto nelle trenta righe, ai sensi della normativa sul diritto-dovere di rettifica (art.8 della legge 47 del 48 e successivi).

Distinti saluti

Agostino Sussarellu

Presidente dell'Ordine dei Medici
della Provincia di Sassari

Sassari, 8-9-2008

DEPOSITO TITOLI DI STUDIO

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

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

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

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

Etica e deontologia

di inizio vita

Lo sviluppo tumultuoso della scienza e di una tecnologia sanitaria che si è mostrata capace di modificare l'evoluzione della vita dalla nascita alla morte, ha aperto nuovi spazi alla normazione deontologica che, pur non essendo fonte primaria di diritto, è tutt'altro che indifferente alla sua interpretazione e applicazione, nel quadro dell'irrinunciabile autonomia del medico e della tutela della salute del cittadino.

A fronte di ciò il diritto, laddove si esprime, tende a non essere "mite", intervenendo in maniera sempre più dettagliata, nelle decisioni mediche, provocando reazioni di rigetto in coloro che non ne condividono i contenuti e creando contrasti tra leggi, deontologia e scienza.

Questa è la ragione che ha indotto la FNOMCeO a proporre una piattaforma di confronto e a promuovere un'ampia consultazione delle associazioni mediche confessionali e laiche, delle associazioni dei cittadini e delle società scientifiche, in vista di un convegno dedicato alle problematiche etiche di inizio vita.

Negli ultimi tempi è aumentata nella società e nel confronto politico l'attenzione sulle problematiche che si riferiscono alla contraccezione, alla PMA, all'interruzione farmacologica di gravidanza e ai comportamenti da assumere verso feti vitali in età gestazionale estremamente bassa (22-25 settimane) nati da parti prematuri o da aborti terapeutici.

Queste tematiche coinvolgono i medici secondo più profili: quello tecnico professionale, basato sulle migliori evidenze scientifiche disponibili e quello etico-deontologico che attiene ai principi deontologici sia comuni a tutta la professione sia individuali, propri cioè dei singoli statuti morali.

Tra questi profili, il medico esercita ed interpreta il suo ruolo civile e sociale di servizio alla persona ed alla collettività, contribuendo alla piena attuazione di diritti costituzionalmente sanciti. Per quanto attiene al primo profilo, è opportuno ricordare che le evidenze disponibili sulle varie materie consentono orientamenti e/o linee guida elaborati dalle società scientifiche, di varia "forza" e comunque tali da rappresentare mere raccomandazioni cliniche, sulle quali e per le quali viene garantita l'autonomia al medico.

Relativamente al secondo profilo, i fondamenti morali del nostro Codice di Deontologia Medica e cioè i principi di giustizia, di beneficiabilità e di rispetto dell'autonomia del cittadino, costituiscono un prezioso e insostituibile presidio etico. Essi fanno sì che la professione medica sia legittimata se totalmente svolta al servizio dell'uomo, dei suoi bisogni, dei suoi diritti e delle sue libertà, se ogni innovazione delle conoscenze e delle tecniche, equa ed accessibile, sia in grado di risolvere e aiutare a tutelare la salute e la vita delle persone e a li-

*Auspicato
un confronto
meno strumentale
e ideologico
su un tema
tormentato
e controverso*

mitarne la sofferenza. Il medico deve, dunque, considerare ogni relazione di cura come unica ed irripetibile e valorizzare la propria autonomia e la propria responsabilità agendo sempre secondo scienza e coscienza, documentando le ragioni della sua scelta.

La prescrizione del Levonorgestrel

Nel riaffermare il diritto del medico alla clausola di coscienza che trova il suo fondamento nell'art. 22 del Codice di Deontologia Medica, va ricordato il dovere per il medico di "... fornire al cittadino ogni utile informazione e chiarimento".

In altre parole, l'equilibrio tra il diritto del medico alla clausola di coscienza e coscienza e quello della donna alla fruizione della prestazione riconosciuta come disponibile, non fa venir meno l'obbligo, anche deontologico, dei medici di adoperarsi al fine di tutelare, nei termini suddetti, l'accesso alla prescrizione nei tempi appropriati. Spetta alle Autorità Sanitarie porre in essere ogni iniziativa che consenta la corretta organizzazione del servizio. L'eventuale abolizione dell'obbligo di prescrizione per la "pillola del giorno dopo" presuppone una valutazione tecnico scientifica che compete alle Istituzioni allo scopo preposte. In questa prospettiva e più in generale occorre invece rilevare l'insufficienza delle politiche di educazione alla procreazione e alla sessualità responsabile da realizzare anche attraverso una corretta informazione e diffusione dei mezzi contraccettivi al fine di ulteriormente ridurre il tasso di gravidanze indesiderate e di diminuire l'incidenza delle malattie a trasmissione sessuale.

Questioni inerenti la PMA

Su alcune questioni della PMA, in particolare i vincoli previsti dalle prime linee guida alle diagnosi preimpianto sull'embrione alle sole tecniche osservazionali escludendo quindi quelle genetiche limitatamente a malattie di cui sono noti i meccanismi di trasmissione e le devastanti espressività fenotipiche *quoad vitam et valetudinem*, all'obbligo di impianto di tutti gli embrioni prodotti (fino a tre), la Federazione degli Ordini si era già pronunciata negativamente prima e dopo l'approvazione della L. 40/2004.

Oggi, anche alla luce di alcune autorevoli sentenze della Magistratura, sulla scorta di dati su consistenti fenomeni di "mobilità procreativa", considerate le incertezze determinatesi successivamente alla revisione delle linee guida (abolizione della previsione della diagnosi osservazionale pre-impianto) emergono nuove problematiche rispetto alle quali confermiamo il valore delle disposizioni dell'art. 44 "*Fecondazione assistita*" del Codice di Deontologia Medica.

Rispetto a queste riteniamo che le linee guida non possano né debbano intervenire nella relazione di cura definendo, indipendentemente dal contesto clinico, atti e procedure diagnostico-terapeutiche non fondate sulle migliori evidenze scientifiche disponibili, sulle quali non è consentito alla donna esercitare un diritto attuale all'autodeterminazione, né al medico quello di compiere il proprio dovere agendo secondo scienza, nel rispetto del principio ippocratico di perseguire il massimo bene delle pazienti. Ancora una volta, sul piano etico e civile, vogliamo ribadire che l'equilibrio tra i tanti valori in

campo, tutti meritevoli di tutele, va ricercato in una relazione di cura forte perché fondata sulla fiducia reciproca, consapevole perché basata sull'informazione puntuale, responsabile perché orientata al pieno rispetto dei diritti e doveri della libertà e autonomia dei soggetti. Un incontro unico ed irripetibile che, in questi termini, contiene tutti gli elementi per operare, in quelle circostanze, le scelte giuste.

L'attuazione della 194/78

L'ultima relazione del Ministro della Salute sullo stato di attuazione della Legge 194/78, pur ponendo in evidenza luci e ombre sul suo stato di applicazione quali ad esempio l'insoddisfacente attività consultoriale, la carenza di provvedimenti di aiuto alla maternità responsabile, le difficoltà organizzative, rileva non solo la sostanziale scomparsa dell'aborto clandestino, piaga sociale a cui non si deve correre alcun rischio di ritornare, ma anche la drastica riduzione delle interruzioni volontarie di gravidanza: risultati di grande significato civile e sociale.

Con questa premessa, riteniamo che vadano più efficacemente concretizzati gli obiettivi enunciati nella L. 194/78 rilanciando l'attività dei consultori con l'adeguamento di risorse umane e finanziarie volte a realizzare più efficaci attività di:

1. educazione alla procreazione responsabile;
2. supporto alla gestazione e alla maternità;
3. iniziative educative e sociali nelle aree a rischio IVG (extracomunitarie e minorenni) Qualora le Autorità Sanitarie dovessero disporre l'introdu-

zione in Italia della RU 486 (Mifepristone) – associato o no col Misoprostolo (quest'ultimo in uso presso donne extracomunitarie come abortivo clandestino) si stabilisca che questo avvenga nel più rigoroso rispetto dei criteri e delle procedure previste dalla L. 194/78.

Problematiche neonatologiche in età gestazionale bassa

I progressi della neonatologia hanno sollevato con forza delicate questioni bioetiche relative all'assistenza ai neonati vitali di età gestazionale estremamente bassa (22-25 settimane) da parti prematuri e nuovi vincoli agli aborti terapeutici, anche in ragione di espresse previsioni della stessa L.194/78.

Riteniamo che la complessa materia possa trovare orientamenti condivisi all'interno delle seguenti previsioni:

- gli articoli 6 e 7 della L.194/78, che regolano l'aborto terapeutico, dettano norme di comportamento per il medico assai chiare, in particolare il comma 3 dell'art.7 che espressamente prevede che “ *Quando sussiste la possibilità di vita autonoma del feto....il medico che esegue l'intervento deve adottare ogni misura idonea a salvaguardare la vita del feto;*

- in particolare nei casi di interruzione terapeutica di gravidanza di cui all'art. 6 comma b) della legge 194/78 occorre un'attenta valutazione della possibile vitalità del feto alla luce sia della specifica disposizione legislativa sia dei progressi della neonatologia e delle evidenze scientifiche per evitare il ricorso a

successive manovre rianimatorie che possano configurare forme di accanimento terapeutico;

– gli interventi di rianimazione fetale, soprattutto se condotti nelle età gestazionali nelle quali le più aggiornate evidenze scientifiche disponibili riportano tassi di mortalità elevatissimi in relazione a gravi ed irreversibili insufficienze di sviluppo di organi e/o apparati o in presenza di gravi malformazioni incompatibili con la sopravvivenza del neonato, devono considerare quanto previsto dall'art. 16 del Codice di Deontologia Medica in materia di accanimento terapeutico.

Il medico, come sempre, deve ispirare il proprio comportamento a tali norme, caso per caso e secondo una appropriata, autonoma e responsabile valutazione clinica fondata sulle migliori evidenze scientifiche disponibili;

– le disposizioni degli articoli 33, 35, 37 e 38 del Codice di Deontologia Medica confermano inequivocabilmente la necessità, anche in questi casi, di informare i rappresentanti legali (i genitori) e di acquisirne il consenso o di gestirne il dissenso secondo le disposizioni dell'art. 37 “*Consenso del legale rappresentante*” del Codice di Deontologia Medica sui trattamenti messi in atto ed alle scelte da compiere, garantendo alla madre ed alla famiglia la necessaria assistenza sul piano umano, psicologico e sociale e al feto, quale che ne sia il destino, attenzioni e cure rispettose della dignità umana;

– è necessario che il servizio sanitario si attrezzi per prevenire e gestire al meglio queste evenienze che, sebbene relativamente rare (1-2/1000 parti), richiedono sforzi organizzativi, competenze professionali e

strutture dedicate rilevanti.

Si ritiene infine che questioni così delicate, che si riferiscono a quanto di più intimo e personale coinvolga la donna, la coppia, e la società meritino grande rispetto ed un confronto sociale e politico meno strumentale, meno ideologico, più attento al grande bagaglio di sofferenze che sempre accompagna questi tormentati cammini e che ricadono sulle donne, spesso lasciate sole in queste drammatiche circostanze. Al servizio di questa tutela, l'autonomia e la responsabilità della nostra professione si pongano come garanti di un'alleanza terapeutica fondata sul rispetto dei reciproci valori, diritti e doveri.

ORARI DI APERTURA AL PUBBLICO

lunedì-mercoledì-venerdì:

dalle ore 11.00

alle ore 13.00

martedì: dalle ore 11.00

alle ore 13.00

e dalle ore 16.00

alle ore 18.00

giovedì: dalle ore 11.00

alle ore 15.30

(orario continuato)

Speranza perduta o occasione ritrovata

Testamento biologico: possibile mettere d'accordo tutti?

A seguito dell'incontro dibattito organizzato le scorse settimane dagli Ordini dei Medici e degli Avvocati della Provincia di Cagliari dal titolo *"Etica di fine vita e scelte responsabili – Direttive anticipate"*, ho avvertito la necessità di ritornare su un argomento che ho affrontato in quella sede e che mi sta particolarmente a cuore.

Il problema del Testamento biologico (o Direttive Anticipate) è ancora molto lontano dall'essere affrontato in maniera completa in tutti i suoi aspetti, ma soprattutto è ancora lontano dall'essere risolto, considerata la novità del tema e la trasversalità non solo delle culture ma anche politica all'interno della Commissione Sanità.

I componenti della Commissione al Senato erano abbastanza ottimisti nel ritenere che in tempi brevi sarebbe stato approntato un testo su cui discutere. Personalmente, ottimista ma anche molto realista, ritengo che non sarà né facile arrivare ad un testo condiviso, né che i contenuti di questo testo soddisfino le aspettative di tutti.

L'impressione della "produzione" di un ...topolino da una grossa montagna è forte, sentendo i politici parlare (spesso con scarsa cognizione di causa) del nascento documento come di un utile strumento per evitare l'Eutanasia e l'accanimento terapeutico, svuotandolo di problematiche ben più elevate e pregnanti che

renderebbero i suoi contenuti più consoni alle aspettative non solo degli esperti di problematiche etiche, ma anche della gente comune che ritiene, nelle scelte sanitarie riguardanti la propria persona, che il principio della autodeterminazione debba essere considerato di fondamentale importanza.

Infatti le Direttive Anticipate o living will sono un documento con il quale una persona affida al medico curante, chiunque egli sarà, indicazioni anticipate di trattamento, nel malaugurato caso in cui in futuro, in conseguenza di un politrauma, di una malattia acuta o degenerativa totalmente invalidante, abbia compromessa la propria capacità di prendere delle decisioni che riguardano la sua salute fisica.

La possibilità che venga riconosciuto un tale documento sottolinea l'importanza del riconoscimento del valore dell'autonomia nelle scelte della persona malata, che ha portato a una vera rivoluzione culturale in campo sanitario. Il diritto della persona malata ad esprimere in maniera autonoma le proprie scelte sulla sua salute e il rifiuto di trattamenti futuri è ormai indiscutibilmente radicato nella nostra cultura, ma di fatto più spesso di quanto si possa pensare, il malato non viene informato in modo adeguato, sicché il suo consenso non può essere considerato una consapevole espressione della propria autodeterminazione e troppo

Una sentenza della Cassazione e un'altra della Corte d'Appello su Eluana Englaro hanno tracciato il percorso per una legge condivisa

spesso le opzioni sanitarie adottate in concreto potrebbero configurarsi come ostinazione nei trattamenti in quanto non sufficientemente condivise. In tale frangente il rischio che questa situazione si verifichi è particolarmente elevato quando il malato si trova in stato d'incapacità d'intendere e di volere e non può dunque esprimere la sua volontà in merito all'accettazione o al rifiuto di determinate cure. In questa direzione le direttive anticipate possono rappresentare un utile mezzo attraverso il quale poter garantire il diritto alle scelte e all'autodeterminazione anche per queste persone.

Ricordiamo che il principio dell'autonomia rispetto alle scelte sanitarie è già sancito in maniera perentoria, in maniera generale dall'art. 13 della Costituzione e più specificamente dall'art. 32 secondo comma. Ancora, la Convenzione Europea sui Diritti Umani e la Biomedicina del 1997 (cosiddetta "Convenzione di Oviedo") - ratificato dal nostro Paese nel marzo 2001 come Legge 145, ma non ancora in vigore a causa di problemi legati al processo di ratifica (colpevolmente in ritardo), che difficilmente potranno essere risolti in breve tempo - riconosce in maniera esplicita il diritto al consenso informato e la validità delle direttive anticipate.

Principi accolti, sotto il profilo deontologico, sia dal Codice di Deontologia medica del 16.12.07, che segnatamente nell'Art. 38 testualmente recita: "...*Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà, deve tener conto nelle proprie scelte di quanto precedentemente manifestato dallo stesso in modo certo e documentato.*" sia da quello infermieristico del 1999, nella sezione "Rapporti con la persona as-

sistita, 4.2-4.3" Purtroppo la cultura che fa riferimento a posizioni di tipo confessionale si oppone al riconoscimento del principio di autonomia privilegiando a questa il valore della beneficenza (non tenendo conto che la maggiore espressione della beneficenza è proprio il rispetto della personalità e dell'individualità dell'essere umano). Vi sono altri invece che, pur non negando in linea di principio il valore dell'autonomia, non sono disponibili al riconoscimento delle direttive anticipate.

Obiezioni

Le obiezioni alle Direttive Anticipate sono numerose, ma notoriamente le principali obiezioni sollevate sono due.

La prima obiezione si fonda sulla distanza temporale che solitamente intercorre tra la volontà espressa nel testamento biologico (la volontà anticipata adottata da una persona sana) e la volontà attuale del malato. Si fonda cioè sul dubbio che le scelte espresse in precedenza, quando si è sani, non corrispondano a quelle che il malato adotterebbe nella situazione concreta in cui tali scelte diventano operative.

L'obiezione è in maniera categorica inconsistente. E' pur vero che il futuro può essere imprevedibile e che le scelte adottate in circostanze diverse possono mutare all'insorgenza di una malattia, ma proprio per tale motivo le direttive sono sempre revocabili ed è ovvio che, perdurando la capacità d'intendere e di volere, e in presenza di una malattia che non comprometta la capacità di decidere, se non vengono modificate sono da ritenere sempre valide. Rappresenta comunque l'ultima volontà espressa in maniera razionale e consapevole.

**CONVOCAZIONE
ASSEMBLEA ORDINARIA
ANNUALE**

16 DICEMBRE 2008

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHICI E ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI SASSARI

CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE

Gli iscritti sono convocati in Assemblea Ordinaria il giorno 14 dicembre 2008 alle ore 24.00 in prima convocazione e il giorno **16 dicembre 2008 alle ore 17,00 in seconda convocazione** a Sassari nella Sala Conferenze dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri in Via Cavour 71/b, piano terra.

Sarà discusso il seguente **ordine del giorno**:

- 1. Relazione del Presidente;**
- 2. Bilancio di previsione anno 2009;**
- 3. Varie ed eventuali.**

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

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

La medesima delega deve essere consegnata dal delegato alla Presidenza dell'Assemblea all'inizio dei lavori.

Nessun iscritto può essere investito di più di due deleghe.

IL PRESIDENTE

dott. Agostino Sussarellu



Il sottoscritto Dott. delega a rappresentarlo nell'Assemblea Ordinaria dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri del giorno **16 dicembre 2008**, il Dott.

....., lì

firma

Dunque una volontà da ritenere assolutamente attuale, che non può essere trascurata da terzi solo per una sovrappiùta incapacità a prendere decisioni sulla propria salute. È come se negassimo il valore al testamento tradizionale regolato dal codice civile, formulato da una persona in grado di assumere delle decisioni e successivamente venuta a mancare per un sopraggiunto stato d'incapacità!

Inoltre, il riconoscimento di un fiduciario individuato dal malato, non è solo il garante delle sue scelte, ma l'esecutore che assicura la piena attualità delle volontà espresse in maniera consapevole, delle scelte relative ai procedimenti diagnostici e terapeutici, valutandone l'adeguatezza in relazione alle precedenti indicazioni volontariamente espresse dal malato.

Non regge neanche l'argomento che non si può ragionevolmente prevedere le condizioni cliniche che potrebbero verificarsi in futuro perché è proprio per tali eventualità molto ben specificate nel testamento che vengono redatte le direttive anticipate.

Si deve tener conto, comunque, che se si verificassero le condizioni cliniche previste, qualcuno dovrà prendere delle decisioni difficili. Possono essere i propri congiunti, che magari potrebbero avere paura di sbagliare o un medico che sarebbe obbligato a prendere decisioni cliniche in rapporto alle proprie vedute clinico-terapeutiche ed etiche. Per cui il fiduciario è la persona più indicata ad esprimere le volontà non sue, ma del malato enunciate in piena consapevolezza quando era in grado di farlo.

Viene mantenuta in tal modo, anche per il malato divenuto incapace,

la possibilità di proseguire una relazione con i congiunti e il medico, i quali in tal modo non vengono abbandonati ad adottare in solitudine scelte generalmente difficili e, in certe circostanze, drammatiche. Negando il giusto valore alle direttive anticipate, si finirebbe di fatto col ristabilire, proprio nei confronti del soggetto più debole in stato d'incapacità, la preminenza dell'operatore sanitario. Una scelta in netta discordanza con la manifesta e indubitabile evoluzione culturale degli ultimi decenni.

La seconda obiezione è quella per cui si teme il rischio che dando valore operativo alle direttive anticipate sia un modo per introdurre nel nostro ordinamento giuridico l'eutanasia in maniera sleale e un po' perversa.

L'obiezione è inconsistente in maniera palese. Come il malato in grado di intendere e di volere, anche il malato divenuto incapace, mediante le Direttive Anticipate potrà chiedere al medico solo i trattamenti leciti. Quindi finché l'eutanasia è vietata nel nostro ordinamento, il medico sarà tenuto a rispettare la normativa di legge.

Ma allo stesso tempo, come il malato in grado di intendere e di volere ha il diritto di rifiutare i trattamenti (qualunque sia la conseguenza di tale rifiuto), deciso a privilegiare la qualità e la dignità della propria vita e il medico ha il dovere di rispettare tale scelta e di astenersi dall'ostinazione nei trattamenti, così anche al malato non in grado di intendere e di volere deve essere consentito di rifiutare tramite il testamento biologico, trattamenti da lui ritenuti futili, sproporzionati o semplicemente non appropriati, orientati solo al mantenimento

in vita del corpo. In caso contrario ci troveremmo di fronte a una piena discriminazione tra malati capaci e malati incapaci. L'espressione delle proprie volontà su un tema così intimo e sensibile come quello delle decisioni di fine vita e il riconoscimento del loro valore giuridico dovrebbero essere quanto più possibile esenti da obblighi come quelli previsti in numerosi progetti di legge. Chi compila le proprie volontà in previsione di una futura incapacità di poter assumere delle decisioni importanti che riguardano la propria malattia e le sue conseguenze, deve essere libero di definire in maniera chiara i trattamenti sanitari e assistenziali ai quali intende acconsentire o che intende rifiutare. Una legge che riconosca alle direttive anticipate la prerogativa di poter rifiutare interventi medici che pur avendo una parvenza di utilità in situazioni specifiche, hanno anche come diretta conseguenza la possibilità di violare l'integrità corporea associata ad un prolungamento colpevolmente inutile della fase terminale di una malattia e, quindi, fondamentalmente futili.

Tra questi trattamenti possiamo includere la ventilazione meccanica, il DNRo (*Do not resuscitate order*), la nutrizione e l'idratazione attraverso sondino nasogastrico o sonda gastrostomica, la dialisi e le terapie di complicanze intercorrenti che possono aggravare le già compromesse condizioni cliniche derivanti dalla malattia di base.

Nelle situazioni cliniche di confine cosiddette *border line* dove il giudizio sulle decisioni cliniche risulta piuttosto controverso, è d'obbligo evitare i conflitti e ricorrere alla ricerca di soluzioni condivise tra l'équipe curante e i congiunti del malato. La ricerca della soluzione, evi-

tando di stabilire a priori gerarchie preordinate all'interno dei soggetti coinvolti nelle scelte, dovrebbe essere coerente con l'impostazione generale delle volontà espresse dal malato. Quando la soluzione condivisa non viene trovata si dovrebbe stabilire la possibilità di ricorrere ad un giudice tutelare, il quale dovrebbe potersi avvalere anche del parere di comitati etici con esperienza specifica nelle decisioni di fine vita, al fine di garantire che le volontà del malato possano essere tradotte in pratica.

Considerazioni etico-giuridiche

Purtroppo la preparazione di noi medici non è sempre adeguata ad affrontare questioni di fine vita talvolta piuttosto complesse, perché sussiste una sorta di incapacità di relazionarci in maniera veramente leale con i malati che si affidano alle nostre cure.

Questo succede in maniere incoerente con noi stessi in quanto la mia personale convinzione è che la maggior parte di noi condivide l'opinione che la nuova medicina debba necessariamente annoverare tra i suoi compiti quello di soddisfare la volontà dei nostri malati riconoscendo loro una morte serena e rispettosa dei loro più intimi valori.

Questa scontata evidenza era stata ben capita e argomentata da *Sir Francis Bacon* che nell'opera "*Della dignità e del progresso delle scienze*", in *Opere filosofiche*, Laterza, Bari 1965, testualmente auspicava, "*Io penso che l'ufficio del medico non è soltanto quello di ristabilire la salute, ma anche quello di mitigare i dolori e le sofferenze causate dalla malattia... anche quando, per-*

dutasi ogni speranza di guarigione, tale mitigazione serve soltanto per rendere la morte facile e serena... Dovrebbero acquisire l'abilità di aiutare i morenti a congedarsi dal mondo in modo più dolce e quieto e praticarla con diligenza".

A sostegno della nostra (di noi medici) scarsa adeguatezza a confrontarci con questioni di fine vita strettamente connesse con questioni legali, le quali non fanno che aggravare lo stato della nostra inesperienza in merito, ci viene incontro la sentenza della prima sezione civile della Corte di Cassazione 4-16 Ottobre 2007, N° 21748 (presidente Luccioli, relatore Giusti).

La Sentenza esamina il ricorso presentato dal signor Mario Rossi (nome inventato a tutela della privacy ricorrendo i termini dell'art 52, comma 2 del DL N° 196/2003), tutore della figlia Maria (nome inventato a tutela della privacy ricorrendo i termini dell'art. 52, comma 2 del DL N° 196/2003), in coma vegetativo permanente dal 1992, quale conseguenza di un grave trauma stradale. Il ricorso era finalizzato ad interrompere l'alimentazione forzata da lui considerata una ostinazione nei trattamenti sanitari palesemente rifiutati dalla figlia, quando era in vita, a commento di una similare situazione capitata ad un suo amico, sempre a seguito di un trauma della strada.

La sentenza della Corte costituisce uno spartiacque storico di grande valore etico-giuridico che consentirà di affrontare anche lo spinoso problema delle direttive anticipate con maggiore cognizione di causa e soprattutto con maggiore serenità, stanti le affermazioni dei giudici che trovano sicuro fondamento negli artt. 2, 13 e

32 della Carta Costituzionale, nella legislazione ordinaria (L. n° 833/1978), nelle fonti giuridiche europee come la Convenzione di Oviedo prima richiamata, nella Carta dei Diritti Fondamentali dell'UE (Nizza 07.12.2000), e nel Codice di Deontologia Medica approvato il 16 Dicembre del 2006 (segnatamente gli artt. 13, 30, 31, 33, 35, 38, 39).

Viene ancora una volta ribadito il concetto, mai sottolineato abbastanza, che il medico ha sì la potestà di curare, ma è una potestà che è subordinata, senza alcuna eccezione, al consenso della persona interessata. È opportuno riportare quanto previsto nelle normative suesposte come l'art 13 della Costituzione "*La libertà personale è inviolabile*", l'Art 32 *Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario, senza il consenso consapevole del paziente, nonché gli articoli del Codice di Deontologia professionale medica, "Il medico, anche tenendo conto delle volontà del paziente laddove espresse, deve astenersi dall'ostinazione in trattamenti diagnostici e terapeutici da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità della vita" (Art. 16); "Il medico deve attenersi, nell'ambito della autonomia e indipendenza che caratterizza la professione, alla volontà liberamente espressa della persona di curarsi e deve agire nel rispetto della dignità, della libertà e autonomia della stessa. Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà, deve tenere conto nelle proprie scelte di quanto precedentemente manifestato dallo stesso in modo certo e documentato" (art. 38); e soprattutto l'illuminante art. 35 che te-*

stualmente recita “*Il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l’acquisizione del consenso esplicito e informato del paziente...In ogni caso, in presenza di documentato rifiuto di persona capace, il medico deve desistere dai conseguenti atti diagnostici e/o curativi, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà della persona. Il medico deve intervenire, in scienza e coscienza, nei confronti del paziente incapace, nel rispetto della dignità della persona e della qualità della vita, evitando ogni accanimento terapeutico, tenendo conto delle precedenti volontà del paziente.*”

La sentenza della Cassazione (21748/2007) è illuminante soprattutto su una delle problematiche etiche più dibattute negli ultimi tempi, cioè se l’idratazione e l’alimentazione forzata siano “*Atti dovuti in quanto supporti vitali di base, nella misura in cui consentono a un individuo di restare in vita*”, come afferma il Comitato Nazionale per la Bioetica, parere espresso nel Documento *L’alimentazione e l’idratazione di pazienti in Stato vegetativo persistente* (3 Settembre 2005), o debbano essere considerati trattamenti sanitari come recita la sentenza, in quanto tali procedure sono dei veri e propri atti indicati dai medici curanti a supporto di altre terapie.

Ancora la Sentenza impone al medico il rispetto dei principi garantiti dall’ordinamento giuridico associato al Codice Deontologico, segnatamente l’art. 39 che condiziona l’agire del medico nei confronti dei malati in fase terminale di malattia neoplastica “*In caso di malattie a prognosi sicuramente infausta o pervenute alla fase terminale, il medico deve im-*

prontare la sua opera ad atti e comportamenti idonei a risparmiare inutili sofferenze psicofisiche e fornendo al malato i trattamenti appropriati a tutela, per quanto possibile, della qualità di vita e della dignità della persona. In caso di compromissione dello stato di coscienza, il medico deve proseguire nella terapia di sostegno vitale finché ritenuta ragionevolmente utile evitando ogni forma di accanimento terapeutico.

La posizione assunta dai Giudici non si presta ad interpretazioni: è chiarissima. Impone si rispettare il diritto di tutti i malati di autodeterminarsi anche quando costoro non sono più in grado di esprimere il consenso e di assumere delle decisioni sulla propria vita.

Da qui il ruolo del tutore e dell’amministratore di sostegno che dispongono della facoltà di esercitare il potere sugli interessi patrimoniali, ma anche su quelli non patrimoniali, compreso il potere di cura. Si tutela in piena penetrazione sia il potere di garantire il diritto alla vita ma anche il privilegio del diritto alla dignità della vita sulla quale il malato incapace aveva manifestamente espresso i suoi desiderata.

Quindi i giudici affermano che si può dare corso all’interruzione di un qualsivoglia trattamento medico “*...come estremo gesto di rispetto dell’autonomia del malato...*, quando la volontà della persona sia assolutamente autentica e inequivocabile e “*... in mancanza di qualsivoglia prospettiva di regressione della patologia...*”. Non esiste, quindi, un dovere di cura, ma esiste un dovere di interrompere le cure di fronte alla inconfutabile volontà del malato o di chi ne esercita le funzioni di tutore della propria salute! Ritengo di poter affer-

mare che i problemi che hanno bloccato i lavori della Commissione Sanità del Senato sono risolti da questa sentenza della Cassazione. Si evitino gli scontri su posizioni etiche contrapposte che potevano fungere da trampolino di lancio per affermare una opzione piuttosto che un'altra che delineava un background culturale "laico" o "confessionale". Il legislatore faccia riferimento ai contenuti di questa sentenza che costituiranno i fondamenti di una sorta di linea guida senza precedenti che potrebbe mettere d'accordo tutti, nell'obiettivo di venire incontro alle volontà ultime di molti malati.

In molti paesi di cultura occidentale, dagli Stati Uniti al Canada, dal Regno Unito alla Germania le direttive anticipate hanno un valido riconoscimento, per cui il testamento biologico in Italia non farebbe che uniformarci alle scelte normative dei Paesi più rappresentativi dell'Unione Europea.

Cogliamo l'occasione propizia di questa sentenza!

È finalmente giunto il tempo fare scelte coraggiose!

POST SCRIPTUM:

Quale ovvio, ma non troppo, corollario della sentenza della Suprema Corte di Cassazione dello scorso 16 ottobre, è finalmente arrivata anche la sentenza della sezione civile della Corte di Appello di Milano! Il provvedimento dei giudici di Milano stabilisce che l'interruzione dell'alimentazione e dell'idratazione artificiale ad Eluana (Possiamo riportare nome e cognome, considerata la notorietà del caso ormai diventato nazionale) sia "immediatamente efficace" ma sarà il padre di Eluana e il curatore speciale, l'avvocato Franca

Alessi, che sceglieranno se attendere il termine di legge di sessanta giorni, per concedere alla controparte l'eventuale impugnazione in Cassazione.

Nel provvedimento col quale la Corte d'Appello di Milano autorizza la sospensione dell'alimentazione forzata a Eluana Englaro, i giudici scrivono anche una sorta di 'prontuario' al quale attenersi nel momento in cui verranno interrotte le terapie che tengono in vita la giovane.

Nel passo dal titolo "disposizioni accessorie cui attenersi in fase attuativa", i giudici scrivono: "(...) in accordo con il personale medico e paramedico che attualmente assiste o verrà chiamato ad assistere Eluana, occorrerà fare in modo che l'interruzione del trattamento di alimentazione e idratazione artificiale con sondino naso-gastrico, la sospensione dell'erogazione di presidi medici collaterali (antibiotici o antinfiammatori ecc.) o di altre procedure di assistenza strumentale avvengano in hospice o altro luogo di ricovero confacente. (...) Durante il periodo in cui la sua vita si prolungherà dopo la sospensione del trattamento e in modo da rendere sempre possibili le visite, la presenza e l'assistenza, almeno dei suoi più stretti familiari".

I commentatori e le Associazioni laiche plaudono a questa storica sentenza, mentre chi segue i dettami di un'etica confessionale dichiara in maniera molto netta che tale sentenza scardina il principio della non disponibilità della vita umana e parla chiaramente di Eutanasia.

Lascio alle parole dei le motivazioni giustificative di tale sentenza, che personalmente approvo in pieno. È stato «inevitabile» giungere alla decisione di autorizzare lo stop del

trattamento di alimentazione a Eluana Englaro, «accertata la straordinaria durata del suo stato vegetativo permanente, l'altrettanto straordinaria tensione del suo carattere verso la libertà e la sua visione della vita».

Una concezione della vita - spiega il giudice estensore del provvedimento, consigliere Filippo Lamanna - «inconciliabile» con la perdita totale e irreversibile delle proprie facoltà psichiche e la sopravvivenza «solo biologica del suo corpo, in uno stato di assoluta soggezione passiva all'altrui volere».

PS: finalmente alla data odierna (20 Novembre 2008) è già giunta la fine di questa sventurata vicenda con la dichiarazione di inammissibilità

del ricorso presentato dal Pm presso la Procura generale della Corte d'appello di Milano, contro il decreto del 9 luglio con il quale la Corte d'appello di Milano che aveva autorizzato la rimozione del sondino di Eluana Englaro, in stato vegetativo permanente per «...difetto di legittimazione all'impugnazione».

La responsabilità nei confronti della vita, di cui parla qualche prelatato o politico di turno, è condivisa da tutti, laici, cattolici e non cattolici. Purtroppo Eluana non è più in vita: è deceduta sedici anni orsono!

Tonio Sollai

*Coordinatore della Consulta
di Bioetica della Sardegna
tosollai@tiscali.it*

VARIAZIONE DI INDIRIZZO

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

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

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

La responsabilità nella somministrazione di farmaci

L'autonomia vincolata del medico specializzando

L'autonomia "vincolata" del medico specializzando non significa che questi sia un mero esecutore di ordini, penalmente irresponsabile.

La Cassazione (Sez. IV, sent. dep. 1° agosto 2008) ritorna sul tema della responsabilità dello specializzando e del medico affidatario con riferimento a una fattispecie di somministrazione di farmaci.

Due medici (di cui uno specializzando) e un'infermiera venivano condannati, in primo e in secondo grado, per il reato di omicidio colposo in danno di un bambino di sedici mesi. Si accertava in sede processuale che la vittima era stata ricoverata presso una clinica privata, su consiglio del pediatra di fiducia, per problemi di alimentazione.

Il pomeriggio del giorno del ricovero erano stati somministrati al piccolo paziente alcuni farmaci, tra cui una fiala contenente il principio attivo "verapamil". Subito dopo si era verificato un improvviso aggravamento delle condizioni del bambino, che ne rendeva necessario il ricovero nel reparto di rianimazione, dove, malgrado le cure prestategli, il medesimo decedeva il giorno dopo.

La sentenza di appello, conformemente a quella di primo grado, stabiliva che la morte era certamente dovuta alla somministrazione per via endovenosa - invece che per via orale, come indicato e previsto - del farmaco già menzionato, ascrivendo

la responsabilità ai due medici (l'uno "strutturato" e l'altro, come già detto, specializzando) e all'infermiera che avevano trattato il paziente.

Più precisamente la Corte d'appello individuava la colpa: per l'infermiera, nel fatto che avesse somministrato il medicinale (in fiala da 20 mg) al bambino per via endovenosa pur in presenza di una prescrizione medica ("foglio di terapia"), compilata dallo specializzando, dal contenuto equivoco, perché non vi si precisavano le modalità di somministrazione. Ella avrebbe dovuto farsi chiarire dal medico quali dovessero essere tali modalità; per il medico specializzando, nell'aver compilato il "foglio di terapia" senza specificare le corrette modalità di somministrazione (per via orale) del farmaco, tanto più che la confezione riportava che lo stesso avrebbe dovuto essere somministrato per via endovenosa; per il medico "strutturato", nel non avere adeguatamente informato l'infermiera circa le modalità di somministrazione e nel non aver controllato la corretta redazione del "foglio di terapia" da parte dello specializzando.

Quanto a tale sanitario, va precisato che era rimasto accertato che fosse stato proprio lui a prescrivere quel farmaco (confermando la terapia cui il bambino era già sottoposto su prescrizione del proprio pediatra, che gliela somministrava per via orale) e che lo aveva direttamente ac-

*Per la Corte
di Cassazione
la figura
del "tutor"
non esime da
responsabilità
lo specializzando*

quisito dalla farmacia interna alla clinica, ove era disponibile solo nella confezione in fiale da 20 mg, da somministrare per via endovenosa. Il medico ritenendo - d'accordo con il farmacista - che dette fiale potessero essere anche somministrate per via orale, decideva di farsele trasmettere.

Contro la sentenza di appello proponevano ricorso per Cassazione soltanto i due sanitari, i quali, oltre a proporre censure in punto di ricostruzione del fatto (giudicate inammissibili dalla Cassazione, in quanto non consentite in sede di legittimità), sulla colpa e sulla esistenza del nesso causale, hanno interloquuto, con opposte tesi, sull'aspetto centrale della titolarità o meno di una posizione di garanzia da parte del medico specializzando, in forza della quale questi potesse assumere una propria e autonoma responsabilità nella cura del paziente.

Secondo la tesi sostenuta in ricorso dallo specializzando, la figura professionale di questi sarebbe sprovvista di qualsiasi autonomia, essendo sempre sottoposta al controllo del tutore; nella fattispecie egli si era limitato a compilare sotto dettatura dell'altro medico il "foglio di terapia", svolgendo un'attività puramente materiale sotto la diretta - ed esclusiva - responsabilità del tutore che aveva anche siglato il foglio stesso.

Secondo l'altro sanitario, viceversa, la prescrizione trascritta sul "foglio di terapia" apparteneva alla paternità e all'unica responsabilità dello specializzando che l'aveva redatta, d'altra parte egli stesso medico; in ogni caso il principio di affidamento, che certo vige nel rapporto tra tutore e specializzando, induceva a confidare che questi avrebbe corret-

tamente riempito detto foglio secondo le indicazioni ricevute.

La Suprema corte ha rigettato i ricorsi, ritenendo del tutto condivisibili le valutazioni della sentenza di appello in tema di colpa e di nesso causale, dopo essersi ampiamente soffermata sul regime giuridico della figura e dell'attività del medico specializzando, per quale contenuta nel D.lgs. 17 agosto 1999 n. 368.

Osservano i giudici di legittimità come dal tenore della disciplina normativa non vengano confermate le tesi estreme sostenute nei ricorsi dai due imputati: né la tesi dell'essere lo specializzando un mero esecutore d'ordini del tutore (prospettata dallo stesso specializzando), né quella, contrapposta, della piena autonomia dello specializzando, sostenuta dall'altro medico ricorrente. In effetti, spiega la Suprema Corte, «l'espressione che meglio fotografa questo rapporto (tra medico specializzando e tutore) è quella, usata dalla legge, dell' "autonomia vincolata" (art. 38, comma 2, D.lgs 368/1999): si tratta di un'autonomia che non può essere disconosciuta trattandosi di persone che hanno conseguito la laurea in Medicina e chirurgia e, tuttavia, essendo in corso la formazione specialistica; (.....) l'attività non può che essere caratterizzata da limitati margini di autonomia e svolta sotto le direttive del tutore».

A tale stregua, allora, l'autonomia riconosciuta dalla legge, sia pur vincolata, non può che ricondurre allo specializzando le attività da lui compiute; «e se lo specializzando non si ritiene in grado di compierle deve rifiutarle, perché diversamente se ne assume la responsabilità (c.d. colpa "per assunzione")».

Né invero, continua la sentenza, è

dato ritrovare nella legge una norma che confermi la tesi secondo cui lo specializzando è un mero strumento del suo tutore: «Anche se questi detta una ricetta o una prescrizione medica lo specializzando che scrive sotto dettatura, nei limiti delle sue competenze, deve segnalare eventuali errori od omissioni e rifiutare di avallare terapie che, secondo il livello di perizia e diligenza da lui esigibili, appaiano palesemente incongrue».

Naturalmente tutto ciò va valutato in conformità con la gradualità di assunzione di responsabilità che la normativa prevede, per cui «è ovvio che diversi saranno gli interventi, anche critici, esigibili dal medico all'inizio della specializzazione rispetto a quelli che si richiedono a chi la formazione la sta facendo da anni». Aggiunge peraltro la Cassazione che se non è condivisibile una lettura riduttiva dell'ambito di competenze e autonomia delle attribuzioni dello specializzando, altrettanto deve dirsi per la ricostruzione di questa figura proposta dall'altro ricorrente (il medico tutore), il quale "dimentica" che l'autonomia è - appunto - "vincolata", che ogni attività dello specializzando «si svolge sotto la guida di tutori» e che la graduale assunzione di compiti avviene sotto «le direttive ricevute dal tutore».

Si stabilisce: «Il tutore deve fornire allo specializzando le sue direttive, deve controllarne le attività pur autonomamente svolte, deve verificare i risultati e consentirgli, quindi, di apprendere quanto è idoneo per il futuro svolgimento autonomo della professione specializzata, verificando la correttezza delle attività svolte».

Nella fattispecie in esame, doveva ritenersi perciò corretta l'attribuzione della colpa a entrambi i medici, precisando i giudici che se anche il foglio di terapia fosse stato effettivamente compilato sotto dettatura dallo specializzando, e poi siglato dal "tutore", non per questo il primo sarebbe esente da responsabilità alla luce del fatto che, come più sopra dedotto, «l'autonomia "vincolata" dello specializzando non significa esonero da responsabilità e la compilazione di un atto terapeutico non può dunque che farsi risalire, oltre che a chi lo ha firmato, a chi lo ha redatto (se ovviamente aveva la competenza a redigerlo, come è nel caso in esame)».

Gianfranco Iadecola

** Questo articolo è tratto dal Sole 24 Ore Sanità n. 40 del 14-20-Ottobre 2008, con l'autorizzazione dell'autore, Gianfranco Iadecola, magistrato*

ORARIO DI RICEVIMENTO DEL PRESIDENTE DELL'ORDINE

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

Publicato il volume di Pier Luigi Cherchi

“C’era un ragazzo che come me...” musica e generazione beat a Sassari

Il libro di Pier Luigi Cherchi è uno spaccato della società della fine degli anni '60, in cui la rivoluzione culturale nata dalla Beat Generation di Ginsberg e Kerouac, l'Underground ossia la sottocultura della grandi città, si scontra con le nascenti tematiche della politica del proletariato e dei movimenti studenteschi che finiranno per soffocarlo e distruggerlo. La “Sassari beat” degli anni interposti tra il boom economico e gli “anni di piombo” è un mondo di colori, di musica, di gioiose evoluzioni artistiche, in cui tutti i ragazzi si sentono protagonisti; le interviste ai “vecchi” ragazzi beat ricostruiscono un mondo ormai scomparso, dove i suoni ed i colori sono padroni della scena, in un’atmosfera di “campi di fragole”, di “foschie purpuree”, nel segno di Aquarius (“then peace will guide the planets and love will steer the stars....the age of Aquarius...”) o del popolo rock di Woodstock. Tra storia vissuta e leggenda minima, da Benito Urgu a Gianni Davis, da Giuseppe Fiori a Gabriele Desole dei mitici “Savages”, da Alberto Fiori all’indimenticato Gigi Santoru e a tutti i musicisti che hanno creato, con il loro entusiasmo, un’epoca indimenticabile, viene ricostruita la bruciante, breve esperienza dell’epopea del beat a Sassari: nomi su nomi, band su band, biografie su biografie, luoghi di “culto” come le mitiche salette della Sassari vecchia o i Cinema e le

piazze dove i “complessi” si esibivano. È la colonna sonora di un’epoca, di un “mondo perduto” lontano dalla società dei telefonini, di Internet, delle veline, della TV “spazzatura”, della noncultura a tutti i livelli; immagini, colori, suoni di una città di 90.000 abitanti in cui, come nelle altre città d’Italia, dopo il '68 la politicizzazione della cultura giovanile marginalizzerà rapidamente la dimensione controculturale del beat italiano fino a farla scomparire.

Pier Luigi Cherchi è Professore Ordinario di Ginecologia e Ostetricia presso l’Università di Sassari. Autore di oltre 300 pubblicazioni scientifiche sulle più prestigiose riviste internazionali, si è cimentato nei temi riguardanti i cambiamenti della società contemporanea, dal primo libro “*Il parto domiciliare nella Sardegna della prima metà del Novecento, Tradizioni e sapere medico*” (TAS Ed. Sassari), fino all’ultima opera ancora in fase di attuazione “*KOMMAEA. Viaggio nel mondo dell’emigrazione meridionale nella Germania dei primi anni '70*”.



Viaggio
di ritorno
con interviste
ai protagonisti
di un’epopea
breve e bruciante

La presentazione di Eugenia Tognotti

“C’era un ragazzo”: formidabili e lontani Anni Sessanta

Una manciata di anni, sei (1966-1972) che sembrano dilatarsi nella storia raccontata da Pierluigi Cherchi. Direttore della Scuola di Specializzazione in Ginecologia e Ostetricia dell’Università di Sassari, ma, qui nelle vesti di “voce narrante”, in quanto chitarra e voce solista, nei mitici anni ’60, degli Undergrounds, già Axtadi”, poco felice nome, noto e regolarmente storpiato nel giro delle salette beat sassaresi.

Tra storia vissuta e leggenda minima, l’Autore ricostruisce la bruciante, breve esperienza dell’epopea del beat a Sassari, che si dipana in queste densissime pagine dove si rincorrono nomi su nomi, band su band, biografie su biografie.

Sassari Beat. è, infatti, il titolo (obbligato) del libro. Sottotitolo Un pezzo della nostra storia. “Nostra” nel senso che l’autore appartiene a quella generazione di musicisti e appassionati, nati tra la fine degli anni quaranta e i primissimi anni Cinquanta. Generazione che, sospinta dai miti d’oltremarica e d’oltreoceano, andò alla ricerca di una propria dimensione, immettendo una città come Sassari nel movimento beat della seconda metà degli Anni ‘60. Un movimento che ha segnato un crocevia nella storia della musica leggera italiana e che ha esplorato nuovi percorsi sonori, rifacendosi al fermento inglese di fenomeni nascenti come i Beatles.

Le canzoni dei Nomadi, dei Gi-

ganti, dei Dik Dik, dell’Equipe 84 e soprattutto dei The Rokes, gruppo cardine del beat italiano, furono allora le colonne sonore di storie d’amore e d’amicizia. Appena uscite scalavano puntualmente le hit parade, spinte dall’entusiasmo dei giovani, che avevano eletto quella musica ad inno generazionale, una sorta di bandiera da sventolare sul crescente bisogno di rinnovamento sociale e politico che ha caratterizzato quel periodo storico e che, comunque sia, rappresenta una rivoluzione importante nel costume sociale e musicale italiano. A fare da sfondo alla vicenda raccontata da Cherchi sono tanti “luoghi” della città, di cui il libro racconta uno spicchio di storia. C’è l’Associazione cattolica Silvio Pellico, fondata nel 1905, diventata al tempo una vera e propria scuola di musica, dove l’autore e tanti altri ragazzi imparano, sotto la guida di Giampaolo Galleri, a suonare la chitarra.

Ci sono le improvvisate sale da ballo, le salette, i clubs, le cantine nel cuore pulsante della città: il “Moulin Rouge” in Via Lamarmora, il “Cavallino Rosso” (poco più giù di Piazza Tola), “ il Bandiera gialla “, il “San Carlo” in via S.Carlo, il “Tic Tac” in vicolo delle Canne, “La Boa” nel vicolo Pigozzi (Pigozzi Street) “Ciao Amici” in via Lamarmora, “La Bertula”, “La botte”, “Santo Domingo”, “La mandria”, “La Ruota “ in via Nuoro.

Canzoni, gruppi, episodi, ritrovi e locali: ricostruita la “colonna sonora” di un pezzo di storia cittadina

Ci sono i Licei, dove studia una parte di quei ragazzi, sempre affaccendati tra prove e faticosi trasporti di chitarre, pesantissimi e ingombranti amplificatori, strumenti elettrici; e, ancora, le piazze, i cinema, il teatro Verdi, il cinema Astra, dove si esibiscono gruppi sassaresi e “forestieri”, come, tanto per fare un nome, il cagliaritano “2001”.

E ci sono le chiese - Santa Maria in Betlemme, “Mater Ecclesia”, Cappuccini dove i Sigma e i Savages, si cimentano - applauditissimi - con la Messa beat, fenomeno anni Sessanta di cui si è quasi persa la memoria e in cui la Sardegna può legittimamente rivendicare qualche primato. Ad aprire la strada furono, infatti, i mitici “Barritas” verso la metà degli anni Sessanta, dopo alcune cover in italiano come Go Now dei Moody Blues e la Help Me Rhonda dei Beach Boys e dopo qualche spericolato tentativo di commistione sardo-beat. Nel gruppo dei Barritas c’era l’oristanese Benito Urgu, l’ecclettico attore-cantante, comico e cabarettista, presentatore, e autore di musiche e testi.

L’esperimento con la Messa beat fu un successo strepitoso, dimostrato dalla trionfale esecuzione nella cappella Borromini a Roma, alla presenza di Paolo VI nel 1966. Di ottima qualità i pezzi, filo conduttore il beat (opera, in buona parte, di un genio musicale come Marcello Giombini).

Scorrono in queste pagine le storie di gruppi meteore dai Baronetti, ai Bertas, ai Savages, agli Smeraldi, agli Underground’s e tanti altri come gli Axtadi, gli Strangers, gli Squali, per non nominarne che alcuni, che si esibivano anche extra muros in locali da ballo dell’entroterra provinciale.

Le loro storie sono evocate attra-

verso interviste, in cui si affacciano anche i nomi dei non dimenticati sponsor adulti, fuori dello standard beat, ma valorizzatori di quella cultura musicale come Muzzo, Griskenko Zino Squintu. E, ancora, i nomi dei giovani che hanno segnato la storia della musica sassarese, direttori musicali, fisarmonicisti, tastieristi, batteristi, musicisti come Gigi Santoru, rimasto giovane per sempre per gli amici di allora: è morto, infatti, alla fine degli anni Ottanta in un incidente stradale sulla statale 131 in una mattina senza sole. “come in “A day in the life” dei Beatles” scrive Cherchi, che ne ricorda la figura di musicista e di sportivo (ha importato la pallamano a Sassari e al suo nome è intitolato il Pala Santoru).

E’ la colonna sonora di un’epoca, insomma, questa raccontata da Cherchi. E non sorprende che ad essa guardi con la nostalgia e il rimpianto con cui si evoca “the world we have lost”, il mondo che abbiamo perduto: un mondo di solidarietà, di amicizia, di cortesia, di gentilezza, non c’era ancora il concetto del profitto a tutti i costi. Ci si accontentava di niente... Si scendeva a Platamona con 100 lire con gli “abusivi” che all’Emiciclo partivano con le prime Peugeot a nafta... con pochi soldi si riusciva ad organizzare una vera sala da ballo, basta pensare alle famose cantine... oggi bisogna avere tutto e subito. Ricordo i vicini di casa, che diventavano praticamente dei parenti, il negozietto sotto casa dove si faceva la spesa, i bambini che giocavano a pallone per la strada, i muri delle case immacolati senza scritte o graffiti, il quartiere dove tutti si conoscevano come un vero microcosmo: oggi c’è solo individualità, arroganza, cini-

simo, l'egoismo più sfrenato, ognuno va per la sua strada e si avvicina solo se c'è un qualche interesse personale. Si sono persi dei valori che del mondo beat rappresentavano le basi esistenziali: i ragazzi che giravano il mondo per fare esperienze trovavano sempre amici dappertutto, oggi non si vede più nessuno fare autostop, c'è paura di tutto e di tutti".

Immagini, colori, suoni di una città di 90.000 abitanti, una città universitaria che avrebbe conosciuto per tempo il vento della contestazione che comincia a spirare qui come a Torino, Genova, Pavia, Cagliari, Napoli, Salerno, Padova – all'indomani della clamorosa protesta all'Università cattolica contro la tipologia dei corsi di studio e la scuola di "classe"–.

E' la fine del 1967 e l'epoca beat sta lasciando il campo a quella del progressive. Cominciano a comparire le prime ombre del tramonto. Nel 1969, con lo scioglimento dei Beatles e sull'onda dei movimenti studenteschi, il panorama musicale subisce un radicale cambiamento. Arrivano Bob Dylan, Crosby-Stills-Nash & Young, Cat Stevens, con i loro testi di protesta.

Con i primi anni settanta si chiude la storia del beat a Sassari. Ma i segnali erano arrivati prima con la politicizzazione della cultura giovanile che marginalizza rapidamente l'incidenza della dimensione contro-culturale del beat italiano. All'ostilità dei "benpensanti" si accompagna ben presto quella del movimento e dei gruppi dell'estrema sinistra che considerano i temi fondamentali della cultura beat una problematica borghese, capace soltanto di allontanare i giovani dall'attività rivoluzionaria.

Momento di svolta, a livello nazionale, l'episodio della Bussola di

Bernardini, a Marina di Pietrasanta – fatta segno, la notte di Capodanno che segnava l'arrivo del 1969 – di una violenta contestazione a base di lanci di ortaggi da parte di "Potere Operaio". Parte da quest'episodio, Cherchi per ricordarne uno minore, locale, che, forse, non rientra semplicemente nella proverbiale attitudine "cionfraiola" della gioventù sassarese: il gavettone che prese di mira il cantante Mal dei Primitives, a Sassari per una serata al cinema Astra. Il cantante, dai lunghi capelli neri, tornava in albergo, di notte, vestito con un abito sgargiante quando fu inondato d'acqua sporca o, più probabilmente, d'urina, stando alla vulgata cittadina.

Il libro contiene un accurato "Censimento beat 1966-72" – che riporta i nomi di tutti quelli che hanno cantato qualcosa nella Sassari beat, senza mai perdere il filo tra gruppi che nascevano, si scomponevano, cambiavano nome rapidissimamente. C'è anche un Glossario che va da "Acid rock" ad "Underground".

Ha fatto bene Pier Luigi Cherchi a costruire la colonna sonora di un tempo, una generazione, una città, prima delle discoteche, degli ipermercati, della perdita di riferimenti identitari.

Niente ha un potere evocativo come la musica e quella beat restituisce, come nessuna, i suoni, le voci e i rumori di una stagione che ha coinciso, per tanti di noi, con quella incantata della giovinezza.

Non per niente basta che in una cena d'estate, qualcuno prenda la chitarra e intoni "C'era un ragazzo che come me, amava i Beatles e i Rolling Stones" per cancellare il tempo e tornare ai sempre verdi anni Sessanta.

Eugenia Tognotti

Terzo volume di Giuseppe Vargiu
Bollettino del polline
Cronaca aerobiologica

Ancora una volta Giuseppe Vargiu con il suo 3° Bollettino del Polline, che fa seguito alle pubblicazioni del 1992 e del 2001, riesce a stupirci con la minuziosa, dettagliatissima e colta “cronaca aerobiologica” prendendoci per mano e accompagnandoci nel corso dei giorni, delle settimane, delle stagioni e degli anni alla scoperta dei pollini diffusi nell’atmosfera di Sassari.

I bollettini del polline, frutto di una considerevole mole di lavoro protratta nel tempo e pubblicati sulla “Nuova Sardegna” nell’arco degli anni 2002-2007, sono raccolti in questo volume in modo organico, corredati di preziose informazioni, fornite da chi da anni, specialista della materia, si occupa con dedizione e passione alla disciplina aerobiologica.

La lettura di questo 3° Bollettino del Polline è quanto mai resa varia e interessante in quanto non vi troviamo solo i risultati delle misure aerobiologiche corredate di dati meteorologici, ma per ogni specie trattata, una ricca raccolta di informazioni di carattere medico-allergologico, notizie storiche e geografiche, richiami etimologici, usi, costumi ed eventi mitologici ad essa correlati, tali da rendere la lettura estremamente interessante non solo per medici specialisti allergologi e per i pazienti allergopatici ma anche per tutti coloro che amano la natura e i luoghi in cui vivono e lavorano.

Per chi infine volesse conoscere le diverse specie dal vivo vi troviamo inoltre anche la loro ambientazione nell’arredo urbano di Sassari!

Auguro a Giuseppe Vargiu di continuare, con la perseveranza che lo contraddistingue, anche in futuro l’attività intrapresa in collaborazione con l’Associazione Italiana di Aerobiologia, promuovendo con le sue pubblicazioni la cultura aerobiologica ma non solo quella!

Mariangela Manfredi
*Presidente Associazione Italiana
 di Aerobiologia*

***Raccolte preziose
 per gli allergologi***

Questa raccolta di articoli di Giuseppe Vargiu che porta il titolo di Bollettino del Polline 2001-2006 non è, in realtà, un semplice bollettino del polline. E’ molto di più. I bollettini del polline sono delle raccolte di numeri, le concentrazioni dei vari pollini nell’arco dell’anno.

Essi sono utili all’allergologo che vuole correlare i sintomi dei suoi pazienti alla carica pollinica dell’aeroplancton. Utili ma un po’ aridi. Invece Vargiu in questa serie di articoli trasfonde tutta la sua cultura, non solo allergologica, ma anche botanica, storica, etnologica, alimentari-stica. In ognuno di questi articoli si esamina una specie vegetale, che è sì di interesse allergologico, ma Vargiu ne passa al setaccio tutte le caratteri-

*Le informazioni
 su Sassari
 dal 2002 al 2007
 raccolte
 e corredate
 di dati
 meteorologici
 storici e
 geografici*



3° Bollettino del Polline dal 2001 al 2006



G. Vargiu, Sassari

stiche ed applicazioni anche al di fuori della semplice sensibilizzazione allergica.

Io ho 60 anni e ne ho passati buona parte sui libri. Posso dire senza falsa modestia che un certo livello culturale l'ho raggiunto.

Tuttavia devo dire che francamente non riesco a capire come faccia Vargiu a raggiungere una competenza così elevata in così tanti campi così diversi, né come riesca a racco-

aspetto Vargiu è stato fortunato ad incontrare nella sua vita l'allergologia. Fra tutte le specialità mediche, l'allergologia è quella che più si presta (o forse la sola?) a queste contaminazioni trasversali. Non ce lo vedo proprio un Vargiu ortopedico o dentista (con tutto il rispetto per gli ortopedici ed i dentisti). O meglio, me lo vedo così: sarebbe certamente un buon ortopedico o dentista, ma un po' triste!

Paolo Falagiani

Sito web dell'Ordine:
e-mail dell'Ordine:

www.omceoss.org
ordine@omceoss.org

Il convegno a L'Aquila

Quando l'etica incontra l'economia

Si è svolto a L'Aquila, presso la Cattedra Bernardiniana organizzata dalla Federazione nazionale Ordini dei medici il convegno Nazionale "Etica Professionale ed Etica delle Risorse tra Coerenze e Conflitti".

Razionalizzazione della spesa, nuove disuguaglianze sociali, governo clinico: questi alcuni dei temi "caldi" che sono stati discussi da rappresentanti della FNOMCeO e delle Associazioni Mediche, insieme a sociologi, economisti, politici, a L'Aquila.

"I grandi valori propri della nostra Professione (equità, solidarietà, appropriatezza ed efficacia delle cure) ha affermato il presidente FNOMCeO, Amedeo Bianco, che ha inaugurato il convegno insieme al presidente dell'Ordine dell'Aquila, Vito Albano - sono vincenti se l'intero sistema di tutela della salute, sempre più complesso e costoso, è economicamente compatibile con le risorse disponibili ed accessibile a tutti secondo i bisogni. I nostri Ordini devono, dunque, sollecitare i professionisti a considerare proprie (e non estranee alle ragioni del moderno esercizio professionale) le compatibilità economiche, incalzando e non sostituendosi ai decisori nel momento in cui rendono disponibili l'appropriatezza, l'efficacia, la qualità delle prestazioni mediche e odontoiatriche".

Insomma, l'etica entra a buon di-

ritto nell'economia. Anzi, ne è una guida, come conferma il vicepresidente FNOMCeO Maurizio Benato: "L'etica non è estranea all'economia sanitaria. Anzi, è piuttosto l'etica che impone di definire nel concreto operare di questo sistema scopi che non possono che essere comuni. E scopo comune è lo stabilire quella parte della ricchezza di un paese da assegnare all'organizzazione dei servizi sanitari, al di sopra del pluralismo culturale e politico e degli approcci morali che ne conseguono, al di là delle inevitabili diversità dei contesti sociali, e sempre nell'ottica di un uso appropriato delle procedure e dell'accesso dei cittadini a tali servizi, perché la salute non ha prezzo ma costa".

In ogni caso, nel dare risposte ai possibili conflitti tra i doveri amministrativi di gestori di risorse limitate e quelli etici di garanti dei bisogni di salute dei cittadini, nella due giorni aquilana si sono cimentati Filippo Palumbo, direttore generale del Dipartimento Qualità del ministero della Salute, Aldo Ancona, direttore generale dell'Agenzia nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, Guido Giarelli dell'Università di Bologna, Ivan Cavicchi delle Università Tor Vergata e La Sapienza di Roma, Concetta Vaccaro, ricercatrice del CENSIS, Giuseppe Costa, dell'Università di Torino.

Un altro momento cruciale del Convegno è stata la Tavola rotonda

*La ricerca
delle compatibilità
fra tutela
della salute
e risorse
economiche
disponibili*

su "Razionalizzazione della spesa, responsabilità medica, tutela della salute". Moderata dal vicepresidente FNOMCeO, Maurizio Benato, ha visto riuniti, oltre all'assessore alla Sanità dell'Abruzzo, Bernardo Mazzocca, i rappresentanti delle principali associazioni mediche: Domenico Iscaro, presidente nazionale ANAAO - ASSOMED, Michele Poerio, del Consiglio di presidenza CIMO, Ivano Giacomelli, segretario nazionale CO.DI.CI., Walter Palumbo, segretario regionale FIMMG - Abruzzo, e, di nuovo, Aldo Ancona, direttore generale dell'AGE.NA.S.

Specializzandi: ingiusta l'aliquota INPS

Il presidente della FNOMCeO Amedeo Bianco, invita gli Ordini provinciali a intervenire presso le amministrazioni universitarie contro l'applicazione di una circolare INPS che penalizza i medici specializzandi.

"La situazione venutasi a creare successivamente alla circolare n. 88 emessa dall'INPS, che impone ai medici informazione specialistica il pagamento [...] dell'aliquota previdenziale piena anche a fronte dell'obbligo, per gli stessi, di iscrizione al Fondo di Previdenza Generale dell'ENPAM, richiede un nostro intervento corale e coordinato per contrastare questa palese ingiustizia".

Comincia con questa affermazione la lettera che Bianco ha inviato a tutti i presidenti degli Ordini provinciali, sollecitandoli ad inviare alle amministrazioni universitarie delle regioni di appartenenza una diffida dal trattenerne dalle retribuzioni dei medici specializzandi l'aliquota previden-

ziale piena del 24,7% e gli effetti retroattivi. Tale richiesta è, secondo la FNOMCeO, illegittima: l'art. 45 della legge n. 326/2003 prevede, infatti, l'applicazione dell'aliquota ridotta (18%) per coloro che sono iscritti ad un'altra cassa previdenziale obbligatoria, e gli specializzandi, in quanto medici iscritti agli Albi, sono obbligatoriamente iscritti al Fondo di Previdenza generale dell'ENPAM.

La FNOMCeO e l'ENPAM hanno incontrato le principali Associazioni dei medici specializzandi, concordando un tavolo tecnico per definire, in tempi brevissimi, un dispositivo di ricorso ai giudici amministrativi e rendendosi disponibili alla raccolta delle adesioni.

"Con il presidente dell'ENPAM, Eolo Parodi - continua Bianco nella lettera - ci stiamo adoperando per definire una soluzione al problema, capace di coniugare al meglio un prelievo contributivo giusto e sopportabile con una modalità di accantonamento efficacemente accessibile nella ricostruzione dell'accumulazione previdenziale di questi professionisti".

Questa prospettiva richiede un intervento legislativo che possa consentire il transito degli specializzandi dalla gestione separata INPS all'ENPAM, Ente previdenziale di riferimento per tutte le categorie mediche e odontoiatriche.

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

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

Medici obbligati a denunciare i clandestini? Pericolo sventato

I medici obbligati a denunciare alle autorità i clandestini che vi ricorrono? Pericolo sventato.

Dopo il parere contrario espresso dal relatore Filippo Berselli, è stato infatti ritirato dalle Commissioni riunite Affari Costituzionali e Giustizia del Senato l'emendamento 18.0.8 del DDL 733 sull'immigrazione.

Tale emendamento prevedeva l'obbligo, per i medici delle strutture sanitarie, di segnalare alle autorità competenti gli stranieri non in regola con le norme di soggiorno che avessero accesso a tali strutture.

"Ringraziamo i Presidenti e i componenti delle Commissioni interessate - ha detto il presidente della FNOMCeO, Amedeo Bianco - per aver dato ascolto - tra le altre - anche alle nostra voce che si è levata per chiedere al Senato un ripensamento. "Quale presidente della FNOMCeO - ha continuato Bianco - mi sento di rappresentare tutti quei medici e tutti quegli odontoiatri italiani, che nel quotidiano esercizio professionale danno un contributo al rafforzamento del tessuto sociale e civile della nostra comunità: un tale emendamento sarebbe, forse, andato proprio in senso contrario".

La FNOMCeO, infatti, aveva già per due volte chiesto alle Commissioni di ritirare l'emendamento: il 23 ottobre, inviando un'istanza in merito ai presidenti - Carlo Vizzini e Filippo Berselli - delle due Commissioni e ai loro componenti; nei primi giorni di

novembre reiterando tale istanza, e sottolineando che l'abrogazione del comma 5 dell'articolo 35 del T.U. sull'immigrazione (D. Lgs 268/98), oggetto dell'emendamento, avrebbe alterato il rapporto fiduciario tra pazienti e operatori sanitari, con possibili ripercussioni anche in tema di sicurezza, e con il forte rischio di creare percorsi sanitari al di fuori dei sistemi di controllo e verifica della sanità pubblica.

"La prevista segnalazione e% denuncia contestuale alla prestazione sanitaria - ha affermato Bianco - avrebbe indotto, certamente, soggetti irregolari ad una clandestinità sanitaria pericolosa per l'individuo ma anche per l'intera collettività". "L'aver accolto queste sollecitazioni - ha concluso - è stata una scelta di grande rilevanza politica, che riflette un'preztabilissima assunzione di responsabilità verso quei principi universali di equità, uguaglianza e giustizia a cui tutti noi tendiamo. Principi che non dobbiamo smarrire nella ricerca talora affannosa di soluzioni alle immense questioni sollevate dai flussi migratori e dalle nostre società sempre più multietniche". Il presidente della FNOMCeO Bianco ha inviato lettere di ringraziamento al senatore Filippo Berselli, presidente della III commissione Giustizia, al senatore Carlo Vizzini, presidente della I Commissione Affari Costituzionali del Senato e ai componenti delle due Commissioni.

*Accolte
le richieste
della FNOMCeO
che ha segnalato
i pericoli
per salute
e sicurezza*

Indignazione e preoccupazione

Immigrati e servizi sanitari

questione etica e giustizia sociale

Abbiamo appreso dalle agenzie di stampa del 14 novembre scorso che il governo intende attuare rapidamente il “Pacchetto Sicurezza” (atto 733) in discussione al Senato. A tale proposito, il Ministro Sacconi ha precisato che “il medico curante deve segnalare se il paziente è un irregolare. Se è clandestino deve essere segnalato per la sua situazione di clandestinità ed espulso”.

Le affermazioni del ministro seguono la proposta di due emendamenti depositati da alcuni Senatori della Lega Nord che chiedono rispettivamente la modifica del comma 4 e l’abrogazione del comma 5 dell’articolo 35 del Decreto Legislativo 286 del 1998 (Testo Unico sull’immigrazione).

In particolare è di estrema gravità l’abrogazione del comma 5. Esso prevede infatti che “l’accesso alle strutture sanitarie (sia ospedaliere che territoriali) da parte dello straniero non in regola con le norme di soggiorno non può comportare alcun tipo di segnalazione all’autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano”.

La sua cancellazione metterebbe in serio pericolo l’accesso alle cure mediche degli immigrati irregolari, violando il principio universale del diritto alla salute, fortemente affermato dalla nostra Costituzione. e creerebbe inoltre una “clandestinità

sanitaria”, pericolosa per l’individuo e per la collettività.

L’Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, un organismo indipendente si è costituito nel 2002 con la volontà di colmare il vuoto di informazione e reciproco scambio tra medici, scienziati e operatori sullo stato di salute della popolazione in relazione al contesto politico, economico e sociale. La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni dal 1990, con oltre 700 soci, raccoglie le esperienze dei maggiori centri sul territorio nazionale che si occupano di assistenza sanitaria agli stranieri.

Come Osservatorio Italiano sulla Salute Globale e come Società Italiana di Medicina delle Migrazioni esprimiamo profondo dissenso sulle parole del ministro e la proposta dei senatori leghisti, e, sottoscrivendo le preoccupazioni della Federazione Nazionale degli Ordini dei medici, chirurghi ed odontoiatri, chiediamo, in particolare attraverso la mobilitazione degli Ordini dei Medici e di altri albi professionali cui apparteniamo, il ritiro dei suddetti emendamenti.

Osservatorio Italiano sulla Salute Globale: www.saluteglobale.it – Presidente Gavino Maciocco: gavino.maciocco@unifi.it

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni: www.simmweb.it - Presidente Salvatore Geraci: presidente@simmweb.it

Le norme morali della professione medica non possono avere eccezioni

Lettera della Federazione

agli Ordini dei medici

Il provvedimento deriva da due emendamenti depositati da alcuni Senatori della Lega Nord (prot. 39.305 e 39.306), che chiedono rispettivamente la modifica del comma 4 e l'abrogazione del comma 5 dell'articolo 35 del Decreto Legislativo 286 del 1998 (Testo Unico sull'immigrazione).

La modifica al comma 4 introduce un rischio di discrezionalità (definizione della cura, partecipazione alla spesa o tariffa intera, quanto e quando pagare,...) che amplificherebbe la difficoltà di accesso ai servizi sanitari facendo della "barriera economica" e dell'eventuale segnalazione (in netta contrapposizione al mandato costituzionale di "cure gratuite agli indigenti"), un possibile strumento di esclusione, certamente compromettendo la stessa erogazione delle prestazioni.

È comunque molto grave l'abrogazione del comma 5. Esso prevede infatti che "l'accesso alle strutture sanitarie (sia ospedaliere che territoriali) da parte dello straniero non in regola con le norme di soggiorno non può comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano".

Una sua eventuale abrogazione metterebbe in serio pericolo i diritti alle cure mediche degli immigrati irregolari, violando il principio universale del diritto alla salute, sancito dalla nostra Costituzione. L'art. 32

recita: "la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti", e vale la pena sottolineare come la Carta costituzionale non subordini al possesso di alcun requisito (si parla di 'individuo' e non di 'cittadino' o altro) il riconoscimento del diritto alla salute (e quindi all'assistenza).

L'attuazione di questa eventuale modifica normativa creerebbe inoltre una 'clandestinità sanitaria', pericolosa per l'individuo e per la collettività.

Ma soprattutto pretenderebbe di costringere il medico ad andare contro le norme morali che regolano la sua professione contenute nel codice deontologico.

La professione medica si ispira a principi di solidarietà e umanità (art.1) e al rispetto dei diritti fondamentali della persona (art. 20). Dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana, senza distinzioni di età, di sesso, di etnia, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia, in tempo di pace e in tempo di guerra, quali che siano le condizioni istituzionali e sociali nelle quali opera (art. 3). Il medico deve inoltre mantenere il segreto su tutto ciò che gli è confidato o di cui venga a conoscenza nell'e-

esercizio della professione (art. 10). La relazione tra medico e paziente è basata infatti su un rapporto profondamente fiduciario, incompatibile con l'obbligo di denuncia.

Il Presidente della FNOMCeO, Amedeo Bianco, ha scritto il 23 ottobre u.s. al Presidente della Commissione Giustizia del Senato, al Presidente della Commissione Affari Costituzionali del Senato e, per conoscenza, a tutti i Componenti delle due commissioni, evidenziando la conflittualità insostenibile tra il provvedimento proposto e le norme di deontologia medica.

L'appello lanciato dalla SIMM (Società Italiana di Medicina delle Migrazioni) il 20 ottobre u.s. per chiedere il ritiro di un precedente emendamento di analogo contenuto presentato in Commissione al Senato, ha ricevuto l'adesione, oltre che della FNOMCeO, di diversi Ordini dei Medici regionali e provinciali, e di numerose Associazioni non solo mediche.

A seguito di questa ampia mobili-

tazione, era stata data notizia del ritiro dell'emendamento in Commissione poi contraddetta dall'annuncio del Ministro Sacconi che ha annunciato alla stampa la decisione di procedere velocemente all'attuazione anche alla luce della reiterata proposta leghista nella discussione in Aula del Senato.

Sul sito della SIMM è presente ampia documentazione sulla normativa, sugli emendamenti e sulla vicenda occorsa:

<http://www.simmweb.it/>

Vi chiediamo pertanto di intervenire con forza e urgenza per chiedere il ritiro dei suddetti emendamenti.

Vi preghiamo inoltre di far presente che se dovessero passare i provvedimenti annunciati dal governo, i medici dovrebbero rifiutarsi di denunciare i pazienti immigrati irregolari, esercitando l'obiezione di coscienza per non venir meno ai principi etici della loro professione.

Confidando nella Vostra attenzione vista la gravità di quanto si prospetta, inviamo distinti saluti.

PER INFORMAZIONI E MODULISTICA

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

www.omceoss.org

ONAOSI: che cosa fare per le contribuzioni 2008

Si informa che è possibile aderire volontariamente alla Fondazione ONAOSI compilando l'apposito modulo di domanda di iscrizione volontaria (e l'eventuale dichiarazione sostitutiva di certificazione) e pagando contestualmente la quota contributiva tramite ccp. N. 10071066 intestato a "Fondazione ONAOSI gestione altre entrate - Servizio tesoreria".

Maggiori informazioni sul sito dell'ONAOSI: www.onaosi.it

Contribuzione obbligatoria ONAOSI

• Dal 1° Gennaio 2007

Per effetto della Legge Finanziaria 2007 (art. 1, comma 485 della Legge 269/2006 a modifica dell'art. 2, lettera e) della Legge 7 Luglio 1901): sono contribuenti obbligatori tutti i medici chirurghi e odontoiatri, i medici veterinari ed i farmacisti iscritti ai rispettivi Ordini professionali italiani che prestano servizio presso pubbliche amministrazioni.

I sanitari pubblici dipendenti assolvono tale obbligo mediante trattativa mensile sullo stipendio a cura dell'amministrazione presso la quale prestano servizio.

Per informazioni il servizio di contatto telefonico ONAOSI risponderà ai seguenti numeri

075 58.69.235 – 075 58.69.511

• dal lunedì al giovedì dalle ore 8,30

alle ore 13,30 e dalle ore 15,00 alle ore 17,30;

• il venerdì dalle ore 8,30 alle ore 13,30.

Sono inoltre utilizzabili per segnalazioni e comunicazioni:

• il fax 075 50.17.056 o l'indirizzo E-mail Anagrafe (per variazioni dati anagrafici)

• il Fax 075 50.58.404 o l'indirizzo E-mail Contributi (per quesiti sulla contribuzione)

• Dal 1° Agosto 2003 al 31 Dicembre 2006

Per effetto della Legge Finanziaria 2003 (art. 52, comma 23 della Legge 289/2002):

Erano contribuenti obbligatori tutti i medici chirurghi e odontoiatri, i medici veterinari ed i farmacisti iscritti ai rispettivi Ordini professionali italiani.

I sanitari pubblici dipendenti assolvevano tale obbligo mediante trattativa mensile sullo stipendio a cura dell'amministrazione presso la quale prestavano servizio.

Ai sanitari non pubblici dipendenti veniva inviata apposita richiesta di pagamento da parte della Fondazione ONAOSI.

• Fino al 31 Luglio 2003

Ai sensi della Legge 7 luglio 1901, n. 306:

Erano contribuenti obbligatori tutti i medici chirurghi e odontoiatri, i medici veterinari ed i farmacisti

*Le istruzioni
per i versamenti
volontari
e obbligatori
e i criteri
per gli esoneri*

iscritti ai rispettivi Ordini professionali italiani che prestavano servizio presso pubbliche amministrazioni..

Conseguenze del mancato versamento

Il mancato o irregolare versamento dei contributi comporta l'automatica decadenza da qualsiasi diritto alle prestazioni e/o ai servizi erogati dalla Fondazione, fermi restando gli obblighi di legge in capo al contribuente.

L'eventuale regolarizzazione dei pagamenti, nelle forme stabilite dal consiglio di amministrazione con proprie delibere, non conferisce in ogni caso diritti per il periodo del mancato o irregolare versamento.

Esonero per contribuenti trentennali

Il consiglio di amministrazione della Fondazione approvata dalle autorità di vigilanza in data 30.5.2005 e dalla medesima resa esecutiva, ha esteso l'esonero dalla contribuzione ai Sanitari con trenta anni di contribuzione ONAOSI e 67 anni di età anagrafica.

Esonero per contribuenti invalidi

Il consiglio di amministrazione della Fondazione approvata dalle autorità di vigilanza in data 9.2.2006 e dalla medesima resa esecutiva, ha esteso l'esonero dalla contribuzione ai sanitari in stato di inabilità permanente totale o di invalidità civile al 100%, comprovato da certificazione medica rilasciata da enti e amministrazioni che ne hanno titolo a norma di legge.

L'esonero ha decorrenza dal

1.8.2003 e a tal fine i sanitari che non lo abbiano già fatto sono invitati a presentare apposita domanda in carta libera alla Fondazione, sospendendo contestualmente il pagamento, fino a formale comunicazione dell'esito della richiesta.

Intervenuta l'approvazione del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, la Giunta Esecutiva della Fondazione ha fornito il 31.5.2006 i seguenti indirizzi per lo sgravio/rimborso d'ufficio:

A) Decorrenza dell'esonero

L'esonero decorre dall'anno successivo a quello in cui l'invalidità è stata riconosciuta. I soggetti riconosciuti invalidi da data anteriore al 31.7.2003 sono invece esonerati dal 1/8/2003.

B) Soggetti con rivedibilità a "X"anni

L'ONAOSI si riserva di richiedere la documentazione comprovante la permanenza dello stato di invalidità.

C) Soggetti che hanno prodotto il solo verbale di revisione/aggravamento

L'esonero farà riferimento alla data riportata sulla documentazione prodotta, salva la possibilità per l'interessato di integrarla.

D) Rimborso delle quote versate

I contribuenti che hanno versato quote risultate non dovute dopo l'approvazione dell'esonero saranno rimborsati su specifica richiesta corredata dei dati bancari per il riaccredito.

Si invitano gli interessati a richiedere il rimborso delle quote versate utilizzando il fax simile di domanda scaricabile dal sito ONAOSI

Con una lettera ai genitori

Papilloma virus: parte la campagna di vaccinazione

E' partito a Sassari a ottobre il programma di vaccinazione anti Hpv, il vaccino contro l'infezione da *Human papilloma virus*. La campagna si inserisce all'interno del Piano sanitario nazionale che si pone tra gli obiettivi la lotta alle grandi patologie, tra cui i tumori, e il controllo delle malattie diffuse, incluse le malattie infettive sessualmente trasmesse.

La Regione con la delibera del 4 giugno di quest'anno, ha deciso di avviare un programma di vaccinazione contro il virus Hpv al fine di prevenire le lesioni precancerose e cancerose del collo dell'utero. L'offerta della vaccinazione si affianca al programma di screening per la diagnosi precoce dei tumori della cervice uterina che la Regione sta portando avanti.

Il Servizio di Igiene pubblica del Dipartimento di prevenzione dell'Asl sassarese in questi giorni, in collaborazione con le scuole medie del territorio, ha inviato una lettera ai genitori delle ragazze "target" della campagna vaccinale. Si tratta delle nate nel 1997 e che nell'arco del 2008 compiranno, o hanno già compiuto, gli 11 anni: per queste l'offerta del vaccino, così come previsto dalla delibera regionale, sarà gratuita.

«L'infezione da Papilloma virus umano – riferiscono dal Servizio di Igiene pubblica – è molto comune e può dare origine ad alterazioni delle vie genitali che, se non trattate, possono degenerare in cancro del collo dell'utero, malattia che ancora oggi in Italia colpisce ogni anno migliaia di donne».

La prevenzione è già possibile mediante l'effettuazione periodica del PAP test nelle donne adulte, che permette di individuare le lesioni precancerose e trat-

tarle prima che degenerino in tumore.

Oggi si ha a disposizione anche uno specifico vaccino sicuro ed efficace, in grado di agire contro i tipi di Hpv 16 e 18, responsabili del 70 per cento dei casi di questo tumore.

«Il vaccino – riprendono dal Servizio di Igiene – non protegge da tutti i tipi di Papilloma virus e pertanto è necessario affiancare al vaccino la periodica effettuazione del PAP test, gratuito a partire dai 25 anni. Il vaccino non contiene virus vivo ed è generalmente ben tollerato si somministra in 3 dosi per iniezione intramuscolare nel braccio».

Si tratta quindi di una importante opportunità per prevenire il tumore del collo dell'utero.

A Sassari per la somministrazione del vaccino le ragazze, munite di libretto delle vaccinazioni e accompagnate da un genitore, possono presentarsi negli ambulatori del Servizio di Igiene Pubblica di via Amendola numero 55 (solo per appuntamento, telefonare al numero 0792062874), di via Crovetti a Li Punti (solo per appuntamento il martedì, chiamare il numero 079395698), di via Cecchi numero 2 (solo per appuntamento chiamare il numero 079242447) e di piazza Logulentu (dal lunedì al sabato dalle ore 8.30 alle ore 11.30, telefono 079246531).

Ad Alghero in via Tarragona 3 (tel. 079 9731022). Ad Ozieri presso l'ufficio sanitario dell'ospedale civile "Antonio Segni" (079779319).

Negli altri comuni l'utenza potrà rivolgersi agli ambulatori di Igiene Pubblica dove la vaccinazione verrà eseguita nei giorni e negli orari che saranno affissi presso ciascuna sede.

*Interesserà
le ragazze
nate nel 1997.
Vaccino
disponibile
presso i servizi
di Igiene Pubblica*

Alcune informazioni sul Papilloma virus

Cos'è il Papillomavirus?

Si tratta di un gruppo di virus molto diffusi, di cui si conoscono oltre 100 tipi. Essi infettano la cute e le mucose genitali, maschili e femminili. Fortunatamente, malgrado l'infezione sia frequente, nella maggior parte dei casi il Papillomavirus viene eliminato spontaneamente, ma nel 10 per cento dei casi l'infezione diviene persistente.

Cosa può provocare il Papillomavirus?

Alcuni tipi di Papillomavirus, chiamati "a basso rischio", tra cui i tipi 6 e 11, sono responsabili di patologie benigne come i condilomi genitali.

Altri tipi, chiamati "ad alto rischio", come il 16 e il 18, possono causare alterazioni cellulari delle mucose del collo dell'utero che, se non curate tempestivamente, possono evolvere fino al tumore.

Il collo dell'utero (o cervice uterina), è la parte che collega il corpo dell'utero alla vagina. Ogni anno vengono diagnosticati in Italia 3500 nuovi casi e 1000 donne muoiono ogni anno per questo tipo di tumore.

Come si trasmette il Papillomavirus?

L'infezione può avvenire anche per semplice contatto con l'area genitale e non richiede rapporti sessuali completi. Questa infezione è la più frequente tra le malattie sessualmente trasmesse, soprattutto nelle donne giovani. L'uso del preservativo protegge, ma non completamente, da questo virus, sebbene costituisca la barriera più efficace per le altre infezioni sessualmente trasmesse, compreso l'AIDS.

Come si cura l'infezione da Papillomavirus?

Per l'infezione non esiste una terapia specifica.

E' fondamentale l'effettuazione periodica del PAP test, raccomandata a partire dai 25 anni, che consente di svelare precocemente le lesioni precancerose e di trattarle prima che evolvano in tumore.

La vaccinazione

Oggi si ha a disposizione anche il vaccino. Esso protegge dall'infezione causata dai tipi 16 e 18 di papillomavirus che sono responsabili del 70 per cento dei casi di questo tumore. Comunque, poiché il restante 30 per cento dei tumori del collo dell'utero non è provocato dai tipi 16 e 18, è importante eseguire regolarmente il PAP test anche se si è vaccinate.

Per chi è raccomandata la vaccinazione?

La vaccinazione ha la sua massima efficacia nelle preadolescenti, prima dell'inizio dell'attività sessuale e quindi della possibilità di contrarre l'infezione.

Inoltre, in questa fascia d'età la risposta immunitaria al vaccino è la migliore.

Il vaccino può comunque essere utilizzato fino all'età di 25-26 anni. Allo stato attuale la vaccinazione non è consigliata ai maschi.

A chi è rivolta la vaccinazione gratuita?

La Regione Sardegna, seguendo le indicazioni del Ministero della Salute, ha disposto l'offerta attiva e gratuita del vaccino HPV per tutte le preadolescenti dal compimento degli undici anni fino al compimento dei dodici anni.

Nel corso del 2008, tutte le ragazze nate nel 1997 e residenti nella Regione, verranno invitate ad effettuare gratuitamente la vaccinazione presso i Servizi vaccinali della Asl di residenza.

La vaccinazione è costituita da 3 dosi che si somministrano mediante iniezione intramuscolare nel deltoide (parte alta del braccio).

Il vaccino è costituito da particelle sintetiche simili all'involucro esterno del virus e quindi non contiene virus vivi, ed è ben tollerato; può causare reazioni transitorie e di lieve entità, come dolore e tumefazione al sito di iniezione, cefalea e febbre e ha poche vere controindicazioni.

La protezione data dal vaccino è assicurata per almeno 5 anni. Gli studi in corso forniranno indicazioni sulla necessità o meno di una dose di richiamo.

Ricette non ripetibili (RNR):

modalità prescrittive

Giungono numerose segnalazioni di colleghi che, a seguito dei controlli effettuati dagli Organi di controllo competenti, (Carabinieri NAS e Guardia di Finanza) in primo luogo nei confronti delle farmacie e successivamente nei confronti dei prescrittori, sono stati oggetto di applicazione di sanzione amministrativa per errata o non completa compilazione della ricetta non ripetibile. Giova pertanto ricordare le modalità prescrittive dei farmaci per i quali è necessaria la ricetta medica da rinnovare volta per volta, precisando inoltre che tali disposizioni sono riportate nell'art. 80 del DLgs 219/2006 e successive modifiche.

È utile precisare che i medicinali che sono sottoposti a tale limitazione sono quelli che possono determinare, con l'uso continuato, stati tossici e che possono comportare rischi particolarmente elevati per la salute.

Le ricette mediche relative a tali medicinali hanno validità limitata a trenta giorni e devono essere ritirate dal farmacista, che è tenuto a conservarle per sei mesi.

Nei casi in cui disposizioni di carattere speciale esigono la riservatezza dei trattamenti, si applicano le relative procedure.

Tuttavia, al momento, gli unici pazienti che hanno diritto all'anonimato sono gli STP, per i quali occorre utilizzare questo codice.

Le ricette non ripetibili devono sempre e necessariamente riportare i

seguenti dati cognome e nome o il codice fiscale del paziente; indicazione chiara, stampata o apposta con timbro del medico prescrivente e della struttura dalla quale lo stesso dipende; la data del rilascio.

La ricetta non ha validità se priva della data, della firma del medico e dei dati relativi al paziente.

Inoltre per i sanitari che utilizzano il timbro di una struttura, non è più sufficiente firmare con firma leggibile ma per l'identificazione del prescrittore è necessario apporre anche il timbro personale dello stesso.

Inoltre, l'inottemperanza delle disposizioni legislative prevede sanzioni di tipo amministrativo, regolate dall'articolo 148 del D.Lgs. 219/2006 cosiddetto Codice Comunitario dei farmaci, sia per i medici che per i farmacisti.

In particolare, salvo che il fatto costituisca reato, il medico che prescrive un medicinale sottoposto alle disposizioni legislative suindicate, senza attenersi alle modalità indicate è soggetto all'applicazione della sanzione amministrativa da trecento euro a milleottocento euro (solitamente 1/3 del massimo o il doppio del minimo: 600 euro)

Pertanto, al fine di evitare l'applicazione delle sanzioni amministrative previste dal D.Lgs. 219/2006 sia ai medici che ai farmacisti invitiamo tutti i sanitari iscritti - medici e odontoiatri - ad usare una particolare attenzione nella stesura di tali ricette.

*Controlli
dei NAS
per errata
o non completa
compilazione
della ricetta
non ripetibile*