

Anno XXVI - Marzo 2017 - n. 1

SASSARI MEDICIA





Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari

Via Cavour n° 71/b - 07100 Sassari

Telefono 079 234430 - Fax 079 232228

Sito Internet: <http://www.omceoss.org>

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

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

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

Orari di apertura al pubblico

Lunedì: 11.00 – 13.00

Martedì: 11.00 – 13.00 e 15.00 – 17.00

Mercoledì: 11.00 – 13.00

Giovedì: 11.00 – 15.30

Venerdì: 11.00 – 13.00

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

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

TASSA ANNUALE DI ISCRIZIONE ALL'ORDINE ANNO 2017

Riscossione mediante Bollettino M.Av.

Anche per l'anno 2017 il pagamento della tassa annuale di iscrizione all'Ordine dovrà essere effettuato, in unica soluzione, a mezzo di M. Av. emesso dall'Istituto di Credito BANCA POPOLARE DI SONDRIO.

Gli importi della tassa annuale sono invariati rispetto a quelli dello scorso anno e sono parati:

euro 145,00 per gli iscritti ad un solo Albo

euro 267,00 per gli iscritti ad entrambi gli Albi - Albo Medici Chirurghi e Albo Odontoiatri

Il contributo potrà essere pagato utilizzando una delle seguenti modalità:

1. presso qualsiasi sportello bancario italiano utilizzando il bollettino precompilato, senza commissioni;
2. presso gli uffici postali utilizzando il bollettino precompilato, con le commissioni previste dal servizio postale;
3. tramite Home banking utilizzando la funzione MAV;
4. presso gli sportelli Bancomat evoluti ed abilitati;
5. presso le tabaccherie convenzionate;
6. con carta di credito collegandosi al sito internet www.scrignopagofacile.it

Si informa che, a ciascun iscritto, è stata inviata la comunicazione relativa al versamento della quota, con allegato il MAV, al proprio domicilio.

La scadenza del pagamento della quota era il giorno 28 febbraio 2017.

Coloro che entro tale data non avessero ricevuto il bollettino possono stamparlo dall'area riservata del sito o possono contattare l'Ordine al numero telefonico 079 234430 (interno 4)



La foto di copertina è dell'associazione "Acquamarina" di Alghero

Direttore Responsabile Francesco Pio Scanu

Direttore Editoriale Francesco Pio Scanu

Redattori Consiglio Direttivo dell'Ordine, Commissione Albo Odontoiatri, Collegio dei Revisori dei Conti, Francesco Bustio Dettori (componente esterno), Maria Antonietta Izza (addetto stampa)

Esecuzione Redazionale Maria Antonietta Izza

Addetto stampa Maria Antonietta Izza

Hanno collaborato a questo numero

Alfonso Bolognini, Francesco Bustio Dettori, Maria Grazia Clemente, Maria Antonietta Izza, Giovanni Manca, Pierangelo Pintore

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

Registrazione n° 236 del 15-12-1989 tribunale di Sassari.
 Poste italiane s.p.a spedizione in abbonamento postale D.L. 353/2003 (conv.inl. 27/02/2004 n° 45) art. 1 comma 2 DCB Sassari

Proprietà Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari.

Realizzazione editoriale Tipografia TAS
 Zona Industriale Predda Niedda sud strada n° 10
 07100 Sassari - Telefono 079.262221 - tipografiatas@gmail.com

Tiratura: 4.337 copie
 Bollettino ufficiale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari

La pubblicazione è inviata gratuitamente a medici e odontoiatri delle province di Sassari e Dibia-Tempio iscritti all'Albo, a tutti gli Ordini dei Medici d'Italia e alle principali istituzioni sanitarie regionali e nazionali.

Consiglio Direttivo 2015-2017

Presidente Francesco Pio Scanu

Vicepresidente Alessandro Arru

Segretario Giovanni Biddau

Tesoriere Nicola Addis

Consiglieri Carlo Azzena (odontoiatra), Piero Luigi Bellu, Ferruccio Bilotta, Paolo Giuseppino Castiglia, Maria Grazia Cherchi, Antonio Demartis (odontoiatra), Monica Derosas, Carla Fundoni, Antonella Giordo, Rossella Pilo, Agostino Sussarellu, Patrizia Anna Virgona

Commissione Iscritti all'Albo Odontoiatri 2015-2017

Presidente Carlo Azzena

Componenti Nicolas Arnould, Antonio Demartis, Roberto Pinna

Collegio Revisori dei Conti 2015-2017

Presidente Giancarlo Bazzoni

Revisori Natalia Marta C. Grondona, Assunta Zodda

Revisore supplente Federico Giorico

Sommario

Editoriali dei Presidenti

Finalmente la legge sulla responsabilità medica	2
Responsabilità professionale in odontoiatria	4

Speciale/La legge sulla responsabilità medica

Cosa cambia	5
Il testo della legge	11

Vita dell'Ordine

Il Consiglio direttivo ha incontrato il manager ATS	19
Intervista a Fulvio Moirano	21
Convocazione dell'assemblea	23
Avviso per iscrizioni online corsi Ecm residenziali	25

Nostra Salus

L'Unità Operativa Oculistica di Alghero	29
---	----

Approfondimenti

La gestione del bambino con osteatosi epatica non alcolica	31
--	----

Fnomceo e Cao

Bovenga nuovo segretario, nuovi criteri per assegnazione crediti Ecm e altre informazioni	34
Notizie Enpam	36

News

Morbillo: allarme del Ministero e Report terapia del dolore	38
Anmeffi: aumento delle certificazioni di malattia	40

Taccuino

Concorso dell'Ammi per la ricerca; Fondazione Onaosi	
Campionato italiano tennis medici	41

Libri

Premio nazionale Musa: medaglia a Giovanni Manca	42
--	----

Storia della medicina

La scoperta della tuba uditiva	45
--------------------------------	----

Musica

La favola a occhia aperti di Edoardo Bennato	46
--	----

Tutela dei cittadini e dignità della professione sanitaria

Finalmente la legge sulla responsabilità medica

Affrontiamo un argomento di notevole attualità e interesse: il disegno di legge Gelli, relativo alla “*Responsabilità professionale e la sicurezza delle cure*” che, dopo il benestare del Senato dell’11 gennaio scorso, martedì 28 febbraio è stato approvato dalla Camera con 255 voti a favore, 113 contrari e 22 astenuti, ed è diventato legge dello Stato.

Senza dubbio una data che resterà nella storia della sanità italiana e, vista l’importanza, ne troverete il testo integrale nelle pagine successive.

Si tratta di una tematica “caldissima”, attesa da anni, che dovrebbe, non solo aumentare la tutela dei professionisti della sanità e prevedere, nel contempo, nuovi meccanismi a garanzia del diritto al risarcimento ma anche, e me lo auguro vivamente, riequilibrare il rapporto medico-paziente, oggi purtroppo “precipitato” ai minimi storici.

Non possiamo tacere che questo sia un provvedimento che risponde alle sacrosante esigenze di tutela e sicurezza dei cittadini assicurando tranquillità e dignità all’intero mondo delle professioni sanitarie.

Personalmente ritengo che questa legge potrà finalmente permettere a noi sanitari di poter svolgere il nostro operato con una maggior distensione e serenità, così da poter dare una risposta alla deriva della medicina difensiva ed ai suoi elevatissimi costi e, allo stesso tempo, assicurare una sempre migliore assistenza e tutela ai pazienti, consentendo loro di essere risarciti in tempi certi per gli eventuali danni subiti.

Questa legge, infatti, regolamentando l’attività di gestione del rischio sanitario, affronta e disciplina i temi della sicurezza delle cure e della trasparenza dei dati nonché della responsabilità penale (art. 6) e civile (art. 7) dell’esercente la professione sanitaria o socio sanitaria, operante sia nella struttura pubblica sia in quella privata convenzionata ed anche nella libera professione, oltretutto la responsabilità civile della struttura stessa.

Per ciò che concerne l’onere della prova, apprendiamo con soddisfazione come la nuova legge preveda un “rovesciamento delle parti”: sarà infatti il cittadino, da

di Francesco Pio Scanu



ora in avanti a dover dimostrare le eventuali negligenze e gli asseriti errori commessi dai sanitari e non più questi ultimi tenuti a dover provare la qualità del proprio operato che ovviamente non sarà più punibile se sarà riconosciuta esser in linea con le buone pratiche cliniche assistenziali che saranno indicate dalle società scientifiche e dagli istituti di ricerca e pubblicate dall’Istituto Superiore della Sanità.

Si avrà finalmente un freno agli innumerevoli ed incontrollati procedimenti giudiziari aventi ad oggetto la “*responsabilità professionale*”.

Altra interessante novità della nuova legge riguarda l’azione di rivalsa nei confronti dell’esercente la professione sanitaria, che potrà avvenire solo per dolo o colpa grave (art. 9). La responsabilità contrattuale sarà anche prevista per i medici di famiglia e viene escluso l’intervento della Corte di Conti “nell’azione di rivalsa”.

Introducendo l’obbligo per tutte le strutture sanitarie (pubbliche e private) di esser provviste di una copertura assicurativa (e ribadendo l’obbligatorietà di assicurazione per tutti i liberi professionisti), (art. 10), altra rivoluzione della nuova legge riguarda poi il risarcimento: le compagnie di assicurazione che, a causa del numero esorbitante di contenziosi, mandano spesso deserte le gare di appalto, saranno ora obbligate a fornire le coperture economiche alle strutture sanitarie ed il cittadino (rilevantissima novità!) potrà quindi rivalersi direttamente su queste ultime (art. 12), avendo un’azione diretta nei limiti delle somme per le quali è stato stipulato il contratto di assicurazione (con ciò producendo anche una normalizzazione dei premi assicurativi pagati anche dai medici).

Chirurghi, ginecologi e cardiocirurghi sono oggi la categoria con il più alto tasso di denunce penali e, conseguentemente, di richieste di risarcimento ed oggi giorno, per il giovane neocollega che si appresta alle prime esperienze lavorative, è diventato proibitivo stipulare una polizza rischi a causa dell’alto costo del premio annuo e questo pone anche dei seri problemi di sicurezza e tranquillità nell’accettare incarichi il più delle volte sottopagati e mal retribuiti.

Rilevante novità è l'introduzione del tentativo obbligatorio di conciliazione (con consulenza tecnica preventiva) o in alternativa, il procedimento di mediazione (art. 8) ed è incentivata, dunque, anche la conciliazione extragiudiziale per evitare la estenuante attesa ultra decennale di definizione delle cause.

Secondo i dati ISTAT ogni anno le cause sanitarie proposte nei nostri tribunali sono almeno 40.000 e questo comporta, necessariamente, per contro, un'ingentissima spesa sanitaria per la medicina difensiva; son davvero troppe le prescrizioni non necessarie effettuate per evitare denunce e si ha, dunque, un uso inappropriato delle risorse destinate alla sanità, così ledendo il diritto alla salute dei cittadini.

Segnalo comunque, con una certa soddisfazione, che il 95% dei procedimenti penali si concludono con un non nulla di fatto e quindi, fortunatamente, con un'assoluzione del sanitario; in sede civile un terzo dei procedimenti terminano con l'accoglimento della domanda e, dunque, con la concessione del risarcimento.

Oggi l'inversione della prova a carico del cittadino vuol dire soltanto garantire prima, verificare prima se ci sono i presupposti per evitare di entrare nelle aule di tribunale per anni e anni, con un notevole esborso di danaro per le spese legali, pesi morali che non riusciamo più a sopportare né noi né le nostre famiglie.

Mi riferisco, specificatamente, alla "colpevolizzazione mediatica senza alcun diritto di replica".

Non è certamente più tollerabile che la dignità della categoria medica possa essere sistematicamente messa in discussione da sterili denunce e da avvisi giudiziari di garanzia, per i quali sarà poi incontrovertibilmente dimostrata l'assoluta innocenza.

È oramai tempo che si assuma – e si manifesti nei confronti del medico inquisito – un atteggiamento di doverosa cautela, necessaria in ogni caso, ma specificamente richiesta per chi esercita un ruolo così delicato ed importante nel contesto sociale.

Non possiamo infatti consentire che la categoria medica possa essere sistematicamente messa in discussione da querele e susseguenti articoli di stampa caratterizzati da un'impronta di tipo "scandalistico", ove spesso si anticipano conclusioni fuorvianti e comunque fuori dal processo e senza la benché minima prova di colpevolezza del sanitario. Non tollerabili sono le ripercussioni psicofisiche del linciaggio mediatico che finisce per "demolire" il medico, privandolo delle certezze e delle sue speranze ancor prima che intervenga un giudicato penale.

Personalmente trovo che l'ingenerarsi di un clima di continua colpevolizzazione della classe medica e di continua evocazione di ipotetici episodi di mal pratica sia di una gravità senza uguali.

La responsabilità della nostra istituzione ordinistica si misura anche nella capacità di saper tutelare la dignità dei nostri colleghi ai quali l'articolo 27 della Costituzione riserva (come a tutti i cittadini), il principio della presunzione di innocenza fino a quando non intervenga una sentenza di condanna definitiva.

In un concetto più ampio lo Stato non può essere fuorviato con denunce o calunnie o atti tendenti ad indirizzarlo su una falsa strada, così come un soggetto innocente non deve essere sottoposto senza prove certe a procedimenti penali o civili o peggio a quella *gogna mediatica* (nel significato più spregevole dell'esposizione al pubblico disprezzo) che colpisce personaggi messi al centro dell'attenzione dai mezzi di informazione, per via di reati soltanto ipotizzati e non sanzionati da una sentenza di tribunale.

Mi preme comunque precisare, in chiusura, che questo editoriale non vuole esser una difesa ad oltranza della categoria, né tantomeno un' "esigenza di casta", ma una chiara presa di posizione contro soprusi e false indicazioni di colpevolezza, fermo restando che coloro che si sono macchiati di dolo o colpa grave nell'esercizio della professione devono necessariamente essere giudicati e condannati e risarciscano il danneggiato.

Credo che con questa nuova legge sulla "responsabilità medica" la nostra delicata professione possa essere esercitata con una maggiore serenità in modo che l'arte medica possa tornare ad essere, prima ancora che un servizio, una professione da esercitare con passione, con la massima tranquillità e nell'assoluto rispetto della vita umana, perché da parte di noi medici vi è il bisogno profondo di recuperare il rapporto di fiducia fra medico e paziente, il desiderio di riprendere quella dignità professionale per troppo tempo sottrattaci, la voglia di vedere i nostri giovani affrontare in maniera più lusinghiera la professione.

Gentili colleghe, cari colleghi, da questo numero Sassari Medica ha un nuovo formato e una nuova grafica.

Insieme al Consiglio direttivo abbiamo pensato di rinnovarci per rendere più facile la consultazione e offrire un formato che permettesse un utilizzo più ampio degli spazi.

A tutti voi buona lettura.

Considerazioni sulle nuove normative

Responsabilità professionale in odontoiatria

In questi ultimi anni, il delicato rapporto tra attività medico-assistenziale e successo-insuccesso delle cure ha sicuramente deviato dai semplici parametri di responsabilità o colpa, per essere sempre più condizionato da mere valutazioni economiche di profitto.

Questo ha fatto crescere a dismisura i contenziosi in ambito sanitario. A oggi, infatti, si valutano più di 40.000 cause all'anno in ambito sia pubblico che privato, con una singolare distribuzione geografica: il 44% al sud e nelle isole, il 33% al nord e il 27% al centro. A dimostrazione che un numero così elevato di denunce non ha un riscontro diretto con chiari casi di errori terapeutici, si deve considerare che ben il 95% dei procedimenti penali per lesioni personali colpose a carico di sanitari si conclude con un proscioglimento, mentre in sede civile le richieste di risarcimento vengono accolte solo nel 34% dei casi. Nonostante questo, gli esercenti di tutte le professioni sanitarie sono preoccupati sempre di più dalle possibili conseguenze del proprio operato in termini medico legali, tanto che:

- il 78,2% dei medici ritiene di correre un maggiore rischio di procedimenti giudiziari rispetto al passato;
- il 68,9% pensa di avere tre probabilità su dieci di subirne;
- il 65,4% ritiene di subire una pressione indebita nella pratica quotidiana, a causa della possibilità di subire un processo. Gran parte dei medici ricorre, dunque, sempre più spesso alla medicina difensiva.

In questo clima si è ritenuto doveroso da parte del Governo di apportare correzioni legislative in tema di responsabilità medica.

Finalmente, dopo una discussione durata più di due anni, il Disegno di Legge Gelli è stato definitivamente approvato dalla Camera dei Deputati. Il documento comporta due modifiche importanti ai codici sostanziali in materia di responsabilità sanitaria:

1. modifica il codice penale con l'introduzione dell'art.

di Carlo Azzena



590 sexies. "Se i fatti di cui agli articoli 589 e 590 sono commessi nell'esercizio della professione sanitaria, si applicano le pene ivi previste salvo quanto disposto dal secondo comma. Qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone

pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto" abrogando definitivamente l'art. 3 della Legge Balduzzi;

2. interviene, una volta per tutte, sulla qualifica della responsabilità del medico e della struttura sanitaria, sancendo la responsabilità extra contrattuale per il medico, ai sensi dell'art. 2043 c.c., nonché la responsabilità contrattuale per la struttura sanitaria, ai sensi degli articoli 1218 e 1228.

Tra le molte novità in tema di azione giudiziaria per la colpa sanitaria, l'articolo 8 del ddl 2224 introduce l'obbligo del tentativo di conciliazione basato sullo strumento dell'accertamento tecnico preventivo (previsto dall'articolo 696 bis del Codice di procedura civile). Con l'obiettivo di ridurre il volume e la durata dei contenziosi, la norma propone che le parti e i relativi assicuratori partecipino necessariamente alla consulenza tecnica, a pena di sanzioni. Nel caso la conciliazione non giunga a buon fine, il procedimento viene avviato sulla base di quanto previsto per il rito abbreviato (ex articolo 702 bis C.p.c.).

In conclusione, le modifiche apportate mirano sicuramente alla riduzione dei contenziosi ed ad un miglioramento del rapporto medico-paziente, ma come in tutte le cose non bastano leggi e regolamenti per risolvere una situazione che dovrebbe avere come guida principalmente il comportamento etico dei sanitari e morale e "disinteressato" dei pazienti.

Che cosa cambia

Le nuove norme introdotte dalla Legge del 28 febbraio 2017

La riforma affronta e disciplina i temi della sicurezza delle cure e del rischio sanitario, della responsabilità dell'esercente la professione sanitaria e della struttura sanitaria pubblica o privata, delle modalità e caratteristiche dei procedimenti giudiziari aventi ad oggetto la responsabilità sanitaria, nonché degli obblighi di assicurazione e dell'istituzione del Fondo di garanzia per i soggetti danneggiati da responsabilità sanitaria. Fra gli obiettivi ridurre il contenzioso, civile e penale, avente ad oggetto la responsabilità medica, garantendo al tempo stesso un più efficace sistema risarcitorio nei confronti del paziente.

La nuova legge agisce su tre fronti: amministrativo, penale e civile.

Chiarisce all'articolo 1 che la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute, che assume così un vero e proprio valore costituzionale alla luce dell'art. 32 Costituzione. **L'articolo 1** precisa che la sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e gestione del rischio, connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche ed organizzative.

L'articolo 2 prevede che le Regioni e le province autonome possono affidare all'Ufficio del difensore civico la funzione di Garante del diritto alla salute, disciplinandone la struttura organizzativa e il supporto tecnico. Nella sua funzione il Difensore civico può essere adito gratuitamente dai destinatari di prestazioni sanitarie per la segnalazione, anche anonima, di disfunzioni nel sistema dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria. Il difensore acquisisce gli atti e nel caso di fondatezza della segnalazione agisce a tutela del diritto lesso. Viene istituito in ogni Regione, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, il Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, che raccoglie i dati regionali sui rischi ed eventi avversi e sul contenzioso, e li trasmette annualmente, con procedura telematica unificata a livello nazionale, all'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità, disciplinato dall'**articolo 3**. L'Osservatorio, ricevuti i dati, individua misure idonee per la prevenzione e gestione del rischio sanitario e il monitoraggio delle buone pratiche per la sicurezza delle

cure, nonché per la formazione e aggiornamento del personale esercente le professioni sanitarie.

L'articolo 4 sottopone all'obbligo di trasparenza le prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali (d. lgs. n. 196/2003), obbligando la direzione sanitaria a fornire in tempi rapidi la documentazione sanitaria relativa al paziente. Viene infine previsto che le medesime strutture sanitarie pubbliche e private debbano pubblicare sul proprio sito Internet i dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio.

Invece, **l'articolo 5** regola un aspetto di importanza fondamentale, per ciò che specialmente riguarda la re-



sponsabilità penale degli esercenti la professione sanitaria. Da un lato stabilisce che debbano attenersi alle buone pratiche clinico-assistenziali e le raccomandazioni previste dalle linee guida, e dall'altro impone che un elenco completo ed esaustivo delle stesse buone pratiche e linee guida sia istituito e regolato con Decreto ministeriale e inserito nel Sistema nazionale per le linee guida (SNLG). Si tratta di una novità degna di nota, perchè rende accessibili, e conoscibili con precisione, le indicazioni mediche fornite dalla comunità scientifica. Forse la novità più rilevante è contenuta nell'**articolo 6**: responsabilità penale del medico. Nel corso degli ultimi decenni la natura penale della responsabilità del medico ha visto tre distinte stagioni.

La prima, sino agli anni Ottanta, registrava un orientamento benevolo nei confronti dei sanitari che cagiona-



vano danni per colpa. Si sosteneva infatti, in ragione della complessità del mestiere, che per ascrivere a tali soggetti una responsabilità penale, si dovesse rilevare soltanto l'errore grossolano e macroscopico, l'errore inescusabile. Questo ragionamento poggiava sull'applicazione dell'art. 2236 del Codice civile che stabilisce la responsabilità civile del prestatore d'opera solo per dolo o colpa grave, qualora la prestazione implichi la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà.

Nei successivi decenni, il predetto orientamento cedette il passo ad una seconda e opposta visione, che negò l'applicabilità della citata norma civile, se non nei casi di oggettiva speciale difficoltà, parametro da accertare in concreto caso per caso. Per il resto, ciò che si considerava rilevante per la determinazione della colpa penale era il solo articolo 43 codice penale, con la conseguenza che anche la colpa lieve poteva senz'altro assumere rilevanza criminale. Questa tendenza ebbe ben presto l'effetto di aumentare il contenzioso passivo nei confronti dei medici con un conseguente e sensibile accrescimento delle condanne penali. Si rese pertanto necessario l'intervento del legislatore che arrivò solo nel 2012, con la legge Balduzzi che segnò la terza stagione della responsabilità professionale dei sanitari. L'atto normativo prevedeva due requisiti per l'irrelevanza penale del fatto illecito colposo commesso dal medico. Da un lato, vi era il rispetto delle linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica, dall'altro lato l'assenza di colpa grave. Ma le linee guida e le buone pratiche non hanno natura di norme cautelari, perché si tratta di direttive generali, istruzioni di massima, che vanno necessariamente applicate e modellate al caso concreto. Per conseguenza, il comportamento del medico può essere colposo anche ove perfettamente rispettoso

delle suddette indicazioni scientifiche.

La nuova riforma, con l'articolo 6, introduce nel codice penale il nuovo articolo 590-sexies, che disciplina la responsabilità colposa per morte o per lesioni personali in ambito sanitario. Viene previsto che, se i fatti di cui agli art. 589 c.p. (omicidio colposo) e art. 590 c.p. (lesioni personali colpose) sono commessi nell'esercizio della professione sanitaria, si applicano le pene previste in caso di condotta negligente o imprudente del medico. Solo se l'evento si verifica a causa di imperizia la punibilità è esclusa, purché risultino rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida o, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto.

“Cambia la responsabilità penale per i medici”

Le novità per la responsabilità penale del medico riguardano, in particolare la mancata distinzione tra gradi della colpa, con la soppressione del riferimento alla colpa lieve; la punibilità dell'omicidio colposo e delle lesioni colpose causate dal sanitario per negligenza o imprudenza, indipendentemente dalla gravità della condotta, quindi anche per negligenza o imprudenza lieve. È scomparso ogni riferimento al concetto di colpa grave, resta fermo il rispetto delle linee guida e buone pratiche, di cui va fatto un uso confacente al caso concreto: ove occorrono debbono essere applicate, diversamente corre l'obbligo di disapplicarle.

Ma vi è di più; da un lato infatti si precisa che la speciale

irrelevanza penale opera solo con riferimento ai reati di omicidio colposo e lesioni colpose, mentre la legge Balduzzi sul punto non dava disposizioni, lasciando intendere che tutti i reati propri della professione medica fossero scriminati.

Le linee guida e buone pratiche sono finalmente *definite e pubblicate ai sensi di legge*, in particolare ai sensi dell'articolo 5 della legge. Così la norma penale ne guadagna senz'altro in termini di precisione e determinatezza.

L'articolo 7 stabilisce una netta bipartizione delle responsabilità dell'ente ospedaliero e della persona fisica per i danni occorsi ai pazienti.

La struttura sanitaria assume una responsabilità di natura contrattuale mentre il medico, salvo il caso di obbligazione contrattuale assunta con il paziente, risponde in via extracontrattuale.

Si prevede che la struttura sanitaria o sociosanitaria, pubblica o privata, che nell'adempimento della propria obbligazione si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e anche se non dipendenti dalla struttura, risponde delle loro condotte dolose e colpose ai sensi degli articoli 1218 (Responsabilità del debitore) e 1228 (Responsabilità per fatto degli ausiliari) del codice civile. Tale disposizione si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria, nell'ambito di attività di sperimentazione e di ricerca clinica o in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale, nonché attraverso la telemedicina. In ogni caso l'esercente la professione sanitaria risponde ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile, salvo che abbia agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente. Nella determinazione del risarcimento del danno il giudice tiene conto della condotta dell'esercente la professione sanitaria ai sensi dell'articolo 5 - e quindi del rispetto delle buone pratiche clinico-assistenziali e delle raccomandazioni previste dalle linee guida - e dell'articolo 590-sexies C.p. introdotto dall'articolo 6 del provvedimento. Viene quindi previsto un regime di doppia responsabilità civile, qualificato come:

- responsabilità contrattuale per la struttura, con onere della prova a carico della struttura stessa e termine di prescrizione di dieci anni;
- responsabilità extra-contrattuale per l'esercente la professione sanitaria (qualora direttamente chiamato in causa) operante a qualunque titolo in una struttura sanitaria e sociosanitaria pubblica o privata, salvo il caso di obbligazione contrattuale assunta con il paziente, con onere della prova a carico del soggetto che si ritiene lesa e termine di prescrizione di cinque anni.

Quanto alle modalità di risarcimento del danno, il riferimento è alle tabelle uniche nazionali dei valori economici

del danno biologico, il cui aggiornamento è disposto annualmente con decreto del Ministero dello Sviluppo Economico. Le disposizioni dell'articolo in esame vengono qualificate come "norme imperative" ai sensi del codice civile. La precisazione intende sancire l'inderogabilità delle disposizioni sulla responsabilità civile per danno sanitario anche ove il contratto tra le parti disponga diversamente.

L'articolo 8 prevede l'introduzione di un tentativo obbligatorio di conciliazione a carico di chi intenda esercitare in giudizio un'azione risarcitoria.

Più in particolare, viene disposta l'applicazione dell'istituto del ricorso presso il giudice civile competente per l'espletamento di una consulenza tecnica preventiva ai sensi dell'art. 696-bis c.p.c., ricorso facoltativo, ai fini dell'accertamento e della relativa determinazione dei crediti derivanti dalla mancata o inesatta esecuzione di obbligazioni contrattuali o da fatto illecito. Sono previsti meccanismi procedurali volti a rendere improcedibile la domanda ove non sia stata esperito il tentativo di conciliazione. La domanda diviene procedibile solo se la



conciliazione non riesce, o il relativo procedimento non si conclude entro il termine perentorio di sei mesi dal deposito del ricorso. La mancata partecipazione delle parti, comprese le assicurazioni, al procedimento di consulenza tecnica preventiva obbliga il giudice a condannarle al pagamento delle spese di consulenza e di lite, a prescindere dall'esito del giudizio, oltre che ad una pena pecuniaria in favore della parte che è comparsa alla conciliazione.

L'articolo 9 reca un'ulteriore disposizione, a completamento del nuovo regime della responsabilità sanitaria, che disciplina l'azione di rivalsa o di responsabilità amministrativa della struttura sanitaria nei confronti dell'esercente la professione sanitaria, in caso di dolo o colpa grave di quest'ultimo, successivamente all'avvenuto risarcimento, entro un anno dall'avvenuto pagamento.

In particolare, in caso di accoglimento della domanda

di risarcimento proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o socio-sanitaria pubblica o dell'esercente la professione sanitaria il comma 5 stabilisce che:

- titolare dell'azione di responsabilità amministrativa, per dolo o colpa grave, è il pubblico ministero presso la Corte dei conti;
- ai fini della quantificazione del danno il giudice tiene conto delle situazioni di fatto di particolare difficoltà, anche di natura organizzativa, della struttura sanitaria o socio-sanitaria pubblica, in cui l'esercente la professione sanitaria abbia operato;
- per l'importo della condanna in base all'azione di responsabilità amministrativa (con esclusione dei casi di dolo) si prevede un limite, per singolo evento, pari al valore maggiore della retribuzione lorda (o del corrispettivo convenzionale) conseguita nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento (o nell'anno immediatamente precedente o successivo), non superiore al triplo: si applica sia all'importo della condanna suddetta sia all'importo dell'azione da parte dell'assicuratore che abbia pagato l'indennità (surrogazione, fino alla concorrenza dell'ammontare della suddetta indennità, nei diritti dell'assicurato verso il terzo responsabile);
- per i tre anni successivi al passaggio in giudicato della decisione di accoglimento della domanda di risarcimento proposta dal danneggiato, l'esercente la professione sanitaria, nell'ambito delle strutture sanitarie o socio-sanitarie pubbliche, non può essere preposto ad incarichi professionali superiori rispetto a quelli ricoperti e il giudicato costituisce oggetto di specifica valutazione da parte dei commissari nei pubblici concorsi per incarichi superiori.

In relazione all'azione di rivalsa, il comma 6 prevede che, se è accolta la domanda del danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o socio-sanitaria privata, o nei confronti dell'impresa di assicurazione titolare di polizza con la medesima struttura, l'azione nei confronti dell'esercente la professione sanitaria deve essere esercitata innanzi al giudice ordinario, e la misura della rivalsa e quella della surrogazione richiesta dall'impresa di assicurazione, in caso di colpa grave, non possono superare una somma pari al valore maggiore del reddito professionale, ivi compresa la retribuzione lorda, conseguita nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo, moltiplicato per il triplo.

Con gli **articoli 10 e 11** la Legge introduce precisi obblighi assicurativi in capo alle strutture sanitarie e agli esercenti la professione sanitaria, allo scopo di rendere effettiva l'eventuale condanna di tali soggetti al risarcimento dei danni cagionati ai pazienti. **L'articolo 10** mira

a integrare il quadro delle tutele per il ristoro del danno sanitario in coerenza con la disciplina sulla responsabilità civile, e prevede:

- l'obbligo di assicurazione (o di adozione di un'analogha misura) per la responsabilità contrattuale verso terzi e verso i prestatori d'opera, a carico delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private, anche per i danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso le strutture medesime, compresi coloro che svolgono attività di formazione, aggiornamento nonché di sperimentazione e ricerca clinica; obbligo anche per le strutture socio-sanitarie e le prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria, in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale, e attraverso la telemedicina;

“Separazione di responsabilità fra ente ospedaliero e medico”

- l'obbligo degli esercenti le professioni sanitarie di stipulare una polizza assicurativa per la copertura della responsabilità extracontrattuale verso terzi, con riferimento all'ipotesi in cui il danneggiato esperisca azione direttamente nei confronti del professionista.
- Il comma 2 prevede l'obbligo di assicurazione a carico del professionista sanitario che svolga l'attività al di fuori di una delle strutture di cui al comma 1, che presti la sua opera all'interno della stessa in regime libero-professionale o che si avvalga della stessa nell'adempimento della propria obbligazione contrattuale assunta con il paziente, per i rischi derivanti dall'esercizio della medesima attività. In una logica più generale di equilibrio e solvibilità del risarcimento è stata prevista al comma 3 l'obbligatorietà per gli esercenti le professioni sanitarie, passibili di azione amministrativa della Corte dei conti per danno erariale o di rivalsa in sede civile, se operanti in strutture private, di stipulare idonee polizze assicurative per colpa grave. Sono contemplate misure di garanzia del funzionamento del sistema assicurativo per cui:
- le strutture devono rendere note, mediante pubblicazione sul proprio sito internet, informazioni analitiche concernenti la copertura assicurativa prescelta;
 - il Ministro dello sviluppo economico, con decreto da emanare di concerto con il Ministro della salute, definisce i criteri e le modalità di vigilanza e controllo che l'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni (IVASS) è tenuto a effettuare sulle compagnie assicuratrici che intendano contrarre polizze con le strutture e con gli esercenti la professione sanitaria;
 - il Ministro dello sviluppo economico, di concerto con

il Ministro della salute e quello dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni (sentiti l'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni, l'ANIA, le Associazioni nazionali rappresentative delle strutture private che erogano prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, **la Federazione nazionale dei medici chirurghi e degli odontoiatri**, le Federazioni nazionali degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle categorie professionali interessate, nonché le associazioni di tutela dei cittadini e dei pazienti), emana un decreto dove sono determinati i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche o private e per gli esercenti le professioni sanitarie, prevedendo l'individuazione di classi di rischio a cui far corrispondere massimali differenziati;

L'articolo 11 definisce i limiti temporali delle garanzie assicurative. In particolare, la garanzia assicurativa deve prevedere un'operatività temporale anche per gli eventi accaduti nei dieci anni antecedenti la conclusione del contratto assicurativo, purché denunciati all'impresa di assicurazione durante la vigenza temporale della polizza. Inoltre, in caso di cessazione definitiva dell'attività professionale per qualsiasi causa, deve essere previsto un periodo di ultrattività della copertura per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro i dieci anni successivi e riferite a fatti generatori della responsabilità verificatisi nel periodo di efficacia della polizza, periodo nel quale è incluso quello suddetto di retroattività della copertura.

L'articolo 12 introduce l'azione diretta nei confronti dell'impresa di assicurazione della struttura sanitaria e del

libero professionista. L'esercizio dell'azione, subordinato al fallimento del tentativo di conciliazione obbligatorio (di cui all'art. 8), potrà comunque portare, al massimo, al riconoscimento delle somme per le quali la struttura o il sanitario hanno stipulato il contratto di assicurazione. Si prevede, inoltre:

- l'inopponibilità al danneggiato, per l'intero massimale di polizza, di eccezioni contrattuali diverse da quelle stabilite dal decreto del Ministro dello sviluppo economico di cui all'articolo 10, comma 6, che individuerà i requisiti minimi delle polizze assicurative;
- che l'impresa di assicurazione abbia diritto di rivalsa verso l'assicurato nel rispetto dei requisiti minimi delle polizze assicurative, non derogabili contrattualmente, previsti dal citato decreto del Ministro dello sviluppo economico;
- il litisconsorzio, sia dei medici sia delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private, nelle cause di risarcimento intentate dai danneggiati contro le imprese assicurative;
- il diritto d'accesso del sanitario, del danneggiato e dell'impresa assicurativa, a tutta la documentazione della struttura sui fatti oggetto del giudizio;
- una durata del termine di prescrizione dell'azione diretta pari a quello dell'azione contro la struttura sanitaria o sociosanitaria (pubblica o privata) o contro l'esercente la professione sanitaria. Viene stabilita l'applicazione della disciplina dell'azione diretta a decorrere dall'entrata in vigore del citato decreto del Ministro dello sviluppo economico con cui vengono determinati i requisiti minimi delle polizze assicurative.

L'articolo 13 prevede che le strutture sanitarie e socio-



sanitarie e le compagnie di assicurazione comunicano all'esercente la professione sanitaria l'instaurazione del giudizio promosso nei loro confronti dal danneggiato, entro dieci giorni dalla ricezione della notifica dell'atto introduttivo, mediante posta elettronica certificata o lettera raccomandata con avviso di ricevimento contenente copia dell'atto introduttivo del giudizio: l'omissione, la tardività o l'incompletezza delle comunicazioni preclude l'ammissibilità delle azioni di rivalsa o di responsabilità amministrativa di cui all'articolo 9.

Invece, **l'articolo 14** aggiunge tutela ai danneggiati attraverso l'istituzione di un Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria. Il Fondo è alimentato dal versamento di un contributo annuale dovuto dalle imprese autorizzate all'esercizio delle assicurazioni per la responsabilità civile per i danni causati da responsabilità sanitaria.



Il Ministero della salute, con apposita convenzione, affida alla CONSAP spa (Concessionaria servizi assicurativi pubblici) la gestione delle risorse del Fondo di garanzia. Il decreto del Ministro della salute, da emanare entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della legge, definisce la misura del contributo, le modalità di versamento dello stesso, i principi cui dovrà uniformarsi la convenzione tra il Ministero della salute e la Consap s.p.a, le modalità di intervento, di funzionamento e di regresso del Fondo di garanzia nei confronti del responsabile del sinistro. Il Fondo di garanzia concorre al risarcimento del danno nei limiti delle effettive disponibilità finanziarie.

La misura del contributo è determinata e aggiornata con cadenza annuale. Il Fondo di garanzia risarcisce i danni cagionati da responsabilità sanitaria nei seguenti casi:

- il danno sia di importo eccedente rispetto ai massimali previsti dai contratti stipulati dalla struttura sanitaria o

sociosanitaria pubblica o privata o dall'esercente la professione sanitaria;

- la struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata o l'esercente la professione sanitaria risultino assicurati presso un'impresa che al momento del sinistro si trovi in stato di insolvenza o di liquidazione coatta o vi venga posta successivamente;

- la struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata o l'esercente la professione sanitaria siano sprovvisti di copertura assicurativa per recesso unilaterale dell'impresa assicuratrice, per la sopravvenuta inesistenza o cancellazione dall'albo dell'impresa assicuratrice stessa. L'articolo 15 riforma la disciplina sulla nomina dei CTU (consulenti tecnici d'ufficio) in ambito civile e dei periti in ambito penale: aspetto molto importante, perchè le perizie sono fondamentali nell'ambito del contenzioso e dei giudizi sanitari. Sono rafforzate le procedure di verifica delle competenze e resi trasparenti i possibili conflitti d'interesse, rendendo di fatto disponibili al giudice tutti gli albi presenti a livello nazionale, da aggiornare ogni 5 anni.

La legge impone:

- che l'autorità giudiziaria debba affidare sempre la consulenza e la perizia a un collegio costituito da un medico specializzato in medicina legale e a uno o più specialisti aventi specifica e pratica conoscenza di quanto oggetto del procedimento e riferite a tutte le professioni sanitarie;
- adeguate competenze dei CTU nell'ambito della conciliazione acquisite anche mediante specifici percorsi formativi;

L'articolo 16, modificando i commi 539 e 540 della legge di stabilità 2016, che hanno dettato norme in materia di attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario, prevede che i verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico non possono essere acquisiti o utilizzati nell'ambito di procedimenti giudiziari, e che l'attività di gestione del rischio sanitario sia coordinata da personale medico dotato delle specializzazioni in igiene, epidemiologia e sanità pubblica o equipollenti, in medicina legale, ovvero da personale dipendente con adeguata formazione e comprovata esperienza almeno triennale nel settore.

Infine, **gli articoli 17 e 18** contengono, rispettivamente, una clausola di salvaguardia in base alla quale le disposizioni del provvedimento in oggetto sono applicabili nelle regioni a statuto speciale e nelle province autonome di Trento e di Bolzano compatibilmente con i rispettivi statuti e le relative norme di attuazione e la clausola di invarianza finanziaria per le amministrazioni interessate al provvedimento.

Maria Antonietta Izza

Il testo della «Legge Gelli» n. 24 dell'8.3.2017 (Gazzetta Ufficiale n. 64 del 17.3.2017)

Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie

ART. 1.

(Sicurezza delle cure in sanità).

1. La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività.

2. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative.

3. Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale.

ART. 2.

(Attribuzione della funzione di garante per il diritto alla salute al Difensore civico regionale o provinciale e istituzione dei Centri regionali per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente).

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono affidare all'ufficio del Difensore civico la funzione di garante per il diritto alla salute e disciplinare la struttura organizzativa e il supporto tecnico.

2. Il Difensore civico, nella sua funzione di garante per il diritto alla salute, può essere adito gratuitamente da ciascun soggetto destinatario di prestazioni sanitarie, direttamente o mediante un proprio delegato, per la segnalazione di disfunzioni del si-

stema dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

3. Il Difensore civico acquisisce, anche digitalmente, gli atti relativi alla segnalazione pervenuta e, qualora abbia verificato la fondatezza della segnalazione, interviene a tutela del diritto leso con i poteri e le modalità



stabiliti dalla legislazione regionale.

4. In ogni regione è istituito, con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, il Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, che raccoglie dalle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private i dati regionali sui rischi ed eventi avversi e sul contenzioso e li trasmette annualmente, mediante procedura telematica unificata a livello nazionale, all'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, di cui all'articolo 3.

5. All'articolo 1, comma 539, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, è aggiunta, in fine, la seguente lettera: «d-bis) predisposizione di una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e

sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione è pubblicata nel sito internet della struttura sanitaria».

ART. 3.

(Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità).

1. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è istituito, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), l'Osservatorio nazionale delle

buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, di seguito denominato «Osservatorio».

2. L'Osservatorio acquisisce dai Centri per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, di cui all'articolo 2, i dati regionali relativi ai rischi ed eventi avversi nonché alle cause, all'entità, alla frequenza e all'onere finanziario del contenzioso e, anche mediante la predisposizione, con l'ausilio delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie di cui all'articolo 5, di linee di indirizzo, individua idonee misure per la prevenzione e la gestione del rischio sanitario e il monitoraggio delle buone pratiche per la sicurezza delle cure nonché per la formazione e l'aggiornamento del personale

esercente le professioni sanitarie.

3. Il Ministro della salute trasmette annualmente alle Camere una relazione sull'attività svolta dall'Osservatorio.

4. L'Osservatorio, nell'esercizio delle sue funzioni, si avvale anche del Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES), istituito con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali 11 dicembre 2009, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 8 del 12 gennaio 2010.

ART. 4.

(Trasparenza dei dati).

1. Le prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private sono soggette all'obbligo di trasparenza, nel rispetto del codice in materia di protezione dei dati personali,

di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196.

2. La direzione sanitaria della struttura pubblica o privata, entro sette giorni dalla presentazione della richiesta da parte degli interessati aventi diritto, in conformità alla disciplina sull'accesso ai documenti amministrativi e a quanto previsto dal codice in materia di protezione dei dati personali, di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, fornisce la documentazione sanitaria disponibile relativa al paziente, preferibilmente in formato elettronico; le eventuali integrazioni sono fornite, in ogni caso, entro il termine massimo di trenta giorni dalla presentazione della suddetta ri-

(risk management) di cui all'articolo 1, comma 539, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, come modificato dagli articoli 2 e 16 della presente legge.

4. All'articolo 37 del regolamento di polizia mortuaria, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285, dopo il comma 2 è inserito il seguente:

«2-bis. I familiari o gli altri aventi titolo del deceduto possono concordare con il direttore sanitario o sociosanitario l'esecuzione del riscontro diagnostico, sia nel caso di decesso ospedaliero che in altro luogo, e possono disporre la presenza di un medico di loro fiducia».

ART. 5.

(Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida).

1. Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche,

palliative, riabilitative e di

medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della salute, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, e da aggiornare con cadenza biennale. In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si



chiesta. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le strutture sanitarie pubbliche e private adeguano i regolamenti interni adottati in attuazione della legge 7 agosto 1990, n. 241, alle disposizioni del presente comma.

3. Le strutture sanitarie pubbliche e private rendono disponibili, mediante pubblicazione nel proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario

attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali.

2. Nel regolamentare l'iscrizione in apposito elenco delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche di cui al comma 1, il decreto del Ministro della salute stabilisce:

a) i requisiti minimi di rappresentatività sul territorio nazionale;

b) la costituzione mediante atto pubblico e le garanzie da prevedere nello statuto in riferimento al libero accesso dei professionisti aventi titolo e alla loro partecipazione alle decisioni, all'autonomia e all'indipendenza, all'assenza di scopo di lucro, alla pubblicazione nel sito istituzionale dei bilanci preventivi, dei consuntivi e degli incarichi retribuiti, alla dichiarazione e regolazione dei conflitti di interesse e all'individuazione di sistemi di verifica e controllo della qualità della produzione tecnico-scientifica;

c) le procedure di iscrizione all'elenco nonché le verifiche sul mantenimento dei requisiti e le modalità di sospensione o cancellazione dallo stesso.

3. Le linee guida e gli aggiornamenti delle stesse elaborati dai soggetti di cui al comma 1 sono integrati nel Sistema nazionale per le linee guida (SNLG), il quale è disciplinato nei compiti e nelle funzioni con decreto del Ministro della salute, da emanare, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, con la procedura di cui all'articolo 1, comma 28, secondo periodo, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, e successive modificazioni, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. L'Istituto superiore di sanità pubblica nel proprio sito internet le linee guida e gli aggiornamenti delle stesse indicati dal SNLG, previa verifica della conformità della metodologia adot-

tata a standard definiti e resi pubblici dallo stesso Istituto, nonché della rilevanza delle evidenze scientifiche dichiarate a supporto delle raccomandazioni.

4. Le attività di cui al comma 3 sono svolte nell'ambito delle risorse umane, finanziarie e strumentali già disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

ART. 6.

(Responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria).

1. Dopo l'articolo 590 - quinquies del codice penale è inserito il seguente:

«ART. 590-sexies. – (Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario). – Se i fatti di cui agli articoli 589 e 590 sono commessi nell'esercizio della professione sanitaria, si applicano le pene ivi previste salvo quanto disposto dal secondo comma.

Qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto».

2. All'articolo 3 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, il comma 1 è abrogato.

ART. 7.

(Responsabilità civile della struttura e dell'esercente la professione sanitaria).

1. La struttura sanitaria o socio-sanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria,

anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose.

2. La disposizione di cui al comma 1 si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero nell'ambito di attività di sperimentazione e di ricerca clinica ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina.

3. L'esercente la professione sanitaria di cui ai commi 1 e 2 risponde del proprio operato ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile, salvo che abbia agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente. Il giudice, nella determinazione del risarcimento del danno, tiene conto della condotta dell'esercente la professione sanitaria ai sensi dell'articolo 5 della presente legge e dell'articolo 590-sexies del codice penale, introdotto dall'articolo 6 della presente legge.

4. Il danno conseguente all'attività della struttura sanitaria o sociosanitaria, pubblica o privata, e dell'esercente la professione sanitaria è risarcito sulla base delle tabelle di cui agli articoli 138 e 139 del codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, integrate, ove necessario, con la procedura di cui al comma 1 del predetto articolo 138 e sulla base dei criteri di cui ai citati articoli, per tener conto delle fattispecie da esse non previste, afferenti alle attività di cui al presente articolo.

5. Le disposizioni del presente articolo costituiscono norme imperative ai sensi del codice civile.

ART. 8.

(Tentativo obbligatorio di conciliazione).

1. Chi intende esercitare un'azione

innanzi al giudice civile relativa a una controversia di risarcimento del danno derivante da responsabilità sanitaria è tenuto preliminarmente a proporre ricorso ai sensi dell'articolo 696-bis del codice di procedura civile dinanzi al giudice competente.

2. La presentazione del ricorso di cui al comma 1 costituisce condizione di procedibilità della domanda di risarcimento. È fatta salva la possibilità di esperire in alternativa il procedimento di mediazione ai sensi dell'articolo 5, comma 1-bis, del decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28. In tali casi non trova invece applicazione l'articolo 3 del decreto-legge 12 settembre 2014, n.132, convertito, con modificazioni, dalla legge 10 novembre 2014, n. 162. L'improcedibilità deve essere eccepita dal convenuto, a pena di decadenza, o rilevata d'ufficio dal giudice, non oltre la prima udienza. Il giudice, ove rilevi che il procedimento di cui all'articolo 696-bis del codice di procedura civile non è stato espletato ovvero che è iniziato ma non si è concluso, assegna alle parti il termine di quindici giorni per la presentazione dinanzi a sé dell'istanza di consulenza tecnica in via preventiva ovvero di completamento del procedimento.

3. Ove la conciliazione non riesca o il procedimento non si concluda entro il termine perentorio di sei mesi dal deposito del ricorso, la domanda diviene procedibile e gli effetti della domanda sono salvi se, entro novanta giorni dal deposito della relazione o dalla scadenza del termine perentorio, è depositato, presso il giudice che ha trattato il procedimento di cui al comma 1, il ricorso di cui all'articolo 702-bis del codice di procedura civile. In tal caso il giudice fissa l'udienza di comparizione delle parti; si applicano gli articoli 702-bis e seguenti del codice di procedura civile.

4. La partecipazione al procedimento di consulenza tecnica preventiva di cui al presente articolo, effettuato secondo il disposto dell'articolo 15 della presente legge, è obbligatoria per tutte le parti, comprese le imprese di assicurazione di cui all'articolo 10, che hanno l'obbligo di formulare l'offerta di risarcimento del danno ovvero comunicare i motivi per cui ritengono di non formularla. In caso di sentenza a favore del danneggiato, quando l'impresa di assicurazione non ha formulato l'offerta di risarcimento nell'ambito del procedimento di consulenza tecnica preventiva di cui ai commi precedenti, il giudice trasmette copia della sentenza all'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni (IVASS) per gli adempimenti di propria competenza. In caso di mancata partecipazione, il giudice, con il provvedimento che definisce il giudizio, condanna le parti che non hanno partecipato al pagamento delle spese di consulenza e di lite, indipendentemente dall'esito del giudizio, oltre che ad una pena pecuniaria, determinata equitativamente, in favore della parte che è comparsa alla conciliazione.

ART. 9.

(Azione di rivalsa o di responsabilità amministrativa).

1. L'azione di rivalsa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria può essere esercitata solo in caso di dolo o colpa grave.

2. Se l'esercente la professione sanitaria non è stato parte del giudizio o della procedura stragiudiziale di risarcimento del danno, l'azione di rivalsa nei suoi confronti può essere esercitata soltanto successivamente al risarcimento avvenuto sulla base di titolo giudiziale o stragiudiziale ed è esercitata, a pena di decadenza, entro un anno dall'avvenuto pagamento.

3. La decisione pronunciata nel giu-

dizio promosso contro la struttura sanitaria o sociosanitaria o contro l'impresa di assicurazione non fa stato nel giudizio di rivalsa se l'esercente la professione sanitaria non è stato parte del giudizio.

4. In nessun caso la transazione è opponibile all'esercente la professione sanitaria nel giudizio di rivalsa.

5. In caso di accoglimento della domanda di risarcimento proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica, ai sensi dei commi 1 e 2 dell'articolo 7, o dell'esercente la professione sanitaria, ai sensi del comma 3 del medesimo articolo 7, l'azione di responsabilità amministrativa, per dolo o colpa grave, nei confronti dell'esercente la professione sanitaria è esercitata dal pubblico ministero presso la Corte dei conti. Ai fini della quantificazione del danno, fermo restando quanto previsto dall'articolo 1, comma 1-bis, della legge 14 gennaio 1994, n. 20, e dall'articolo 52, secondo comma, del testo unico di cui al regio decreto 12 luglio 1934, n. 1214, si tiene conto delle situazioni di fatto di particolare difficoltà, anche di natura organizzativa, della struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica, in cui l'esercente la professione sanitaria ha operato. L'importo della condanna per la responsabilità amministrativa e della surrogazione di cui all'articolo 1916, primo comma, del codice civile, per singolo evento, in caso di colpa grave, non può superare una somma pari al valore maggiore della retribuzione lorda o del corrispettivo convenzionale conseguiti nell'anno di inizio della condotta causata dall'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo, moltiplicato per i tre anni successivi al passaggio in giudicato della decisione di accoglimento della domanda di risarcimento proposta dal danneggiato, l'esercente la professione sa-

nitaria, nell'ambito delle strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche, non può essere preposto ad incarichi professionali superiori rispetto a quelli ricoperti e il giudicato costituisce oggetto di specifica valutazione da parte dei commissari nei pubblici concorsi per incarichi superiori.

6. In caso di accoglimento della domanda proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria privata o nei confronti dell'impresa di assicurazione titolare di polizza con la medesima struttura, la misura della rivalsa e quella della surrogazione richiesta dall'impresa di assicurazione, ai sensi dell'articolo 1916, primo comma, del codice civile, per singolo evento, in caso di colpa grave, non possono superare una somma pari al valore maggiore del reddito professionale, ivi compresa la retribuzione lorda, conseguito nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo, moltiplicato per il triplo. Il limite alla misura della rivalsa, di cui al periodo precedente, non si applica nei confronti degli esercenti la professione sanitaria di cui all'articolo 10, comma 2.

7. Nel giudizio di rivalsa e in quello di responsabilità amministrativa il giudice può desumere argomenti di prova dalle prove assunte nel giudizio instaurato dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria o dell'impresa di assicurazione se l'esercente la professione sanitaria ne è stato parte.

ART. 10.

(Obbligo di assicurazione).

1. Le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private devono essere provviste di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera, ai sensi dell'articolo

27, comma 1-bis, del decreto legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114, anche per danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso le strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche e private, compresi coloro che svolgono attività di formazione, aggiornamento nonché di sperimentazione e di ricerca clinica. La disposizione del primo periodo si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina. Le strutture di cui al primo periodo stipulano, altresì, polizze assicurative o adottano altre analoghe misure per la copertura della responsabilità civile verso terzi degli esercenti le professioni sanitarie anche ai sensi e per gli effetti delle disposizioni di cui al comma 3 dell'articolo 7, fermo restando quanto previsto dall'articolo 9. Le disposizioni di cui al periodo precedente non si applicano in relazione agli esercenti la professione sanitaria di cui al comma 2.

2. Per l'esercente la professione sanitaria che svolge la propria attività al di fuori di una delle strutture di cui al comma 1 del presente articolo o che presta la sua opera all'interno della stessa in regime libero-professionale ovvero che si avvalga della stessa nell'adempimento della propria obbligazione contrattuale assunta con il paziente ai sensi dell'articolo 7, comma 3, resta fermo l'obbligo di cui all'articolo 3, comma 5, lettera e), del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, all'articolo 5 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 7 agosto 2012, n. 137, e all'articolo 3, comma 2, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con

modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189.

3. Al fine di garantire efficacia alle azioni di cui all'articolo 9 e all'articolo 12, comma , ciascun esercente la professione sanitaria operante a qualunque titolo in strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche o private provvede alla stipula, con oneri a proprio carico, di un'adeguata polizza di assicurazione per colpa grave.

4. Le strutture di cui al comma 1 rendono nota, mediante pubblicazione nel proprio sito internet, la denominazione dell'impresa che presta la copertura assicurativa della responsabilità civile verso i terzi e verso i prestatori d'opera di cui al comma 1, indicando per esteso i contratti, le clausole assicurative ovvero le altre analoghe misure che determinano la copertura assicurativa.

5. Con decreto da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro dello sviluppo economico, di concerto con il Ministro della salute, definisce i criteri e le modalità per lo svolgimento delle funzioni di vigilanza e controllo esercitate dall'IVASS sulle imprese di assicurazione che intendano stipulare polizze con le strutture di cui al comma 1 e con gli esercenti la professione sanitaria.

6. Con decreto del Ministro dello sviluppo economico, da emanare entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentiti l'IVASS, l'Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (ANIA), le Associazioni nazionali rappresentative delle strutture private che erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie, la Federazione nazionale degli ordini dei me-

dici chirurghi e degli odontoiatri, le Federazioni nazionali degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle categorie professionali interessate, nonché le associazioni di tutela dei cittadini e dei pazienti, sono determinati i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche o private e per gli esercenti le professioni sanitarie, prevedendo l'individuazione di classi di rischio a cui far corrispondere massimali differenziati. Il medesimo decreto stabilisce i requisiti minimi di garanzia e le condizioni generali di operatività delle altre analoghe misure, anche di assunzione diretta del rischio, richiamate dal comma 1; disciplina altresì le regole per il trasferimento del rischio nel caso di subentro contrattuale di un'impresa di assicurazione nonché la previsione nel bilancio delle strutture di un fondo rischi e di un fondo costituito dalla messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi ai sinistri denunciati. A tali fondi si applicano le disposizioni di cui all'articolo 1, commi 5 e 5-bis, del decreto-legge 18 gennaio 1993, n. 9, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 marzo 1993, n. 67.

7. Con decreto del Ministro dello sviluppo economico da emanare, di concerto con il Ministro della salute e sentito l'IVASS, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono individuati i dati relativi alle polizze di assicurazione stipulate ai sensi dei commi 1 e 2, e alle altre analoghe misure adottate ai sensi dei commi 1 e 6 e sono stabiliti, altresì, le modalità e i termini per la comunicazione di tali dati da parte delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private e degli esercenti le professioni sanitarie all'Osservatorio. Il medesimo decreto stabilisce le modalità e i termini per l'accesso a tali dati.

ART. 11.

(Estensione della garanzia assicurativa).

1. La garanzia assicurativa deve prevedere una operatività temporale anche per gli eventi accaduti nei dieci anni antecedenti la conclusione del contratto assicurativo, purché denunciati all'impresa di assicurazione durante la vigenza temporale della polizza. In caso di cessazione definitiva dell'attività professionale per qualsiasi causa deve essere previsto un periodo di ultrattività della copertura per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro i dieci anni successivi e riferite a fatti generatori della responsabilità verificatisi nel periodo di efficacia della polizza, incluso il periodo di retroattività della copertura. L'ultrattività è estesa agli eredi e non è assoggettabile alla clausola di disdetta.

ART. 12.

(Azione diretta del soggetto danneggiato).

1. Fatte salve le disposizioni dell'articolo 8, il soggetto danneggiato ha diritto di agire direttamente, entro i limiti delle somme per le quali è stato stipulato il contratto di assicurazione, nei confronti dell'impresa di assicurazione che presta la copertura assicurativa alle strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche o private di cui al comma 1 dell'articolo 10 e all'esercente la professione sanitaria di cui al comma 2 del medesimo articolo 10.

2. Non sono opponibili al danneggiato, per l'intero massimale di polizza, eccezioni derivanti dal contratto diverse da quelle stabilite dal decreto di cui all'articolo 10, comma 6, che definisce i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie di cui all'articolo 10, comma 2.

3. L'impresa di assicurazione ha di-

ritto di rivalsa verso l'assicurato nel rispetto dei requisiti minimi, non derogabili contrattualmente, stabiliti dal decreto di cui all'articolo 10, comma 6.

4. Nel giudizio promosso contro l'impresa di assicurazione della struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata a norma del comma 1 è litisconsorte necessario la struttura medesima; nel giudizio promosso contro l'impresa di assicurazione dell'esercente la professione sanitaria a norma del comma 1 è litisconsorte necessario l'esercente la professione sanitaria. L'impresa di assicurazione, l'esercente la professione sanitaria e il danneggiato hanno diritto di accesso alla documentazione della struttura relativa ai fatti dedotti in ogni fase della trattazione del sinistro.

5. L'azione diretta del danneggiato nei confronti dell'impresa di assicurazione è soggetta al termine di prescrizione pari a quello dell'azione verso la struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata o l'esercente la professione sanitaria.

6. Le disposizioni del presente articolo si applicano a decorrere dalla data di entrata in vigore del decreto di cui al comma 6 dell'articolo 10 con il quale sono determinati i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie e per gli esercenti le professioni sanitarie.

ART. 13.

(Obbligo di comunicazione all'esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilità).

1. Le strutture sanitarie e sociosanitarie di cui all'articolo 7, comma 1, e le imprese di assicurazione che prestano la copertura assicurativa nei confronti dei soggetti di cui all'articolo 10, commi 1 e 2, comunicano all'esercente la professione sanitaria l'instaurazione del giudizio

promosso nei loro confronti dal danneggiato, entro dieci giorni dalla ricezione della notifica dell'atto introduttivo, mediante posta elettronica certificata o lettera raccomandata con avviso di ricevimento contenente copia dell'atto introduttivo del giudizio. Le strutture sanitarie e socio-sanitarie e le imprese di assicurazione entro dieci giorni comunicano all'esercente la professione sanitaria, mediante posta elettronica certificata o lettera raccomandata con avviso di ricevimento, l'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato, con invito a prendere parte. L'omissione, la tardività o l'incom-

per essere riassegnato al Fondo di garanzia. Il Ministero della salute con apposita convenzione affida alla Concessionaria servizi assicurativi pubblici (CONSAP) Spa la gestione delle risorse del Fondo di garanzia. 2. Con regolamento adottato con decreto del Ministro della salute, da emanare entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, di concerto con il Ministro dello sviluppo economico e con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentite la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e le

comma 2, lettera a), è aggiornata annualmente con apposito decreto del Ministro della salute, da adottare di concerto con il Ministro dello sviluppo economico e con il Ministro dell'economia e delle finanze, in relazione alle effettive esigenze della gestione del Fondo di garanzia.

5. Ai fini della rideterminazione del contributo di cui al comma 2, lettera a), la CONSAP Spa trasmette ogni anno al Ministero della salute e al Ministero dello sviluppo economico un rendiconto della gestione del Fondo di garanzia di cui al comma 1, riferito all'anno precedente, secondo le disposizioni stabilite dal regolamento di cui al comma 2.

6. Gli oneri per l'istruttoria e la gestione delle richieste di risarcimento sono posti a carico del Fondo di garanzia di cui al comma 1.

7. Il Fondo di garanzia di cui al comma 1 risarcisce i danni cagionati da responsabilità sanitaria nei seguenti casi:

a) qualora il danno sia di importo eccedente rispetto ai massimali previsti dai contratti di assicurazione stipulati dalla struttura sanitaria o socio-sanitaria pubblica o privata ovvero dall'esercente la professione sanitaria ai sensi del decreto di cui all'articolo 10, comma 6;

b) qualora la struttura sanitaria o socio-sanitaria pubblica o privata ovvero l'esercente la professione sanitaria risultino assicurati presso un'impresa che al momento del sinistro si trovi in stato di insolvenza o di liquidazione coatta amministrativa o vi venga posta successivamente;

c) qualora la struttura sanitaria o socio-sanitaria pubblica o privata ovvero l'esercente la professione sanitaria siano sprovvisti di copertura assicurativa per recesso unilaterale dell'impresa assicuratrice ovvero per la sopravvenuta inesistenza o cancellazione dall'albo dell'impresa assicuratrice stessa.

8. Il decreto di cui all'articolo 10,



pletezza delle comunicazioni di cui al presente comma preclude l'ammissibilità delle azioni di rivalsa o di responsabilità amministrativa di cui all'articolo 9.

ART. 14.

(Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria).

1. È istituito, nello stato di previsione del Ministero della salute, il Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria. Il Fondo di garanzia è alimentato dal versamento di un contributo annuale dovuto dalle imprese autorizzate all'esercizio delle assicurazioni per la responsabilità civile per i danni causati da responsabilità sanitaria. A tal fine il predetto contributo è versato all'entrata del bilancio dello Stato

rappresentanze delle imprese di assicurazione, sono definiti:

a) la misura del contributo dovuto dalle imprese autorizzate all'esercizio delle assicurazioni per la responsabilità civile per i danni causati da responsabilità sanitaria;

b) le modalità di versamento del contributo di cui alla lettera a);

c) i principi cui dovrà uniformarsi la convenzione tra il Ministero della salute e la CONSAP Spa;

d) le modalità di intervento, il funzionamento e il regresso del Fondo di garanzia nei confronti del responsabile del sinistro.

3. Il Fondo di garanzia di cui al comma 1 concorre al risarcimento del danno nei limiti delle effettive disponibilità finanziarie.

4. La misura del contributo di cui al

comma 6, prevede che il massimale minimo sia rideterminato in relazione all'andamento del Fondo per le ipotesi di cui alla lettera a) del comma 7 del presente articolo.

9. Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano ai sinistri denunciati per la prima volta dopo la data di entrata in vigore della presente legge.

10. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

ART. 15.

(Nomina dei consulenti tecnici d'ufficio e dei periti nei giudizi di responsabilità sanitaria).

1. Nei procedimenti civili e nei procedimenti penali aventi ad oggetto la responsabilità sanitaria, l'autorità giudiziaria affida l'espletamento della consulenza tecnica e della perizia a un medico specializzato in medicina legale e a uno o più specialisti nella disciplina che abbiano specifica e



pratica conoscenza di quanto oggetto del procedimento, avendo cura che i soggetti da nominare, scelti tra gli iscritti negli albi di cui ai commi 2 e 3, non siano in posizione di conflitto di interessi nello specifico procedimento o in altri connessi e che i consulenti tecnici d'ufficio da

nominare nell'ambito del procedimento di cui all'articolo 8, comma 1, siano in possesso di adeguate e comprovate competenze nell'ambito della conciliazione acquisite anche mediante specifici percorsi formativi.

2. Negli albi dei consulenti di cui all'articolo 13 delle disposizioni per l'attuazione del codice di procedura civile e disposizioni transitorie, di cui al regio decreto 18 dicembre 1941, n. 1368, e dei periti di cui all'articolo 67 delle norme di attuazione, di coordinamento e transitorie del codice di procedura penale, di cui al decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 271, devono essere indicate e documentate le specializzazioni degli iscritti esperti in medicina. In sede di revisione degli albi è indicata, relativamente a ciascuno degli esperti di cui al periodo precedente, l'esperienza professionale maturata, con particolare riferimento al numero e alla tipologia degli incarichi conferiti e di quelli revocati.

3. Gli albi dei consulenti di cui all'articolo 13 delle disposizioni per l'attuazione del codice di procedura civile e disposizioni transitorie, di cui al regio decreto 18 dicembre 1941, n. 1368, e gli albi dei periti di cui all'articolo 67 delle norme di attuazione, di coordinamento e transitorie del codice di procedura penale, di cui al decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 271, devono essere aggiornati con cadenza almeno quinquennale, al fine di garantire, oltre a quella medico-legale, un'idonea e adeguata rappresentanza di esperti delle discipline specialistiche riferite a tutte le professioni sanitarie, tra i quali scegliere per la nomina tenendo conto della disciplina interessata nel procedimento.

4. Nei casi di cui al comma 1, l'incarico è conferito al collegio e, nella determinazione del compenso globale, non si applica l'aumento del 40 per cento per ciascuno degli altri

componenti del collegio previsto dall'articolo 53 del testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di spese di giustizia, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 30 maggio 2002, n. 115.

ART. 16.

(Modifiche alla legge 28 dicembre 2015, n. 208, in materia di responsabilità professionale del personale sanitario).

1. All'articolo 1, comma 539, lettera a), della legge 28 dicembre 2015, n. 208, il secondo periodo è sostituito dal seguente: «I verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico non possono essere acquisiti o utilizzati nell'ambito di procedimenti giudiziari».

2. All'articolo 1, comma 540, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, le parole da: «ovvero» fino alla fine del comma sono sostituite dalle seguenti: «in medicina legale ovvero da personale dipendente con adeguata formazione e comprovata esperienza almeno triennale nel settore».

ART. 17.

(Clausola di salvaguardia).

1. Le disposizioni della presente legge sono applicabili nelle regioni a statuto speciale e nelle province autonome di Trento e di Bolzano compatibilmente con i rispettivi statuti e le relative norme di attuazione, anche con riferimento alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3.

ART. 18.

(Clausola di invarianza finanziaria).

1. Le amministrazioni interessate provvedono all'attuazione delle disposizioni di cui alla presente legge nell'ambito delle risorse umane, strutturali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Il Consiglio direttivo ha incontrato il manager dell'ATS

A Fulvio Moirano, direttore generale dell'ATS (Azienda per la tutela della salute) è affidata la realizzazione della riforma della rete ospedaliera, sancita con la Legge regionale 17, del 27 luglio 2016. Vista l'importanza di questa storica riforma che, riorganizzando la rete ospedaliera, mira a promuovere un uso appropriato dell'ospedale e delle risorse, il Consiglio direttivo dell'Ordine ha chiesto un incontro con Moirano, che si è svolto nella nostra sede il 7 febbraio scorso. Al manager dell'ATS abbiamo espresso i nostri pensieri e le preoccupazioni.

Il presidente Francesco Scanu ha illustrato al manager dell'ATS le diverse istanze pervenute dai medici.

“Partendo dal principio che, prima di ogni riduzione o taglio, occorre riorganizzare il territorio, siamo consapevoli del peso della sanità nel bilancio regionale ma, consci del peso del debito, i tagli previsti di 7 milioni di euro all'anno non possiamo condividerli: infatti, una sforbiciata dietro l'altra, il Servizio Sanitario Regionale comincia a dare i primi segni di cedimento, portando via pezzi di universalismo ed equità che costringono i cittadini a rinunciare alle cure, sia per le lunghe liste di attesa che per i costi della sanità privata. Non condividiamo l'assegnazione dei posti letto: secondo i parametri nazionali sono 3,7X1000 abitanti (3 per acuti e 0,7 per la lungodegenza), ma nella riforma si riducono a 3,48X1000 abitanti (3,41 per il nord-est e 3,27 per il nord- ovest), una percentuale insufficiente per far fronte alle esigenze del nostro territorio. Dato che una riforma di grande impatto come questa deve assicurare il miglioramento della qualità e dell'efficienza dei servizi ospedalieri, non può essere realizzata senza conoscere le problematiche che si manifestano nel percorso ospedaliero: la certezza dei conti non deve escludere i servizi essenziali, altrimenti i pazienti rischierebbero di avere diagnosi in tempi superiori a quelli ottimali, e quindi a potenziali danni da progressione di malattia. A tutto questo si somma la mancanza di farmaci, presidi, attrezzature e inadeguatezza delle strutture: in queste condizioni è davvero difficile poter svolgere al meglio l'assistenza e la professione, siamo incapaci di dare risposte tempestive, di qualità e quantità, alla domanda di diagnosi e cure del nostro territorio.



Il presidente Francesco Scanu

Il nostro Ordine, in quanto rappresentante della professione medica e odontoiatrica del nord Sardegna del secondo polo sanitario dell'Isola, vuole essere presente in questo progetto di riforma, non come semplice consulente ma come attore protagonista in un disegno di programmazione chiaro, che veda la distribuzione delle risorse nel territorio a vantaggio dell'efficienza e non dello squilibrio fra cittadini metropolitani e unioni di cittadini, garantendo le stesse possibilità e la medesima certezza delle cure a tutti i cittadini, sia che vivano al sud, al nord o al centro della provincia” ha detto il presidente dell'Ordine Francesco Scanu.

Pertanto riteniamo preoccupante un ridimensionamento delle strutture del Nord Sardegna, e sollecitiamo l'ATS affinché:

- le strutture sanitarie di Sassari e del nord ovest non subiscano ulteriori tagli dei posti letto previsti, e venga garantita pari dignità fra i due HUB di Sassari e Cagliari, mantenendo nel territorio altre realtà consolidate e ope-



ative come la rete pediatrica, la chirurgia pediatrica e la terapia intensiva pediatrica, la rete oncologica, il centro di sclerosi multipla, la rete per la terapia del dolore, la chirurgia toracica e la degenza per radioterapia;

- vengano garantite strutture sanitarie territoriali adeguate alle esigenze del territorio, compreso l'ospedale di Olbia, al di là dell'apertura del Mater Olbia;
- non vengano ridotte le strutture che inevitabilmente

porterebbero a una riduzione del numero di studenti della facoltà di medicina e di conseguenza, delle scuole di specialità;

- venga modificato il testo di riforma della rete ospedaliera, sostituendo l'indicazione di Presidio di base con Presidio di 1 livello per Alghero-Ozieri-Ittiri-Thiesi, abrogando la dicitura NROR (presidio nodo della rete ospedaliera regionale);
- venga portato avanti l'iter per la costruzione del nuovo ospedale di Alghero, la conversione in Centro trasfusionale per Alghero e Ittiri, il mantenimento del Punto nascite ad Alghero-Ozieri-Ittiri-Thiesi, come Presidio di 1 livello;
- venga attivata l'Unità operativa di Rianimazione semintensiva e il Centro traumi di zona all'ospedale di Alghero-Ozieri;
- vengano avviati in tempi brevi gli ospedali di comunità a Ittiri e Thiesi, mantenendo i reparti di lungo degenza.

Il direttivo e il presidente dell'Ordine si sono soffermati sui vari aspetti critici della sanità del nord Sardegna, senza però dimenticare di sottolineare le eccellenze e lo spirito con cui i nostri medici affrontano quotidianamente le difficoltà di una riorganizzazione che sta evidenziando criticità e margini di miglioramento.

Moirano si è reso disponibile ad approfondire il dialogo con l'Ordine. L'Ordine, dal canto suo, continuerà a essere presente e attivo, sempre a fianco dei medici, per la tutela della salute dei cittadini e degli iscritti.



L'intervista

Fulvio Moirano: "Correggere gli errori per migliorare i servizi"

Dal 1° gennaio Fulvio Moirano è il manager della Asl unica della Sardegna, l'ATS, l'Azienda per la Tutela della Salute. Classe 1952 e un curriculum di tutto rispetto: laurea in medicina e chirurgia, Specialista in igiene e sanità pubblica e in igiene e tecnica ospedaliera, master in economia e gestione sanitaria alla Bocconi, direttore generale di diverse Asl del Piemonte, direttore della sanità della regione Piemonte e direttore dell'Agenas, l'Agenzia Nazionale per i servizi Sanitari Regionali.

A Fulvio Moirano è affidata la realizzazione della riforma della rete ospedaliera, sancita con la Legge regionale 17, del 27 luglio 2016.

Dottor Moirano, a qualche mese dal suo insediamento, cosa pensa della sanità sarda?

Le aziende sono state incorporate senza grandi problemi, gli obiettivi di risanamento previsti nel piano di rientro per la sanità sono anche troppo ambiziosi se non ci sarà la definizione della rete ospedaliera e territoriale. Mi preoccupano i problemi legati alla cassa e alla liquidità nelle Asl di Cagliari e Sassari, ma contiamo di dare un segnale forte un forte di razionalizzazione dei costi e miglioramento della qualità.

Ma dall'ultima analisi fatta a fine gennaio è emerso un disavanzo di 100 milioni: come mai?

È un risultato generale di segno negativo che però contiene al suo interno molte eccellenze. La nostra missione è quella di recuperare 100 milioni di risparmi e ce la possiamo fare solo avendo a disposizione la nuova rete ospedaliera, che è un po' la madre di tutti gli interventi che ci consentiranno di riposizionare il disavanzo su limiti accettabili.

Dove sono stati gli sprechi?

Non parlerei di sprechi: in Sardegna il calcolo della spesa, totalmente a carico dei contribuenti isolani, è più complicato rispetto a una regione ordinaria, dove invece il budget per la sanità viene assegnato dallo Stato, in base alla popolazione e attraverso un fondo nazionale indistinto di 111 miliardi. Secondo questo calcolo, alla Sardegna spetterebbero poco meno di tre

miliardi. Inoltre le Regioni a statuto ordinario ricevono dallo Stato alcuni finanziamenti finalizzati, i cosiddetti obiettivi di piano, per circa 1,8 miliardi e che si sommano al fondo indistinto. Nel caso della Sardegna corrispondono a circa 50 milioni annui. Tuttavia anche le regioni ordinarie intervengono con risorse proprie per coprire prestazioni specifiche o garantire le extra Lea (cioè fuori dai livelli essenziali di assistenza). In Piemonte la somma aggiuntiva è di circa 60 milioni. Questo per dire che la valutazione di una gestione non si può misurare coi nu-



Fulvio Moirano

meri secchi, ma bisogna mettere insieme tutti i fattori di finanziamento. In Sardegna, come dicevo, esiste un problema sul consumo e forse anche sull'acquisto dei medicinali: l'Isola registra la spesa procapite più alta d'Italia. Ma non parlerei di sprechi. I margini di manovra per mettere a punto i correttivi ci sono tutti e il governo regionale attuale e le aziende sanitarie della Sardegna hanno già invertito l'andamento raggiungendo importanti obiettivi nel 2016.

È possibile ripianare il disavanzo tenendo conto delle peculiarità sarde?

E' giusto pagare costi anti-economici se ci sono disagi oggettivi: girando la Sardegna ho capito quali difficoltà ci sono per dimensionare correttamente l'offerta sanitaria. Stiamo predisponendo una piattaforma contrattuale unitaria da sottoporre ai sindacati, la definizione di una strategia comune sulla sanità nuorese per il dopo-project ed una gara unica per la copertura assicurativa delle aziende sanitarie.

Dopo la decisione del Governo di ampliare i Lea e garantire vaccini e farmaci innovativi occorre un confronto forte con lo Stato perché, attualmente, queste nuove voci di spesa incidono in modo pesante sui conti della sanità sarda. Prendo a esempio i costi delle nuove cure per l'epatite C: sull'acquisto di questi medicinali, l'Aifa prevede vari scaglioni di spesa, il cui calcolo è complesso: da un prezzo iniziale di circa 40mila euro si può scendere sino a 5mila. Sono le cosiddette note di credito fissate dall'industria farmaceutica. Insomma, l'analisi va approfondita.

L'ATS riuscirà a decollare entro giugno?

Nei primi sei mesi del 2017 l'ATS decollerà. Il mio lavoro, specie in questa fase, è strettamente legato a quello dell'assessorato e della Giunta, cui spetta l'elaborazione delle linee guida che io dovrò applicare. Stando ai tempi della legge istitutiva, tra il 30 aprile e il 30 giugno ci sarà il primo atto aziendale dell'ATS. Stiamo già intensamente elaborando il primo bilancio di previsione unificato. La razionalizzazione della rete ospedaliera è fondamentale per dare coerenza al sistema sanitario. Parallelamente si dovranno sviluppare le politiche distrettuali e territoriali, così come si attendono i nuovi contratti nazionali per i medici di medicina generale (Mmg) e per i pediatri di libera scelta (Pls). Non secondaria è la prevenzione: non solo la veterinaria, che ha ovviamente grande peso in Sardegna visto il patrimonio zootecnico, e la filiera alimentare conseguente, ma anche quella ambientale, alimentare, infettiva e la prevenzione nei luoghi di lavoro.

Quali saranno i vantaggi della Asl unica?

La messa in coerenza organizzativa, operativa e logistica delle Asl. È anche la fase più difficile, ma solo un quadro programmatico di sistema, con l'omogenizzazione delle strutture, permette di razionalizzare la spesa e quindi efficientare la sanità stessa migliorandone la qualità. Oggi ci sono attività sovrapposte, magazzini e laboratori hanno differenti metodi di funzionamento. Anche le procedure selettive e i sistemi premianti nelle parti variabili degli stipendi risultano diverse.

Quali sono i tempi per la messa in coerenza del sistema?

Dai sei agli otto mesi. Si tratterà di prendere a modello, in ogni settore, le migliori performance, gli esempi virtuosi. Che in Sardegna esistono e anzi sono numerosi. Mi riferisco per esempio ai bassi tassi di ospedalizzazione in alcune realtà dove funziona bene la medicina territoriale. Per contro, bisognerà ridurre i cosiddetti ricoveri inappropriati. Ma rappresentano un costo indiretto pure la rilevante carenza, in alcune aree in particolare, di posti letto per post acuzie, perché ricadono su quelli per acuzie. La nuova rete ospedaliera servirà anche a questo. Gli obiettivi me li ha dati la Regione, adempimenti che hanno un tempo di realizzazione stretto. Superata questa fase della messa in coerenza, necessaria e propedeutica, nell'immediato si dovranno sviluppare la medicina territoriale e ridurre le liste d'attesa. Subito andrà costruita anche l'integrazione tra sanità e servizi sociali col coinvolgimento dei Comuni. Questo perché i cittadini nei loro bisogni sanitari, e mi riferisco ai singoli, non sono scindibili dai bisogni di assistenza. I nuovi modelli organizzati dovranno essere a regime entro diciotto mesi. Anche una lunga marcia comincia con un piccolo passo. I risultati arrivano quando si costruisce il coinvolgimento profondo di tutti gli operatori e non solo delle strutture amministrative, sulle quali, per ovvie ragioni organizzative e formali, siamo adesso concentrati. Insieme a medici, infermieri, tecnici, oss e sindacati studieremo il modello del nuovo contratto unitario, sia per il comparto che per la dirigenza, compresa la medicina convenzionata.

I risparmi si produrranno subito?

Negli anni credo di aver accumulato sufficiente esperienza per cogliere intanto che è necessario accelerare i ritmi del cambiamento. Io penso che dotare le Asl di ampie deleghe, pur dietro il quadro di unità generale, sia la strada giusta. Troveremo il corretto bilanciamento tra la spinta centralista che porta con sé l'ATS e il decentramento rappresentato appunto dalle aree socio-sanitarie. Tutto starà nel non disperdere l'unitarietà delle strutture organizzative e amministrative dalla gestione centrale. Che è una sovrastruttura necessaria, ma la sanità esiste per assicurare e migliorare le condizioni di salute dei cittadini e quindi il decentramento dei servizi sanitari è implicito.

MAI

**CONVOCAZIONE
ASSEMBLEA ORDINARIA
ANNUALE
2 MAGGIO 2017**



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE

Gli iscritti sono convocati in Assemblea Ordinaria il giorno 30 aprile 2017 alle ore 24.00 in prima convocazione e il giorno **2 maggio 2017 alle ore 16.30 in seconda convocazione** a Sassari nella Sala Conferenze dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri in Via Cavòur 71/b, piano terra.

Sarà discusso il seguente ordine del giorno:

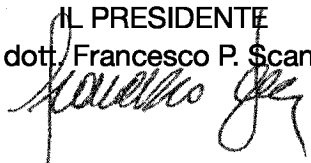
1. Relazione del Presidente;
2. Conto consuntivo anno 2016;
3. Variazioni e assestamenti al bilancio di previsione anno 2017;
4. Varie ed eventuali.

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

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

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

Nessun iscritto può essere investito di più di due deleghe.

IL PRESIDENTE
- dott. Francesco P. Scanu -


Il sottoscritto dott. delega a rappresentarlo nell'Assemblea Ordinaria dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri del giorno 2 maggio 2017, il dott.

....., li

firma





AVVISO

È attiva la nuova modalità di iscrizione on line ai corsi Ecm residenziali

Per semplificare l'accesso ai servizi dell'Ordine da parte dei medici e odontoiatri iscritti, e al fine di garantire la massima trasparenza nella partecipazione alle attività di aggiornamento culturale inserite nel Piano Formativo per l'anno 2017, elaborato dal Consiglio direttivo a favore degli iscritti, è stata promossa l'attivazione di una nuova modalità di iscrizione ai **Convegni e Corsi di aggiornamento ECM organizzati dall'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri della provincia di Sassari in modalità residenziale.**

A partire dal mese di marzo 2017 in concomitanza con l'apertura delle iscrizioni per il Corso di aggiornamento dal titolo: "Patologie professionali da ruimore. Criteri diagnosticim e di gestione" (6,6 crediti formativi Ecm) che si terrà nella Sala Conferenze "Egidio Depperu" il 20.04.2017, sarà **avviata la nuova procedura di iscrizione on line ai corsi**, gestita attraverso l'**applicazione "GESTIONE CORSI" del software di anagrafica MEO.**

Con l'attivazione della nuova procedura, **l'iscrizione ai corsi avverrà esclusivamente attraverso la modalità on line, accessibile dal sito istituzionale dell'Ordine all'indirizzo www.omceoss.org**

Di seguito si riportano le procedure di iscrizione e cancellazione dal corso utilizzabili dalla data di pubblicazione dell'avviso di apertura delle iscrizioni.

AVVISO DI APERTURA ISCRIZIONI

L'apertura dell'iscrizione al corso segue le medesime modalità utilizzate sino ad oggi:

- 30 giorni prima della data prevista per ciascun evento formativo verrà pubblicato **sul sito ufficiale** dell'Ordine l'avviso di apertura di iscrizione con le principali informazioni relative all'evento (titolo, data, durata, crediti attribuiti, professione accreditata, eventuali categorie riservatarie per l'iscrizione (es. medici competenti etc.);
- l'avviso, completo di brochure e programma, riporterà in calce **un link**, cliccando il quale, il sanitario accederà alla scheda di iscrizione al corso.

PROCEDURA DI ISCRIZIONE

- cliccando il **link**, riportato in calce all'avviso, completo di brochure e programma, il sanitario accede alla scheda di iscrizione al corso;
- nella scheda di iscrizione è visualizzato il contatore dei **posti ancora disponibili** e l'avviso di **chiusura iscrizioni.**

Nel momento in cui viene raggiunto il numero massimo dei posti disponibili impostato preventivamente dagli uffici sulla base dell'accREDITAMENTO, verrà visualizzato **l'avviso di chiusura iscrizioni.**

- il sanitario, completata la procedura, riceverà **una e-mail di conferma dell'avvenuta iscrizione.**

Attraverso la stessa e mail il sanitario, che intende rinunciare all'iscrizione al corso, potrà procedere alla cancellazione, seguendo la procedura di seguito indicata.

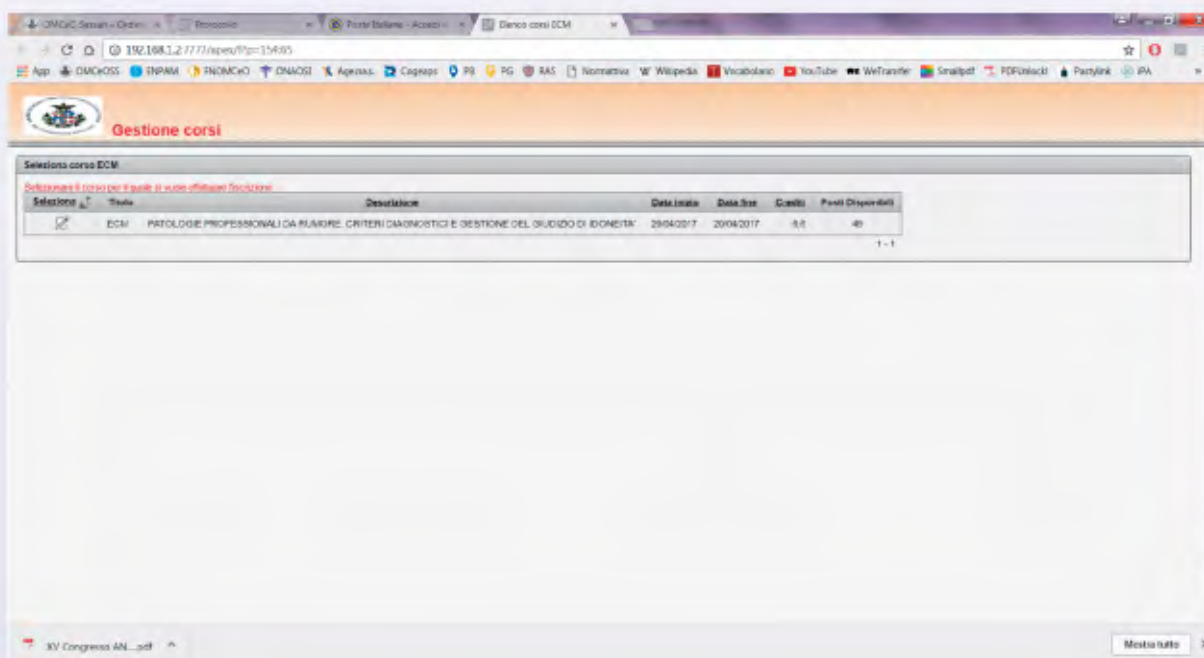
PROCEDURA DI CANCELLAZIONE PER RINUNCIA ALL'ISCRIZIONE

È prevista una procedura di rinuncia all'iscrizione al corso a disposizione del sanitario che, dopo il ricevimento della conferma di avvenuta iscrizione al corso, sia impossibilitato a partecipare. Al fine di rendere nuovamente disponibile il posto e consentire l'iscrizione di altri colleghi interessati, **la cancellazione** deve essere effettuata entro il secondo giorno antecedente la data prevista per il corso. **La cancellazione** può essere effettuata **soltanto dal sanitario** attraverso le seguenti modalità:

- 1) tramite **ACCESSO AL LINK DIRETTO**, indicato in calce alla e-mail, inviata dal sistema al sanitario al termine dell'operazione di iscrizione on line, di conferma dell'avvenuta iscrizione al corso. Tramite il link diretto il sanitario può accedere esclusivamente alla propria iscrizione al corso e potrà effettuare l'unica operazione di disdetta.
- 2) tramite **ACCESSO ALL'AREA RISERVATA** con utilizzo delle credenziali di accesso. Si precisa che tramite l'accesso a questa sezione dell'Area riservata il sanitario può visualizzare tutte le sue partecipazioni ai corsi organizzati dall'Ordine.

Al fine di agevolare il percorso da seguire nelle diverse fasi, di seguito si riportano:

- a) la scheda gestione corsi per la selezione del corso per il quale si intende effettuare l'iscrizione;
- b) la scheda di iscrizione al corso;
- c) maschera di ingresso all'area riservata (login)



a) scheda di gestione corsi

b) scheda di iscrizione

c) maschera di ingresso all'Area Riservata

Con l'auspicio di avere, attraverso l'attivazione di questa procedura, semplificato le procedure di iscrizione alle attività formative dell'Ordine si rinnova l'invito a:

consultare costantemente il sito istituzionale dell'Ordine nel quale vengono pubblicate in HOME PAGE le notizie di maggiore interesse per la categoria

prendere visione del Programma formativo anno 2017 approvato dal Consiglio Direttivo e pubblicato nel sito istituzionale nella sezione FORMAZIONE, CORSI E CONVEGNI

provvedere alla registrazione nell'AREA RISERVATA presente nel sito istituzionale dell'Ordine, utilizzando le credenziali messe a disposizione di tutti gli iscritti.

A proposito di **CREDENZIALI** si ricorda che:

- 1) gli iscritti all'Ordine alla data **del 31.12.2014** hanno ricevuto le credenziali in allegato al bollettino Mav inviato per posta per il pagamento della tassa annuale di iscrizione per l'anno 2015;
- 2) gli iscritti all'Ordine **dal 1. 1.2015 ad oggi** possono autonomamente richiedere le proprie credenziali accedendo all'AREA RISERVATA presente sul sito istituzionale e attivando, attraverso la casella Pec fornita e/o depositata negli archivi all'Ordine, la procedura di registrazione proposta dal sistema.

Si richiama, infine, l'attenzione degli iscritti sull'importanza di provvedere tempestivamente alla cancellazione dai corsi, ai quali, già iscritti, non possano partecipare, al fine di consentire l'iscrizione di altri colleghi interessati.

Si informano sin da ora gli iscritti che, al fine di limitare lo spiacevole inconveniente dell'assente di sanitari iscritti ai corsi il Consiglio Direttivo ha deliberato di introdurre dopo **l'avvio di una prima fase sperimentale della modalità di iscrizione on line ai corsi**, diretta principalmente a diffondere tra gli iscritti la conoscenza di questo nuovo strumento di iscrizione alle iniziative di aggiornamento organizzate dall'Ordine, un sistema automatico di monitoraggio della mancata partecipazione ai corsi.

Pertanto a conclusione di questa prima fase di utilizzo della procedura, verrà introdotto un meccanismo di **"black list" che inibirà l'iscrizione ad un corso al sanitario** che, impossibilitato a partecipare al corso precedente non abbia provveduto alla cancellazione nei tempi prescritti (**entro due giorni dalla data fissata per l'evento**).

L'introduzione di un **sistema di inibizione dell'iscrizione per un corso** per i sanitari che non abbiano partecipato ad un corso al quale in precedenza si erano iscritti, senza provvedere alla rinuncia all'iscrizione, **non deve essere inteso come una penalizzazione fine a se stessa, ma come un sistema che, nell'ottica della massima trasparenza, sia volto a garantire la più ampia partecipazione di tutti gli iscritti alle iniziative formative dell'Ordine.**

Per motivi strettamente organizzativi, il termine massimo per provvedere alla cancellazione e rendere nuovamente disponibile il posto, è stato fissato nei due giorni precedenti la data fissata per l'evento.

INFORMAZIONE SULLE ATTIVITÀ FORMATIVE

L'apertura delle iscrizioni è resa ufficiale con la pubblicazione della notizia e del programma dell'evento formativo nella home page del **sito dell'Ordine** che, si ricorda, è un **canale istituzionale di informazione dell'Ente** rivolto agli iscritti e all'utenza.

Si ricorda, inoltre, che l'apertura delle iscrizioni ai corsi organizzati dall'Ordine è fissata il trentesimo giorno precedente la data programmata per l'evento formativo.

Per una più capillare informazione, nei giorni immediatamente successivi alla data di pubblicazione della notizia sul sito istituzionale, gli uffici provvedono a inviare **per posta elettronica una comunicazione con allegato il programma dell'evento a tutti gli iscritti che hanno depositato all'Ordine l'indirizzo mail.**

Un importante punto di riferimento nel Centro e Nord Sardegna

L'Unità Operativa Oculistica di Alghero

L'unità Operativa di Oculistica di Alghero si trova al primo piano dell'ospedale Marino, ed è diretta da Pierangelo Pintore. È senza dubbio un importante centro di riferimento per i pazienti oculistici del centro e nord Sardegna, come dimostrano i numerosi accessi registrati a carico di cittadini provenienti dagli ambiti territoriali di Nuoro, Olbia-Tempio, Oristano e ovviamente Sassari. Si tratta di persone che afferiscono all'Unità Operativa di Alghero per usufruire di prestazioni di diagnostica avanzata e di terapie chirurgiche e mediche. Le maggiori risorse sono attualmente impegnate nella chirurgia del segmento anteriore con particolare riferimento alla chirurgia della cataratta complicata. Nel corso del 2016 l'Unità Operativa di Oculistica di Alghero è stata, tra le strutture ospedaliere pubbliche, quella che ha eseguito il maggior numero di interventi chirurgici di asportazione della cataratta (dati Regione Sardegna).

Sono stati effettuati oltre 2100 interventi chirurgici, la



Caso complesso

maggior parte dei quali hanno appunto riguardato la rimozione della cataratta, spesso complicata dalla contemporanea presenza di altre patologie quali glaucoma, retinopatia diabetica, malattie della cornea ed altre. I risultati chirurgici mostrano percentuali di complicanze molto basse, al di sotto delle medie nazionali. I buoni risultati ottenuti sono frutto di un pregevole e accurato lavoro d'equipe che inizia già in fase di precovero con un rigoroso studio del caso clinico, passa attraverso una attenta valutazione di tutti gli esami strumentali effettuati che consente di elaborare un programma operatorio per ogni singolo paziente e si concretizza con l'intervento chirurgico, dove vengono utilizzati materiali viscoelastici, cristallini artificiali ed altri accorgimenti e



Il direttore Pierangelo Pintore

presidi, personalizzati per il singolo caso.

Tra gli altri interventi chirurgici, l'Unità Operativa Oculistica di Alghero si è distinta per l'impianto intraoculare di ICL, lenti in collamer che vengono posizionate tra iride e cristallino consentendo al paziente miope di ottenere una qualità di visione nettamente superiore rispetto agli occhiali, alle lenti a contatto e ad altre metodiche chirurgiche; in fase di pre-intervento è necessario un accurato studio della geometria dell'occhio, mentre in fase chirurgica è importante possedere buona manualità ed esperienza nelle manovre di posizionamento della lente. Infine sono stati eseguiti nel corso del 2016, diversi interventi di impianti di device ipotonizzanti (valvole per il glaucoma scompensato) e oltre 100 interventi di chirurgia palpebrale.

Tutti i giorni, contemporaneamente all'attività chirurgica, una parte dei medici e degli infermieri è impegnata nella esecuzione di esami di diagnostica computerizzata di rilevante complessità: fluorangiografie, OCT, topografie corneali, ecografie bulbari, microscopie endoteliali, ecc. Dal mese di novembre 2016, grazie ad una donazione della Fondazione Sardegna, vengono eseguite anche le angiografie al verde di Indocianina, che consentono di studiare le neovascolarizzazioni sottoretiniche occulte e le uveiti posteriori, e di dirimere dubbi diagnostici correlati a patologie vascolari di particolare complessità. Nell'anno in corso sono state eseguite oltre 350 fluo-



I dottori Castagna, Patteri e Pintore con il professor Cosimo Mazzotta

rangiografie retiniche, 1500 Impianto di ICL OCT e oltre 300 sedute di laser terapia retinica.

La buona qualità delle prestazioni sanitarie erogate deriva anche da una serie di collaborazioni con alcuni fra i migliori centri di patologia oculare della Penisola.

Per argomenti di particolare rilevanza clinica e diffusione, specie in Sardegna, sono state attivate importanti consulenze con esperti referenti nazionali, con confronti e incontri periodici.

Per il cheratocono e le distrofie corneali, ad esempio, c'è un costante contatto con il professor Cosimo Mazzotta di Siena, uno dei maggiori esperti di cross-linking in Europa. Di recente a Siena Pierangelo Pintore ha eseguito un intervento chirurgico sulla cornea di un paziente sardo affetto da cheratocono.

Per la patologia retinica di pertinenza medica, si è creato un filo diretto con il dottor Introiini e il professor Bandello dell'Ospedale San Raffaele di Milano.

Per la patologia glaucomatosa, il trapianto di cornea e le problematiche legate alla chirurgia refrattiva è in atto una proficua collaborazione con i dottori Caramello di Cuneo e Marco Fantozzi di Pisa. Mentre per la chirurgia vitreo retinica e la traumatologia ci si avvale della preziosa presenza del professor Francesco Boscia, direttore della Clinica Oculistica dell'Università di Sassari.

I pazienti che usufruiscono delle cure offerte ad Alghero, provengono da diverse ASL della Sardegna.

Personale medico dell'unità Operativa di Oculistica e i relativi campi di interesse:

Direttore: **Pierangelo Pintore** (esegue la maggior parte degli interventi chirurgici, coordina l'attività dello staff medico e determina l'orientamento dell'U.O.).

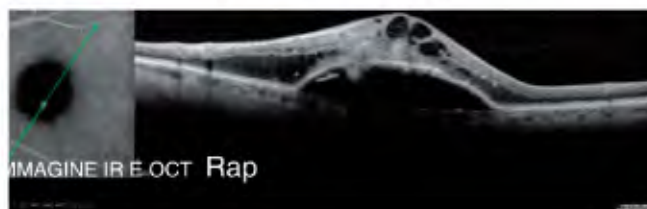
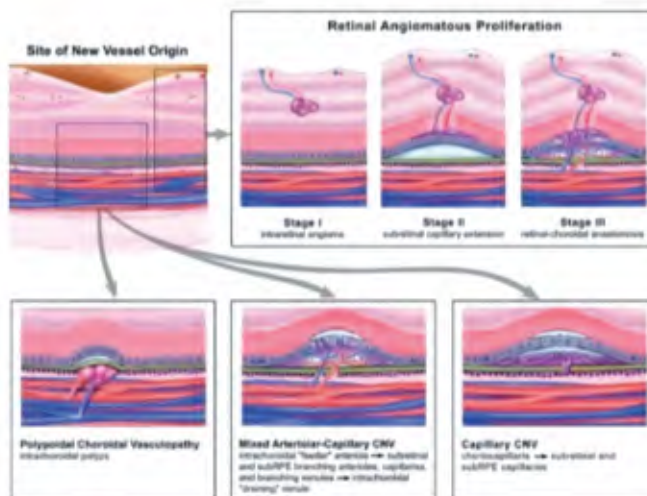
– **Marcella Castagna**: principale campo di interesse chirurgia.

- **Laura Giorico**: chirurgia degli annessi.
- **Pierpaolo Patteri**: chirurgia e diagnostica.
- **Luigi Testoni**: prevalentemente diagnostica e chirurgia.
- **Carlo Masia**: prevalentemente diagnostica e chirurgia.

L'espansione dell'Unità Operativa di Oculistica di Alghero, passata da 300 interventi chirurgici del 2009 a oltre 2100 del 2016, è stata possibile anche grazie ad altre figure professionali: tutti gli infermieri del reparto e la coordinatrice infermieristica (M.S. Madeddu - A. Baldino), l'istituto di Ingegneria clinica (dottor A. Spano), l'ufficio acquisti (dottor S. Cattani), il responsabile sanitario dell'ospedale dott. Elio Manca ed altri.

In conclusione, dall'Unità Operativa di Oculistica di Alghero, alcune immagini di diagnostica computerizzata avanzata, utili nella quotidianità clinica.

Il caso specifico riguarda la diagnosi differenziale nelle neovascolarizzazioni retiniche occulte tra RAP E PVP (vasculopatia coroideale polipoide - Immagini (Heidelberg)).



La difficile gestione del bambino con steatosi epatica non alcolica

La steatosi epatica non alcolica (NAFLD) è la manifestazione a livello epatico degli effetti della sindrome metabolica.

L'aumento della prevalenza dell'obesità ha fatto sì che la NAFLD rappresenti oggi uno dei maggiori problemi di salute del bambino, divenendo l'epatopatia cronica più comune in età pediatrica. La NAFLD viene riscontrata con una prevalenza del 40-70% nei bambini obesi, di cui circa il 3-5% progredisce verso il quadro più severo di steato-epatite non alcolica o NASH, caratterizzato da gradi variabili di infiammazione e fibrosi epatica fino alla cirrosi con necessità di trapianto di fegato già in età giovanile.

La NAFLD è in generale una epatopatia benigna e silente i cui segni di allarme di epatopatia cronica iniziano a comparire solo nei casi che progrediscono verso la NASH.

Quando sospettare la Nafld in un bambino

Il sospetto diagnostico di NAFLD deriva dal riscontro di:

- 1) alcuni segni clinici;
- 2) specifici esami ematochimici;
- 3) dalla diagnostica per immagini.

La triade di segni clinici che deve indurre il sospetto di NAFLD include:

- 1) l'acanthosis nigricans come indicatore di resistenza all'insulina;
- 2) l'aumentata circonferenza della vita come evidenza di obesità centrale e viscerale;
- 3) l'epatomegalia come indice di interessamento epatico.

I bambini con sindrome delle apnee ostruttive nel sonno (OSAS) diagnosticate tramite polisonnografia notturna sono considerati a rischio di NAFLD più severa a causa degli effetti dello stato di ipossia cronica intermittente sulla progressione dell' infiammazione e della fibrosi epatica.

Nelle bambine adolescenti con NAFLD è raccomandato lo screening per la sindrome dell'ovaio policistico (PCOS), specialmente se all'anamnesi e all'esame obiettivo emergono segni di iperandrogenismo (acne, irsutismo ed irregolarità mestruali). La diagnosi di NAFLD è

di Maria Grazia Clemente



risultata inoltre molto utile nell'individuazione degli individui ad alto rischio cardiovascolare.

Nei soggetti obesi, l'interessamento epatico di per sé promuove malattie cardiovascolari indipendentemente dalle altre componenti della sindrome metabolica.

Bambini con NAFLD documentata ecograficamente e ipertransaminasemia presentano alterazioni vascolari funzionali e morfologiche, come per esempio disfunzione

endoteliale, dilatazione dell'arteria brachiale, aumentato spessore della tonaca intima e media carotidea e alterate funzioni ventricolari. I bambini con NASH sono ad alto rischio di aterosclerosi a causa della resistenza insulinica periferica, il profilo lipidico pro-aterogenesi, lo stress ossidativo e lo stato di infiammazione sistemica. Il controllo e periodico monitoraggio della pressione arteriosa sistemica è una costante nella gestione del bambino con NAFLD.

Gli accertamenti ematochimici includono esami del profilo epatico, il profilo coagulativo, il profilo lipidico, la glicemia e l'insulina. Sono sempre più numerosi inoltre gli indici e i marcatori ematochimici proposti per una valutazione non invasiva del grado di progressione della NAFLD.

La diagnostica per immagini ha un ruolo fondamentale nel sospetto diagnostico iniziale di NAFLD. L'ecografia epatica (prevalentemente basata sul raffronto tra iperecogenicità epatica verso ecogenicità del parenchima renale) è sicuramente un esame privo di rischi, di facile esecuzione e basso costo ma è limitato dall'impossibilità di determinare la NAFLD iniziale, quando cioè l'interessamento è inferiore al 30% degli epatociti.

Negli ultimi anni sono state sviluppate altre metodiche di diagnostica radiologica con le quali è possibile determinare il grado di fibrosi epatica consentendo la distinzione tra NAFLD e NASH. Tra queste l'elastografia transitoria, l'elastografia con tecnica ARFI (Acoustic Radiation Force Impulse) e la risonanza magnetica elastografica (MRE) riescono a dare una stima indiretta della fibrosi epatica tramite la quantificazione della 'durezza' del parenchima epatico. La MRE è in grado inoltre di valutare

il contenuto epatico totale di grassi anche in percentuali di minori di epatociti coinvolti.

Nella pratica clinica la NAFLD è sospettata per lo più dal riscontro occasionale di ipertransaminasemia sierica accompagnata o meno dal quadro ecografico di fegato iperecogeno in bambini sovrappeso (BMI tra 85° e 94° percentile) o obesi (BMI \geq 95° percentile) per il resto sani.

Sono stati riportati casi di NAFLD confermati dal quadro istologico epatico in assenza di ipertransaminasemia.

Indicazioni alla biopsia epatica

La biopsia epatica è necessaria per la diagnosi definitiva di NAFLD; tuttavia non esistono linee guida ufficiali e vi sono ancora controversie sulle sue indicazioni. La Società Europea di Gastroenterologia, Epatologia e Nutrizione Pediatrica (ESPGHAN) ha accettato le indicazioni alla biopsia epatica nel sospetto di NAFLD secondo i criteri proposti da Roberts et al.:

- 1) per escludere un'altra epatopatia trattabile non escludibile altrimenti;
- 2) nel sospetto clinico di epatopatia in stadio avanzato;
- 3) prima di iniziare qualsiasi trattamento medico o chirurgico;
- 4) come parte dei protocolli di studi di ricerca clinica.

Come regola generale, la biopsia epatica deve essere considerata se l'ipertransaminasemia e/o l'iperecogenicità epatica persistono per almeno 6 mesi nonostante la riduzione del peso corporeo e la modifica dello stile di vita.

La biopsia epatica dovrebbe essere eseguita ancor prima del canonico periodo dei 6 mesi nei bambini con NAFLD e familiarità per NASH, nei bambini con epatosplenomegalia e/o valori particolarmente elevati di ipertransaminasemia, con positività di marcatori sierici di fibrosi, in presenza di patologie associate o processi espansivi ipotalamici.

Strategie di prevenzione e opzioni terapeutiche Modificare lo stile di vita

La complessa gestione della NAFLD inizia con la prevenzione e il trattamento dell'obesità infantile, attraverso specifici programmi di modifica dello stile di vita alimentare e dell'attività fisica.

Le linee guida proposte dalla commissione di esperti nominata dall'American Academy of Pediatrics (AAP) nel 2007 per la prevenzione e trattamento dell'obesità indicano come priorità assoluta la consapevolezza da parte dei pediatri di famiglia che ogni bambino che giunge alla loro osservazione sia potenzialmente a rischio di obesità.

In parallelo, il Ministero della Salute in Italia ha avviato

“Okkio alla Salute”, un progetto di sorveglianza nazionale su sovrappeso e obesità in età pediatrica, basato su questionari distribuiti agli alunni delle scuole primarie allo scopo di sondare le tendenze a stili di vita che pongono ogni bambino a rischio di obesità infantile per poter prendere consapevolezza della dimensione del problema sul territorio nazionale ed attuare adeguate linee di intervento.

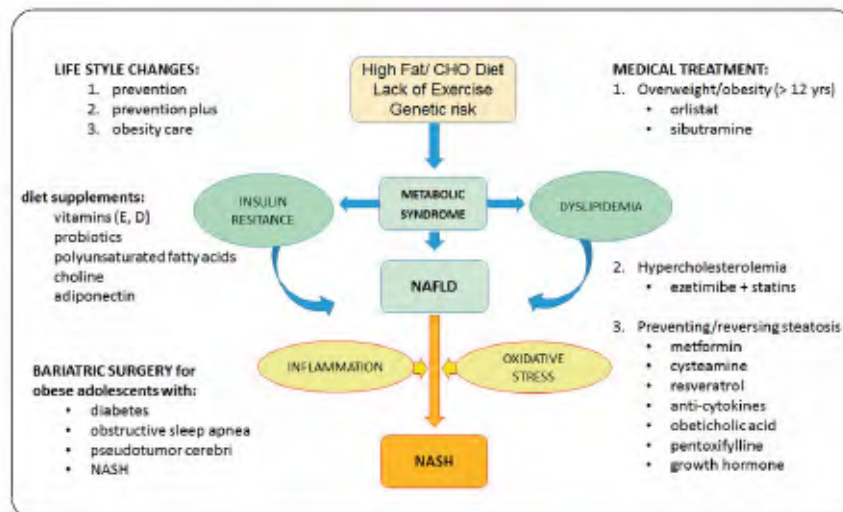
Il coinvolgimento della famiglia e la consapevolezza del problema da parte dei pediatri di famiglia sono il primo passo per identificare a tappeto i bambini potenzialmente a rischio. È necessario che il pediatra abbia cura di calcolare l'indice di massa corporea (BMI) e la circonferenza vita (parametro di obesità viscerale/centrale) di ogni suo assistito ad ogni visita di controllo, così da poter procedere con le misure di prevenzione o di trattamento a seconda dell'età del bambino e del valore di BMI.

La commissione di esperti nominata dall'AAP ha identificato 3 diversi programmi di intervento, denominati “prevenzione”, “prevenzione plus” e “cura dell'obesità”. Si tratta di programmi ad intensità crescente di intervento, per cui un paziente può iniziare con il programma meno intensivo e gradualmente spostarsi verso quello più intensivo a seconda dei risultati ottenuti in un determinato periodo di tempo.

La prevenzione riguarda i bambini normopeso. È richiesta al pediatra di famiglia la valutazione annuale di ogni bambino da lui assistito per cogliere fin dall'inizio eventuali tendenze verso abitudini alimentari e di attività fisica tra quelle considerate ad alto rischio di obesità, e qualora fossero presenti il pediatra interviene con specifiche raccomandazioni dietetiche (per es. 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno, la proibizione di bevande zuccherate) e di attività fisica (per es. 2 ore al massimo di video al giorno, nessuna televisione nella camera da letto del bambino, 1 ora o più di attività motoria giornaliera).

Il programma successivo o “prevenzione plus” è per i bambini sovrappeso (BMI tra 85° e 94° percentile), con l'obiettivo di mantenere costante il peso corporeo durante la crescita così da avere una lenta e fisiologica riduzione del BMI. Le raccomandazioni dietetiche includono almeno 5 o 6 pasti con la famiglia alla settimana, consentendo però al bambino di autoregolarsi ed assolutamente evitando misure restrittive. La regola generale da seguire è che i genitori offrano una varietà di alimenti sicuri non ipercalorici ma deve essere il bambino a decidere quali mangiare. L'attività motoria deve necessariamente essere regolarizzata, con 60 minuti di attività fisica moderata giornaliera e 20 minuti di attività più intensa per 3 volte alla settimana.

La cura dell'obesità (BMI \geq 95° percentile) è un programma che non può più essere gestito dal pediatra di famiglia ma deve necessariamente essere riferito ad un centro di terzo livello qualificato per il trattamento dell'obesità infantile. Per avere successo, il programma deve essere di tipo multidisciplinare, con il coinvolgimento di diverse figure professionali, come medico, infermiere, dietista, allenatore sportivo, assistente sociale e psicologo. L'obiettivo può essere il mantenimento del peso corporeo o anche la graduale perdita di peso fino al raggiungimento del BMI $<$ 85° percentile per l'età. Tuttavia, in casi di obesità di grado molto severo (BMI \geq 99° percentile), ed esclusivamente in bambini oltre i 5 anni di età, la perdita di peso può essere più rapida fino ad 0.5-1 kg alla settimana. Gli stili di vita associati a più successo sono stati dimostrati essere i seguenti sette: la riduzione di bevande zuccherate; la limitazione del numero di ore di screen time alla TV o ai videogiochi o cellulari (a 0 per i bambini $<$ 2 anni di età; a meno di 2 ore al giorno per i bambini $>$ 2 anni di età); la rimozione della TV dalla camera da letto del bambino; il non saltare mai il pasto della colazione; limitare il numero di pasti fuori casa; incoraggiare i pasti assieme ai genitori; la riduzione delle porzioni.



I supplementi dietici

Benefici a breve termine, ma non dimostrati a lungo termine, sono stati riportati dalla aggiunta alla dieta di Vitamina E e Vitamina D, acidi grassi poliinsaturi, colina e adiponectina.

È stato dimostrato da diversi studi che l'obesità si associa ad una diversa composizione della microflora intestinale. L'assunzione di specifici prebiotici e di probiotici favorisce la perdita di peso. Studi in soggetti con NAFLD hanno indicato i generi *Bifidobacteria* and *Lactobacillus*. In particolare, il *Lactobacillus rhamnosus* è efficace nel ridurre l'infiammazione, migliorare il metabolismo lipidico, e ancora più importante nell'aumentare la produzione nell'intestino di alcuni ormoni anoressizzanti.

La terapia farmacologica

I candidati alla terapia farmacologica sono i bambini con obesità di grado molto severo (BMI \geq 99° percentile)

alla prima visita oppure i bambini che non siano riusciti a cambiare radicalmente le abitudini alimentari e/o motorie in un determinato periodo di tempo. Le opzioni farmacologiche possono essere classificate in tre categorie: trattamento farmacologico dell'obesità (Inibitori della lipasi intestinale-orlistat); effetto anoressizzante (sibutramina); trattamento farmacologico della NAFLD e NASH (sensibilizzanti all'insulina-Metformina) Anti-ossidanti-cisteamina, vitamina E); trattamento farmacologico dell'ipercolesterolemia (inibitori dell'assorbimento intestinale di colesterolo-Ezetimibe)

La chirurgia bariatrica

Sempre più praticata in età adulta, la chirurgia bariatrica è stata suggerita in adolescenti con obesità severa quando complicata da diabete mellito, OSAS, pseudotumor cerebri, oppure NASH o quando sia necessario migliorare la qualità di vita nello svolgimento delle ordinarie attività quotidiane.

Le procedure di tipo chirurgico seguono due tipi di strategie, quelle atte a ridurre il volume gastrico, l'assorbimento di cibo e ad indurre un senso precoce di sazietà (bypass gastrico, palloncino intragastrico, gastrectomia laparoscopica, etc.) e quelle che

creano stasi gastrica dando un senso precoce di sazietà (per es. vagotomia troncale).

Conclusioni

La perdita di peso e l'attività fisica rimangono la prima opzione di intervento della NAFLD. Trattamenti farmacologici efficaci sono ancora in fase di sviluppo. Tuttavia, i farmaci con azione mirata verso resistenza insulinica, stress ossidativo, infiammazione, dislipidemia, disbiosi della flora intestinale e disfunzione dell'asse intestino-fegato sono un'opzione per i pazienti che non sono in grado di rispettare le modifiche stile di vita consigliati. Quando prevale una condizione di obesità patologica, dovrebbe essere presa in considerazione la chirurgia bariatrica.

Maria Grazia Clemente è pediatra, ricercatore
Clinica Pediatrica dell'Università di Sassari



Federazione Nazionale
Ordine Medici Chirurghi ed Odontoiatri

Ecm. La Commissione nazionale concede proroga per il triennio 2014-2016: ci si potrà mettere in regola entro il 2017. Nuovi criteri per l'assegnazione dei crediti

Ci sarà tempo anche per l'anno in corso per mettersi in pari con i crediti Ecm relativi al triennio 2014-2016, potendo acquisire sino al 50% del punteggio complessivo (150 crediti al netto di esoneri ed esenzioni). Stabiliti per triennio 2017-2019 nuovi criteri per l'assegnazione dei crediti agli eventi da parte dei provider.

A stabilirlo, la Commissione nazionale per la formazione continua, che ha deliberato in tal senso nella riunione del dicembre scorso.

A darne comunicazione è la Fnomceo. "La Commissione nazionale per la formazione continua – si legge sul sito Agenas dedicato all'Ecm – nel corso della riunione del 13 dicembre 2016, ha deliberato di consentire ai professionisti sanitari di completare il conseguimento dei crediti formativi relativi al triennio 2014-2016 entro il prossimo 31 dicembre 2017, nella misura massima del cinquanta per cento del proprio obbligo formativo, al netto di esoneri, esenzioni ed eventuali altre riduzioni.

I crediti acquisiti nel 2017, quale recupero del debito formativo del triennio 2014-2016, non saranno computati ai fini del soddisfacimento dell'obbligo formativo relativo al triennio 2017-2019".

Sempre in quell'occasione, la commissione ha fissato i nuovi criteri per l'assegnazione dei crediti agli eventi da parte dei provider.

Anche per il triennio 2017-2019 saranno 150 i crediti da maturare, fatti salvi esoneri, esenzioni, ed eventuali altre riduzioni (si veda delibera del 4 novembre). Meccanismo premiante per i professionisti che, nel precedente triennio, si siano dimostrati "virtuosi": la commissione ha infatti previsto una riduzione di 15 crediti per i sanitari che abbiano soddisfatto il proprio dossier formativo individuale, alla quale si sommano uno "sconto" di 30 crediti per coloro che abbiano acquisito tra 121 e 150 crediti o di 15 crediti se il "punteggio si assesta tra 80 e 120.

Da gennaio i nuovi corsi Fad della Fnomceo, offerti gratuitamente a tutti i medici e gli odontoiatri tramite la piattaforma Fadinmed. A inaugurare la serie, un corso sulle vaccinazioni.

Criteri per l'assegnazione dei crediti ECM

Nella Tabella allegata sono indicati i criteri per l'assegnazione dei crediti al programma ECM e quindi al professionista sanitario che avrà seguito un evento o un programma formativo accreditato ed avrà soddisfatto i momenti di valutazione. Al fine di garantire un quadro completo ed armonico che permetta di comprendere le diverse possibili modalità di formazione/apprendimento utilizzabili sono state identificate le seguenti 11 tipologie:

1. Formazione residenziale classica (res)
2. Convegni, congressi, simposi e conferenze (res)
3. Videoconferenza (res)
4. Training individualizzato (fsc)
5. Gruppi di miglioramento (fsc)
6. Attività di ricerca (fsc)
7. Fad con strumenti informatici / cartacei (fad)
8. E-learning (fad)
9. Fad sincrona (fad)
10. Formazione blended
11. Docenza, tutoring e altro

Ad ognuna delle tipologie identificate corrispondono specifiche indicazioni per il calcolo dei crediti. Va sottolineato, tuttavia, che in alcune circostanze, e soprattutto nei progetti formativi più impegnativi, le diverse tipologie di formazione possono essere integrate tra loro, con alternanza, ad esempio, di momenti di formazione residenziale, fasi di training, di ricerca, etc. Alcuni progetti, di fatto, non sono più classificabili come esclusivamente residenziali o di FSC o di FAD e, per questo, si usa il termine blended (sistema "misto"). In questi casi occorre scomporre il progetto nelle varie componenti e sommare i crediti attribuibili a ciascuna tipologia formativa.

Sul prossimo numero l'approfondimento sulle ultime novità. Ulteriori informazioni sul sito dell'Ordine: www.omceoss.org

Sergio Bovenga nuovo segretario Fnomceo

Cinquantasette anni, grossetano, Bovenga è medico chirurgo, specialista in chirurgia generale ed esperto di risk management. Attualmente è direttore dell'unità operativa complessa



"Human Factors, non technical skills e rischio clinico" presso l'Azienda sanitaria Usl Toscana sud est. Già presidente, per quattro mandati, dell'Omceo di Grosseto, ne è ora consigliere.

"Ringrazio tutti i colleghi del Comitato Centrale, indi-

pendentemente dal fatto che abbiano orientato o meno verso di me la loro preferenza elettorale – ha dichiarato Bovenga, subito dopo la nomina –. Quella che mi aspetta è una responsabilità gravosa. Il pensiero va a Luigi: continuare il suo lavoro è un compito che fa tremare i polsi. Ci metterò tutto l'impegno di cui sono capace, collegialmente con il Comitato Centrale, in particolare con la presidente e con l'esecutivo”.

Giovanna Romeo nuovo direttore Fnomceo

È Giovanna Romeo il nuovo direttore della Fnomceo. Già dirigente di II Fascia del Ministero della Salute – presso l'Ufficio Legislativo, con attività di supporto al Ministro e al Sottosegretario di Stato per i lavori parlamentari e alle Direzioni Generali su diverse materie di interesse sanitario – Romeo ha preso subito possesso del suo ufficio in Federazione.

“Siamo stati privi di un Direttore per un tempo abbastanza lungo – ha esordito, nel presentarla, il Presidente della Federazione Roberta Chersevani – ma ora accanto a me, accanto a noi c'è Giovanna Romeo. Ha alle spalle un lungo percorso al Ministero della Salute, può essere referente con l'Europa, ha avuto anche un'esperienza, durata anni, di gestione del personale in Aifa”.

“Inizio oggi con molto entusiasmo questo nuovo cammino, che è per me una sfida gradevole e uno stimolo a crescere – ha affermato Romeo.

“Conto su di voi – ha continuato, rivolgendosi al Personale – soprattutto in questa prima giornata, per me impegnativa perché devo imparare a conoscervi e a conoscere quello che fate, ma anche in tutte quelle che verranno, perché lo staff è l'anima di ogni Amministrazione, e se non c'è un gruppo che lavora assieme e in armonia non si va lontano”.

Giornata del Sonno. I dentisti lanciano l'allarme apnee notturne

La campagna della Fondazione Andi Onlus.

Possono essere più di 2 milioni gli italiani che, senza esserne a conoscenza, soffrono di sindrome dell'apnea ostruttiva nel sonno (Obstructive Sleep Apnea Syndrome - Osas), un disturbo caratterizzato da ripetute pause nella respirazione durante il riposo notturno dovute all'ostruzione delle vie aeree.

Russamento, sonnolenza diurna, perdita di attenzione, ridotta concentrazione e sensazione di stanchezza sono tra i principali sintomi, mentre tra le possibili conseguenze, oltre a un sensibile peggioramento della qualità della vita, ci sono infarto, cardiopatie e ipertensione. La maggior parte delle persone minimizza i disturbi del sonno e i sintomi tipici delle Osas non pensando che facciano parte di una vera e complessa patologia. Allo

stesso modo la maggior parte di coloro che soffrono di “cattivo riposo” non consulta il medico e si rassegna a una bassa qualità di vita sottovalutandone le conseguenze per la propria salute come il diabete, le patologie cardiovascolari per citarne alcune.

È per questo che in occasione della Giornata Mondiale del Sonno, il 17 marzo, Fondazione Andi Onlus - Associazione Nazionale Dentisti Italiani ha lanciato la campagna “Allarme apnee notturne” per spiegare alle persone che le alterazioni del sonno possono compromettere, anche gravemente, la salute generale dell'individuo e che possono essere curate.

L'approccio terapeutico a questa sindrome, che vede coinvolti diversi apparati, deve necessariamente essere multidisciplinare con il coinvolgimento di un team che comprende lo specialista in medicina del sonno, lo pneumologo, il neurologo, l'otorino-laringoiatra e il cardiologo. Oggi però l'odontoiatra ha un ruolo importante come “sentinella diagnostica” provvedendo, per quanto di propria competenza, alla individuazione dei soggetti a rischio e alla eventuale presa in carico terapeutica di chi è soggetto alle apnee ostruttive. Un numero sempre maggiore di studi ha infatti dimostrato che l'odontoiatra con la prescrizione dei cosiddetti dispositivi intraorali (Mad) può intervenire terapeuticamente nelle forme lievi e moderate dell'Osas in alternativa a presidi come la Cpap (Continuous Positive Airway Pressure).

Medicina potenziativa. Fnomceo esplora le frontiere della medicina

Ci sono interventi che possono migliorare e potenziare le fisiologiche capacità psico-fisiche dell'essere umano. Sono leciti? Fino a che punto? Se ne è discusso il 16 marzo scorso a Roma in un convegno organizzato dalla Fnomceo. L'articolo 76 del Codice di Deontologia Medica del 2014 recita: “Il medico, quando gli siano richiesti interventi medici finalizzati al potenziamento delle fisiologiche capacità psicofisiche dell'individuo, opera, sia nella fase di ricerca che nella pratica professionale, secondo i principi di precauzione, proporzionalità e rispetto dell'autodeterminazione della persona, acquisendo il consenso informato in forma scritta”.

Una “presa d'atto” riguardo alle pratiche di medicina potenziativa che tutela le prerogative professionali, ma che non chiude la porta a scenari futuri. Capacità sensoriali potenziate, ad esempio, come attualmente si sta studiando soprattutto in ambito militare e di difesa.

Secondo Maurizio Grossi, presidente Omceo Rimini e coordinatore della Consulta deontologia nazionale, “cambia il paradigma della medicina, che non si rivolge solo ed unicamente alla persona malata ma anche alla persona sana per ‘potenziarla’. Però, introducendo la

medicina potenziativa nel Codice Deontologico, nasce evidente un problema complesso, quello della definizione di potenziamento specie in relazione alla distinzione con i trattamenti a finalità terapeutica. Tale problema – prosegue Grossi in un'intervista pubblicata sul portale Fnomceo – ricade sulla deontologia in quanto questa ha il compito di definire il comportamento responsabile del medico in ogni atto della condotta professionale. Importante quindi conoscere cosa sia la medicina potenziativa, quali ruoli abbia la professione medica in questo settore, e non ultimo quali limiti dare a questa pratica, chiedendosi se è lecito fare tutto ciò che è tecnicamente possibile”.

Il nodo è quindi, ancora una volta, nel ruolo del medico. “Penso – dichiara, sulla stessa pagina online, Maurizio Benato del Centro Studi Fnomceo e tra i primi a occuparsi del tema – che prendersi cura delle persone non vuol dire solo preservare l'esistente storico, ma anche non ostacolare ciò che è nuovo in nome di una conservatrice pretesa 'essenza' dell'umano e neppure porre un limite al processo di creazione, attraverso astratte e formali norme etiche.

Occorre accettare la sfida, facendosi carico, in quanto medici, della vulnerabilità umana che è l'humus nel quale l'esistenza umana si manifesta e la progettualità della vita di ciascuno si esprime. Sono proprio i modi e i gradi della condizione di vulnerabilità, nella quale si sviluppa nel tempo l'identità biografica di ciascuno, che devono richiamare le attenzioni di chi intende agire con l'obiettivo di ridurne il peso.

A questo ampliamento dell'orizzonte culturale dovrebbe, contemporaneamente, seguire il compito della sfera normativa che evitando derive paternalistiche sulle scelte personali del singolo dovrebbe tutelare nel contempo l'incolumità della popolazione”.

Ordini professionali Ricostituita la Commissione Centrale per gli esercenti le professioni sanitarie

Si è insediata al Ministero della Salute la Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie (CCEPS), ricostituita con decreto del presidente del Consiglio dei Ministri del 27 dicembre 2016. La procedura per il rinnovo della CCEPS è stata complessa e articolata a seguito della sentenza n. 215 del 7 ottobre 2016 della Corte Costituzionale che ha dichiarato l'illegittimità costituzionale della normativa che regola la composizione della commissione nelle parti in cui si fa riferimento alla nomina dei componenti di derivazione ministeriale. La CCEPS, cui sono attribuite funzioni di giurisdizione speciale, procederà all'esame dei ricorsi presentati dai professionisti sanitari contro i provvedimenti dei rispettivi

Ordini e Collegi professionali in materia di sanzioni disciplinari, di tenuta degli albi professionali, nonché in materia di regolarità delle operazioni elettorali per il rinnovo degli organi direttivi. Avverso le decisioni della commissione centrale è ammesso ricorso alle sezioni unite della Corte di Cassazione.

La commissione, presieduta da Antonio Pasca, presidente del TAR di Lecce, è composta dai rappresentanti designati dalle Federazioni nazionali degli Ordini e dei Collegi delle professioni sanitarie di: medico chirurgo, odontoiatra, medico veterinario, farmacista, ostetrica, infermiere professionale, assistente sanitario, vigilatrice di infanzia, tecnico sanitario di radiologia medica. La commissione dura in carica quattro anni.



Bando mutui, aperto sino al 5 maggio

È scattato lunedì 6 marzo il bando con cui l'Enpam mette a disposizione dei propri iscritti la possibilità di sottoscrivere un mutuo per acquistare o ristrutturare la propria abitazione. Medici e dentisti possono usufruire di 63 milioni di euro, di cui 33 riservati a iscritti con meno di 45 anni.

Fino alla mezzanotte del 5 maggio 2017 è possibile fare domanda per accedere al finanziamento tramite il link disponibile nell'area riservata del sito della Fondazione, www.enpam.it. L'importo massimo è di 300 mila euro, a un tasso fisso del 2,5 per cento per gli under45, e del 2,9 per cento per tutti gli altri richiedenti.

I requisiti

Il bando favorisce i giovani con meno di 35 anni che lavorano in partita Iva con il regime dei minimi. Per loro è più facile rientrare nei parametri richiesti, che vincolano la concessione del mutuo a un reddito superiore a 20mila euro. Per gli iscritti con età inferiore a 45 anni e per i medici specializzandi di qualsiasi età, il reddito lordo non deve essere inferiore a 26.098,28 euro.

A tutti gli altri iscritti è richiesto un reddito lordo familiare non inferiore a 32.622,85 euro. Per i giovani con età non superiore ai 35 anni un ulteriore vantaggio è dato dalla possibilità di scegliere l'opzione preferita per la verifica del reddito tra quello medio degli ultimi due o tre anni (2014-2015 o 2013-2014-2015), oppure il reddito del solo 2015 o 2016.

In caso di mutui ipotecari erogati per la sola esecuzione di lavori di manutenzione ordinaria o ristrutturazione dell'alloggio di proprietà dell'iscritto o del coniuge non separato, utilizzato o da utilizzare quale prima abitazione per sé e per i figli, l'importo massimo del mutuo è limitato a 150 mila euro.

Medici e dentisti, più soldi per maternità

L'Enpam ha deciso di aumentare l'assegno staccato alle dottoresse che diventano mamme: un minimo che sfiora i 1.200 euro mensili per cinque mesi, più un cospicuo pacchetto di misure che vanno dalla protezione dei periodi per gravidanza a rischio, la copertura dei buchi previdenziali, aiuti per asili nido e baby sitter e l'estensione di tutele anche alle studentesse di medicina e odontoiatria non ancora laureate.

“La professione medica è sempre più femminile ed è necessario prenderne atto anche nelle tutele offerte – dice il presidente dell'Enpam Alberto Oliveti – da custodi di un sistema previdenziale, inoltre, dobbiamo pensare al lavoro ed è importante che una professionista possa diventare serenamente mamma, sapendo di avere a disposizione delle opzioni che le consentano di conciliare vita e professione. Per noi infatti le dottoresse mamme sono colleghe che hanno dei figli, non delle donne che devono essere aiutate paternalisticamente”.

Queste nel dettaglio le misure previste, contenute all'interno del regolamento:

Indennità di maternità

L'assegno copre i due mesi precedenti la data presunta del parto e i tre mesi successivi alla nascita del bambino. A differenza dell'Inps, l'Enpam paga l'indennità anche se non si interrompe l'attività lavorativa.

L'importo minimo garantito sarà di 4.958,72 euro (per il 2017) a cui si aggiungerà un ulteriore assegno di 1.000 euro (indicizzati) per le dottoresse con redditi inferiori a 18mila euro (indicizzati), il che fa arrivare l'indennità minima totale a quasi 6 mila euro l'anno, circa 1.200 euro al mese.

Per le professioniste con redditi superiori verrà comunque garantita un'indennità pari all'80 per cento di cinque dodicesimi del reddito professionale dichiarato ai fini fiscali nel secondo anno precedente a quello della gravidanza. L'indennità massima è di 24.793,60 euro.

Gravidanza a rischio

Le professioniste potranno essere tutelate da una copertura specifica, prevista per un massimo di sei mesi (il periodo rimanente ricade nell'assegno di maternità). L'importo viene stabilito annualmente dal consiglio di amministrazione dell'Enpam.

Prima di questo nuovo regolamento la gravidanza a rischio rientrava nelle tutele assistenziali previste per la

malattia che sono vincolate a limiti di reddito, per cui le dottoresse con un reddito familiare superiore a una determinata soglia non erano garantite per il periodo in cui erano costrette a interrompere la professione per una gravidanza a rischio.

Questa nuova tutela protegge anche le dottoresse convenzionate con il Ssn che in alcune situazioni particolari in precedenza non ne avevano diritto.

Sussidi per spese di nido e baby sitter

Le neo mamme potranno contare su aiuti economici per le spese di baby sitter e nido (pubblico e privato accreditato) entro i primi dodici mesi di vita del bambino. Il beneficio è concesso una volta per ciascun figlio. Modalità, termini e limiti per la fruizione di questi sussidi saranno contenuti in un bando annuale deliberato dal Consiglio di amministrazione.

Contributo volontario

Nel caso in cui ci dovessero essere periodi privi di contribuzione a seguito di una gravidanza (maternità, aborto, gravidanza a rischio) o di adozione o affidamento, è possibile colmare gli eventuali buchi con dei versamenti volontari e garantirsi così una continuità utile ai fini dei requisiti e dell'importo della pensione. Il contributo volontario viene calcolato sulla base del reddito professionale dichiarato nel secondo anno precedente alla gravidanza. In assenza di reddito si prende come riferimento per la base del calcolo il minimo Inps previsto nello stesso anno.

Adozione e affidamento

Niente più distinzioni tra adozioni (e gli affidamenti preadottivi) nazionali e internazionali, per entrambe le quali viene garantita un'indennità di cinque mesi. Le tutele sono le stesse previste per la maternità.

Categorie tutelate

Sono tutelate le professioniste iscritte all'Ordine dei medici e degli odontoiatri. L'indennità di maternità viene corrisposta se non sussiste analogo diritto presso altre gestioni previdenziali obbligatorie oppure se ha diritto a percepire, in forza di leggi o contratti, trattamenti economici per gli stessi eventi o in alcuni altri casi particolari. L'Enpam integra comunque le prestazioni che non dovessero arrivare al minimo assicurato.

Studentesse in Medicina e Odontoiatria

Le tutele per la maternità sono state estese anche alle studentesse universitarie che decideranno di iscriversi alla Fondazione Enpam già a partire dal quinto o sesto anno del corso di laurea. Per queste ultime è previsto un sussidio di importo pari all'indennità minima prevista per ciascuna fattispecie. Per l'apertura delle iscrizioni all'Enpam che farebbe scattare le garanzie anche alle studentesse, la Fondazione sta attendendo il necessario via libera dei ministeri.



Morbillo. Allarme del Ministero: “Da gennaio ad oggi casi in aumento di oltre il 230%”.

La colpa è delle mancate vaccinazioni

I casi complessivi del 2016 sono stati 844, mentre dall’inizio del nuovo anno ad oggi sono stati già segnalati più di 700 casi. La maggior parte dei casi sono stati segnalati da sole quattro regioni: Piemonte, Lazio, Lombardia e Toscana. Secondo il ministero il fenomeno è in gran parte conseguente al numero crescente di genitori che rifiutano la vaccinazione.

Il Ministero della Salute lancia l’allarme morbillo. Nei primi due mesi e mezzo dell’anno abbiamo infatti quasi raggiunto la quota complessiva dei casi registrati nel 2016 quando in tutto si ebbero 844 casi di morbillo. Da gennaio ad oggi il morbillo ha invece già colpito 700 persone con un incremento, rispetto allo stesso periodo del 2016, di oltre il 230%.

La maggior parte dei casi sono stati segnalati da sole quattro regioni: Piemonte, Lazio, Lombardia e Toscana. Più della metà dei casi rientra nella fascia di età 15-39 anni. Sono stati notificati anche diversi casi a trasmissione in ambito sanitario e in operatori sanitari.

“Il morbillo – sottolinea il Ministero - continua a circolare nel nostro Paese a causa della presenza di sacche di popolazione suscettibile, non vaccinata o che non ha completato il ciclo vaccinale a 2 dosi. Ciò è in gran parte dovuto al numero crescente di genitori che rifiutano la vaccinazione, nonostante le evidenze scientifiche consolidate e nonostante i provvedimenti di alcune regioni che tendono a migliorare le coperture, anche interagendo con le famiglie e i genitori”.

“Nonostante il Piano di eliminazione del morbillo sia partito nel 2005 – sottolinea il Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin – e la vaccinazione contro il morbillo sia tra quelle fortemente raccomandate e gratuite, nel 2015 la copertura vaccinale contro il morbillo nei bambini a 24 mesi (coorte 2013) è stata dell’85,3% (con il valore più basso pari al 68% registrato nella PA di Bolzano e quello più alto in Lombardia con il 92,3%), ancora lontana dal 95% che è il valore soglia necessario ad arrestare la circolazione del virus nella popolazione”.

“È ora indispensabile – precisa – intervenire rapidamente con un impegno e una maggiore responsabilità a tutti i

livelli, da parte di tutte le istituzioni e degli operatori sanitari, per rendere questa vaccinazione fruibile, aumentandone l’accettazione e la richiesta da parte della popolazione. Analogamente le amministrazioni regionali e delle aziende sanitarie, così come pediatri e medici di medicina generale devono promuovere una campagna di ulteriore responsabilizzazione da parte dei genitori e delle persone non immuni di tutte le età affinché non rinuncino a questa fondamentale opportunità di prevenire una malattia che può essere anche letale”.

“Il Ministero – conclude – attiverà ogni possibile procedura per garantire la piena realizzazione degli obiettivi del recente piano nazionale di prevenzione vaccinale e per riguadagnare rapidamente le coperture vaccinali che si sono abbassate pericolosamente nel corso degli ultimi anni”.

Terapia del dolore e cure palliative: due italiani su tre ignorano la legge 38/2010. Report della Fondazione Gigi Ghirotti

La legge anti-dolore (38/2010) funziona e le cure palliative sono efficaci secondo il giudizio di chi ne ha usufruito. Ma pochi sanno che esistono: 2 italiani su 3 la ignorano. E l’informazione non arriva in modo fluido dai medici di famiglia (a cui si è rivolto il 64% dei pazienti) che di fronte al dolore prescrivono farmaci, ma non consigliano quasi mai (solo il 35% lo fa) il ricorso ai Centri di terapia.

L’Osservatorio per il monitoraggio della terapia del dolore e Cure palliative, realizzato sette anni fa dalla Fondazione nazionale Gigi Ghirotti onlus in collaborazione con la Fondazione Isal accanto all’Osservatorio ministeriale per il monitoraggio delle cure palliative e la terapia del dolore, previsto appunto dalla legge 38/2010, ha tirato le sue prime somme sull’attuazione e la conoscenza della legge. E lo ha fatto in collaborazione con le Regioni, grazie a un questionario che attraverso queste è stato somministrato a 13.374 pazienti nel periodo maggio-dicembre 2016.

Obiettivo: contribuire al miglioramento dell’accessibilità, erogazione, conoscenza e diffusione dei servizi di terapia del dolore e delle cure palliative e della soddisfazione di chi ne usufruisce.

I risultati dell’analisi sono stati presentati a Roma, alla presenza del ministro per gli Affari regionali Enrico Costa, del ministro della Salute Beatrice Lorenzin. “Ritengo inaccettabile – ha detto Livia Turco, madrina della legge del 2010 – che chi è solo o povero non possa ricevere il sollievo delle cure palliative e della terapia del dolore perché non sa che cosa siano o perché non gli sono accessibili. Compito primario della legge 38/2010 – ha proseguito Turco – è quello di costruire l’eguaglianza

nella dignità del fine vita, con l'aiuto dei medici, degli infermieri, dei farmacisti e del volontariato. Non dimentichiamo che proprio grazie alla legge 38 cure e terapie antidolore diventano un diritto esigibile da garantire in modo uniforme su tutto il territorio nazionale attraverso apposite reti che integrano gli hospice e i reparti ospedalieri con le strutture territoriali e quelle domiciliari, puntando soprattutto sull'assistenza domiciliare”.

Il monito che arriva dai dati dell'osservatorio volontario della Fondazione Ghirotti è piuttosto chiaro. Solo un paziente su tre conosce la legge sulle cure palliative, il 45% non conosce l'utilità dei farmaci oppiacei per le situazioni di dolore cronico o di fasi terminali.

“Abbiamo inserito la terapia del dolore nei Lea – ha ricordato il ministro della Salute Beatrice Lorenzin – sia a livello domiciliare, sia come specializzazione. Abbiamo reso obbligatoria la terapia in ricovero. Abbiamo migliorato in modo tangibile l'accesso agli oppiacei. Ma la sanità è ancora a macchia di leopardo: in alcuni luoghi si assiste a un servizio avanzato ed efficiente, in altri si fa un grande sforzo, ma le strutture non sono ancora adeguate a pazienti che si trovano ad affrontare il dolore, soprattutto nell'ultima parte della loro vita”.



Lorenzin ha definito “indescrivibile” il lavoro del personale, “medici e infermieri che hanno dimostrato e dimostrano ogni giorno – ha detto – una fortissima componente oltre che professionale, umana e psicologica, soprattutto negli hospice e per quanto riguarda la capacità della loro formazione”.

Ma ci sono due lacune secondo il ministro. La prima è ancora una volta la disomogeneità dell'applicazione delle linee guida e delle best practice: “Serve omogeneità”, ha detto con forza Lorenzin. La seconda sono le reti oncologiche. “La loro realizzazione ha come presupposto la necessità di seguire il paziente in tutte le fasi della malattia, senza lasciarlo mai solo: questo avviene però solo in 6-7 Regioni e non basta. Manca l'attuazione reale della rete – ha aggiunto – e così non va affatto bene.”

Lorenzin ha sottolineato che si sta lavorando “molto bene sulle nuove terapie, ma mancano ancora quegli aspetti di umanizzazione che dovranno fare i conti anche con una società che invecchia con più patologie degenerative e maggiore necessità di terapia del dolore”.

Il report

Per quanto riguarda le terapie, secondo i risultati dell'indagine il 45% dei pazienti non conosce gli oppiacei (derivati dalla morfina), il 43% li ritiene utili per curare dolori acuti o cronici, ma molti sono convinti servano solo per i pazienti in fin di vita (8%). Ma tornando al versante dell'informazione, se c'è chi ha commentato ribadendo in vari modi l'utilità di questi farmaci nella terapia del dolore (solo per “grossi” dolori, per i dolori cronici, ottimi ma creano nausea e rendono il paziente in stato confusionario, ecc.), c'è anche chi ha dichiarato di averne paura, chi li considera a uso “dei drogati”, chi crede creino dipendenza o facciano morire e chi rispetto alla domanda ha preferito cambiare del tutto argomento. L'età media degli intervistati è di 66 anni, ma si va da uno a 102 anni e il loro titolo di studio è nel 61% dei casi di scuola primaria o al massimo secondaria di primo grado. Il luogo dove è stata consegnata la scheda dell'indagine e, quindi, data l'informazione è nell'87% dei casi l'ospedale, mentre solo il 3% è stato interpellato a domicilio.

Chi ha usufruito di un centro o ambulatorio per la terapia del dolore (in realtà solo il 18% degli intervistati) giudica l'assistenza nell'80% dei casi soddisfacente (abbastanza o molto) e il 74% dei pazienti che li hanno utilizzati consiglierebbe ad altri il centro.

Stessa domanda è contenuta nella scheda per la rete delle cure palliative. Ne ha avuto necessità il 14% degli intervistati: il 69% di questi si è dichiarato soddisfatto dell'assistenza domiciliare ricevuta; il 78% di quella avuta negli hospice.

Note dolenti però arrivano sulla conoscenza della legge 38. Il 63% di chi ha risposto alla scheda non la conosce e il 70% non sa che la legge obbliga le strutture sanitarie a misurare il dolore e ad annotarlo su una cartella clinica insieme alla terapia prescritta e ai risultati ottenuti. Risposte diverse, ma non troppo, anche in questo caso a seconda dell'età e del titolo di studio. Chi conosce “meglio” l'esistenza della legge sono il 49% dei laureati, chi la conosce peggio il 68% di chi si è fermato alla scuola primaria. E rispetto all'età, conoscono la legge “solo” il 42% dei soggetti tra 60 e 74 anni, la ignorano il 77% di quelli tra 18 e 29 anni.

Circa la condizione degli intervistati, al momento della somministrazione delle schede il 58% di chi ha risposto era affetto da una patologia che provoca dolore e di questi nel momento della compilazione il 36% percepiva un dolore moderato o intenso, il 28% lieve e il 36% non sentiva dolore. Per quanto riguarda la durata del dolore, il 24% ha dichiarato di sentirlo da una settimana, ma il 45% da oltre sei mesi e di questi il 17% da più di cinque anni.

Pubblicate le statistiche dell'Inps

Anmefi: aumento importante delle certificazioni di malattia

L'Inps ha pubblicato i risultati concernenti la "certificazione di malattia dei lavoratori dipendenti privati e pubblici", relativi all'anno 2015.

I dati, rapportati al 2014, ma anche agli anni precedenti, dimostrano, in modo inequivocabile, che "nel 2015 sono stati trasmessi 12,1 milioni di certificati medici per il settore privato e 6,3 milioni per la pubblica amministrazione; il numero dei certificati di malattia trasmessi rispetto al 2014 presenta un aumento del 4,3% per la pubblica amministrazione e del 4,9% per il settore privato", in periodi in cui non si può certo parlare di aumento del numero dei lavoratori rispetto al passato. Tale incremento e relativi costi vanno ad aggiungersi alla già consistente indennità di malattia, che per le casse pubbliche è di circa due miliardi l'anno.

I dati pubblicati illustrano come l'aumento riguardi le classi da 6 a 10 giorni (+11,3%) e da 4 a 5 giorni (+7,7%), registrandosi una contro tendenza per gli eventi con un solo giorno di malattia, che registrano una diminuzione del 2,7% rispetto al 2014. Nel settore privato i certificati di malattia da 1 a 10 giorni sono in aumento, quasi a tendere verso un riallineamento con quello pubblico e con le connotazioni negative che ciò implica.

Sempre nel privato, a fronte dell'aumento del 4,9%, si evidenzia a livello regionale, un incremento massimo in Basilicata (+20,4%) e due regioni in contro tendenza, Valle d'Aosta e Calabria, con una diminuzione dell'1,2%. Nella pubblica amministrazione, al 4,3% di aumento del numero dei certificati contribuiscono in modo particolare la Calabria (+11,8%) e le Marche (+10,6%), mentre nel Lazio si registra un decremento pari all'1,2%. Resta il lunedì il giorno "nero" della settimana, in cui ci si ammala di più, con un 30% di maggior frequenza rispetto ai restanti. Una media del 33% fa poi osservare come la durata del certificato sia di 2-3 giorni, particolarmente per la pubblica amministrazione.

Quanto alla durata media della malattia – continuano a chiarire le tabelle – a fronte di 18,4 giorni del complesso, si arriva a 41,8 nel settore Agricoltura, caccia e pesca, contrapponendosi alla durata media di malattia di 9,6 giorni per i Servizi di informazione e comunicazione.

Chiunque, in base ai propri campi di interesse e specializzazione, potrà desumere dai dati innumerevoli os-

servazioni ed applicazioni, sperando che qualcuno si soffermi su quell'incremento del 4,9%, che, rapportato a milioni di lavoratori e ai costi di cui l'Erario deve farsi carico, non è certamente irrisorio.

Non figurano invece tra i dati pubblicati quelli relativi alla percentuale di controlli che l'Inps, per legge, dovrebbe effettuare al fine di verificare l'effettivo stato di malattia dei lavoratori. Probabilmente a molti sfugge come, a fronte dell'incremento delle certificazioni, il budget del 2015 e del 2016 per le visite di controllo da parte dei medici fiscali sia stato ridotto all'osso. I 50,6 milioni di euro destinati prima del 2013 sono stati infatti ridotti ad appena 13,8 milioni di euro, tanto da rendere irrisorio il



numero dei controlli su tutto il territorio italiano; in pratica restano i controlli richiesti dai datori di lavoro (a loro carico). Dal 15-20% di controlli sui certificati pervenuti, un tempo particolarmente suggerito dalle varie direzioni dell'istituto, si è passati ad un 3-4%, vanificando quei benefici che il sistema della medicina di controllo avrebbe potuto apportare, evitando maggiori oneri a carico del bilancio dell'ente, e che ricadono, in ultima analisi, su quello dello Stato.

È per questi evidenti squilibri che l'associazione torna a sollecitare la revisione del provvedimento dell'Inps, che ha determinato l'estrema riduzione dei controlli domiciliari demansionando la categoria preposta e peggiorando l'efficienza ed efficacia del servizio da essa svolto.

Alla luce dei preoccupanti dati, Anmefi rivendica il ruolo nel controllo della certificazione di malattia e dell'assenteismo lavorativo, grazie alla capillare azione svolta dai medici fiscali su tutto il territorio della nazione, assolutamente adeguati alle nuove tecnologie e disponibili all'espletamento del servizio che solo ad essi compete.

* Anmefi: Associazione nazionale dei medici di medicina fiscale

Taccuino



Concorso Ammi per sostenere la ricerca di medicina e farmacologia di genere



Il Concorso è promosso dall'Associazione mogli medici italiani con lo scopo di premiare il progetto di ricerca più innovativo e significativo di medicina e farmacologia di genere che verrà svolto da un/una ricercatore/ricercatrice presso le università italiane, o aziende ospedaliere del Sistema socio sanitario italiano, o altro ente di ricerca pubblico.

L'obiettivo dell'Ammi è incentivare la ricerca in questo ambito, al fine di arrivare all'appropriatezza e alla personalizzazione della diagnosi e della cura e di conseguenza ad una medicina basata sull'evidenza per ambedue i generi.

Possono concorrere i cittadini italiani che hanno meno di 36 anni alla data di scadenza del bando e che possano dimostrare di avere un'attività sperimentale significativa, di essere in possesso del titolo di dottorato di ricerca o di specializzazione conseguito presso un'università italiana nell'ambito delle materie mediche e farmacologiche. Possono inoltre concorrere i cittadini italiani che possano dimostrare di non essere dipendenti presso la Pubblica amministrazione con contratto di lavoro di tipo subordinato, specificando comunque il tipo di contratto in essere al momento della partecipazione al concorso. Coloro i quali hanno partecipato alle precedenti edizioni del concorso possono ripresentarsi, ad eccezione dei vincitori.

Il supporto finanziario di 10.000 euro sarà attribuito al progetto di ricerca risultato migliore tra quelli giunti entro la data 15 giugno 2017 a insindacabile giudizio di una commissione giudicatrice, composta da esperti nominati dalla presidente nazionale Ammi e da lei presieduta.

La cerimonia di consegna avverrà durante il seminario nazionale Ammi ad Arezzo, il 6-7 ottobre 2017.

Regolamento e modalità di partecipazione

1. La domanda di partecipazione al concorso, redatta in carta libera, deve essere indirizzata alla segreteria del premio, corredata dei documenti richiesti e inviata via e-mail a:

concorso@ammi-italia.org, in formato word o pdf.

Il progetto presentato dovrà essere in lingua italiana.

La domanda dovrà pervenire entro e non oltre il 15 giugno 2017.

Per ulteriori informazioni si prega di contattare:

presidenza@ammi-italia.org cell. 339 1879217

Onasi: non verrà modificato l'attuale assetto della Fondazione

Nella settimana scorsa si sono svolti a Roma due incontri ufficiali tra la presidenza Onasi rappresentata dal presidente Serafino Zucchelli e dal vice presidente Aldo Grasselli, e il presidente on. Lello Di Gioia e la vice presidente on. Titti Di Salvo della Commissione Bicamerale di Controllo.

Il contenuto dell'incontro, svoltosi in un'atmosfera costruttiva e cordiale, ci permette di ritenere con fondatezza che nel disegno di legge che scaturirà da tale relazione, non verrà modificato l'attuale assetto della Fondazione volto a tutelare gli interessi dei contribuenti.

45° Campionato italiano tennis medici

Dal 17 al 24 giugno, nel prestigioso circolo del hotel Commodore di Montegrotto (Padova), si svolgerà il 45° campionato italiano tennis medici.

Per tale evento sono previsti una infinità di tabelloni per tutte le età e tutti i livelli di gioco, con gare di campionato, di contorno e tabelloni di consolazione. È inoltre occasione per una settimana di relax in una località termale, per medici e famiglia e accompagnatori.

Per l'iscrizione e la prenotazione alberghiera consultare il sito web www.amti.it



XXXVII Premio Letterario nazionale Flaminio Musa

Medaglia d'argento a Giovanni Manca per il suo racconto "A tu per tu..."



Il nostro collega di Porto Torres, Giovanni Manca, finissimo scrittore, ha ricevuto la medaglia di argento del Presidente della Repubblica per essersi classificato, con il racconto "A tu per tu...", al secondo posto del "XXXVII Premio Letterario nazionale Flaminio Musa", che si è tenuto a Parma nel novembre scorso, promosso dalla Lilt, la Lega italiana contro i tumori.

Giovanni Manca può essere onorato di essere l'unico medico sardo ad aver raggiunto un così importante e prestigioso riconoscimento. Una gioia per Giovanni, e una grande soddisfazione per tutto il nostro Ordine. A Giovanni le felicitazioni e gli auguri dell'intero Ordine e di tutti i colleghi.

A tu per tu...

Alì improvviso il vento mi sveglia. Mi entra nelle orecchie, mi spacca i timpani, mi perfora le meningi, mi buca il cervello. Ma forse è solo la mia mente malata a causarmi questa sofferenza, perché quando apro gli occhi non sento alcun dolore.

Penso sia vento di maestrale, o perlomeno vorrei che lo fosse. Mi piace il maestrale, mi è sempre piaciuto, chissà poi perché. Forse perché è fresco, perché è forte, spazza tutto in breve tempo, mi da una sensazione di sicurezza. Però stanotte no. Stanotte soffia, ulula qui al terzo piano.

Stanotte mi fa paura.

Ad un tratto mi accorgo di non essere solo in questa stanza d'ospedale, e non mi riferisco al mio vicino di letto che continua a ronfare in maniera assurda. Forse non è stato il vento a svegliarmi, mi rendo conto della presenza di qualcuno che non vedo, di qualcuno che si nasconde nel buio di questa camera.

Ho paura, non riesco neanche a muovermi dall'angoscia che mi pervade. Ispeziono con lo sguardo gli angoli più bui della stanza, di questa stanza buia dove non filtra neanche un barlume di luce, quando alla fine lo vedo, per meglio dire vedo il luccichio dei suoi occhi. Brillano quelle pupille, sembrano di fuoco, sembrano pronte ad incenerirmi. Ho la netta sensazione che anche lui si

sia accorto d'essere stato scoperto. Chiudo gli occhi di proposito, faccio finta di niente, faccio finta di dormire, quando all'improvviso lo sento parlare ...

"Ehi tu ..."

Non so cosa fare; sudo, mentre il cuore inizia a battere dentro il petto. Devo rispondere o fare finta di dormire? Forse non ce l'ha con me, ma il mio vicino di letto continua a russare. È inutile che mi illuda: è me che vuole.

"Dici a me?" riesco a dire con un filo di voce.

"A chi altri se non a te. Se non sbaglio ci siamo solo noi due in questa stanza, non vedo nessun altro, a parte il tuo vicino che continua a dormire. Che intenzioni hai?"

"Che intenzioni ho? che vuoi dire? non capisco, e poi a te che importa?"

"Mi importa, eccome mi importa! Come ti chiami? Non me lo hai detto".

"Non me lo hai chiesto, ma non vedo perché dovrei dirtelo".

Cosa vuole questo tizio? Non lo conosco, non l'ho mai visto, anzi: per meglio dire non riesco neanche a vederlo nella penombra in cui si nasconde. Dalle fessure della finestra ora filtra un debole raggio di luce, forse è la luna, o forse l'illuminazione stradale. Preferisco pensare che sia la luna, che sia venuta a farmi compagnia in questa desolata stanza dove sono ricoverato ormai da alcune settimane.

Lui fa molta attenzione, rimane al buio, evidentemente non vuole farsi vedere, non vuole che veda il suo volto. Non ho voglia di parlare, sono stanco, quasi non riesco a tenere gli occhi aperti, La terapia oggi mi ha devastato.

Il maestrale continua a soffiare stanotte, sempre più forte, Ora ne sono certo: è stato il vento a svegliarmi, non può essere altrimenti. Lo sento urlare al di là della finestra. Porta via tutto, anche i pensieri, anche le parole. Se mi lasciassi andare il vento mi aiuterebbe, ne sono certo, Forse riuscirei persino a scappare da questo dannato ospedale, riuscirei a liberarmi di questo tipo che non conosco, ma non è semplice. Le forze ormai mi vengono a mancare.

“Allora, te lo ripeto, e sappi che non ho tanto tempo da perdere, ho molto lavoro da fare. Sapessi quanto ... non ho mai un minuto libero, né di giorno, né di notte, soprattutto stanotte ...”

“Allora dovresti imparare a riposarti invece di ...”

“Fosse così semplice, non dipende certo da me. Ripeto: come ti chiami?”

“Ma perché dovrei rispondere, io non ti conosco, e non voglio conoscerti, non vedo perché dovrei dirti il mio nome”.

“Perché voglio sapere il nome delle persone con cui lavoro, il nome delle persone che devo portare via”.

“Portare via? sei venuto per portarmi via?”

“Beh, almeno ci provo. Non sempre ci riesco, anche se do sempre il meglio di me stesso, anche se mi impegno al massimo”.

Forse sto sognando, anzi: non ho dubbi, non può essere che un sogno. Nessuno può entrare di notte in ospedale, tanto meno in un reparto di oncologia per portare via i malati. Portarli poi dove?

“Senti, perché non mi lasci in pace. Oggi non sto molto bene. Ho fatto la terapia e sono stanco, stanco di vomitare, stanco di questa nausea che non mi abbandona neanche per un istante, stanco di questo affanno, stanco di questo dolore, stanco di ...”

“Lo so che stai male, è per questo che sono venuto. Volevo rendermi conto personalmente delle tue condizioni, ma ora che ti ho visto devo dire che non è ancora arrivato il tuo momento. Non sei pronto”.

“Pronto per cosa?”

“Per venire via con me, te l’ho già detto”.

“Scordatelo, io non vengo da nessuna parte, né con te, né con nessun altro. Anzi, sai cosa ti dico...”

Ma dove è andato a finire, non lo vedo più. Non c’è nessuno nella stanza. Il mio vicino di letto continua a russare, non si è reso conto di nulla. Forse sto veramente sognando, o forse ho la febbre. Sì, dev’essere così, devo proprio avere la febbre, e alta per avere delle allucinazioni, forse è stata la terapia a farmela venire. Però è strano, il vento ha smesso improvvisamente di soffiare, i vetri della finestra non vibrano più, e io ho sonno, tanto sonno. Ho la netta sensazione di stare meglio, un po’ meglio; forse gli effetti collaterali dei farmaci che i medici mi hanno iniettato nelle vene stanno scemando.

Quando riapro gli occhi è ancora notte, pensavo d’aver dormito tanto, ma questa notte è lunga, terribilmente lunga. La luna deve essersi ormai stancata di farmi compagnia. Le lancette fosforescenti dell’orologio indicano le tre e quarantacinque. Avverto un silenzio assurdo nella stanza, non sento neanche il respiro del mio vicino. Accendo la luce per controllare che stia bene, e solo allora mi accorgo che il letto è vuoto, e stranamente disfatto: mancano sia le lenzuola che le coperte. Uno strano formicolio mi sale lentamente dalle gambe e giunge fino al cervello; dal corridoio solo il lieve ronzio delle lampade dell’illuminazione notturna. Spengo la luce, al buio mi sembra d’aver meno paura, ma è solo un’illusione.

È la paura che non ti lascia vivere. Che ti prende lo stomaco, te lo stritola, ti chiude la gola, ti leva il fiato. Senti un formicolio che lentamente risale per tutto il corpo e ti fa tremare. È allora che ti senti svenire, che ti senti morire. *Attacco di panico* lo chiamano i medici. È una paura incontrollabile. Per quanto cerchi di ragionare, di affrontare la malattia, non ci riesci, perché non hai alcuna certezza di guarigione, perché non hai alcuna certezza del domani. Non sai per quanto tempo potrai continuare a vivere, per quanto tempo potrai vedere il sole, per quanto tempo potrai vedere il mare. È l’angoscia che ti fa star male, l’ansia che ti piega le gambe quando fai le visite di controllo, cercando di capire dall’espressione dei medici quale sarà il tuo destino. La paura che ti sveglia all’improvviso la notte, mentre senti il cuore che batte a mille, che...

“...che ti fa vedere tutto nero”.

È tornato! È tornato insieme al vento che ha ripreso a soffiare, che fa nuovamente vibrare i vetri delle finestre.

“Tu cosa ne sai? Leggi anche nei miei pensieri?”

“Certo, so tutto di voi, dei vostri affanni, dei vostri tormenti. Il tuo vicino è stato bravo, è venuto via senza un lamento, non ha opposto alcuna resistenza”.

Cerco il campanello, voglio chiamare l’infermiere, voglio che mandi via quest’intruso, voglio chiedere che fine

abbia fatto il mio vicino, ma le mani mi tremano, non riesco a trovarlo. Di solito lo tengo sotto il cuscino, ma non c'è. Lo cerco sul comodino, ma non lo trovo. Urto la bottiglia dell'acqua che cade sul pavimento con un boato assurdo; inizio a tremare d'un tremore incontrollabile, mentre sento i passi dell'infermiere di guardia che sta venendo per controllare il motivo di questo frastuono.

“Calmati, non c'è motivo d'agitarti. Questa notte sono venuto per il tuo vicino, non per te. Ho fatto piano, non ti sei neanche svegliato”.

“Te ne devi andare, non voglio più vederti”.

“Non dipende da me...”

“Signore, con chi sta parlando?” chiede l'infermiere.

“Con chi sto parlando? Non lo so nemmeno io con chi sto parlando. Non si fa vedere, è là in fondo, nel buio. Si nasconde, non ha il coraggio di mostrarsi. Ha detto che stanotte è venuto per portare via il mio vicino di letto”.

“Il suo vicino lo abbiamo portato via noi. Saranno state le tre, abbiamo fatto piano per non spaventarla, lei non si è accorto di niente, dormiva. Pover'uomo, è passato dal sonno alla ... alla...” “Alla morte. Ha paura persino di nominarla?” “Non la volevo turbare”. “Non mi turba, non ho paura della malattia. Mi fa più paura quel tizio ...”

“Non c'è nessuno, mi creda. Forse la terapia le sta causando delle allucinazioni. Anche la morfina che le stiamo iniettando potrebbe farle vedere delle cose che in realtà non esistono”. “Non credo, sono abbastanza lucido. Le sue apparizioni sono sempre precedute dal vento, vento di maestrale”. “Guardi che non c'è un filo d'aria. È da tanto che non vedo una notte più tranquilla di questa. Ora cerchi di riposare, domani dovrà affrontare un altro ciclo di chemio”. “Non mi date tregua, non credo che potrò resistere a lungo con tutti questi farmaci che mi state iniettando”.

“È lei che non deve dare tregua alla malattia, e non deve mai perdere la speranza, è la sua unica possibilità. Ora vado, se ha qualche necessità mi chiami, ma cerchi di non fare rumore, ha svegliato mezzo reparto”.

“Parla bene il tuo infermiere. Bastasse un po' di buona volontà da parte vostra, non avrei più niente da fare, perderei il lavoro”. “Sei ancora qui? Credevo te ne fossi andato. Ecco perché sento soffiare nuovamente il vento. Chi sei? Perché non ti fai vedere?”

“Non lo hai ancora capito? Eppure mi senti tutte le volte che avverti il dolore, tutte le volte che ti mancano le forze, tutte le volte che ti senti morire. Sono il tuo male, la tua malattia, quella che lentamente ti porterà via.”

“Ecco chi sei. Ma non ti sarà tanto facile portarmi via. Io non me ne voglio andare, voglio rimanere qui. Ho ancora tanto da vedere, ho ancora tanto da imparare, ho ancora tanto da vivere. Non ti sarà facile, ti renderò la vita dura”.

“E già, all' inizio opponete sempre resistenza, vi attaccate a questa vita in maniera morbosa...”

“Perché, non dovremmo?”

“No, perché alla fine sarò io a vincere, alla fine...”

“Non sempre. Sempre più spesso vieni sconfitto, sempre più spesso ti capita di perdere le tue battaglie. Piano piano ti mancherà la terra sotto i piedi, vedrai che un giorno sarai tu a perdere, un giorno verrai sconfitto definitivamente”.

“Non hai tutti i torti, ultimamente vi state dando un gran da fare. A volte non riesco a capire dove troviate questa forza”.

“Non lo capisci? Eppure uno con la tua esperienza dovrebbe capirlo al volo, dovrebbe essere semplice: siamo venuti al mondo per vivere, non certo per morire. Finché avremo vita cercheremo di combatterti, cercheremo di sconfiggerti”.

“Ma chi vi da tutta questa ostinazione?”

“La speranza, solo la speranza. Quella non riuscirai mai a togliercela”.

“Tornerò. Se me ne darai l'opportunità tornerò”. All'improvviso non sento più il vento soffiare, non sento i vetri della finestra vibrare. Accendo la luce con paura, e aspetto di vederlo, ma non c'è nessuno, finalmente è andato via. Ora devo dormire, devo cercare di riposare, domani dovrò affrontare un'altra lotta contro il mio male. Dovrò cercare di sconfiggerlo giorno per giorno, dovrò resistere ai suoi attacchi. Non sarà facile, ma non voglio andare via con lui, non devo dargli alcuna opportunità. Non voglio più sentire il maestrale. Devo lottare. Lottare per mantenere viva la speranza, la sola che può darmi la forza per andare avanti. Questa sarà la mia ultima possibilità.

Da Bartolomeo Eustachi a Gianfilippo Ingrassia

La scoperta della tuba uditiva

Della vita dell'anatomista rinascimentale italiano Bartolomeo Eustachi (nella foto), scopritore della tromba di Eustachio, si conoscono le notizie salienti della sua vita grazie agli *Atti Consiliari* della sua città, San Severino Marche, provincia di Macerata. Secondo alcuni storici nacque nel 1500, secondo altri nel 1510, da Mariano, medico ed esponente di un'antica famiglia patrizia locale e da Francesca Benvenuti. Scarse notizie abbiamo sulla sua educazione. È noto che fu avviato precocemente agli studi umanistici completati poi a Roma dove intraprese anche la sua formazione medica. Grande fu l'influenza esercitata su di lui dal padre medico. È probabile che durante gli anni di studio abbia visitato Padova, dove era allora rettore dell'Università un suo conterraneo, Severino Boccacurati, anch'egli medico. Il fratello Fabrizio, medico di valore, alla morte del padre nel 1532 lo sostituì come medico alla corte di Urbino mentre Bartolomeo dovette rientrare a San Severino per continuare i suoi studi di Latino. Nel 1539 morì prematuramente suo fratello e a Bartolomeo fu offerta la seconda condotta medica nel Comune di San Severino con inizio il 20 dicembre di quello stesso anno. Ben presto giunse la convocazione alla corte di Urbino come era accaduto al padre e al fratello.

La sua preparazione medica e la sua reputazione a quel tempo avevano raggiunto un buon livello. Non minori progressi aveva fatto nello studio non solo del latino ma anche del greco e dell'arabo, lingue la cui conoscenza gli era indispensabile per la lettura dei testi originali dei maggiori medici del passato. Fece una versione latina con relativo commento dei testi di Eroziano, preziosa testimonianza dell'altissimo livello della sua formazione umanistica. Fu lo stesso Bartolomeo Eustachi a rintracciare presso la Biblioteca Vaticana un antico manoscritto di Eroziano che consentiva di interpretare correttamente il linguaggio tecnico delle opere ippocratiche. Per ciò che concerne la sua conoscenza dell'arabo resta l'autorevole giudizio di João Rodriguez de Castello Branco, più noto come Amatus Lusitanus, me-

dico e filosofo, che lo riteneva "il solo a possedere profonda perizia di molte lingue, l'arabo compreso" e l'unico in grado di intraprendere la traduzione latina dell'opera di Avicenna. Nel favorevole ambiente della corte urbinata, sviluppò ulteriormente la sua cultura umanistica utilizzando la ricca biblioteca ducale affidata alle cure di Pietro Antonio Collio, anch'egli di San Severino. Nel 1547, venne scelto come medico personale di Giulio Della Rovere il quale, eletto cardinale da Paolo III, si trasferì a Roma e lo portò con sé, facendolo abitare nella sua stessa casa, un palazzo attiguo alla chiesa di S. Maria in via Lata, dove sorgerà in seguito il palazzo Doria Pamphili. A Roma non tardò a mettersi in luce per la sua eccellente preparazione e perizia medica e fu nominato ben presto protomedico.



Il protomedico era il funzionario pubblico preposto a organizzare l'attività sanitaria dello Stato. I principali compiti erano di valutare le effettive capacità di coloro che chiedevano di intraprendere la professione di medico o di farmacista e di vigilare sull'attività di queste professioni.

Si hanno notizie di Bartolomeo Eustachi come insegnante di medicina all'Università La Sapienza di Roma tra il 1555 e il 1568. Nel 1563 sotto il pontificato di Pio

IV si apprende che era lettore di medicina pratica insieme con Gaspare Cardano con uno stipendio annuo di 330 scudi. Nel frattempo, non sappiamo né quando né con chi si sposò. Dal matrimonio ebbe almeno un figlio, Ferdinando o Ferrante (1542-1594), che, come risulta da una sua lettera del 5 dicembre 1566 ad Ulisse Aldrovandi, suo devoto amico ed estimatore, studiava presso i gesuiti a Roma e sarebbe divenuto poi medico e professore di medicina a Macerata e alla Sapienza di Roma.

Bartolomeo Eustachi nel periodo romano si occupò dello studio delle varianti anatomiche descrivendo quelle del rene, della vena azigos, delle vene del braccio e dell'arteria brachiale. Nell'*Epistola de auditus organo*, Romae 1562, Bartolomeo Eustachi descrive cose che nessuno aveva visto prima: la finestra ovale, l'acquedotto del vestibolo, il muscolo stapedio, la tuba uditiva

che successivamente prese il suo nome e numerosi rapporti funzionali tra varie ossa, fino ad allora ignorati. L'opera cui maggiormente teneva, il *De dissensionibus et controversiis anatomicis* e le più famose *Tabulae Anatomica*, incise nel 1552, gli fecero tributare il titolo di "principe dell'anatomia". Delle 64 tavole originali sono giunte a noi solo 47 tavole anatomiche incise su rame, alcune delle quali attribuite al grande pittore veneziano Tiziano Vecellio. Queste tavole raccoglievano i risultati della sua piuriennale ricerca anatomica ma non vennero mai pubblicate fino al 1714 in occasione dell'inaugurazione della biblioteca dell'ospedale di Santo Spirito a Roma che poi da lui prese nome. La gotta che lo perseguitava lo costrinse a tornare nella sua città natale. Le ultime notizie che abbiamo risalgono all'agosto del 1574, chiamato al capezzale del cardinale Della Rovere infermo a Fossombrone, si mise in viaggio per raggiungerlo, ma non arrivò alla meta poiché morì in una imprecisata località in provincia di Perugia il 27 agosto di quello stesso anno. Il destino volle che la tromba uditiva che porta il suo nome fu da lui descritta ma non disegnata. La priorità della scoperta spetta dunque a Giovanni Filippo Ingrassia altro grande anatomista italiano rinascimentale che ben 18 anni prima di Bartolomeo Eustachio, nel 1546 pubblicò e illustrò la descrizione di molte strutture dell'orecchio compresa la staffa e la tuba uditiva. I due sembra non si incontrarono mai più dopo il periodo padovano e nessuno dei due era a conoscenza dei lavori dell'altro. Gian Filippo Ingrassia, nato a Regalbuto in Sicilia, provincia di Enna, nel 1510, morto a Palermo il 6 novembre 1580 è stato un importante medico e anatomista italiano.

L'ambiente familiare, ricco di stimoli culturali (lo zio Giovanni scriveva poesie e il fratello Nicolò fu un esperto di diritto e letterato), influì certamente sulla formazione del carattere e sullo sviluppo intellettuale di Gian Filippo.

Il giovane apprese con facilità il latino e il greco e dimostrò sempre una grande passione, anche da vecchio, per i classici, tanto da passare parecchie notti tutto intento allo studio dei suoi autori prediletti: Omero, Virgilio, Cicerone, ecc. La sua vasta erudizione (conosceva tra l'altro la filosofia platonica ed aristotelica) e la padronanza dei mezzi tecnici gli concessero di poetare in lingua italiana e latina tanto che, giovanissimo, fu accolto tra gli "Accademici Accesii" di Palermo.

Dopo un primo periodo di preparazione a Palermo, sotto la guida di Giovanni Battista De Petra, il giovane Ingrassia giungeva, nel 1532, all'università di Padova. Qui ebbe la fortuna di avere contatti con grandi nomi della medicina quali Andrea Vesalio, Giovanni Manardo di cui si dichiarò discepolo, Luigi Collado, Realdo Colombo, Gabriele Falloppio e Bartolomeo Eustachi.

Nel 1544 fu chiamato ad insegnare presso l'università di Napoli; questo periodo coincise con la piena maturità della sua vita e con il massimo splendore della sua attività. Qui divenne lettore unico dell'ateneo, dove si trattene fino al 1556. Gli anni napoletani, con il suo discepolo Giulio Iasolino, sono arricchiti dalle sue ricerche che si consolidano in *Jatropologia* (1547), *De tumoribus praeter naturam* (1552), oltre al trattato di osteologia *In Galeni librum de ossibus doctissima et expertissima commentaria* pubblicato postumo, nel 1603, per volere del senato palermitano.

Durante il periodo napoletano le sue scoperte più numerose ed importanti furono senza dubbio quelle anatomiche. E fu proprio l'importanza da lui data all'osservazione dettagliata e personale dell'anatomia umana e il suo eccezionale spirito d'osservazione che lo portarono alla scoperta, avvenuta nel 1546, della staffa.

Meno noti, ma non per questo meno importanti, furono i contributi dello scienziato alla descrizione di alcune ossa del cranio, e particolarmente dello sfenoide nei suoi processi pterigoidei così denominati da lui, l'etmoide e la conca nasale inferiore. Gli sono pure dovute accurate ricerche sulle vescicole seminali, sui corpi cavernosi del pene e dell'uretra che permisero una migliore comprensione del loro funzionamento.

Elevato dal re Filippo II di Spagna, nel 1563, alla carica di protomedico del Regno di Sicilia, proseguì nella sua attività scientifica, divenendo l'autentico fondatore della medicina legale e della medicina pubblica, con risultati teorico-pratici d'importanza fondamentale: basti indicare la grande mole di precisazioni e aggiunte fatte al corpus della medicina greco-araba, le molte correzioni apportate alle opere di Galeno e dello stesso Andrea Vesalio, l'attenta diagnosi di malattie esantematiche, quali il morbillo, la scarlattina, il vaiolo, descritte con un'esattezza che ne attestano la sua sicura e diretta conoscenza.

Quando fra il 1575 e il 1576 la Sicilia fu sconvolta dal flagello della peste, il viceré don Carlo, duca di Terranova, chiamò lo scienziato e lo nominò "Consulatore Sanitario" e deputato per il tempo della peste.

In quel frangente Ingrassia dette prova di integrità, notevole generosità e di inconsueta competenza nel prestare soccorso e cure ai cittadini colpiti dalla malattia. Dalle osservazioni e dalle riflessioni ricavate da questa terribile esperienza trasse il materiale per il suo prezioso *Informatione del pestifero et contagioso Morbo*.

Morì rimpianto da tutti a settant'anni, il 6 novembre dell'anno 1580, per una malattia polmonare.

Alfonso Bolognini

è medico chirurgo, specialista in otorinolaringoiatria

“Sono Solo Canzonette

Di pirati, bimbi sperduti, sogno e realtà: la favola a occhi aperti di Edoardo Bennato

Il 1980 è un anno particolarmente intenso, dominato da tensioni internazionali che sfociano nel boicottaggio delle Olimpiadi di Mosca da parte di molti paesi, in seguito all'invasione sovietica dell'Afghanistan. Nello stivale non si rimane certo a guardare: le Brigate Rosse insanguinano l'Italia; la strategia della tensione miete le 85 vittime della strage di Bologna; un DC9 dell'Itavia scompare nel mar Mediterraneo 40 miglia marine a nord di Ustica in circostanze mai del tutto chiarite; l'Irpinia viene devastata da un terremoto i cui segni sono tuttora visibili. Nel suo piccolo anche il mondo della musica conosce le sue tragedie come lo scioglimento dei Led Zeppelin e l'assassinio di John Lennon da parte di Mark Chapman.

Appare quasi insignificante quindi che in questo stesso anno Edoardo Bennato, dopo il grande successo di *Burattino Senza Fili* (1977), decida di tornare sulle scene con il singolo *Sono Solo Canzonette*, interrompendo un silenzio lungo 3 anni. Ma anche un qualcosa apparentemente di poco conto, può crescere e ingigantirsi, fino a diventare apparentemente smisurato e capace di attirare a sé le attenzioni di un popolo spesso distratto. La presentazione del nuovo brano, un pezzo veloce e dallo spiccato tiro rock'n'roll, attira il pubblico, il quale aspetta ansiosamente di ascoltare un intero LP, il quale puntualmente arriva appunto nel Marzo del 1980 e si intitola *“Uffà! Uffà!”*. Ma, sorpresa: nel vinile non vi è traccia della canzone già pregustata. Critici e pubblico si interrogano sul motivo di tale scelta artistica che somiglia tanto a un suicidio commerciale. Ma Bennato ha un piano: con un *coup de théâtre* da maestro, a solo 15 giorni dall'uscita di *Uffà! Uffà!*, pubblica un clamoroso secondo long-playing, intitolato proprio *Sono Solo Canzonette*. D'altro canto in *Allora avete capito o no*, contenuta nella precedente incisione, Bennato era stato chiaro, cantando: “si era sempre fatto uno per volta... e allora?!... e invece mi piace due per volta”.

Edoardo è sempre stato affascinato dall'idea del concept album: già nel 1974 ne aveva pubblicato uno, *Buoni e i Cattivi*, incentrato interamente sulla spesso difficile e confusa distinzione fra bene e male; lo stesso

di Francesco Bustio Dettori



Burattino senza fili, utilizza come base la nota novella di Collodi, Pinocchio, per affrontare la spersonalizzazione dell'individuo, imposta da una società pre-codificata da inquietanti figure di potere. Con questa nuova pubblicazione il cantautore segue il solco da lui stesso tracciato, andando a scomodare il racconto per ragazzi Peter Pan di James Matthew Barrie, per raccontare i mali della società italiana, riprendendo in parte i temi già esplorati appunto in *Burattino Senza Fili*.

L'incipit di questo inaspettato disco è fulminante: *Ma che sarà* è dominata dalla chitarra acustica, dal sax e dal kazoo, il ritmo è rapido è incalzante, e proclama il monito supremo di andare oltre le convenzioni e gli obblighi imposti da una società che tende a stritolare l'individuo. I giri del motore aumentano, *Il rock di Capitan Uncino* è sicuramente uno dei brani più conosciuti dell'intera discografia di Bennato: il ritmo incalzante, dominato dalle chitarre elettriche accuratamente saturate, tiene bordone all'arringa di Uncino alla sua banda di pirati, nascondendo abilmente dietro l'allegria e un apparente disimpegno, una invettiva nei confronti dei cattivi maestri dei movimenti terroristici italiani (“per scuotere la gente non bastano i discorsi, ci vogliono le bombe”). La dolce ballata *Nel Covo dei Pirati* rallenta la tensione e vede l'autore collaborare con il



fratello Eugenio (leggi anche Nuova Compagnia di Canto Popolare) per un arrangiamento basato su chitarra e flauto che brilla di luce propria, mentre il personaggio di Wendy fornisce, ancora una volta, il giusto trampolino per una riflessione sulle differenze fra il mondo adulto e il mondo dei più piccoli. La successiva *Dopo il Liceo Che Potevo Far* vede all'opera una vera e propria big band di stampo dixieland che supporta l'autobiografico racconto di Spugna, il celebre nostromo di Capitan Uncino: il trucco di nascondere temi pesanti dietro una coltre di spensieratezza è utilizzato sapientemente dall'autore, che dietro il carattere apparentemente ludico della canzone cela abilmente una urticante critica a quella parte del mondo giovanile che all'epoca, alla fine degli studi superiori, vagava senza meta e senza un perché in uno stato di inedia che spesso sfociava nella ricerca di un ideale supremo,

troppo spesso identificabile nel terrorismo estremista di destra e sinistra.

In un lavoro incentrato sulla storia di Peter Pan fa rumore l'assenza del protagonista principale, che compare finalmente all'inizio del lato B del 33 giri, in quello che è uno dei capitoli più celebri dell'intera carriera di Edoardo Bennato, *L'Isola Che Non C'è*: una splendida ballata che culla l'ascoltatore con le immagini di un mondo ideale, visto dagli occhi puri di un bambino, con l'esortazione a non dimenticare mai quei sogni e quella bellezza che circondava il nostro mondo infantile.

Rockocodrillo ci presenta il conto del tempo che passa, con un atteggiamento irriverente che ridicolizza coloro che cercano di arricchirsi a spese degli altri, il tutto con un ritmo lento ma incalzante che non lascia scampo. *Tutti Assieme Lo Denunciam* spiazza decisamente chi è intento all'ascolto: Bennato fa propria la lezione di Rossini e dipinge una mirabile aria da operetta, con il baritono Orazio Mori e il soprano Edith Martelli intenti a cantare l'indignazione genitoriale per le fantasie a loro parere irrazionali in cui indulgiano i loro pargoli, in un crescendo di meraviglia. La conclusiva *Sono Solo Canzonette* sigilla definitivamente quello che di fatto è uno dei dischi seminali dell'intera musica italiana, con un rock'n'roll veloce e ironico che ancora una volta sferza

gli animi senza pietà, anche se in fin dei conti, sono solo canzonette, come già ebbe a dire il compianto Enzo Jannacci. Difficile trovare un punto debole in tutta l'opera, suonata sapientemente da musicisti di caratura elevatissima, fra i quali mi piace segnalare Enzo Avitabile, che iscrive i suoi arabeschi sassofonistici in vari episodi di questa affascinante storia contenuta fra i solchi del vinile. È curioso come un disco apparentemente innocuo possa nascondere argomenti estremamente impegnativi, i quali si rivelano alle nostre orecchie solo raggiunta un'età più adulta: l'ascolto diventa perciò ancora più interessante e intrigante se pensiamo che la contrapposizione bambino/adulto è la base su cui si regge tutta la narrazione. Le storie ci esortano a volare,

a non rinunciare a noi stessi, a usare la ragione per poter combattere quei mostri tremendi, spesso vestiti in maniera elegante e sfoggianti un bel sorriso, che circondano la nostra vita di bimbi non più sperduti, ma bensì cresciuti.

In un certo senso Edoardo Bennato è stato un pioniere, incidendo il primo assolo di armonica a bocca mai registrato in Italia e inaugurando un tipo di cantato molto particolare ed espressivo che ha fatto scuola, affinato già negli anni in cui si esibiva in trio coi fratelli Eugenio e Giorgio; il suo stile e il suo modo sfrontato di porsi nei con-

fronti di chiunque lo hanno portato a essere definito il primo artista "punk" in Italia: non stupisce quindi il successo clamoroso di *Sono Solo Canzonette*, da cui derivò in maniera naturale il famoso "tutto esaurito" al concerto che tenne allo stadio di San Siro a Milano, primo italiano a riuscire nell'impresa. Un artista che non fatica a definire visionario, un passo avanti nel riuscire a raccontare in maniera poetica i problemi della vita e della società; un maestro nel reinterpretare i classici americani vestendoli di mediterraneo e che forse al giorno d'oggi viene ingiustamente sottostimato, in nome di una cultura musicale usa e getta che cultura non è, ma che rappresenta bensì solo merce di consumo, alla stregua di uno snack comprato a un distributore automatico. Riscoprire la poesia e la musica di Bennato fa bene all'anima, è un soffio caldo che accarezza il cuore, e che può veramente donare nuovi occhi anche a chi ormai da tempo ha la vista debole.

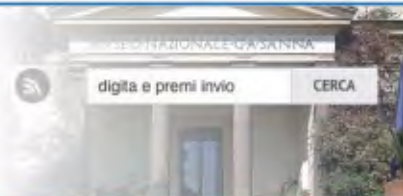


ELENCO DEI MEDICI DISPONIBILI AD EFFETTUARE SOSTITUZIONI DI ASSISTENZA PRIMARIA E DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA ANNO 2017								
n.	Assistenza Primaria	Pediatria	Cognome e nome	Anno laurea	Indirizzo	Cap-città	Telefono	Cellulare
1	SI	NO	Aresu Leonora	2006	Via Dalmazia 21	07100 Sassari	*	320/8591160
2	SI	NO	Arru Giuseppe	2012	Via Cavour 13	07019 Villanova Monteleone	079/960578	345/3429109
3	SI	NO	Borto Valentina	2016	S.V. Taniga San Giacomo Medas	07100 Sassari	*	349/1064132
4	SI	NO	Canu Gianfranco	2016	Via Roma 38	07036 Sennori	*	345/5965628
5	SI	NO	Carboni Mirko	2016	Via Petronia 118	07046 Porto Torres	*	346/0146791
6	SI	NO	Contini Sabrina	2015	Via Monte Grappa 3/A	07100 Sassari	*	333/8659895
7	SI	NO	Contu Emanuele	2012	Corso G. M. Angioy 25/C	07100 Sassari	*	333/6007820
8	SI	NO	Delrio Carla	2011	Via Mores 4	07100 Sassari	*	393/1646121
9	SI	SI	Erre Claudia	2016	Via Prunizzedda 44	07100 Sassari	*	3470724104
10	SI	SI	Fadda Maria	2016	Via Copenaghen 8/B	07100 Sassari	*	349/8018602
11	SI	SI	Farina Rita	2016	Via San giacomo snc	07010 Ittireddu	*	348/2612609
12	SI	SI	Garau Paolo	2016	SS N. 291 Sassari - Fertilia 83/A	07100 Sassari	*	320/9716576
13	SI	NO	Lay Gabriele Nazario	2015	Via Istria 16	07100 Sassari	*	349/4994636
14	SI	NO	Luppu Giuseppe	2016	Via Mosca 8	07100 Sassari	*	348/1019147
15	SI	NO	Mamusi Luana	2016	Via Enrico Besta 16/B	07100 Sassari	*	348/5427860
16	SI	SI	Manca Valentina	2016	Via Nulvi 23	07100 Sassari	*	340/3003478
17	SI	NO	Marcia Claudia	2016	Via Sant'Antonio da Padova 9	07017 Ploaghe	*	349/4500763
18	SI	SI	Monti Anna	2016	Via Don Minzoni 23/A	07100 Sassari	*	328/6443802
19	SI	NO	Murtas Andrea	2016	Via Guido Sieni 2/B	07100 Sassari	*	334/8403273
20	SI	NO	Niolu Caterina	2016	Via Sassari 130	07041 Alghero	*	347/3472669
21	SI	SI	Nudda Stefania	2016	Via Segni snc	07011 Bono	*	347/6825146
22	SI	NO	Orunesu Antonella	2015	Via Copenaghen 8/B	07100 Sassari	*	349/5909742
23	SI	NO	Pazzola Rita	2016	Via Cambosu 8	07037 Sorso	*	349/5631952
24	SI	SI	Pelle Francesco	2016	Via Salvatore Dau 7	07100 Sassari	*	328/4630276
25	SI	NO	Piana Gian Quirico	2016	Loc. Imbriga 1	07035 Sedini	*	366/4096340
26	SI	NO	Pinna Virginia	2011	*	07100 Sassari	*	345/1547890
27	SI	NO	Pintus Lorenzo	2016	Via F.lli Kennedy 16	07036 Sennori	079/361125	345/6083355
28	SI	NO	Piras Grimaldi Giada	2016	Via tempio 29	07100 Sassari	*	349/1897076
29	SI	NO	Piredda Claudia Maria	2016	Via Madrid 12	07023 Calangianus	*	342/0040476
30	SI	NO	Pittui Eleonora	2016	Via Grazia Deledda 17	07040 Codrongianos	*	340/0954021
31	SI	SI	Raghitta Melania Mattia	2016	Via Barone Mannu 1	07014 Ozieri	079/786546	348/8853136
32	SI	SI	Sanna Antonio	2016	Via Gramsci 100	08100 Nuoro	*	349/2180166
33	SI	SI	Sanna Elisa	2016	Via F.lli Stangoni 35	07039 Valledoria	*	347/1530718
34	SI	NO	Sarobba Maria Paola	2016	Via Pietro Nenni 43	07014 Ozieri	017/352583	340/4170479
35	SI	SI	Solinas Chiara	2016	Via Matteotti 11/A	07027 Oschiri	*	349/1752717
36	SI	NO	Sotgiu Federica	2016	Loc. S. Margherita snc	07017 Ploaghe	*	345/4128597
37	SI	SI	Stangoni Daniela	2016	Via Copenaghen 16	07100 Sassari	*	349/5707455
38	SI	SI	Tedde Matteo	2016	Via Lago di Baratz 13	07100 Sassari	079/250814	347/3927026
39	SI	NO	Tomassini Giulia	2016	Via Rolando 11	07100 Sassari	079/200228	349/7389722
40	SI	NO	Virdis Paola Ilaria	2016	Via Luna e Sole 69	07100 Sassari	*	340/9395981
41	SI	SI	Zedde Pierantonia	2016	Via G. Soru 2/A	08020 Ottana	*	349/8850198



Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
della Provincia di SASSARI

Sassari,
21/03/2017



HOME

DOVE SIAMO

CONTATTI

SERVIZI

MODULISTICA

RICERCA ANAGRAFICA

FORMAZIONE

AREA COMUNICAZIONE

SASSARI MEDICA

E.C.M.
Educazione Continua in Medicina

PROGRAMMA NAZIONALE PER LA FORMAZIONE CONTINUA DEGLI OPERATORI DELLA SANITÀ



Sul nuovo sito internet dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari puoi:

Essere sempre aggiornato sulla formazione proposta dall'Ordine
e iscriverti online ai corsi di aggiornamento ECM, Convegni e Seminari

Scaricare la modulistica con un solo click
Accedere alla anagrafica degli iscritti

Contattare il Presidente dell'Ordine, il Presidente della CAO
e tutti i dipendenti degli Uffici dell'Ordine tramite e-mail

Essere sempre aggiornato sulle ultime notizie in campo sanitario grazie
alla rassegna stampa giornaliera

CONSULTA COSTANTEMENTE IL SITO DELL'ORDINE

www.omceoss.org

Canale istituzionale di informazione

Nella Home Page troverai le notizie di maggiore interesse per la categoria

Entra nell'Area riservata presente nel sito utilizzando
le Tue credenziali di accesso.

Consulta anche tu il sito
www.omceoss.org