

# BOLLETTINO

## DELL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI SIENA

PUBBLICATO A CURA DELL'ORDINE DEI MEDICI DELLA PROV. DI SIENA

REDAZ. E AMMINISTRAZ. SIENA - Piazza F.B. Petrucci, 18 - tel. 0577 285163 - E-mail: segreteria@omceosiena.it

Il Bollettino è inviato gratuitamente ai Medici ed agli Odontoiatri della Provincia di Siena iscritti all'Albo ed agli Ordini dei Medici d'Italia.

Tutti i manoscritti e gli articoli, anche se non pubblicati, non vengono restituiti.

Dalla data di ricostituzione sono stati Presidenti di questo Ordine:

*Prof. Antonio D'Ormea*  
*Prof. Giuseppe Bianchini*  
*Prof. Franco Lenzi*  
*Dott. Mario Friscelli*  
*Prof. Aldo Rossolini*  
*Prof. Leonida Maccioni*  
*Dott. Mario Braconi*  
*Prof. Pasquale Macri*

### CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente:	Dott. Fulvio De Pascalis
Vice presidente:	Dott. Giovanni Carriero
Segretario:	Dott. Roberto Monaco
Tesoriere:	Dott. Antonio Bardi
Consigliere	Dott. Domenico Benevento
Consigliere Odontoiatra	Dott. Massimo Bernini
Consigliere	Dott. Natale Calomino
Consigliere	Dott. Giancarlo De Luca
Consigliere	Dott. Leonardo Donati
Consigliere Odontoiatra	Dott. Roberto Fabbri
Consigliere	Dott. Roberto Falomi
Consigliere	Dott. Gemma Laschi
Consigliere	Dott. Jacopo Martellucci
Consigliere	Dott. Carlo Marsiglietti
Consigliere	Dott. Andrea Parri
Consigliere	Prof. Francesco Tani
Consigliere	Dott. Pierantonio Tosti

### COMMISSIONE DEGLI ODONTOIATRI

Presidente	Dott. Massimo Bernini
Segretario	Dott. Paolo Vigni
Componente	Dott. Roberto Fabbri
Componente	Dott. Marco Mugnaini
Componente	Dott. Massimo Pettini

### COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

Presidente	Dott. Piero Paladini
Revisore effettivo	Prof. Paolo Goretti
Revisore effettivo	Dott. Alessandro Iadanza
Revisore supplente	Dott. Marco Melani

## INDICE

EDITORIALE DEL PRESIDENTE	pag.	3
ATTIVITÀ DEL CONSIGLIO	»	5
MOVIMENTO DEGLI ISCRITTI	»	10
AUTORIZZAZIONI	»	11
DIRITTO SANITARIO	»	12
MEDICINE COMPLEMENTARI	»	14
ODONTOIATRIA	»	19
PREVIDENZA ENPAM NEWS	»	21
ENPAM USL 7 SIENA - PATENTINO CICLOMOTORI	»	24
CORSI E COMUNICAZIONI	»	25
CONVENZIONI E ANNUNCI	»	29
PAGINA SCIENTIFICA	»	31
IN RICORDO DELLA DOTT.SSA LETIZIA BARBETTI	»	47

## EDITORIALE DEL PRESIDENTE

Carissimi colleghi,

Dopo quasi sette mesi di mandato sento il dovere di dialogare con Voi e lo faccio da queste pagine del bollettino.

Quello che più ha colpito la mia persona in questi mesi è stato il **disagio medico** verso la professione, fino a confondersi con il Bourn-out (in inglese significa “bruciarsi”).

Il Vice Ministro della Sanità ha recentemente affermato di voler reinserire “l’umanizzazione della medicina” fra le attività di ECM per gli operatori Sanitari.

Mi ha colpito un’indagine su **4.500** operatori sanitari italiani (in prevalenza Medici del pronto soccorso – di medicina generale – anestesisti – psichiatri – ginecologi – pediatri – odontoiatri – infettivologi e trapiantologi) volta a verificare la perdita di idealismo lavorativo, di energia, di motivazioni, di aspettative e a verificare al contempo il grado di affaticamento o di frustrazione derivante dalla mancata ricompensa attesa. L’età media del campione era di **45 anni** con una prevalenza del sesso maschile (**58,7%**), si trattava per lo più di persone coniugate (**72,7%**) e con una posizione lavorativa stabile.

Il **13,8%** del campione si riteneva completamente soddisfatto dell’attività professionale, il **63,9%** lo era abbastanza, il **19%** poco e il **3,4%** era insoddisfatto.

La gratificazione lavorativa appariva nel complesso soddisfacente e la professione era giudicata utile (**69,2%**), creativa (**16,8%**), noiosa (**3,1%**) affascinante (**30,9%**), frustrante (**17,7%**), monotona (**9,7%**).

Ciò ci gratifica perchè, contrariamente a quanto si possa ritenere, buona parte dei Medici lavora con entusiasmo e crede nella propria professionalità.

Tuttavia questi stessi operatori ammettono che la professione può essere fonte di stress e causa di disagio psicologico e malessere fisico (ansia, tensione, depressione, irritabilità, insonnia, stanchezza). Molti, pur conservando un giudizio positivo, vivono in prima persona gli effetti negativi legati allo stress professionale e riconoscono che tale stress può ripercuotersi negativamente sul proprio ambiente familiare e quindi sulla vita privata.

Esistono poi patologie legate alla c. d. “**COSTRITTIVITÀ ORGANIZZATIVA**” o comunque al mondo del lavoro che comporta inevitabili conseguenze sul piano della produttività individuale e aziendale. L’individuo rende di meno, si assenta più facilmente dal lavoro, può commettere errori professionali è più “cinico” nei confronti dell’utenza e meno disponibile nei confronti della azienda (ospedale).

Nel campione assai interessante la tabella che riguarda le cause dello stress lavorativo:

- a) La burocrazia **81,0%**
- b) Esercitare la propria attività in branche della medicina non affini ai propri interessi e/o alle proprie competenze **33,2%**
- c) Essere sovraccarichi di lavoro **49,4%**
- d) Lavorare in strutture mal gestite amministrativamente **48,3%**
- e) Avere rapporti insoddisfacenti con i colleghi **20,2%**
- f) Avere una insufficiente autonomia decisionale **17,5%**
- g) Avere problemi familiari o relazionali **10,5%**
- h) Essere scarsamente retribuiti **30,1%**
- i) Non avere la possibilità di collaborare e di scambiare idee con i colleghi **27,6%**
- l) Non avere spazi e tempi istituzionalmente prefissati per la propria crescita professionale **41,3%**

Il fenomeno del burn-out proprio per le implicazioni sociali connesse e il numero sempre maggiore di potenziali interessati (insegnanti – poliziotti – vigili del fuoco – sacerdoti, religiosi – operatori di volontariato) è stato inserito dal Ministro del Welfare tra l’elenco delle malattie professionali definito come “patologia da disfunzione dell’organizzazione lavorativa (disturbo dell’adattamento cronico e disturbo post-traumatico cronico da stress).

Ma il fenomeno per la professione medica in generale comporta ripercussioni negative sul rapporto medico-paziente e rende insostenibile un rapporto empatico con il paziente in quanto l’empatia presuppone propensione all’ascolto, disponibilità umana e una tranquillità d’animo che può concretizzarsi solo se il medico ha una piena consapevolezza del proprio essere e una padronanza delle tensioni e frustrazioni emotive correlate a vicende umane e professionali.

Gli Ordini e la Federazione di fronte a tale fenomeno così negativo per la salute pubblica e per la stessa professione devono perseguire l’obiettivo, come ha sottolineato il **Presidente Dr. Bianco**, di “Prendersi cura di chi cura” al fine di tutelare il benessere e la salute dei medici intervenendo su tutti i complessi determinanti il “disagio medico”.

Questo numero del bollettino contiene un documento unico: la letio magistralis del Prof. Flick, Presidente Emerito della Corte Costituzionale, tenuta a Terni in occasione dell’incontro sulle Dichiarazioni Anticipate.

A mio avviso un documento di alti contenuti legislativi ed etici che ognuno di Voi potrà interpretare in modo libero, dato che su queste materie la scelta individuale rimane sovrana.

La prefazione a tale documento è del collega e Maestro, di tanti di noi, Prof. M.Barni, sempre presente e attento alle problematiche etiche e deontologiche.

Buona lettura

Fulvio De Pascalis

## ATTIVITÀ DEL CONSIGLIO

### Riunione del 14 maggio 2009

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Siena si è riunito il giorno 14 Maggio 2009 alle ore 21,30, nella propria sede.

Viene letto ed approvato alla unanimità il verbale della seduta di consiglio del 30 marzo 2009.

#### Comunicazioni del Presidente:

Il presidente lascia la parola al segretario dell'Ordine, dott. Roberto Monaco che riferisce che è stata stipulata una convenzione con il Wall Street Institute per permettere l'acquisizione della lingua inglese in modo naturale, intuitivo e piacevole. La convenzione prevede vantaggi riservati agli iscritti all'Ordine dei Medici di Siena ed ai loro familiari. Il testo della convenzione sarà pubblicato nel prossimo bollettino dell'Ordine ed è fin da ora reperibile nel nostro sito.

Il presidente relaziona dettagliatamente ed esaurientemente sul testo della proposta di regolamento del Comitato Etico per la sperimentazione clinica dei Medicinali. Al termine viene deciso per quanto riguarda in particolare l'art. 5 "doveri e funzioni dei componenti" di nominare membro del Comitato Etico in rappresentanza dell'Ordine, il Dott. Roberto Monaco.

Il presidente riferisce che è pervenuto lo statuto dell'associazione A.M.I.C.A nata per sensibilizzare la grave emergenza sociale che colpisce i malati di sensibilità chimica, una patologia emergente nei paesi industriali che è connessa all'inquinamento ambientale e all'impiego indiscriminato di sostanze tossiche nei prodotti di uso comune. Il consiglio ne prende atto.

Il presidente riferisce su un articolo apparso sul quotidiano "la Nazione" nel quale il Presidente del Collegio degli Infermieri della provincia di Siena si lamenta delle affermazioni negative alla cosiddetta ambulanza infermieristica del 118, ossia priva del medico a bordo pronunciate nella relazione del presidente nel corso dell'assemblea ordinaria degli iscritti del 4 aprile 2009. Segue un'ampia ed approfondita discussione nella quale viene ribadito che non è certo intenzione dell'Ordine entrare in contrasto con gli infermieri ma deve essere chiaro che non bisogna confondere funzioni e compiti delle due professioni, che scaturiscono da percorsi di studi diversi e ben suddivisi. Occorre in definitiva lavorare sui contenuti e non sui protocolli.

#### **Delibera esecuzione sanzione disciplinare a carico della Dott.ssa XY**

Il Consiglio vista la decisione n. --/2008 del 27 ottobre 2008 della Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie che, a parziale riforma della decisione della Commissione Disciplina per gli iscritti all'albo dei Medici-Chirurghi della provincia di Siena, assunta in data 13 novembre 2006, ha inflitto alla Dott.ssa XY la sanzione di mesi tre di sospensione dall'esercizio della professione medica, provvede all'esecuzione della sanzione disciplinare in oggetto, disponendo che la sospensione in oggetto decorra dal 1 Luglio 2009 al 30 Settembre 2009.

### **Terremoto in Abruzzo**

Il Consiglio unanime aderisce alla proposta della Federazione Nazionale degli Ordini per un intervento a sostegno della regione Abruzzo. Viene deciso di destinare l'1% netto della quota messa a ruolo per il 2009 al Comitato dei Garanti creato all'uopo dalla FNOMCeO. Viene altresì deliberato di collocare la spesa nel capitolo di bilancio *Spese non classificabili in altre voci*, al Fondo spese impreviste.

### **Piano triennale utilizzo servizi telefonia mobile**

Il Consiglio unanime rilevato che la dotazione dei telefoni cellulari attualmente in uso ai consiglieri risulta numericamente insufficiente e tecnicamente non più idonea alle attuali esigenze delibera di dare mandato al tesoriere per l'acquisizione di n. 10 SIM e di n. 27 telefoni cellulari. (delibera n. 13 del 14 MAGGIO 2009).

### **Scioglimento Fondazione Onlus**

Il Presidente ritiene che con la nuova normativa in materia di Corsi di aggiornamento professionale agli iscritti, che attribuisce all'Ordine la funzione di provider solo per i corsi avente per oggetto l'etica professionale, siano venuti meno i presupposti per tenere in vita la Fondazione Onlus Ars Medica Senese e ne propone dunque lo scioglimento. Segue un'ampia ed approfondita discussione al termine della quale all'unanimità viene deliberato lo scioglimento della Fondazione suddetta.

### **Richiesta concessione patrocinio**

Viene concesso il Patrocinio dell'Ordine al convegno aperto al pubblico sulla degenerazione maculare legata all'età che si terrà a Siena il 24, 25 e 26 maggio p.v. promosso dall'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese e dall'Università degli Studi di Siena.

Viene concesso il Patrocinio dell'Ordine per il convegno che si terrà presso le Terme di Chianciano il giorno 19 settembre 2009 sulla "Terapia termale nelle patologie croniche O.R.L."

### **Iscrizione registro medicine non convenzionali**

Vengono approvate le domande per l'iscrizione nel registro dei medici praticanti medicine non convenzionali secondo le indicazioni fornite dalla competente commissione (del. 14/2009).

Vengono approvate le domande di pubblicità sanitaria ALLEGATO A

Viene approvato il movimento degli iscritti ALLEGATO B.

Non essendoci altro fra le varie ed eventuali la riunione ha termine alle ore 23,30 del 14 maggio 2009.

## **Riunione del 18 giugno 2009**

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Siena si è riunito il giorno 18 giugno 2009, alle ore 21.15, presso la propria sede.

Viene approvato il verbale della seduta precedente.

Il Dott. De Pascalis riferisce ai Consiglieri circa le attività svolte in occasione del Consiglio Nazionale tenutosi a Terni nei giorni 12 e 13 giugno u.s. conclusesi con l'approvazione, a larga maggioranza, del documento sulle *Dichiarazioni Anticipate di Trattamento*.

Il Presidente dà lettura della lettera inviata dal Dott. Sergio Crispino come ringraziamento per le congratulazioni espresse dal Consiglio a seguito della Sua nomina a Presidente del Collegio Italiano Primari Oncologi Medici Ospedalieri.

Il Consiglio prende in esame i preventivi per la sostituzione della caldaia a gas per il riscaldamento degli uffici dell'Ordine e decide all'unanimità di affidare l'incarico alla

*Tiesse Servizi s.a.s.* di Siena. I consiglieri esaminano anche le varie proposte presentate per l'ampliamento degli archivi della segreteria, ormai decisamente insufficienti, e scelgono di accettare l'offerta della *Lufima s.n.c.* di Monteroni d'Arbia (SI).

Il Presidente informa il Consiglio della richiesta di indagine conoscitiva inviata dall'ISDE (Medici per l'Ambiente Italia) al Dott. Luciano Valdambri in qualità di referente provinciale designato nello scorso mandato di Consiglio mediante la quale quest'ultimo chiede, tra le altre, di affrontare la questione della Sua riconferma o della nomina di un altro referente Fnomceo – ISDE. Il Presidente propone di seguire le indicazioni fornite in merito dalla Fnomceo che suggeriscono di soprassedere ad una eventuale nuova nomina di un referente ISDE dato che, al momento, il ruolo stesso dell'associazione è in discussione presso la Federazione Nazionale. Il Dott. De Pascalis suggerisce pertanto di attendere ulteriori sviluppi prima di prendere nuove decisioni. Il Consiglio esprime parere concorde.

Il Presidente introduce la questione della sostituzione dei vecchi cellulari, ormai logori, per i componenti del Consiglio e sottopone all'approvazione dei presenti la proposta di delibera relativa al *Piano triennale di utilizzo dei servizi di telefonia mobile* che prevede l'acquisto di cellulari per una spesa massima di €90,00 cadauno che saranno consegnati ai consiglieri previa registrazione nel libro dell'inventario con obbligo di restituzione al termine del mandato. I presenti la approvano all'unanimità. (Del. n. 17/2009)

Il Consiglio decide di concedere il patrocinio al convegno dal titolo *Osteoartrosi: attualità e prospettive* che si terrà alle Terme di Chianciano (SI) il 12 settembre 2009 ed approva la proposta di convenzione con gli alberghi della catena Smart Hotel di Milano Marittima e Cervia (RA) che prevede lo sconto del 10% sulle tariffe applicate dalle strutture per tutti i medici e gli odontoiatri regolarmente iscritti ad un albo professionale italiano, per il personale degli Ordini stessi e per i loro accompagnatori ed ospiti.

Il Presidente illustra il contenuto della convenzione stipulata con *Borgo La Bagnaiola Resort spa & Event Venue* che prevede l'applicazione di tariffe agevolate sia per i trattamenti termali sia per i servizi ristorazione e congressuale effettuati presso l'antica dimora.

Vengono approvate le pratiche di pubblicità sanitaria (ALLEGATO A – Del. n. 18 /2009) secondo le indicazioni fornite dalla competente Commissione.

Viene approvato il movimento degli iscritti (ALLEGATO B – Del. n. 19 /2009)

Vengono approvate le domande per l'iscrizione nel registro dei medici praticanti medicine non convenzionali secondo le indicazioni fornite dalla competente Commissione (Del. n. 20/2009 ).

La Dott.ssa Gemma Laschi, consigliere dell'Ordine, in qualità di medico di medicina generale, prende la parola per sottolineare il disagio sopportato dai colleghi appartenenti alla medesima categoria a causa della campagna di vaccinazione gratuita contro l'HPV organizzata e sostenuta dal Magistrato delle Contrade a favore delle giovani contradaiole. Auspica che, in futuro, l'Ordine sia maggiormente partecipe delle fasi organizzative e decisionali che stanno a monte di simili iniziative allo scopo di dare concreto sostegno economico ai più bisognosi, ravvisando nella fattispecie qualche problema deontologico verso i propri mutuati non contradaioli.

Il Dott. Antonio Bardi, Tesoriere dell'Ordine, ribadisce che, sulla scorta della presente esperienza, l'Ordine potrà partecipare ad un progetto soltanto se sarà stato coinvolto nella costruzione del medesimo.

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici esprime vivo apprezzamento nei confronti dei medici di famiglia che, su invito del Presidente, hanno aderito alla campagna di vaccinazione contro il papilloma virus.

Non essendovi fra le *varie ed eventuali* altri argomenti all'ordine del giorno, la riunione ha termine alle ore 23.00 del 18 giugno 2009.

### **Riunione del 24 agosto 2009**

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Siena si è riunito il giorno 24 agosto 2009, alle ore 15.00, presso la propria sede.

Viene approvato il verbale della seduta precedente.

Il Dott. De Pascalis, in vista della prossima riunione della FTOM, illustra al Consiglio le proposte di modifica al Regolamento di Funzionamento della Federazione Regionale Toscana degli Ordini dei Medici Chirurghi approvato il 01/04/2006: tali correzioni avrebbero lo scopo di garantire una rappresentatività più equilibrata degli Ordini Toscani all'interno del Consiglio Direttivo della Federazione stessa.

Il Presidente sottopone all'attenzione del Consiglio la proposta di convenzione con i negozi *Ghini Uomo* che prevede per i medici e gli odontoiatri iscritti al nostro Ordine lo sconto del 10% su tutti i capi di abbigliamento ed accessori. L'offerta viene approvata.

In conformità alla delibera n. 17 del 18 giugno 2009 e nel rispetto dei limiti di spesa fissati in occasione della scorsa riunione di Consiglio, il Dott. De Pascalis sottopone al Consiglio la migliore offerta per l'acquisto dei nuovi telefoni cellulari. I consiglieri esprimono il loro unanime consenso.

Il Dott. Roberto Monaco, Segretario dell'Ordine, illustra le condizioni della convenzione con le Terme di Chianciano s.p.a. che prevede, per i medici, gli odontoiatri ed i loro familiari alcune prestazioni in omaggio ed altre scontate dal 20 al 50% rispetto ai prezzi di listino. Il Consiglio le approva.

Il Presidente dà lettura della nota dell'Avv. Giuseppe Mori, legale dell'Ordine, mediante la quale il Consiglio viene informato del fatto che in data 13 luglio u.s. il ricorso al TAR contro la FTOM è stato dichiarato improcedibile a seguito di espressa rinuncia da parte del Consiglio Direttivo.

Il Dott. De Pascalis informa i presenti sui problemi insorti nell'ambito del rapporto di convenzione tra l'ENPAM e la Banca Monte dei Paschi di Siena per quanto riguarda i conti correnti bancari. Tale Banca ha applicato un prelievo per spesa di tenuta conto decisamente superiore ai precedenti a causa del mancato aggiornamento delle condizioni della convenzione ai tassi attuali, specialmente come spread negativo. Il Presidente, sollecitato da numerosi iscritti e d'accordo con altri Presidenti, ha prontamente segnalato l'accaduto al Prof. Eolo Parodi, Presidente dell'ENPAM, pregandolo di attivarsi presso i vertici MPS al fine di porre un rimedio tempestivo agli effetti negativi della vicenda. I consiglieri esprimono il loro apprezzamento nei confronti dell'iniziativa del Dott. De Pascalis e, al fine di salvaguardare gli interessi degli iscritti, ritengono opportuno inviare loro una mail informativa sulla vicenda.

Il Consiglio concede il patrocinio alla conferenza *Prevenzione e Controllo del Rischio di Allergie da Animali da Laboratorio*, LAA organizzato dal Medicines Research Center Siena Biotech spa che si terrà a Siena il 15 e 16 ottobre 2009; al convegno *Up-to-date Oftalmologico per il Medico Pratico* organizzato dall'Università degli Studi di Siena, U.O.C. Oftalmologia, che avrà luogo sempre a Siena il prossimo 7 novembre; all'evento *Gestione del paziente critico candidato a trapianto degli organi del torace: una visione multidisciplinare* predisposto dall'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, U.O. Riabilitazione Funzionale, presso l'Aula Magna delle Scotte nei giorni 26, 27 e 28 novembre 2009; al congresso *Gastroscopia*

*ed endoscopia digestiva d'eccellenza: la Toscana si confronta* organizzato dall'U.O.C. di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese il 4 e 5 dicembre p.v.; al corso *Malattia Celiaca: conferme e novità nella medicina di laboratorio* che si terrà presso la Certosa di Pontignano il 15 dicembre 2009.

In occasione della giornata di studio su *Lo screening colpocitologico dopo la vaccinazione HPV: il modello senese* organizzato dal Centro Screening Colpocitologico AUSL 7 di Siena, data l'assenza del Presidente e del Vice Presidente, il Consiglio, su proposta del Dott. Monaco, decide all'unanimità di inviare, in rappresentanza dell'Ordine, il consigliere Dott. Carlo Marsiglietti.

Il Consiglio ritiene congrue la tariffe applicate dal Dott. Ranieri Caldarone per prestazioni mediche.

Vengono approvate le pratiche di pubblicità sanitaria (ALLEGATO A – Del. n. 21/2009) secondo le indicazioni fornite dalla competente Commissione.

Viene approvato il movimento degli iscritti (ALLEGATO B – Del. n. 22/2009)

Vengono approvate le domande per l'iscrizione nel registro dei medici praticanti medicine non convenzionali secondo le indicazioni fornite dalla competente Commissione (Del. n. 23/2009 ).

Non essendovi fra le *varie ed eventuali* altri argomenti all'ordine del giorno, la riunione ha termine alle ore 16.30 del 24 agosto 2009.

**Orario di apertura al pubblico degli uffici dell'Ordine:**

<b>LUNEDÌ</b>	<b>ore 11 – 13,30</b>	<b>ore 15,00 – 17,30</b>
<b>MARTEDÌ</b>	<b>ore 11 – 13,30</b>	<b>---</b>
<b>MERCOLEDÌ</b>	<b>ore 11 – 13,30</b>	<b>---</b>
<b>GIOVEDÌ</b>	<b>ore 11 – 13,30</b>	<b>ore 15,00 – 17,30</b>
<b>VENERDÌ</b>	<b>ore 11 – 13,30</b>	<b>---</b>
<b>SABATO</b>	<b>chiusura</b>	

Per eventuali informazioni telefonare esclusivamente durante l'orario di apertura al pubblico

## MOVIMENTO DEGLI ISCRITTI

### **Albo Medici-Chirurghi**

#### **Prima iscrizione**

Dott. CHIANTINI ALICE  
Dott. GALLI ELISABETTA  
Dott. HORNEA OANA ANDREEA  
Dott. NGUISSEU CHEGOUA GHISLAINE LAURE  
Dott. PATINVOH LOUDMILA IRETI  
Dott. PELLEGRINI MARCO  
Dott. RADOJA RAIMOND  
Dott. ROSSETTI FABIAN  
Dott. ROSSI SARA

#### **Iscrizione per trasferimento**

Dott. ATTENE JESSICA da Roma  
Dott. LUCCI FRANCO da Milano  
Dott. TOSI CRISTIANO da Roma  
Dott. TOZZI ANGELA da BAT

#### **Cancellazione per trasferimento**

Dott. CAPOBIANCO STEFANO a Benevento  
Dott. CASORELLI IDA a Potenza  
Dott. VALERIO PATRIZIA a Grosseto

#### **Cancellazione volontaria**

Dott. BELLAMIO CELESTINA  
Dott. BENNATI GABRIELLA  
Dott. SARTORELLI EMILIO

#### **Cancellazione per decesso**

Dott. BARBETTI LETIZIA  
Prof. LETTIERI ANTONIO  
Dott. VALENTI PIETRO

### **Albo Odontoiatri**

#### **Cancellazione per trasferimento**

Dott. ILJADICA SINISA a Firenze  
Dott. VALERIO PATRIZIA a Grosseto

#### **Iscrizione per trasferimento**

Dott. LUCCI FRANCO da Milano

## AUTORIZZAZIONI

- |   |  |
|---|--|
| <b>1. DOTT. BOSCHI STEFANIA</b>                         | autorizzato testo per carta intestata, ricettario, biglietti da visita, timbri personali |
| <b>2. DOTT. BURZYNSKA JOLANTA</b>                       | autorizzata pubblicità su siti internet  |
| <b>3. DOTT. CIACCI CRISTIANO</b>                        | nulla osta per inserzione su elenco telefonico   |
| <b>4. DOTT. FATIGHENTI ELENA</b>                        | autorizzato testo per carta intestata e biglietti da visita                              |
| <b>5. DOTT. MARTINI SERENA</b>                          | autorizzato testo per targhe interne, targhe esterne, elenco telefonico alfabetico       |
| <b>6. DOTT. MENCARELLI<br/>M. ANTONIETTA</b>            | autorizzato testo per timbro, carta intestata, ricettario, biglietti da visita           |
| <b>7. DOTT. PERO' ENRICA<br/>DOTT. GAGLIANO ROSARIO</b> | nulla osta per targhe esterne e inserzione su elenco telefonico                          |

### TESSERA DI APPARTENENZA ALL'ORDINE PROFESSIONALE

Considerando che presso gli Uffici dell'Ordine sono giacenti numerose tessere di iscrizione agli Albi mai ritirate, invitiamo tutti coloro che non lo avessero già fatto a presentarsi personalmente presso l'Ordine per il ritiro del proprio tesserino di iscrizione, che ricordiamo viene preparato direttamente in seguito alla conclusione del procedimento di iscrizione (sia che si tratti di prima iscrizione che di iscrizione per trasferimento da altro Ordine provinciale).

Il tesserino può anche essere richiesto per il rinnovo, possibile nel caso di scadenza della validità o di smarrimento della vecchia tessera, presentando, copia di regolare denuncia di smarrimento, unitamente a due fotografie formato tessera.

Il tesserino ha un costo di 1 € e una validità di 5 anni dalla data del rilascio.

Il Presidente e il Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Siena esprime sentite condoglianze alle famiglie dei colleghi scomparsi:

Dott. Valenti Pietro che ci ha lasciato il 12.05.2009

Dott. Barbetti Letizia che ci ha lasciato il 30.08.2009

Prof. Lettieri Antonio che ci ha lasciato il 16.09.2009

## DIRITTO SANITARIO

### **L'ASL deve garantire la sicurezza dei dipendenti anche contro le aggressioni**

Consiglio di Stato 27.05.2009

Una dipendente di una USL, subiva una aggressione (per vendetta) nei locali dell'ambulatorio del distretto, riportando lesioni psico-fisiche (trauma cranico, ecchimosi varie, lesioni all'apparato visivo causate dal lancio o colpo di una bottiglia o di un bicchiere, disturbi post-traumatici da stress, attacchi di panico, somatizzazioni).

La dipendente sosteneva la responsabilità dell'amministrazione per aver omesso di adottare le cautele opportune dirette ad evitarle l'aggressione da parte di terzi, in violazione dell'obbligo di tutela delle condizioni di lavoro posto a carico del datore di lavoro dall'articolo 2087 del codice civile.

Il Consiglio di Stato, in parziale accoglimento delle istanze della lavoratrice, ha affermato la violazione del principio secondo il quale il titolare di un'organizzazione, preordinata alla gestione dei servizi, deve curare la prevenzione dai rischi di incidenti, siano o meno di origine illecita, e tali da pregiudicare o danneggiare le persone addette. [www.dirittosanitario.net]

### **24.07.2009 CASSAZIONE CIVILE – (il certificato di un medico non afferente al SSN è valido per giustificare l'assenza per malattia)**

Nella vicenda di causa, la contestazione disciplinare alla base del licenziamento intimato, riguardava la modalità della certificazione medica inviata dal dipendente per giustificare l'assenza per malattia che, secondo il datore di lavoro, sarebbe stata irrituale in quanto proveniente da un medico non facente parte del Servizio Sanitario Nazionale con conseguente, asserita, irregolarità formale.

La Corte di Cassazione ha affermato che la detta irregolarità non poteva ritenersi sussistente, in quanto la Legge n. 300 del 1970 [cd. Statuto dei Lavoratori], non prescrive che la certificazione medica comprovante lo stato di malattia del lavoratore debba essere rilasciata da "un sanitario del servizio sanitario nazionale". [www.dirittosanitario.net]

### **20.07.2009 CONSIGLIO di STATO – (prescrizione farmaci e danni al produttore)**

Il Consiglio di Stato ha dichiarato ammissibile l'impugnazione della deliberazione regionale che, accanto a numerose disposizioni organizzative, conteneva l'imposizione ai medici, sia ospedalieri sia di medicina generale, che avessero ritenuto necessaria una terapia con inibitori della pompa protonica, di prescrivere esclusivamente farmaci il cui costo per giorno di terapia - riferito al prezzo al pubblico - non fosse stato superiore ad un certo importo o a eventuale diverso prezzo siccome ridefinito con procedimento del Servizio Assistenza Farmaceutica della Direzione Sanità in seguito ad intervenute modifiche di prezzi al pubblico disposta dall'Amministrazione Centrale.

Il Consiglio di Stato, affermava che una tale determinazione era idonea, nella sostanza, ad addossare al paziente utilizzatore di un farmaco un costo più elevato di quello rimborsabile, influenzando negativamente il consumo di tali prodotti, con evidente danno economico del produttore. [www.dirittosanitario.net]

**CASSAZIONE CIVILE – (rimborso ritenute irpef su indennità fine rapporto erogata dall’Enpam)**

In tema di IRPEF, l’indennità di fine rapporto corrisposta dall’ENPAM ai medici di medicina generale, a seguito dell’attività prestata per conto dei disciolti enti mutualistici e del servizio sanitario nazionale, rientra tra le indennità di cui al D.P.R. n. 917 del 1986, art. 16, comma 1, lett. c), con conseguente sottoposizione a tassazione separata secondo i criteri dettati dall’art. 18 del medesimo decreto, e non invocabilità della regola di computo - concernente la riduzione dell’imponibile per una somma pari alla misura di tale indennità corrispondente ai contributi previdenziali versati dal contribuente - stabilita dal precedente art. 17 per le indennità di fine rapporto relative ai rapporti di lavoro dipendente. [www.dirittosanitario.net]

**CGA Regione Sicilia – (conflitto di interessi col SSN per detenzione di quote s.r.l. e svolgimento attività professionale)**

Nella vicenda di causa, veniva accertato che il dipendente del SSN era proprietario del 50% delle quote di una società a responsabilità limitata (s.r.l.) impegnata nella terapia fisica e riabilitativa, presso il cui “Centro” – oltre che a domicilio - svolgeva attività professionale; il tutto, avvenendo in violazione di norme cogenti, conduceva alla comminatoria del licenziamento, in virtù del principio della incompatibilità tra il rapporto con il SSN e l’esercizio di attività o titolarità di quote di imprese in conflitto di interessi con lo stesso. L’esercizio diretto di attività lavorativa all’interno della Società comportava, inoltre, la violazione delle norme che, affermando il dovere di esclusività dell’attività svolta a favore dell’Amministrazione in capo al pubblico dipendente, gli vietano l’esercizio del commercio o altre professioni nonché attività di lavoro a domicilio. [www.dirittosanitario.net]

**SOSTITUZIONI MEDICI MEDICINA GENERALE**

Sul nostro sito internet [www.omceosiena.it](http://www.omceosiena.it), nella sezione Ultim’ora è presente l’elenco dei medici che sono disponibili ad effettuare sostituzioni dei Medici di medicina generale. Chiunque fosse interessato può richiedere l’inserimento del proprio nominativo attraverso il nostro indirizzo e.mail [segreteria@omceosiena.it](mailto:segreteria@omceosiena.it) indicando nome, cognome e recapito telefonico.

**MEDICINE COMPLEMENTARI  
APPROVATO PROTOCOLLO DI INTESA  
REGIONE TOSCANA E ORDINE PROFESSIONALI**

Il Protocollo di Intesa tra Regione Toscana e Ordini professionali regionali per la definizione dei percorsi formativi e di accreditamento degli operatori e degli istituti di formazione in medicine complementari è stato approvato dalla Regione Toscana con Delibera n. 49 del 28.01.2008.

**MODALITÀ DI ESERCIZIO DELLE MEDICINE COMPLEMENTARI  
DA PARTE DEI MEDICI E ODONTOIATRI,  
DEI MEDICI VETERINARI E DEI FARMACISTI**

**PROTOCOLLO D'INTESA  
(ex Legge Regionale n°9 del 19 febbraio 2007)**

**TRA**

**REGIONE TOSCANA**

**E**

**FEDERAZIONE REGIONALE DEI MEDICI CHIRURGHI E  
DEGLI ODONTOIATRI DELLA TOSCANA**

**CONSULTA REGIONALE ORDINI DEI FARMACISTI DELLA TOSCANA**

**FEDERAZIONE REGIONALE TOSCANA DEGLI ORDINI PROVINCIALI DEI MEDICI VETERINARI**

- Preso atto che le attività di Medicine Complementari, di cui all'art. 2 della L.R. 9/2007, sono ormai entrate nella pratica terapeutica corrente, sia in ambito privato, sia in ambito pubblico, come dimostrano le indagini effettuate dai media o dagli istituti scientifici sulla materia
- Considerato che, a fronte di una così rilevante diffusione delle Medicine Complementari, a livello di legislazione nazionale non sussiste alcuna normativa di settore e che di conseguenza innumerevoli sono le problematiche connesse sia alla tutela della sicurezza degli utenti che al riconoscimento dei diritti degli operatori
- Rilevato che la Regione Toscana ha da tempo dimostrato una particolare attenzione a tali discipline, sia in ragione della elevata richiesta da parte degli utenti, sia in ragione dei numerosi professionisti e dei molti Istituti pubblici e privati presenti sul territorio regionale
- Premesso che la Regione Toscana nel PSR 2005-2007 prevede, in continuità con i precedenti atti di programmazione, fra le azioni di Piano una specifica Azione a sostegno delle Medicine non Convenzionali (MnC) e delle Medicine Complementari (MC), nella quale sono individuati, fra gli altri, i seguenti obiettivi: approvare la legge regionale che disciplini l'esercizio delle MC, prevedendo l'istituzione di elenchi dei professionisti esercenti le MC, tenuti dai relativi ordini professionali
- Considerato che, in attuazione dei citati Piani sanitari regionali, la Regione ha adottato numerose iniziative per l'inserimento delle attività di Medicine Complementari all'interno del SSR e conseguentemente sussiste l'opportunità di censire su base formativa, i professionisti esercenti tali discipline istituendo appositi elenchi presso gli ordini competenti

- Tenuto conto del documento “Linee guida della FNOMCeO su Medicine e Pratiche non convenzionali” approvato dal Consiglio Nazionale della FNOMCeO a Terni il 18.05.2002
- Tenuto conto che in data 13.02.2007 è stata approvata la L.R. 9/2007, successivamente modificata con L.R. 31/2007, con la quale sono definite le modalità di esercizio delle Medicine Complementari da parte dei medici e odontoiatri, dei medici veterinari e dei farmacisti
- Preso atto che le parti, in attuazione di quanto sancito dall’art. 1 della L.R. 9/2007, concordano sulla necessità di: garantire il principio della libertà di scelta terapeutica del paziente e la libertà di cura del medico in adesione ai principi del Codice di Deontologia Medica, nell’ambito del rapporto consensuale informato tra medico e paziente; di tutelare l’esercizio delle medicine complementari all’interno delle norme della citata legge e nel quadro delle competenze assegnate alle Regioni dal titolo V° della Costituzione, riconoscendo il diritto dei cittadini di avvalersi degli indirizzi diagnostici e terapeutici delle discipline di cui all’art. 2 della stessa legge
- Rilevato che le parti riconoscono e riaffermano l’assunto (più volte sancito dalla giurisprudenza - vedi Corte Suprema di Cassazione, Sez. VI - sentenza n. 2652 del 25.2.1999, recentemente ribadito dalla sentenza Sez. VI, n. 964 del 20.6.07) in forza del quale l’esercizio delle MC è affidato ai medici chirurghi e odontoiatri, ai medici veterinari e ai farmacisti nel rispetto e secondo le competenze loro attribuite nell’ordinamento statale
- Rilevato che le parti non intendono in alcun modo individuare, predefinire o incidere sui profili professionali delle discipline di cui sopra il cui ambito di attività è soltanto attribuibile all’ordinamento statale
- Visto l’art. 2, comma 1, lett. b del D.L. 223 del 4.7.2006 convertito con la legge n. 248 del 4.8.2006 che, pur abrogando il divieto di svolgere pubblicità informativa in materia sanitaria, ha confermato il compito dell’Ordine di verificare il rispetto dei “criteri di trasparenza e veridicità del messaggio”
- Ribadito che i criteri e le norme concordate nel presente Protocollo, in attuazione di quanto previsto dalla L.R. 9/2007, sono tese esclusivamente ad assicurare ai cittadini la più ampia libertà di scelta terapeutica mediante il più elevato livello di sicurezza nell’attuazione delle attività di agopuntura, fitoterapia e omeopatia e non sono da considerare *conditio sine qua non* per l’esercizio della professione nelle suddette medicine complementari
- Considerata la necessità di concertare tra le parti ogni iniziativa atta a garantire e migliorare la qualità delle prestazioni erogate dai professionisti suddetti nelle discipline oggetto della succitata legge quale interesse comune a favore dell’assistenza alla cittadinanza
- Valutata la necessità, in attuazione della L.R. 9/2007, di definire i criteri sufficienti per l’ammissione all’elenco, di cui all’art. 3, comma 2 e comma 3 lett. a) dei medici chirurghi, odontoiatri, dei medici veterinari e dei farmacisti che praticano le medicine complementari, e le norme transitorie, di cui all’art.3 comma 3 lett. b), per il riconoscimento dei titoli conseguiti precedentemente e nei tre anni successivi alla data di entrata in vigore della presente legge, ai fini e per gli effetti dell’art. 3 comma 1
- Preso atto che i criteri, di cui all’art. 3 comma 3 lett. a) costituiscono fondamento per la individuazione dei requisiti cui debbono conformarsi gli Istituti pubblici e privati di formazione, con sede in Toscana, ai fini del rilascio dei titoli idonei all’iscrizione dei professionisti negli elenchi di cui al medesimo articolo 3
- Preso atto che, ai fini dell’inserimento del professionista negli elenchi di cui all’art.3, tali criteri debbono essere riscontrabili anche negli attestati rilasciati dagli Istituti pubblici e privati di formazione non inseriti nell’elenco di cui all’art. 6

- Preso atto che il parere necessario ai fini dell'iscrizione degli Istituti pubblici e privati di formazione, nell'elenco di cui all'art. 6, è rilasciato dagli Ordini Provinciali dei medici chirurghi e odontoiatri, dei medici veterinari e dei farmacisti, in accordo con i contenuti del presente protocollo
- Preso atto della previsione della durata triennale delle norme transitorie
- Ritenuto che a partire del 4° anno di valenza della presente legge, la iscrizione dei professionisti negli elenchi di cui all'art. 3 è subordinata unicamente al possesso dell'attesto rilasciato dagli Istituti pubblici e privati di formazione inseriti nell'elenco di cui all'art. 6, o se non inseriti, conformi ai requisiti richiesti

Tanto premesso

**LE PARTI  
CONCORDANO  
PARTE PRIMA: LAUREATI IN MEDICINA E CHIRURGIA E  
ODONTOIATRIA**

**1.**

***CRITERI PER L'AMMISSIONE ALL'ELENCO DEI MEDICI CHIRURGI E  
ODONTOIATRI CHE PRATICANO LE MC***

- Presso gli Ordini dei medici chirurghi e odontoiatri provinciali sono istituiti gli elenchi dei professionisti esercenti le medicine complementari (MC)
  - agopuntura
  - fitoterapia
  - omeopatia
- Possono essere inseriti nell'elenco delle singole discipline di MC gli iscritti all'Albo dell'Ordine in possesso di attestato rilasciato dagli Istituti pubblici e privati di formazione inseriti nell'elenco di cui all'art. 6 della citata L.R. 9/07
- Possono altresì essere inseriti nell'elenco delle singole discipline di MC i professionisti che abbiano effettuato il percorso formativo in Istituti pubblici e privati di formazione diversi da quelli di cui all'art. 6, e che presentino attestato che dimostri la sussistenza dei requisiti di cui all'art. 3 comma 3 lettera a) della legge regionale suddetta
- Ai fini della definizione dei criteri sufficienti, di cui all'art.3 comma 3 lettera a), gli Istituti pubblici e privati di formazione devono attenersi ai seguenti criteri:
  - i corsi di formazione dovranno prevedere un monte ore complessivo non inferiore a 450 ore, delle quali non meno di 100 ore di pratica clinica
  - la durata di detti corsi non può essere inferiore ai tre anni
  - l'attestato sarà rilasciato ai candidati che abbiano soddisfatto le seguenti condizioni:
    1. Obbligo di frequenza dell'80% dell'insegnamento teorico e pratico
    2. Superamento di una prova teorico-pratica annuale e discussione finale di una tesi.
    3. Conoscenza della legislazione vigente e delle norme che regolano il diritto all'informazione e il consenso informato.
    4. Conoscenza della medicina basata sulle evidenze e capacità di svolgere ricerca clinica nelle MC.
  - Dovranno inoltre valutare i crediti formativi da attribuire ai discenti sulla base del programma didattico articolato in
    - lezioni frontali
    - seminari/lavori di gruppo
    - pratica clinica
    - studio individuale

- Ai fini delle definizioni dei criteri sufficienti, di cui all'art.3 comma 3 lettera a), gli Istituti pubblici e privati di formazione devono inoltre rispondere ai seguenti requisiti:
1. Il responsabile didattico dell'Istituto pubblico e privato di formazione deve essere un laureato in medicina e chirurgia e odontoiatria con almeno 5 anni di esperienza clinica documentata e almeno 5 anni di docenza specifica della medicina complementare in oggetto
  2. I docenti titolari/ordinari della formazione devono essere prevalentemente laureati in medicina e chirurgia e odontoiatria, salvo nei casi di insegnamenti specifici di tipo complementare
  3. I docenti, siano essi responsabili didattici o altri docenti dell'Istituto pubblico e privato di formazione, devono essere in possesso di un adeguato curriculum, del quale sia garante la Scuola che lo propone come docente, e laddove sia possibile, sia garante, con la stessa qualifica, anche una società medico-scientifica del settore
  4. Ogni docente titolare/ordinario deve avere frequentato una scuola triennale o poter documentare titoli di formazione equivalenti e aver maturato almeno 5 anni di pratica clinica nella disciplina specifica
  5. Ogni Istituto pubblico e privato di formazione deve avere un minimo di 3 docenti titolari
  6. I docenti che non rispondono ai requisiti di cui sopra sono definiti "docenti collaboratori"
  7. Gli Istituti pubblici e privati operanti in Toscana devono assicurare la presenza all'esame finale di un Commissario designato dall'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, competente per territorio
  8. Il monte ore complessivo deve essere suddiviso in modo tale da garantire la formazione di base e un adeguato periodo di preparazione clinica che potrà anche essere differenziato secondo le diverse discipline, come descritto qui di seguito:

### **Agopuntura**

Esistenza di programma didattico scritto che si attenga ai seguenti argomenti teorici:

- Conoscenza dei principi fondamentali dell'agopuntura
- Formazione relativa agli aspetti del rapporto medico-paziente
- Comprensione della relazione tra il metodo clinico dell'Agopuntura e quello convenzionale, analizzando sia le indicazioni che i limiti del trattamento con Agopuntura
- Capacità di raccogliere ed analizzare gli elementi emersi durante la consultazione con il paziente, fondamentali per la scelta del trattamento più idoneo
- Apprendimento della semiologia propria dell'Agopuntura, che implichi procedure e criteri di valutazione peculiari di questo metodo clinico terapeutico
- Conoscenza dei modelli di ricerca di base, sperimentali e clinici dell'Agopuntura

La parte che concerne la formazione pratica sarà attinente alla metodologia diagnostica e terapeutica dell'agopuntura e dovrà prevedere l'acquisizione delle varie tecniche. Dovrà essere previsto il lavoro in piccoli gruppi per favorire l'apprendimento attivo da parte dei discenti.

### **Fitoterapia**

Esistenza di un programma didattico scritto che si attenga ai seguenti argomenti teorici:

- Conoscenza dei principi fondamentali della fitoterapia, con nozioni delle materie di base (biologia vegetale, botanica farmaceutica, tecniche estrattive, controllo di qualità, galenica clinica, farmacologia dei fitoterapici, tossicologia, e farmacoeconomia)

- Formazione relativa agli aspetti del rapporto medico-paziente
  - Comprensione della relazione tra la Fitoterapia e la Farmacoterapia convenzionale, analizzando sia le indicazioni che i limiti del trattamento con la conoscenza dei modelli di ricerca di base, sperimentali e clinici della Fitoterapia
  - Capacità di raccogliere ed analizzare gli elementi emersi durante la consultazione con il paziente, fondamentali per la scelta del trattamento più idoneo
  - La conoscenza dei modelli di ricerca di base, sperimentali e clinici della fitoterapia
- La parte che concerne la formazione pratica sarà attinente alla metodologia diagnostica e terapeutica della Fitoterapia. Dovrà essere previsto il lavoro in piccoli gruppi per favorire l'apprendimento attivo da parte dei discenti.

### **Omeopatia**

Esistenza di programma didattico scritto che si attenga ai seguenti argomenti teorici:

- Conoscenza dei principi fondamentali dell'omeopatia
  - Formazione relativa agli aspetti del rapporto medico-paziente
  - Comprensione della relazione tra il metodo clinico dell'Omeopatia e quello convenzionale, analizzando sia le indicazioni che i limiti del trattamento con Omeopatia
  - Capacità di raccogliere ed analizzare gli elementi emersi durante la consultazione con il paziente, fondamentali per la scelta del trattamento più idoneo
  - Apprendimento della semeiotica propria dell'Omeopatia, che implichi procedure e criteri di valutazione peculiari di questo metodo clinico terapeutico
  - La conoscenza dei modelli di ricerca di base, sperimentali e clinici dell'Omeopatia
- La parte che concerne la formazione pratica sarà attinente alla metodologia diagnostica e terapeutica dell'Omeopatia. Dovrà essere previsto il lavoro in piccoli gruppi per favorire l'apprendimento attivo da parte dei discenti.

### **NORME TRANSITORIE**

Criteri sufficienti (almeno 1) per l'ammissione all'elenco di cui all'art. 3 comma 3 a) dei professionisti esercenti le medicine complementari (MC): agopuntura, fitoterapia, omeopatia

- a) attestato rilasciato al termine di un corso, nella disciplina specifica, di almeno 200 ore di insegnamento teorico-pratico, della durata triennale e esame di merito finale
- b) attestazione di iter formativo costituito da corsi anche non omogenei che permettano, per il programma seguito e per il monte ore svolto, di aver acquisito una competenza pari a quella ottenibile con corsi di cui al punto a)
- c) formazione certificata attraverso la supervisione di un laureato in medicina e chirurgia e odontoiatria, esperto riconosciuto nella materia, documentata per almeno cinque anni
- d) documentazione di almeno cinque anni di docenza nella medicina complementare specifica in una scuola che, a giudizio della Commissione, possieda requisiti didattici idonei
- e) certificazione di pratica clinica nella medicina complementare specifica, in struttura pubblica da almeno due anni rilasciata dal responsabile della struttura
- f) autocertificazione, comprovata da documentazione verificabile, che attesti una pratica clinica privata da almeno due anni

## ODONTOIATRIA

### **FNOMCEO – COMMISSIONE ISCRITTI ALBO ODONTOIATRI**

#### **Gli odontoiatri dettano le regole per una corretta informazione sanitaria**

*La prevenzione e l'informazione in campo odontoiatrico sono fondamentali – ha dichiarato il presidente CAO nazionale, Giuseppe Renzo, al termine dell'Assemblea Nazionale dei 105 presidenti CAO, riunita a Roma lo scorso 3 e 4 luglio – ma per essere veramente efficaci devono svolgersi nella più assoluta trasparenza e correttezza, soprattutto quando sono rivolte ai bambini.*

Ecco perché, d'ora in avanti, sarà la CAO provinciale o nazionale, a seconda delle dimensioni degli eventi, a vagliare preventivamente ogni campagna di informazione sanitaria volta a promuovere la cultura della prevenzione e della tutela della salute odontoiatrica.

In sostanza si tratterà di una sorta di “bollino di garanzia” che la Commissione Albo Odontoiatri porrà su ogni iniziativa prima che possa essere varata.

*Per garantire un'informazione imparziale e disinteressata e quindi veramente efficace – ha concluso Renzo – l'Assemblea ha voluto dettare i “comandamenti” della corretta educazione alla salute della bocca, che tutti i dentisti saranno chiamati a rispettare.*

#### **Studi medici ed odontoiatrici: comunicazione nominativo Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RLS) – modifiche all'art. 18, comma 1, lett. aa) del D. Lgs. 81/08**

Con riferimento al D. Lgs. 81/2008 - T.U. in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, segnaliamo che l'INAIL ha emanato il 25 agosto 2009 una circolare recante “Comunicazione nominativo Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza. Modifiche all'art. 18, comma 1, lett. aa) del Decreto n. 81 del 2008”.

La circolare si è resa necessaria a seguito delle modifiche apportate dall'art. 13 lett. f) del D. Lgs. 106 del 2009 all'art. 18 di cui sopra.

Dall'esame della stessa si rileva che, a differenza di quanto previsto nella formulazione della norma indicata in oggetto contenuta nel decreto legislativo 81/08, la comunicazione del nominativo del RLS non va più effettuata con cadenza annuale, ma solo nel caso di nuova nomina o designazione.

Pertanto in fase di prima applicazione del D. Lgs. 106/2009 l'obbligo di comunicazione riguarda specificatamente i nominativi dei RLS già eletti o designati (art. 13, comma 1, lett. f), D.Lgs. 106/2009).

Si rileva inoltre che coloro che hanno già ottemperato all'obbligo ai sensi del D.Lgs. 81/08, comunicando il nominativo con riferimento alla situazione al 31 dicembre 2008 non devono effettuare alcuna comunicazione, se non nel caso siano intervenute variazioni di nomine o designazioni nel periodo dal 1° gennaio 2009 alla data della presente circolare.

Per coloro invece che non si trovano nella situazione di cui sopra l'obbligo di comunicazione scatta in occasione di prima elezione o designazione del RLS.

Le modalità per l'effettuazione della comunicazione sono previste con procedura on line sul sito dell'Istituto attraverso Punto Cliente.

La sanzione amministrativa pecuniaria prevista dall'art. 55 del D. Lgs. 81/08, come modificato

dall'art. 32 del D.Lgs. 106/2009, per la violazione dell'art. 18, comma 1, lett. aa), del D.Lgs. 81/08, come modificato dall'art. 13, lett. f), del D.Lgs. 106/2009, è di euro 50,00 fino a 300,00 euro.

Concludendo si sottolinea che la elezione o la designazione del RLS non costituisce un obbligo per il datore di lavoro, ma una facoltà dei lavoratori.

### **ELENCO ODONTOIATRI DISPONIBILI A COLLABORAZIONI**

Pubblichiamo l'elenco degli Odontoiatri disponibili a collaborazioni presso gli studi professionali e/o a sostituzioni. I colleghi interessati ad essere inseriti nell'elenco sono invitati ad rivolgersi alla Segreteria dell'Ordine

- Dott. Passignani Stefano Odontoiatra Specializzato in Chirurgia Odontostomatologica all'Università di Firenze, iscritto all'Albo Odontoiatri di Firenze dal 30.06.1998 offre la propria collaborazione in Chirurgia e Implantologia in studi dentistici della provincia di Siena.  
Tel. 347.1547422
- Dr. Botti Gianmarco Odontoiatra Master Endodonzia Clinica Università di Bologna, iscritto all'Albo Odontoiatri di Siena dal 28.01.2008 si rende disponibile per sostituzioni e collaborazioni in Endodonzia, Conservativa, Chirurgia e Protesi presso studi dentistici nella provincia di Siena. Tel. 339.1581969
- Dott.ssa Mongelli Cinzia Odontoiatra iscritta all'Albo Odontoiatri di Siena dal 06.02.2006 offre la propria disponibilità per sostituzioni e collaborazioni con studi dentistici della provincia di Siena. Tel. 346.7395230 – 320.1496519

### **RICETTARIO STUPEFACENTI**

Come già più volte pubblicato nel nostro Bollettino, si ricorda a tutti gli iscritti che, con l'entrata in vigore della nuova legge sulla droga (Legge 46/2006) è stata prevista l'introduzione di un nuovo ricettario per la prescrizione dei farmaci stupefacenti.

Il vecchio ricettario (giallo) che a suo tempo veniva distribuito dall'Ordine è stato abrogato e quindi non è più utilizzabile. La Legge prevede che tali ricettari ormai "fuori uso" siano restituiti all'Ordine da parte dei medici che ancora ne fossero in possesso. Pertanto si invitano tutti coloro che non l'hanno ancora fatto alla restituzione del vecchio ricettario presso gli uffici di Segreteria dell'Ordine.

### **RILASCIO DI CERTIFICATI DI ISCRIZIONE**

Si ricorda che, in ottemperanza a quanto disposto dalla Legge in materia di tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, l'Ordine può rilasciare i certificati di iscrizione agli Albi professionali:

al diretto interessato (medico o odontoiatra);

ad altro soggetto, munito di delega al ritiro sottoscritta dal medico o dall'odontoiatra, con unita la fotocopia di un documento di identità dell'iscritto.

## PREVIDENZA NEWS a cura del Dott. Claudio Testuzza

### IL RISCATTO      LA RICONGIUNZIONE      LA TOTALIZZAZIONE PER I MEDICI DEL SERVIZIO SANITARIO

#### IL RISCATTO

*Il riscatto consente di perfezionare i diritti derivanti dalla contribuzione obbligatoria in atto estendendo la copertura previdenziale a periodi fuori dal rapporto di lavoro.*

Sono riscattabili:

- I periodi di studio impiegati per conseguire la Laurea, il Diploma di Specializzazione, il Dottorato di Ricerca, i periodi di tirocinio pratico, i corsi delle scuole universitarie dirette a fini speciali, i corsi, non inferiori ad un anno, di formazione professionale.
- I periodi di servizio resi in qualità di assistente volontario nelle Università, i servizi prestati presso enti di diritto pubblico e aziende private esercenti un pubblico servizio, i periodi di lavoro effettuati all'estero non valorizzabili presso altri regimi.
- I periodi di servizio militare da trattenuto e quello da richiamato.
- I periodi di aspettativa di famiglia, per motivi di studio, per assenza facoltativa per maternità fuori dal rapporto di lavoro, per interruzioni disciplinari.

*n.b. Un periodo valutabile secondo gli ordinamenti pensionistici è valutato una sola volta.*

Chi può presentare domanda di riscatto:

- L'iscritto dipendente di ruolo dall'assunzione e entro 90 giorni dalla cessazione.
- L'iscritto non dipendente di ruolo dopo un anno di iscrizione e non oltre il 90° giorno dalla cessazione.
- I superstiti aventi diritto a pensione entro 90 giorni del decesso dell'iscritto che avvenga in servizio o entro i 90 giorni dalla cessazione dal servizio.

*n.b. L'iscritto può presentare più di una domanda di riscatto per lo stesso o differenti periodi.*

#### LA RICONGIUNZIONE

*È la facoltà del dipendente di cumulare, ai fini di un'unica pensione da erogare da un unico ente, tutti i diversi periodi contributivi maturati presso differenti gestioni previdenziali.*

Sono ricongiunzioni in *entrata* le operazioni dirette ad accentrare presso la Cassa Pensioni Sanitari ( Inpdap ) le posizioni maturate presso l'INPS ( legge n. 29/79 ), le Casse di previdenza dei liberi professionisti ENPAM ( legge n. 45/1990 )

*n.b. La legge ammette la possibilità di presentare una prima domanda in qualunque momento e una seconda domanda solo se successivamente alla prima si possano far valere 10 anni di assicurazione previdenziale di cui almeno 5 in costanza di effettivo servizio ovvero all'atto del pensionamento in mancanza di tali requisiti. Non sono ammesse ricongiunzioni parziali.*

Sono ricongiunzioni in *uscita* le operazioni di trasferimento di posizioni assicurative delle Cassa Pensioni Sanitari presso l'INPS:

riguarda i contributi versati all' Inpdap connessi a servizi effettivi, riscattati o ricongiunti riguarda coloro che cessino dal servizio senza conseguire diritto a pensione (legge n.322/58)

### **LA TOTALIZZAZIONE**

La totalizzazione consente, in una forma non onerosa come, invece, è il caso della ricongiunzione, di poter recuperare spezzoni di contributi accreditati in più gestioni previdenziali al fine di poter raggiungere il requisito minimo del diritto a pensione.

Con la totalizzazione si ha la liquidazione da parte di ogni gestione verso cui si è, nel tempo, contribuito, per quota di pensione in relazione alla contribuzione accreditata.

Deve riguardare tutti e per intero i periodi assicurativi aventi un minimo di tre anni.

Il risultato è un'unica pensione costituita dagli assegni pagati *pro quota* dalle varie gestioni.

Le norme prevedono che il lavoratore abbia almeno 20anni di contribuzione complessiva e 65 anni d'età ovvero abbia almeno 40 anni di contribuzione complessiva, a prescindere dall'età.

### **IL RISCATTO      L'ALLINEAMENTO      LA RICONGIUNZIONE NELLE ENPAM**

#### ***FONDO di PREVIDENZA GENERALE***

##### **“QUOTA A”:**

- Gli iscritti di qualunque età, che contribuiscono nella misura intera, possono chiedere di effettuare, il *riscatto di allineamento* alla contribuzione per gli ultra quarantenni di uno o più anni prodotti a contribuzione ridotta.

##### **“QUOTA B”:**

- Gli iscritti di anzianità contributiva superiore a 10 anni non contribuenti, al momento della domanda, ad altra forma di previdenza possono *riscattare* gli anni del corso di Laurea e della Specializzazione, il periodo di attività libero professionale svolta in epoca precedente l'inizio della contribuzione, i periodi di servizio militare obbligatorio.
- Gli iscritti con anzianità contributiva non inferiore a 5 anni possono richiedere il *riscatto di allineamento* per uno o più anni di attività nei quali la contribuzione risulti inferiore all'importo del contributo più elevato fra quelli versati nei tre anni precedenti la domanda.

#### ***FONDO dei MEDICI di MEDICINA GENERALE***

Sono previsti:

- il *riscatto* della Laurea, del Corso di formazione in medicina generale, della Specializzazione per i pediatri, il servizio militare o civile obbligatorio, i periodi prestati per conto di enti ex mutualistici, i periodi oggetto di restituzione contributiva, di sospensione per maternità, di malattia, di aggiornamento all'estero;
- l'*allineamento contributivo* alla media degli ultimi 36 mesi coperti da contribuzione.

### **FONDO degli SPECIALISTI AMBULATORIALI**

Sono previsti:

- il *riscatto* della Laurea, del Corso di specializzazione, il servizio militare o civile obbligatorio, i periodi di attività precontributiva prestato per enti ex mutualistici, i periodi oggetto di restituzione contributiva, di sospensione per maternità, malattia aggiornamento all'estero;
- l'allineamento orario a quello medio tenuto durante l'intera attività coperta da contribuzione;
- l'allineamento contributivo, per i soli iscritti transitati alla dipendenza, alla media degli ultimi 36 mesi coperti da contribuzione.

### **FONDO degli SPECIALISTI ACCREDITATI ESTERNI**

È previsto :

il *riscatto* della Laurea e del Corso di specializzazione, del servizio militare o civile obbligatorio, i periodi di attività precontributiva prestati per conto di enti ex mutualistici.

*Il versamento del riscatto può essere effettuato in unica soluzione o in rate semestrali.*

*Il pagamento rateale è in un numero di anni non superiore quelli riscattati aumentati del 50%.*

*In caso di invalidità o di decesso prima del completamento del versamento il riscatto viene considerato come effettuato e il debito, senza interessi, è a carico dei superstiti (rate 20%).*

### **LA RICONGIUNZIONE**

L'istituto della ricongiunzione sia *attiva* (contributi verso l'Enpam) sia in *uscita* (contributi dall'Enpam) opera tra il Fondo di Previdenza Generale, i Fondi Speciali gestiti dall'Enpam, e i Fondi gestiti da altri Enti e Casse Previdenziali.

I contributi del riscatto sono totalmente deducibili dall'impobnibile IRPEF.

**USL 7 SIENA - DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE  
U.F. MEDICINA LEGALE**

**RILASCIO/RINNOVO CERTIFICATO DEL PATENTINO  
PER LA GUIDA DEI CICLOMOTORI**

In tema di certificazione per patente guida ciclomotori (Patentino o CIGC) si ricorda che a decorrere dal **primo di Ottobre 2009** i Medici di Medicina Generale, chiamati “*pro tempore*” dalla legge 30-08-2005 n. 168 a redigere la certificazione utile al conseguimento del patentino per ciclomotori, la cui applicazione fu prorogata dalla legge n. 31 del 28.02.08 “*fino alla data di applicazione delle disposizioni attuative della direttiva 2006/126/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 20 dicembre 2006, concernente la patente di guida*”, **non potranno più rilasciare il predetto certificato di idoneità alla guida dei ciclomotori.**

A tale proposito la Circolare n. 77410 del Ministero dei Trasporti datata 04.08.2009 ha stabilito che tale certificazione contenente la valutazione di condizioni non ostative alla guida dei ciclomotori, può essere redatta ed ha validità **solo fino al 30.09.2009.**

Dal **1 Ottobre 2009** sarà invece necessaria una certificazione rilasciata “*da una delle autorità sanitarie previste dall’art. 119 del Codice della strada, attestante il possesso dei requisiti psicofisici richiesti per la patente di categoria A.*”

dottor Alessandro Panichi

**COMUNICATO ENPAM del 03.09.2009**

**I contributi dei medici ed odontoiatri pensionati vanno all’Enpam**

I pensionati del Fondo di previdenza generale che producono reddito professionale successivamente al compimento del 65° anno di età possono conservare, ai sensi del vigente disposto regolamentare, l’iscrizione al Fondo e versare il contributo previdenziale all’Enpam fissato, in via opzionale, nella misura del 2% ovvero del 12,50%.

Con delibera n° 46 del 24 luglio u.s. il Consiglio di amministrazione della Fondazione ha, infatti, riaperto i termini per la presentazione sino al 31 dicembre 2009, dell’istanza di conservazione dell’iscrizione al Fondo e della relativa opzione per l’aliquota contributiva, con riferimento ai compensi per i quali non siano decorsi i termini prescrizionali di legge. I relativi moduli sono rinvenibili sul sito della Fondazione.

A breve, peraltro, con apposita modifica regolamentare l’Enpam provvederà ad eliminare la facoltatività di iscrizione al Fondo, disponendo l’obbligatorietà della contribuzione sui compensi professionali prodotti dai pensionati ultrasessantacinquenni.

Il tutto per evitare di dover, a termine di legge, versare i propri contributi all’INPS.

## CORSI E COMUNICAZIONI

### E.C.M.

#### AUMENTATI I CREDITI TRIENNIO 2008 – 2010

In data primo agosto 2007 è stato siglato l'accordo Stato – Regioni concernente il “Riordino del sistema di Formazione Continua in Medicina”.

Nell'accordo è riportato, tra l'altro, che ogni operatore sanitario deve acquisire **150 crediti formativi nel triennio 2008 – 2010** secondo la seguente ripartizione:

50 crediti/anno (minimo 30 e massimo 70 per anno) per un totale di 150 nel triennio 2008 – 2010.

In particolare, dei 150 crediti formativi richiesti, **almeno 90 dovranno essere “nuovi” crediti**, mentre fino a 60 potranno derivare dal riconoscimento di crediti formativi acquisiti negli anni della sperimentazione a partire dall'anno 2004 fino all'anno 2007.

### COMMISSIONE NAZIONALE ECM

La Commissione Nazionale ECM ha deliberato che i professionisti che svolgono attività di tutoraggio nel percorso di formazione e valutazione propedeutica all'Esame di Stato, hanno diritto a 4 crediti ECM per un massimo pari al 50 % dei crediti previsti per l'anno di riferimento (quindi fino ad un massimo di 25 crediti).

Università degli Studi di Siena

#### Master di II Livello in Nutrizione Clinica e Dietetica

Anno Accademico 2009/2010

**Responsabile Scientifico: Prof. Rosalba Mattei [mattei@unisi.it](mailto:mattei@unisi.it)**

Obiettivi formativi: approfondire le conoscenze nell'ambito della nutrizione clinica attraverso una formazione a carattere interdisciplinare mediante didattica interattiva, seminari, tutorship-studio guidato, didattica ex cathedra, prove di verifica, apprendimento individuale, attività individuale interstage.

Il Master è articolato in 5 moduli nell'arco di 12 mesi con inizio il 09/11/2009 e si svolgerà presso il Centro Didattico Policlinico S. Maria alle Scotte, Strada delle Scotte, Siena.

Il Master conferisce 60 CFU.

Il personale del SSN che frequenta il Master è esonerato dall'obbligo dell'ECM per la durata dell'impegno formativo (Circolare del Ministero della Salute n. 448 del 5/03/02)

**Informazioni:** Bando disponibile sul sito: [www.unisi.it/postlaurea/master.htm](http://www.unisi.it/postlaurea/master.htm)

Segreteria Scientifica: Dott.ssa C. Francalanci, Dott. E. Paolini, Dott.ssa G. Ferrara, Dott.ssa C. Badiali: Tel. 0577/585682

Ufficio Formazione e Post-laurea: Tel. 0577-233109 Fax 0577-233113

e-mail: [post-laurea-medicina@unisi.it](mailto:post-laurea-medicina@unisi.it)

**GRUPPO ALTA ITALIA DI OTORINOLARINGOIATRIA  
E CHIRURGIA CERVICO - FACCIALE**

www.GRUPPOALTAITALIA.IT  
Presidente PROF. DANIELE NUTI

**La Vertigine Parossistica Posizionale (Benigna): Stato dell'arte**

Siena, 5 Dicembre 2009  
Aula I Centro Didattico Policlinico Santa Maria Le Scotte

Tavola Rotonda

**TERAPIA POTESICA DELL'ANZIANO: STATO DELL'ARTE SULLA  
VALUTAZIONE DEGLI EFFETTI COGNITIVI**

Il Congresso è rivolto a: Specialisti in Otorinolaringoiatria, Audiologia e Foniatria, Neurologia, Tecnici Audioprotesisti, Medici di Medicina Generale.

L'iscrizione è subordinata all'invio della scheda iscrizione e sarà accettata fino all'esaurimento della disponibilità dei posti della sala Congressuale (250 posti).

La Segreteria Organizzativa confermerà per iscritto.

Per maggiori informazioni contattare la **SEGRETERIA ORGANIZZATIVA**

mcr Service Events & Communication - Piazza Mascagni, 87 Firenze 50127

Tel. 055 4364475 Fax 055 4222505 E-mail: [congressi@mcrservice.it](mailto:congressi@mcrservice.it) - [www.mcrservice.it](http://www.mcrservice.it)

**SEGRETERIA SCIENTIFICA:** Dr. Giuseppe Caruso - Clinica Otorinolaringoiatrica - Università degli Studi di Siena Viale Bracci, 53100 Siena Email: [dr.gcaruso2002@virgilio.it](mailto:dr.gcaruso2002@virgilio.it) - Tel. 0577 585473 Fax 0577 47940

**SEGRETERIA DEL GRUPPO ORL ALTA ITALIA:** Dr. Luca Bruschini - Via Santa Bibbiana, 26 56100 Pisa - Email: [l.bruschini@tin.it](mailto:l.bruschini@tin.it) - Cell. 347 3558587 - Tel. 050 993284 - Fax. 050 993239



*un consiglio di LEGATUMORI SENESE ...*

*...fai un tagliando in Massetana*

**UOMO**

- Visita oncologica
- Ecografie: tiroide, fegato, pancreas, reni e vescica
- Ecografia prostatica
- Visita dermatologica
- Ricerca sangue occulto feci (se positivo coloscopia)

**DONNA**

- Visita oncologica
- Ecografie: tiroide, fegato, pancreas, reni e vescica
- Mammografia – Pap test
- Visita dermatologica
- Ricerca sangue occulto feci (se positivo coloscopia)

*al* CENTRO PREVENZIONE  
Str. Massetana Romana, 44 – SIENA  
Tel. (0577)247259

**Centro Psicanalitico di Firenze**  
**Sezione Toscana della Società Psicanalitica Italiana**  
**Associazione Senese di Psicoterapia Psicoanalitica**  
Con il patrocinio del Comune di Siena

**CIAK SI GIRA!**  
**Psicoanalisi al cinema**

Cinema Nuovo Pendola - Via San Quirico 13 - Siena

Molte ed interessanti sono le interazioni fra cinema e psicoanalisi; due realtà con molti punti in comune. La serie di incontri qui proposta vede la partecipazione di uno psicoanalista che guarda, ascolta e commenta un film assieme al pubblico, attento non solo al film stesso ma anche all'effetto che il film e il suo commento al film suscitano nel pubblico medesimo.

Lungi da qualsiasi intento didascalico, si tratta di favorire la percezione e l'ascolto degli echi interiori suscitati dalla visione del film e di stimolare la sensibilità dei partecipanti.

Lunedì 12 ottobre 2009 - ore 20,30

**PALERMO SHOOTING**

di Wim Wenders

(Italia, Germania 2008, 124')

Interviene Andrea Marzi

Lunedì 19 ottobre 2009 – ore 20,30

**L'OSPITE INATTESO**

di Thomas Mc Carthy

(USA, 2007, 104')

Interviene Lucia Carboni

Lunedì 26 ottobre 2009 - ore 20,30

**SI PUO' FARE**

di Giulio Manfredonia

(Italia, 2008, 111')

Interviene Cinzia Parigi

Lunedì 2 novembre 2009 - ore 20,30

**REVOLUTIONARY ROAD**

di Sam Mendes

(Gran Bretagna, USA, 2008, 119'')

Interviene Rossella Vaccaro

**INGRESSO LIBERO**

In collaborazione con la **CCOPERATIVA NUOVA IMMAGINE**  
Iniziativa realizzata con in contributo della Banca Monte dei Paschi di Siena

**RIVALUTAZIONE RENDITE DEI MEDICI COLPITI DA MALATTIE  
E LESIONI CAUSATE DA RAGGI X E DA SOSTANZE RADIOATTIVE**

Nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 181 del 11 agosto 2009 è stato pubblicato il decreto 12 giugno 2009 concernente la “Rivalutazione delle prestazioni economiche per infortunio sul lavoro e malattia professionale per i medici radiologi, con decorrenza 1° luglio 2009”.

Il decreto è stato emanato dal Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali in attuazione dell’art. 5 della Legge 10 maggio 1982, n. 251 e dell’art. 11 del decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38, che prevedono rispettivamente la riliquidazione e la rivalutazione annuale delle rendite in favore dei medici colpiti da malattie e lesioni causate dall’azione dei raggi X e delle sostanze radioattive.

Il decreto in esame, pertanto, fissa in €54.757,58 con effetto dal 1° luglio 2009, la retribuzione annua da assumersi a base per la liquidazione delle rendite in oggetto.

**ENPAM**

**Servizio di Accoglienza Telefonica (S.A.T.)**

Un nuovo servizio telefonico per informazioni in materia previdenziale: il Sat (servizio accoglienza telefonica). È l’ultima iniziativa dell’Enpam, Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza Medici, introdotta per migliorare la comunicazione con gli iscritti che chiedono informazioni.

Il servizio rappresenta il primo livello di informazione e consente agli utenti di accedere ad un secondo livello specializzato nel caso di problematiche più complesse. Il Sat risponde al numero telefonico 06.4829.4829 (multilinea) ed è raggiungibile via fax al n. 06.4829.4444 e per e-mail all’indirizzo: [sat@enpam.it](mailto:sat@enpam.it)

Il numero telefonico del centralino (06.482941) resterà attivo per le chiamate indirizzate a persone o uffici determinati.

## CONVENZIONE E ANNUNCI

### CONVENZIONI E ANNUNCI

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Siena ha stipulato le seguenti convenzioni con strutture ricettive, negozi e società erogatrici di servizi vari.

Tutte le informazioni dettagliate sono disponibili sul nostro sito [www.omceosiena.it](http://www.omceosiena.it) nella sezione *Convenzioni*.

➤ **Terme di Chianciano SpA**

Via delle Rose 12 - 53042 Chianciano Terme.

tel. +39 0578 68111 - [www.termechianciano.it](http://www.termechianciano.it) - [info@termechianciano.it](mailto:info@termechianciano.it)

➤ **Ghini Uomo**

Via Montanini, 45-47 – 53100 Siena

Via di Città, 4 – 53100 Siena

tel. 0577 46323 – [info@ghiniuomo.it](mailto:info@ghiniuomo.it) - [www.ghiniuomo.it](http://www.ghiniuomo.it)

➤ **Borgo La Bagnai Resort, SPA & Events Venue**

Strada Statale 223 Siena Grosseto Km. 56 - SIENA

[www.borgolabagnai.com](http://www.borgolabagnai.com). - tel. +39 0577 81 30 00 - fax +39 0577 81 74 64

➤ **Wall Street Institute – Scuola di lingue**

Strada Massetana Romana 56 – 53100 Siena

Tel. 0577.271919 fax. 0577.221619 - [imenchi@wallstreet.it](mailto:imenchi@wallstreet.it)

➤ **Relais del Lago di Marta (VT)**

Via Laertina, 140 – Marta (VT)

Tel. 0761 872594 fax 0761 872580

[www.relaisdellago.it](http://www.relaisdellago.it) - [info@relaisdellago.it](mailto:info@relaisdellago.it)

➤ **B&B Talia di Grammichele (CT)**

Via Giambattista Vico, 142 – Grammichele (CT)

Tel. 0933.940899 – 0933.944462 cell. 333.3308357

[www.bbtalia.com](http://www.bbtalia.com) - [bbtalia@alice.it](mailto:bbtalia@alice.it)

➤ **Hotel Kiss di Cervia (RA)**

Lungomare G. Deledda, 124 – Cervia (RA)

Tel. 0544 973971 fax 0544 975440 - [www.hotelkiss.com](http://www.hotelkiss.com)

➤ **Bed & Breakfast charme “La Dimora dei Baroni”**

Info: Dimora dei Baroni B&B – Via F. Caracciolo, 14 – 80122 Napoli

Tel/fax +39 081683543 - +39 3383379696

[www.dimoradeibaroni.com](http://www.dimoradeibaroni.com) - [info@dimoradeibaroni.com](mailto:info@dimoradeibaroni.com)

➤ **Campo Regio Residenza d'Epoca di Siena**

Via della Sapienza, 25 – 53100 Siena  
Tel. 0577/222073 Fax 0577/237308  
[relais@camporegio.com](mailto:relais@camporegio.com) - [www.camporegio.com](http://www.camporegio.com)

➤ **“Villa Farinella” - Bed & Breakfast Dimora di Charme a Viterbo.**

Via Capodistria 14 – 01100 Viterbo  
Tel. 0761.344253 – 0761.304784 – Cell. 340.0831848 – 339.3655617  
[www.villafarinella.it](http://www.villafarinella.it) - [info@villafarinella.it](mailto:info@villafarinella.it)

➤ **Vela Napoli Charter**

Tel. 081.7643704 – Fax 081.7644402 – Cell. 333.5891163  
[www.velanapolicharter.com](http://www.velanapolicharter.com) - [info@velanapolicharter.it](mailto:info@velanapolicharter.it)

➤ **B&B Al Borgo Fiorito di Palermo**

Via B. Gravina, 59 – 90139 Palermo  
Tel./Fax 091 6124625 Cell. 347 6160243  
[alborgofioritobb@gmail.com](mailto:alborgofioritobb@gmail.com) - [www.alborgofiorito.com](http://www.alborgofiorito.com)

➤ **Podere Santa Croce**

Loc. Pianetti di Montemerano/Saturnia – Manciano (GR)  
[www.poderesantacroce.it](http://www.poderesantacroce.it) - Tel: 0564 602919 Fax: 0564 602919 Mobile: 338 5762495

➤ **Casa Vacanze Il Campo**

Via Salicotto 73 - 53100 Siena  
Tel. 0577/226849 - Fax. 0577/220216  
[www.vacanzeilcampo.it](http://www.vacanzeilcampo.it)

**ATTENZIONE  
OBBLIGO DI COMUNICAZIONE**

È obbligo di ogni iscritto all'Albo professionale comunicare tempestivamente all'Ufficio di Segreteria ogni eventuale cambiamento di residenza, necessari per la reperibilità del sanitario per qualsiasi tipo di comunicazione, invio avvisi di pagamento, convocazioni assemblee. Si ricorda che l'omissione di tale obbligo può esporre il medico a procedimento disciplinare e alla cancellazione dall'Albo senza possibilità di avviso, data l'irreperibilità, con la conseguenza di cadere nel reato di esercizio abusivo della professione e anche del venir meno dei vantaggi relativi ad eventuali assicurazioni professionali in caso di errore.

L'Ordine provvederà per competenza ad informare la Federazione Nazionale e l'ENPAM.

Ai sensi dell'art. 4 del DPR n. 221/1950, il sanitario deve comunicare all'Ordine Provinciale ogni acquisizione di titoli, come specializzazioni, docenze etc., presentando relativa documentazione. Le comunicazioni di cui sopra possono anche pervenire sotto forma di autocertificazione ai sensi del DPR 445/2000, allegando sempre copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.

# *La pagina scientifica*

**A proposito di testamento biologico: spunti per una discussione'**  
*Giovanni Maria Flick, Presidente emerito della Corte Costituzionale*

*Relazione introduttiva al Convegno sulle Dichiarazioni anticipate di trattamento, organizzato dalla Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri - Terni, 12 giugno 2009*



### Premessa alla relazione Flick del Prof. Mauro Barni

Alla ripresa dei lavori parlamentari, la Commissione per gli Affari sociali della Camera dei Deputati si è immediatamente animata per la discussione, in sede referente, del disegno di legge Calabrò approvato dal senato della Repubblica il 26 marzo 2009, che reca «*disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento*»; e l'esito del confronto resta incerto, anche per la emergente discussione sul necessario affiancamento della autonomia della medicina dalla dilagante e bipolare pressione politica e ideologica che tende fatalmente a deprimerla.

Il documento approvato pressoché unanimemente dal Consiglio Nazionale degli Ordini dei Medici (Terni 12 luglio 2009) ha previsto con chiarezza e lungimiranza la propensione dei medici italiani per una normazione in tema di *testamento biologico*, limitata alle procedure di compilazione e di gestione e non più pervasiva delle scelte professionali da adottare caso per caso, con scienza e coscienza e in armonia con le opzioni della persona assistita direttamente espresse o consegnate ad una direttiva anticipata. Naturalmente la essenziale e più dibattuta questione resta quella dello *stato vegetativo* e della pertinenza della *alimentazione e idratazione artificiali* alle comuni forme di assistenza ovvero all'ambito terapeutico, cui deve essere estranea ogni forma di accanimento.

Su quest'ultima tesi è decisamente schierata la comunità clinico-scientifica, a partire dall'*American Medical Association* che già il 15 marzo 1986 approvando una risoluzione del *Council on Ethical and Juridical Affairs* ha configurato «la somministrazione artificiale di nutrizione ed idratazione tramite una sonda per gastrostomia (ma anche tramite sondino naso gastrico) come una forma di trattamento medico che può essere interrotta in conformità ai principi e alle pratiche che regolano *il non inizio e la sospensione di trattamenti medici che solo prolungano la vita*». Le fondamentali organizzazioni sono presentate e discusse nel documento pubblicato da JAMA (263 - 1990, pp. 426-430): *Persistent Vegetative State and the decision to withdraw or withhold life support*. Le varie e pressoché conformi linee-guida in ogni paese meno l'Italia (ove il Ministero della Salute elaborò alla fine degli anni '90 il c.d. rapporto della Commissione Oleari, mai peraltro ufficializzato) si sono attestate sulle stesse conclusioni. Si veda per tutte la esemplare risoluzione della British Medical Association: *Withholding or withdrawing life prolonging medical treatment: guidance for decision making* (BMJ Books, London, 1999) che definisce "*the categorization of artificial nutrition and hydration as a form of medical treatment*", stabilendo anche le più logiche garanzie per la decisione di sospensione terapeutica.

La Giurisprudenza è assolutamente e ubiquitariamente ferma su tali principi. Vedasi per tutti il caso Bland (dicembre 1992 - febbraio 1993): soggetto in s.v.p. successivo a traumatismo multiplo, esaminato dalla House of Lords (la Corte Suprema inglese): i trattamenti *life-saving* (nutrizione e idratazione) «costituiscono trattamenti medici soggetti alla valutazione medica di appropriatezza; il medico non ha l'obbligo giuridico di somministrare trattamenti medici quando ormai incapaci di qualsiasi beneficio (incorrispondenti cioè al *best interest*);

il medico è tenuto a sospenderli, quando un paziente non è più in grado di acconsentire o di rifiutare e non abbia precedentemente espresso la sua volontà, pur avendone discusso con la famiglia».

Ma anche la giustizia italiana ha recentemente sancito (Cass. Sez. I civ., 16 ottobre 2007, n. 21745) come «*non v'è dubbio* che l'idratazione e la alimentazione artificiale con sondino naso gastrico costituiscono un trattamento sanitario. Esse infatti integrano un trattamento che sottende un sapere scientifico, posto in essere da medici, anche se poi proseguito da non medici, e consiste nella somministrazione di preparati come composti chimici implicanti procedure tecnologiche».

Anche la Corte di Appello di Milano, col recente decreto della sezione I civile del 9 luglio 2008 segue tale linea, elencando anche i fondamentali presupposti per una ricostruzione "oggettiva". Una impostazione di tal genere ha una sua matrice etico-giuridica estranea alla competenza medica, ma non per quanto attiene le implicazioni deontologiche (vedi Convenzione di Oviedo e Codice di Deontologia Medica). Il problema del procedimento applicativo o sospensivo di idratazione e alimentazione artificiale è invece di natura esclusivamente clinico-terapeutica e di competenza quindi esclusivamente medica.

Ne fa fede, infine, un recentissimo intervento della Corte Costituzionale, che al punto 6.1, penultimo comma della sentenza 151/2009, ha nuovamente posto l'accento sui limiti che alla *discrezionalità legislativa* pongono le acquisizioni scientifiche e sperimentali, che sono in continua evoluzione e sulle quali si fonda l'*arte medica*, sicché, in materia di pratica terapeutica, la regola di fondo deve essere l'*autonomia* e la *responsabilità* del medico che, con il consenso del paziente, opera le necessarie scelte professionali (vedi anche le sentenze delle n. 338 e n. 382 del 2002 sulla incostituzionalità di leggi regionali relative alle terapie elettroconvulsivanti e alle pratiche non convenzionali). La decisione della Corte del 10 aprile 2009 proietta così un'ombra di parziale incostituzionalità anche sul disegno di legge relativo alle dichiarazioni anticipate di trattamento approvato dal Senato della Repubblica, là dove per l'appunto pone limiti alle decisioni mediche legittimamente e responsabilmente assunte in armonia con le espressioni di volontà del paziente, che peraltro non possono ritenersi vincolanti per chi abbia espresso una obiezione (clausola) di coscienza.

Ma più di ogni altra considerazione, merita di essere meditata la relazione introduttiva, pronunciata al Convegno FNOMCeO di Terni, dal professor Giovanni Maria Flick, già Ministro della Giustizia e Presidente della Corte Costituzionale, che traccia principi e delinea valori «costituzionali» non ridefinibili con leggi ordinarie e essenziali per la stessa democrazia oltre che per la deontologia medica.

MAURO BARNI



Prof. Giovanni Maria Flick

Sommario: 1. Concretezza e umiltà: le premesse per un confronto. - 2. Il caso Englaro nelle decisioni della Cassazione e della Corte Costituzionale. - 3. La necessità di una legge sulle direttive anticipate di trattamento. - 4. Vita e autodeterminazione; - 5. (segue) il “diritto” e il “dovere” di vivere e di morire, nell’articolo 32 della Costituzione. - 6. Lo spazio per l’intervento del legislatore. - 7. L’ammissibilità del testamento biologico; - 8. (segue) i suoi obiettivi e i suoi limiti.

1. Sono lieto di essere qui con voi per discutere di Dichiarazioni anticipate di trattamento, e vi sono grato di avermi invitato, perché mi offrite l’occasione per tornare su una recente decisione della Corte costituzionale sul caso Englaro, alla quale ho partecipato (ho lasciato la Corte nel febbraio scorso, a conclusione del mio mandato). A suo tempo, per i limiti connaturati a quella decisione (si trattava di un conflitto tra poteri, non di una questione di legittimità costituzionale) e per il riserbo che la partecipazione ai lavori della Corte mi imponeva, non potevo prendere pubblicamente posizione sull’argomento.

Adesso - fermo restando il doveroso riserbo sulla discussione in camera di consiglio, e lo stile che deve avere chi per nove anni ha fatto parte di quel collegio - posso esprimere una opinione, anche rispetto al modo con cui quelle tematiche sono state dibattute nell’autunno scorso, in termini non soltanto giuridici.

Mi è stato chiesto di portare un contributo alla riflessione su tre domande, molto significative: quale sia il bilanciamento più equo tra il valore della vita e quello dell’autodeterminazione; quale sia lo spazio del legislatore, per definire le procedure mediche; se sia possibile estendere i principi dell’articolo 32 secondo comma della Costituzione (il consenso o il rifiuto al trattamento terapeutico, nel più ampio quadro del diritto alla salute) anche alle direttive anticipate.

Preliminarmente, sul piano del metodo, ritengo importante accostarsi a questi argomenti con un duplice atteggiamento: la concretezza e l’umiltà. Proprio ciò che è mancato (fatte salve talune lodevoli eccezioni) nel dibattito politico, ma anche istituzionale, dello scorso anno.

La concretezza: ogni caso è diverso dall’altro; soprattutto, dietro ogni caso c’è una persona. Basti pensare alle differenze tra i casi Welby ed Englaro, che nella *communis opinio* e nelle valutazioni mediatiche sono stati assimilati con troppa disinvoltura. Sono invece profondamente diversi, e hanno in comune “soltanto” la dimensione umana, e soprattutto quella della sofferenza.

A me sembrano inaccettabili, in materie così delicate, sia la generalizzazione, sia il fare affidamento nei colpi d’ascia del legislatore, per veder confermate le proprie certezze. È

fondamentale, invece, il bilanciamento tra i valori. Bilanciamento che, in concreto e caso per caso, deve essere compiuto dal giudice, nel quadro di principi di carattere generale (e quindi anche di ipotesi di bilanciamento) definiti dalla legge (costituzionale o ordinaria): proprio ciò che mancava, e tuttora manca.

È un ambito, quello che ci occupa, in cui è difficile definire in modo assoluto i confini tra permesso e vietato, lecito e illecito. Comprendo che si cerchi di compiere ogni sforzo per arrivare a farlo, perché ci muoviamo in un contesto molto sensibile: sia per la coscienza individuale; sia per le conseguenze che possono derivarne, in termini di responsabilità - anche penale - in relazione alla quale è essenziale la certezza della legge; sia, infine, per i diritti e gli interessi personali, sociali e patrimoniali coinvolti. Un settore sensibile soprattutto per la responsabilità del medico e per la sua coscienza, perché spesso il prolungamento della vita non è espressione della volontà del malato, ma è il frutto di un insieme di situazioni e circostanze, soprattutto nella fase acuta - quando è spesso impossibile raccogliere manifestazioni di volontà e di consenso - superata la quale il medico si trova nella necessità clinica e giuridica di dover comunque proseguire il trattamento e le terapie adottate (magari da altri).

Il discorso è doppiamente difficile, anche perché la bioetica è una branca assai recente, dai confini tuttora incerti, e non abbiamo ancora modelli sedimentati e definiti.

La prima condizione di metodo per affrontare questo tema è dunque la concretezza. Ripartiamo dall'accostamento tra i casi Welby ed Englaro: nel primo era stata accertata la capacità e la volontà della persona, e quindi la sua autodeterminazione; il caso Englaro, invece, è stato risolto dalla Corte di cassazione con una decisione che l'ha assimilato al caso Welby in termini di consenso presunto. Questo ha determinato una serie di problemi e interrogativi, di carattere non soltanto giuridico.

Mi sembra infatti evidente la differenza esistente tra le diverse ipotesi possibili: quella del consenso o del rifiuto, esplicito e attuale, al trattamento terapeutico da parte di un soggetto lucido, in grado di autodeterminarsi; quella del consenso preesistente, presunto o implicito, da parte di un soggetto attualmente incapace (come nel caso Englaro, secondo la Cassazione); quella, infine, del c.d. testamento biologico, da parte di un soggetto in stato attuale di incapacità, ma che abbia espresso esplicitamente in precedenza, quando era in grado di autodeterminarsi, la propria volontà *pro futuro*.

Nel primo caso può e deve trovare applicazione immediata e diretta il principio affermato dall'articolo 32 secondo comma della Costituzione: vi è cioè la possibilità (il diritto) di rifiutare il trattamento medico, da parte del soggetto capace di autodeterminarsi, anche se dal rifiuto possa conseguire la morte. La situazione delle direttive anticipate - in cui non sembra agevole individuare un principio immediatamente applicabile - richiede invece (a mio avviso) la mediazione della legge.

L'appello alla concretezza nasce dalla necessità di non trasformare casi concreti - e soprattutto umani - in emblemi (perciò di ordine generale e astratto) di una guerra di principi. È doveroso non perdere di vista la dimensione personale e umana di ogni esperienza esistenziale - alla quale ha accennato nel suo saluto monsignor Paglia, quando ha parlato della solitudine - Credo che uno dei momenti peggiori della solitudine sia rappresentato dal rischio di perdere la propria identità, umana e concreta; di veder trasformate vicende umane e di sofferenza in emblemi, principi, ideologie: in una parola, in concetti astratti.

Il secondo criterio metodologico consiste nell'umiltà. Abbiamo una comune cultura antropologica, che mi sembra si possa collocare in una concezione non solo cattolica, ma anche laica (personalmente sono cattolico, ma anche laico). Preferisco muovere dalla premessa della dignità umana, dell'uomo visto non tanto e non solo come immagine di Dio, quanto come valore costituzionale. Mi riferisco alla pari dignità sociale, affermata

dall'articolo 3 della Costituzione, che si riflette nel rispetto della persona umana richiamato dall'articolo 32. La dignità è un valore, la salvaguardia del quale - alla stregua della concezione kantiana - impone di considerare la persona sempre un fine e mai un mezzo, suscettibile di strumentalizzazione.

Muovendo dalla comune premessa della dignità umana, mi sembra che per la sua difesa effettiva si debba in tutti i modi evitare le contrapposizioni, le guerre di religione in nome delle ideologie, la radicalizzazione delle posizioni. Soprattutto, sono necessari la disponibilità al dialogo e la capacità di ascoltare le ragioni dell'altro, senza per questo cadere nel relativismo. Mai come nel campo della bioetica - che coinvolge con immediatezza la coscienza di ciascuno - dobbiamo compiere il massimo sforzo di condivisione.

Mi fa paura - anche in termini di esperienza personale - affrontare questa materia con la pregiudiziale ideologica dei "valori non negoziabili", che preclude l'apertura al dialogo. C'è sempre la possibilità, la necessità e il dovere di mettere a confronto i propri valori, per cercare - nei limiti del possibile - soluzioni condivise, attraverso il dialogo con l'altro. Quindi è giusto chiedere chiarezza al legislatore; ma non so quanto sia giusto, invece, pretendere dal legislatore scelte ideologicamente orientate. Penso al "compromesso alto" che, sui valori, i Costituenti seppero raggiungere nella prima parte della Costituzione; e alla lezione di "dignità" politica che, in tal modo, ci hanno saputo dare.

Infine, il compito della legge e del diritto è importante anche sotto altri profili: aiutare le scelte concrete di ciascuno (compresi, ove interpellati, i giudici) e l'orientamento dell'opinione pubblica; smontare il clamore mediatico; evitare scelte non trasparenti, non coerenti e contraddittorie. Anche a questi fini mi sembrano essenziali l'umiltà e la concretezza. Sono convinto che solo così si possano evitare radicalizzazioni che, fra l'altro, forse derivano proprio dal timore di dover affrontare i problemi quando irrompono in concreto nelle nostre vite. Di fronte al dolore, in fondo, siamo portati a reagire allo stesso modo: se non altro per una ragione di empatia, quando ci spogliamo delle nostre sovrastrutture intellettuali e ideologiche.

2. Le condizioni di cui finora ho parlato valgono particolarmente nel caso Englaro. La radicalizzazione e la contrapposizione delle tesi ha aperto la via a un vero e proprio conflitto istituzionale fra il potere legislativo e il potere giudiziario. E penso alla distanza abissale fra la premessa - il dramma umano e la sofferenza di Eluana e della famiglia Englaro - e la conclusione: un conflitto tra poteri dello Stato, e al tempo stesso un conflitto politico tra chi accusava il giudice di aver violato la sacralità della vita, e chi, all'opposto, invocava l'assolutezza dell'autodeterminazione per accusare l'ingerenza del potere politico.

La decisione della Cassazione sul caso Englaro è la prosecuzione di un orientamento giurisprudenziale iniziato in precedenza; ma, pur confermando quanto era già stato affermato nel caso Welby e in altre situazioni, contiene una novità: abbandona una interpretazione restrittiva dell'articolo 32 della Costituzione - già presente sia nella prassi che nella dottrina - secondo la quale il paziente non potrebbe rifiutare il trattamento terapeutico, quando dal rifiuto possa derivare la morte.

Ma nel caso Englaro non c'è l'autodeterminazione della paziente, in stato di incapacità. La Cassazione si colloca sulla linea del consenso (o del rifiuto) al trattamento terapeutico; la novità è rappresentata dal fatto che la volontà viene ricostruita in modo implicito o presunto, attraverso un *mix* tra la volontà espressa dal rappresentante e lo "stile di vita" del rappresentato.

Non voglio entrare nel merito: non è mio compito, e non era nemmeno compito della Corte costituzionale giudicare se la Cassazione avesse deciso bene o male. Mi limito ad enunciare il principio formulato dalla Cassazione: l'assenza di una disciplina legislativa specifica; la

necessità e la possibilità di dare alla domanda di giustizia una risposta di merito, sulla base dei principi generali, anche attraverso il richiamo ad altri principi normativi e convenzionali (Convenzione di Oviedo, regole deontologiche); una situazione di coma irreversibile; la possibilità di sospendere l'idratazione e l'alimentazione forzata che ad avviso della Cassazione sono un trattamento terapeutico, ma non rappresentano, in sé, un accanimento terapeutico - in presenza di un consenso integrato dalla volontà del rappresentante e da quella presunta o ricostruita del paziente (in considerazione del carattere personalissimo di quel consenso).

A seguito della pronuncia della Cassazione, il Senato e la Camera dei deputati - in quest'ultima è ora in corso la discussione di un disegno di legge sulle direttive anticipate di trattamento, nel frattempo approvato dal Senato hanno proposto un conflitto di attribuzione dinanzi alla Corte costituzionale, denunciando l'usurpazione e la menomazione della funzione legislativa da parte della Cassazione, attraverso l'affermazione di un principio contrario alla legge.

Per valutare la risposta della Corte costituzionale occorre ricordare che essa non è un giudice di appello sulle decisioni della Cassazione, e perciò non doveva pronunciarsi sull'esattezza o meno di quella decisione. Doveva limitarsi a verificare se la Cassazione, esprimendo quel principio nel caso concreto, avesse o meno invaso le competenze del potere legislativo.

La Corte costituzionale ha emesso un'ordinanza di manifesta inammissibilità del conflitto, ritenendo che - giusta o sbagliata che fosse, nel merito, la pronuncia della Cassazione, organo posto al vertice della giurisdizione - la decisione di un caso concreto, non costituisce e non può essere assimilata a una legge (atto normativo di ordine generale) quindi non può invadere il campo del potere legislativo, o turbare l'esercizio di quel potere.

Alcuni hanno rimproverato la Corte costituzionale (ma non sono certamente qui per difenderla) di non aver voluto affrontare il tema. Proprio in quei giorni, tuttavia, essa è entrata nel merito di queste tematiche in un altro caso (con la sentenza 438 del 2008) riaffermando il principio del consenso informato al trattamento sanitario, quale principio fondamentale e sintesi fra due diritti fondamentali: alla salute e all'autodeterminazione.

Spero di aver chiarito l'ambito (limitato) della pronuncia della Corte Costituzionale, perché da una parte si è detto che aveva avallato la scelta della Cassazione; dall'altra, che non aveva voluto prendere posizione. In realtà non ha potuto affrontare il merito della questione, a causa del quesito che le era stato posto (e al quale ha dato risposta) nell'ambito delle attribuzioni fra i diversi poteri dello Stato.

Sono però convinto, e l'ho detto pubblicamente a conclusione del mio mandato alla Corte Costituzionale - il 28 gennaio 2009, nella relazione annuale di fronte agli altri Organi costituzionali - della necessità di un intervento del legislatore, per equilibrare i valori in gioco e limitare il c.d. "diritto giurisprudenziale", pur senza lasciar prive di tutela aree sensibili, per le quali c'è una forte domanda di giustizia.

3. Dalle considerazioni finora svolte mi sembra possibile trarre un primo convincimento: per riconoscere rilevanza al consenso o al rifiuto del trattamento sanitario, espresso da una persona capace di intendere e di volere, non occorre una legge; troviamo già nell'articolo 32 della Costituzione un principio di immediata applicabilità. Per quanto riguarda le direttive anticipate, invece, non è sufficiente demandare al giudice una decisione su (ogni) caso concreto, ma occorre una legge.

Il tema del testamento biologico è particolarmente sensibile: quindi per esso occorrono indicazioni chiare e precise, e soltanto il legislatore può fissarle in termini generali. Ma a sostegno di questa opinione ci sono anche una ragione e una premessa di fondo, più ampie, che riguardano l'esplosione e - in un certo senso - la frenesia dei nuovi diritti; il continuo allargamento del catalogo dei diritti fondamentali, con sempre maggiore enfasi.

Oggi si rivendicano il diritto alla qualità della vita, alla pace, alla diversità, all'identità, alla sicurezza e così via. In questa ansia di nuovi diritti, ve ne sono alcuni "fondamentali" e cruciali per la propria identità: il diritto rivendicato all'unione tra persone dello stesso sesso; i diritti dell'inizio e del fine vita; quelli connessi alla cosiddetta medicina predittiva, della quale occorre cominciare ad occuparsi molto seriamente. Sono tematiche che la Costituzione non ha affrontato, né avrebbe potuto affrontare esplicitamente, perché non erano neppure ipotizzabili quando venne elaborata.

Il problema più urgente riguarda "il rischio della tirannia dei valori". Ogni valore tende ad ergersi a tiranno esclusivo a spese di altri valori, anche di quelli che non gli sono materialmente contrapposti. Penso al dibattito sulla fecondazione medicalmente assistita, al confronto - o allo scontro - tra la tutela della salute della madre e la tutela dell'embrione. La tendenziale prospettiva di ciascuno dei due valori è quella di espandersi al massimo, di non tenere conto dell'altro, o degli altri valori in conflitto, effettivo o anche solo potenziale.

La sintesi, il bilanciamento, l'armonizzazione tra quei valori vanno compiuti, in concreto, dal giudice. Ma, a mio avviso, vanno compiuti sulla base di una scelta di bilanciamento, operata in termini generali dal legislatore: quanto meno per garantire decisioni prevedibili, omogenee, nel rispetto del principio di eguaglianza; per non lasciare il giudice solo nella sua decisione, e la persona in balia di diversi (e contrastanti) indirizzi giurisprudenziali.

La scienza e la tecnica hanno posto a disposizione di tutti potenzialmente, perché i profili economici limitano le relative scelte' - nuove possibilità, dalle quali sembra agevole far discendere dei diritti: quelli connessi alle nuove tecniche di procreazione ovvero al prolungamento della vita.

Tutto ciò apre problemi di notevole complessità. Per esempio, l'eguaglianza nella morte e la dignità della morte sono entrambi conseguenza delle più ampie possibilità di vita, sia pure in condizioni particolari. Vi è anche un problema di costi, che prima o poi si porranno drammaticamente, rispetto all'utilizzo di queste possibilità. Ne risulteranno esasperati il problema dell'eguaglianza e il rischio di confusione tra il "diritto" e il "dovere" di morire.

Fino a non molto tempo fa la nascita e la morte erano considerati eventi di tipo naturalistico e descrittivo, anche se difficili da definire. Oggi il diritto normativizza i due estremi: la nascita e la morte coinvolgono scelte e opzioni culturali, etiche e di coscienza. C'è una sorta di rovesciamento logico: lo sviluppo della tecnica assurge da materia regolata a principio regolatore, da oggetto a soggetto di normazione. La capacità di normazione giuridica tradizionale, forte o debole che sia, arretra e si trasforma di fronte alle capacità di condizionamento del mondo, possedute dalla tecnica.

La nostra Costituzione, si è detto, non affronta esplicitamente questi temi, ma ha una forte capacità di essere "riletta", per trovare indicazioni sulla loro disciplina. La rilettura della Costituzione è stata compiuta dal giudice costituzionale, e anche dai giudici ordinari su invito della stessa Corte costituzionale, e ha consentito di superare, in qualche modo, la cosiddetta "giuridicità difettosa" di essa. La Costituzione è una *tavola di valori*, di principi formulati come tali, ma dotati altresì di un preciso *valore* giuridico. Sono principi (come quelli di eguaglianza e di dignità) applicati tutti i giorni nelle sentenze della Corte; *vivono* concretamente attraverso le valutazioni, le analisi del giudice costituzionale e il rinvio a quelle del giudice ordinario.

Oggi, però, corriamo il rischio che l'incapacità dei parlamenti (non solo in Italia) di fare le leggi, di compiere scelte nel bilanciamento tra i *valori* (il tempo trascorso nel dibattito parlamentare sul testamento biologico ne è la dimostrazione *evidente*) porti ad affidare soltanto ai giudici la necessità e la scelta del bilanciamento. I diritti corrono il rischio di essere "creati" solo attraverso l'intervento del giudice, della giurisprudenza sia nazionale,

sia sovranazionale europea (delle Corti di Strasburgo e del Lussemburgo). Da ciò derivano altri rischi: la disomogeneità delle pronunzie; la delega al giudice di scelte che *devono* essere politiche e generali; la delegittimazione della politica in nome della tecnica (che non ha e non può *avere* la rappresentatività della politica).

Per queste ragioni a me sembra indispensabile una legge, per le ipotesi in cui (come per le *direttive* anticipate di trattamento) il principio regolatore non sia sufficientemente chiaro ed esplicito, nel bilanciamento fra i valori in gioco; e per i casi in cui occorra una disciplina specifica, non ricavabile da un principio.

4. Sulla base di queste premesse, *vegno* alle tre domande che mi sono state poste per questa riflessione. Cercherò non tanto di rispondere, quanto di ampliarne lo spettro. Non riesco, infatti, a *vedere* risposte precise; ma posso provare ad offrire spunti di riflessione.

La prima domanda riguarda il rapporto e il bilanciamento tra il *valore* (o principio) dell'autodeterminazione e quello della *vita*. Mi sembra che non siano - non possano essere - *valori* contrapposti, perché la *vita* è anche autodeterminazione, capacità di autodeterminarsi, responsabilità, almeno tendenziali. Naturalmente il loro equilibrio dipende da cosa si intende per *vita* e per autodeterminazione. Sembra facile definire quest'ultima (in teoria; in pratica è molto più difficile accertarne l'effettività), è invece difficile definire la *vita* (già in astratto).

La Costituzione, alla quale io mi rifaccio come vangelo laico e "tavola di valori condivisi" (secondo la bella espressione del Presidente della Repubblica, nel celebrarne i 60 anni) non definisce esplicitamente la *vita*, non ne parla, la dà per presupposto. L'articolo 27 vieta la pena di morte. Si tratta di un presupposto implicito, presente in una serie di riferimenti alla *vita*: come premessa dei diritti fondamentali e dei doveri inderogabili; punto di riferimento della dignità; concezione dinamica di formazione della personalità, nell'ambito sociale e in rapporto agli altri.

La *vita* è la base della libertà personale, di coscienza, di autodeterminazione. Per questo non riesco a vedere una contrapposizione tra *vita* e autodeterminazione. Proteggere e tutelare la *vita* vuol dire proteggere e tutelare tutti i valori umani, compreso quello dell'autodeterminazione.

Dal punto di vista filosofico sono notoriamente molteplici gli approcci al tema della *vita*: si può rifiutare la visione paternalistica del "miglior interesse" imposto al soggetto, a prescindere dal suo giudizio di valore sulla *vita*; qualcuno rifiuta - in nome della qualità della *vita* e dell'autodeterminazione nell'apprezzarla - una *vita* solo biologica, da altri invece tollerata, per rispettarne la sacralità; vi è la concezione della *vita* come responsabilità e accettazione, da parte di chi teme che, attraverso il riconoscimento dell'autodeterminazione, si trasformi il diritto di morire in dovere (anche in ragione di costi economici).

Tutte queste prospettive vedono come punto focale della *vita* il riferimento all'autodeterminazione, ad eccezione di quella che considera la *vita* un valore in sé, un dono sottratto totalmente alla disponibilità del suo titolare. Questa rispettabile prospettiva si colloca, a mio avviso, in una dimensione diversa rispetto al contesto costituzionale.

Devo essere molto chiaro: non è che quando manchi, o sia venuta meno, la capacità di autodeterminazione si possa non difendere la *vita*, non proteggerla. Anzi, proprio quando manchi tale capacità il soggetto ha un maggiore bisogno di tutela. Ammettere l'idea che si possa limitare la *vita* in mancanza dell'autodeterminazione, vuoi dire aprire la strada a un'aberrante selezione eugenetica, della quale abbiamo avuto testimonianze atroci nel passato, anche recente.

D'altra parte la Costituzione, all'articolo 3 secondo comma, impegna a rimuovere gli ostacoli che impediscono la piena formazione e il pieno sviluppo della personalità: anche

e soprattutto delle personalità più deboli e bisognose di aiuto, come quelle incapaci di autodeterminarsi.

Credo però che al legislatore non spetti decidere se prevalga la vita o l'autodeterminazione. Spetta assicurare il massimo di tutela ad entrambe, nell'ottica dello sviluppo della personalità; anche perché, nel contesto costituzionale vigente - fondato sui principi del personalismo e del pluralismo - non è possibile scindere il concetto di vita da quello di relazione e di rapporto con gli altri, nel significato più ampio del termine; e quindi dal concetto di autodeterminazione. Ciò significa che, quando l'autodeterminazione del soggetto si risolve in una rinuncia alla vita, a mio avviso il legislatore non può che ritrarsi di fronte a una scelta personalissima, che il soggetto ha la possibilità e il diritto di compiere, nella propria autonomia e responsabilità. La Costituzione certamente contiene o presuppone un diritto alla vita; però non mi sembra che contenga anche un dovere alla vita. Qualcuno ha ritenuto di poterlo trarre dalla connessione tra diritti fondamentali e doveri inderogabili; dal fatto che, nell'articolo 2 della Costituzione, la vita è presupposto di tutti i diritti; dall'articolo 4 e dal suo riferimento al diritto/dovere al lavoro; dalla posizione sociale della persona. Da queste premesse si è sviluppata la tesi secondo la quale il consenso ai trattamenti terapeutici potrebbe essere rifiutato solo se da ciò non derivi un esito letale.

Anche alla luce dell'evoluzione giurisprudenziale, credo che questa posizione non sia più costituzionalmente accettabile. Anche perché - lo dico con riferimento alle polemiche sulla vicenda Englaro - per giustificare un'interpretazione restrittiva dell'articolo 32 della Costituzione non ci si può limitare a richiamare norme come la punibilità dell'omicidio del consenziente o dell'istigazione al suicidio, oppure l'articolo 5 del Codice Civile, che vieta gli atti di disposizione del proprio corpo oltre un certo limite. Ciò vorrebbe dire interpretare la Costituzione alla luce della legge ordinaria; mentre abbiamo tutti (non solo i giudici) l'obbligo di fare esattamente il contrario, da quando la Costituzione è in vigore.

5. A me sembra (e non solo a me; a molti) che, nel silenzio della Costituzione sul dovere di vivere, proprio i due commi dell'articolo 32 Costituzione pongano un'ottica rovesciata: non di limite, ma di principio.

A tal fine occorre integrare il riferimento alla vita con un'altra nozione, che ne è la prosecuzione e lo sviluppo logico: la definizione di salute - secondo l'Organizzazione mondiale della Sanità - non già soltanto come assenza di malattie, ma come stato positivo di benessere, apprezzato soggettivamente, variabile nel tempo e bene unitario.

La salute è un *diritto* per il singolo e "solo" un *interesse* per la collettività. Quel diritto può essere realizzato coattivamente, nell'interesse della collettività, soltanto (comma secondo) quando sia in gioco la salute di terzi; ovvero nell'interesse dello stesso soggetto, quando quest'ultimo si trovi in stato di incapacità (salvo quanto detto sulle direttive anticipate di trattamento); ma pur sempre e soltanto attraverso trattamenti specifici e determinati. È un diritto cui non corrisponde, cioè, un *obbligo* generale di curarsi e un *dovere* in sé di (perseguimento della) salute; fermo restando - ovviamente - il valore sociale della salute del singolo, e il suo significato in termini di solidarietà.

D'altra parte, una visione del diritto alla salute che ne circoscriva l'essenza alla sola sfera dell'individuo, con l'unico limite rappresentato dalla non interferenza rispetto al corrispondente diritto dei terzi, correrebbe il rischio di far perdere di *vista* un aspetto che pure mi sembra importante. Proprio perché il diritto alla salute è un bene che lo Stato riconosce a chiunque, ritengo che il relativo "fruitore" non sia l'individuo in sé e per sé considerato, quanto piuttosto la "persona", il cui rispetto rappresenta il limite estremo oltre al quale il legislatore non può spingersi (come espressamente prevede il terzo periodo del secondo comma dell'articolo 32

Costituzione). Ciò sta dunque a significare che il *vero* titolare di quel diritto non è una entità avulsa da un contesto, ma è una entità inserita nel contesto sociale e giuridico del Paese, la quale *vive* delle reciproche interferenze tra i diritti e doveri che ciò comporta.

In altre parole, la salute della persona, intesa come diritto costituzionale alla tutela della autodeterminazione a curarsi, non può essere considerata equivalente a un diritto del singolo a “trascinarsi”: e ciò, ovviamente, determina significativi riverberi proprio sul piano della “alleanza terapeutica” che deve caratterizzare - come vedremo - i rapporti tra medico e paziente. La sfera della salute dell’individuo, dunque, in questa prospettiva si socializza, per divenire un valore la cui salvaguardia è interesse di tutti.

Insomma, a parte la difficoltà di definire in modo univoco il concetto - dando cioè preminenza all’aspetto biologico, piuttosto che a quello legato all’autodeterminazione - resta fermo che la vita in sé e la salute possiedono un innegabile valore sociale, etico e morale, il quale va sempre rispettato; ma non può spingersi sino al punto di impedire al singolo, nella propria lucida autodeterminazione, di sottrarsi (qualunque sia il fine, più o meno nobile, perseguito). Tanto basta ad escludere che nella tutela della vita rientri la prospettiva di un dovere di vivere, prevalente sul diritto all’autodeterminazione.

Piuttosto, la tutela della vita e della stessa autodeterminazione deve essere assicurata, in termini di effettività, sotto un duplice profilo. L’autodeterminazione va schermata rispetto ai rischi di inquinamento e di strumentalizzazioni della volontà, legati ad esempio ai riflessi economici di un’opzione legislativa che vada nel senso della “liberalizzazione”: così da evitare disparità di trattamento che potrebbero trasformare, di fatto, il diritto di morire in un dovere verso la famiglia o la società (che non intendano più sopportarne il “peso” e il costo). Spetta dunque al legislatore disconoscere rilevanza (o rilevanza totale) all’autodeterminazione, quando su di essa interferiscano i terzi: ciò che accade, appunto, nell’omicidio del consenziente e nell’istigazione al suicidio.

Il rapporto tra i due valori della vita e dell’autodeterminazione va ricostruito non già in termini alternativi e dunque di reciproco bilanciamento (*fin qui tutela all’uno, da qui tutela all’altro*); quanto, piuttosto, in termini di reciproca integrazione. La tutela giuridica si ritrae quando la confluenza dei due valori porta alla morte; riprende vigore quando si verificano, anche in via generale e astratta, situazioni che pongano in dubbio l’effettività di entrambe le tutele.

Il legislatore ben può impedire che il mio processo di autodeterminazione - di fronte al quale esso non può che arrendersi, prendendone atto - venga inquinato dalla volontà e dall’azione del terzo (come nelle ricordate punizioni dell’omicidio del consenziente o dell’istigazione al suicidio). Ma l’intervento del legislatore è comprensibile e ammissibile solo in questi termini. Se invece (e nella misura in cui) la scelta di darmi la morte sia conseguenza di una mia valutazione di autodeterminazione, il diritto non può che arrestarsi (ferma restando, ovviamente, la non punibilità di chi, in quest’ultimo caso, intervenga per cercare di salvarmi la vita, nel convincimento della mancanza di autodeterminazione).

In altri termini, è ragionevole e logico attribuire il massimo rilievo al contributo che il terzo possa dare alla formazione dell’autodeterminazione del soggetto, quando quest’ultima sia indirizzata al consenso o al rifiuto informato del trattamento terapeutico; e disconoscere invece quel contributo, quando concorra all’autodeterminazione di darsi la morte o di cercarla attraverso l’aiuto del terzo.

È una conclusione che formulo da cattolico laico, ispirandomi alla laicità dello Stato: un valore del nostro sistema costituzionale, fondamentale al pari del valore del personalismo, cioè della prevalenza della persona e della sua non strumentalizzabilità ad esigenze sociali.

Dunque, nessun limite al rifiuto consapevole del trattamento terapeutico, alla luce del principio

univoco formulato esplicitamente dall'articolo 32 comma secondo della Costituzione, anche quando da quel rifiuto possa derivare la morte. Ed è altresì evidente l'equiparazione che - nell'ottica del rifiuto o del consenso - deve essere posta fra il trattamento terapeutico e l'intervento di strumenti meccanici, abbandonando quelle disquisizioni sottili che solo noi giuristi sappiamo elaborare (come la distinzione tra *l'omissione* di chi non somministra il trattamento terapeutico e *l'azione* di chi stacca la spina del respiratore).

Il carattere vincolante del consenso o del rifiuto discende immediatamente e direttamente dall'articolo 13 (la disponibilità del proprio corpo), dall'articolo 32 e dall'articolo 2 (la dignità) della Costituzione; e - come esporrò di seguito - deve a mio avviso estendersi anche ai trattamenti di sostentamento (come l'alimentazione o l'idratazione forzate), non solo a quelli terapeutici in senso stretto.

6. Mi pare più agevole rispondere alla seconda domanda: quale spazio di intervento si può e si deve riconoscere al legislatore, per definire atti o procedure mediche. La strada è tracciata da alcune decisioni della Corte costituzionale (alle quali ho partecipato, tranne l'ultima): la 282 del 2002, la 338 del 2003, la 151 del 2009. Sicché è agevole rispondere proprio richiamando la motivazione, chiara e reiterata, di quelle sentenze.

*“Salvo che entrino in gioco altri diritti o doveri costituzionali, non é, di norma, il legislatore a poter stabilire direttamente e specificamente quali siano le pratiche terapeutiche ammesse, con quali limiti e quali condizioni (...) la regola di fondo in questa materia è costituita dalla autonomia e dalla responsabilità del medico (...) sempre con il consenso del paziente”* (così la sentenza 282 del 2002). E ancora: *“Scelte legislative dirette a limitare o vietare il ricorso a determinate terapie (...) non sono ammissibili ove nascano da pure valutazioni di discrezionalità politica”*, senza connessione con conoscenze scientifiche ed evidenze sperimentali (così la sentenza 338 del 2003). Insomma, *“in materia di pratica terapeutica, la regola di fondo deve essere l'autonomia e responsabilità del medico, che, con il consenso del paziente, opera le necessarie scelte professionali”* (così la sentenza 151 del 2009, con specifico richiamo, per motivare il giudizio di incostituzionalità, sul punto, della legge 40/2004 in tema di procreazione assistita, al fatto che *“la previsione legislativa non riconosce al medico la possibilità di una valutazione (...) del singolo caso sottoposto al trattamento”*).

Non intendo intervenire nel merito del disegno di legge in materia di c.d. testamento biologico, attualmente all'esame della Camera dei deputati dopo l'approvazione del Senato. Non credo sia mio compito, almeno in questa sede. Però posso esprimere qualche personale perplessità su uno dei problemi di maggior contrasto fra i vari disegni di legge in materia, per altri aspetti ispirati a prospettive e premesse comuni. Mi riferisco agli interventi di sostentamento, come l'alimentazione e l'idratazione: atti sempre dovuti, secondo il Comitato di Bioetica, perché attengono alla condizione di base indispensabile per vivere; atti di trattamento sanitario subordinati al consenso del paziente - perché richiedono, per essere attuati, conoscenze e interventi scientifici e tecnici - secondo un orientamento scientifico che mi sembra prevalente.

Vorrei sottrarmi all'alternativa rigida e astratta tra il fine e il modo dell'intervento di sostentamento. Il fine non è certo quello di un trattamento terapeutico; il modo di esecuzione, invece, parrebbe esserlo. Applico il criterio della concretezza, per uscire dalla rigidità di una simile contrapposizione, e mi sembra di poter ravvisare un dato comune fra il trattamento terapeutico e l'intervento di sostentamento: pur non avendo un fine terapeutico, quest'ultimo è egualmente invasivo del proprio corpo.

Forse, allora, si può motivare abbastanza agevolmente un diritto al rifiuto dell'intervento di sostentamento - al pari del diritto a rifiutare il trattamento terapeutico - da parte del soggetto

che vi sia sottoposto, se sia libero e cosciente. Mi pare contraddittorio e incoerente che un soggetto possa rifiutare le terapie se è lucido e in condizione di esprimere una propria autodeterminazione; e non possa invece, in tale medesima condizione, rifiutare il trattamento di sostentamento, che ha le stesse caratteristiche di invasività di quello terapeutico. Se così non fosse, si potrebbero avanzare molti dubbi sulla ragionevolezza di una distinzione (essenzialmente) nominalistica fra i due trattamenti.

Altro problema (oggetto della terza domanda) riguarda la possibilità di ricondurre anche il rifiuto del trattamento di sostentamento all'ambito delle direttive anticipate. Credo di poter affermare che, anche in tal caso, non sembrano esservi ragioni sufficienti - al di là di posizioni ideologiche o di principio - per differenziare, in concreto, l'intervento di sostentamento dal trattamento terapeutico.

7. Infine la terza domanda - tema centrale dell'incontro odierno - sulla possibilità di applicare, non già immediatamente e direttamente ma attraverso la mediazione di una legge, il principio del diritto al rifiuto o al consenso per il trattamento terapeutico (e anche per l'intervento di sostentamento) all'ipotesi in cui, pur avendo perso il paziente la capacità di intendere e di volere, sia possibile rintracciare una sua volontà anticipata.

Anche in questo caso si contrappongono due tesi estreme. La prima, in nome dell'autodeterminazione, considera vincolante, sempre e comunque, ciò che il soggetto abbia espresso nel testamento biologico redatto in condizioni di capacità; salvo disciplinare per legge il modo in cui tale volontà debba essere formulata. La tesi opposta, altrettanto radicale, ritiene che l'avvento dello stato di incapacità faccia perdere *in toto* il diritto all'autodeterminazione: anche quando esso sia stato esercitato dal soggetto in precedenza, con una manifestazione di volontà espressa quando era capace. Quindi il testamento biologico non sarebbe mai ammissibile, sia pure con varie alternative e limiti.

Entrambe le tesi mi sembrano troppo radicali, lontane dal criterio di concretezza e umiltà dal quale ho cercato di prendere le mosse.

A fianco di questa premessa, ne vanno richiamate altre due elaborate dalla giurisprudenza, dalla dottrina, dalle convenzioni internazionali e dalla deontologia. La prima di tali premesse, la salute, non è (come ho accennato in precedenza) un concetto statico, ma in divenire; è un bene nel quale entrano in gioco molteplici fattori, dalla qualità della vita, alle valutazioni soggettive e alla concezione culturale che il soggetto ha del modo di vivere e del benessere.

La seconda prospettiva, altrettanto importante, è stata ricordata da monsignor Paglia. Il rapporto terapeutico non deve e non può più essere visto in una prospettiva di paternalismo illuminato e di solidarietà, in cui il medico è artefice della terapia e della salute di un paziente-oggetto. Quel rapporto si deve sviluppare in una prospettiva di dialogo, di realizzazione comune, di codecisione, di "alleanza terapeutica" tra un paziente informato e il proprio medico. Tutto ciò si riflette nella nozione attuale di cura - *I care* - che comprende anche la posizione sociale del soggetto, la solidarietà e la sua dignità, accanto alla prospettiva terapeutica.

Per confrontarsi con il problema del testamento biologico, occorre prendere le mosse dalla dimensione dinamica, dialettica, oggettiva e non solo soggettiva, della salute. Mi riferisco alla dimensione "oggettiva" non certo per negare il margine essenziale di apprezzamento personale e soggettivo, nella valutazione della propria salute e del proprio benessere; ma soltanto per sottolineare il fatto che l'articolo 32 della Costituzione - a differenza della Carta europea dei diritti fondamentali, e come si è detto in precedenza - non parla esplicitamente di consenso/rifiuto in termini soggettivi, bensì di non sottoponibilità all'obbligo di uno specifico trattamento terapeutico, salvo il caso dell'interesse generale o della salvezza di diritti altrui (penso, ad esempio, alle vaccinazioni). Proprio la dimensione oggettiva consente

di valorizzare, nelle direttive anticipate di trattamento, una volontà “storicizzata” rispetto a un soggetto le cui condizioni attuali non consentano di esprimere né consenso, né rifiuto.

A me non sembra sostenibile - e penso creerebbe irragionevoli disparità di trattamento - la tesi secondo cui, in un modo o nell’altro, quando un soggetto perde la capacità di intendere e di volere perde anche, retroattivamente, il diritto a far valere - nei limiti del possibile - la propria volontà, espressa validamente in precedenza. Non riesco cioè ad accettare l’idea che un soggetto, privato della capacità di autodeterminazione, diventi “oggetto”; che non gli si riconosca più la possibilità di continuare a far valere - nei limiti della nuova situazione - l’autodeterminazione espressa in precedenza.

Una simile conclusione contrasterebbe con la dinamica della salute e del rapporto medico-paziente, e sarebbe in forte regresso rispetto all’evoluzione assai rilevante che in essi si è registrata. Ricavo questo convincimento non solo dalle indicazioni dell’articolo 32, ma anche da quella desumibile dall’articolo 13: la disponibilità del proprio corpo, la libertà personale, permangono anche per il soggetto che si trovi in condizioni di libertà menomate; e vanno difese anche e soprattutto con riferimento al soggetto e al suo residuo margine di libertà.

Il vero problema del testamento biologico non è, dunque, la sua ammissibilità in linea di principio. Esso è certamente ammissibile. Il problema è come garantire l’effettività di un’autodeterminazione *allora per ora*: di garantire cioè, attraverso le direttive anticipate, le condizioni di effettività e di attualità dell’autodeterminazione, soprattutto sotto il profilo temporale.

In questo caso, ci muoviamo in un’ottica diversa da quella del consenso/rifiuto al trattamento attuale. Non c’è infatti, nell’ipotesi del testamento biologico, un oggetto specifico (“un determinato trattamento”, come dice l’articolo 32 Costituzione) al quale riferire la manifestazione di volontà, con le sue implicazioni e i suoi corollari di specificità, attualità, consapevolezza, consenso o rifiuto informati.

Nelle direttive anticipate tutto questo non è possibile, perché di solito esse vengono formulate in assenza di una patologia, di una previsione o di una consapevolezza di ciò che potrebbe capitare. Per questo occorre la legge, in quanto - come è stato giustamente detto - il testamento biologico si colloca a metà strada tra il consenso/rifiuto informati e attuali, e l’obbligo di trattamento, che l’articolo 32 secondo comma riconosce soltanto rispetto a un trattamento medico specifico, limitato all’interesse dei terzi (o dello stesso soggetto, se incapace).

Riconoscere la volontà anticipata e la sua efficacia futura, in casi di questo genere, non è certamente incostituzionale; anzi, risponde ai principi costituzionali. Ma occorre farlo con una legge, proprio perché deve essere il legislatore - e non soltanto il giudice, nel caso concreto - a compiere in termini generali, fra le tante scelte possibili, quella che garantisca al massimo l’effettività ed eviti effetti indesiderati e controproducenti.

Non intendo richiamare, in questa sede, il tema del suicidio assistito, concettualmente diverso da quello di cui stiamo discutendo. C’è chi pone dei paletti preventivi al testamento biologico, proprio nel timore - pur comprensibile - che possa preparare la legittimazione del suicidio assistito; il timore che si ingenerino sovrapposizioni fra i due ambiti, nella zona grigia che di fatto può crearsi fra di essi. Tuttavia - pur consapevole della difficoltà di distinguere in concreto fra eutanasia attiva e passiva (secondo una distinzione già tradizionale, e ora criticata) - vorrei tenere separati i due problemi, e non affrontare quello del suicidio assistito, pur delicatissimo e oggi assai avvertito. Ma vorrei dire chiaramente, e sia pure incidentalmente, di non condividere in alcun modo la prospettiva del suicidio assistito.

8. Possono essere molte le difficoltà che il legislatore dovrebbe affrontare, se volesse garantire l’effettività dell’autodeterminazione *allora per ora*. Deve certamente riconoscersi uno spazio

di discrezionalità, a condizione che, per garantire l'effettività e il modo in cui esprimere le direttive anticipate, non si finisca per negare *in toto*, o per rendere di fatto impossibile l'esercizio dell'autodeterminazione. D'altronde, anche l'intervento del legislatore dovrebbe ispirarsi alla concretezza e all'umiltà di cui parlavo prima; e soprattutto alla ricerca della massima condivisione e consenso possibili.

Le direttive anticipate, il testamento biologico, non possono essere una specie di succedaneo del consenso informato. Sono due problemi concettualmente diversi, anche se nella comune matrice della visione della vita, della dignità, della centralità della persona.

Lo spazio riservato al legislatore, per la disciplina delle direttive anticipate - nei termini richiamati cercando di rispondere alla seconda domanda - riguarda non solo i requisiti di formulazione della volontà anticipata, ma anche e soprattutto la sua efficacia e i suoi limiti: ad esempio, rispetto alla volontà anticipata di rifiutare non solo il trattamento terapeutico, ma anche gli interventi di sostentamento. Il legislatore deve poter decidere quali vincoli, quali forme, quale pubblicità, quali garanzie, quali limiti - in termini di ragionevolezza - possano essere posti alla espressione della volontà della persona; nonché quale rilievo tale volontà possa e debba avere in concreto, nel rispetto della responsabilità del medico.

A questo proposito, mi sembra profondamente saggia, oltre che conforme all'impostazione costituzionale, la Convenzione di Oviedo: tenere "in considerazione i desideri espressi dal paziente". Il passaggio, anche lessicale, dalla "volontà" al "desiderio" esprime con efficacia l'oggettività e l'attualità di una condizione in cui la volontà, manifestata a suo tempo, non può più essere modificata, neppure in relazione all'insorgenza di situazioni nuove, a suo tempo non previste o magari non volute dallo stesso soggetto ora incapace. Una volontà che - proprio perché riferita a un futuro incerto e ipotetico - è più l'espressione di una scelta e di un "progetto di vita e di coerenza", in ordine ad aspetti che il soggetto ritiene essenziali; che non la manifestazione di un consenso/rifiuto.

Certamente, in un simile rapporto volontà-desiderio, vi è un margine di ambiguità che contrasta con l'aspirazione alla certezza, comprensibile in quest'ambito; margine tuttavia inevitabile, nella realtà della vita e delle sue infinite e non sempre prevedibili vicende.

La legge dovrà allora trovare un punto di incidenza tra la responsabilità del medico, che rimane sempre centrale e fondamentale nella concretezza, e la volontà a suo tempo espressa dal paziente; per garantire la ricostruzione e la traduzione "attuale" di quella volontà; prevedere la presenza di un rappresentante, che possa aiutare nella interpretazione di essa; tener conto della possibile sopravvenienza di elementi nuovi o sconosciuti al momento in cui furono espresse le direttive anticipate, e che valgano a porre in dubbio queste ultime. Insomma, non si può ridurre il medico, la sua centralità e la sua responsabilità, al ruolo di mero esecutore: come non sarebbe giusto azzerare retroattivamente la volontà di *allora* del soggetto, così non si può azzerare la valutazione *attuale* del medico.

Ma, ancora una volta, non vorrei entrare in una disputa tecnico-politicogiuridica, che in qualche modo contribuisca a trasformare i drammi dei casi umani, in oggetto di disquisizione giuridica o di conflitto istituzionale e politico (com'è avvenuto nella vicenda Englaro).

Mi interessa di più sottolineare che il testamento biologico deve essere espressione di libertà, non di coazione e di rigidità; deve essere di aiuto alla libertà e all'autodeterminazione; deve rispettare quelle premesse di concretezza e umiltà alle quali ho cercato di ispirare la mia riflessione; non deve diventare una bandiera ideologica. Infine, il testamento biologico non può rappresentare tanto un consenso o un rifiuto al trattamento *allora per ora*; deve essere piuttosto - al pari del consenso/rifiuto attuale da parte di un soggetto capace di autodeterminazione - espressione di un modo di vivere e di un dominio della vita, di cui la morte è "solo" il momento di chiusura.

## RICORDO DELLA DOTT.SSA LETIZIA BARBETTI

N. 7-7-1954 – M. 30-8-2009

La ricordo fin da piccola, quando era ancora una bambina dolce e sorridente che mi saltellava tra le braccia. Poi cominciò a crescere ed io la seguii passo passo: Scuole Elementari, Media, Liceo, Università, fino alla laurea in medicina, che conseguì a pieni voti. Seguirono poi le Specializzazioni in Igiene e medicina preventiva e in Ostetricia e Ginecologia. Sempre bravissima.

Io ve ne parlo, commosso, perché sono stato il suo medico curante per quasi tutta la sua breve esistenza.

Ella cominciò la sua pratica medica lavorando accanto a me, sempre curiosa di imparare, di cogliere i frutti della mia lunga esperienza, seguendo attentamente i miei consigli, che avrebbe poi tradotto in pratica, elaborandoli in modo personale, con precisione e rigore. Per questo la consideravo affettuosamente “la mia pupilla”!

Era una giovane dottoressa competente e sempre disponibile per i suoi pazienti, che avevano grande stima delle sue capacità professionali; ma per il lento aggravarsi del suo stato di salute, divenne impossibilitata ad esercitare con continuità l’attività professionale, essendo soggetta a frequenti ricadute; ogni volta però si risollevara con grandissima forza d’animo, riprendendo a lavorare con rinnovato entusiasmo e grande serenità: questa era una sua caratteristica che aveva addirittura del prodigioso: sorprendevo infatti per la tenacia nell’impegno e la sua grande voglia di vivere.

Era anche molto generosa, poiché sempre teneva nascosta o minimizzava la gravità dei suoi sintomi, per non dare ad altri dispiacere o preoccupazioni.

Io le sono stato vicino per tutta la vita ma ora, purtroppo, non mi resta che dire “Addio Letizia cara: sei stata una donna straordinaria”.

Francesco Lampani

Grazie, Letizia

per la generosità e l’altruismo che ti erano così naturali,  
per l’allegria e la positività che rendevano gli ostacoli più facili,  
per l’attenzione e la serietà con cui hai svolto il tuo lavoro,  
per l’impegno e la pazienza che hai messo in tutto quello che facevi,  
per la serenità e la forza con cui hai sopportato le prove della vita,  
per l’amore che hai saputo dare a tutti quelli che hai avuto vicino.  
Ora che non ci sei più, il tuo esempio ci guida nel rendere la nostra vita più degna.

Cinzia anche a nome dei tuoi amici.

---

---

Proprietà e Direzione:  
Ordine dei Medici della Provincia di Siena  
Direttore responsabile: Dott. Fulvio De Pascalis  
Redazione: Dott.ssa Rossella Speranza  
Autorizzazione del Tribunale di Siena n. 85 del 27.1.1951  
Stampa: Industria Grafica Pistolesi - Editrice Il Leccio s.r.l.  
Via della Resistenza, 117 - Badesse Monteriggioni - Siena  
Tel. 0577 309357 - 0577 309365 - Fax 0577 309370  
www.extempora.it - e-mail: igp.pistolesi@leccio.it