

# LA PROFESSIONE

MEDICINA, SCIENZA, ETICA E SOCIETÀ

*Trimestrale della Federazione nazionale  
degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri*



II . MMXI

LEADERSHIP IN SANITÀ: INTERPRETAZIONE  
AL FEMMINILE, INNOVAZIONI E OPPORTUNITÀ

MATERIALI SULLA FEMMINILIZZAZIONE DELLA PROFESSIONE MEDICA

---

LE ATTIVITÀ INTERNAZIONALI DELLA FNOMCEO

LA CARTA EUROPEA DI ETICA MEDICA

GLI ACCORDI AUSTRIA-GERMANIA-ITALIA E CROAZIA-SLOVENIA-ITALIA

---

UN NUOVO MEDICO PER UNA NUOVA SANITÀ.  
UN MANIFESTO PER DISCUTERE

DI IVAN CAVICCHI

---



# Indice

<b>Leadership in Sanità: interpretazione al femminile, innovazioni e opportunità.....</b>	<b>7</b>
Firenze, una tappa importante .....	9
<i>Eva Antoniotti</i>	
In preparazione del Convegno di Firenze .....	13
<i>Le riflessioni e le aspettative di alcuni dei protagonisti</i>	
Perché occorre una leadership al femminile .....	19
<i>Intervista ad Annarita Frullini</i>	
Quando la Fnom iniziò ad occuparsi di pari opportunità.....	21
<i>Intervista ad Aldo Pagni</i>	
Il contributo femminile nella creazione di modelli organizzativi ...	24
<i>Intervista a Teresita Mazzei</i>	
Da Firenze per generare nuove opportunità.....	26
<i>Intervista a Roberta Chersevani</i>	

Contributo del Gruppo di lavoro “Osservatorio della professione medica al femminile” .....	33
Medicina e sanità declinate al femminile .....	37
<i>Documento conclusivo Caserta, 29 settembre 2007</i>	
APPENDICE	
I dati numerici sulle donne medico e odontoiatra in Italia.....	39
<b>Le attività internazionali della Fnomceo .....</b>	<b>55</b>
A Kos, per ricordare il passato e prepararsi al futuro .....	57
Medici sui confini. Gli incontri di Bolzano e di Brioni.....	67
Formazione residenziale medico – chirurgica .....	70
Reciproco riconoscimento di crediti Ecm.....	73
Formazione specialistica .....	75
<b>Il contributo .....</b>	<b>76</b>
Un nuovo medico per una nuova sanità	
Un manifesto per discutere .....	79
<i>Ivan Cavicchi</i>	

# Leadership in Sanità: interpretazione al femminile, innovazioni e opportunità

MATERIALI SULLA FEMMINILIZZAZIONE  
DELLA PROFESSIONE MEDICA

# Firenze, una tappa importante

*di Eva Antoniotti*

IL CONVEGNO ORGANIZZATO a Firenze dalla Fnomceo e dall'Ordine provinciale della stessa città, è stato una tappa importante di un percorso che già da anni è stato avviato nel mondo medico e ordinistico in particolare.

Immediato antecedente, il Convegno che era stato organizzato a Caserta nel 2007, da cui scaturì la creazione dell'Osservatorio della professione medica al femminile, che ha fatto crescere in questi anni proposte e soprattutto consapevolezza del cambiamento in atto.

Il dato da cui partire è che oggi le donne medico in Italia sono 148mila, ovvero il 37% della professione. Ma già da dieci anni a questa parte le neolaureate sono più numerose dei colleghi maschi. Questa realtà nuova impone una riflessione e anche concreti interventi che sappiano valorizzarla.

Il titolo dato al Convegno di Firenze, *Leadership in Sanità: interpretazione al femminile, innovazioni, opportunità*, indica chiaramente la volontà da parte delle donne attive nel

mondo ordinistico di sottolineare la necessità di compiere passo avanti, sapendo di affrontare un terreno non facile. Nella nota di presentazione dell'evento, Roberta Chersevani, presidente dell'Ordine dei medici di Gorizia, per spiegare il titolo del Convegno cita una frase tratta dal libro *La passione e la fatica* di Maria Cristina Bombelli: "La leadership è una sorta di araba fenice: tutti la cercano ma non si riesce a descriverla in modo univoco. È come il principe azzurro per le donne: un sogno di cui si intuiscono le caratteristiche ma che si contamina nel momento in cui la realtà prende il sopravvento".

*Rivedere i modelli organizzativi delle attività sanitarie per renderli coerenti alla presenza delle donne*

È certo però che il tema non può essere ignorato, come ha sottolineato il presidente della Fnomceo Amedeo Bianco: "La progressiva femminilizzazione della Professione medica dovrà necessariamente trovare riscontro in una rivisitazione dei modelli organizzativi delle attività sanitarie. Bisogna riconoscere, infatti, alle donne un insostituibile ruolo per l'intera società. E tale riconoscimento passa anche attraverso il rendere i tempi della professione più coerenti con i tempi delle donne: con il tempo della gravidanza, della maternità, dell'allattamento. Una donna non può e non deve vedere la sua carriera penalizzata dalla scelta di essere madre".

Temi che, come ha spiegato il presidente dell'Ordine di Firenze, Antonio Panti, erano all'origine dell'incontro: "L'idea sorge dalla Commissione Pari Opportunità dell'Ordine di Firenze, un gruppo di colleghe molto attive e determinate nel creare le opportunità perché le donne medico possano conseguire i successi professionali che indubbiamente meritano e che sono difficilmente raggiungibili in un'organizzazione come quella della sanità, ancorata tuttora a modelli operativi paternalisti. Firenze ha una tradizione laica molto vivace, in contrasto con la visione subalterna della donna propria delle concezioni fondamentaliste della vita e della società".

Tra le criticità del processo di “femminilizzazione” della medicina c’è anche quella per cui la crescente presenza delle donne nella professione non ha ancora trovato un riflesso adeguato nelle strutture di rappresentanza della professione: sono soltanto due le donne presidenti di Ordine, su 106, e pochissime siedono nei Consigli.

Un dato che trova una spiegazione anche, ma non solo, nella giovane età delle donne medico. Se, infatti, le donne medico sono il 37% del totale degli iscritti agli Ordini, sotto i 35 anni sono già ben più della metà, il 63,8% nella fascia d’età tra 24 e 29 anni, il 64,25% tra 29 e 34 anni.

Tuttavia il problema della rappresentanza professionale al femminile resta e anche a Firenze se ne è discusso. Nel corso del dibattito molti interventi hanno sottolineato come una maggiore presenza di donne nella rappresentanza della professione sia importante non solo per le donne ma per la vita stessa dell’istituzione. “Dall’esterno l’Ordine è percepito come un ente sterile – ha detto Roberta Chersevani, presidente dell’Omceo di Gorizia e prima donna a ricoprire questa carica in Italia. – È necessario probabilmente un cambiamento che renda gli Ordini una realtà più vitale, maggiormente coinvolta nella vita della classe medica, così come avviene in altri Stati. È difficile coinvolgere una collega a partecipare, al di là del suo impegnativo orario di servizio, ad una realtà ordinistica che per lo più non conosce e che comunque non presenta attrattive. Solo lavorandoci dall’interno si impara a riconoscere non solo la fatica, ma anche il sentimento di partecipazione e di appartenenza che caratterizza la vita nell’Ordine”.

E, accanto al problema della rappresentanza, la “femminilizzazione” della medicina pone anche problemi di revisione degli assetti organizzativi della sanità, capaci di accogliere e valorizzare le donne: “Vogliamo riflettere sul cambiamento

*Sotto i 35 anni  
le donne medico  
sono più del 50%  
della professione*

in atto della Sanità pubblica e offrire un modello femminile di interpretazione ed organizzazione delle funzioni della Sanità – ha spiegato Teresita Mazzei, docente di farmacologia all'Università di Firenze e presidente del Comitato scientifico del Convegno fiorentino. - Le donne da secoli guidano la famiglia, hanno indubbie capacità organizzative, gestiscono reti di relazioni, sanno comunicare ed in particolare le donne medico vorrebbero non solo lavorare bene e nei propri settori disciplinari, ma anche partecipare alla creazione di modelli di coordinamento ed organizzazione sanitaria”.

*Il nodo della  
rappresentanza*

La proposta, circolata nella discussione, di istituire “quote rosa” in vista delle elezioni di fine 2010 per il rinnovo degli Ordini provinciali non poteva però essere accolta. Le elezioni ordinistiche, infatti, sono regolate per via legislativa, essendo gli Ordini Enti ausiliari dello Stato, e dunque il cambiamento delle regole dovrebbe avvenire attraverso un cambiamento della legge. Piuttosto, da Firenze, è arrivata una raccomandazione a porre attenzione nella definizione delle liste che parteciperanno alle votazioni, cercando di inserire il maggior numero di donne possibile (v. documento a pag. 29). Ricordiamo che in preparazione dell'incontro fiorentino il portale della Fnomceo ([www.fnomceo.it](http://www.fnomceo.it)), secondo una delle più accreditate metodologie di lavoro al femminile che consiste nella ricostruzione di una genealogia di genere spesso misconosciuta, ha pubblicato molti profili di donne medico nei secoli, da Trotula, la guaritrice attiva a Salerno intorno all'anno Mille, a Rita Levi Montalcini.

## In preparazione del Convegno di Firenze

Le riflessioni e le aspettative di alcuni dei protagonisti del Convegno raccolte dall'Ufficio Stampa della Fnomceo alla vigilia dell'incontro di Firenze Leadership in sanità: interpretazione al femminile, innovazioni, opportunità.

**PRESIDENTE BIANCO** a lei il compito di aprire i lavori. Si parla sempre più di una femminilizzazione della Professione medica. Come la Federazione sta affrontando questo fenomeno? Pensa che il contributo delle donne medico porterà a un arricchimento della professione? E quali saranno le possibili criticità?

*Amedeo Bianco*

La progressiva femminilizzazione della Professione medica dovrà necessariamente trovare riscontro in una rivisitazione dei modelli organizzativi delle attività sanitarie. Bisogna riconoscere, infatti, alle donne un insostituibile ruolo per l'intera società. E tale riconoscimento passa anche attraverso il rendere i tempi della Professione più coerenti con i tempi delle donne: con il tempo della gravidanza, della maternità, dell'allattamento. Una donna non può e non deve vedere la sua carriera penalizzata dalla scelta di essere madre.

**PRESIDENTE BENATO** a lei invece l'incarico di presiedere le prime due sessioni. Quali sono, a suo avviso, gli strumenti per incentivare la partecipazione delle donne nel Sistema sanitario, anche in posizioni apicali?

La professione medica è stata definita storicamente una missione e si è sempre distinta per un'alta invasività della vita privata. Senza ombra di dubbio, la parità tra uomo e donna è un fatto acquisito da tempo perché è diffusa la cultura delle pari opportunità, ma i processi culturali purtroppo richiedono tempi lunghi per innescarsi e, ancor più, per manifestarsi con una consapevolezza diffusa e omogenea nella società.

Certamente siamo ancora lontani dalla realizzazione dei veri principi di uguaglianza di diritti e doveri fra uomini e donne affinché queste ultime abbiano le stesse opportunità. La maternità è sicuramente un problema: le responsabilità, infatti, ricadono sulla madre e il rimanere fuori dalla professione per almeno un anno comporta un gap di conoscenza e di abilità da colmare, oltre che l'estraniarsi dal torneo delle carriere che si giocano anche sulla presenza costante nel reparto.

Come superare queste apparenti difficoltà? Senza dubbio migliorando l'organizzazione sociale di supporto per rendere compatibili carriera e famiglia. Penso ad asili nido aziendali, penso a scuole pubbliche a tempo pieno, penso anche a contratti e convenzioni che lascino alcuni spazi autonomi nell'organizzazione con possibilità anche di ritagliarsi "su misura" i tempi lavoro. Quello che dobbiamo evitare, invece, è la conquista di posizioni preminenti da parte delle donne nella professione medica in un'ottica e con strumenti tipicamente "maschili": perché questo, prima di tutto il resto, andrebbe a discapito della "cultura di genere".

**PRESIDENTE CHERSEVANI** le è stato affidato un ruolo essenziale e delicatissimo: definire la leadership al femminile. Può anticiparci il suo intervento in poche battute?

*Roberta Chersevani*

Mi piace ricordare alcune frasi tratte dal libro *La passione e la fatica* di Maria Cristina Bombelli - docente alla SDA Bocconi: “La leadership è una sorta di araba fenice: tutti la cercano ma non si riesce a descriverla in modo univoco. E’ come il principe azzurro per le donne: un sogno di cui si intuiscono le caratteristiche ma che si contamina nel momento in cui la realtà prende il sopravvento”.

Cercherò di evidenziare quali stili di lavoro, quali rapporti con i colleghi possono realizzare una più proficua collaborazione, per rafforzare l’identità collettiva e promuovere la coesione sociale che porta al raggiungimento degli obiettivi preposti. Leadership è termine neutro, non necessariamente legato al genere.

*Teresita Mazzei* **PROFESSORESSA MAZZEI** lei porterà la voce delle donne nella Scienza. Come acquistare autorevolezza in questo campo ancora così “maschile” ai vertici, anche se sempre più femminile alla base?

La risposta a questa domanda è a mio avviso semplice: lavorare molto, produrre scientificamente con pubblicazioni su riviste internazionali ad alto fattore di impatto, prepararsi con lo stesso impegno per qualsiasi occasione, dalle riunioni interne a piccoli gruppi fino al convegno nazionale o internazionale con centinaia o migliaia di partecipanti.

La stima e l'autorevolezza diventano quindi direttamente proporzionali ad un grande impegno quotidiano e a tempo pieno.

**PRESIDENTE PANTI a Firenze lei svilupperà un intervento sulle équipes multiprofessionali. Quale ruolo – anche di leadership – possono avere le donne in tali team, con l’obiettivo di una presa in carico “globale” del paziente?**

*Antonio Panti*

È ormai condizione comune che il futuro della Medicina è affidato non più al lavoro individuale del professionista, ma ad équipes multiprofessionali e multidisciplinari in grado di rispondere alle esigenze dei pazienti oggi. Abbiamo scarse esperienze – almeno sino ad ora – in Sanità di équipes formate prevalentemente da donne e affidate a una leadership femminile. È questa una sfida organizzativa, comunicativa e relazionale, sulla quale ci attendiamo le prime risposte proprio dal Consiglio Fiorentino.

# Perché occorre una leadership al femminile

*Intervista ad Annarita Frullini*

Un intervento dal titolo "Leadership al Femminile" era già stato presentato al convegno di Caserta 2007, Medicina e Sanità declinata al femminile da Annarita Frullini, membro dell'Osservatorio sulla femminilizzazione della professione e consigliera OMCeO di Pescara. Nell'intervista che segue Frullini sintetizza le ragioni che spingono ad una riflessione su questo tema.

**Dottoressa Frullini, il simposio di Firenze giunge quattro anni dopo Caserta: cosa è cambiato in questi anni?**

La mia relazione era centrata sulla scoperta e sulla valorizzazione delle differenze tra "maschile e femminile" perché i medici, tutti, ritrovassero un ruolo di guida e di opinion leader. Oggi si tende sempre più a parlare di leadership diffusa e intermedia, con strutture gerarchiche inglobate all'interno di una rete fluida di contatti e relazioni. Si attribuisce maggior valore al sistema di team e alla composizione di una squadra, meno all'eccellenza dei leader che mantengono valore e responsabilità, ma dipendono, e sono in parte influenzati, dai propri seguaci. Si ritiene anche che i gruppi per funzionare debbano avere una trama di rapporti significativi tra le persone e azioni coordinate in vista degli obiettivi comuni. E le donne, se ancora non hanno imparato a fare squadra, saranno penalizzate. Dalle differenze si è passati a sottolineare ugualianze, forse grazie all'aumento della presenza femminile, costante e crescente.

**Si parla di femminilizzazione della professione, ma non sempre conosciamo gli effettivi “confini esistenziali” del fenomeno...**

Abbiamo scarsi dati e molte intuizioni sulle nuove generazioni di donne medico. Siamo di fronte a donne che sanno riconoscere il proprio valore e che hanno nella dimensione lavorativa le stesse poche certezze e degli uomini, ma dobbiamo riflettere sui cambiamenti in atto quando una trentenne dice “mi sento più vicina a un coetaneo uomo piuttosto che a una donna di quaranta anni” o quando una ventenne afferma...” non ho ancora deciso se voglio dei figli ..quello che è certo è che se vorrò essere madre voglio esserlo entro i trenta anni”. La scarsa conoscenza delle realtà lavorative al femminile non riguarda solo il mondo della sanità ed è perciò importante fare il punto con altri ordini professionali, come si sta facendo in molte città a cominciare da Reggio Emilia dove Maria Brini vice presidente Omceo ha realizzato, da anni, una rete fra ordini e colleghi professionali chiamata – profess@re al femminile – per incidere sulle organizzazione del lavoro.

**Cosa si aspetta dai lavori di Firenze?**

Da un punto di vista tecnico mi aspetto utili indicazioni dalle relazioni sui temi delle trasformazioni organizzative nella sanità che riguardino i generi e le generazioni. Dico generi perché rimangono forti le differenze di genere nell’espressione dell’agio e del disagio lavorativo, ma non esistono differenze di genere significative sulla percezione del benessere personale e della struttura lavorativa.

**Rimanendo, in conclusione, su questa sua ultima osservazione: ma la donna può “fare la differenza”?**

Come donne possiamo certamente essere disponibili a fare, con consapevolezza e responsabilità, la nostra parte. Ma non speriamo di poter richiedere compiti salvifici alla maggiore presenza delle femminile in sanità.

*A cura dell’Ufficio Stampa Fnomceo*

# Quando la Fnom iniziò ad occuparsi di pari opportunità

*Intervista ad Aldo Pagni*

Ricostruiamo con Aldo Pagni, Past President Fnomceo, il percorso di crescente attenzione della Federazione verso la presenza delle donne nella professione medica.

**Dottor Pagni: lei era, come tecnico, di fianco al ministro della sanità Elio Guzzanti quando fu creata la prima Commissione che tenesse conto della presenza femminile in sanità. Cosa può dirci di quel periodo?**

La Commissione per lo studio del problema delle donne medico fu istituita dal presidente Danilo Poggiolini nel 1995, quando anch'io ero membro del Comitato Centrale. Era un'iniziativa doverosa e legittima. Poi nell'aprile del 1966, Poggiolini si dimise per impegni parlamentari, e fui nominato presidente della Fnomceo dal Comitato Centrale. Nel nominare una nuova commissione, nel 1997 decisi di cambiarle nome e la trasformai in Commissione nazionale Fnomceo per le pari opportunità: ero sostenuto da un desiderio corale di modificare il "paternalismo" insito nella prima denominazione.

Nel 1999 si svolse così a Roma il seminario *Pari opportunità - le leggi e le esperienze - aspetti metodologici nel processo di*

*cambiamento*. Negli atti si leggono queste sue parole “pari opportunità sta a significare la messa in atto di concrete iniziative per rimuovere tutti gli ostacoli nel lavoro nella vita quotidiana e sociale...”

In quegli anni era aumentata la sensibilità alle differenze di “genere” ed avevo ricevuto molte denunce da parte di colleghe del disagio professionale nel quale operavano.

Il Comitato Centrale – costituito allora da rappresentanti dei sindacati maggiori, e dagli odontoiatri – organizzò, con la Commissione per le pari opportunità, quel Seminario a Roma. Laura Balbo, ministro per le Pari Opportunità, fu presente al seminario dicendo che non si poteva più prescindere dal patrimonio, di ricerca e di cultura, al femminile accumulato negli anni. L’iniziativa ebbe un qualche successo, almeno simbolico, perché a dire il vero non vi era nel CC una reale sensibilità al problema, e nel Consiglio nazionale dei presidenti di ordine le donne non sono mai state più di una o due....

**Infatti lei in quel convegno diceva “bisogna impegnarsi per portare donne nei Consigli degli Ordini, affinché questa presenza possa creare un confronto permanente. Potrebbe esserci una corrispondenza, negli Ordini provinciali, fra la percentuale delle iscritte e quella delle colleghe presenti nei consigli?**

La ridotta presenza delle donne ai livelli apicali e nei consigli degli Ordini è un complesso problema culturale, sociale, universitario e di programmazione sanitaria. Bisogna che le donne medico facciano sentire di più la loro voce anche negli Ordini. In parte ciò sta accadendo in alcune provincie, anche se questa istituzione reclama un impegno sempre più gravoso....e non retribuito!

**Per arrivare al Convegno di Firenze: quanto dobbiamo ancora riflettere per ri-organizzare il mondo del lavoro in sanità?**

La medicina ha “meditato” a sufficienza sui tanti temi, e oltre alla femminilizzazione mi sembra giusto pensare ai rapporti tra le tecnologia e l’esercizio della professione. La frammentazione specialistica consente una accresciuta capacità del medico di “guardare dentro” un corpo umano, ma anche un progressivo allontanamento del rapporto fisico e diretto con il malato. Ricordo una frase di Tiziano Terzani: “Il malato si sente sempre meno capito dal medico specialista che è esperto solo di un pezzo del suo corpo e di quel pezzo si occupa come se non fosse parte di qualcuno”. Nel 1999 poteva essere comprensibile fermarsi alle buone intenzioni. Oggi, che la professione è in crisi a tutti i livelli, sarà difficile farlo. Spero che le donne ci aiutino a mettere in atto strategie e a trovare soluzioni.

*A cura dell’Ufficio Stampa Fnomceo*

## Il contributo femminile nella creazione di modelli organizzativi

*Intervista a Teresita Mazzei*

Docente di farmacologia all'Università di Firenze, Teresita Mazzei è da tempo una delle colonne dell'Ordine dei Medici di Firenze. Il suo nome è presente nelle più importanti società scientifiche internazionali in ambito chemioterapico ed anche abbondantemente indicizzato anche su PubMed (dove è appena stato pubblicato un suo ultimo lavoro sulle P-glycoprotein apparso sul Wiley Periodics): è lei, caso evidente di “donna autorevole in medicina”, uno dei propulsori del convegno sul rapporto tra donne e leadership in ambito sanitario.

**Leadership femminile e sanità: professoressa, ritiene che il tema proposto dal convegno di Firenze sia argomento percepito da tutto il mondo medico o solo da una nicchia “rosa”?**

Sicuramente il mondo medico nella sua globalità assiste al fenomeno della progressiva e crescente femminilizzazione della nostra professione, ma credo che in realtà solo pochi dei nostri colleghi pongano sufficiente attenzione all'accesso ancora lento di Dirigenti medici donne all'interno del Sistema Sanitario. Negli ultimi 10 anni questo aumento è stato infatti di soli pochi punti percentuali e credo sia giunto il momento di parlarne, di discuterne le possibili ragioni ed iniziare azioni positive di supporto per incrementare in maniera sostanziale il numero di donne medico nelle posizioni apicali.

**Tutta la prima sessione del convegno pone l'attenzione al rapporto tra organizzazione sanitaria e genere: perché questa sottolineatura? Su cosa si vuole richiamare l'attenzione?**

Vogliamo riflettere sul cambiamento in atto della Sanità pubblica e offrire un modello femminile di interpretazione ed organizzazione delle funzioni della Sanità. Le donne da secoli guidano la famiglia, hanno indubbie capacità organizzative, gestiscono reti di relazioni, sanno comunicare ed in particolare le donne medico vorrebbero non solo lavorare bene e nei propri settori disciplinari, ma anche partecipare alla creazione di modelli di coordinamento ed organizzazione sanitaria.

**Lei insegna nell'ateneo fiorentino: crede esistano effettive differenze di genere e/o ostacoli nella possibilità per le donne di raggiungere posti apicali tra i due ambiti, quello accademico e quello ospedaliero?**

Credo che il maggior ostacolo al raggiungimento delle posizioni apicali per la donna medico, indipendentemente dal ruolo accademico e/o assistenziale sia rappresentato dalla possibilità che ha di conciliare lavoro e famiglia. Per ogni riuscita professionale, e l'apicalità è il massimo di ogni carriera, è critico avere un supporto familiare o di un compagno o di personale esterno – ad esempio collaboratrici domestiche, baby sitter... Indispensabili anche gli asili nido, possibilmente all'interno della stessa azienda dove la donna medico lavora.

**Nel convegno si cerca anche un dialogo con altre professioni sanitarie, coinvolte anch'esse nella progressiva femminilizzazione della propria popolazione: come mai questo dialogo incrociato? C'è un comune sentire? Si cerca un dialogo per costruire una unione di intenti?**

Il dialogo, l'integrazione ed il sinergismo con le altre professioni sanitarie – con infermieri, assistenti sanitari, psicologi... - è indispensabile per la migliore assistenza ad un paziente che è sempre più complesso, anziano ed affetto da più patologie. Una singola professionalità offre solo risposte parziali ai bisogni multipli dei nostri assistiti.

# Da Firenze per generare nuove opportunità

## *Intervista a Roberta Chersevani*

Da anni il nome di Roberta Chersevani è ricorrente nelle attività della Federazione dei medici. Per molti è lei, radiologa friulana e presidente Omceo di Gorizia, il volto femminile della realtà ordinistica italiana, a lungo unico “presidente-donna”, solo recentemente affiancata da Anna Maria Calcagni, giunta alla guida dei medici di Fermo. Nell'intervista Chersevani anticipa anche alcuni temi discussi a Firenze che confluiranno nel documento che l'Osservatorio della professione medica al femminile Fnomceo sta elaborando.

Al presidente Chersevani abbiamo chiesto di posizionare il convegno di Firenze all'interno del cammino svolto in questi anni dai medici italiani, a partire dal grande simposio *Medicina e Sanità declinate al Femminile*, convegno che aveva lanciato il tema della piena parità di genere in ambito professionale, un momento di tale portata che aveva rovocato la sanità italiana a parlare di “lezione di Caserta”.

**Presidente, ancora una volta la Fnomceo si occupa di aspetti di genere all'interno della professione: quale sensibilità si registra oggi di fronte a queste tematiche? Da Caserta 2007 cosa è cambiato?**

La sensibilità nei confronti del “fenomeno” – termine discutibile, meglio forse dire “realtà” – della sempre più evidente presenza delle donne in sanità è aumentata. La prevalenza di giovani colleghe laureate in medicina nelle iscrizioni agli Ordini non credo lasci insensibili anche i Presidenti meno illuminati. La stampa nazionale di alcuni giorni fa, stimolata dal-

la ricorrenza annuale, ha di nuovo ricordato le donne medico. Vi è forse un eccessivo ricorso a concetti di “pari opportunità”, che – seppur legittimi – rischiano di travisare la realtà. A Fiuggi, nel 2008, alla *Prima conferenza nazionale della professione medica* si è parlato di “..andare oltre le pari, per generare le nuove opportunità”.

**Lei ha già più volte approfondito il tema della leadership femminile: ritiene che oggi ci siano le condizioni per un cambiamento di passo anche nel nostro Paese?**

I cambiamenti hanno la lentezza che caratterizzano le situazioni che si realizzano solo quando i tempi sono maturi. Forse è stato più facile arrivare al voto per le donne. In questo contesto dobbiamo capire che le colleghe sono davvero tante, brave, preparate, rallentate se vogliono aderire alla loro realtà biologica che non trova spazio nella attuale organizzazione del lavoro. Una realtà resa ancora più problematica da crisi contingenti e da decreti legislativi che non riescono a tenere conto di una necessaria flessibilità.

**Il suo intervento è stato recentemente apprezzato anche in sedi di dibattito internazionale: la riflessione di genere sulla leadership nella professione medica è equivalente nei vari Paesi europei? Il nostro Paese in questo senso offre problematiche analoghe al resto dell'Europa?**

Le problematiche sono analoghe. Vi sono però forse altrove realtà sociali di supporto, che meglio riescono a far conciliare lavoro e vita privata. Vi è un maggior ricorso a part-time, flessibilità, banca ore, congedi parentali, asili nido, e probabilmente una maggior omogeneità nell'impegno della coppia verso la famiglia...

**Lei coordina la commissione per le problematiche di genere in seno alla Federazione ed è presidente Omceo a Gorizia: anche all'interno della Fnomceo è auspicabile una maggior presenza di donne-presidente? Come questo può realizzarsi? Una maggior presenza di donne presidente forse non riusci-**

rà a modificare gli assetti che sembrano penalizzare la donna medico, in realtà forte della sua capacità procreativa. Figure di riferimento, veri mentori, potrebbero tuttavia creare un sostegno, uno stimolo, che deriva dall'esempio di risultati raggiunti. Dall'esterno l'Ordine è percepito come un ente sterile. È necessario probabilmente un cambiamento che renda gli Ordini una realtà più vitale, maggiormente coinvolta nella vita della classe medica, così come avviene in altri Stati. È difficile coinvolgere una collega a partecipare – al di là del suo impegnativo orario di servizio – ad una realtà ordinistica che per lo più non conosce e che comunque non presenta attrattive. Solo lavorandoci dall'interno si impara a riconoscere non solo la fatica, ma anche il sentimento di partecipazione e di appartenenza che caratterizza la vita nell'Ordine.

**Quali saranno i punti salienti del documento dell'Osservatorio della professione medica al femminile FNOMCeO che, ideato a Firenze e presentato a Torino, ha anche una suggestiva potenza simbolica considerando che la prima laurea al femminile in medicina fu con Ernestina Paper, a Firenze nel 1876 e la seconda con Maria Farnè Velleda nel 1878, proprio a Torino?**

Come gruppo di lavoro avevamo avuto mandato dalla Federazione di analizzare la realtà attuale e le sue criticità, e di supportare i cambiamenti proponibili. Non avevamo il mandato di “creare uguaglianza” sostanziale per le donne medico. Con questo documento proponiamo così un ventaglio di strumenti da realizzare in sinergia con altre forze, per modificare l'organizzazione in sanità e consentire alle donne medico di vivere pienamente la professione, senza penalizzazioni nella biologia o nel sociale. Parlare di donne medico oggi significa parlare della maggioranza nelle giovani generazioni. Per questo molti dei progetti presentati prestano attenzione a tutta l'organizzazione e vogliono favorire svilup-

po e innovazione con concrete richieste. Le politiche di parità uomo-donna, argomento attuale e complesso, da coniugare nel quotidiano, nelle esperienze lavorative, negli ambiti culturali, derivano dal principio di uguaglianza e devono considerare il valore e le manifestazioni della differenza.

### **Da dove partirete per le vostre proposte?**

Per pensare il presente e immaginare il futuro dovevamo avere conoscenze precise: chi sono, come lavorano, cosa producono, come si sentono i medici.

La partecipazione al mondo del lavoro medico di un numero così elevato di donne cambia il mondo del lavoro ma crediamo che le differenze non siano misurabili solo sul genere.

Abbiamo proposto una Indagine conoscitiva sulla professione medica per generi e generazioni. Sarà realizzata dal Centro Studi della Federazione e sarà in grado di fornire indicazioni sui processi di cambiamento e di monitorarli.

### **Quale è secondo voi il principale freno alle donne medico e alle giovani generazioni?**

La precarietà non solo lavorativa per i più giovani e la presenza di un welfare costruito su un sistema famiglia che va mutando. Occorre ripensare la diseguale distribuzione dei carichi di lavoro familiari che impediscono alla donna di esprimersi al meglio nel lavoro, nonostante preparazione e competenza e che la costringono a rinunciare alle opportunità.

Spesso le scelte sono discriminazioni occulte e il sottoutilizzo delle risorse è una perdita netta per la società. L'istituzione ordinistica, nella quale crediamo, e che si appresta a diventare ente sussidiario dello stato, dovrà essere trainante a cambiamenti culturali ed avere nuovi ruoli nel proporre intese e protocolli operativi, con enti locali e regioni, per sostenere le donne medico caratterizzate in Italia da bassa apicalità e bassa fecondità.

Una particolare attenzione, in accordo con i sindacati, dovrà garantire sicurezza e maternità, e tutelare da quelle forme di contratti atipici che si vanno diffondendo anche nelle professioni intellettuali.

### **Obiettivi a tutto campo...**

Certo, e abbiamo proposte anche per la necessaria costruzione previdenziale e la formazione. Pensiamo a corsi per neolaureati e a corsi di formazione all'eccellenza quando l'eccellenza significa fare cose ordinarie straordinariamente bene. Partendo dall'esperienza di sé, proponiamo di creare non solo saperi medici specialistici, ma anche competenze trasversali in un apprendimento continuo, per agire, con alto coinvolgimento, nell'ambiente in continua trasformazione.

### **Avete anche un progetto per aumentare la partecipazione delle donne alla vita degli Ordini?**

C'è una evidente discrepanza tra le poche donne elette negli ordini e le iscritte sempre più numerose. C'è realismo nel nostro chiedere, come un bene per tutta la categoria e la società, che già da questa tornata elettorale venga rispecchiata nell'organo di autogoverno dei medici la reale composizione degli iscritti, che laddove vi sia un presidente di un genere il vice sia dell'altro. Chiediamo che vengano inserite nei regolamenti attuativi dei provvedimenti legislativi in itinere misure atte a raggiungere nella composizione dei Consigli dell'Ordine, una presenza di genere corrispondente alla percentuale degli iscritti/e. Sappiamo quanto possa essere forte la resistenza ai cambiamenti, ma proponiamo l'introduzione della quota massima di genere per essere presenti in quello che riteniamo il cuore della professione. Domandiamo inoltre che il cambiamento avvenga da subito attraverso un codice di autoregolamentazione degli ordini e dei meccanismi premianti messi in atto dalla Federazione, verso quegli ordini equilibrati nella composizione e nelle cariche. Le politiche europee sono tarate sulla parità e in Italia vi sono leg-

gi che favoriscono la partecipazione. Sentiamo la necessità di proporre regole sentite come giuste chiedendo di aderirvi e rispettarle per rilanciare Istituzioni e paese. Sollecitiamo un limite ai mandati ed eventualmente un travaso di alcuni soggetti dei precedenti Consigli Direttivi perché le esperienze – che non sono l'unico elemento delle capacità – non vadano sprecate.

**Lei come presidente dell'Ordine di Gorizia ha nel suo consiglio 7 donne su 15. Cosa ha sperimentato nel suo consiglio e cosa si auspica?**

La mia provincia ha una storia di donne presidenti e consigliere. Non si avvertono differenze di genere. Abbiamo superato gli individualismi riscoprendo una cultura della rappresentanza per un impegno in prima persona, nelle cose e tra le persone. Spero che la personale presa di coscienza radicata nel presente e aperta al futuro sia un fatto acquisito che resti anche con il cambiare delle persone.

*Intervista a cura di Annarita Frullini  
e pubblicata sul portale [www.fnomceo.it](http://www.fnomceo.it)*

# Contributo del Gruppo di lavoro “Osservatorio della professione medica al femminile”

*2 aprile 2011, Firenze*

Dal Congresso *Leadership in sanità: interpretazione al femminile, innovazioni, opportunità*, che ha visto confrontarsi a Firenze sui temi della presenza femminile nelle varie apicalità della sanità italiana, una serie di esperti in sociologia, comunicazione, professione medica, professione accademica, attività di rappresentanza politica e sindacale, è emersa la volontà di concretizzare i lavori finora svolti con la stesura di un *Documento per la riorganizzazione del lavoro in sanità*.

Questa volontà ha radici lontane in seno alla Federazione nazionale degli Ordini: è del 2007, infatti, la realizzazione a Caserta del primo simposio sul tema della femminilizzazione della professione. Da allora si è fatto sempre più forte e specifico il lavoro di riflessione delle donne medico all'interno del tessuto professionale ordinistico, dando vita negli ultimi anni all'Osservatorio della professione medica al femminile. Il Documento per la riorganizzazione del lavoro in sanità sarà realizzato dall'Osservatorio raccogliendo gli spun-

ti offerti durante il convegno di Firenze, e rappresenterà una base programmatica di lavoro e confronto con le Istituzioni, con le rappresentanze, con il mondo accademico e del Ssn.

### **Il Documento svilupperà le seguenti tematiche:**

1. individuazione delle caratteristiche identitarie per genere e fasce di età; sarà un'indagine conoscitiva, la prima realizzata in Italia, sull'ambiente della professione medica;
2. compiti degli attori: Fnomceo, Enti e Istituzioni; l'Osservatorio proporrà specifiche responsabilità e attività da compiere affinché i vari soggetti della sanità italiana sostengano autenticamente la presenza qualificata delle donne in sanità;
3. incentivazione alla partecipazione delle donne medico alla vita ordinistica: verranno indicate le strade percorribili per assicurare una presenza femminile significativa in seno alla rappresentanza ordinistica provinciale e nazionale;
4. 4 individuazione dei riferimenti normativi giuridici: verranno analizzate tutte le norme riguardanti il sistema sanitario, la formazione, il lavoro ed il welfare per predisporre delle ipotesi di miglioramento organizzativo con integrazione delle competenze professionali con gli strumenti di conciliazione;
5. studio dei modelli e strumenti applicabili alle Unità Operative (conciliazione lavoro/famiglia): passo molto delicato, ma indispensabile per la necessaria conciliazione;
6. addestramento/formazione alla leadership: programmazione di un ideale corso di formazione per la leadership nelle organizzazioni sanitarie, così come avviene in altri paesi dell'Europa;
7. collaborazione con altre professioni, sanitarie e non, per

la creazione di ambienti compatibili.

Le tematiche qui presentate saranno approfondite a cura delle componenti dell'Osservatorio, al fine di costituire una piattaforma di dialogo e confronto sulla quale il mondo delle donne-medico intende sollecitare cambiamenti nella professione, condivisione di obiettivi, assunzione di responsabilità, creazione di network di supporto territoriali. Il Documento per la riorganizzazione del lavoro in sanità sarà condiviso con la Federazione degli Ordini dei Medici nel prossimo autunno e darà vita ad una serie di appuntamenti di comunicazione e dibattito sul territorio italiano, che saranno realizzati con la collaborazione degli Ordini Provinciali.

*L'Osservatorio Fnomceo della professione medica  
al femminile è composto da:*

*Antonella Agnello,  
M. Antonella Arras,  
Patrizia Biancucci,  
Antonella Bulfone,  
Annamaria Calcagni,  
Annarita Frullini,  
Albina Latini,  
Teresita Mazzei,  
Rita Nonnis,  
Roberta Chersevani*

# Medicina e sanità declinate al femminile

*Documento conclusivo*

Caserta, 29 settembre 2007

Come documentazione sul dibattito di questi anni, pubblichiamo il testo del documento approvato a Caserta nel 2007 al termine del convegno *Medicina e Sanità declinate al Femminile*.

IL CONVEGNO NAZIONALE DI CASERTA, fortemente voluto dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, ha consentito di analizzare i numeri, le posizioni rivestite, le specialità nelle quali le donne figurano in maniera più consistente e le attività esercitate. Il lavoro di ricerca, che ha permesso di approfondire la situazione attuale delle donne medico in Italia, deve continuare. Questa importante e ricca giornata è il frutto del lavoro svolto dalle donne medico, negli ultimi quindici anni, in ambiti ordinistici, aziendali e sindacali, e rafforza la consapevolezza che non basta più parlare di pari opportunità, ma bisogna promuovere azioni concrete.

Ne deriva la proposta di un Osservatorio nazionale della Fnomceo, che possa monitorare e analizzare le criticità emergenti nella professione medica e odontoiatrica. Il gruppo di lavoro, che ha portato alla realizzazione di questo Convegno, auspica la collaborazione di tutti gli Ordini della Federazio-

ne, del Consiglio nazionale e del Comitato Centrale, per raggiungere almeno i seguenti obiettivi:

- impegnarsi nelle opportune innovazioni da apportare nei servizi sanitari al fine di consentire il pieno sviluppo delle capacità e delle competenze delle donne medico;

- promuovere modifiche legislative e contrattuali che diano il supporto alle donne impegnate all'attività sia di madre che di medico, quali ad esempio rendere flessibili e coerenti le organizzazioni di lavoro strettamente connesse alla maternità (orari di lavoro, sostituzione garantita, part time, accesso periodico alle attività professionali, accesso alla formazione e aggiornamento);

- favorire un procedimento culturale all'interno del mondo medico femminile a "partecipare" e prevedere nel contempo un reale impegno dei Consigli provinciali dell'Ordine nel promuovere al loro interno una presenza femminile progressivamente crescente, fino ad ottenere un equilibrio di rappresentanza;

- garantire ai cittadini un sistema sanitario che non ostacoli l'inserimento delle donne a tutti i livelli dirigenziali e nei diversi ambiti specialistici, individuando in tal modo nella componente femminile un valore aggiunto, il tutto nel mantenimento della sicurezza e della qualità.

Dai dati che emergono è verosimile che l'incremento progressivo di donne nella professione medica possa nel tempo stabilizzarsi, portando ad un equilibrio sinergico di genere nella professione, nel rispetto dei meriti necessari per raggiungere posizioni di vertice.

Il presente documento viene approvato in concomitanza al Convegno *Medicina e Sanità declinate al Femminile*.

## APPENDICE

# I dati numerici sulle donne medico e odontoiatra in Italia

TAB 1 - DONNE MEDICO ISCRITTE AGLI ALBI PROVINCIALI  
PER REGIONI NEGLI ULTIMI 6 ANNI

REGIONE	2005	2006	2007	2008	2009	2010
ABRUZZO	3.125	3.247	3.365	3.496	3.595	3.688
BASILICATA	887	922	976	1.002	1.040	1.076
CALABRIA	4.453	4.596	4.781	4.930	5.035	5.112
CAMPANIA	9.108	9.449	9.805	10.128	10.434	10.772
EMILIA ROMAGNA	9.801	10.069	10.353	10.662	10.973	11.295
FRIULI V. G.	2.295	2.396	2.472	2.536	2.621	2.695
LAZIO	14.635	15.068	15.583	16.061	16.509	16.976
LIGURIA	4.062	4.147	4.221	4.317	4.424	4.542
LOMBARDIA	19.216	19.778	20.299	20.836	21.321	21.832
MARCHE	2.496	2.586	2.690	2.758	2.873	2.973
MOLISE	650	670	688	705	726	760
PIEMONTE	8.225	8.424	8.643	8.866	9.120	9.335
PUGLIA	5.968	6.262	6.564	6.880	7.163	7.428
SARDEGNA	4.982	5.140	5.291	5.469	5.610	5.741
SICILIA	10.257	10.653	10.979	11.315	11.702	12.037
TOSCANA	8.077	8.332	8.564	8.880	9.141	9.426
TRENTINO A. A.	1.471	1.548	1.590	1.646	1.710	1.771
UMBRIA	1.931	2.003	2.069	2.155	2.225	2.290
VALLE D'AOSTA	180	186	190	194	203	210
VENETO	7.312	7.539	7.778	8.011	8.251	8.471
<b>TOTALE</b>	<b>119.131</b>	<b>123.015</b>	<b>126.901</b>	<b>130.847</b>	<b>134.676</b>	<b>138.430</b>

Dati elaborati Ced-Fnomceo 10 marzo 2011

TAB 2 - DONNE ODONTOIATRA ISCRITTE AGLI ALBI PROVINCIALI  
PER REGIONI NEGLI ULTIMI 6 ANNI

REGIONE	2005	2006	2007	2008	2009	2010
ABRUZZO	350	367	375	401	417	424
BASILICATA	68	73	79	86	97	104
CALABRIA	365	386	413	432	452	468
CAMPANIA	634	684	727	767	792	815
EMILIA ROMAGNA	1.047	1.095	1.121	1.144	1.170	1.192
FRIULI V. G.	297	306	306	308	315	320
LAZIO	1.202	1.301	1.384	1.431	1.495	1.536
LIGURIA	493	506	526	539	553	561
LOMBARDIA	1.671	1.863	1.947	2.060	2.121	2.178
MARCHE	291	309	321	333	348	361
MOLISE	70	78	80	83	84	85
PIEMONTE	872	965	995	1.022	1.041	1.067
PUGLIA	563	611	647	672	707	751
SARDEGNA	375	385	394	403	426	451
SICILIA	731	788	840	876	910	942
TOSCANA	904	950	986	1.024	1.060	1.087
TRENTINO A. A.	152	156	154	159	171	175
UMBRIA	183	191	206	216	222	227
VALLE D'AOSTA	10	11	13	14	15	15
VENETO	779	806	851	868	896	920
<b>TOTALE</b>	<b>11.507</b>	<b>11.831</b>	<b>12.365</b>	<b>12.838</b>	<b>13.292</b>	<b>13.679</b>

Dati elaborati Ced-Fnomceo 10 marzo 2011

**TAB 3 - DONNE MEDICO SPECIALIZZATE  
NEGLI ULTIMI DUE QUINQUENNI**

DONNE SPECIALIZZATE 2000	73.871
DONNE SPECIALIZZATE 2005	82.890
DONNE SPECIALIZZATE 2010	82.875

**% DONNE RAPPORTATE A QUINQUENNI**

ANNO	NUMERO ISCRITTI CORRENTE	DI CUI DONNE	% DONNE
1990	278.005	68.097	24,49
1995	321.688	88.296	27,45
2000	343.813	103.976	30,24
2005	372.297	125.622	33,74
2010	398.780	147.231	36,92
ANNO	NUMERO MEDICI CORRENTE	DI CUI DONNE	% DONNE
1990	271.124	66.651	24,58
1995	310.951	85.593	27,53
2000	329.067	99.772	30,32
2005	351.276	119.131	33,91
2010	372.325	138.430	37,18
ANNO	NUMERO ODONTOIATRI CORRENTE	DI CUI DONNE	% DONNE
1990	19.118	3.058	16,00
1995	34.098	6.537	19,17
2000	39.066	8.144	20,85
2005	50.275	11.057	21,99
2010	57.071	13.679	23,97

Dati elaborati Ced-Fnomceo 11 marzo 2011

TAB 4 - LE DONNE NELLA SPECIALIZZAZIONI

BRANCA CEE	2000	2005	2010
ALLERGOLOGIA ED IMMUNOLOGIA CLINICA	770	881	883
ANATOMIA PATOLOGICA	617	701	700
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	3.754	4.644	4.717
BIOCHIMICA CLINICA	272	280	281
CARDIOCHIRURGIA	41	69	72
CARDIOLOGIA	2.752	3.160	3.193
CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGESTIVO	296	314	313
CHIRURGIA GENERALE	1.665	1.880	1.876
CHIRURGIA MAXILLO - FACCIALE	47	73	73
CHIRURGIA PEDIATRICA	201	233	235
CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	264	313	317
CHIRURGIA TORACICA	102	130	130
CHIRURGIA VASCOLARE	253	296	297
DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA	1.873	2.157	2.184
EMATOLOGIA	1.671	1.791	1.785
ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL RICAMBIO	2.613	2.830	2.822
FARMACOLOGIA	262	273	272
GASTROENTEROLOGIA	1.539	1.685	1.687
GENETICA MEDICA	148	179	184
GERIATRIA	1.603	1.928	1.947
GINECOLOGIA E OSTETRICIA	5.292	5.843	5.824
IGIENE E MEDICINA SOCIALE	4.287	4.473	4.384
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	1.628	1.747	1.733
MALATTIE INFETTIVE	1.047	1.164	1.167
MEDICINA DEL LAVORO	1.744	2.097	2.105
MEDICINA DELLO SPORT	607	662	663
MEDICINA DI COMUNITA'	6	7	9
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	1.551	1.837	1.852
MEDICINA INTERNA	2.850	3.301	3.303
MEDICINA LEGALE	1.035	1.192	1.205
MEDICINA NUCLEARE	312	356	365
MEDICINA TROPICALE	88	100	100
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	338	350	349
NEFROLOGIA	1.111	1.283	1.288
NEUROCHIRURGIA	78	111	113
NEUROLOGIA	2.598	2.880	2.866
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	1.851	2.127	2.118
ODONTOSTOMATOLOGIA	1.210	1.271	1.263
ODONTOSTOMATOLOGIA	1.284	1.348	1.327
OFTALMOLOGIA	1.912	2.180	2.182
ONCOLOGIA	1.377	1.597	1.608
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	516	604	604
OTORINOLARINGOIATRIA	1.146	1.346	1.372
PATOLOGIA CLINICA	1.111	1.160	1.146
PEDIATRIA	10.473	10.924	10.705
PSICHIATRIA	3.666	4.263	4.319
RADIODIAGNOSTICA	1.826	2.295	2.352
RADIOTERAPIA	158	270	288
REUMATOLOGIA	700	821	831
SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE	826	899	896
TOSSICOLOGIA MEDICA	271	285	284
UROLOGIA	229	280	286
<b>TOTALE</b>	<b>73.871</b>	<b>82.890</b>	<b>82.875</b>

TAB 5 - PROFESSIONISTE DONNE ISCRITTE A LIVELLO NAZIONALE SUDDIVISE PER FASCE D'ETÀ ED ALBI

FASCIA	MEDICO	%	ODONTOIATRA	%	DOPPISCRITTI	%	TOTALE
MINORE di 24	0		0		0		0
TRA i 24 e i 29	5.490	4,10%	1.004	0,11	0		6.494
TRA i 29 e i 34	16.810	12,54%	2.001	0,22	3	0,001	18.814
TRA i 34 e i 39	18.117	13,52%	1.887	0,21	20	0,004	20.024
TRA i 39 e i 44	13.220	9,87%	1.507	0,17	69	0,014	14.796
TRA i 44 e i 49	16.836	12,56%	1.420	0,16	588	0,12	18.844
TRA i 49 e i 54	21.195	15,82%	636	0,07	1.552	0,32	23.383
TRA i 54 e i 59	24.201	18,06%	295	0,03	1.870	0,38	26.366
TRA i 59 e i 64	11.101	8,28%	125	0,01	570	0,12	11.796
TRA i 64 e i 69	3.100	2,31%	36	0,004	108	0,022	3.244
TRA i 69 e i 74	1.674	1,25%	24	0,003	53	0,011	1.751
MAGGIORE di 75	2.261	1,69%	12	0,001	41	0,008	2.314
<b>TOTALE</b>	<b>134.005</b>		<b>8.947</b>		<b>4.874</b>		<b>147.826</b>

Dato elaborato CED-Fnomceo il 14 marzo 2011

TAB 6 - 2011: PRESENZA FEMMINILE NEGLI ORDINI DEI MEDICI

Tutte le province – graduatoria % donne iscritte dal 1° al 105° posto

Grado Provinciale	Regione	iscritti uomini	iscritte donne	totale	% donne
NUORO	SARDEGNA	884	729	1393	52,3%
CAGLIARI	SARDEGNA	3602	3244	6846	47,4%
SASSARI	SARDEGNA	2051	1838	3889	47,3%
ORISTANO	SARDEGNA	453	355	810	43,6%
BOLOGNA	EMILIA ROMAGNA	5436	4143	9579	43,3%
MODENA	EMILIA ROMAGNA	2480	1888	4368	43,2%
SIENA	TOSCANA	1565	1171	2736	42,8%
PAVIA	LOMBARDIA	2787	2055	4842	42,4%
MONZA BRIANZA	LOMBARDIA	2115	1548	3663	42,3%
TRIESTE	FRIULI VEN. GIULIA	1254	811	2165	42,1%
VARESE	LOMBARDIA	2887	2073	4960	42,0%
PISA	TOSCANA	3308	1667	3975	41,8%
FERRARA	EMILIA ROMAGNA	1997	1208	2903	41,6%
MILANO	LOMBARDIA	13038	5893	23829	41,5%
TORINO	PIEMONTE	8788	6167	14955	41,3%
PESCARA	ABRUZZO	1848	1145	2753	41,0%
L'AQUILA	ABRUZZO	1540	1068	2906	41,0%
PISTOIA	TOSCANA	902	519	1521	40,7%
NOVARA	PIEMONTE	1318	895	2213	40,4%
BRESCIA	LOMBARDIA	3886	2638	6523	40,4%
CHIETI	ABRUZZO	1790	1211	3001	40,4%
REGGIO EMILIA	EMILIA ROMAGNA	1388	853	2189	40,3%
PADOVA	VENETO	4300	2903	7203	40,3%
AREZZO	TOSCANA	1139	785	1904	40,2%
FIRENZE	TOSCANA	5000	3294	8294	39,7%
RIETI	LAZIO	551	359	910	39,5%
GENOVA	LIGURIA	5353	3479	8832	39,4%
PARMA	EMILIA ROMAGNA	2100	1268	3368	38,3%
CATANZARO	CALABRIA	2038	1313	3351	39,2%
LECCO	LOMBARDIA	958	612	1570	38,0%
FORLI'-CESENA	EMILIA ROMAGNA	1345	853	2198	38,8%
PERUGIA	UMBRIA	3098	1950	5048	38,8%
ROMA	LAZIO	28418	15366	39782	38,6%
SONDRIO	LOMBARDIA	552	347	899	38,6%
PRATO	TOSCANA	878	424	1160	38,5%
COMO	LOMBARDIA	1788	1114	2902	38,4%
CAMPOBASSO	MOLISE	970	601	1571	38,3%
UDINE	FRIULI VENEZIA GIULIA	2036	1252	3288	38,1%
LODI	LOMBARDIA	505	310	815	38,0%
MATERA	BASILICATA	742	453	1195	37,8%
RAVENNA	EMILIA ROMAGNA	1303	795	2098	37,8%
FROSINONE	LAZIO	1837	978	2813	34,4%
ANCONA	MARCHE	2118	1280	3376	37,3%
ALESSANDRIA	PIEMONTE	1394	829	2223	37,3%
BOLZANO	TRENTINO ALTO ADIGE	1727	1028	2753	37,3%
ASCOLI PICENO	MARCHE	857	508	1366	37,2%
VERBANIA	PIEMONTE	551	324	876	37,0%
ROVIGO	VENETO	877	398	1075	37,0%
MESSINA	SICILIA	3903	2280	6183	36,8%
FERMO	MARCHE	538	314	852	36,9%
VERCELLI	PIEMONTE	541	315	856	36,8%
BERGAMO	LOMBARDIA	2972	1729	4701	36,8%
GORIZIA	FRIULI VENEZIA GIULIA	518	301	810	36,8%
PALERMO	SICILIA	6023	3488	9521	36,7%
BIELLA	PIEMONTE	587	340	927	36,7%
CATANIA	SICILIA	5841	3374	9215	36,6%
TERAMO	ABRUZZO	1122	644	1766	36,5%
PIACENZA	EMILIA ROMAGNA	954	547	1501	36,4%
POTENZA	BASILICATA	1314	751	2065	36,4%
SAVONA	LIGURIA	1160	656	1816	36,1%

Ordine Provinciale	Regione	Iserti uomini	Iserti donne	Totale	% donne
GRROSSETO	TOSCANA	874	494	1368	36,1%
LATINA	LAZIO	1780	1002	2782	36,0%
VICENZA	VENETO	2264	1273	3537	36,0%
ENNA	SICILIA	720	399	1119	35,7%
BARI	PUGLIA	5768	3196	8964	35,6%
LA SPEZIA	LIGURIA	878	466	1344	35,6%
COSENZA	CALABRIA	3240	1789	5029	35,6%
CREMONA	LOMBARDIA	1107	611	1718	35,6%
CROTONE	CALABRIA	702	387	1089	35,6%
TERNI	UMBRIA	1001	551	1552	35,5%
TRENTO	TRENTINO A. ADIGE	1870	821	2599	35,4%
AOSTA	VALLE D'AOSTA	821	330	1151	35,3%
LUCCA	TOSCANA	1838	891	2627	36,3%
ASTI	PIEMONTE	804	325	1129	35,0%
CUNEO	PIEMONTE	1742	928	2670	34,6%
AGRIGENTO	SICILIA	1879	997	2876	34,7%
VITERBO	LAZIO	1009	531	1540	34,5%
MANTOVA	LOMBARDIA	1128	596	1724	34,3%
BELLUNO	VENETO	686	367	1053	34,2%
IMBBI	EMILIA ROMAGNA	1239	641	1880	34,1%
MACERATA	MARCHE	1128	583	1711	34,1%
VIGEVANO	CALABRIA	790	408	1198	34,1%
REGGIO DI CALABRIA	CALABRIA	3288	1683	4971	34,0%
TREVISO	VENETO	2288	1182	3470	34,0%
MASSA CARRARA	TOSCANA	876	448	1324	33,8%
LECCE	PUGLIA	3285	1842	4927	33,5%
AVELLINO	CAMPANIA	1740	863	2603	33,2%
VERONA	VENETO	3764	1866	5630	33,1%
ISERNA	MOLISE	467	231	698	33,1%
PESARO-URBINO	MARCHE	1307	642	1949	32,5%
CALTANISSETTA	SICILIA	1128	546	1674	32,6%
PORDENONE	FRIULI VEN. GIULIA	1012	488	1500	32,5%
LIVORNO	TOSCANA	1347	643	1990	32,3%
FOGGIA	PUGLIA	2776	1317	4093	32,2%
BRINDISI	PUGLIA	1346	636	1982	32,1%
BENEVENTO	CAMPANIA	1294	574	1868	31,4%
RAGUSA	SICILIA	1255	574	1829	31,4%
VENEZIA	VENETO	2801	1266	4066	31,1%
IMPERIA	LIGURIA	801	380	1181	31,0%
CASERTA	CAMPANIA	3788	1688	5476	30,6%
TRAPANI	SICILIA	1638	724	2362	30,8%
TARANTO	PUGLIA	2110	892	3002	29,7%
SALEARNO	CAMPANIA	4860	2056	7016	29,3%
BARILETTA-ANDRIA-TRANI	PUGLIA	1268	519	1777	29,2%
NAPOLI	CAMPANIA	15942	6407	22349	28,7%
SIRACUSA	SICILIA	1757	899	2656	28,5%
	<b>Totale Italia</b>	<b>252184</b>	<b>150492</b>	<b>402676</b>	<b>37,4%</b>

Dati Fnomceo settembre 2011

Elaborazione M. Antonella Arras

TAB 7 - 2011: PRESENZA FEMMINILE NEGLI ORGANISMI DIRETTIVI DEGLI ORDINI DEI MEDICI

Tutte le province – graduatoria rappresentatività (%) dal 1° al 105° posto

posto in graduatoria % donne/	provincia	regione	presidente	vicepresid	segretario	tesoriere
1	gorizia	friuli	d	u	u	d
2	laermia	molise	u	u	u	d
3	ancona	marche	u	d	d	u
4	sassari	sardegna	u	d	u	u
5	bolzano	trentino	u	u	d	u
6	mantova	lombardia	u	u	u	u
7	nuoro	sardegna	u	u	u	u
8	ravenna	emilia	u	u	u	d
9	cagliari	sardegna	u	u	d	u
10	pescara	abruzzo	u	u	u	u
11	lecco	lombardia	u	u	d	d
12	oristano	sardegna	u	u	u	u
13	pistoia	toscana	u	u	d	u
14	imperla	liguria	u	u	d	u
15	alessandria	piemonte	u	u	u	u
16	breacia	lombardia	u	d	u	u
17	caserta	campania	u	u	u	u
18	chieti	abruzzo	u	u	d	u
19	firenze	toscana	u	u	u	d
20	latina	lazio	u	u	u	d
21	novara	piemonte	u	u	d	u
22	padova	veneto	u	d	u	u
23	potenza	basilicata	u	u	u	u
24	reggio emilia	emilia	u	d	u	u
25	savona	liguria	u	u	u	u
26	trapani	sicilia	u	u	u	u
27	benevento	campania	u	u	d	u
28	como	lombardia	u	u	u	u
29	udine	friuli	u	d	u	u
30	vicenza	veneto	u	u	u	d

	consiglieri (comp odontoiatri)	di cui donne	donne revisori (comp. supplente) - su tot. 4	donne/totale 2009	%	donne/lo tale preced.	% preced ente	differenza 2009/prec edente
	7	5	0	7_15	46,7	5/14	35,7	11,0
	9	3	3	7_17	41,2	6_15	37,5	3,7
	12	3	3	8_20	40,0	4/21	19,0	21,0
	13	5	2	8/21	38,1	8/21	38,1	0,0
	13	3	3	7_21	33,3	5/21	24,0	9,3
	13	4	3	7_21	33,3	6_21	28,6	4,8
	7	2	3	5_15	33,3	7/15	46,7	-13,3
	13	3	3	7_21	33,3	5/21	23,8	9,5
	13	4	1	6_21	28,6	4/21	19,0	9,6
	13	5	1	6_21	28,6	8/21	38,1	-9,5
	7	0	2	4/15	26,7	4/15	26,7	0,0
	7	1	3	4_15	26,7	2/15	13,3	13,4
	7	3	0	4_15	26,7	3_15	20,0	6,7
	8	2	1	4_16	25,0	4_16	25,0	0,0
	13	2	3	5/21	23,8	2/21	9,5	14,3
	13	1	3	5_21	23,8	3_21	14,3	9,5
	13	3	2	5/21	23,8	2/21	9,5	14,3
	13	2	2	5_21	23,8	6_21	28,6	-4,8
	13	1	3	5/21	23,8	5/21	23,8	0,0
	13	3	1	5/21	23,8	5/21	23,8	0,0
	13	2	2	5_21	23,8	2/21	9,5	14,3
	13	4	0	5_21	23,8	5_20	25,0	-1,2
	13	3	2	5_21	23,8	2/21	9,5	14,3
	13	1	3	5/21	23,8	5/21	23,8	0,0
	13	4	1	5_21	23,8	1/22	4,5	19,3
	13	3	2	5_21	23,8	4/21	19,0	4,8
	14	2	2	5/22	22,7	3/22	13,6	9,1
	14	3	2	5/22	22,7	3/22	13,6	9,1
	14	3	1	5_22	22,7	4/21	19,0	3,7
	14	3	1	5_22	22,7	3/22	13,6	9,1

Segue

TAB 7 - 2011: PRESENZA FEMMINILE NEGLI ORGANISMI DIRETTIVI DEGLI ORDINI DEI MEDICI

posto in graduatoria % donne/	provincia	regione	presidente	vicepresid	segretario	tesoriere
31	pisa	toscana	u	u	d	u
32	fermo	marche	d	u	u	u
33	rovigo	veneto	u	u	u	u
34	fermi	umbria	u	u	u	u
35	bergamo	lombardia	u	u	u	u
36	catanzaro	calabria	u	u	u	u
37	frosinone	lazio	u	u	u	u
38	genova	liguria	u	u	d	d
39	siracuse	sicilia	u	u	d	u
40	taranto	puglia	u	u	u	d
41	trento	trentino	u	d	u	d
42	campobasso	molise	u	u	u	u
43	grosseto	toscana	u	u	u	u
44	vibo valentia	calabria	u	u	u	u
45	verona	veneto	u	u	u	u
46	milano	lombardia	u	u	u	u
47	roma	lazio	u	u	u	u
48	bologna	emilia	u	u	d	u
49	varese	lombardia	u	u	u	d
50	cosenza	calabria	u	u	d	u
51	ferrara	emilia	u	u	u	d
52	foggia	puglia	u	u	u	u
53	forli-cesena	emilia	u	u	u	u
54	l'aquila	abruzzo	u	u	u	u
55	macerata	marche	u	u	u	u
56	ragusa	sicilia	u	u	u	u
57	rimini	emilia	u	u	u	u
58	teramo	abruzzo	u	u	d	u
59	trieste	triuli	u	u	u	u
60	parma	emilia	u	u	u	u

	consiglieri (comp odontoiatri)	di cui donne	donne revisori (comp. supplente) - su tot. 4	donne/totale 2009	%	donne/lo tale preced.	% preced ente	differenza 2009/prec edente
	14	2	2	22% 1 rev. cor	20,8	5/21	23,8	-3,0
	7	2	0	3_15	20,0			
	7	1	2	3_15	20,0	2/15	13,3	6,7
	7	1	2	3_15	20,0	3_15	20,0	0,0
	13	2	2	4/21	19,0	2/21	9,5	9,5
	13	3	1	4/21	19,0	2/21	9,5	9,5
	13	3	1	4_21	19,0	3_21	14,3	4,7
	13	2	0	4/21	19,0	5/21	23,8	-4,8
	13	3	0	4_21	19,0	2/21	9,5	9,5
	13	2	1	4_21	19,0	2/21	9,5	9,5
	13	2	0	4_21	19,0	3_21	14,3	4,7
	8	1	2	3/16	18,8	1/15	6,7	12,1
	8	1	2	3_16	18,8	3_15	20,0	-1,3
	8	1	2	3_16	18,8	2_18	11,0	7,8
	14	4	0	4_22	18,2	3_21	20,0	-1,3
	16	2	2	4_24	16,7	5/22	11,0	7,8
	17	3	1	4_25	16,0	1/23	14,0	4,2
	12	1	1	3_20	15,0	6_21	22,7	-6,1
	12	2	0	3_20	15,0	3_21	4,3	11,7
	13	0	2	3_21	14,3	3_21	28,0	-13,0
	13	2	0	3_21	14,3	3_21	14,0	1,0
	13	2	1	3_21	14,3	2/21	14,3	0,0
	13	2	1	3_21	14,3	5/21	14,3	0,0
	13	2	1	3_21	14,3	3_23	9,5	4,8
	13	3	0	3_21	14,3	1/21	23,8	-9,5
	13	2	1	3_21	14,3	1/21	13,0	1,2
	13	1	2	3_21	14,3	3_21	4,8	9,5
	13	2	0	3_21	14,3	3_21	4,8	9,5
	13	1	2	3_21	14,3	1/22	14,3	0,0
	14	2	1	3_22	13,6	5/22	14,3	0,0

Segue

TAB 7 - 2011: PRESENZA FEMMINILE NEGLI ORGANISMI DIRETTIVI DEGLI ORDINI DEI MEDICI

posto in graduatoria % donne/	provincia	regione	presidente	vicepresid	segretario	tesoriere	
61	torino	piemonte	u	u	d	u	
62	perugia	umbria	u	u	u	u	
63	asti	piemonte	u	u	u	u	
64	biella	piemonte	u	u	u	d	
65	la spezia	liguria	u	u	d	u	
66	massa carrara	toscana	u	u	u	u	
67	placenza	emilia	u	u	d	u	
68	prato	toscana	u	u	u	u	
69	sondrio	lombardia	u	u	u	u	
70	verbanò c o	piemonte	u	u	u	u	
71	vercelli	piemonte	u	u	u	u	
72	livorno	toscana	u	u	u	u	
73	belluno	veneto	u	u	d	u	
74	crotona	calabria	u	u	u	u	
75	lodi	lombardia	u	u	u	u	
76	matera	basilicata	u	u	u	u	
77	rieti	lazio	u	u	u	u	
78	monza e brianza	lombardia	u	u	u	u	
79	palermo	sicilia	u	u	u	d	
80	cremona	lombardia	u	u	u	u	
81	cuneo	piemonte	u	u	d	u	
82	lucca	toscana	u	u	u	u	
83	modena	emilia	u	u	u	u	
84	pesaro urbino	marche	u	u	u	u	
85	reggio calabria	calabria	u	u	u	u	
86	treviso	veneto	u	u	u	u	
87	venezia	veneto	u	u	d	u	

consiglieri (comp odontoiatri)	di cui donne	donne revisori (comp. supplente) - su tot. 4	donne/totale 2009	%	donne/to tale preced.	% preced ente	differenza 2009/prec edente
14	2	0	3/22	13,6	3/22	13,6	0,0
14	2	1	3/22	13,6	3/21	14,3	-0,7
7	1	1	2/15	13,3	3/15	20,0	-6,7
7	0	1	2/15	13,3	3/15	20,0	-6,7
7	0	1	2/15	13,3	3/13	23,1	-9,7
7	1	1	2/15	13,3	2/15	13,3	0,0
7	1	0	2/15	13,3	2/15	13,3	0,0
7	0	2	2/15	13,3	2/15	13,3	0,0
7	1	1	2/15	13,3	2/15	13,3	0,0
7	2	0	2/15	13,3	2/15	13,3	0,0
7	2	0	2/15	13,3	2/15	13,3	0,0
15	2	1	3/23	13,0	1/23	4,3	8,7
8	1	0	2/16	12,5	2/15	13,3	-0,8
8	1	1	2/16	12,5	3/16	18,8	-6,3
8	1	1	2/16	12,5	1/15	6,7	5,8
8	2	0	2/16	12,5	1/15	6,7	5,8
8	1	1	2/16	12,5	2/16	12,5	0,0
13	2	0	2/21	10,5			
13	1	0	2/21	10,5	2/21	9,5	1,0
13	0	2	2/21	9,5	4/22	18,2	-8,7
13	0	1	2/21	9,5	1/21	4,8	4,7
13	0	2	2/21	9,5	2/21	9,5	0,0
13	2	0	2/21	9,5	3/21	14,3	-4,8
13	1	1	2/21	9,5	2/21	9,5	0,0
13	2	0	2/21	9,5	2/21	9,5	0,0
13	1	1	2/21	9,5	4/22	18,0	-8,5
13	1	0	2/21	9,5	2/21	9,5	0,0

Segue

TAB 7 - 2011: PRESENZA FEMMINILE NEGLI ORGANISMI DIRETTIVI DEGLI ORDINI DEI MEDICI

posto in graduatoria % donne/	provincia	regione	presidente	vicepresid	segretario	tesoriere
88	agrigento	sicilia	u	u	u	u
89	arezzo	toscana	u	u	u	u
90	avellino	campania	u	u	u	u
91	brindisi	puglia	u	u	d	u
92	catania	sicilia	u	u	d	u
93	caltanissetta	sicilia	u	u	u	u
94	salerno	campania	u	u	u	u
95	ascoli piceno	marche	u	u	u	u
96	aosta	v.aosta	u	u	u	u
97	viterbo	lazio	u	u	u	u
98	bari	puglia	u	u	d	u
99	lecce	puglia	u	u	u	u
100	messina	sicilia	u	u	u	u
101	siena	toscana	u	u	u	u
102	napoli	campania	u	u	u	u
103	pavia	lombardia	u	u	u	u
104	enna	sicilia	u	u	u	u
105	pordenone	friuli	u	u	u	u

<b>TOTALE 2009</b>	<b>105 ORDINI PROVINCIALI</b>	<b>2 DONNE</b>	<b>7 DONNE</b>	<b>24 DONNE</b>	<b>14 DONNE</b>
<b>47 SU 420 = 11,2%</b>					
<i>TOTALE PRECEDENTE (2006)</i>	<i>103 ORDINI PROVINCIALI</i>	<i>1 DONNA</i>	<i>5 DONNE</i>	<i>17 DONNE</i>	<i>14 DONNE</i>
<b>37 SU 412 = 8,9%</b>					

consiglieri (comp odontoiatri)	di cui donne	donne revisori (comp. supplente) - su tot. 4	donne/totale 2009	%	donne/to tale preced.	% preced ente	differenza 2009/prec edente
13	2	0	2/21	9,5	2/21	9,5	0,0
12	1	1	2/21	9,5	2/21	9,5	0,0
13	0	2	2_21	9,5	3_21	14,3	-4,8
13	1	0	2/21	9,5	2_20	10,0	-0,5
13	1	0	2/21	9,5	2/21	9,5	0,0
14	1	1	2_22	9,1	1/16	6,3	2,8
14	0	2	2_22	9,1	1/21	4,8	4,3
7	1	0	1/15	6,7	2/21	9,5	-2,8
8	1	0	1/16	6,3	0/16	0,0	6,3
8	0	1	1/16	6,3	1/16	6,3	0,0
12	0	0	1_20	5,0	2/21	9,5	-4,5
13	0	1	1/21	4,8	1/22	4,5	0,2
13	1	0	1/21	4,8	1/21	4,8	0,0
13	1	0	1/21	4,8	1/21	4,8	0,0
14	1	0	1_22	4,5	2_22	9,0	-4,5
15	1	0	1_23	4,3	2/21	9,5	-5,2
8	0	0	0_16	0,0	0/15	0,0	0,0
8	0	0	0_16	0,0	0/15	0,0	0,0

<b>1206 ONSIGLIERI</b>	<b>DI CUI 182 DONNE</b>	<b>117 DONNE SU 420</b>	<b>346 DONNE SU 2046</b>	<b>16,9%</b>
<b>15,1%</b>		<b>27,9%</b>	<b>16,9%</b>	<b>+ 2,2 %</b>
<i>1176 ONSIGLIERI</i>	<i>DI CUI 147 DONNE</i>	<i>110 DONNE SU 412</i>	<i>254 DONNE SU 2000</i>	<i>14,7%</i>
<b>12,5%</b>		<b>26,7%</b>	<b>14,7%</b>	

# Le attività internazionali della Fnomceo

LA CARTA EUROPEA DI ETICA MEDICA  
GLI ACCORDI AUSTRIA-GERMANIA-ITALIA  
E CROAZIA-SLOVENIA-ITALIA

## A Kos, per ricordare il passato e prepararsi al futuro

*Walter Gatti\**

**TUTTO A KOS RICORDA** il suo figlio più celebre, Ippocrate, padre della medicina scientifica, iniziatore di quell'atteggiamento etico che i medici di tutto il mondo gli riconoscono. Che il Consiglio degli Ordini europei dei Medici, la Ceom, abbia scelto proprio Kos per approvare la propria Carta dei principi etici, non è cosa di poco conto. C'è il simbolismo, c'è l'aurea del leggendario padre ispiratore, c'è una disponibilità particolare da parte di tutti i delegati in queste giornate. Giornate che hanno una piccola radice, italiana, se è vero che la proposta che le delegazioni dei medici europei potessero ritrovarsi in questa isola dell'Egeo, è venuta proprio da Amedeo Bianco, presidente della Fnomceo, al termine del simposio di Sanremo 2010.

### **IL VOTO UNANIME ALLA "CARTA EUROPEA"**

Quattordici delegazioni in rappresentanza di altrettanti paesi, a cui si sono aggiunti in qualità di ospiti osservatori, le

delegazioni di tre rappresentanze mediche internazionali: questi i numeri della folta componente professionale che si è ritrovata per dialogare sull'etica medica. I lavori sono stati scanditi da una serie di relazioni programmate – tra cui quella di Francis Montané sull'osservatorio demografico in medicina, quella di Francesco Alberti, per la creazione di un gruppo di lavoro sulle raccomandazioni in deontologia, e quello di Gordana Kalan Zivcec, che ha presentato il sito web della Ceom - ma il cuore del workshop è sicuramente stato la riflessione sulla Carta europea dei principi di Etica medica, presentata dal francese Pierre Hecquard, giunta a questa presentazione di Kos seguendo un percorso che ha avuto tappe di dialogo e confronto congiunto a Sanremo, Lisbona, Parigi. Nella distinzione, condivisa tra tutte le varie delegazioni, tra “etica” e “deontologia medica” e nel riferimento a documenti già acquisiti dalla comunità scientifica internazionale (tra cui la Dichiarazione di Ginevra sull'esercizio della Professione medica e la Convenzione di Oviedo, del 1997), la Carta Europea dei principi di Etica Medica presentata a Kos si compone di sedici principi (i testi ufficiali sono stati redatti in inglese e francese, ma in allegato pubblichiamo anche la versione in italiano) che sottolinea nuovamente quanto il medico sia chiamato ad agire in scienza e coscienza per il bene del paziente senza discriminazione alcuna (art. 1 e 2), sempre nel rispetto della libertà di scelta e dell'autonomia morale e decisionale del paziente stesso (art. 9 e 13). L'exkursus dei sedici principi, dopo aver ribadito la centralità del consenso informato e dell'esercizio della professione che deve avvenire in assoluta “coscienza, dignità e indipendenza” (art. 16), ha raccolto l'assoluta unanimità nel voto delle delegazioni presenti a Kos, che comprendono tutti i più importanti e ampi Ordini dei medici europei (tra i quali Germania, Francia, Gran Bretagna, Spagna, Portogallo, Grecia, Belgio, Svizzera, Romania). I principi raccolgo-

no il corpus attuale dell'etica condivisa, non entrando nel merito della "deontologia", terreno su cui la Ceom ha preso l'impegno di entrare nell'immediato futuro.

#### IL NUOVO BOARD

Al termine dei lavori, la Ceom ha eletto il nuovo board, che vede la presidenza del belga Roland Kerzmann, la vicepresidenza vicaria di Nicola D'Autilia - presidente dell'Ordine di Modena - e la vicepresidenza della slovena Gordana Kalan Zivcec. "L'elezione di D'Autilia è per noi un evento di grande importanza", ha commentato a caldo Amedeo Bianco, "perché riconosce il grande lavoro svolto dalla delegazione italiana in tutti questi anni, un impegno che proprio sui temi dell'etica e della deontologia ci ha portato ad un ruolo centrale, riconosciuto dagli altri partner europei. Siamo certi del ruolo strategico della Ceom a livello di rappresentanza e istituzioni europee, così che ci siamo permessi di invitare tutti i partner Ceom a Torino, quando, nel prossimo autunno, terremo la grande manifestazione professionale e istituzionale per celebrare i 150anni dell'Unità del nostro paese: saremo orgogliosi di farlo avendo come ospiti i rappresentanti degli Ordini di tutti i Paesi europei".

#### ASKLEPION ED ETICA EUROPEA

Le giornate dei principi di etica medica, si sono concluse in un luogo di grande fascino storico: arroccato sulla collina che abbraccia la cittadina di Kos, l'Asclepion è oggi uno dei tanti luoghi archeologici della memoria della civiltà greca. Come Delphi, come Epidauro, come l'Acropoli, anche questo è uno dei siti di forte carica visivo-emotiva che offre la Grecia ai suoi visitatori. Proprio tra i resti dell'Asklepion si è tenuto nella serata di sabato 11 giugno, l'atto finale di questa due giorni degli Ordini dei medici europei, che hanno scelto l'altare di Ippocrate per alternarsi nella lettura dei se-

dici articoli dei principi di etica medica appena votati ed assunti come Carta di riferimento. Ognuno nella propria lingua, a cominciare dal padrone di casa, il greco Emanuel Kallokerinos, tutti i rappresentanti hanno dato voce ad uno degli articoli, prendendosi simbolicamente l'impegno – proprio nei luoghi di Ippocrate – di interpretare e diffondere nei propri Paesi di origine la Carta appena condivisa. Una Carta che è poi stata consegnata alla Fondazione Ippocrate, luogo conclusivo della due giorni, centro per la diffusione degli studi sul padre della medicina.

*\* L'articolo è stato pubblicato sul portale [www.fnomceo.it](http://www.fnomceo.it)*

## EUROPEAN CHARTER OF MEDICAL ETHICS

### PREAMBLE

The expansion and developments of the European Community provides the opportunity for physicians to extend their influence, not only on a joint ethical basis but also relative to the principles of behaviour to be respected in the practice of their profession. The European Charter of Medical Ethics includes the principles on which physicians' behaviour in the practice of their profession is based, no matter what type of practice they have. The Charter shall inspire deontological principles taken by the Doctors Chambers and by the Regulatory Authorities habilitated to adopt such rules. The Charter finds its legitimacy in the work carried out since many years by the European Council of Medical Orders. The European medical community agrees to respect the European Charter of Medical Ethics

### ETHICAL PRINCIPLES

#### PRINCIPLE 1

The physician defends human physical and mental health. He relieves suffering while respec-

ting the life and dignity of the person concerned with no discrimination, of any kind, in peace and in war.

#### PRINCIPLE 2

The physician agrees to give priority to the interest of the patient's health.

#### PRINCIPLE 3

The physician gives the patient the most essential and appropriate care, without any discrimination.

#### PRINCIPLE 4

The physician will take the environment in which the patient lives and works as decisive elements relative to his/her health.

#### Principle 5

The physician is the patient's essential confidant. He betrays this confidence on revealing what he has learned from the patient.

#### Principle 6

The physician uses his professional knowledge to improve or maintain the health of those confiding in him, at their request; he may not act to their detriment under any circumstances.

PRINCIPLE 7

The physician calls on all the resources of medical science to apply them appropriately to his patient.

PRINCIPLE 8

While respecting personal autonomy, the physician will act in accordance with the principle of treatment efficacy, taking into consideration the equitable use of resources.

PRINCIPLE 9

Medical practice involves respect of the patient's life, moral autonomy and freedom of choice.

PRINCIPLE 10

Health protection goes with constant striving to maintain the person's integrity.

PRINCIPLE 11

The physician must never accept acts of torture or any other form of cruel, inhuman or degrading treatment, no matter what the arguments may be, under any circumstances, including those of civil or military conflict. He must never be present and must never take part.

PRINCIPLE 12

The physician acting as a simple

practitioner towards a patient, or as an expert or member of an institution, must ensure the greatest transparency in what might appear to be a conflict of interest and act in full moral and technical independence.

PRINCIPLE 13

If the moral and technical conditions are such as to prevent the physician from acting in full independence, he must inform the patient of this. The patient's right to treatment must be guaranteed.

PRINCIPLE 14

When a physician decides to take part in a joint organised refusal to provide care, he is not released from his ethical obligations towards the patients to whom he guarantees emergency treatment and care needed for patients in treatment.

PRINCIPLE 15

The physician is not required to satisfy requests for treatment which he does not approve.

PRINCIPLE 16

The physician exercises his profession with conscience, dignity and in independence

## CHARTRE EUROPÉENNE D'ÉTHIQUE MÉDICALE

### PRÉAMBULE

Les évolutions enregistrées dans la Communauté européenne font apparaître l'opportunité pour les médecins de s'entendre non seulement sur un fond éthique commun, mais aussi sur des principes de comportement à respecter dans l'exercice de leur profession. La Charte Européenne d'Éthique Médicale comprend les principes sur lesquels se fonde le comportement des médecins dans leur pratique, et ce, quel que soit leur mode d'exercice. Elle inspire les dispositions déontologiques prises par les Ordres des médecins ainsi que par les Organismes d'Attributions Similaires habilités à adopter des règles en la matière. Elle trouve sa légitimité dans les réflexions menées depuis de nombreuses années par la Conférence européenne des Ordres Médicaux et des Organismes d'attributions similaires. Le corps médical européen s'engage à respecter la Charte Européenne d'Éthique médicale.

### PRINCIPES ÉTHIQUES

#### PRINCIPE 1

Le médecin défend la santé physique

et mentale de l'homme.

Il soulage la souffrance dans le respect de la vie et de la dignité de la personne humaine sans aucune discrimination, de quelque nature qu'elle soit, en temps de paix comme en temps de guerre.

#### PRINCIPE 2

Le médecin s'engage à donner la priorité aux intérêts de santé du malade.

#### PRINCIPE 3

Le médecin donne au malade, sans aucune discrimination, les soins indispensables les plus appropriés.

#### PRINCIPE 4

Le médecin tient compte du cadre de vie et de travail du patient comme éléments déterminants de sa santé.

#### PRINCIPE 5

Le médecin est le confident nécessaire du patient. Il trahit sa confiance en révélant ce qu'il a appris de lui.

#### PRINCIPE 6

Le médecin utilise ses connaissances professionnelles pour améliorer ou maintenir la santé de ceux qui se confient à lui, à leur demande ; en aucun cas il ne peut agir à leur détriment.

#### PRINCIPE 7

Le médecin fait appel à toutes les ressources des sciences médicales pour les appliquer d'une manière adéquate à son patient.

#### PRINCIPE 8

Dans le respect de l'autonomie de la personne, le médecin agit selon le principe d'efficacité du traitement en prenant en considération l'utilisation équitable des ressources.

#### PRINCIPE 9

L'exercice de la médecine implique le respect de la vie, de l'autonomie morale et du libre choix du patient.

#### PRINCIPE 10

La protection de la santé s'accompagne de la recherche constante du maintien de l'intégrité de la personne.

#### PRINCIPE 11

Le médecin n'admet pas des actes de torture ou autre forme de traitements cruels, inhumains ou dégradants quels que soient les arguments, et ce, dans toutes les situations y compris en cas de conflit civil ou militaire. Il n'y assiste jamais, ni n'y participe.

#### PRINCIPE 12

Le médecin, qu'il intervienne com-

me simple praticien auprès d'un malade, comme expert ou comme membre d'une institution, veille à la plus grande transparence sur ce qui apparaîtrait comme un conflit d'intérêt et agit en toute indépendance morale et technique.

#### PRINCIPE 13

Si les conditions morales et techniques ne permettent pas au médecin d'agir en toute indépendance, le médecin en informe le malade. Le droit aux soins du patient doit être garanti.

#### PRINCIPE 14

Lorsqu'un médecin décide de participer à un refus collectif organisé de soins, il n'est pas dispensé de ses obligations éthiques vis-à-vis des malades à qui il garantit les soins urgents et ceux nécessaires aux malades en traitement.

#### PRINCIPE 15

Le médecin n'a pas à satisfaire des demandes de soin qu'il n'approuve pas.

#### PRINCIPE 16

Le médecin exerce sa profession avec conscience, dignité et indépendance.

## CARTA EUROPEA DI ETICA MEDICA

L'espansione e lo sviluppo della Comunità europea offre la possibilità ai medici di ampliare il loro accordo, non solo su una base etica comune, ma anche rispetto ai principi di comportamento da rispettare nella pratica della loro professione.

La Carta Europea di Etica Medica comprende i principi su cui si basa il comportamento dei medici 'nella pratica della loro professione, indipendentemente dalla modalità di esercizio. La Carta potrà orientare i principi deontologici adottati dalle istituzioni professionali e dalle autorità di regolamentazione che sovrintendono tali norme. La Carta trova la sua legittimazione nel lavoro svolto da molti anni dal Consiglio europeo degli Ordini Medici. La comunità medica europea si impegna a rispettare la Carta europea di etica medica.

### PRINCIPI ETICI

#### PRINCIPIO 1

Il medico difende la salute fisica e mentale delle persone.

Egli riduce la sofferenza nel rispetto della vita e della dignità della perso-

na umana, senza discriminazioni, di qualsiasi genere, in pace e in guerra.

#### PRINCIPIO 2

Il medico si impegna a dare priorità agli interessi della salute del paziente.

#### PRINCIPIO 3

Il medico dà al paziente la cura più essenziale e appropriata, senza alcuna discriminazione.

#### PRINCIPIO 4

Il medico tiene conto dell'ambiente in cui il paziente vive e lavora come elementi decisivi rispetto per la sua salute.

#### PRINCIPIO 5

Il medico è raccoglie confidenze importanti del paziente. Tradisce la fiducia riposta in lui rivelando ciò che ha appreso dal paziente.

#### PRINCIPIO 6

Il medico utilizza le sue conoscenze professionali per migliorare o mantenere la salute di chi si rivolge a lui e non può agire a svantaggio del paziente in alcuna circostanza.

#### PRINCIPIO 7

Il medico fa appello a tutte le risor-

se della scienza medica per applicarle in modo adeguato al suo paziente.

#### PRINCIPIO 8

Nel rispetto dell'autonomia personale, il medico agisce in conformità con il principio di efficacia del trattamento, tenendo in considerazione l'uso equo delle risorse.

#### PRINCIPIO 9

La pratica medica richiede il rispetto della vita, dell'autonomia morale e della libertà di scelta del paziente.

#### PRINCIPIO 10

La tutela della salute si accompagna costantemente con l'impegno a mantenere l'integrità della persona.

#### PRINCIPIO 11

Il medico non deve mai accettare atti di tortura o qualsiasi altra forma di trattamento crudele, inumano o degradante, qualunque siano le motivazioni e le circostanze, comprese quelle di conflitti civili o militari. Egli non deve mai essere presente a tali atti né partecipare in alcun modo.

#### PRINCIPIO 12

Il medico, sia in qualità di medico curante o di esperto o di un membro di un'istituzione, deve garantire

la massima trasparenza in quelli che potrebbero profilarsi come conflitti di interessi e agire in piena indipendenza morale e tecnica.

#### PRINCIPIO 13

Se le condizioni morali e tecniche sono tali da impedire al medico di agire in piena autonomia, egli deve informare il paziente di questo. Il diritto del paziente alla terapia deve comunque essere garantito.

#### PRINCIPIO 14

Quando un medico decide di prendere parte a una forma organizzata di astensione dall'assistenza, non può però esimersi dai suoi obblighi etici verso i pazienti ai quali deve comunque garantire i trattamenti di emergenza e, per i pazienti in trattamento, le cure necessarie.

#### PRINCIPIO 15

Il medico non è tenuto a soddisfare le richieste di trattamento che egli non approva.

#### PRINCIPIO 16

Il medico esercita la sua professione con coscienza, dignità e indipendenza.

## Medici sui confini. Gli incontri di Bolzano e di Brioni

TRA LE MOLTE ATTIVITÀ della Federazione e degli Ordini vi è sempre stata attenzione agli scambi internazionali tra professionisti: far circolare idee e conoscenze, mettere in comune visioni e problematiche, dare respiro più ampio alle questioni che si presentano nelle diverse realtà nazionali.

È innegabile però che lo svilupparsi delle istituzioni europee, e le conseguenze di questo sul piano delle norme, ha reso ancora più necessaria un'attività di rapporti rivolta verso l'estero. La libera circolazione dei professionisti nell'Unione Europea, che sarà operativa dal 2013 e cui è stato dedicato un recente Convegno organizzato dall'Omceo di Udine, impone una particolare attenzione ai temi della formazione dei professionisti, sia per quanto riguarda la formazione di base, sia per la specialistica, sia per la formazione continua.

Ma tutto questo non può trascurare anche problematiche più generali. “Oggi gli Ordini – spiegava Maurizio Benato, presidente Omceo di Padova e vicepresidente Fnomceo, pre-

sentando l'incontro trilaterale tra Austria, Germania e Italia organizzato a Bolzano nel settembre 2010 – devono affrontare la crisi del ruolo sociale del medico e dell'attuale sua formazione, aspetti che appaiono tra loro fortemente connessi e che comunque hanno motivazioni profonde e universali perché sono problemi che non riguardano solo il nostro Paese”.

“Non vi è dubbio – diceva ancora Benato in quell'occasione – sull'importanza per il professionista dell'aggiornamento scientifico e tecnologico ma poiché la professione esercita anche un ruolo importantissimo nel contesto sociale, non possiamo dimenticare che essa è interessata sul piano organizzativo dalla realizzazione di sistemi ad elevata razionalità tecnica e complessità. La formazione continua - concludeva - deve pertanto saper accompagnare professionisti e organizzazione in un processo di interazione e cambiamento continuo, perché questo rapporto si presenta inscindibile nei processi di lavoro ed è fondamentale nella ricostruzione delle competenze professionali specifiche e trasversali”. L'incontro di Bolzano, infatti, aveva anche lo scopo di siglare un protocollo d'intesa sulla possibilità di formazione continua transfrontaliera (v. documento allegato).

Occasione per certi versi simile, quella organizzata nel maggio 2011 a Brioni, con un incontro a tre che riuniva le istituzioni professionali di Croazia, Slovenia e Italia. “L'incontro di Brioni – commentava infatti Claudio Pandullo, presidente dell'Ordine di Trieste – rappresenta la naturale evoluzione di percorsi già avviati fra le nostre Regioni e le vicine Repubbliche sull'esempio di incontri analoghi che altri Ordini ‘di confine’ hanno già attuato: mi riferisco all'iniziativa patrocinata dall'Ordine di Bolzano che ha coinvolto gli Ordini tedeschi ed austriaci. È a mio modo di vedere significativo che sia proprio il tema della conoscenza e della formazione ad aver spinto a spinto i nostri Ordini ad incon-

trarci per stabilire criteri di mutuo riconoscimento degli elementi caratterizzanti l'educazione continua in medicina e la collaborazione per favorire lo scambio transfrontaliero dei medici in formazione e degli specializzandi. Non possiamo che complimentarci con la Federazione che ha voluto e sostenuto questa iniziativa, Federazione che è sempre molto sensibile nel favorire tutte le forme di collaborazione con i Paesi vicini al nostro”.

E anche da Brioni sono scaturiti due documenti, uno rivolto alla formazione universitaria e l'altro alla formazione continua, che pubblichiamo di seguito.

## Formazione residenziale medico – chirurgica

Protocollo di intenti tra  
Federazione Nazionale Ordine  
Medici Chirurghi e Odontoiatri (Italia)  
Österreichische Ärztekammer (Austria)  
Bundesärztekammer (Germania)

L'ACCORDO STIPULATO in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra il Governo le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in data 5 novembre 2009 Rep. Atti n. 192 regola “Il nuovo sistema di formazione continua in medicina – Accredimento dei Provider ECM, formazione a distanza, obiettivi formativi, valutazione della qualità del sistema formativo sanitario, attività realizzate all'estero, liberi professionisti”. Il richiamato Accordo Governo-Regioni del 5 novembre 2009 disciplina, in particolare, le attività formative realizzate all'estero e quelle transfrontaliere.

A tal fine, la Commissione nazionale per la formazione continua in occasione della riunione dell'11 marzo 2010 ha ritenuto di adottare un Regolamento per il procedimento di accreditamento delle attività formative svolte in ambito comunitario o all'estero. Un provider accreditato dalla CNFC o da Regioni / Province Autonome può realizzare eventi formativi all'estero. Si richiama a tal proposito quanto previsto nell'Accordo 5 novembre 2009: “(omissis) gli Ordini e i Collegi , nonché le rispettive Federazioni sottopongono la richiesta di

accreditamento dell'intero piano formativo (comprensivo dell'evento realizzato all'estero) alla Commissione Nazionale per la Formazione Continua.

In particolare, per quanto riguarda l'attività formativa realizzata all'estero, "sono ammesse le tipologie previste dal sistema nazionale di seguito riportate":

- Formazione residenziale ;
- Formazione residenziale interattiva;
- Stage presso strutture ospedaliere, università, strutture di ricerca (istituzioni riconosciute);
- Attività di ricerca;
- Docenza in ECM;
- Tutoring.

Si richiama la peculiare situazione delle attività cosiddette transfrontaliere che comprende le attività formative organizzate dalle Regioni e Province italiane prossime ad un confine con uno Stato estero con il quale sono in corso, in materia sanitaria, rapporti di reciproca collaborazione (ad esempio accordi bilaterali e protocolli di intesa).

In tali ipotesi, al fine di consolidare i rapporti esistenti tra Stati limitrofi e di facilitare il soddisfacimento delle esigenze formative del personale di tali aree "omogenee", è previsto che le attività formative organizzate nelle Regioni italiane di cui sopra che una parte dell'attività o l'intera attività si svolga in una sede situata nello Stato estero confinante sono accreditati dalle Regioni/Province autonome o enti da queste individuati, i quali rilasceranno i crediti analogamente a quanto avviene per le attività realizzate nel proprio ambito territoriale. Per essere riconosciute come attività formative transfrontaliere le attività devono soddisfare i seguenti requisiti:

- a) Provider accreditato presso la Regione o Provincia autonoma;
- b) l'esistenza di un accordo bilaterale o un protocollo d'intesa stipulato tra la Regione o Provincia autonoma e lo stato

- estero confinante;
- c) una parte dell'attività o l'intera attività deve svolgersi presso una sede situata entro i confini dello Stato estero confinante;
  - d) sede di svolgimento all'estero preferibilmente ma non esclusivamente di tipo istituzionale (es. ospedale, università, ecc.) presso lo stato estero;
  - e) tematica di comune interesse per le regioni confinanti coerente con l'accordo bilaterale o il protocollo d'intesa di riferimento.

Nel caso in cui l'evento riguardi più Regioni/Province autonome italiane confinanti con lo stesso stato estero e abbiano interesse comune ad erogare l'attività formativa presso quest'ultimo, il provider interessato dovrà procedere a formulare apposita richiesta di accreditamento presso la Regione o Provincia autonoma di competenza, ovvero alla Commissione nazionale per la formazione continua tramite la Sezione V.

Si ritiene, pertanto opportuno condividere esperienze nel campo della formazione (per esempio: applicazione pratica, tecnologica, metodologica, sia in campo medico che chirurgico) con le Nazioni Austria e Germania.

Tutto ciò premesso fra  
FNOMCeO  
Federazione Nazionale Ordine  
Medici Chirurghi e Odontoiatri  
e Österreichische Ärztekammer  
e Bundesärztekammer

Si sottoscrive un Protocollo di intenti per la realizzazione di Progetti volti a condividere esperienze nel campo della formazione. Le parti sottoscriventi si prefiggono di promuovere un altro incontro al fine di concretizzare quanto proposto nel presente documento.

# Reciproco riconoscimento di crediti Ecm

Protocollo di intesa tra

Croazia - Hrvatska Liječnička Komora

Slovenia - Zdravniška Zbornica Slovenije

Italia - Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO)

## PREMESSA

L'Accordo stipulato in sede di Conferenza Permanente per i rapporti tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano in data 5 novembre 2009 Rep. Atti n. 192, approva il documento recante "Il nuovo sistema di formazione continua in medicina" che definisce le norme regolamentari per attività realizzate all'estero e per le attività cosiddette transfrontaliere;

Premesso che con Decreto legislativo 229/'99 l'Italia ha reso obbligatoria per i professionisti della salute la formazione continua ai fini dell'esercizio dell'attività professionale e che gli ordinamenti di Croazia e Slovenia prevedono per i loro professionisti l'acquisizione di crediti quale strumento di valutazione per l'avvenuta partecipazione ad attività formative e di aggiornamento professionale;

Considerato che la FNOMCeO e gli organismi rappresentativi della professione medica di Croazia e Slovenia si im-

pegnano a vigilare sulla qualità degli eventi al fine di garantire l'appropriatezza dei percorsi formativi;

Considerato che per quanto riguarda in particolare l'Italia, sono ammesse le seguenti tipologie di attività formativa realizzate all'estero:

- Formazione residenziale ;
- Formazione residenziale interattiva;
- Stage presso strutture ospedaliere, università, strutture di ricerca (istituzioni riconosciute);
- Attività di ricerca;
- Docenza in ECM;
- Tutoring.

Sentita per la Croazia la Hrvatska Liječnička Komora

Sentita per la Slovenia la Zdravniška Zbornica Slovenije

Sentita da parte della FNOMCEO - Italia la Segreteria nazionale ECM

Si conviene e si stipula il seguente protocollo per il reciproco riconoscimento dei crediti per l'Educazione Continua in Medicina:

1. I crediti erogati dal sistema ECM Nazionale in Italia vengono riconosciuti ai professionisti medici di Croazia e Slovenia attraverso la registrazione da parte dei rispettivi Ordini professionali.
2. I crediti formativi acquisiti dai professionisti medici italiani presso gli Stati di Croazia e Slovenia sono riconosciuti dai rispettivi Ordini provinciali di appartenenza sulla base di quanto stabilito dall' Accordo Stato-Regioni del 1.07.2007 – Cap. "Tipologia dei crediti da acquisire" e "Registrazione dei crediti formativi", richiamato in premessa e successive determinazioni della Commissione nazionale per la formazione continua.
3. Le modalità in base alle quali viene realizzato il processo di riconoscimento sono riportate nell'Allegato 1 che è parte integrante del presente documento.

# Formazione specialistica

Dichiarazione preliminare d'intenti tra

Croazia - Hrvatska Liječnička Komora

Slovenia - Zdravniška Zbornica Slovenije

Italia - Federazione Nazionale degli Ordini

dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO)

## PREMESSO CHE:

- 1 la Federazione Nazionale Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri in Italia e gli Ordini professionali della Croazia e della Slovenia hanno ravvisato l'opportunità di agevolare lo scambio di medici in formazione specialistica per la reciproca conoscenza di modelli organizzativi, tecnologici e clinico assistenziali dei tre paesi coinvolti;
- 2 intendono favorire, per quanto di loro competenza, un processo di internazionalizzazione della formazione specialistica;
- 3 la normativa attualmente in vigore in materia di formazione specialistica presenta peculiarità nei diversi Paesi sia sotto il profilo dei requisiti di accesso che per quel che concerne il percorso formativo obbligatorio a cui gli specializzandi devono attenersi per acquisire i crediti necessari per conseguire il titolo di specialista;
- 4 si rende necessario approfondire e delineare gli strumenti

normativi che consentano la realizzazione del suddetto processo di internazionalizzazione;

5 ritenuto opportuno coinvolgere per l'Italia le Università di Trieste, Udine, Padova, Bari Aldo Moro, G. D'Annunzio Chieti Pescara, e Politecnica delle Marche e che hanno espresso, in diverse forme, l'interesse ad internazionalizzare la propria formazione specialistica favorendo scambi e accordi di cooperazione con i Paesi che si affacciano sull'Adriatico

Tutto ciò premesso, con il presente atto gli organismi sotto elencati:

Hrvatska Liječnička Komora della Croazia

Zdravniška Zbornica Slovenije della Slovenia

Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri in Italia

Concordano

sulla necessità di istituire un Comitato Tecnico composto da 1 rappresentante per ciascuno dei sottoscrittori il presente atto di dichiarazione d'intenti, uno per il Ministero della Salute della Croazia e uno per ogni Università italiana coinvolta, con il compito di definire la concreta attuazione della collaborazione qui delineata in via generale e di relazionare ai rispettivi Enti rappresentati lo stato di avanzamento ed i risultati raggiunti con l'iniziativa promossa.

si impegnano

a favorire la stipula di un protocollo d'intesa fra gli enti deputati alla formazione specialistica in Croazia, Slovenia e le Università italiane di Trieste, Udine, Padova, Bari Aldo Moro, G. D'Annunzio Chieti Pescara, e Politecnica delle Marche per definire regole comuni per agevolare lo scambio di medici in formazione specialistica con l'obiettivo della reciproca conoscenza di modelli organizzativi, tecnologici e clinico assistenziali dei tre paesi coinvolti.

# Il contributo



# Un nuovo medico per una nuova sanità

## Un manifesto per discutere

*Ivan Cavicchi*

Università Tor Vergata, Roma

Il titolo di questo articolo mi è stato assegnato in un bel convegno organizzato nei mesi scorsi<sup>1</sup>. Un titolo che mi ha colpito in modo particolare per la sua densità, le implicazioni, la sua non ovvietà, e persino il suo coraggio. Dietro vi si intuivano i pesanti problemi dei medici sempre più esposti ad un disagio professionale spaesante. In quel titolo era come se le mie idee sulla medicina avessero incontrato la realtà e il contrario. Il problema cercava soluzioni nelle idee e le idee cercavano conferma nei problemi. Senza tanti giri di parole quel titolo poneva pragmaticamente il problema della medicina e della sanità nella sua nudità assumendosi la responsabilità di una verità scomoda, difficile, inquietante e terribilmente complessa.

*Circa il titolo*

---

<sup>1</sup> Il riferimento è al Convegno organizzato a Settimo Torinese da Aimef il 15 ottobre 2011.

*Vecchio e nuovo* Alcuni sono inclini a pensare il vecchio e il nuovo in medicina in modi poco meditati:

- come contrapposizione manichea come se fosse possibile in medicina opporre il nuovo, come principio del bene e il vecchio come principio del male. La realtà della medicina è più promiscua di quello che si crede. Se vogliamo discutere di medico e di medicina, dobbiamo liberarci di quella brutta abitudine di dividere una realtà in parti contrapposte. Dicotomie e molteplicità non vanno d'accordo. Il vecchio e il nuovo appartengono alla stessa realtà quindi sono inevitabilmente interconnessi e contigui;
- in generale per i medici il nuovo coincide con il nuovo scientifico considerato automaticamente, di per sè, migliore di ciò che scientificamente è venuto prima. Anche questa visione è troppo semplificata. La medicina non è solo scienza, e meno che mai è solo tecnologia, essa è visione dell'uomo, modo di conoscere, criteri per agire, metodi per decidere e scegliere, regole comportamentali, conoscenze empiriche, logiche applicate ecc. Ritenere che il nuovo o il vecchio sia solo scientifico è un inganno;
- vi sono fattori che agiscono sul nuovo e sul vecchio soprattutto da fuori della medicina: l'esigente, l'economia, le sempre più precarie organizzazioni sanitarie, i cambiamenti culturali ecc. Ciò che è nuovo e ciò che è vecchio spesso non è la medicina a deciderlo:
  - il nuovo, non necessariamente coincide con il buono, il giusto e il meglio;
  - il vecchio in quanto tale, non è sempre da buttare via;
  - il non innovativo non è automaticamente superato;
  - se più innovativo significa più recente, quindi preferibile, l'innovazione può diventare una ossessione pericolosa e costosa;
  - ciò che è buono e funziona non è mai vecchio ma attuale;

- ciò che è nuovo ma non è nuovo in misura maggiore o non funziona meglio, non può essere definito nuovo;
- pensare ad un medico nuovo non significa rottamare un medico vecchio ma ripensarlo e ricontestualizzarlo;
- non esiste un medico vecchio in assoluto;
- in un medico nuovo tutto ciò che è vecchio e funziona non è superato anche se non è recente;
- il nuovo medico deve essere specificato nelle sue caratteristiche autentiche,
- il nuovo medico comprende il vecchio medico ma che deve essere ridefinito nella sua attualità.

Il tema del “nuovo medico” non nasce per caso, esso è l’epifenomeno di grandi contraddizioni epocali e di grandi cambiamenti. Da una parte il medico dovrebbe essere nuovo per rispondere all’esigente, al suo individualismo, ai suoi crescenti bisogni, ai suoi diritti, dall’altra dovrebbe essere nuovo in modo che la medicina costi il meno possibile. Per il medico questo è un problema, egli dovrebbe essere nuovo ma in funzione di necessità contrapposte. Per cui suo malgrado oggi il medico resta una figura tipica della modernità con un ruolo decisamente welfaristico ma incastrato tra post-modernità e post-welfarismo. Questo è il problema del medico.

Il povero Marx, ormai dimenticato e negletto, direbbe:

- i problemi dei medici sono originati dai cambiamenti della struttura economica;
- è la struttura economica che agendo sulla sovrastruttura sociale crea la contraddizioni tra post-modernità e post-welfarismo;
- non si tratta di cambiare il medico ma di cambiare l’economia;
- il problema del nuovo medico è un falso problema.

Non sono pochi i medici che ragionano come Marx, essi puntano il dito contro le aziende, contro la parità di bilan-

*Il medico tra Marx  
e Huygens*

cio, contro i limiti che condizionano i loro atti clinici, contro le manovre finanziarie, i provvedimenti che congelano i loro contratti. In una recente lettera, inviata a tutte le istituzioni, sottoscritta da tutti i sindacati medici (13 ottobre 2011), si è ribadito lo slogan “la sanità non si tocca” che è come dare ragione a Marx quando sostiene che il nuovo medico è un falso problema. Non c’è dubbio che i limiti economici condizionano in mille modi la professione medica. E i sindacati medici hanno più di una ragione per essere arrabbiati. Ma siamo proprio sicuri che se non avessimo limiti economici non avremmo bisogno di un medico nuovo? Cioè siamo proprio sicuri che il nuovo medico sia un falso problema perché i problemi sono altri? E che “la sanità non si tocca” sia la strada giusta?

Huygens, nel 600, studiò le onde circolari che si creano quando si lancia un sasso nello stagno. Egli scoprì che ogni punto del fronte d’onda si comporta come una nuova sorgente di onde che forma altre onde circolari che a loro volta propagano altre onde. Si immagini la medicina come uno stagno nel quale non sia solo l’economia a gettare un sasso, ma anche l’esigente, la post-modernità, l’innovazione scientifica, gli interessi professionali, l’azienda sanitaria. Si avranno più fronti d’onda che si urteranno creando altri fronti d’onda fino a compenetrarsi, confondersi, mischiarsi per cui diventa difficile stabilire quella unidirezionalità, cara a Marx e al sindacalismo medico, economia > post-welfarismo > medicina. Il medico per non essere in balia delle onde bisognerebbe che a sua volta lanciasse un sasso, possibilmente polifemico, per poter interferire a propria volta con le onde dei sassi che lo investono. Quindi il ragionamento di Marx andrebbe ribaltato: un nuovo medico può essere la risposta sia ai problemi del post-welfarismo che a quelli della post-modernità. Per cui lo slogan “la sanità non si tocca” andrebbe corretto: “la sanità si deve toccare” ma a condizione di ap-

*Il pensiero debole  
della medicina*

plicare il principio di Huygens: ad ogni punto del fronte d'onda del cambiamento dovranno corrispondere altrettanti cambiamenti nell'economia, nell'esigente, nella scienza e negli interessi professionali. Si tratta solo di capire di quale cambiamento si tratta. Una cosa è certa: senza cambiamento non libereremo il medico dalla contraddizione post-modernità/post-welfarismo. Un modo plausibile per farlo è scambiare, nel senso duplice di trasmettere e di contrattare, cambiamento con cambiamenti. Un nuovo medico quindi significa una nuova azienda, una nuova economia sanitaria, un nuovo rapporto con il cittadino e la società.

Tutto quanto si discute in un momento di crisi finanziaria conclamata, come è quella che stiamo vivendo, appare riconducibile a essa. Nel caso dei medici ciò è vero in parte infatti certi problemi si sono accentuati nel contesto finanziario restrittivo (in particolare quelli contrattuali), in parte ciò è un "falso storico" perché i problemi del medico vengono in realtà da lontano. La contraddizione post-modernità e post-welfarismo inizia a manifestarsi in forme dissimulate già a partire dagli anni 80, cioè cronologicamente dopo il varo della riforma sanitaria del 78. È in ragione di questa contraddizione che si decide negli anni 90 di riformare la riforma e prendere strade diverse da quelle del cambiamento riformatore. In tutti questi anni a nessuno è mai venuto in mente, a parte la riforma del 78, di parlare di "nuovo medico". Sarebbe risultato quantomeno bizzarro ma solo perché la politica che ha dominato dopo l'accantonamento della riforma del 78, è stata quella del miglioramento non del cambiamento per cui le risposte sono state:

- la migliore gestione della sanità
- la riorganizzazione del sistema dei servizi
- la razionalizzazione dei costi
- la compatibilità.

*Il pensiero debole  
della sanità*

In queste politiche non aveva senso parlare di “nuovo medico” bastava parlare di un medico più responsabile, appropriato, meno dispendioso, più proceduralista, osservante degli obiettivi aziendali, evidenzialista. Si trattava cioè di razionalizzare il medico che c’era al fine di avere un “medico più economico”, ignorando deliberatamente le esigenze della post-modernità che invece chiedeva già negli anni 60, sempre più a gran voce “un medico nuovo”. Negli anni questo contrasto tra “medico economico” e “medico nuovo” è andato sempre più crescendo e i medici si sono dimostrati tutt’altro che marxisti. Essi hanno accettato ob torto collo di fronte alle esigenze dell’economia, di essere “il problema” sforzandosi responsabilmente in ogni modo di adattarsi alle necessità aziendali ma ignorando quello che stava avvenendo dall’altra parte, cioè nella società. Nello stesso tempo si sono dimostrati tutt’altro che “huygensisti” perché il loro sforzo di essere compatibili con l’economia non ha prodotto nulla che andasse a favore di un loro rafforzamento sociale e politico. Anzi i processi di delegittimazione, si pensi alla crescita del contenzioso legale, sono cresciuti. Oggi, in piena crisi finanziaria, i medici sono a metà strada tra i marxisti e gli indignados, hanno capito che le politiche finanziarie sono il loro principale problema. Essere indignados viene quasi spontaneo, meno semplice è essere marxisti, più difficile è essere huygensisti.

È consuetudine confondere e fondere le nozioni di medicina e di sanità, cioè i problemi dei contenuti con quelli dei contenitori, quindi il problema dei medici con quelli delle organizzazioni. In realtà medicina e sanità sono due mondi contigui e distinti. Se la sanità in questi anni si è mostrata con un pensiero debole, il paradosso del miglioramento senza cambiamento, la medicina non è stata da meno. In questi anni sono uscite a più riprese proposte che in nessun caso affrontavano il problema del nuovo medico o di una nuo-

va medicina, limitandosi a migliorare la medicina con delle razionalizzazioni. Qualche esempio:

- le medical humanities che rispondevano alle sfide epocali della post-modernità, con blande soluzioni deontologiche,
- l'ebm che rispondeva alla complessità dell'esigente, riproponendo delle verità statistiche,
- la qualità che con le suggestioni del toyotismo ne banalizzava la complessità riportando alla fine tutto a linee guida,
- la medicina narrativa che mutuando il discorso dalla psichiatria tentava in qualche modo di surrogare la scomparsa dell'anamnesi,
- la safety patient che esorcizzava il discorso dell'errore clinico riconducendolo dentro vecchie logiche preventive,
- il risk management che ritiene che alla struttura probabilistica del rischio si possa rispondere in modo organizzativo-gestionale,
- il culto dell'appropriatezza che pur partendo dalle necessità cliniche del malato finiva per essere una forma di adeguamento alle necessità economiche del risparmio,
- il governo clinico la cui idea originale oggi è diventata una specie di cogestione tecnocratica-amministrativa,
- l'ecm che si limita ad aggiornare i medici per renderli più congrui alle politiche di razionalizzazione e di compatibilità,
- lo "slow medicine" e che fa il verso allo "slow food" e che durerà probabilmente il tempo di un paio di convegni,
- l'ultima novità si chiama "medicina integrata" cioè il tentativo da parte delle medicine prima alternative, poi non convenzionali, quindi complementari, di accreditarsi presso la medicina scientifica semplicemente ridenominandosi con un nome diverso.

Queste proposte sono certamente l'espressione di un pen-

*Foucault e l'idea di  
nuovo medico*

siero debole, perché lontanissime dai problemi epocali della medicina, ma nel loro insieme denotano problemi, inquietudini, disagi, difficoltà. Esse in una certa misura sono come i prolegomeni di un discorso sul cambiamento ma non sono il discorso sul cambiamento. Ma perché sino ad ora ci siamo fermati ai prolegomeni? In parte perché non è facile per nessuno costruire un sasso polifemico da lanciare nello stagno, in parte perché anche per la medicina il contesto sino ad ora non è stato orientato a grandi cambiamenti. Accantonando il progetto di cambiamento insito nella riforma del 78, automaticamente si accantonano tutti quei cambiamenti che avrebbero dovuto concorrere alla sua affermazione. Non solo non si parla di medico nuovo, ma non si parla più di riformare la tab 18, cioè le facoltà di medicina, per cui si ripiega sull'ecm, cioè su una strategia di aggiornamento del medico ma che in nessun caso è un ripensamento. L'ecm, pur con le sue indubbe utilità, rispetto alle problematiche della medicina è una delle tante espressioni del pensiero debole. Essa è funzionale all'obiettivo di avere un medico più appropriato alle nuove esigenze delle aziende e quindi più razionalizzato, ma non un medico nuovo. Nel momento in cui il medico accetta "responsabilmente" di essere il problema da risolvere, l'ecm si pone come parte della soluzione di quel problema. Ma è stata proprio questa disponibilità a essere "problema" che ha creato ai medici i più pesanti effetti boomerang. Pressoché tutte le proposte prima elencate hanno ricadute negative sulla loro autonomia, pressoché tutte condizionano le loro scelte cliniche, pressoché tutte impongono delle rigidità ai loro comportamenti. Valga per tutti l'esempio dell'evidenzialismo che in un momento di crisi dell'autonomia medica aggiunge vincoli a quelli già pesanti del proceduralismo. Questo vuol dire che lo sforzo generoso che pur è stato fatto dai medici conferma che il semplice adattarsi ai contesti che mutano senza un'idea di ragionevole-

le cambiamento, finiscono per nuocere.

Se la riforma del 78 dichiara in Italia quello che era stato dichiarato molto tempo prima in tutta Europa, ovvero la crisi delle vecchie forme caritatevoli e mutualistiche della tutela, nessuno ha mai dichiarato una crisi analoga per la medicina. In realtà a leggere bene la riforma del 78 la crisi valeva sia per la sanità che per la medicina. Ma saltando la riforma salta la possibilità di ammettere e quindi di affrontare l'esistenza di una crisi conclamata della medicina. Questa crisi mai dichiarata è determinata in grande misura dagli spiazzamenti causati dalla post-modernità di cui, mi dispiace per Marx, i problemi dell'economia sono solo una parte. Ammetto che non è una tesi particolarmente geniale. L'intera storia della medicina è fatta da un continuo susseguirsi di queste crisi. La crisi che oggi dovremmo affrontare, non è né la prima e nemmeno sarà l'ultima e la medicina dovrà affrontarla come ha affrontato tutte le altre. In un modo o nell'altro. Anni fa avevo proposto di distinguere "crisi della medicina" da "crisi nella medicina" per distinguere un'idea negativa di crisi da una idea positiva. Quella negativa crea ai medici i problemi, quella positiva offre ai medici le soluzioni. Il "medico razionalizzato" è stato una risposta in negativo alla crisi della medicina, il "nuovo medico" è la risposta in positivo alla crisi nella medicina.

La mia tesi è che il medico oggi è finito dentro un circolo vizioso dal quale non riesce a uscire:

- vi è una crisi della medicina negata causata da grandi cambiamenti,
- alla negazione della crisi corrisponde una sostanziale invarianza dei modelli, quindi un'invarianza paradigmatica,
- l'invarianza rispetto ai cambiamenti produce regressività,
- la regressività diventa la causa principale della crisi dando luogo ad un'infinità di scollamenti.

*La crisi mai  
dichiarata*

Vi è un solo modo per rompere questo circolo vizioso:

- riconoscere e dichiarare l'esistenza di una crisi,
- mettere mano a dei ripensamenti,
- creare le condizioni per una progressività evolutiva della medicina.

*L'autore* Al cambiamento si risponde solo con il cambiamento. Al "medico incastrato" si risponde con un "nuovo medico".

Non si creda che l'idea di un "nuovo medico" sia un problema solo di contenuti, di pratiche, di modalità, di formazione, di funzioni e di ruoli. Esso naturalmente è anche questo ma prima di ogni altra cosa è un problema politico. Il solo fatto di dire "un nuovo medico per una nuova sanità" ha l'effetto di cambiare radicalmente i riferimenti delle politiche sanitarie adottate in questi anni e di redistribuire i poteri che pesano in sanità mettendoli dentro una nuova competizione .

Due in particolare sono le discontinuità che l'idea di "nuovo medico" introdurrebbe:

- fare del soggetto la leva principale per un cambiamento,
- considerare la medicina come la base per il ripensamento della sanità.

In questi anni le politiche del "miglioramento senza cambiamento" hanno sempre considerato i soggetti professionali come delle controparti, come dei problemi, come dei costi e la medicina come qualcosa di invariante rispetto alle organizzazioni sanitarie. L'esempio più eclatante è il modello di programmazione sanitaria adottato in questi decenni che non si è mai posto né la questione dei soggetti sui quali investire e meno che mai la questione di quale organizzazione fosse desumibile a partire da una certa medicina. Questa cosa nonostante sia una assurdità è come se facesse parte di un ordine preconstituito e incontrovertibile. Al punto che ormai nessuno più ci fa caso. Non credo che sia normale program-

mare l'assistenza ospedaliera da almeno 50 anni usando il parametro del posto letto e non quello dell'operatore. Non è logico sussumere le persone dalle cose. Non è logico pensare alla sanità sussumendo la medicina come una subvvenienza. Chi ha deciso che le organizzazioni siano una questione di oggetti produttivi e non di soggetti produttivi? Queste ed altre assurdit  si trovano da anni indisturbate in quella letteratura genericamente definita "management". Provate a sfogliare gli indici e vi accorgete di come l'organizzazione sanitaria sia soprattutto una questione impersonale. Per questa letteratura gli operatori certamente sono il "capitale umano", il "capitale intellettuale", da gestire comunque come qualsiasi altro tipo di capitale, ma alla fine restano fattori produttivi poco determinabili quindi "risorse intangibili" (intangible asset). Ma chi ha deciso che un medico sia una risorsa intangibile? In discussione non vi   il management, la sua utilit    scontata, la sua funzione necessaria e preziosa. In discussione vi   un'altra cosa, quella che Foucault ha chiamato "microfisica del potere", vale a dire che i saperi dominanti come quelli del management sono forme di potere che creano veri e propri sistemi di dipendenze. La microfisica del potere al management ha fatto guadagnare un sacco di soldi in tanti modi diversi, ai medici   costata cara in termini di depotenziamento professionale, di espropriazione di autonomia, di ridimensionamento del ruolo. Nel momento in cui il medico per senso di responsabilit  ha accettato di essere "problema" si   consegnato anima e corpo nelle mani del management. Un "nuovo medico" scompaginerebbe i rapporti di potere oggi in essere e inevitabilmente tenderebbe a togliere al management competenze sulla medicina arbitrarie e improprie, e quindi a ridimensionarne il peso e l'influenza e ovviamente anche il business. Ripensare il medico e la medicina   soprattutto un problema di ordini professionali, di societ  scientifiche, di associazionismo medico, di

università mediche, di scienza, di cultura. Del resto se quello che è veramente medico non tornerà nella casa della medicina temo che sia difficile fare dei passi in avanti.

Un nuovo medico deve avere un certo potere negoziale nei confronti del management. Se così non fosse egli continuerebbe ad essere considerato intangible asset. Per cui dipenderebbe in tutto e per tutto dal management. Si tratta quindi di ripensare la storica dipendenza che, a partire dalle aziende, si è affermata nella pratica, senza per questo teorizzare la fine dell'azienda e meno che mai una patetica "dittatura del medicariato". Non c'è alcun dubbio che la questione azienda debba essere ridefinita e sistemata. Ripropongo la mia idea di "azienda sui generis" e non nascondo le mie simpatie per quel genere di azienda definito "azienda di servizio". Proprio perché convinto dell'importanza del principio di Huygens, non avrebbe senso definire un nuovo medico e farlo lavorare nelle attuali aziende sanitarie, cioè dentro un tipo di management che ci ha solo complicato la vita. Detto ciò resta da capire in che modo sia possibile un potere negoziale da parte del medico e quindi in che modo l'autonomia gestionale del manager sia componibile con l'autonomia tecnico-scientifica del medico. La proposta che ripropongo è quella dell'autore, cioè un medico che oltre a svolgere compiti garantisca degli impegni e che quindi oltre ad essere retribuito in valori per i compiti che svolge gli vengano attribuiti valori per gli impegni che garantisce. Auto-re è la sintesi di due parole "auto-nomia" e "re-sponsabilità" ma è anche un'idea di scambio: più autonomia/più responsabilità, o se si preferisce "autonomia" in cambio di "responsabilità". Su questa proposta di autore ho avuto due osservazioni, la prima è che già ora il contratto dei medici prevede forme di scambio soprattutto in relazione al raggiungimento degli obiettivi aziendali, la seconda è che nonostante i medici si lamentano che

non hanno autonomia non sono così disposti ad assumersi delle responsabilità. Quanto alla prima osservazione essa è senz'altro vera ma l'idea di scambio a cui penso pone il medico come un soggetto contrattuale paritario rispetto al manager, mentre attualmente nei contratti di lavoro il medico si limita ad aderire alle strategie aziendali. Nulla tuttavia impedisce di perfezionare gli istituti contrattuali che vanno in questa direzione. Per quanto riguarda la seconda osservazione, credo che anche questa sia fondata, il medico è più incline a deresponsabilizzarsi, ad adottare comportamenti opportunistici, che non ad impegnarsi su una responsabilità soprattutto perché i rischi professionali non sono pochi. Questo è un problema grosso, se vogliamo definire un nuovo medico dobbiamo sapere che la responsabilità e la verifica dei suoi esiti è una strada obbligata. Senza una svolta nella responsabilità è meglio non parlare di nuovo medico. È questa svolta che di fatto redistribuisce una quota di potere dal management al medico. Un medico che rifiuta la responsabilità non può che essere gestito. Si tratta quindi di creare le condizioni giuste per favorire una responsabilizzazione che non sono solo quelle delle pur importanti coperture assicurative, ma sono anche quelle di un miglior rapporto con i malati e i familiari, di un miglior rapporto tra operatori, di una forma di razionalità del buon senso, di altre forme di organizzazioni del lavoro.

Con l'idea di autore il medico accetta di mediare responsabilmente i rapporti complessi tra medicina e sanità, tra diritti e risorse, tra bisogni e limiti. Così facendo l'autore può "disincastarsi" dalle contraddizioni che lo angustiano ma per mediare deve necessariamente mettere mano ad un vero e proprio ripensamento della medicina. Cioè deve dare delle risposte a quella crisi della medicina che sino ad ora è stata rimossa. Del resto non è credibile che si teorizzi un nuovo

*Una filosofia  
"per" la medicina*

medico per una nuova sanità a medicina invariante. Per cui l'ordine logico, a questo punto va aggiustato:

- una nuova medicina,
- un nuovo medico,
- una nuova sanità.

Seguendo questo ordine è possibile soprattutto rompere il circolo vizioso invarianza/regressività di cui si parlava prima e prefigurare veramente un nuovo medico. Per fare questo serve un pensiero.

*Filosofia per la medicina* è il titolo del mio ultimo libro (edizioni Dedalo, Bari 2011) che prende le distanze da quel filone sbiadito definito “filosofia della medicina” “Per” significa un pensiero, idee, proposte per aiutare la medicina a ripensarsi,” “della” significa la medicina che si limita a spiegare fundamentalmente la propria razionalità. Oggi non basta più spiegare la razionalità medica è necessario rinnovarla. Le operazioni di fondo proposte dal libro sono esattamente quelle prima richiamate a proposito del rapporto tra nuovo medico e vecchio medico:

- il nuovo va specificato nelle sue caratteristiche autentiche,
- il vecchio va ridefinito nella sua attualità.

Quindi non si butta via niente, quello che il libro propone è di ricontestualizzare e quindi ripensare la medicina nella post-modernità. Ma questa medicina non è un'altra.

Il libro si chiude con un manifesto articolato in 10 ripensamenti che sono i seguenti.

- A quale idea, valore, principio deve riferirsi la ragione medica, per far sì che i suoi modi di pensare, conoscere, operare siano coerenti con i bisogni che le vengono rivolti? Sino ad ora l'idea di riferimento è stata la scientificità nei confronti del mondo fisico della malattia, oggi questo non basta più. L'idea che contiene la complessità organica della malattia, quella della persona malata, del contesto e della situazione in cui il malato si trova, si chiama “attuali-

tà”. Assumere il principio di attualità come riferimento generale della ragione medica è il primo ripensamento.

- In una concezione fisica, biologica, corporea della malattia, il riferimento principale della ragione medica è la “natura”, quindi la biologia. Sino ad ora si è tentata la strada del bio-psico-socio, oggi si tratta di ridefinire alla base l’idea di bio per complessificarla e averne un’idea meno anacronistica. Senza questo passaggio non si potrà fare alcuna seria “umanizzazione”. Questo è il secondo importante ripensamento.
- Nel momento in cui la malattia si esplica nell’attualità del malato, la ragione medica si deve ripensare rispetto alla complessità dell’essere e della persona. È il terzo grande ripensamento necessario.
- Se la ragione medica deve conoscere l’attualità del soggetto malato, di quale conoscenza ha bisogno oltre che di quella scientifica? L’unica possibile è quella filosofica, cioè quella che si incarica della riflessione, della comprensione, della ricerca di tutto quanto esorbita la conoscenza biologica. Si tratta di un genere di conoscenza orientata a formare e a accrescere le sensibilità degli operatori, le loro abilità, la loro perspicacia, le loro virtù. Il quarto ripensamento quindi integrare la conoscenza scientifica con una conoscenza filosofica.
- Ma quale è il luogo, la circostanza, l’occasione, in cui conoscere la persona malata, in cui servirsi non solo dei vari saperi disponibili, ma da cui ricavare altre conoscenze? Tale luogo, circostanza, occasione è la “relazione” con il malato, al di fuori di essa nessun tipo di ripensamento è possibile. Per la conoscenza biologica della malattia le relazioni non servono, ma per la conoscenza dell’attualità di una persona malata, sono indispensabili. Questo è il quinto ripensamento fondamentale.
- Nelle relazioni le persone si esprimono prima di tutto con

il linguaggio a partire dal quale avviene il dialogo, la comprensione reciproca, la trasmissione delle conoscenze, l'espressione delle scelte e delle esperienze. Il linguaggio è il primo importante riferimento della relazione, la comunicazione è successiva. Esso per il clinico oltre alla sintomatologia diventa l'altro oggetto di conoscenza della persona. La conoscenza nella relazione attraverso il linguaggio è il sesto importante ripensamento.

- La conseguenza inevitabile che deriva dai precedenti ripensamenti è il dover ripensare coerentemente, il caposaldo della ragione medica, vale a dire la “razionalità clinica”. La razionalità clinica resta la base della conoscenza medica ma va svecchiata. Pensare ad una vera e propria clinica relazionale è il settimo ripensamento
- Il risultato dell'accordo tra razionalità medica, attualità, relazione e contesti, è “la razionalità ragionevole”. Essa è un modo di conoscere comunque rigoroso nelle sue logiche scientifiche, ma libero da visioni assolute e dogmatiche. Essa è un particolare modo di “fare e agire” pratico, concreto, realista, pragmatico. L'ottavo ripensamento riguarda l'uso del buon senso clinico.
- La razionalità ragionevole deve scegliere la cosa giusta da fare rispetto all'attualità della persona malata. Come si decide? Come si sceglie? Quale autonomia e quale responsabilità di chi decide? Sino ad ora la scelta del medico è stata condizionata in tanti modi, guidata da regole metodologiche, vincolata da limiti economici. L'assunzione dell'attualità impone per forza che si scelga rispetto alla relazione e che a scegliere sia, da una parte il malato e dall'altra il medico. Ripensare la scelta, all'interno di un orizzonte di codecisionalità dentro uno scambio tra autonomia e responsabilità, è il nono grande ripensamento.
- La razionalità ragionevole non sarebbe tale se non accettasse la realtà incontrovertibile dei suoi diversi limiti nei

confronti dell'attualità, compresi quelli economici ai quali la ragione medica sarà sempre più esposta. Assumere il limite non come un impedimento ma come una possibilità è il decimo fondamentale ripensamento.

I quesiti che si pongono sono tanti e investono nodi essenziali. Serve davvero definire un medico nuovo? E questo medico nuovo come dovrebbe essere? Il medico che c'è ora, può ricontestualizzarsi? E come?

Sarebbe importante aprire una discussione.

# LA PROFESSIONE

MEDICINA, SCIENZA, ETICA E SOCIETÀ

*Trimestrale della Federazione nazionale  
degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri*

Anno XII • Numero II - MMXI

Presidente  
*Amedeo Bianco*

Direttore responsabile  
*Eva Antoniotti*

Gruppo di lavoro "Area della comunicazione"  
*Cosimo Nume* (coordinatore)  
*Giancarlo Aulizio*  
*Alessandro Innocenti*  
*Bartolomeo Griffa*  
*Raffaele Iandolo*



Editore  
*Fnomceo*  
Piazza Cola di Rienzo 80/A,  
00192 Roma



**Edizioni Health Communication**  
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Redazione  
*Edizioni Health Communication*  
Via Vittore Carpaccio, 18  
00147 Roma  
Tel. 06.594461  
Fax 06.59446228

Finito di stampare nel mese di ottobre 2011 con i tipi e gli impianti della  
C.G. Edizioni Medico Scientifiche s.r.l. da Ages Arti Grafiche s.r.l. - Torino

Le variazioni di indirizzo vanno comunicate per posta alla sede della Fnomceo:  
Fnomceo  
Centro elaborazione dati  
Piazza Cola di Rienzo 80/A,  
00192 Roma