

**ASSISTENZA INFERMIERISTICA PROFESSIONALE
24 ORE SU 24**

Prestazioni a domicilio

SERVIZIO DIURNO E NOTTURNO

TRATTAMENTO
PARTICOLARE PER
INTERVENTI DI
MEDIA E LUNGA
DURATA



ASSISTENZA ANZIANI E
TUTTE LE PRESTAZIONI
INFERMIERISTICHE
CONTEMPLATE DALLE
VV.LL.



Tel. 010/58.56.70. a Genova in Via XX Settembre, 34/6
Tel. 0185/32.50.09 a Chiavari in Via Nino Bixio, 24/B

C.I.D.O.- CENTRO INFERMIERISTICO

CENTRO ALLERGIE INTOLLERANZE ALIMENTARI

Responsabile Dott. G. Napoli

DIAGNOSTICA: - *prick test* - *rast*
 - *test epicutanei* - *test citotossico*
 - *patch test* - *linfocitario*

DIETE DI ELIMINAZIONE E SCATENAMENTO



CENTRO ALLERGIE INTOLLERANZE ALIMENTARI

VIA XX SETTEMBRE, 34/6 - TEL. 010/585.670 - 16121 GENOVA

GENOVA

M E D I C A

Notiziario di informazione dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri della Provincia di Genova



La lebbra oggi tra mistificazioni e realtà:
conferenza allo Starhotel President
il 18 dicembre

Anno 2 - N. 7

Novembre 1994

I "BUCHI NERI" DELLA SANITA' LIGURE

Come comportarsi
con il fisco curioso

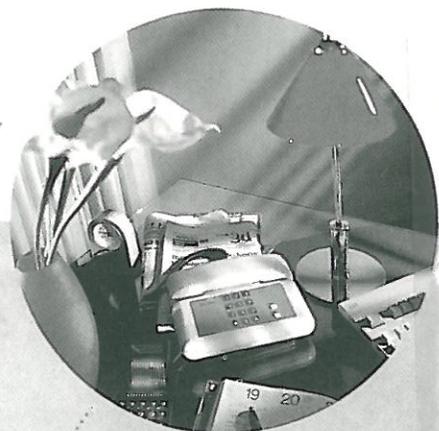
Riformare il servizio esterno
per rilanciare l'ospedale

Battere il dolore da cancro

7
94



La telefonata
arriva qui al tuo numero,
riparte e
arriva dove vuoi tu.



Trasferimento di chiamata.

Da oggi le telefonate di casa
o di ufficio, le porti dove vuoi tu.
Per non perdere
neanche una chiamata.
Pensa infatti alla comodità
di andare a casa di amici,
passare una giornata al circolo
o magari metterti in viaggio,
sapendo che la telefonata
importante, di lavoro o di famiglia,
che aspetti in ufficio o a casa,
verrà automaticamente deviata
presso il numero che
decidi tu: la casa di amici,
il circolo o il telefonino.
Senza mai dover dare
questi numeri a nessuno.
Per installare il Trasferimento di
chiamata, chiama il 187.
Avrai modalità e costi del servizio.

Trasferimento di chiamata.
Porta il tuo telefono dove vuoi tu.

TELECOM
ITALIA

IST. GIORGI

Dir. San. e R.B.: Dr. G. Giorgi
Spec.: Radiologia Medica

GENOVA
Via R. Ceccardi 3 - 010/592932
Via Rossini 4r - 010/441298

IST. ISMAR

Dir. San. e R.B.: Dr. A. Vitali
Spec.: Igiene Med. Prev.

GENOVA
Via Peschiera 6
010/8398478

IST. LAB

Dir. San. e R.B.: D.ssa P. Aytano
Biologo Spec.: Microbiologia

GENOVA
Via Cesarea 12/4
010/581181

IST. LIGURIA

Dir. San. e R.B.: Dr. M. Gandini
Spec.: Ematologia

GENOVA
C.so Sardegna 42
010/512741

IST. MATARAZZO

Dir. San. e R.B.: Dr. G. Matarazzo
Spec. Ortopedia

GENOVA
Via Cantore 30 - 010/415246
Via Rimassa 51 - 010/592887

IST. NEUMAIER

Dir. San. e R.B.: Prof. F. Neumaier
L.D.: Radiologia

GENOVA
Via XX Settembre 5
010/593660

CENTRO RADIOLOGICO E FISIOTERAPICO

Dir. San. e R.B.: Dr. M. Descovich
Spec.: Radiodiagnostica

GE - BUSALLA
Via Chiappa 4
010/9640300

IST. RADIOLOGIA RECCO

Dir. San. e R.B.: Dr. C. A. Melani
Spec.: Radiologia

GE - RECCO
P.zza Matteotti 9
0185/720061

IST. ROLLANDI - TMA

Dir. San. e R.B.: Prof. A. Rollandi
L. D.: Radiologia Medica

GENOVA
c/o V. Salus, Via Montallegro 48
010/3622923

IST. SALUS

Dir. San. e R.B.: Dr. E. Bartolini
Spec.: Radiologia Igiene Med. Prev.

GENOVA
P.zza Dante 9
010/586642

IST. SALUS Diagnostica per Immagini

Dir. San. e R.B.: Prof. G. Ramella
L.D.: Radiologia

GENOVA
Via Peschiera 8
010/8310498

IST. STATIC

Dir. San.: R.B.: D. ssa T. Quercioli
Spec.: Fisiokinesiterapia
R.B.: Prof. R. Ghislanzoni L.D.: Radiologia

GENOVA
Via XX Settembre 5
010/543478

IST. TARTARINI

Dir. San. e R.B.: Prof. E. Parodi
L.D.: Igiene
R.B.: Dr. A. Picasso Spec.: Radiologia

GE - SESTRI P.
P.zza Dei Nattino 1
010/672014

IST. TECNES Med. Nucleare

Dir. San. e R.B.: Dott. F. Romei
Spec.: Med. Nucleare

GENOVA
Via XX Settembre 5
010/565643

IST. VITTORIA

Dir. San. e R.B.: Dr. A. Moizo
Biologo Spec.: Igiene or. Lab.

GENOVA
Via Sottoripa 1a
010/206951

PC	Ria	MN	RX	RT	TF	S	DS	T	RM
			*	*	*		*		
*	*	*	*		*	*	*		
*	*					*			
*	*					*			
			*	*	*		*		
			*	*	*		*		
			*	*	*		*	*	*
*	*	*	*	*	*	*	*		
			*	*	*		*	*	*
*							*		

LEGENDA

PC = Patologia Chimica
Ria = Radioimmunologia
MN = Medicina Nucleare in Vivo
RX = Radiologia Diagnostica
RT = Terapia Radiante

TF = Terapia Fisica
S = Altre Specialità
DS = Diagnostica strumentale
T = Tomografia Ass. Comp.
RM = Risonanza Magnetica

RB. = Responsabile di Branchia
L.D. = Libero Docente
Spec. = Specialista

NESSUNA CAMBIALE IN BIANCO

Doverosa precisazione sui rapporti con le autorità regionali

Talvolta i giornali quotidiani, pressati da mille esigenze, danno degli avvenimenti dei resoconti che possono indurre nei lettori delle opinioni sbagliate. E' accaduto, recentemente, dopo l'assemblea pubblica indetta dalla Regione alla Fiera del Mare sul problema sanità; tanto che il consigliere dell'Ordine dei medici prof. Emilio Gatto, si è sentito in dovere di scrivere una lettera di precisazione, che ha inviato ai direttori di Secolo XIX, Lavoro, Stampa, Corriere Mercantile, Giornale Nuovo e Gazzetta del Lunedì. Eccone il testo: "Egregio direttore, dopo la pubblica assemblea indetta dal presidente Mori e dall'assessore Bertolani alla Fiera del Mare giovedì 27 ottobre u.s. alla quale l'Ordine dei medici di Genova ha inteso partecipare, nelle recensioni giornalistiche, per altro modo succinte, si è messa in risalto un'adesione "incondizionata" dell'Ordine stesso a sostegno della Regione Liguria e dell'assessorato alla Sanità. Riteniamo corretto precisare di non condividere il comportamento "assolutistico e centralista" del governo che si preoccupa della sorte della sanità (ospedali, ambulatori, assistenza di base) solo e soprattutto ad ogni fine anno, in occasione della legge finanziaria. Ci preoccupa, in particolare, che mentre si programmano riduzioni di spesa, non si prospetti - in parallelo - alcun progetto di riforma di ampio respiro, in senso statalista; che tutto si riduca cioè ad indiscriminati provvedimenti economici restrittivi. Condividiamo ovviamente la preoccupazione della Regione sulle difficoltà a reperire le risorse finanziarie necessarie a

riparare i debiti pregressi ed a mandare avanti la sanità in Liguria con 2500 miliardi (1000 in meno rispetto all'anno scorso). Nè comprendiamo come si possa gestire il tutto con l'abolizione dello straordinario, il blocco delle assunzioni e del turn-over, ecc.

"A questi punti, d'accordo con la Regione, si contrappone un consistente contenzioso su tutta una serie di questioni; dall'inquadramento giuridico ed economico dei medici, al preoccupante immobilismo decisionale in merito a certe strutture destinate alla chiusura non tanto per la legge quanto piuttosto per la loro pericolosa inefficienza, pendente fonte di rischio e danno per i malati e per i medici che vi operano ancora. Immobilismo decisionale che, temiamo, abbia ben differenti motivazioni. Giovedì 27 ottobre u.s. sono stati chiamati a raccolta alla Fiera del Mare Comuni, sindacati, cittadini ed enti in generale, tra i quali l'Ordine dei medici che ha prontamente risposto con lealtà e schiettezza, come è costume del suo rappresentante, dott. Sergio Castellaneta.

"Ora noi restiamo in attesa degli sviluppi di quell'assemblea, vogliamo vedere quale sarà il comportamento della Regione sulle questioni da noi poste; dalla loro soluzione dipenderà l'atteggiamento dell'Ordine stesso. Nessuna cambiale in bianco, quindi, concessa all'assessore Bertolani ed al presidente Mori, bensì una ben mirata collaborazione fortemente condizionata, quanta ne può esprimere l'esperienza dei medici. In tal senso attendiamo un ben più importante invito."

Lettere al Direttore

ANAAO - CASTELLANETA
POLEMICA SUI PRIMARI

Il segretario provinciale dell'Anao, dott. Costantino Troise, ha così scritto al presidente dell'Ordine dei medici.

"La segreteria provinciale Anao di Genova, avendo preso visione dell'emendamento aggiuntivo da lei presentato all'art. 4 della legge finanziaria 1995, coglie l'occasione di riesprimerLe la gratitudine degli aiuti ed assistenti ospedalieri per aver limitato la permanenza in servizio ai 70 anni senza proporre incrementi ulteriori come il suo carattere esuberante avrebbe preferito. Si fa notare che la sua richiesta coincide stranamente con quelle avanzate da alcuni primari ospedalieri della provincia di Genova, i cui interessi lei corre a tutelare. Come ciò possa conciliarsi con la necessità di assicurare occupazione ai medici neolaureati e con le aspettative di carriera dei medici ospedalieri rimane difficilmente comprensibile. Infine si rileva che il suo intervento nella discussione di una legge così importante e così punitiva per la sanità pubblica sia limitato alle due righe di cui al comma 6 art. 4. Ciò evidentemente è ritenuto da lei coerente con il ruolo di garante delle aspettative e degli interessi professionali di tutti i medici iscritti all'Ordine che presiede senza privilegi per qualche parte a lei più vicina. Saluti poco cordiali".

Ecco la risposta del dott. Castellaneta:

"Ricevo la lettera che il segretario provinciale dell'Anao mi ha voluto gentilmente inviare, per stigmatizzare il mio comportamento, nella veste di parlamentare, in occasione della discussione della Finanziaria '95. In poche parole mi si rimprovera di aver presentato un solo emendamento, che riguarda i primari, che vogliono rimanere in servizio fino a 70 anni.

"Questa lettera mette in evidenza la solita astiosa contrapposizione che l'Anao ha sempre manifestato, purtroppo, solo all'interno della categoria. Non si capisce infatti l'astio nei con-

fronti della figura del primario, tenuto conto che, da sempre, i vari segretari dell'Anao hanno guardato con avidità a tale figura professionale, che per interpretarla di persona non tutti sono andati tanto per il sottile. Per carità di patria, tralasciamo i nomi, sia a livello locale che nazionale, ma, se sollecitati, saremo pronti a fornirli. Tragitto di carriera per un buon sindacalista, sembrerebbe: segretario Anao ----> primario.

"Per le accuse a me rivolte, vorrei precisare che: 1) Molti colleghi, primari e non, mi hanno invitato a presentare in tal senso un emendamento, pur sapendo che pochissime erano le possibilità di essere accolto; 2) Per alcuni, a seconda del colore politico dell'amministrazione di appartenenza, il limite dei settanta anni ha valore ancora oggi, mentre per altri no! Questo non mi sembra giusto. L'emendamento, da me presentato, avrebbe avuto il merito di uguagliare la posizione dei primari a quella degli aiuti ed assistenti ed a loro volta degli ospedalieri a quella degli universitari, che in pensione ci vanno a 72 e 75 anni: non vedo cosa ci sia di scandaloso!! 3) Per anni a venire i giovani non troveranno occupazione nel Ssn, anche alla luce delle nuove norme, che regolano gli ospedali e le Usl; 4) Il quarto motivo è personale, familiare: ebbene sì, lo confesso, ho un fratello primario e ha 66 anni! Perdonatemi questa debolezza.

"Ho presentato un solo emendamento, pur conoscendo a fondo l'argomento: ho preferito sottoporre molti altri all'attenzione ed alla firma dei colleghi più autorevoli ed appartenenti alla maggioranza. Non ho voluto, e di proposito, mettere il mio nome per non compromettere la loro approvazione. Se questo mio atteggiamento viene preso per cialtroneria politica, lascio ai colleghi giudicare".



ASSOCIAZIONE SINDACATI SPECIALISTICA CONVENZIONATA ESTERNA (A. S. S. C. E.)
STRUTTURE PRIVATE ADERENTI - (PROVINCIA DI GENOVA 1993)

STRUTTURE PRIVATE

INDIRIZZO E TEL.

SPECIALITA'

IST. ALBARO
Dir. San. e R.B.: Prof. E. Salvidio;
L.D.: Pat. Spec. Med. e Met. Clinica
R.B.: R. De Martini Spec.: Radiologia

IST. ANALYST
Dir. San. e R.B.: D.ssa W. Bianchi
Biologo Spec.: Igiene or. Lab.

IST. BARONE
Dir. San. e R.B.: Dr. V. Poggi
di Castellaro Spec.: Radiologia

IST. BIOMEDICAL
Dir. San.: Dr. P. Gamberoni
R.B.: D.ssa P. Nava (biologa) Spec.: Igiene
R.B.: Dr. G. Castello Spec.: Radiologia

IST. BIO-DATA
Dir. San. e R.B.: D.ssa G. Capurro
Biologo Spec.: Microbiologia

IST. BIOTEST ANALISI
Dir. San. e R.B.: Dr. F. Masoero
Spec.: Igiene e Med. Prev.

IST. BIOTEST RADIOLOGIA
Dir. San. e R.B.: Dr. C. Gubinelli
Spec. Radiologia Medica

IST. CARIGNANO
Dir. San. e R.B.: Dr. M. Vignolo
Spec.: Terapia Fisica - Med. Riabilitativa

CENTRO SERVIZI MEDICI
Dir. San. e R.B.: Dr. V. Foti
R.B.: Prof. G. Villa Venzano Sp. Radiologia

IST. Radiologico e T. Fisica CICIO
Dir. San. e R.B.: Dr. G. Cicio
Spec.: Radiologia

IST EMOS
Dir. San. e R.B.: Dr. G. Vibracci
Biologo Spec.: Igiene or. Lab.
R.B. D.ssa P. Stimamiglio
Spec. Medicina Nucleare

IST. EMOLAB
Dir. San. e R.B.: Prof. E. D'Amore
L.D.: Chim. e Microscopia Clinica
R.B.: Dr. G. Gallo Spec. Radiologia

IST GALENO
Dir. san. e R.B.: D.ssa G. Barberis
Biologo Spec.: Igiene or. Lab.
R.B.: Dr. A. Pogliani Spec. Radiologia Medica

GENOVA
Via P. Boselli 32
010/3621769

GE- PONTEDECIMO
Via Pieve di Cadore 12
010/7856908

GENOVA
P.sso Ponte Carrega 35/37r
010/8367213

GENOVA
Via Prà 1/B
010/664920

GE - LAVAGNA
Via Cavour 2
0185/393670

GENOVA
Via Maragliano 2
010/587088

GENOVA
Via Brigata Liguria 3/4
010/561522

GENOVA
P.zza Della Vittoria 12
010/585927

GENOVA
Via De Gaspari, 6
010/3622448

GENOVA
C.so Sardegna 40a
010/501994

GENOVA
Via Caffa 11
010/3620507

GENOVA
Via G. B. Monti 107r
010/420348

GENOVA
P.sso Antiochia 2a
010/594409

PC	Ria	MN	RX	RT	TF	S	DS	T	RM
*	*		*		*	*	*	*	
*	*					*			
			*		*				
*	*		*		*	*	*	*	
*						*	*		
*	*					*	*		
*	*	*	*			*	*		
*	*	*	*			*	*		
*			*	*	*	*	*		

794

S O M M A R I O

Anno 2 - Numero 7 Novembre 1994

GENOVA
M E D I C A

EDITORIALE

Pag. 2 Nessuna cambiale in bianco

POLITICA & SANITA'

Pag. 3 I "buchi neri" della Liguria

Pag. 4 Presidi sanitari del futuro

VITA DELL'ORDINE

Pag. 9 Assistenti, Regione svegliati

Pag. 10 "Vita" di ottobre

PREVIDENZA & ASSISTENZA

Pag. 11 Occhi al contributo proporzionale

SCIENZA & MEDICINA'

Pag. 13 Battere il dolore da cancro

LEGGI & REGOLE

Pag. 18 Fisco e segreto professionale

Pag. 20 Imposte, un problema in meno

CRONACA & ATTUALITA'

Pag. 23 Viaggio nel pianeta Iebbra

MEDICINA & DINTORNI

Pag. 26 Midollo osseo, perché dire no?

Pag. 27 Quando il "modello" è malato

Pag. 31 Lettere al Direttore

Notiziario di informazione dell'Ordine
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
della Provincia di Genova

Direttore Editoriale
Prof. Franco Henriquet

Condirettore
Dr. Massimo Gaggero

Direttore Responsabile
Dr. Paolo Cremonesi

Comitato di Direzione
Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Genova
Presidente: Dr. Sergio Castellaneta
Vice Presidente: Dr. Paolo Cremonesi
Segretario: Dr. Enrico Bartolini
Tesoriere: Dr. Emilio Casabona

Consiglieri
Dr. Stefano Alice
Dr. Marina Elvira Botto
Dr. Alfonso Celenza
Dr. Francesco Pietro Ciliberti
Dr. Gianbernardo Fusco
Prof. Emilio Nicola Gatto
Dr. Enrico Gostoli
Prof. Franco Henriquet
Dr. Carlo Mosci
Prof. Giorgio Odaglia
Dr. Maria Angela Ramasso
Dr. Tullio Zunino
Prof. Giuliano Ricci

Collegio dei revisori dei conti
Prof. Dario Civalleri
Dr. Gianluigi Bedocchi
Dr. Massimo Gaggero
Dr. Marco Cingolani

In copertina: "Visita agli infermi" di C. de Wael
Galleria di Palazzo Bianco, Genova

Periodico Mensile Anno 2 - N° 7 Novembre 1994 Tiratura: 8.000 copie - Autorizzazione n. 15 del 26/04/1993
del Tribunale di Genova - Spedizione in abbonamento postale - Gruppo IV 70% - Redazione e Segreteria:
Via Corsica, 16/B Genova - Pubblicità: Freeline s.n.c., Via Corsica 16/B 16128 Genova, Tel. 010/582905
Progetto grafico e impaginazione: Freeline s.n.c. - Stampa: PG2 s.n.c., Via Roma 218 16019 Ronco Scrivia (GE)

Finito di stampare nel Novembre 1994

posa di sfida, uno dei capolavori di Picasso (nel Museo Picasso di Barcellona), il "Gobbo alla finestra" di Rosai (nella Galleria Falsetti di Prato) e la nana della «Stanza» di Balthus (Mostra del 1993-94 al Centro Pompidou di Parigi).

Per iniziare la breve rassegna iconografica della patologia del gozzo ricordo una antica, divertente e probabile testimonianza di un dipinto fliacico su un cratere conservato nel museo di Lipari. In questo dipinto, databile circa al 400 a.C., forse del pittore Asteas, davanti a Dionisio si esibiscono un ginnasta e un vecchio attore gobbo e gozzuto.

Quindi, saltando molti secoli, ricordo alcune fra le tante raffigurazioni che, a partire dal 1300, si trovano in Italia, specialmente nelle chiese e cappelle del Cuneese e delle valli lombarde, sulle quali ho già riferito insieme a Fulcheri al V Congresso Europeo di Paleopatologia di Siena (1984), poi nella rivista «Alba pompeia» (1987) e più ampiamente nel "Zentralblatt der Pathologie" (1988). (Per esaurienti ragguagli su questo argomento rimando soprattutto alla splendida monografia di Merke del 1984).

Sulle raffigurazioni nelle chiese delle zone predette è da osservare che quasi tutte fan parte di una corrente pittorica, detta del "realismo gotico". Essa, iniziata da Giacomo Jaquerio nel 1400, prendeva ispirazione dalle sacre rappresentazioni, che nel Medioevo avevano avuto rinomanza e che, in seguito, degradando talora nel grottesco e finanche nell'osceno, erano state proibite dalle autorità ecclesiastiche. In queste rappresentazioni risalta la fisionomia individuale e sociale di genti fra le quali consueti erano i gozzuti.

Ne sono significativi esempi fra i tanti:

- in un affresco del 1400 attribuito a Giacomo Jaquerio, nel castello di La Manta a Saluzzo, uno stalliere gozzuto, con naso a sella, vicino ad un cavallo;

- in un affresco, dello stesso secolo, di Pietro da Saluzzo, nella Chiesa abbaziale di Villar San Costanzo (Cuneo), l'orrenda vecchia, con due grossi nodi di struma, che attende il suo turno fra i peccatori venuti a chiedere il battesimo;

- il gozzuto aguzzino nel dipinto "Gesù oltraggia-

to" attribuito al Mazzucco, nella chiesa di San Fiorenzo a Bastia di Mondovì; un altro gozzuto curioso tra la folla nel dipinto «L'arresto di Gesù e il bacio di Giuda» nella cappella di San Bernardo a Castello Stura (Cuneo); il gozzuto, dall'espressione particolarmente feroce, che flagella Gesù in un bellissimo affresco del Duomo di Chieri, del 1400; e infine il gozzuto carnefice nel dipinto «Martirio di Sant'Agata» nella chiesa di San Domenico al Priamar a Savona, pure del 1400.

E qui da notare che sovente nelle raffigurazioni sacre è demandato ai gozzuti il compito ignominioso di torturatori: forse per la risaputa frequente cattiveria dei cretini e forse per l'inveterato preconcetto che attribuisce a bruttezza fisica bruttezza morale. Così in un affresco del "Ultima Cena" nella piccola Chiesa di San Martino di Dito, sopra Cugnasco, persino Giuda appare gozzuto, e in tal modo già segnato da empietà.

Del resto, a conferma della consuetudine farisea di assegnare, sia nella realtà che nella immagine, a persone brutte, deformi o comunque "diverse" compiti infamanti, valga la rappresentazione - ancor più antica di quelle con brutali gozzuti ora ricordate - di uno degli affreschi dipinti da Giotto, all'inizio del 1300, sulla vita di Gesù e Maria, nella Cappella degli Scrovegni a Padova. In essa è raffigurato, in tutta evidenza, un negro, il solito negro, quale protagonista ed accanito flagellatore di Cristo.

Nel suo percorso verso successivi orizzonti di conoscenza l'uomo ha lasciato, consapevolmente o non, anche testimonianze figurative, in parte di sicuro valore nostalgico, sulle sue malformazioni, infermità e invalidità. Si è aperto così un campo di ricerca che ha dato e dà supporto non solo alla paleopatologia, ma anche alla medicina generale contemporanea, per le implicazioni cliniche e soprattutto epidemiologiche e a volte di patomorfosi che esso comporta. Ed è questo un campo, che per il suo posto privilegiato tra scienza ed arte, ci consente di comprendere, pur dalle sue orme più vetuste ed incerte, i segni della presenza umana.

Prof. Antonio Giampalmo

I "BUCHI NERI" DELLA LIGURIA

I colleghi segnalino all'Ordine i casi più evidenti di sprechi

La sanità ligure è in rosso. Siamo, in numeri assoluti, la 5° regione per disavanzo. Sappiamo che lo Stato non ripianerà più i debiti. La legge prevede la possibilità per la Regione di ricorrere a nuove tasse. E' una strada praticabile? Nelle tasche del cittadino medio, ormai, resta circa la metà di ciò che ha guadagnato. Soprattutto, la Liguria aspetta dagli investimenti dei privati il suo rilancio economico e questo non è compatibile con un aumento della pressione fiscale.

In che misura l'eccedenza di spesa va imputata a una sottostima del fabbisogno da parte dello Stato? Quanto dipende da sprechi, ritardi, imprevidenze, incapacità di Usl e Regione?

Vogliamo qui ricordare i casi più evidenti di spreco segnalati già nel 1993 al ministro della Sanità, invitando tutti i colleghi a collaborare con l'Ordine per aggiornare la lista.

Il primo punto doloroso riguarda la mancata razionalizzazione della rete ospedaliera, leggi chiusura degli ospedali sottoutilizzati e sottodimensionati. Si arriva al paradosso di un ospedale tenuto aperto per una sola degente (Campo Ligure), naturalmente sono gravi anche le conseguenze sull'utilizzo del personale e sulle spese di trasporto per effettuare visite specialistiche ed accertamenti diagnostici. A questo riguardo, il record negativo è stato però per mesi di un ospedale di tutto rispetto, quello di Savona, da cui partivano almeno due pazienti alla settimana alla volta della Lombardia per effettuare NMR.

Eccezionali per qualità e quantità sono, nel set-

tore ospedaliero, gli sprechi dovuti ai ritardi e ai conseguenti incrementi di costo. Casi limite: i cantieri ventennali per gli ospedali di Sarzana e di Arenzano; l'inutilizzo decennale del padiglione per la fisioterapia dell'ospedale di Pietra Ligure; i cantieri pluriennali degli ospedali di Voltri e di Busalla; le sale operatorie mai utilizzate, ma regolarmente pagate, degli ospedali di Campo Ligure e Pegli; i reparti nuovi e praticamente inattivi come la cardiologia di Camogli e la nefrologia di Pontedecimo; i 20 miliardi per le scale antincendio al monoblocco di San Martino che, pur relativamente nuovo, ne era sprovvisto.

Persino gli studi di fattibilità sono stati occasione di spreco. Quello sull'impiego dei 1.000 miliardi assegnati alla Liguria dalla Finanziaria del 1988 per la ristrutturazione nell'arco di un decennio della rete ospedaliera, è stato affidato alla Esaote Biomedica ed è costato 7 miliardi; 542 professionisti e 18 Ordini professionali sostengono che se lo stesso incarico fosse stato assegnato a liberi professionisti, vincolati a tariffe ordinarie, la Regione avrebbe risparmiato 4 miliardi. Lo studio sulla fattibilità di un ospedale in Val Polcevera, che non verrà più costruito è costato 576 milioni.

Colleghi, la lista potrebbe essere tanto lunga da annoiarvi. Ci fermiamo qui. Speriamo basti a far scattare in voi la molla dell'indignazione.

Segnalate all'Ordine se non volete che al termine della grande abbuffata il conto sia presentato a noi, poveri medici e poveri cittadini.

PRESIDI SANITARI DEL FUTURO

Riformare profondamente il servizio "esterno" per rilanciare l'ospedale

Per risciacquare opinioni troppo spesso costruite su basi emozionali e per ridefinire conoscenze antiche, preliminarmente ad un certo tipo di analisi in tema di sanità deve essere un excursus sulla situazione di 40 anni fa, appena usciti dal dopoguerra. La medicina aveva conoscenze ancora imprecise, la tecnologia diagnostica era scarsamente efficiente, pochi i farmaci e poco efficaci rispetto ai quadri nosografici che si andavano rinnovando. I medici supplivano con la dedizione ed il rapporto umano, le varie mutue concedevano tutto. Della diagnostica tecnica e dell'armadio farmaceutico di allora resta ben poco.

Gli italiani avevano un "tutto" di ben trascurabile consistenza. Oggi abbiamo conoscenze mediche molto più estese, precise ed approfondite, la capacità diagnostica clinica è notevole, la diagnostica strumentale incomparabilmente più efficiente, i farmaci molto più specifici ed efficaci. Tutto ciò grazie alla diffusione ed intensificazione della ricerca medica, tecnologica e farmaceutica.

Ma i costi per la ricerca, qualunque essa sia, sono elevati. La strumentazione comporta costi di gestione e di manutenzione notevoli che bisogna saper prevedere e mettere in bilancio già dal momento dell'acquisto dell'attrezzatura. La durata di vita utile dello strumento è condizionata dall'intensità d'uso, dalla adeguata manutenzione, dall'immane obsolescenza tecnologica. In tutto il mondo, dopo una lunga fase di espansione, si sta vivendo una fase di contrazione praticamente in ogni settore. L'Italia non fa eccezio-

ne a questo "momento"; la situazione di recessione la si avverte, anzi, più che altrove. Nella redistribuzione della ricchezza mondiale solo chi produce di più e spreca meno ricchezza riesce ad evitare lo scadimento della qualità di vita. Con questo intendimento, ovunque si ricercano vie nuove e diverse. In questo panorama di generale ridimensionamento e innovazione, la sanità ci appare sempre più come una azienda oberata di costi di impianto e di gestione. Costi di impianto non sono solo le attrezzature mediche, ma tutti i servizi che ne consentono la buona funzionalità; costi di gestione sono il personale amministrativo, quello medico ed infermieristico, il loro aggiornamento, la manutenzione di ogni struttura ed attrezzatura, i materiali di consumo (saranno scelti i migliori o i meno costosi?), i consumi alberghieri.

Questi costi non sono comprimibili a piacimento; nel loro insieme determinano il costo giornaliero del posto letto (non importa se occupato o no). La prima conseguenza è che minore è la durata del ricovero, più malati usufruiranno di quel posto letto, più malati potranno essere trattati. Ridurre il numero dei posti letto è politica parziale e discutibile se non ben mirata. Per ridisegnare i reparti è la loro consistenza valgono il criterio epidemiologico ed il livello organizzativo. E' fisiologico che ogni azienda abbia un bilancio che ne consenta la valutazione. Per sua natura, la sanità non riuscirà mai a presentare un bilancio annuale attivo nel senso tradizionale della parola. Gli attivi della sanità sono la scomparsa della poliomielite, del vaiolo, della difterite (gra-

1085 a.C.) al Museo Egiziano del Cairo;

- altri nani gibbosi egizi nel ruolo di divinità minori scaccia-mali, cioè di "pateci" (cui corrispondono gli "apotropei" greci e gli "averrunci" romani) raffigurati in alcune statuette fittili ellenistiche raccolte in vari musei;

- un nano etrusco, con sindrome di Klipper-Feil, della tomba François di Vulci, del 400 a.C. (a Villa Albani a Roma);

- un nano elegante e togato che stuzzica un gallo impettito, di quasi pari statura, in una arguta scenetta di un mosaico pompeiano (nel Museo Nazionale di Napoli).

Quindi, tralasciando tanti nani danzanti, solo decorativi,

- due splendidi nani di corte africani discondroplatici, del regno di Benin, del 1400 (del Museum für Völkerkunde di Vienna);

- un nano azteco, che teneramente imbecca un colombo, con discondroplasia e lieve impronta di progeria nella facies, del 1500 (dell'Istituto di Antropologia di Città del Messico: riportato da Kunze e Nippert).

Infine tantissimi nani dal Rinascimento in poi, per lo più discondroplatici, alcuni di celebri dipinti, quali:

- la compunta nana di compagnia nella "Camera degli sposi" del Mantegna, al Palazzo Ducale di Mantova, del 1400;

- e i numerosi nani del Veronese, che per primo rivendicò il diritto dell'artista di inserire anche in un dipinto di soggetto sacro qualunque personaggio - nani compresi - per sua libera scelta o per esigenza estetica; e i nani spagnoli, per lo più di corte, del 1500 e 1600 al Museo del Prado a Madrid quali:

- gli indimenticabili nani, di varia sorta, del Velázquez: come il pensoso Sebastiano de Morra, Diego de Acedo, detto "El primo", Don Antonio "El Ingles" e la nana, pure essa compunta ed autorevole, dell'insuperabile capolavoro "Las Meninas" (opera reinterpretata, con numerose prove e variazioni sul tema, da Picasso nel 1957);

- e ancora, un altro nano d'appoggio, ipopituitario con acromicria, il timido adolescente Soplillo di Filippo IV, del Villandrando;

- e il barbuto nano da battaglia Bartolo, discondroplatico normocefalo, con bastone di comando, spada e gambe "a sciabola", nel ritratto, importante anche per contenuto psicologico, di van der Hamen y Leon;

- e, per ultimi, i nani settecenteschi veneti e lombardi: il nano negro del "Banchetto di Cleopatra" di G.B. Tiepolo, lui pure solerte dipintore di nani da ornamento nei suoi quadri (nella National Gallery di Melbourne); il nano forzuto dell'"Incontro di Bacco ed Arianna" di Francesco Trevisani (nella Galleria Spada a Roma); la notissima nana, con micromelia inferiore, questuante o aiutante del "Cavamenti", del Longhi e, dello stesso, l'altra simile nana ausiliaria del "Ciarlatano" (nella Pinacoteca di Brera a Milano); l'indimenticabile nano, micromelico inferiore e con ginocchia valghe, così misero ma così sereno e accattivante, di Giacomo Ceruti detto il Pitocchetto (della collezione privata Salvadego, Castello di Padernello, Brescia); e, nel nostro secolo, la nana discondroplastica, demente e disendocrina, "Dona Mercedes", di Zuloaga (nel Museo d'Orsay, a Parigi) e la nana ballerina, in



Il dipinto del Ghirlandaio, del 1400, che ritrae il conte Sassetti, con vistoso rinoforma, e il suo nipotino (Museo del Louvre, Parigi).

caratteristico rinofima;

- la "Parabola dei ciechi" di Brùgel, del 1500, capolavoro di forza e ritmo drammatico incomparabili (nella Galleria Nazionale di Capodimonte a Napoli), e dello stesso "Gli storpi" indimenticabili (nel Museo del Louvre a Parigi);

- il Bacco discondroplastico e adiposo (rara associazione) di Valerio da Settignano, del 1500, nel giardino di Boboli a Firenze;

- il malato di ergotismo cronico (o di sifilide?), con gravi alterazioni cutanee in un dipinto di Grünewald pure del 1500 (nel Museo Unterlinden di Colmar);

- penultima, la "monstrua vestida" di Carreño de Miranda, del 1600 (nel Museo del Prado a Madrid), raffigurante, con portentosa espressività, un caso clinico che ci pone davanti a una difficile diagnosi differenziale tra malattia di Cushing, malattia di Fröhlich e sindrome di Prader-Willi (secondo Wiedemann);

- e per finire (ad abundantiam!) questa preliminare rassegna della patologia - dal paleolitico superiore all'evo moderno - il magnifico ritratto del Capitano di ventura Alessandro del Borro, del 1600, la cui incommensurabile e prepotente adiposità è quasi esaltata, con indubbia simpatia, dal pennello di un incerto pittore toscano (nella Gemaldegalerie di Berlino), e la testa del «Libraio» (riportato da Kunze e Nippert), del primo '700, nella Bibliothekssaal del monastero di Waldsassen (Baviera), della quale le vistose alterazioni cutanee potrebbero essere intese nel quadro della epidermodysplasia verruciformis (secondo Krone) o della neurofibromatosi di von Recklinghausen (secondo Riccardi).

Mi soffermerò ora su due temi di patologia: il nanismo e il gozzo endemico, anche perché di essi vi è ampia presenza nella storia e geografia delle arti figurative.

Vi sono raffigurazioni di nanismo, in molte delle sue varianti genotipiche e fenotipiche, specialmente nell'arte antica assira, egizia, greca e romana e, nel continente americano, nell'arte precolombiana; e poi, di nuovo in Europa, nell'arte, pervasa di umanesimo, del XV e XVI seco-



La figura femminile in terracotta del Mille a. C. circa, della cultura degli Olmechi della meso-America evidenzia una mostruosa adiposità.

lo e nell'arte dei secoli successivi, nei quali molti nani vengono collocati in giardini pubblici e privati (si pensi ad esempio al Mirabellengarten di Salisburgo e a villa Palagonia di Bagheria) come sculture ornamentali variamente mostruose ed effigiate in stucco e in affresco nelle "grottesche" di grandi palazzi rinascimentali e barocchi.

Sono raffigurazioni in maggioranza di nanismo primario disgenetico (discondroplastico totale o parziale, osteopsirotico del tipo Lobstein, da errori genetici del metabolismo glicoproteico del tipo Hurler, Morquio e di tesaurismosi affini), ma anche secondario disendocrino (ipopituitario e ipotiroideo), da rachitismo di varia natura e da tubercolosi vertebrale di Pott, con grave riduzione staturale cifoscoliotica.

Ma ecco, in ordine di tempo, alcune sembianze di nani prescelti per valore d'arte e per indizio di patologia:

- il nano egiziano Somb discondroplastico, con micromelia specialmente inferiore, seduto accanto a moglie e figli, del 2500 a.C.; e, pure egiziani, un altro nano discondroplastico, tipo Mc-Kusick, di nome Knoum-Hotep, alto funzionario del Faraone, della stessa epoca, e il dio egizio Bes, mostruoso nano discondroplastico, della "bassa epoca" (3332-

zie alla vaccinazioni) ; tubercolosi, tifo, sono diventate rarità grazie agli antibiotici e alla prevenzione. Trent'anni fa una cardiopatia, un infarto azzeravano definitivamente la produttività di un uomo. Oggi certi interventi chirurgici si fanno in laparoscopia, con largo risparmio. Trapianti d'organo e di midollo ridonano la vita. A diabetici ed ulcerosi la terapia medica consente oggi una normale capacità lavorativa. Solo i medici più anziani, per loro antica esperienza, possono testimoniare su queste affermazioni: allora le statistiche erano del tutto "sui generis".

Comunque si tenti di farne un bilancio, l'attivo della medicina equivarrà sempre ad un esborso, ad una spesa, cioè ad un passivo. I due aspetti saranno sempre inconciliabili.

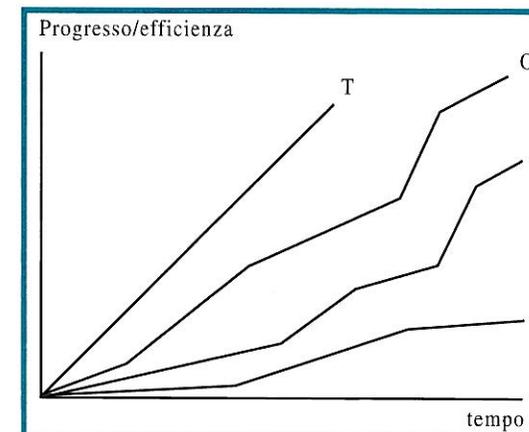
La macchina della ricerca tecnologica e farmacologica è sempre in funzione; il suo costo pesa sul prodotto. La qualità alberghiera del soggiorno ospedaliero ha un costo non indifferente. I fattori che concorrono alla lievitazione dei costi della sanità sono evidentemente numerosi. Dare più anni alla vita, vivere meglio quegli anni è una conquista che esige una contropartita. Il diritto alla salute è incontestabile. La riduzione dei costi una necessità impellente. Il criterio costo - beneficio è un nuovo modo di guidare l'innovazione dell'assistenza sanitaria. I due concetti sono talmente diversi tra loro che un giudizio equilibrato sul loro raffronto non può derivare da un solo tipo di esperienza. Il budget è un concetto economico, la responsabilità del risultato medico è una cosa ben diversa. Infine: il paziente conosce solo i suoi medici curanti.

Altra faccia della medaglia: non c'è dubbio che vi siano sprechi di ogni genere. Non vi è impresa più ardua che indurre gli uomini ad abbandonare abitudini radicate, ancorché la finalità perseguita si dimostri palesemente illusoria o irraggiungibile per via tradizionale. E' perciò utile avvisare subito tutti che già nell'immediato futuro il "buco" della spesa sanitaria dovrà essere coperto dalle singole amministrazioni regionali, cioè da noi.

Se uno è abbiente si vedrà verosimilmente tassa-

to ulteriormente; tutta la cittadinanza - non abbienti compresi - si vedrà privata di servizi anche tradizionali e non necessariamente sanitari che la Regione o i Comuni (Usl) si vedranno costretti a tagliare. E' quindi impegno prioritario studiare come ridurre il costo della sanità (nell'ambito nazionale e regionale) senza danneggiare il malato, quello vero.

Purtroppo, a fronte di questa necessità, si pone un aumento della popolazione più anziana; di conseguenza un motivato aumento della domanda per le malattie croniche e - scomparsa la famiglia patriarcale - l'assistenza per gli anziani soli. Vediamo quale potrà essere l'assistenza ospedaliera; in particolare, quale configurazione dovrà assumere per essere considerata efficiente.



Il massimo rendimento della struttura si ottiene quando essa sia attrezzata con strumentazione diagnostica di avanguardia (ed assistenza tecnica garantita in tempi minimi), quando questa goda di agibilità continua (24 ore su 24 per la copertura delle emergenze), il personale sia adeguatamente preparato e sempre numericamente sufficiente. La risposta dei laboratori e dei servizi "strumentali" alle richieste dei reparti degenza deve essere immediata e adeguata.

Questa struttura, per essere funzionalmente ottimale, dovrà tenere il passo con i continui miglioramenti della tecnologia medica, sempre in ascesa, ed avere il suo personale continuamente aggiornato. In un diagramma cartesiano potremmo rappresentarla idealmente con una

retta che sale progressivamente a valori maggiori di ordinata in funzione del tempo (sull'ascissa) in posizione bisettrice (T).

La struttura che vien meno a questo presupposto tenderà ad allontanarsi da questa retta ideale, a rimanere su livelli funzionali minori, sarà rappresentata da una linea a più bassi valori di ordinata; la distanza tra le due linee rappresenterà il "gap" che potremo definire "mancata resa clinica". Questa si identificherà con formulazioni diagnostiche incomplete o concluse in tempi più lunghi; potrà essere un fenomeno "clanicamente tollerabile", ma da valutare economicamente (costo-beneficio di una funzione diagnostico-terapeutica, rispetto anche alla durata della degenza).

Nel tempo, alcune strutture potranno risalire la china (andamento della linea che le rappresenta) grazie all'elevamento culturale degli uomini ed al rinnovamento tecnico - strumentale ed organizzativo in genere, riavvicinandosi alla retta ideale e limitando così il "gap". Viceversa, altre strutture prive di spinte innovative sostanziali, si troveranno ad un certo momento rappresentate da una linea molto distanziata dalla retta ideale di rendimento medico; il "gap" sarà notevole, non offrono più garanzie adeguate.

Questa struttura tuttavia peserà ugualmente sul bilancio; in altri termini, sarà diventata un fenomeno negativo a tutti gli effetti.

Questo discorso è valido per un ospedale nel suo insieme rispetto agli altri ospedali; per ogni divisione o reparto nell'ambito di un singolo ospedale; per un laboratorio strumentale nell'ambito di un singolo reparto specialistico. In questa struttura, ospedaliera o no, il personale infermieristico non può essere generico, ancorché diplomato, venga esso adibito a mansioni cliniche o alla diagnostica strumentale: sono necessari lunghi periodi di "apprendimento" prima di poterlo considerare produttivamente inserito nelle attività del reparto.

Sostituire il personale assente "illico et immedie" è obiettivamente impossibile. Diventa indispensabile preparare più individui capaci di

inserirsi in ogni singola funzione; ogni individuo dovrebbe essere in grado di svolgere in modo ottimale almeno due diverse funzioni.

Ottenere una tale selezione di personale in tempi brevi non è realistico. Solo a tempi molto lunghi è possibile far sbocciare individui pluri potenti. Il personale medico è assunto per concorso: la situazione è più duttile, ma il rendimento massimale in tempi brevi non è la regola. L'aggiornamento, oltre che essere culturale, deve essere gestionale, metodologico, pragmatico, manuale. E' indispensabile assistere alle procedure strumentali di équipe analoghe in altre strutture, analizzarle, confrontarsi. Ciò comporta assenze che devono essere programmate e per quanto possibile, coperte. Si tenga presente che maggiore è il numero di individui impiegati nel reparto, maggiori diventano globalmente le giornate di assenza, pur legittime.

Quanto sopra espresso è il più valido motivo per ridurre il numero degli ospedali, i quali peraltro dovranno essere tutti altamente ed ugualmente qualificati.

Questo non vuol dire chiudere tutti gli ospedali con meno di 120 posti letto; ma neppure vuol dire "consorziarli" per farli sopravvivere (va contro il criterio economico); scelta la struttura con caratteristiche "strategiche" (accessibilità, ampliabilità, bacino di utenza) bisognerà aumentarne la capacità ed ottimizzarne la risposta all'utenza; dotarla cioè di tutte quelle strutture e funzioni che ne facciano un ospedale completamente affidabile, con ampia capacità di risposta alle emergenze ed alle casistiche epidemiologicamente importanti. In altri termini, considerate le possibilità della medicina di oggi, l'ospedale "sotto casa" può diventare un rischio, invece di una garanzia. L'unico tipo di ospedale capace di offrire buone garanzie alla stragrande maggioranza degli utenti, specie acuti, sarà quello in cui avrà sede un dipartimento di emergenza (Dea). La nostra legge regionale ne prevede undici, cui saranno collegati "servizi di pronto soccorso attivi". Noi vorremmo vederli alla prova: questi sistemi, per essere funzionanti, devono

MEDICINA & DINTORNI

QUANDO IL "MODELLO" E' MALATO

Curioso viaggio tra le patologie immortalate nell'arte

Dalla rivista "Pathologica" riproduciamo questo interessante scritto di Antonio Giampalmo, professore emerito di anatomia patologica dell'Università di Genova, sulle

varie forme di patologie raffigurate nell'arte. Ci scusiamo con l'autore se, per la ristrettezza dello spazio, siamo stati costretti a riportare solo parti dell'articolo.

Da qualche anno vado raccogliendo documentazioni fotografiche di opere delle arti figurative (graffiti, incisioni, sculture, dipinti, mosaici, disegni) di ogni tempo e luogo, riguardanti scene con personaggi e ritratti che rappresentano casualmente, cioè senza intenzione illustrativa da parte dell'artefice, manifestazioni patologiche o invalidità o deformità.

E' una ricerca che, oltre ad avere una certa importanza nel campo storico-filologico dell'arte, ne ha una ben maggiore nella nosologia, segnatamente per noi patologi, contribuendo al progresso delle conoscenze della patologia storica e geografica.

Molte e diverse sono le raffigurazioni di stati patologici da me raccolti e in parte già dimostrati; ma per ragioni di tempo mi limiterò a una scelta delle più significative.

Per compendiare l'ampiezza cronologica e nosologica di esse e il loro valore testimoniale ricorderò prima alcuni stati patologici di età ed epoche successive, dall'età preistorica all'evo moderno. Ed ecco quali esempi:

- la donna di Laussel, in Dordogna, del paleolitico superiore, scultura di grande richiamo emotivo, nella quale con Schadewaldt possiamo riconoscere una lussazione congenita dell'anca (nel Museo della Preistoria a Les Eyzies);
- una figura (del Museo Nazionale di Tokyo),

verosimilmente umana, in creta, del 3000-2000 a.C. con labioschisi e oligodattilia: sindrome oligodattilia di Weyer, secondo Kunze e Nippert;

- la statuette egiziana del 2400 a.C. di un ragazzo con gibbo toracico appuntito, esito patognomonico di spondilite tubercolare di Pott (nel Museo Egiziano del Cairo);

- la regina di Punt in bassorilievo dipinto nel tempio funerario della conca rocciosa di Deir-el-Bahri, presso Tebe in Egitto, del 1550 a.C. circa, con adiposità di aspetto lipomatoso alle braccia, ai glutei e alle gambe, e con iperlordosi lombare e probabile lussazione congenita dell'anca (nel Museo Egiziano del Cairo);

- una figura femminile in terracotta del 1000 a.C. circa, con mostruosa adiposità, della cultura degli Olmechi della meso-America, a Vera Cruz (frequenti sono le raffigurazioni coeve di obesi patologici ivi ritrovate); (riportato da H. Johnson);

- un idolo messicano dell'800 d.C., della cultura di Monte Albano, pure con sindrome di Down (del Museum für Völkerkunde di Berlino ovest); e procedendo a grandi passi nel tempo:

- il magistrale dipinto del Ghirlandaio, pure del 1400 (nel Museo del Louvre, a Parigi), che ritrae il conte Sassetti, con vistoso rinofima, e a lui di fronte, in affettuoso efficacissimo contrasto, il nipotino; e il "Ritratto di vecchio", del 1550, di Holbein (al Museo del Prado a Madrid) pure con

MEDICINA & DINTORNI

MIDOLLO OSSEO, PERCHE' DIRE NO?

Trapianti: lettera dell'Admo per sensibilizzare i medici di base

L'Associazione donatori di midollo osseo, chiede maggior attenzione da parte dei medici di base. L'ing. Francesco Biagioli, presidente dell'Admo Liguria, ha infatti indirizzato al dott. Castellaneta, presidente dell'Ordine, una lettera che riteniamo interessante riprodurre. Il testo:

"Gent.mo dott. Castellaneta, uno degli scopi primari della nostra associazione è quello di informare la popolazione, specialmente i giovani, sulla donazione di midollo osseo. E' solo attraverso questo gesto di grande solidarietà umana che si può dare una ragionevole speranza di guarigione a coloro che soffrono di alcune forme di leucemia; infatti per quanto si possano immaginare notevoli piani di investimento, rimane sempre la criticità della disponibilità di un donatore volontario.

"Tutte le nostre iniziative, le campagne informative e "pubblicitarie" trovano quotidiani riscontri positivi ed entusiastici ed è per questo motivo che il numero dei donatori potenziali è in continua crescita: oggi sono circa 65.000 in tutto il territorio nazionale; il nostro primo obiettivo è il raggiungimento di quota 100.000. Questo numero consente una probabilità del 50% di trovare un donatore compatibile ai pazienti italiani, ovviamente si tratta di donazione al di fuori della fratria. Il motivo di questa lettera è quello di chiedere il supporto dei medici di base. Il loro autorevole parere è richiesto infatti numerose volte a conforto di una decisione sul punto di essere positiva. Purtroppo una generica risposta, evidentemente suggerita da mancanza di infor-

mazione, o peggio ancora una risposta improntata da un prudente "ma chi te lo fa fare", vanifica spesso tutti i nostri sforzi. Questa breve nota non può affrontare una problematica dai molti aspetti interconnessi, né tanto meno sfiorare quelli propriamente medici, ma vuole essere un appello ad una categoria professionale ad assumere un atteggiamento coerente con i dati ed i numeri ad oggi disponibili. Vorrei infine ricordare, a giusto vanto della città, che la concentrazione di esperienze, competenze e strutture a Genova non ha riscontri in altre parti d'Italia. Infatti l'ospedale Galliera (sede del Registro italiano donatori midollo osseo), l'ospedale San Martino e l'Istituto Gaslini (dove vengono effettuati i trapianti) costituiscono una struttura perfettamente affiatata con risultati in linea con quelli migliori ottenuti nel mondo.

"La ringrazio per il suo interessamento e le invio distinti saluti".

La pubblicazione di questa lettera sulla rivista dell'Ordine è, già di per sé, una risposta eloquente. In più Castellaneta ha preso carta e penna ed ha scritto al ministro della Giustizia Biondi, allegandogli il facsimile di un progetto di decreto legge, composto da un solo breve articolo, che dice: "Ai lavoratori dipendenti, pubblici e privati, che donano il loro midollo osseo ai fini di trapianto, vengono riconosciuti due giorni di permesso retribuito dal lavoro". La lettera d'accompagnamento - precisando che al limite andrebbe bene anche solo un giorno di riposo - sottolinea che una simile norma potrebbe favorire il numero di donatori, di cui nel nostro paese c'è molto bisogno.

avere un personale medico, chirurgico e specialistico, sempre presente. Ma già ci consta che proprio la cardiologia non sarà rappresentata così.

La reperibilità di uno specialista può essere accettata solo in funzione dell'insussistenza del rischio di morte.

Una legge dello Stato prevede anche una metodologia di razionalizzazione di certi servizi e momenti diagnostici e/o terapeutici, quelli di maggior impiego o i più frequenti. Una verifica di qualità su modalità di gestione, protocolli diagnostici e terapeutici, consumi, personale addetto, deve consentire di raggiungere una ottimizzazione del servizio richiesto a costi prevedibili. Tutte le Regioni hanno ormai definito i gruppi di lavoro composti da medici e tecnici.

Definito in tutti i particolari l'oggetto dello studio (es. protocolli del pronto soccorso, personale addetto a certi interventi, frequenza, cause e prevenzione delle infezioni ospedaliere, day hospital specialistici), ne verrà calcolato il costo.

Molto verosimilmente, i gruppi di lavoro verranno invitati a rilimare gli elaborati, in maniera tale da poter rientrare nel "budget" a disposizione dell'ospedale o Usl.

Finché non verrà accettato un insieme di disposizioni procedurali e terapeutiche, considerate "economicamente accettabili" da un direttore generale, ma delle quali saranno verosimilmente responsabili i medici dei gruppi di lavoro. Altri gruppi di studio verranno interessati alla ottimizzazione della durata dei ricoveri ospedalieri in funzione del tipo di malattia e delle indagini richieste (utili? necessarie? indispensabili?). Vedremo come saranno applicati i criteri di "efficienza" e di "efficacia", concetti propri di una moderna struttura aziendale che deve offrire servizio più che prodotto. Anche nell'offerta di materiale e servizi, il criterio "economico" avrà un peso non indifferente; non sappiamo quale criterio prevarrà in queste scelte, se "il migliore" o "il meno costoso"; né chi sarà a dare le "adeguate garanzie" al paziente. Una cosa è certa: fra cinque o sei anni nessun medico può pensare di essere libero di gestire una malattia o un malato

con la libertà che oggi gli è consentita ed abituale, ottimale solo clinicamente.

La legge incoraggia i day-hospital. In realtà molti competenti (leggi medici ospedalieri in specie) si professano scettici su questa "etichetta". Esiste il rischio che queste strutture si sostituiscano alle funzioni degli attuali ambulatori, creando ancora "carrozzoni", sovraccaricando di nuovo lavoro le strutture divisionali o dipartimentali, alle quali viceversa si richiede una particolare "agilità".

Sembra auspicabile soprattutto una revisione profonda del servizio esterno. La mancanza di coordinamento del sistema ambulatoriale sul territorio ha avuto spesso come valvola di scarico il ricovero ospedaliero. Con la modificazione della "strategia ospedaliera", diventa prioritario dare una veste diversa agli ospedali dismessi ed ai grandi servizi specialistici ambulatoriali: un'ampia agibilità oraria quotidiana ma soprattutto una "larga capacità" diagnostica strumentale ne favorirebbero una ben coordinata funzione. L'inquadramento del personale medico dovrebbe essere di nuova concezione: una divisione poli-specialistica sotto la responsabilità di un dirigente medico di provata esperienza clinica.

Una struttura del genere sarebbe in grado di agire come "filtro efficace" ai ricoveri ospedalieri indiscriminati. La selezione della casistica consentirebbe di risolvere la maggior parte dei casi in loco, rinviando al medico di famiglia il paziente con un documentato orientamento, consentendo così una terapia domiciliare più mirata. L'organizzazione di simili strutture non dovrebbe trovare ostacoli nei costi. Solo il budget rappresenterà la tappa limitante al loro numero. Noto questo, la strategia topografica sarà conseguenziale. Questa può essere una valida alternativa alla situazione attuale: se si darà sollecitamente vita a strutture di questo tipo, la cittadinanza potrà apprezzarne l'efficacia (che è il risultato del servizio nel tempo) anche rispetto a certe forme di degenza ospedaliera.

Prof. Emilio Gatto

gere per alcuni il 51%.

Presso il fondo di previdenza generale è prevista la possibilità di effettuare versamenti volontari. Questi, ai fini della futura pensione, hanno un rendimento inferiore a quello derivante dal contributo proporzionale, ed anche il regime fiscale è meno vantaggioso. Infatti consente una detrazione d'imposta nella misura del 27% del contributo versato per un importo massimo di L. 2.500.000 su cui tale detrazione può essere calcolata.

Non è però possibile, al fine di assicurarsi un maggior importo di pensione futura, dichiarare un reddito netto libero - professionale superiore a quello effettivamente percepito e versare su questo reddito non effettivo il contributo proporzionale per un importo superiore a quanto dovuto, utilizzando tale contributo come sostitutivo di quello volontario per approfittare dei maggiori vantaggi del primo.

Un tale operato si configurerebbe come una falsa dichiarazione resa all'Enpam, e come una parziale evasione dall'obbligo fiscale.

La nota prende poi in esame possibili modifiche nel regime dei convenzionamento - trasformazione della guardia medica in un rapporto libero-professionale, mancato rinnovo di convenzione per gli specialisti esterni - affermando che questi medici possono versare il contributo proporzionale e poi magari chiedere la ricongiunzione al fondo generale del precedente periodo di iscrizione al relativo fondo speciale.

Se è venuta meno la titolarità di un rapporto di convenzionamento, in base al quale è stata validamente presentata domanda di esonero dal contributo proporzionale, viene meno l'esonero e, di conseguenza, sorge nuovamente l'obbligo contributivo da calcolare su tutti i redditi libero-professionali, compresi gli importi corrisposti dalle Usl se, come in ipotesi, questi non fossero più assoggettati a contribuzione previdenziale.

Quando, successivamente, si vuole mostrare la flessibilità della possibile utilizzazione del contributo proporzionale ricordando che anche i medici che non ricevono i bollettini di pagamento possono ritirarli presso gli Ordini, siamo alle amenità, non certo a più o meno possibili svilup-

pi di una contribuzione previdenziale.

Al riguardo bisogna invece ribadire che l'obbligo del versamento del contributo proporzionale sorge automaticamente per l'iscritto dall'aver percepito in un anno un reddito netto libero professionale superiore a L. 8.064.000, quale risulta nel momento in cui viene compilata la dichiarazione dei redditi. Non costituisce esimente da tale obbligo il mancato ricevimento della modulistica, che viene annualmente inviata a tutti i medici che hanno effettuato il versamento nell'anno precedente, ma che viene trasmessa agli Ordini provinciali perché sia a disposizione degli iscritti che ne avessero necessità.

In proposito appare opportuno ricordare che il tardivo versamento, a qualsiasi motivo dovuto, comporta l'applicazione di una sanzione pecuniaria, mentre la tardiva presentazione della domanda di sanzione comporta la nullità di tale richiesta.

Nella nota che viene qui analizzata è infine asserito che il versamento effettuato in un anno non impegna per il futuro.

Pare allo scrivente che quanto già precisato basti a mostrare l'errore di questa affermazione.

Una considerazione conclusiva. Dall'obbligatorietà del contributo proporzionale deriva non solo la sua intera deducibilità ai fini fiscali, ma anche la validità del bilancio tecnico che, periodicamente, deve essere redatto per valutare la congruità tra la misura della contribuzione e le prestazioni assicurate dal regolamento.

Da quanto sopra esposto discende anche l'irreversibilità della scelta operata da quei medici che, tenuti al versamento del contributo proporzionale in relazione all'importo netto del loro reddito conseguito con l'esercizio libero professionale ed essendo iscritti ad altre forme di previdenza in dipendenza di attività svolta a rapporto di lavoro dipendente o convenzionato, abbiano rinunciato alla facoltà di chiedere l'esonero ed effettuato il versamento, valutando opportunità e convenienza di questa contribuzione al fine di assicurarsi un trattamento pensionistico rapportato alla totalità dei loro redditi.

dott. Gianni Crida
(dirigente servizio contributi Enpam)

ro autonomo (in sede di conversione la Camera dei deputati ha esteso tale possibilità di trovare un compromesso con il fisco anche alle società di capitali e di persone). Avremo, comunque, modo di illustrarne le particolarità in futuro, appena saranno emanate disposizioni definitive. Per ora ci limitiamo a segnalare che la Camera dei deputati, oltre all'estensione alle società di capitali, ha anche ampliato l'ambito di applicazione del nuovo "Istituto", allargandolo a tutte le imposte. Va notato che nel caso di "concordato" le sanzioni saranno ridotte a un quarto della misura minima prevista.

CONCILIAZIONE GIUDIZIALE - Anche la conciliazione giudiziale è un istituto che rientra nel cambiamento che si vuol dare al nuovo rapporto tributario; riguarda le controversie di importo superiore ai 20 milioni ed è rivolto alle liti pendenti nante le commissioni tributarie di secondo grado ed alla commissione centrale. L'istituto si attiva su provvedimento del giudice, o su proposta di entrambe le parti, nel caso in cui la controversia involga questioni non risolvibili in base a prove certe e dirette. Nessuna urgenza per la sua applicazione per cui è consigliabile approfondirne gli aspetti sulla base di disposizioni definitive.

LA CHIUSURA DELLE LITI FISCALI - La chiusura delle liti fiscali è l'unico dei tre istituti previsti dal D.L. 538/94 che non ha carattere permanente: può essere considerato come un condono

**ORDINE DEI MEDICI
PROVINCIA DI GENOVA**

Sede:

P.zza della Vittoria, 12/4
16121 Genova Tel. 58.78.46

Orario:

dal lunedì al venerdì 8,30-14,30

allo scopo di ridurre l'importante numero di controversie in corso e reclama una azione diretta del contribuente (la presentazione della domanda ed il pagamento del dovuto) entro il 15 dicembre 1994 (salvo futura proroga).

Il provvedimento si applica:

a) - alle imposte sui redditi e sull'Iva di persone fisiche che esercitano, anche in forma associata, attività di impresa o di lavoro autonomo;

b) - alle controversie che alla data del 18 settembre 1994 sono pendenti presso le commissioni tributarie di primo grado (la Camera dei deputati ha approvato emendamenti che stendono il campo di applicazione anche alle liti che pendono nante tutte le Commissioni tributarie).

La lite può essere estinta:

a) - mediante il pagamento della somma di L.150.000 se l'ammontare della lite è di un importo non superiore ai 2.000.000;

b) - mediante il pagamento di un importo pari al 10% del valore della lite sempreché tale valore sia superiore ai 2.000.000 e non superi i 20.000.000.

Il regolamento sull'attuazione delle disposizioni contenute nell'art.3 del D.L.538/94, che è stato approvato dal Consiglio dei ministri in data 23 settembre 1994, stabilisce:

- all'art.1 che possono formare oggetto di definizione le liti fiscali concernenti l'avviso di accertamento, il provvedimento che irroga le sanzioni e ogni altro atto di imposizione (la Camera dei deputati ha approvato emendamenti che estendono il beneficio ad altre casistiche);

- all'art.2 che il valore della lite deve comprendere: il valore dell'imposta, quello delle pene pecuniarie, quello delle soprattasse e quello degli interessi;

- all'art.3 che per ogni lite deve essere presentata una singola domanda, che la domanda deve essere presentata in carta libera, secondo apposito stampato, e deve essere consegnata e spedita (in plico senza busta raccomandata senza avviso di ricevimento) entro il 15 dicembre 1994, al competente ufficio tributario che ha emanato il

IMPOSTE, UN PROBLEMA IN MENO

Anche per il medico l'occasione d'eliminare il contenzioso tributario

Il sistema fiscale italiano è, come tutti sanno, un ginepraio sempre più inestricabile: norme complesse, novità che arrivano e poi vengono cancellate, complicazioni a non finire, trabocchetti nei quali chi non è particolarmente attento finisce per cadere. L'iniziativa

Da parecchio tempo a questa parte è invalso l'uso, nei vari governi che si sono succeduti, di adottare provvedimenti provvisori con forza di legge (decreti legge), utilizzando il disposto di cui all'art.77 della Costituzione; articolo che prevede altresì la conversione in legge di tali decreti, da parte delle Camere, entro sessanta giorni dalla loro pubblicazione, pena l'inefficacia sin dall'inizio. Il ricorso a tali mezzi dovrebbe essere limitato ai "solì casi straordinari di necessità e d'urgenza" nella realistica considerazione della loro inevitabilità.

Ci troviamo, invece, continuamente di fronte a decreti che hanno forza di legge, per il periodo canonico, con il rischio che la mancata conversione ne vanifichi gli effetti fin dall'origine. Infatti, nel caso che esaminiamo è prevista la facoltà di eliminare il contenzioso tributario, inoltrando una formale istanza e versando l'importo relativo entro il 15 dicembre 1994, con il rischio che detti pagamenti siano compromessi nel caso in cui il decreto, che ha scadenza 16/11/1994, non sia convertito in legge. Tuttavia il 15 dicembre non è lontano per cui è necessario che fin da ora i medici interessati conoscano

di pubblicare ogni tanto, su "Genova Medica" un articolo che tratti argomenti particolarmente interessanti per i medici è risultata gradita ai nostri lettori, e per questa ragione proponiamo anche in questo numero una nota riguardante recenti novità tributarie.

gli adempimenti a loro carico per definire l'eventuale contenzioso tributario, anche se la Camera dei deputati, nell'approvare il decreto, ora all'esame del Senato, ha introdotto, come vedremo in prosieguo, rilevanti modifiche; modifiche che, al momento, non sono ovviamente operanti. Ecco, dunque, quel che fino ad oggi, possiamo dire.

LE NORME IN VIGORE. - Il D.L. 17/9/1994, n.538 (che ha reiterato il D.L. 18/7/1994 n.452) prevede:

- a) - al suo art.1 l'accertamento con adesione del contribuente;
- b) - al suo art.4 la conciliazione giudiziale;
- c) - al suo art.3 la chiusura delle liti fiscali pendenti, che è l'argomento da esaminare data la scadenza prevista (almeno al momento in cui viene scritta questa nota) del 15 dicembre p.v.

ACCERTAMENTO CON ADESIONE - L'accertamento con adesione del contribuente è un istituto che prelude il cambiamento del rapporto tributario per cui avrà un effetto permanente. Sarà applicato ai redditi che sono al di sotto dei 50 milioni e sarà previsto soltanto per le persone fisiche che svolgono attività di impresa e di lavoro

BATTERE IL DOLORE DA CANCRO

Tra farmaci utili e burocrazia (e le lacune di un manuale)

Abbiamo ricevuto il libro "Curare il dolore da cancro" sottotitolo "Linee guida per il medico di base" di A.De Nicola, P.De Cillis e P.Caruso, edito da GDS - Edizioni e Tecnologie, 1994. In apertura gli autori si interrogano sul perchè della loro fatica, un manuale sul dolore da cancro per il medico di base. Rispondono che il medico può essere stressato dal paziente di cancro e dai familiari per l'intensità della loro sofferenza e delle loro ansie, sicchè spesso lascia ad "altri" il difficile compito e abbandona un malato che è "fastidioso". Non c'è dubbio che troppi malati con dolore severo da cancro non ricevono ancor oggi cure adeguate per lenirlo, se pur le cure siano semplici e disponibili. La redazione del manuale è quindi molto apprezzabile e giusta la destinazione al medico di famiglia, che con frequenza si trova di fronte a questo problema. Tuttavia sentiamo di dover fare alcune osservazioni critiche al manuale, per una conoscenza più puntuale degli aspetti che limitano la pratica della terapia del dolore oncologico nel nostro paese e per la migliore conoscenza dei mezzi disponibili e più utili al suo controllo.

IL RICETTARIO "GIALLO" Un primo aspetto è quello relativo alle cause, anche spicciole, per le quali il dolore da cancro non è ancora sufficientemente alleviato. Gli autori del manuale sottolineano, secondo un indirizzo unanimemente condiviso, che i farmaci oppioidi hanno un

ruolo centrale in questo campo del trattamento del dolore. Gli oppioidi tuttavia, con poche eccezioni, devono essere prescritti su ricettario speciale, in ottemperanza alla legge sugli stupefacenti, cioè sul ben noto "ricettario giallo". Il medico deve ritirarlo personalmente presso il proprio Ordine; deve firmare ogni singolo foglio del blocchetto di 30 ricette in presenza di un dipendente dell'Ordine; non può ritirare più di due blocchetti per volta. Quando poi dovrà fare la prescrizione, scrivendo in tutte lettere e ben chiaro, oltre al farmaco, dose, modo e tempi di somministrazione, deve ripetere per ben tre volte lo stesso scritto. Non c'è carta chimica a ricalco, di uso ormai molto comune. La prescrizione deve anche prevedere un calcolo molto preciso, pena il rifiuto del farmacista alla dispensazione del farmaco. La dose totale prescritta deve essere "consumata" dal malato in otto giorni, quindi la dose giornaliera moltiplicata per gli otto giorni, deve coincidere con la dose totale prescritta. Nella singola prescrizione oltre ad otto giorni di terapia non si può andare. E' evidente l'assurdità, per non dire l'intento "punitivo", di una simile legislazione per un malato di cancro, che solitamente ha mesi di vita dinanzi e talora anni, gravati dal dolore continuo. Ad essere esperti e veloci per questa "scritturazione" occorrono almeno 5-6 minuti interi ed ogni otto giorni la ripetizione. A norma di legge si dovrà infine conservare per due anni i blocchetti, con la matrici debitamente compilate, per possibili controlli. E' noto che non sono molti i medici di

famiglia che si muniscono del ricettario giallo e che comunque lo usano. Ciò vuol dire che prescrivono ben pochi farmaci tra quelli più utili per la terapia del dolore nel cancro, cioè gli oppiacei. E' un dato che gli stessi autori del manuale hanno ben messo in evidenza nella Regione Campania attraverso un questionario inviato ai medici di famiglia.

Non molto diversa è la situazione nella nostra area territoriale. Da una verifica della consegna dei ricettari speciali presso l'Ordine dei medici della provincia di Genova dal 1° gennaio 1993 ad oggi, un'arco di tempo poco inferiore a due anni, è risultato che siano stati consegnati 373 ricettari a 185 medici. Sul complesso di poco più di 7000 medici della provincia quindi a non più del 2% dei medici, con un consumo medio di due blocchetti per un medico in due anni.

OPPIOIDI PSEUDO-ALTERNATIVI

C'è una via più rapida per prescrivere oppioidi,

evitando l'uso del "ricettario giallo", ma è limitata a pochi farmaci e non certo i più indicati. Così la scelta del farmaco è condizionata più dalla comodità prescrittiva che dall'utilità del malato.

Codeina. Può essere prescritta su un comune ricettario solo se in associazione con altro farmaco e purchè la monodose non sia superiore a 100 mg. Vi sono in commercio diversi preparati di codeina in associazione con altri farmaci, introdotti in massima parte a scopo antitussigeno. In questi preparati la codeina non supera mai 30 mg. per singola dose, mentre la dose analgesica media nell'adulto è 60 mg. E' fuor di dubbio la loro praticità di prescrizione, che non si accorda però con un più idoneo trattamento del dolore nel malato di cancro. L'alternativa a queste specialità del commercio contenenti codeina è data solo dalle formulazioni galeniche. "Purtroppo - è scritto nel manuale - la codeina è un prodotto galenico non sempre reperibile nelle farmacie". Non è certo un buon motivo per rinunciare ad ottenere ciò che è

penale per la violazione del segreto professionale ex art. 6 c. p. in quanto è esonerato dall'obbligo del segreto in presenza di una "giusta causa" costituita da norme di legge in forza delle quali l'odontoiatra può essere obbligato a rivelare fatti appresi nell'esercizio della sua professione.

Secondo la Federazione, comunque, "quand'anche si escluda la responsabilità penale rimane la questione che attraverso l'ispezione tributaria si divulgano notizie di carattere personale e riservate sul paziente delle quali l'ordinamento giuridico ha garantito, anche se solo in via penale, la segretezza.

Pertanto, nel rispetto della normativa tributaria e del principio deontologico dell'inviolabilità del segreto professionale - suggerisce la Fnomceo - potrebbe essere adottato il criterio, qualora il professionista debba esibire le cartelle cliniche dei pazienti, di non mostrare quelle parti dei documenti il cui contenuto è strettamente professionale e riservato e che quindi non hanno rilevanza alcuna, nemmeno indiretta, ai fini degli accertamenti fiscali.

La circolare così prosegue:

"La Federazione, come ha già avuto modo di sottolineare, nell'affrontare questa questione negli anni passati, ritiene che il professionista nell'offrire la più ampia collaborazione all'ispettore, debba anche rappresentargli l'esigenza di ordine deontologico che l'esame stesso sia limitato, con opportuni accorgimenti apprestati d'accordo con il professionista, alla visione delle annotazioni che non abbiano carattere diagnostico e terapeutico.

Bisogna fare presente, inoltre, che di ogni accesso deve essere redatto processo verbale da cui risultino le ispezioni e le rilevazioni eseguite, le richieste fatte al contribuente e le risposte ricevute. Il verbale deve essere sottoscritto dal contribuente o da chi lo rappresenta ovvero indicare il motivo della mancata sottoscrizione. Il contribuente ha diritto di averne copia (comma 6 art. 52 Dpr 633). Inoltre "stante la disposizione del comma 7 del-

l'art. succitato in base alla quale i documenti e le scritture possono essere sequestrati soltanto se non è possibile riprodurre o farne constatare il contenuto nel verbale nonché in caso di mancata sottoscrizione o di contestazione del contenuto del verbale, la Federazione ritiene a questo proposito che l'esercente la professione odontoiatrica ha il dovere di opporsi al sequestro delle cartelle cliniche per due ordini di ragioni.

Innanzitutto perché gli elementi desumibili dalla cartella stessa, eventualmente necessari ai fini dell'indagine fiscale, possano essere riprodotti nel verbale; in secondo luogo perché la sottrazione dallo studio professionale delle schede dei pazienti non permettendo di fatto al professionista di continuare nella sua opera in mancanza della pregressa storia diagnostica e terapeutica del paziente stesso impedisce l'esercizio della professione odontoiatrica a tutti i soggetti sottoposti a questa misura. Il decreto 6 settembre 1994 - conclude la Fnomceo - che ha stabilito i criteri per l'effettuazione dei controlli globali nei confronti dei soggetti esercenti l'attività di odontoiatria e la successiva circolare esplicativa del ministero delle Finanze 23 settembre 1994 n.172/E, a questo proposito, non hanno apportato modifica alcuna alla normativa esaminata".

PUBBLICITA' COLLEGHI ATTENZIONE!

Per non incorrere nelle pesanti sanzioni previste dalla Legge n° 175 del 5/2/92 ("Norme in materia di pubblicità sanitaria e di repressione dell'esercizio abusivo delle professioni sanitarie"), in caso di pubblicità scorretta, o priva di autorizzazione, i colleghi sono vivamente pregati di prendere visione e rispettare la nuova normativa, che prevede all'art. 3 la sospensione dall'esercizio professionale, da due mesi ad un anno.



LA PIEMONTESE VITA S.P.A.

FONDO
"DIFESA RISPARMIO"

IL RENDIMENTO REALIZZATO NEL 1993,
CERTIFICATO DALLA PRICE WATERHOUSE s.a.s.

E' STATO PARI AL

14,71%

Per il vostro "PROGETTO PENSIONE SICURA" rivolgetevi con fiducia alla
RENATO GASPARINI Sas - AGENTE E CONSULENTE ASSICURATIVO
Via T.Ivrea, 11/9 16129 Genova Tel.010/588.399 - Fax 010/588.399

LEGGI & REGOLE

FISCO E SEGRETO PROFESSIONALE

Solo l'autorità giudiziaria può autorizzare richieste "delicate"

La notizia è stata pubblicata con rilievo dai quotidiani: la categoria degli odontoiatri è nel mirino del fisco, e quindi molti di questi colleghi possono attendersi una visita delle Fiamme Gialle. Ma quali sono i limiti legali che hanno gli uomini

che eseguono questi controlli, e quali poteri? La Fiomceco ha diramato in proposito una circolare agli Ordini provinciali, dove viene affrontato l'argomento. Un chiarimento quanto mai opportuno.

“**A**i sensi dell'art. 3, secondo comma, del decreto citato - afferma la circolare Fiomceco - gli uffici distrettuali delle imposte dirette, a fini dell'effettuazione di controlli, utilizzano ogni mezzo istruttorio, esercitando in particolare i poteri di verifica e di indagine bancaria ove ritenuto utile ai fini di accrescere la produttività della attività programmata. Gli accessi, le ispezioni e verifiche sono espressamente contemplate e disciplinate dalla vigente legislazione tributaria nell'art. 52 del Dpr 26 ottobre 1972, n. 633, che autorizza gli uffici delle imposte Iva ad effettuare, a mezzo dei propri impiegati, accessi, ispezioni e verifiche nei locali destinati all'esercizio professionale. “Gli impiegati devono essere muniti di apposita autorizzazione che ne indica lo scopo rilasciata dal capo dell'ufficio da cui dipendono. Tuttavia per accedere in locali che siano adibiti anche ad abitazione è necessaria anche l'autorizzazione del procuratore della Repubblica. In ogni caso, l'accesso nei locali destinati all'esercizio di arti o professioni dovrà essere eseguito in presenza del titolare dello studio o di un suo delegato.

“Nel terzo comma - recita ancora la nota - è specificato che “è in ogni caso necessaria l'autorizzazione del procuratore della Repubblica o dell'autorità giudiziaria più vicina per poter procedere durante l'accesso a perquisizioni personali e all'apertura coattiva di pieghi sigillati, borse, casaforti, mobili, ripostigli e simili e per l'esame di documenti e la richiesta di notizie relativamente ai quali è eccepito il segreto professionale”.

“Pertanto, nel caso in cui venga fatta richiesta a chi esercita la professione odontoiatrica di esibire le schede personali dei pazienti quest'ultimo dovrà mostrare le cartelle cliniche solo dopo aver preso visione dell'autorizzazione del procuratore della Repubblica o dell'autorità giudiziaria più vicina.

“A fronte di un ordine legittimo dell'autorità giudiziaria - sottolinea la Fiomceco - l'esercente la professione odontoiatrica non può esimersi dall'esibire le suddette schede anche se rimane aperta la questione attinente a uno dei principi fondamentali della professione e cioè a quello della inviolabilità del segreto professionale. A questo proposito è opportuno sottolineare che il professionista non incorre nella responsabilità

d'obbligo per legge e più risponde all'interesse del malato. Codeina e morfina sono due sostanze che il farmacista è obbligato ad avere sempre disponibili in farmacia ed ha altresì l'obbligo di procurarsi e dispensare al pubblico, nel più breve tempo possibile, ogni farmaco previsto in farmacopea nazionale, se non ne dispone al momento della presentazione della ricetta. Sarebbe stato anche importante richiamare il decreto del ministero della Sanità del 13 aprile 1989 su “Prescrivibilità a carico del Ssn di alcune preparazioni galeniche”. Il decreto non è più operante, per il provvedimento del ministero della Sanità - Cuf n°127 del 30.XII.1993 sulla riclassificazione dei farmaci. È importante però sapere che era prevista la erogazione a carico del Ssn di diverse formulazioni galeniche di oppiacei (morfina, codeina, ossicodone). Il recente provvedimento ministeriale ha cancellato dall'erogazione gratuita molte di quelle formulazioni, ma ne ha salvato alcune, tra le quali la codeina da 60 mg., come galenico; i farmacisti devono quindi averla obbligatoriamente a disposizione. Per la prescrizione occorre il “ricettario giallo” perchè non associata ad altri farmaci.

Buprenorfina. È un oppiaceo 30 volte più potente della morfina, ma l'inserimento nella tabella IV, secondo il Dpr 309/90, consente di poterlo prescrivere su un comune ricettario; l'unica differenza, rispetto ai farmaci non stupefacenti, è la prescrizione in duplice copia. Non è certo il farmaco ideale per il trattamento del dolore cronico da cancro, ma la più facile prescrivibilità ne privilegia l'uso rispetto ad altri sicuramente più appropriati. Quando il manuale indica le caratteristiche dell'analgesico ideale dimentica quella più importante, cioè la relazione lineare tra dose ed effetto, il che vuol dire che ad ogni aumento di dose deve sempre corrispondere un aumento dell'effetto analgesico. Tra gli oppiacei maggiori è una caratteristica che possiedono morfina e metadone, non la buprenorfi-

na, oppiaceo agonista-antagonista, che presenta effetto tetto; vale a dire che con l'aumento del dolore e la necessità di salire con le dosi per ottenerne il controllo ad un dato limite non si otterrà più effetto analgesico. Questa dose critica è stata valutata ad 1 mg. per la via parentale e poco più per quella sublinguale. Se si considera che la buprenorfina è un oppiaceo forte e quindi ha effetti collaterali simili a quelli di morfina e metadone, c'è da chiedersi quale sia la sua utilità sapendo che dovrà essere sostituita generalmente da uno dei due narcotici maggiori. Rimane alla buprenorfina solo il discutibile vantaggio della più facile prescrivibilità.

Pentazocina. Giustamente gli autori del manuale scrivono che la sua grande diffusione iniziale, per lo meno in Italia, sia stata effetto della facile ricettazione, analoga a quella della buprenorfina (tabella IV). L'uso clinico nel trattamento del dolore neoplastico, ma si può dire per il dolore in genere, ha poi chiaramente dimostrato limiti tali da sconsigliarla in ogni caso.

LA MORFINA PER OS

I preparati di morfina per os a lenta liberazione, quali specialità del commercio (MS - Contin, Relipain, Oblioser), hanno rappresentato un notevole progresso nel trattamento del dolore da cancro, ma non hanno eliminato la necessità dei preparati a normale liberazione. Il manuale dimentica di informare che sono tutt'ora disponibili ed a carico del Ssn le soluzioni acquose o in scioppo di morfina, a diverse concentrazioni, quali preparazioni galeniche. Il loro inserimento nei farmaci dispensati dal Ssn era già stato previsto dal decreto ministeriale dell'aprile 1989 e garantito dalle nuove disposizioni.

Il loro impiego è necessario in molte situazioni, allorchè si deve ricorrere a dosi iniziali molto piccole, ad esempio in età pediatrica o in età molto avanzata; negli stati di cachessia o quando vi è forte predisposizione all'emesi. In questi

casi non sarebbe possibile ricorrere a dosi iniziali molto piccole di morfina con le preparazioni a lenta liberazione perchè indivisibili.

Indipendentemente da queste situazioni è comunque necessario poter disporre di un preparato di morfina a rapida dismissione per i malati in corso di mantenimento con i confetti ad azione ritardata. Vi è infatti un'evenienza non frequente di dolore improvviso in malati che pur hanno un buon controllo complessivo nell'arco delle 24 ore con la morfina ad azione controllata (breakthrough pain). In questi casi occorre intervenire con un preparato morfino per os a pronta liberazione, senza modificare il regime terapeutico di base. Infine vi sono malati che non tollerano o rifiutano farmaci per os o non sono più in grado di deglutire. La soluzione di morfina al 2%, ove una goccia corrisponde ad un milligrammo, è una preziosa alternativa perchè può essere somministrata per via sublinguale.

OPPIOIDI "DIMENTICATI" **Metadone**

È un'altra omissione importante del manuale. Il metadone è concordemente riconosciuto come il farmaco più utile in alternativa alla morfina. È una scelta che l'Oms riconosce nella sua pubblicazione "Cancer Pain Relief", Ginevra 1986. Un'assurda disposizione del nostro ministro della sanità del 1982 lo aveva vietato all'uso clinico, riservandolo esclusivamente alla disassuefazione degli stati di tossicodipendenza. Gli interventi operati presso il ministro hanno permesso, a distanza di 10 anni, il suo reimpiego all'uso clinico (provvedimento ministeriale del settembre 1992). Il metadone è ora disponibile per via orale in flaconi da 5, 10 e 20 mg., nella fascia A del nuovo formulario del Ssn.

Ossicodone. - Anche per questo farmaco nessuna menzione nel manuale. Era stato inserito tra i galenici oppiacei, in associazione al paracetamolo, erogabili dal Ssn con il decreto già citato

del 1989. Ora è stato depennato dall'erogabilità gratuita, pur restando ovviamente in farmacia e quindi disponibile a pagamento in ogni farmacia. L'ossicodone, nella scala dei farmaci da seguire per il controllo del dolore, si pone a mezza strada tra gli oppioidi deboli (codeina) e quelli forti (morfina e metadone). È circa nove volte più potente della codeina ed ha un ampio margine terapeutico, variabile da 5 a 30 mg. pro dose, ripetibile sino a 6 volte nella giornata. Consente pertanto trattamenti a lungo termine prima di giungere alla dose tetto, oltre la quale non è più efficace ed è necessario il ricorso alla morfina o metadone.

LA LEGISLAZIONE

Con il nuovo provvedimento ministeriale del 30.XII.1993 è stato fatto un passo indietro in relazione alla disponibilità dei farmaci più idonei alla terapia del dolore da cancro-dispensati dal Ssn. I farmaci inseriti in fascia A, cioè quelli a totale carico del Ssn, con la sola corresponsione da parte dell'assistito di una quota fissa per ricetta, sono i farmaci considerati essenziali e per le malattie croniche. Non credo ci siano dubbi sulla essenzialità e sulla destinazione per malattie croniche di quei farmaci che erano stati previsti prima dell'attuale provvedimento per il trattamento del dolore neoplastico. Oggi purtroppo il Ssn ha depennato l'ossicodone e le preparazioni di codeina in associazione ad Asa e paracetamolo. L'Italia, fra le nazioni del mondo occidentale, è quella che ha la minor gamma di farmaci utili per il trattamento del dolore da cancro. Non si tratta di farmaci ad alto costo, quindi in alcun modo si può giustificare l'operato della commissione unica del farmaco. In Regione Liguria fortunatamente vige una normativa che favorisce la terapia del dolore da cancro.

Una delibera del gennaio 1989 consente alle Usl liguri di erogare in forma gratuita e diretta i gale-

nici ad attività analgesica, indispensabili per la terapia del dolore nei malati neoplastici. Il medico può prescrivere, come galenici magistrali, i farmaci oppiacei, singolarmente o in associazione con altri farmaci non oppiacei, solitamente Asa o paracetamolo. La prescrizione è a libera scelta del medico, sia per i farmaci, sia per le dosi. La terapia è quindi personalizzata. Il medico deve accompagnare la prescrizione con una dichiarazione di indispensabilità e insostituibilità dei farmaci prescritti. Con questa disposizione è possibile in Liguria continuare la prescrizione di ossicodone a carico del Ssn. Soprattutto è possibile ricorrere a prescrizioni personalizzate, sotto forma di galenici magistrali.

Le associazioni delle specialità del commercio hanno l'inconveniente del condizionamento tra loro dei singoli componenti. La tossicità da Asa e paracetamolo, più che l'oppiaceo, limita l'utilità clinica di queste associazioni quando è necessario aumentare le dosi per andare incontro alla necessità del malato.

È un limite che non si pone con le prescrizioni galeniche magistrali poichè il medico può scegliere le dosi appropriate di ogni singola sostanza in rapporto al bisogno del singolo malato.

CONCLUSIONE

Abbiamo posto l'accento su alcuni punti la cui soluzione potrebbe agevolare l'esercizio professionale del medico nel suo impegno per alleviare il dolore nel malato di cancro e migliorarne l'efficacia.

- 1°) Rivedere le modalità prescrittive degli stupefacenti (ricettario giallo).
- 2°) Consentire l'erogazione in fascia A degli oppiacei in associazione ad altri farmaci, quali galenici magistrali, così come accade in Liguria per provvedimento regionale.
- 3°) Reintrodurre l'ossicodone nel formulario del Ssn ponendolo nella fascia A.

Prof. Franco Henriquet

FNOMCeO, DONNE ISCRITTE ALL'ORDINE E "PROBLEMI SERI"

Il presidente della Fnomceo, Poggiolini, ha inviato ai presidenti degli Ordini provinciali la seguente lettera:

"Cari colleghi, come è certamente a vostra conoscenza, il comitato centrale della Fnomceo ha, fra le altre, istituito una "commissione permanente per lo studio dei problemi della donna iscritta all'Ordine dei medici e odontoiatri", di cui sono state chiamate a far parte sette tra laureate in medicina e laureate in odontoiatria. La commissione in parola, prima nel suo genere, ha iniziato i suoi lavori il 9 settembre u.s.

"Le colleghe componenti la commissione mi hanno fatto pervenire l'invito a chiedere a tutti gli Ordini di far pervenire alla coordinatrice della commissione stessa - dr.ssa Piera Faggella - presso la Fnomceo, ogni questione o problema che le iscritte dei rispettivi Ordini - sensibilizzate al riguardo - porteranno a conoscenza dell'Ordine medesimo".

Il presidente dell'Ordine di Genova, Castellaneta, ha così risposto:

"Caro Poggiolini, l'istituzione di una "commissione permanente per lo studio dei problemi della donna iscritta all'Ordine dei medici e degli odontoiatri" (sara una donna?) è una iniziativa che ti fa onore! Nel prenderne atto trasmetterò questo tuo documento a chi di dovere e lo porterò a conoscenza delle donne iscritte pubblicandolo su Genova Medica. Penso che grandi vantaggi ne deriveranno non solo alle donne iscritte ma, per riflesso, anche gli uomini sempre iscritti.

"Tra le istituzioni di una commissione e l'altra, se tu volessi occuparti dei problemi seri che riguardano l'intera categoria, potrai sempre contare sulla collaborazione dell'Ordine dei medici di Genova".