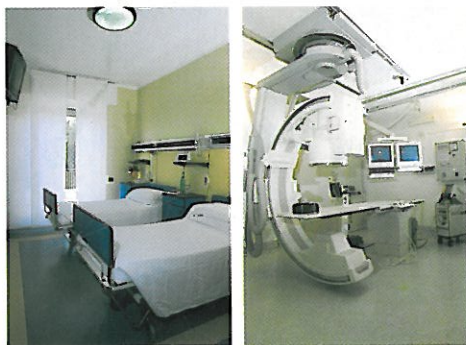
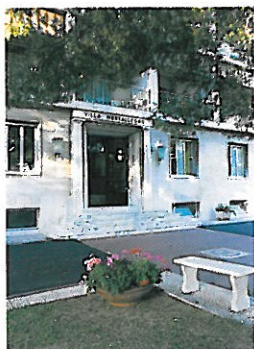




CASA DI CURA  
VILLA MONTALLEGRO

Direttore Sanitario:  
Prof. Renzo Bonanni  
Specialista e Libero Docente in Igiene



Via Monte Zovetto, 27 - 16145 Genova  
Tel. 010/35.311 - Fax 010/35.31.397

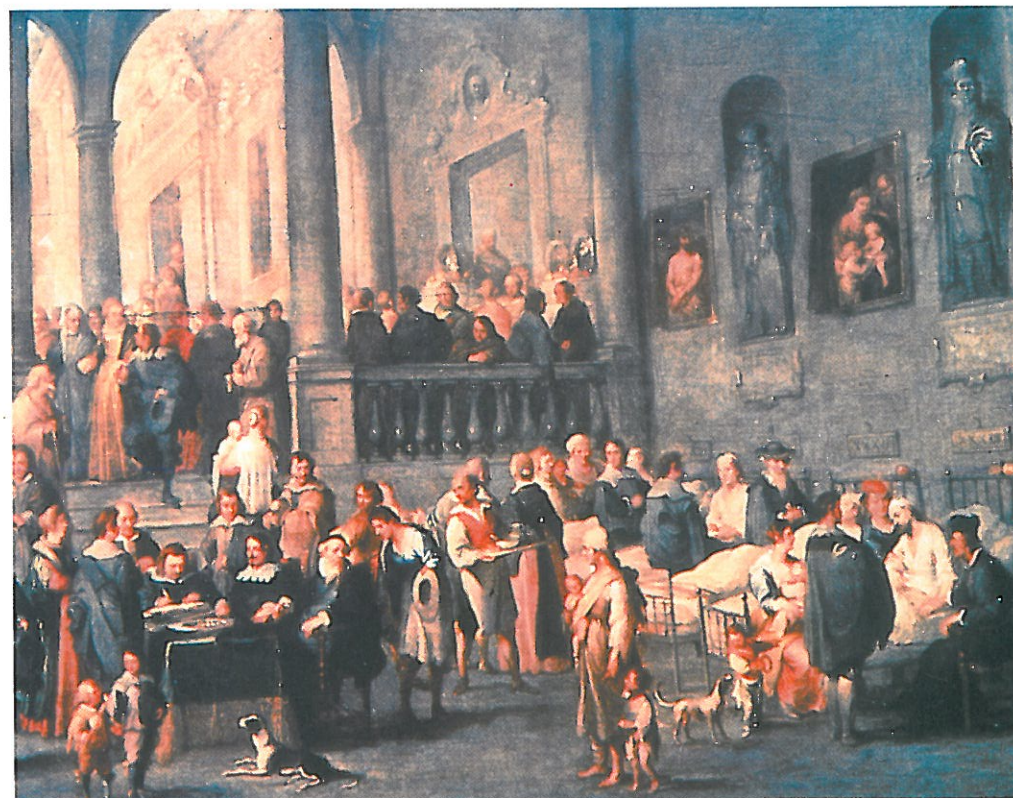
Numero Verde  
**167-417398**

Sito Internet: WWW.MONTALLEGRO.IT  
e-mail: clienti@montallegro.it

# GENOVA

M E D I C A

Organo Ufficiale dell'Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri della Provincia di Genova



Anno 6 - N. 2

Febbraio 1998

**All'interno "Dentisti Notizie"**

**CASO DI BELLA, MEDICI SOTTO PRESSIONE  
MA L' ORDINE NON AVVIERA' PROCEDIMENTI**

Le "nuove" idoneità primariali

Finanziaria: cosa cambia per la Sanità  
e per ogni contribuente

La medicina corre su Internet

298



# Non ci OCCUPIAMO di medicina. Ma di MEDICI.

Impegno, competenza, attenzione costante: queste le cure che quotidianamente un medico dedica ai suoi pazienti. Le stesse che da sempre ACMI dedica alla tutela degli interessi assicurativi, previdenziali, finanziari e immobiliari della classe medica. Con la stessa esperienza, perché ACMI è nata trentotto anni fa proprio con questa missione. Con la stessa professionalità, perché opera scegliendo prodotti appositamente realizzati dalle più importanti società di ogni settore. Oggi, con la consulenza della SIMASS Servizi Assicurativi, ACMI ha scelto di affidarsi a uno dei maggiori gruppi italiani - la SAI - che, attraverso le sue società SIS e VITASÌ, ha perfezionato una serie di coperture assicurative pensate per essere la risposta più adeguata al bisogno di sicurezza dei medici, per la famiglia, la professione, la casa, l'auto, la salute e la previdenza pensionistica. Una terapia esclusiva e personalizzata da assumere su consiglio di un consulente ACMI.

Numero Verde  
**1678-04009**



**SIMASS**  
SOLUZIONI FINANZIARIE E ASSICURATIVE



ACMI Piazza della Vittoria, 12/22 16121 Genova tel. 010-581004 - Via Lanzone, 31 20123 Milano tel. 02-86455434/8  
Riviera San Benedetto, 96/A 35129 Padova tel. 049-8721414

INTERNET: <http://www.vol.it/acmi> - Address posta: [simass@mbox.vol.it](mailto:simass@mbox.vol.it) - [acmi@mbox.vol.it](mailto:acmi@mbox.vol.it)

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

GENOVA  
Via Ceccardi 3 - 010/592932  
Via Vezzani 35r - 010/441298

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

GENOVA  
Via Cesarea 12/4  
010/581181

**IST. MANARA**  
Dir. San. e Dir. Tec.: Dr. M. Manara  
Spec. Radiologia Medica  
Dir. Tec.: Dr. E. Manara  
Spec. Radiologia Medica

GE - BOLZANETO  
Via Bolzaneto 33/6  
010/7455063  
Via B. Parodi 15 r  
010/7455922 tel. e fax

**IST. MORGAGNI**  
Dir. San. e R.B.: D.ssa A. Lamedica  
Biologo Spec.: Patologia Clinica  
R.B.: Dr. F.L. Savioli Spec. Radiologia  
R.B.: Prof. G. Lamedica Spec. Cardiologia

GENOVA  
C.so De Stefanis 1  
010/876606-8391235

**IST. NEUMAIER**  
Dir. San. e R.B.: Prof. Luigi Robert  
Spec.: Radiologia

GENOVA  
Via XX Settembre 5  
010/593660

**CENTRO RADIOLOGICO E FISIOTERAPICO**  
Dir. San. e R.B.: Dr.ssa Barbara Fanti  
Spec.: Radiodiagnostica  
Resp. Terapia fisica: Dr.ssa Tiziana Manca

GE - BUSALLA  
Via Chiappa 4  
010/9640300

**IST. RADIOLOGIA RECCO**  
Dir. San. e R.B.: Dr. C. A. Melani  
Spec.: Radiologia  
Resp. Terapia fisica: Dr. A. Pognani

GE - RECCO  
P.zza Matteotti 9  
0185/720061

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

GENOVA  
P.zza Dante 9  
010/586642

**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.: Prof. E. Balestra L.D.: Radiologia

GE - SESTRI P.  
P.zza Dei Nattino 1  
010/6531442  
fax 6531438

**IST. TECNES Med. Nucleare**  
Dir. San.: D.ssa Barbera  
Spec.: Med. Nucleare

GENOVA  
Via XX Settembre 5  
010/565643

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

## ISTITUTI NON CONVENZIONATI USL

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

GENOVA  
Via P. Boselli 32  
010/3621769

**ISTITUTO IL BALUARDO**  
Dir. San.: Dr. L. Parodi  
R.B.: Prof. D. Fierro Spec.: Radiologia  
R.B.: Dr.ssa C. Ivaldi Spec.: Reumatologia  
R.B.: Dr. G. Bavastro Spec.: Cardiologia

GENOVA  
P.zza Cavour  
Varco Mandraccio  
010/2471034  
fax 2466511

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

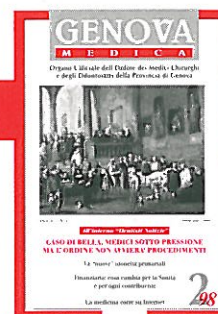
**LEGENDA:** PC = Patologia Clinica, TF = Terapia Fisica, RB. = Responsabile di Branca  
Ria = Radioimmunologia, S = Altre Specialità, L.D. = Libero Docente, MN = Medicina Nucleare in Vivo  
DS = Diagnostica strumentale, Spec. = Specialista, RX = Radiologia Diagnostica, T = Tomografia Ass. Comp.,  
RT = Terapia Radiante, RM = Risonanza Magnetica



# ASSOCIAZIONE SINDACATI SPECIALISTICA CONVENZIONATA ESTERNA (A.S.S.C.E.) STRUTTURE PRIVATE ADERENTI - (PROVINCIA DI GENOVA 1998)

L'Associazione è responsabile solo della veste grafica e non dei dati riguardanti le singole strutture.

STRUTTURE PRIVATE	INDIRIZZO E TEL.	SPECIALITA'										
		PC	Ria	MN	RX	RT	TF	S	DS	T	RM	
<b>IST. BARONE</b> Dir. San.: Dr. F. Pellegrini R.B.: Dr. G. Sconfienza	GENOVA P.sso Ponte Carrega 35/37r 010/8367213				*		*	*	*			
<b>IST. BIOMEDICAL</b> Dir. San.: Dr. P. Gamberoni R.B.: D.ssa P. Nava (biologa) Spec.: Igiene R.B.: Dr. G. Castello Spec.: Radiologia	GENOVA Via Prà 1/B 010/664920	*	*		*		*	*	*	*		
<b>IST. BIOTEST ANALISI</b> Dir. San. e R.B.: Dr. F. Masoero Spec.: Igiene e Med. Prev.	GENOVA Via Maragliano 3/1 010/587088	*	*					*	*			
<b>IST. BIOTEST RADIOLOGIA</b> Dir. San. e R.B.: Dr. C. Gubinelli Spec. Radiologia Medica	GENOVA Via Brigata Liguria 3/4 010/561522				*	*	*		*			
<b>IST. CHIROTHERAPIC</b> Dir. Tec. e R.B.: D.ssa A. Zanni Spec.: Medicina Fisica e Riabil. Dr. V. Poggi Di Castellaro Spec. Radiologia Medica	GENOVA C.so Buenos Aires 11/2 010/562212				*		*					
Dir. Tec.: Dr. M. Dogliotti Spec.: Fisiocinesiterapia e Ried. Neuromotoria Ortopedia e Traumatologia	Via Macaggi 25/10 010/5702107						*					
Dir. San.: Dr. G.C. Bezante R.B.: D.ssa N. Corrieri Spec. in Fisioterapia	Via S. Desiderio 16 (Ge- Rapallo) 0185/62621						*					
<b>IST. Radiologico e T. Fisica CICIO</b> Dir. San. e R.B.: Dr. G. Cicio Spec.: Radiologia	GENOVA C.so Sardegna 40a 010/501994				*	*	*		*			
<b>CENTRO DIAGNOSTICO LIGURE</b> Dir. San. e R.B.: Prof. Q. Falchi L.D.: Radiologia	GENOVA Via Peschiera 8 010/8310498				*				*	*	*	
<b>IST. EMOLAB</b> Dir. San. e R.B.: Prof. E. D'Amore L.D.: Chim. e Microscopia Clinica R.B.: Prof. E. D'Amore Spec. Radiologia	GENOVA Via G. B. Monti 107r 010/6457950 010/6451425	*	*	*	*			*	*			
<b>IST. FIDES</b> Dir. Tec.: Dr. Marco Scocchi Spec. Medicina Fisica e Riab. Dir. Tec.: D.ssa Caterina Sgarito Spec. Fisioterapia	GENOVA Via Fieschi, 10/6 010/594256 Via G.B. Monti, 9/4 010/417118 - 6469491						*		*			
<b>IST. GALENO</b> Dir. san. e R.B.: D.ssa G. Barberis Biologo Spec.: Igiene or. Lab. R.B.: Dr. R. Lagorio Spec. Radiologia Medica Dir. tec.: D.ssa F. Chioni Spec. Reumatologia	GENOVA P.sso Antiochia 2a 010/319331 010/594409 010/592540	*			*	*	*	*	*			



## S O M M A R I O

# 298

Anno 6 - Numero 2 Febbraio 1998

Organo Ufficiale dell'Ordine dei Medici  
Chirurghi e degli Odontoiatri  
della Provincia di Genova

**Direttore Editoriale**  
Dr. Corrado Canestro

**Direttore Responsabile**  
Dr. Sergio Castellaneta

**Comitato di Redazione**  
Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri di Genova  
*Presidente:* Dr. Sergio Castellaneta  
*Vice Presidente:* Prof. Emilio Nicola Gatto  
*Segretario:* Prof. Giandomenico Sacco  
*Tesoriere:* Dr. Anna Maria Gandolfo

**Consiglieri**  
Dr. Maria Clemens Barberis  
Prof. Dante Bassetti  
Dr. Massimo Blondett  
Dr. Gianbernardo Fusco  
Prof. Riccardo Ghio  
Dr. Maurizio Giunchedi  
Prof. Claudio Giuntini  
Dr. Luca Icardi  
Dr. Giuseppe Mina  
Dr. Luca Nanni  
Prof. Giovanni Regesta  
Dr. Marco Oddera  
Dr. Gabriele Perosino

**Collegio dei revisori dei conti**  
Prof. Fernanda De Benedetti  
Dr. Antonio Bianchini  
Prof. Giulio Cesare Peris  
Dr. Alberto Ferrando

**Commissione albo odontoiatri**  
*Presidente:* Dr. Tullio Zunino  
*Segretario:* Dr. Stefano Bovone  
Dr. Marco Oddera  
Dr. Gabriele Perosino  
Prof. Giuliano Ricci

### L'EDITORIALE

Pagina 2: Di Bella, solita farsa all'italiana

### IL CASO DI BELLA

Pagina 3: Medici sotto pressione  
Pagina 3: L'Ordine di Genova: nessun procedimento  
Pagina 5: La Fnomceo: seguire le norme  
Pagina 5: Le osservazioni del comitato bioetico  
Pagina 6: La posizione di alcuni noti medici genovesi

### LEGGI & REGOLE

Pagina 10: Le nuove idoneità primariali  
Pagina 22: La "nostra" Finanziaria

### NORMATIVA FISCALE

Pagina 15: Tasse, il torchio gira ancora

### CRONACA & ATTUALITA'

Pagina 9: Gli ambulatoriali decimati e il Sumai tace  
Pagina 13: La medicina corre su Internet  
Pagina 20: Aids, in Liguria un triste primato  
Pagina 21: Omeopatia: valido complemento per il Medico

**P. 28- 50 DENTISTI NOTIZIE**

**P. 31 LETTERE AL DIRETTORE**

Finito di stampare nel mese di febbraio 1998

Periodico Mensile Anno 6 - n° 2 - Febbraio 1998 - 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, progetto grafico e impaginazione: **Freeline s.n.c., Via Corsica 16/B 16128 Genova, Tel. 010/58.29.05 - fax 010/59.09.06** - Coordinamento redazionale: Estro S.r.l. Via Fiasella, 12 Genova, Tel.010/56.10.81 - fax 010/54.52.175 - Stampa: PG2 s.n.c., Via Roma 218 16019 Ronco Scrivia (Ge)

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



## DI BELLA: SOLITA FARSA ALL'ITALIANA!!

**L'**intera vicenda Di Bella, esplosa negli ultimi mesi, comunque vada a finire, un risultato l'ha sicuramente raggiunto: quello di rafforzare nella pubblica opinione, nazionale ed internazionale, l'idea che l'Italia in generale e la Sanità italiana in particolare sono palcoscenici da operetta. Abbiamo dato ancora una volta dimostrazione che la cialtroneria la fa sempre da padrona nel nostro Paese. Ma in questa occasione ci sono anche degli aspetti particolari: non possiamo infatti limitarci a prendercela con la solita classe politica e con i giornali, siamo costretti a tirare pesantemente in ballo la cosiddetta comunità scientifica, la Fnomceo ed i vari Ordini dei Medici. È emerso chiaramente che tutti questi signori, pur sollecitati a farlo, per il passato non hanno mai degnato della benché minima attenzione il prof. Di Bella e il "fenomeno" che stava sviluppando intorno a lui.

Infatti, lo "scienziato modenese" da anni compariva nei congressi internazionali, da anni organizzava meetings a Roma, Palermo, Napoli molto reclamizzati, nel corso dei quali informava dei sorprendenti risultati ottenuti nella cura del cancro (sic!).

Nessuno, ripeto, nessuno, ha degnato il tanto oggi declamato metodo Di Bella di considerazione alcuna: nè il ministero della Sanità, nè i soloni dell'oncologia e tanto meno la Fnomceo. Tutti liquidavano il caso come l'eterno fenomeno, che ciclicamente si rinnova, del solito fanatico, che crede di aver risolto una volta per tutte il problema del cancro.

E nessuno ci toglie dalla testa che ancora nulla sarebbe accaduto se un cittadino, stremato dalla malattia e dalla enormità della spesa per acquistare i farmaci del cosiddetto metodo Di Bella (oggi è già diventato un protocollo...), non si fosse rivolto ad un pretore, il quale, giustamente dico io, ha intimato alla Usl di fornire i farmaci necessari. Da qui una reazione a catena che ha scatenato la rivolta dei malati e dei loro familiari, a fronte della quale sono state opposte arroganza, intimidazioni, minacce più o meno velate e totale

disinteresse per la sorte dei cittadini. Ma sotto l'incalzare della gente disperata ed incazzata tutti, sottolineo tutti, hanno calato, come si suol dire, le braghe, a cominciare dalla Bindi per finire al rappresentante più accreditato della comunità scientifica, il prof. Veronesi, che oggi coccolano con sguardi affettuosi l'omino dai bianchi capelli, è accaduto di sentirli parlare, come se nulla fosse accaduto prima, di sperimentazione su 600 pazienti più l'osservazione di altri 2000 (?) con risposte sperimentali certe entro quattro, sei, otto mesi... Nel frattempo, in attesa dei risultati sperimentali, la gente continua a premere nei confronti delle autorità sanitarie e della magistratura per ottenere gratis l'intera cura, cosa che due Regioni hanno già messo in atto.

Per fortuna sia l'Ordine dei Medici di Genova sia il Consiglio Nazionale degli Ordini, convocato d'urgenza il 18/1/98 a Roma, hanno deliberato di **non vietare ai Medici italiani di prescrivere la somatostatina e la melatonina** per patologie (quali i tumori) non previste dalla normativa in vigore, derogando così dal rispetto dell'articolo 12 del nostro codice deontologico. Meno male, in quanto solo i Medici avrebbero dovuto contrastare la richiesta dei pazienti in una situazione di sbracamento totale da parte di tutti, ministero della Sanità in testa.

**Riassumendo: i Medici genovesi ed italiani, che volessero prescrivere o praticare la terapia del prof. Di Bella su richiesta scritta del paziente o dei suoi più stretti familiari, dopo aver debitamente fornito le informazioni più complete ed asettiche del caso, sono liberi di farlo senza incorrere in alcun procedimento disciplinare da parte dell'Ordine di appartenenza.** In tali casi sarebbe consigliabile, al fine di evitare il sospetto di voler sfruttare la situazione, di prescrivere e praticare la terapia Di Bella senza richiedere compenso alcuno.

Questa è la linea dell'Ordine e della Fnomceo, sulla quale non tutti i Medici concordano, come si potrà evincere dalla semplice lettura di "Genova Medica".

Sergio Castellaneta

## Lettere al Direttore

UNA GRADUATORIA VALIDA  
E NON ILLEGGITTIMA

Sul numero 10/97 di "Genova Medica" veniva pubblicato un articolo intitolato "Ultim'ora: la graduatoria è illegittima" in cui veniva riportato che "il tribunale amministrativo riconosceva l'illegittimità" della graduatoria regionale della medicina generale "ma che non poteva essere sospesa"... L'articolo non pubblicava per esteso l'ordinanza del Tar Liguria, dove in realtà si legge che "allo stato attuale non sussistono le condizioni previste dalla legge per concedere la richiesta misura cautelare" e solo dopo si aggiunge "tenuto conto che da un'eventuale sospensione degli atti impugnati nessuna utilità diretta e immediata deriverebbe alla parte ricorrente; P.Q.M. respinge la suindicata domanda incidentale di sospensione". In nessun punto, dunque, si dichiara illegittima la graduatoria regionale. Oltre alla incompleta e frettolosa presentazione dei fatti, facciamo osservare che l'articolo attribuisce ad un tribunale amministrativo un giudizio che non c'è stato e che il Tar non poteva comunque dare in tale occasione in quanto chiamato a pronunciarsi solo sulla richiesta di sospensiva e non sulla materia in sé. Ricordiamo infine che la sospensiva è stata poi respinta e, pertanto, l'attuale graduatoria è al momento valida a tutti gli effetti. Questa nostra precisazione non ha volontà polemica verso altri colleghi, che peraltro conosciamo e stimiamo professionalmente ma solo significato di precisazione e chiarezza. Per tutti i Medici ex corsisti.

Andrea Arvigo

GLI APPETITI DELL'INPS  
SUI FONDI DELL'ENPAM

Due piccioni con una fava. Non si può certo negare la capacità strategica dell'attuale governo. Un bel colpo se con una mossa si mangiano due pedine: 1- annullare a breve tempo la specialistica interna; 2- papparsi il suo Fondo speciale Enpam. L'articolo

34 del collegato alla Finanziaria '98 mina nella loro stessa esistenza gli specialisti interni in parte costretti ad una forzata scelta per un contratto di dipendenza, in parte annullati tra



pochi anni per ragioni anagrafiche e derubati gli altri, rimasti ad estinzione nella convenzione, del loro monte orario a colpi di 10% per cento (minimo) in meno all'anno. Si ottiene così l'annullamento di una convenzione nazionale e l'ingresso di questi Medici nel sistema pensionistico Inps con la conseguente sparizione del Fondo Speciale Ambulatoriali che insieme al Fondo Generale Quota B è uno dei pilastri della Fondazione. L'Enpam è sempre stata molto appetita dall'Inps che negli anni '80 cercò, con l'appoggio dei Sindacati confederati, di papparsela. Uno dei più convinti sostenitori dell'inglobamento Enpam nell'Inps fu allora il senatore Visco. Il presidente Parodi riuscì anche grazie alla solidità finanziaria del nostro ente di previdenza a trasformarlo in Fondazione e a metterla in salvo. Oggi si assiste ad una nuova strategia predatoria che con sistemi più soft otterrà nel giro di pochi anni la sparizione del Fondo, il quale chiuso a nuovi ingressi e depauperato da eventuali trasferimenti nell'Inps dei fondi dei Medici passati a rapporto di dipendenza, finirà così strozzato. Mi sovviene un aneddoto di Ricciardetto, adattato alla nostra situazione: "I Fondi Enpam erano in una stanza, su un tavolo. Entrò un ladro, si prese il Fondo Speciale Enpam e lasciò un cartello, con su scritto: grazie.....poi passerò a prendere il resto". Tutti i Medici in attività o in quiescenza, le loro vedove e gli orfani, sono avvertiti. Anche i colleghi ospedalieri, che stanno facendo di tutto per lasciare l'Inps ed entrare nell'Enpam, non so con quale risultato ma con molti buoni motivi.

Alfonso Celenza  
segretario regionale Sumai



## ELEZIONI ANDI GENOVA 1998

### I PUNTI PROGRAMMATICI DEL NUOVO CONSIGLIO DELL' ASSOCIAZIONE DENTISTI ITALIANI - SEZIONE DI GENOVA

- 1 - LA CREAZIONE DI UN ORGANIGRAMMA OPERATIVO
- 2 - L'AFFIANCAMENTO DI CONSULENTI E FIDUCIARI
- 3 - IL RILANCIO DELLA PROFESSIONE IN PLETORA E IL RECUPERO DELL'IMMAGINE DEL DENTISTA VERSO IL SOCIALE
- 4 - IL POTENZIAMENTO DEI RAPPORTI CON I MEDIA
- 5 - PUNTO FERMO CON L'ANDI NAZIONALE RIGUARDO ALLA DIMINUZIONE DELLE QUOTE
- 6 - RAPPORTO CON L'ORDINE DEI MEDICI MANTENENDO SEMPRE VIVA LA C.O.G. (Commissione Odontostomatologica Genovese)
- 7 - PROGRAMMI CULTURALI PER L'AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE ATTRAVERSO ORGANIZZAZIONE DI CORSI E CONGRESSI
- 8 - ORGANIZZAZIONE DI "SCREENING - CARIE" PRESSO LE SCUOLE DELLA PROVINCIA
- 9 - ORGANIZZAZIONE DEI PREMI ANDI GENOVA SCIENTIFICO ED ASSOCIATIVO
- 10 - ORGANIZZAZIONE DEL CORSO PER ASSISTENTI ALLA POLTRONA (10° ANNO)
- 11 - MANTENIMENTO E POTENZIAMENTO DELLA RIVISTA "LIGURIA ODONTOIATRICA"
- 12 - SERVIZI AI SOCI CON NUOVE CONVENZIONI E AGEVOLAZIONI E POTENZIAMENTO DELLA SEGRETERIA PER MIGLIORARE IL SERVIZIO AGLI ISCRITTI

### CALENDARIO CULTURALE DI FEBBRAIO E MARZO

#### FEBBRAIO

- 20 **ANDI La Spezia**  
"La conservativa nel bambino" - ore 21.00  
Relatore: dott. Manna - Sede: Ordine dei Medici
- 21 **SIOI (Società italiana di odontoiatria infantile)**  
Convegno ligure di odontoiatria infantile  
Organizzatore: dott. G. Alberti  
Sede: Aula Magna Facoltà di Medicina e chirurgia dell'Università degli Studi di Genova (ore 8.30/17)
- 23 **C.O.L. (Cenacolo Odontostomatologico Ligure)**  
"L'incidenza del fumo sul parodonto e sulle terapie chirurgico-implantari"  
Relatore: dr. G. Leghissa  
"Il rischio parodontale e stomatologico nelle chemioterapie e radioterapie - Relatore: dr. R. Armanino  
Sede: Kavò Italia, Genova - ore 20.30
- 24 **ANDI Genova**  
"New Factors for Periodontal regeneration"  
Relatore: dott. Lars Heijl  
Sede: Starhotel President - ore 20.30

#### MARZO

- ddc **DIV. ODONTOIATRIA DELL'OSPEDALE G. GASLINI**  
Seminario su "elastodontic"  
Relatore: dott. Silvestrini e dott. Podestà
- 7 **ANDI La Spezia**  
"Endodonzia" - ore 9.00  
Relatore: dott. Lavagnoli  
Sede: Ordine dei Medici
- 14 **SIOS**  
"Tavola rotonda in Odontostomatologia dello Sport"  
Sede: San Marino
- 16 **C.O.L. (Cenacolo Odontostomatologico Ligure)**  
"La chirurgia parodontale nella fase preprotetica"  
Relatore: prof. Giorgio Blasi  
Sede: Kavò Italia - ore 20.30
- 24 **ANDI Genova**  
Gnatologia  
Relatore: dott. G. Magnano  
Sede: Kavò - ore 20.00 - 23.00

## IL CASO DI BELLA

# MEDICI SOTTO PRESSIONE

*La Fnomceo spiega l'ammorbidente della sua posizione*

**G**iornali e televisioni hanno riferito dell'ordine del giorno Fnomceo - che pubblichiamo a parte - in maniera affrettata e necessariamente sintetica, a volte addirittura distorta. Tanto da indurre il presidente Pagni a scrivere poi a tutti gli Ordini per rilevare che è esso stato letto in maniera semplicistica dalla stampa di informazione e dalla televisione come un "voltafaccia" e una "marcia indietro" della Federazione rispetto al comunicato della presidenza del 29 dicembre 1997. "In realtà - scrive Pagni - ha riflesso soltanto la difficoltà dei Medici di resistere alla pressione dei mass media

e della opinione pubblica e soprattutto dei malati e dei loro familiari alla ricerca di una speranza di guarigione umanamente comprensibile. Ove si aggiunga a questo la latitanza o la sottovalutazione della comunità scientifica nazionale sul fenomeno Di Bella e la accettazione di condurre una sperimentazione sulla sua cura, si avrà la misura della complessità della situazione".

La lettera sottolinea che il documento "riafferma alcuni principi fondamentali irrinunciabili per la professione" e puntualizza alcuni concetti:

**"1.** l'efficacia della cura del professor Di Bella non è provata scientificamente; **2.** i cittadini

## L'ORDINE DI GENOVA: NESSUN PROCEDIMENTO

**L'**Ordine di Genova ha preso posizione sulla vicenda Di Bella con un documento approvato nella seduta del 16 gennaio. Eccone il testo:

"il Consiglio dell'Ordine provinciale dei Medici chirurghi e degli Odontoiatri di Genova, nella riunione del 16 gennaio 1998,

- nello stigmatizzare la comunità scientifica e le autorità sanitarie a tutti i livelli, che hanno consentito con la loro irresponsabile passività l'esplosione di tale problema che coinvolge nella sua drammaticità Medici, pazienti e familiari;

- nell'auspicare che la dovuta sperimentazione rispetti appieno le buone norme di pratica clinica (vedi D.M. del 15/7/97, che recepisce le linee guida dell'Unione Europea di buona pratica clinica per l'esecuzione delle sperimentazioni cliniche dei medicinali del 1995);

- in attesa che tale sperimentazione giunga ad una chiara ed univoca conclusione che vincoli, per il futuro, tutte le strutture sanitarie ed i Medici operanti sull'intero territorio nazionale;

### RITIENE

di non dover intervenire disciplinarmente nei confronti dei Medici iscritti che, in piena coscienza e su richiesta del paziente e dei suoi famigliari, reputino di prescrivere e praticare il metodo Di Bella, pur riconfermando la validità dell'articolo 12 del Codice deontologico".



sono invitati a non rinunciare alle cure tradizionali dimostratesi efficaci in alta percentuale in tutto il mondo; **3.** il rispetto delle norme del codice deontologico in tema di prescrizione dei farmaci è obbligatorio per tutti i Medici e non esiste la libertà terapeutica del paziente condizionante le decisioni del Medico; **4.** per la legislazione italiana il ministero della Sanità stabilisce quali sono i farmaci efficaci da autorizzare al commercio e il Medico non può prescrivere farmaci di non dimostrata efficacia se non assumendosene la responsabilità; **5.** i Medici possono accettare o non accettare, secondo i loro convincimenti personali, di praticare la terapia del prof. Di Bella e coloro che accettano non saranno sottoposti a procedimento disciplinare da parte degli Ordini, se non in caso di speculazione lucrativa o di altro comportamento illecito,

soltanto fino alla conclusione della sperimentazione. Tra l'altro risulterebbe che alcuni Medici, cultori delle cure del prof. Di Bella, redigono ricette senza visitare i malati su sollecitazioni dei parenti che esibiscono cartelle cliniche, e che questi ultimi rifiutano di far firmare al paziente il consenso informato per non fargli conoscere la "verità" sul suo stato di salute; **6.** il Medico che accetti di prescrivere la terapia del prof. Di Bella pratica la terapia "sperimentale", che, come tale, ricade negli obblighi derivanti dalle norme contenute nel decreto ministeriale 15/7/97".

La lettera di Pagni ricorda ancora che alcuni presidenti di Ordine hanno chiesto come fare di fronte a colleghi che, essendo "obiettori di coscienza" nei confronti della terapia del prof. Di Bella, sono in contrasto con le ordinanze di alcuni pretori che riconoscono al cittadino il diritto di ottenere la prescrizione gratuita dei farmaci.

"Giova a questo proposito ricordare - recita la puntualizzazione del presidente Fnomceo - che il diritto alla salute, e il diritto alla scelta del luogo di cura da parte del cittadino non possono obbligare nessun Medico a prescrivere cure nelle quali non crede, e che la responsabilità del Medico, per eventuali danni provocati alla persona, non viene meno per l'ordinanza di un pretore.

"Mi pare importante ricordare - conclude Pagni - che i presidenti delle Regioni hanno concordato con il ministro che la somministrazione gratuita di somatostina da parte di alcuni assessorati e dirigenti di Usl cesserà all'atto dell'inizio della sperimentazione e sarà limitata ai soli soggetti corrispondenti alle patologie identificate per la sperimentazione dalla commissione oncologica. E' dunque necessario illustrare che la prescrizione sul modulo del Ssn della somatostatina è consentita solo nell'ambito della nota 40 della Cuf e delle indicazioni previste dalla scheda tecnica, mentre il ricettario privato del Medico potrà contenere i farmaci in oggetto laddove il sanitario stesso accetterà di partecipare allo studio osservazionale".

## CONSENSO INFORMATO SI PROCEDE COSI'

Forse potrà sembrare eccessivo, ma sta di fatto che anche per il "consenso informato" le regole da seguire vanno cercate sulla Gazzetta Ufficiale. Il supplemento del 18 agosto dello scorso anno vi ha infatti dedicato diverse pagine. Sintetizzando al massimo, va detto che il consenso informato deve essere espresso dal paziente per iscritto, dopo che lo sperimentatore (nel nostro caso il Medico) gli ha illustrato con linguaggio chiaro, in modo dettagliato ed esauriente, lo scopo e tutti gli altri aspetti dello studio, compresi eventuali rischi, benefici ragionevolmente previsti, procedure e via dicendo. Prima della partecipazione del soggetto allo studio, il modulo di consenso informato scritto deve essere firmato e datato personalmente dal soggetto o dal suo rappresentante e dalla persona che ha condotta la discussione relativa.

rappresenta l'incontro tra Sindacato, Università e Ospedali nell'interesse di tutta la professione odontoiatrica genovese.

- **Il programma culturale** con i suoi corsi sempre più qualificati e numerosi.

- **Il premio Andi Genova** per meriti associativi e per meriti scientifici.

- **Il corso per assistenti alla poltrona.**

- **La rivista "Liguria Odontoiatrica"** migliorata nella grafica e nella tiratura.

Questo in sintesi il programma del nuovo Presidente Andi e scusate se è poco. **Grazie Emilio Casabona! Buon lavoro Massimo Gaggero!**

**Tullio Zunino**

Presidente Commissione Odontoiatri  
Consigliere Andi Genova

## RIPORTIAMO QUI DI SEGUITO LA COMPOSIZIONE DEL NUOVO CONSIGLIO ANDIGENOVA ELETTO PER IL PROSSIMO TRIENNIO.

Massimo Gaggero	Presidente
Stefano Bovone	Vice Presidente
Emilio Casabona	Segretario Sindacale
Gabriele Perosino	Segretario Culturale
Fausto Campanella	Tesoriere
Paolo Dellacasa	Consigliere
Vincenzo Matteucci	Consigliere
Cinzia Meconi	Consigliere
Emanuele Muller	Consigliere
Paolo Pernthaler	Consigliere
Emilio Pratolongo	Consigliere
Proscovia Salusciev	Consigliere
Alicia Spolidoro Gambetta	Consigliere
Massimiliano Zaccaria	Consigliere
Tullio Zunino	Consigliere
Giorgio Inglese Ganora	Revisore Conti Effettivo
Paolo Mantovani	Revisore Conti Effettivo
Uberto Poggio	Revisore Conti Effettivo
Anna Maria Zunino	Revisore Conti Supplente



**Massimo Gaggero**

**Vengono nominati in seno al Consiglio i "Consiglieri Senior" (past president), prof. Franco Mantero, prof. Giuliano Ricci e dott. Iginio Narici.**

**Alcuni Soci, resisi disponibili a collaborare, assumeranno la carica di "Coadiutore al Consiglio" e saranno inseriti in Commissioni - Gruppi di lavoro previsti dallo Statuto.**



# Dentisti Notizie



## ELEZIONI ASSOCIAZIONE NAZIONALE DENTISTI ITALIANI

### RINNOVATO PER RINNOVARE

**T**utto è teso verso il "2000", era giusto quindi che l'Andi tendesse a questo inizio del terzo millennio con uno spirito rinnovato, e con un programma incisivo ed ambizioso.

Non è facile quindi promuovere una associazione professionale, che è nel contempo sindacale e culturale. Lo sforzo dei dirigenti, in un contesto epocale come quello in cui viviamo, significa rinunciare a parte di professione, a parte di famiglia, a parte di se stessi. Non è gloria, ma lavoro infaticabile, non è lustro ma schiacciante responsabilità. **I due mandati di presidenza del dott. Casabona** sono stati una palestra di gran lavoro e preparazione per la nuova presidenza che da tempo era "in pectore" a tutti gli iscritti dell'Associazione. Non ci sono stati dubbi e le votazioni lo hanno confermato plebiscitariamente. **E' stato eletto il dott. Massimo Gaggero.** Il suo programma ha colpito nel segno. L'ideazione di un **organigramma operativo** è una sollecitazione a tutti i componenti dei passati consigli a continuare a lavorare e l'istituzione dei "coadiutori" è l'inserimento in incarichi fiduciari di forze nuove e giovani che potrebbero rappresentare il futuro

dell'Associazione.

- **Il rilancio della professione**, attraverso nuove iniziative, per veicolare ricadute economiche della gente, verso il nostro settore.

- **Il recupero dell'immagine del dentista** nei confronti del sociale intraprendendo iniziative benefiche al fianco di altre benefiche associazioni.

- **Il potenziamento dell'Ufficio stampa** attraverso la collaborazione con l'addetto alle pubbliche relazioni Luca Viterbo.

- **I rapporti con l'Andi Nazionale** alla quale dovrebbe essere richiesta la regionalizzazione vera dell'Associazione con la conseguente diminuzione della quota da inviare a Roma.

- **I rapporti con l'Ordine dei Medici e Odontoiatri** attraverso la "commissione odontoiatri" costituita tutta da uomini Andi.

- **La Commissione Odontomastologica Genovese** in seno all'Ordine dei Medici e Odontoiatri che

## IL CASO DI BELLA

### LA FNOMCEO: SEGUIRE LE NORME

*Non esiste obbligo per il Medico di agire contro coscienza*

**E**cco il testo dell'ordine del giorno sul caso Di Bella che il Consiglio nazionale della Fnomceo ha approvato a maggioranza nella seduta del 18 gennaio scorso. "Il Consiglio nazionale della Fnomceo, costituito dai presidenti degli Ordini provinciali dei Medici chirurghi e degli Odontoiatri italiani, riunito a Roma in data 18 gennaio 1998 in seduta straordinaria, dopo ampia discussione approva la relazione del presidente in merito alle recenti vicende relative al caso del prof. Di Bella, facendo proprio il documento elaborato dal Comitato centrale del 16 gennaio 1998.

"Il Consiglio nazionale della Fnomceo, con viva preoccupazione denuncia **1.** che i complessi e delicati problemi relativi all'efficacia, alla tollerabilità e alle ipotetiche sinergie di una terapia non siano stati valutati nell'ambito della comunità scientifica nazionale ed internazionale, unica sede naturale ed esclusiva nella quale avrebbero dovuto essere affrontati; **2.** che i pazienti abbiano tratto da questa situazione completo disorientamento, con il grave rischio di pesanti conseguenze per la salute a causa di una eventuale sospensione di cure disponibili di provata efficacia; **3.** che la conflittualità tra i poteri

### LE OSSERVAZIONI DEL COMITATO BIOETICO

**A**nche il Comitato nazionale per la bioetica si è occupato della vicenda Di Bella, proprio rispondendo ad un quesito partito da Genova: il 2 gennaio infatti il Comitato etico dell'Ist aveva chiesto un parere sul caso. La risposta esamina dapprima il comportamento delle autorità sanitarie, rilevando, in sostanza, che il ministero della Sanità ha agito in perfetta obbedienza "alle norme nazionali, comunitarie e più latamente internazionali". Altrettanto correttamente Federazione e Ordini devono richiamare i Medici all'obbligo di rispettare le leggi dello Stato e il codice di deontologia professionale. In particolare questo, all'art. 12, attribuisce al Medico piena autonomia nella scelta e nell'applicazione di metodi diagnostici e terapeutici, ma nel contempo stabilisce che "ogni prescrizione e ogni trattamento devono essere comunque ispirati ad aggiornate acquisizioni scientifiche" e che "il ricorso a terapie nuove è riservato all'ambito della sperimentazione clinica. Sono vietate l'adozione e la diffusione di terapie ... non supportate da adeguata sperimentazione...oppure atte a suscitare illusorie speranze". L'art. 46 stabilisce che "la sperimentazione deve essere programmata secondo adeguati protocolli" mentre l'art.82 recita che: "La potestà di scelta di terapie e metodi innovativi o alternativi spetta al Medico, ma non possono sostituirne altri di sicura e dimostrata efficacia, per cui andrebbero riservate ai casi estremi in cui non c'è la possibilità di utilizzare terapie già conosciute e ufficialmente accettate, oppure non hanno prodotto alcun effetto positivo. In ogni caso tali scelte andranno supportate da un chiaro "consenso informato" del paziente.



pubblici, la strumentalizzazione politica e il trasferimento a sedi improprie della valutazione delle prove scientifiche, abbia creato confusione tra diritto e tutela della salute, libertà di cura e concedibilità gratuita nel Servizio sanitario nazionale difforme sul territorio, di un farmaco di non sperimentata efficacia. Invita pertanto i cittadini a non sospendere e a non rinunciare a terapie riconosciute e collaudate in tutto il mondo; stigmatizza la consuetudine strumentale di alcuni ambienti di screditare la professione medica e la comunità scientifica italiana, ricordando che i risultati scientifici e la corretta attività professionale della classe medica italiana hanno consentito di collocare l'Italia ai primi posti in ambito mondiale per la positività dei risultati in termini clinici e di miglioramento della qualità e della durata della vita.

"Il Consiglio nazionale della Fnomceo - prose-

gue il documento - riconferma l'assoluta validità e coerenza delle norme del codice di deontologia medica per tutti i Medici italiani e nel contempo fornisce loro linee di indirizzo per il comportamento da seguire nei confronti dei pazienti neoplastici trattati con il metodo Di Bella nel periodo intercorrente fra l'avvio di una corretta, se pur tardiva, verifica scientifico sperimentale e la sua conclusione.

"Il Consiglio nazionale della Fnomceo, che è vicino alle sofferenze dei pazienti e dei loro familiari e solidale con i Medici nella loro quotidiana attività richiama i seguenti punti di riferimento; premesso 1. che al momento attuale non esiste nell'ambito della comunità scientifica mondiale e della relativa letteratura, alcuna certezza o evidenza che i farmaci usati dal prof. Di Bella per la cura dei tumori abbiano documentata efficacia nel loro trattamento e che altresì,

prezzo in vigore; in caso contrario l'adeguamento è attuato in sei fasi con cadenza annuale di eguale importo.

11. Il ministro della Sanità adotta misure atte a favorire la produzione e l'uso di farmaci generici, ad assicurare un'adeguata informazione del pubblico sui medicinali attraverso strumenti ulteriori rispetto al foglio illustrativo e a rendere effettiva l'introduzione di confezioni di specialità medicinali e di farmaci generici che, per dosaggio e quantitativo complessivo di principio attivo, risultino ottimali in rapporto al ciclo terapeutico.

12. Il ministro della Sanità adotta iniziative dirette a impedire aumenti non giustificati dei prezzi dei medicinali collocati nella classe c) prevista dall'articolo 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n.537. Gli eventuali aumenti dei prezzi dei medicinali predetti sono ammessi esclusivamente a decorrere dalla comunicazione degli stessi al ministero della Sanità e al CIPE e con frequenza annuale.

13. Nell'articolo 19, comma 14, della legge 11 marzo 1988, n.67, come modificato dall'articolo 12, comma 4, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.539, dopo la parola: "deducibili" sono inserite le seguenti: "nella misura dell'80 per cento".

La pubblicità di medicinali comunque effettuata dalle aziende farmaceutiche, ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.541, attraverso convegni e congressi, è soggetta al disposto dell'articolo 19, comma 14, della legge 11 marzo 1988, n.67, come modificato dal primo periodo del presente comma. La deducibilità della spesa è subordinata all'ottenimento da parte delle aziende della prescritta autorizzazione ministeriale alla partecipazione al convegno o congresso in forma espressa, ovvero per decorrenza dei termini nei casi in cui la legge preveda la procedura del "silenzio-assenso".

14. Per iniziative di farmacovigilanza e di informazione degli operatori sanitari sulle proprietà, sull'impegno e sugli effetti indesiderati dei medicinali, nonché per le campagne di educazione sanitaria nella stessa materia, è autorizzata, a decorre-

re dall'anno 1999, la spesa di lire 100 miliardi.

15. L'onere a carico del Servizio sanitario nazionale per l'assistenza farmaceutica è determinato in lire 11.091 miliardi per l'anno 1998, 200 dei quali destinati, in parti uguali, a far fronte ai maggiori costi derivanti dall'introduzione dei farmaci innovativi e di farmaci per la prevenzione ed il trattamento dell'Aids, lire 11.451 miliardi per l'anno 1999 e lire 11.811 miliardi per l'anno 2000, salvo diversa determinazione adottata, per gli anni 1999 e 2000, con apposita disposizione della legge finanziaria a ciascuno di essi relativa.

16. Nel caso che la spesa per l'assistenza farmaceutica ecceda, secondo proiezioni da effettuare trimestralmente, gli importi previsti dal comma 15, il ministro della Sanità, avvalendosi di un'apposita commissione da istituire con proprio decreto, che includa una rappresentanza delle aziende del settore, ivi comprese quelle della distribuzione intermedia e finale, e della Commissione unica del farmaco, valuta l'entità delle eccedenze per ciascuna classe terapeutica omogenea e identifica le misure necessarie. Qualora comunque, alla fine dell'anno, si registri una spesa superiore ai limiti previsti dal comma 15, le imprese titolari dell'autorizzazione al commercio le imprese distributrici e le farmacie sono tenute a versare al Servizio sanitario nazionale un contributo pari al 60 per cento dell'eccedenza.

17. Al fine di consentire al competente Dipartimento per la valutazione dei medicinali e la farmacovigilanza di definire, entro due anni, tutti i procedimenti relativi alle domande arretrate di autorizzazione all'immissione in commercio di medicinali, il ministro della Sanità è autorizzato ad avvalersi, mediante incarichi temporanei e revocabili, entro il limite complessivo di cinquanta unità, di medici, chimici, farmacisti, economisti, informatici, amministrativi e personale esecutivo, non appartenenti alla pubblica amministrazione.

## E ALCUNI NOTI MEDICI GENOVESI ESPRIMONO UNA PROPRIA POSIZIONE

Sul caso Di Bella alcuni noti Medici genovesi - tra cui alcuni consiglieri dell'Ordine - hanno preso una propria posizione, che hanno ufficializzato in un proprio documento. Si tratta del prof. Dante Bassetti, ordinario di malattie infettive, consigliere dell'Ordine e membro della commissione regionale del farmaco; del prof. Giovanni Brambilla, ordinario di farmacologia, anch'egli membro della commissione regionale del farmaco; del prof. Marcello Canale, ordinario di medicina legale e consigliere nazionale della Società italiana di medicina legale; del dott. Maurizio Giunchedi, aiuto neurologo e consigliere dell'Ordine; del prof. Giovanni Regesta, primario neurologo, presidente del collegio dei primari dell'ospedale regionale e consigliere dell'Ordine; del prof. Giandomenico Sacco, primario neurologo, segretario

dell'Ordine e membro della commissione regionale del farmaco. Data l'attualità dell'argomento e la vivacità delle polemiche suscitate dalla vicenda, riteniamo interessante pubblicare interamente il documento.

"1) - Riteniamo diritto-dovere della classe medica esercitare l'attività professionale riguardante qualsiasi aspetto della salute umana, ed in particolare quello così rilevante delle neoplasie maligne, seguendo i principi etici e la specifica competenza scientifica, senza adeguarsi passivamente alle convinzioni alimentate nei pazienti dai mass-media. In particolare riteniamo che sia la deontologia (artt. 5 e 12 del codice deontologico nazionale) sia la corretta teoria e prassi scientifica internazionale (vedi i ben noti principi di farmacologia clinica e la relativa legislazione Cee,



del 1989, come sostituito dal comma 1 del presente articolo, è emanato entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. Fino all'emanazione del predetto decreto ministeriale resta in vigore la disciplina dettata dal citato decreto-legge n.382 del 1989.

3. A decorrere dal 1° gennaio 1998, le regioni e le province autonome che alla data del 31 dicembre 1997 non abbiano determinato proprie tariffe per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale come definite dal citato decreto del ministro della Sanità 22 luglio 1996, e successive modificazioni ed integrazioni, applicano tale decreto secondo i criteri definiti dall'articolo 2, comma 9, della legge 28 dicembre 1995, n.549.

#### Art. 36

*(Determinazione del prezzo dei farmaci e spese per assistenza farmaceutica).*

1. La disposizione di cui all'articolo 8, comma

12, della legge 24 dicembre 1993, n.537, secondo la quale, a decorrere dal 1° gennaio 1994, i prezzi delle specialità medicinali, esclusi i medicinali da banco, sono sottoposti al regime di sorveglianza secondo le modalità indicate dal CIPE e non possono superare la media dei prezzi risultanti per prodotti simili e inerenti al medesimo principio attivo nell'ambito della Comunità europea, deve essere intesa nel senso che è rimesso al CIPE stabilire anche quali e quanti Paesi della Comunità prendere a riferimento per il confronto, con applicazione dei tassi di conversione fra le valute, basati sulla parità dei poteri d'acquisto, come determinati dallo stesso CIPE.

2. Dalla data del 1° settembre 1994 fino all'entrata in vigore del metodo di calcolo del prezzo medio europeo come previsto dai commi 3 e 4, restano validi i prezzi applicati secondo i criteri indicati per la determinazione del prezzo medio europeo dalle deliberazioni del CIPE 25 febbraio 1994, 16 marzo 1994, 13 aprile 1994, 3 agosto 1994 e 22 novembre 1994.

3. A decorrere dal 1° luglio 1998, ai fini del calcolo del prezzo medio dei medicinali si applicano i tassi di cambio ufficiali relativi a tutti i paesi dell'Unione europea in vigore nel primo giorno non festivo del quadrimestre precedente quello in cui si opera il calcolo.

4. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con deliberazione del CIPE si provvede alla definizione dei criteri per il calcolo del prezzo medio europeo sulla base di quanto previsto dal comma 3 e delle medie ponderate in funzione dei consumi di medicinali in tutti i Paesi dell'Unione europea per i quali siano disponibili i dati di commercializzazione dei prodotti. La deliberazione suddetta deve comunque prevedere l'inapplicabilità del metodo ai medicinali che non siano in commercio in almeno quattro Paesi, due dei quali con regime di prezzi amministrati.

5. Per i medicinali già in commercio, l'adeguamento del prezzo alla media europea calcolata secondo il disposto del comma 4 ha effetto immediato qualora la media risulti inferiore al

almeno nel breve-medio periodo, il trattamento oggi proposto non pare comportare effetti collaterali o controindicazioni gravi da renderne inaccettabile l'adozione; 2. che la prescrizione di un farmaco è parte integrante del rapporto di collaborazione tra Medico e paziente e delle reciproche aspettative, fortemente influenzate dalla fiducia e dal vicendevole rispetto; 3. che il Medico deve comprendere le ragioni della richiesta del paziente e del pari quest'ultimo non può sostituirsi al Medico pretendendo di decidere come deve essere curato pena il fallimento dell'alleanza terapeutica; 4. che il principio di autonomia del paziente riserva allo stesso il diritto di rifiutare cure scientificamente validate e che il Medico non potrà costringerlo laddove il paziente stesso, adeguatamente informato, le rifiuti.

E' tuttavia d'obbligo che il Medico verifichi la

confermata dal decreto ministeriale 15/7/97 che recepisce le linee guida di buona pratica clinica per l'esecuzione delle sperimentazioni cliniche dei medicinali) salvaguardino pienamente tale diritto-dovere.

"2) - La decisione del ministro della Sanità di iniziare la sperimentazione clinica (fase 2 della codifica internazionale) della cura antineoplastica Di Bella - che comprende farmaci (somatostatina in particolare) che hanno superato per altre indicazioni terapeutiche, sia la fase della sperimentazione preclinica, sia quella nell'uomo (fasi 1, 2 e 3) e sono già in commercio (fase 4) - appare ragionevole sotto gli aspetti deontologico e scientifico. Indipendentemente da valutazioni sul suo "tempismo" essa costituisce l'unica premessa legale all'assunzione in carico da parte del Servizio sanitario nazionale di tali farmaci per la terapia antineoplastica. Considerando i tempi tecnici prevedibili per la conclusione almeno della fase 2 (numero non elevato di

reale consapevolezza del paziente con un approfondito colloquio e ne ottenga specifico consenso scritto; ritiene che, nel rispetto del codice di deontologia medica il Medico, richiesto dal proprio paziente di adottare il metodo Di Bella, possa, per tutta la durata della sperimentazione nazionale, scegliere tra due alternative derivanti dalla personale valutazione della situazione e del caso:

"a) di accettare di praticare il richiesto trattamento "sperimentale", solo dopo aver chiaramente illustrato al paziente quale sia l'evidenza attuale delle conoscenze su questa terapia. Il paziente dovrà assumersi esplicitamente la responsabilità di adire ad un trattamento in condizioni di incertezza clinica e documentale, analogamente a quanto d'obbligo per qualsiasi altra terapia che non risulti adeguatamente sperimentata. In questo caso eccezionale varrà

pazienti a patologia neoplastica rilevante), riteniamo opportuno attendere la conclusione di tale ricerca prima di inserire il protocollo Di Bella fra le terapie ammesse dal Servizio sanitario nazionale.

"3) - In considerazione della particolare situazione di pressione cui è sottoposta la classe medica da parte di un'utenza profondamente turbata dall'onda emotiva alimentata dai mass-media, concordiamo sostanzialmente con il punto a) del documento della Fnomceo. A nostro giudizio cioè, il Medico, nell'attesa dei risultati della prossima sperimentazione clinica del metodo Di Bella, di fronte alla richiesta di un suo paziente di utilizzare tale protocollo terapeutico dovrà acconsentire alla richiesta quando sia convinto, in scienza e coscienza, che le terapie antineoplastiche consolidate non assicurano una probabilità di guarigione o un prolungamento significativo della sopravvivenza caratterizzato da una qualità di vita accettabile. In questo caso il



**SA.GE.**

SA.GE.

**SANITARIA GENOVESE**

Via S. Lorenzo, 8 - 1° piano

Tel. 24.73.052 Fax 24.72.621 - Genova




**SFIGMOMANOMETRI**

**PERFECT - ANEROID**

**ERKAMETER - SIMPLEX**

**FONENDOSCOPI**



come motivazione di base il contributo osservazionale del Medico all'evoluzione della malattia e al suo esito e il principio della beneficiabilità nei confronti del paziente nella ricerca di un miglioramento della qualità della vita e di sollievo delle sofferenze specie psico emotive del paziente e dei suoi familiari;

"b) di non aderire alle richieste di prescrizione da parte del paziente qualora trovi contrasto tra la propria coscienza, il proprio convincimento clinico e l'adesione a questo tipo di terapia, in identica armonia con i dettati del codice.

"Il Consiglio nazionale sottolinea ancora con forza che nessun Medico dovrà mai e per nessun motivo e tantomeno a scopo di lucro, sottrarre i propri pazienti alle consolidate cure disponibili.

"Il Consiglio nazionale della Fnomceo propone che lo Stato valuti l'opportunità di garantire, nel periodo di transizione tra l'avvio e la conclusione della sperimentazione, quale correttivo al

paziente dovrà rilasciare al Medico un consenso informato scritto nel quale dichiara che intende utilizzare il metodo Di Bella pur essendo adeguatamente informato che la sua efficacia non è al momento scientificamente provata.

"4) - Non concordiamo con il documento della Fnomceo per quanto concerne la proposta che lo Stato valuti l'opportunità di "garantire" (cioè di finanziare), "nel periodo di transizione tra l'avvio e la conclusione della sperimentazione, la disponibilità di alcuni farmaci costosi previsti dal protocollo Di Bella". Non si deve infatti dimenticare l'assoluta rilevanza deontologica dell'utilizzazione razionale delle risorse disponibili, che il Servizio sanitario nazionale non può distogliere da settori che le utilizzano secondo criteri scientificamente inoppugnabili. Risulta inoltre evidente che l'accettazione di finanziare un trattamento terapeutico prima dell'effettiva verifica della sua

disagio economico dei pazienti e al pericolo del diffondersi di un vero e proprio mercato nero, la disponibilità di alcuni principi attivi costosi contenuti nel metodo Di Bella.

"Il Consiglio nazionale della Fnomceo invita tutti i Medici italiani che abbiano in cura pazienti in trattamento con questo metodo, a collaborare con la commissione di studio, istituita dal ministero della Sanità.

"Il Consiglio nazionale della Fnomceo riafferma che è compito istituzionale degli Ordini provinciali dei Medici chirurghi e degli Odontoiatri e della Fnomceo vigilare, nell'interesse dei cittadini, sulla qualità delle prestazioni rese dai sanitari e sulla buona pratica clinica, alla luce dei contenuti del vigente codice di deontologia medica e respinge ogni tentativo di indebolire attraverso minacce o denunce personali, ruolo ed efficacia della istituzione ordinistica".

efficacia non appare giustificato nella situazione attuale e costituirebbe un precedente pericoloso per analoghe situazioni future.

"5) - Quanto all'effettiva discriminazione che si verrebbe a creare tra pazienti "abbienti" e pazienti "non abbienti" (come identificati dal "riccometro" previsto dalla Finanziaria), si potrebbe superare come segue: per i pazienti "abbienti" rimborso delle spese sostenute da parte dello Stato solo nel caso che la sperimentazione abbia esito favorevole. Per i pazienti "non abbienti" costituzione - con il contributo della Farindustria, di enti benefici e di pubbliche sottoscrizioni - di un fondo di anticipo delle spese (giustificato dalla rilevanza umanitaria del problema) da impiegarsi sotto l'etichetta dell'"uso compassionevole", e successivo rimborso al fondo da parte dello Stato se il metodo Di Bella, come noi tutti speriamo, si dimostrerà efficace".

gressi rapporti e che, se titolari anche di altro tipo di convenzioni con il Servizio sanitario nazionale, vi rinunzino entro il 1° marzo 1998. Gli specialisti ambulatoriali a rapporto convenzionale che, alla data del 31 dicembre 1997, non siano in possesso dei requisiti di cui al presente comma, mantengono i rapporti di convenzione acquisiti. Le ore già coperte dal personale inquadrato ai sensi del presente comma sono rese indisponibili. Con lo stesso procedimento le regioni provvedono annualmente, a decorrere dal 1° luglio 1999 e fino al 31 dicembre 2003, ad inquadrare anche gli specialisti ambulatoriali che presentino domanda avendo maturato i requisiti richiesti successivamente al 31 dicembre 1997.

2. L'inquadramento è disposto previa formulazione del giudizio di idoneità previsto dal regolamento di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 30 luglio 1997, n.365.

3. Dal 1° 1998 cessano i rapporti convenzionali con gli specialisti ambulatoriali di cui al comma 1 che, avendone titolo, non abbiano presentato domanda di inquadramento.

4. Per l'anno 1998 le regioni, in attesa del riordinamento delle funzioni di assistenza specialistica ambulatoriale, emanano, entro il 31 gennaio 1998, direttive per la rideterminazione, da parte delle aziende unità sanitarie locali, delle ore da attribuire agli specialisti ambulatoriali in modo da realizzare, a livello regionale e con riferimento all'intero anno, una riduzione complessiva non inferiore al 10 per cento dei costi, riferiti all'anno 1997, detratti i costi relativi al personale inquadrato ai sensi del comma 1 e quelli relativi agli istituti economici di cui al successivo

periodo del presente comma. Agli specialisti ambulatoriali a tempo indeterminato, a decorrere dal 1° gennaio 1998, cessa l'applicazione degli istituti economici del coordinamento e delle prestazioni di particolare impegno professionale. L'attuazione di quanto previsto dal presente comma non deve comunque comportare diminuzione dell'assistenza sanitaria garantita dai servizi specialistici pubblici territoriali nel corso del 1997, né una sua concentrazione sul territorio.

#### ART.35

#### (MODIFICA DELLA PARTECIPAZIONE ALLA SPESA PER LE PRESTAZIONI DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE AMBULATORIALE).

Il comma 3 dell'articolo 1 del decreto-legge 25 novembre 1989, n.382, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 gennaio 1990, n.8, è sostituito dal seguente:

"3. Le prescrizioni di prestazioni relative a branche specialistiche diverse devono essere formulate su ricette distinte. In ogni ricetta possono essere prescritte fino ad un massimo di otto prestazioni della medesima branca. Fanno eccezione le prestazioni di medicina fisica e riabilitazione incluse nel decreto del ministro della Sanità 22 luglio 1996, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n.150 del 14 settembre 1996, e successive

modificazioni ed integrazioni, che recano l'indicazione del ciclo, per le quali ciascuna ricetta può contenere fino a tre cicli fatte salve le specifiche patologie che sono individuate con apposito decreto del Ministro della Sanità.

.....

2. Il decreto del ministro della Sanità di cui al comma 3 del citato decreto-legge n.382

#### DONAZIONE DEGLI ORGANI UN CONVEGNO DELL'AIDO

Con il patrocinio dell'Ordine dei Medici si terrà il 31 marzo, alle 20,30, al Centro Civico di Sampierdarena (via D'Aste 8 A) un convegno organizzato dalla sezione provinciale dell'Aido (Associazione italiana donatori d'organi). Sono previste relazioni del dott. Giovanni Dardano, del Centro trapianti di San Martino, dott. Andrea Castiglione Gianelli, dell'Istituto di medicina legale dell'Università, dott. Arcangelo Nocera, Istituto di immunologia dell'ospedale San Martino. Verranno trattati gli aspetti clinici, medico legali e immunologici dei trapianti d'organo.



contingente non rende attuabili, per ragioni politiche, militari o di altra natura, gli accordi eventualmente esistenti con il Servizio sanitario nazionale per l'assistenza sanitaria.

**Art. 33**

(PROGETTI PER IL PERSEGUIMENTO DEGLI OBIETTIVI DI CARATTERE PRIORITARIO E DI RILIEVO NAZIONALE).

1. Dopo il comma 34 dell'articolo 1 della legge 23 dicembre 1996, n.662, è inserito il seguente: "34 - bis. Per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano sanitario nazionale le regioni elaborano specifici progetti sulla scorta di criteri e parametri fissati dal Piano stesso. La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministero della sanità, individua i progetti ammessi a finanziamento utilizzando le quote a tal fine vincolate del Fondo sanitario nazionale ai sensi del comma 34".

**Art.34**

(SPECIALISTI AMBULATORIALI CONVENZIONATI)

1. Entro il 31 marzo 1998 le regioni individuano aree di attività specialistica con riferimento alle quali, ai fini del miglioramento del servizio, inquadrano, con decorrenza dal 1° luglio 1998, a domanda ed anche in soprannumero, nel primo livello dirigenziale, con il trattamento giuridico ed economico previsto dal contratto collettivo nazionale, gli specialisti ambulatoriali a rapporto convenzionale, Medici e delle altre professionalità sanitarie, che alla data del 31 dicembre 1997 svolgano esclusivamente attività ambulatoriale con incarico non inferiore a ventinove ore settimanali nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e che a tale data non abbiano superato i 55 anni di età. Gli specialisti ambulatoriali che, alla data del 31 dicembre 1997, abbiano almeno 55 anni di età mantengono il precedente incarico di medicina ambulatoriale a condizione che non si trovino in trattamento di quiescenza per pre-

**CONGRESSO SNAMI** • Dal 15 al 19 maggio prossimo si svolgerà a Chianciano il diciassettesimo congresso nazionale dello Snami (Sindacato nazionale autonomo dei Medici italiani). Il programma di massima prevede l'insediamento del congresso nel pomeriggio di venerdì 15, nella giornata di sabato relazione generale del presidente nazionale dott. Roberto Anzalone, relazioni di settore e interventi degli iscritti. Punto forte della domenica sarà l'elezione delle cariche sociali, e la conclusione è prevista per la serata di lunedì. Nell'ambito del congresso si terrà anche la terza edizione del premio di pittura "Chianciano Terme-Snami". Informazioni: segreteria nazionale Snami, viale Beatrice d'Este 10, 20122 Milano, tel. 02/583.00.360.

**CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE** • L'ospedale San Paolo di Milano e l'Università degli Studi organizzano tre giornate di studio su vari argomenti di chirurgia maxillo-facciale, che si svolgeranno presso l'ospedale San Paolo, via Di Rudinì 88. Il primo di questi incontri è previsto per sabato 4 aprile, e avrà come tema la chirurgia oncologica parotidea; sabato 20 giugno si parlerà di "trattamento primario della schisi labio-maxillo-palatina unilaterale" mentre sabato 3 ottobre l'argomento sarà la "chirurgia delle 2 classi". Sono previste numerose e interessanti relazioni di qualificati specialisti del settore. Per informazioni: dott. A.B. Gianni o sig.ra Silvia Lomazzo, tel. 02/8184501.

**MEDICI EXTRA COMUNITARI** • La Fnomceo informa che anche i cittadini extracomunitari non appartenenti a Stati con i quali l'Italia abbia stipulato un trattato di reciprocità possono iscriversi all'Ordine dei Medici (purchè, naturalmente, laureati e abilitati in Italia e in possesso di tutti gli altri requisiti solitamente richiesti, tranne la cittadinanza italiana). La Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie ha infatti accolto il ricorso di alcune persone che si trovano in tale situazione e alle quali era stata negata l'iscrizione. Altri dinieghi seguirebbero quasi certamente la stessa sorte. Tanto vale, quindi, procedere all'iscrizione.

## Eppure per il Ssn non sono una voce passiva GLI AMBULATORIALI DECIMATI E IL SUMAI INEFFABILE TACE

Vorrei esprimere alcune perplessità sulla economicità, a parte la poca chiarezza ed i dubbi sulla costituzionalità, delle recenti norme della Finanziaria sulla specialistica ambulatoriale e soprattutto sulla dirigenza del Sumai. Secondo alcune fonti, la specialistica ambulatoriale interna sarebbe costata nel 1997 1245 miliardi su una spesa totale di 106.744 miliardi, pari all'1,16%.

Prendiamo la cifra per buona anche se ho validi motivi per ritenere che sia sbagliata per eccesso. Considerata l'abolizione delle prestazioni di particolare impegno e dell'indennità di coordinamento, gentilmente concessa dal Sumai con riduzione del costo del 18%, in cambio della richiesta governativa di riduzione del 10%, la spesa per il 1998 sarebbe di 1020 miliardi, pari allo 0,95% della spesa globale (quanto costano un paio di squadre di calcio?). Da tale cifra andrebbero poi detratti gli incassi per ticket di 40.00 lire a visita. Probabilmente a consuntivo vi sarebbe un utile.

Lo Stato deve dare qualcosa in cambio della tassa sulla salute? O no? Dal 1992 assistiamo allo smantellamento delle strutture ambulatoriali. Il Sumai, malgrado le suddette considerazioni economiche, che avrebbero fornito validi motivi di difesa, ha assistito passivamente a quanto si andava perpetrando, tanto da far nascere il sospetto di connivenza. Il sospetto cresce quando, pur essendo dimostrato che la dipendenza è più costosa del contratto Sumai, sul giornale del sindacato, nel passato, si è sostenuto il contrario. Il doppio binario di apparente difesa della categoria e di spinta alla dipendenza non poteva non portare alla situazione attuale.

Nel congresso del 1993 sia Parodi sia Poggiolini avevano espresso "il sogno" di un grande sindacato di tutti gli specialisti: se da parte loro il desiderio di una diversa strutturazione della specialistica era legittimo altrettanto non poteva dirsi per la dirigenza del Sumai, che non ha reagito, il cui mandato era, è o dovrebbe essere la tutela dei propri iscritti.

Sorprendente infine l'attuale comportamento del sindacato.

Quando nella bozza della Finanziaria si prospettano norme penalizzanti per gli specialisti ambulatoriali, al congresso viene proclamato uno sciopero, subito revocato perché sarebbe stato raggiunto un accordo con il governo. Esce la Finanziaria e la norma approvata è drammaticamente più penalizzante della prima stesura: inoltre accelera la scomparsa del Sumai. Il sindacato, ineffabile, tace. Si vocifera di un ricorso al Tar Lazio ma pare non sia vero, malgrado i tempi stringano, ad esempio per i colleghi che hanno una pensione. In compenso sembra che la segreteria nazionale si sia blindata.

Ai fedeli sembra siano stati ampliati i distacchi sindacali e che sia stato istituito il gettone di presenza, mai corrisposto prima e malgrado gli introiti si siano ridotti, tanto da rendere impossibile la sopravvivenza delle strutture periferiche. La nave affonda ma l'orchestra suona sempre più allegramente. Forse per i ballerini sono già pronte le scialuppe di salvataggio. Sarà bene che i colleghi si guardino intorno e cerchino di organizzarsi.

Auguri.

Mauro Betti



## LEGGI &amp; REGOLE

## LE "NUOVE" IDONEITÀ PRIMARIALI

*Ecco i decreti che regolano i concorsi per la dirigenza*

**L**a Gazzetta Ufficiale - nel Supplemento ordinario del 17 gennaio scorso, parte generale - ha pubblicato i due decreti del presidente della Repubblica del 10 dicembre '97 contenenti il regolamento dei concorsi per il personale dirigenziale del Ssn (è il dpr n.483) e il regolamento per la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Ssn (è il n.484). Si tratta, in tutto di una quarantina di pagine, che cercheremo qui di riassumere per grossi capi. I colleghi comprenderanno che un lavoro di questo genere può dare solo informazioni di massima, lasciando inevitabilmente dei vuoti: il testo completo dei due decreti è comunque consultabile presso l'Ordine. Iniziamo dai concorsi per il personale dirigenziale. Le domande vanno presentate in carta semplice, con l'indicazione di tutti gli elementi solitamente richiesti allegando, in originale o in copia legale, i titoli che si ritiene opportuno presentare agli effetti della valutazione di merito. Le commissioni esaminatrici sono nominate dal direttore generale.

Se il concorso è per titoli ed esami la determinazione dei criteri per la valutazione dei titoli deve essere fatta prima degli esami (art. 8) e ai titoli può essere attribuito un punteggio fino ad un terzo di quello complessivo, determinato dalla somma del punteggio attribuito ai titoli e di quello complessivo delle prove d'esame (scritta, prati-

ca ed orale).

La commissione, alla prima riunione, stabilisce criteri e modalità di valutazione delle prove concorsuali (art. 9) ed i punteggi relativi alle prove sono attribuiti con voti palesi, e in caso di differenti valutazioni il punteggio da attribuire è quello risultante dalla media aritmetica del punteggio attribuito da ciascun commissario.

L'art. 11 contiene i criteri per la valutazione dei titoli: per la carriera i periodi di servizio omogeneo sono cumulabili, le frazioni di anno sono valutate in ragione mensile, per i candidati non Medici non si applicano le maggiorazioni previste per il tempo pieno; per le pubblicazioni si deve tener conto dell'importanza della rivista, dell'originalità del lavoro, dell'eventuale collaborazione di più autori; nel curriculum formativo e professionale sono valutate le attività professionali e di studio, eventuali incarichi di insegnamento, la partecipazione a congressi o seminari di formazione. La prova scritta si può svolgere in forma di tema o di questionario a risposte sintetiche. Dopo un'ampia descrizione delle modalità di svolgimento delle prove (buste, plichi, vigilanza dei locali ecc.) il decreto stabilisce (art. 14) che per superare le prove scritte o pratica occorre raggiungere un punteggio di almeno 21/30 e per quella orale di 14/20.

Alla prova pratica non può accedere chi non ha superato la prova scritta. Le prove pratiche si devono svolgere alla presenza di tutta la commissione.

La graduatoria, approvata dal direttore generale,

3. Le regioni definiscono ogni anno con i direttori generali nell'ambito dei bilanci di previsione delle aziende unità sanitarie locali, l'attribuzione di un fondo destinato alle strutture dipartimentali e distrettuali, individuate dall'azienda quali centri di costo e responsabilità, per le attività di prevenzione...

8. Le regioni, in attuazione della programmazione sanitaria ed in coerenza con gli indici di cui all'articolo 2, comma 5, della legge 28 dicembre 1995, n.549, e successive modificazioni, individuano preventivamente per ciascuna istituzione sanitaria pubblica e privata, ivi compresi i presidi ospedalieri di cui al comma 7, o per gruppi di istituzioni sanitarie, i limiti massimi annuali di spesa sostenibile con il Fondo sanitario e i preventivi annuali delle prestazioni.

9. Le regioni, le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere assicurano l'attività di vigilanza e controllo sull'uso corretto ed efficace delle risorse. In particolare:

a) raccolgono ed analizzano sistematicamente i dati concernenti le attività ospedaliere e le attività relative agli altri livelli di assistenza ed i relativi costi e adottano tempestivamente azioni correttive nei casi di ingiustificato scostamento dai valori standard nazionali o locali. Le attività ospedaliere sono oggetto di specifiche azioni di monitoraggio e valutazione sotto i profili della qualità, dell'appropriatezza, dalla accessibilità e del costo...

b) le aziende unità sanitarie locali esercitano funzioni di indirizzo e coordinamento dell'attività dei Medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta supportando i sanitari nell'individuazione di linee di intervento appropriate al fine di ottenere il migliore rapporto costo-beneficio tra le opzioni eventualmente disponibili e fornendo indicazioni per l'uniforme applicazione in ambito locale dei percorsi diagnostici e terapeutici di cui all'articolo 1, comma 28, della legge 23 dicembre 1996, n.662, che sono adottati dal Ministro della Sanità entro sei mesi dalla

data di entrata in vigore della presente legge...

c) al fine di ottimizzare l'impiego delle risorse per l'acquisto di beni e servizi, l'osservatorio centrale di cui all'articolo 1, comma 30, della legge 23 dicembre 1996, n.662, avvalendosi dei dati forniti dalle regioni, dalle aziende unità sanitarie locali e dalle aziende ospedaliere, compie indagini e fornisce indicazioni sull'andamento dei prezzi e sulle modalità di acquisto utili ad orientare le decisioni a livello locale...

11. Il ministro della Sanità, avvalendosi anche del sistema informativo sanitario, vigila sull'attuazione del Piano sanitario nazionale e sulla attività gestionale delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere con particolare riguardo agli obblighi previsti dal presente articolo e promuove gli interventi necessari per l'esercizio, a livello centrale, delle funzioni di analisi e controllo dei costi e dei risultati, al fine di contrastare inerzie, dispersioni e sprechi nell'utilizzo delle risorse.

12. A partire dal 1998 resta consolidata in lire 315 miliardi la quota del Fondo sanitario nazionale destinata al finanziamento delle borse di studio per la formazione dei Medici specialisti di cui al decreto legislativo 8 agosto 1991, n.257; conseguentemente non si applicano per il triennio 1998-2000 gli aggiornamenti di cui all'articolo 6, comma 1, del predetto decreto legislativo n.257 del 1991...

15. Le regioni, nell'ambito della quota del Fondo sanitario nazionale ad esse destinata, autorizzano, d'intesa con il ministero della Sanità, le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere ad erogare prestazioni che rientrino in programmi assistenziali, approvati dalle regioni stesse, per alta specializzazione a favore di:

a) cittadini provenienti da Paesi extracomunitari nei quali non esistono o non sono facilmente accessibili competenze medico-specialistiche per il trattamento di specifiche gravi patologie e non sono in vigore accordi di reciprocità relativi all'assistenza sanitaria;

b) cittadini di Paesi la cui particolare situazione



## LA "NOSTRA" FINANZIARIA

*Molte nuove norme per la Sanità nella legge di bilancio '98*

**Pubblichiamo ampi stralci - non potendo, per ragioni di spazio, riprodurre il testo integrale - della legge 27 dicembre 97 n. 449 "Misure per la stabilizzazione della Finanza pubblica" che accompagna la legge finanziaria '98 (in pratica si considerano un unico complesso normativo). Le disposizioni relative alla Sanità sono contenute nel titolo II- Disposizioni in materia di spesa - Capo I - Sanità.**

### ART. 32

(INTERVENTI DI RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA).

1. Per l'anno 1998 le regioni, tenuto conto dei livelli di spesa rendicontati dalle singole aziende unità sanitarie locali e aziende ospedaliere, assegnano a ciascuna azienda obiettivi di risparmio sulla spesa per l'acquisizione di beni e servizi in misura tale da realizzare, a livello regionale, un risparmio non inferiore al 2,25 per cento, rispetto alla corrispondente spesa annua rendicontata per l'esercizio 1996, rideterminata con l'applicazione dei tassi di inflazione programmata relativi agli anni 1997 e 1998. Nella determinazione ed assegnazione degli obiettivi di risparmio, relativi alle singole aziende, le regioni devono tener conto dei risultati conseguiti dalle stesse in termini di razionalizzazione della spesa e di risanamento del bilancio, in modo che gli obiettivi di risparmio assegnati gravino in misura inversamente proporzionale sulle aziende che hanno ottenuto i migliori risultati di razionalizzazione e di risanamento. Devono comunque essere salvaguardati gli obiettivi di tutela della salute previsti dalle disposizioni in vigore e dai piani sanitari nazionale e regionali nonché gli standard quali-

tativi in atto nelle singole strutture. Nel rispetto della normativa comunitaria in materia di procedure di acquisizione di beni e servizi, la regione stabilisce modalità e limiti entro i quali i direttori generali delle aziende unità sanitarie locali delegano ai dirigenti dei presidi ospedalieri e dei distretti, nonché dei dipartimenti extraospedalieri complessi se individuati dall'azienda unità sanitaria locale quali centri di costo e di responsabilità, nell'ambito dell'autonomia economico-finanziaria agli stessi attribuita, l'approvvigionamento diretto di beni e servizi per i quali risultino inopportune procedure unificate, secondo le norme del diritto civile e nel rispetto dei principi di buona amministrazione.

2. In caso di inadempienza, entro i termini stabiliti, delle regioni, nonché delle relative aziende unità sanitarie locali e aziende ospedaliere, agli obblighi disposti da leggi dello Stato per il contenimento della spesa sanitaria, ovvero nel caso in cui non vengano forniti al Sistema informativo sanitario i dati indispensabili alle attività di programmazione e di controllo, in sede di ripartizione del Fondo sanitario nazionale ai sensi dell'articolo 12 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, e successive modificazioni, si applica una riduzione della quota spettante che non può complessivamente superare il 3 per cento.

Le regioni individuano le modalità per l'attribuzione delle diverse responsabilità ai direttori generali, ai dirigenti e al restante personale, per l'adempimento degli obblighi derivanti alle aziende sanitarie dalle disposizioni del presente comma.

è immediatamente efficace, e rimane valida per diciotto mesi per la copertura di posti per i quali sia stato bandito il concorso e che si rendano vacanti dopo il concorso stesso. La Usl - o azienda ospedaliera - procede alla stipula del contratto, nel quale sarà indicata la data di presa di servizio, data dalla quale decorrerà lo stipendio. Gli articoli da 20 a 23 si occupano delle norme generali relative alla valutazione dei titoli. Nei concorsi di assunzione, ad esempio, il servizio non di ruolo prestato presso pubbliche amministrazioni a titolo di incarico, supplenza o straordinario - ad esclusione del volontariato - è valutato come il servizio di ruolo; l'attività ambulatoriale interna "prestata a rapporto orario presso le strutture a diretta gestione delle aziende sanitarie e del ministero della Sanità in base a rapporti convenzionali è valutata con riferimento all'orario settimanale svolto, rapportato a quello dei Medici dipendenti dalle aziende sanitarie con orario a tempo definito"; i servizi e i titoli acquisiti presso le strutture private sono equiparati a quelli acquisiti presso le aziende sanitarie. Il decreto si occupa poi in particolare dei concorsi di assunzione, prevedendo norme peculiari per ciascun profilo professionale.

Per i Medici i requisiti specifici d'ammissione sono la laurea in medicina, la specializzazione nella disciplina oggetto del concorso e l'iscrizione all'albo (certificato non anteriore a sei mesi). La commissione esaminatrice è composta come presidente dal dirigente del secondo livello dirigenziale nel profilo professionale della disciplina oggetto del concorso, preposto alla struttura, da due dirigenti, sempre di secondo livello, di cui uno sorteggiato e l'altro designato dalla regione, e da un funzionario Usl come segretario.

Il dpr 848, come dicevamo all'inizio, si occupa dei requisiti necessari per accedere alla direzione sanitaria aziendale. Questo incarico - è precisato all'art.1 - è riservato ai Medici di qualifica dirigenziale che abbiano svolto per almeno cinque anni attività di direzione tecnico- sanitaria in enti

o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione, e che abbiano conseguito l'attestato di formazione manageriale previsto per l'area di sanità pubblica. Tale direzione deve aver comportato "la diretta responsabilità delle risorse umane e strumentali" e deve essere stata svolta nei sette anni precedenti il conferimento dell'incarico.

Viene poi precisato che per strutture di media o grande dimensione si intendono Usl, aziende ospedaliere, policlinici universitari, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, dipartimenti o divisioni o servizi e uffici che svolgono attività di interesse sanitario del ministero della Sanità e delle regioni, le strutture sanitarie complesse dell'Inail, Inps ed enti pubblici che svolgono attività sanitaria, le case di cura private con almeno 250 posti letto o strutture private che impieghino in attività sanitarie non meno di trecento addetti delle categorie professionali del ruolo sanitario. L'accesso al secondo livello dirigenziale è riservato agli iscritti all'albo che abbiano un'anzianità di servizio di sette anni, attestato di formazione manageriale e specializzazione (richiesta solo per anestesia e rianimazione, medicina nucleare, radiodiagnostica, radioterapia, neuroradiologia).

L'art. 6 precisa poi che l'aspirante all'incarico di secondo livello dirigenziale deve dimostrare di possedere, per le discipline ricomprese nell'area chirurgica e delle specialità chirurgiche, una casistica chirurgica e delle procedure chirurgiche invasive, e per le altre discipline una casistica di specifiche esperienze e attività professionali conformemente a quanto stabilito dal ministero della Sanità.

Come abbiamo detto all'inizio, questo articolo vuole essere sommariamente informativo, e certo non avrebbe potuto essere esauriente.

Pertanto, scusandoci con chi non ha trovato le informazioni che desiderava, rimandiamo tutti gli interessati al testo integrale dei decreti, consultabili, ripetiamo, presso gli uffici dell'Ordine.



**ASSISTENZA INFERMIERISTICA  
PROFESSIONALE A DOMICILIO**

**ASSISTENZA ANZIANI**

**IL PRIMO CENTRO IN LIGURIA**

**PRESTAZIONI A DOMICILIO**

**SERVIZIO DIURNO**

**E NOTTURNO**

**IN MANI SICURE**

**CONVENZIONATA CON CIVICARD**



**C.I.D.O.**

**CENTRO INFERMIERISTICO**

**PRESENTE IN LIGURIA CON 5 CENTRI  
E IN PIEMONTE CON 1 CENTRO A VERCELLI.**

**Tel. 010/58.56.70. a Genova in Via XX Settembre, 34/6**

## **OMEOPATIA: VALIDO COMPLEMENTO PER IL MEDICO**

**L**a Medicina Omeopatica, metodo clinico terapeutico ideato dal medico tedesco Samuel Hahnemann (1755-1843) è una realtà curativa il cui impiego da parte della classe medica e la cui richiesta da parte dei pazienti va di giorno in giorno aumentando. Basti pensare che oggi più di trenta milioni di persone in Europa si curano costantemente con medicinali omeopatici. In Inghilterra il ricorso a Medici omeopati aumenta ogni anno del 39%; il 42% dei Medici generici usa farmaci omeopatici; su 100 Medici neolaureati l'80% esprime interesse verso l'omeopatia. In Francia 11.000 Medici prescrivono prodotti omeopatici, il 30% dei francesi ha utilizzato l'omeopatia e già nel 1965 il prof. Valette rettore della facoltà di farmacia di Parigi membro dell'accademia di medicina, rende ufficiale l'omeopatia introducendola nella farmacopea francese. La commissione permanente ha adottato in rapporto a questi medicinali regole precise per assicurare la costanza delle caratteristiche delle sostanze usate come materia prima. In Germania il 25% dei Medici ricorre, quando è il caso, a farmaci omeopatici; in Messico sono attivi 5 college omeopatici (2 a Città del Messico), mentre negli Stati Uniti dal '70 all'80 l'utilizzo di medicine omeopatiche è decuplicato. In Italia da recenti dati Istat si rileva che quattro milioni e 700.000 persone, corrispondenti a circa l'8,5% della popolazione, utilizzano medicine naturali, prima fra tutte l'omeopatia.

Purtroppo, se da un lato vi è stata una regolamentazione per ciò che riguarda la produzione e la commercializzazione del prodotto omeopatico (decreto legislativo del 17 marzo 95 n.185, legge 8 ottobre 97 n.347) che ha così assunto lo status di "farmaco", la stessa cosa non è avvenuta per ciò che riguarda la formazione e i requisiti che il Medico omeopatico deve necessariamente possedere. Ciò ha comportato da un lato la mancanza di un comune denominatore nella preparazione del Medico, dall'altra ha favorito l'ingresso di operatori in campo terapeutico non sempre in possesso dei requisiti necessari per fare diagnosi e terapia medica. In considerazione di questo il "Nobile Collegio Omeopatico" (associazione a scopo didattico e formativo, senza fini di lucro) propone un corso di medicina omeopatica riservato ai Medici presso i locali dell'Ordine di Genova (sulla linea di quanto già avviene in altre città) non per sostituirsi o contrapporsi ai principi della Medicina tradizionale ma per affiancarsi ad essa con un metodo curativo complementare, offrendo al Medico l'opportunità di scegliere, quando sia possibile e lo ritenga utile, un metodo terapeutico naturale per il proprio paziente.

**Valter Fabbro**

*Medico chirurgo - specialista in urologia*

*I Medici interessati a tale corso sono pregati di contattare al più presto la segreteria dell'Ordine, al n.010/587846 - fax 010/593558. Per eventuali informazioni sul corso tel. 010/590683 oppure 0348/2247677.*

### **CERTIFICATI D'ISCRIZIONE ALL'ORDINE SOLO DI PERSONA O CON DELEGA SCRITTA**

**P**er rispetto delle nuove disposizioni sulla "privacy" dei dati personali, l'Ordine rilascerà i certificati d'iscrizione solo al diretto interessato, oppure a persona che sia in possesso di una specifica delega scritta e munita di un documento proprio e dell'iscritto. I colleghi sono pregati di considerare che l'iniziativa è dovuta, appunto, all'osservanza della nuova legge.



## AIDS, IN LIGURIA UN TRISTE PRIMATO

**D**al 1982, anno della prima diagnosi di Aids in Italia, che seguiva a distanza di circa un anno le prime segnalazioni avvenute negli Stati Uniti, al 30 giugno 1997 sono stati notificati al Centro Operativo Aids (Coa) 39.373 casi di Aids. Di questi 30.809, cioè il 78,2% sono notifiche relative ad individui di sesso maschile, 620 casi (1,6%) sono casi pediatrici (età <13 anni). Nel primo semestre 1997 i casi diagnosticati son stati 1.321. La regione con il maggior numero di casi è la Lombardia, 12.144, mentre la Liguria con 2.059 casi è al 7° posto di questa classifica; il tasso d'incidenza (per 100.000 abitanti) però vede la nostra regione al secondo posto (14,1 per 100.000) alle spalle della Lombardia (15,0 per 100.000). Genova, con un'incidenza del 26 per 100.000, è la quarta in Italia.

Il 66,3% dei casi è attribuibile all'uso di sostanze stupefacenti per via endovenosa. La distribuzione nel tempo mostra un notevole aumento dei casi legati alla trasmissione sessuale (soprattutto eterosessuale) e una cospicua diminuzione dei casi attribuibili alle altre modalità di trasmissione. La distribuzione dei casi pediatrici di Aids in Italia per regione e per anno di diagnosi vede la Liguria al 7° posto con 29 casi su 620 totali dal 1982, anche se nell'ultimo anno trascorso in tutta la

penisola sono stati descritti solamente 5 nuovi casi di Aids pediatrico. Il 93,4% dei casi sono dovuti a trasmissione verticale.

Per la prima volta, dall'inizio dell'epidemia di Aids, si è osservata nel 1996 una diminuzione importante del numero di nuovi casi; tra i possibili fattori la crescente diffusione, soprattutto nel secondo semestre 1996, delle nuove combinazioni terapeutiche antiretrovirali, anche se non si può escludere un'aumento della sottotonifica.

Sebbene i dati presentati consentano un moderato ottimismo, si raccomanda di interpretare gli stessi con estrema cautela, non potendosi per ora trarre conclusioni definitive e non potendo escludere (ad es. a causa delle limitate conoscenze sugli effetti a lungo termine che gli attuali trattamenti hanno sull'infezione da Hiv) fenomeni di inversione nell'andamento della curva epidemica.

Rispetto ai dati riferiti al 30 giugno 1994, la Liguria è una delle poche regioni in Italia dove non si è registrata una diminuzione del tasso di incidenza cumulativo. A quale preciso motivo sia dovuta tale tendenza non è facile definirlo, anche se non sono da escludere lacune nell'organizzazione sanitaria ligure, soprattutto nel campo delle malattie infettive.

**Matteo Bassetti - Antonio Di Biagio**

*(Clinica malattie infettive, Università di Genova)*

### ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI GENOVA

*in collaborazione con*

#### SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN MEDICINA TROPICALE DELL'UNIVERSITÀ DI GENOVA

**Incontro di aggiornamento - Lunedì, 2 marzo 1998 - ore 20.30**

### "L'EPIDEMIOLOGIA DELL'AIDS IN ITALIA"

**Sede: Sala Conferenze - Banco di Sardegna - Palazzo Spinola dei Marmi - Via S. Sebastiano, 20 - Genova**

**PROGRAMMA:** 20.30 - Saluto del presidente dell'Ordine, **Sergio Castellaneta**; 20.40 - La situazione delle malattie infettive in Liguria, **Dante Bassetti** Direttore I<sup>a</sup> Clinica Malattie infettive Università di Genova; 20.50 - Ruolo della pediatria di famiglia nella epidemiologia delle malattie infettive, **Alberto Ferrando** Pediatra di famiglia e Presidente APEG; 21.00 - Epidemiologia dell'Aids in Italia, **Giovanni Rezza** Direttore centro operativo AIDS - Istituto Superiore di Sanità - Roma; 22.00 - Discussione.

## CRONACA & ATTUALITÀ

## LA MEDICINA CORRE SU INTERNET

*Già molte riviste disponibili in rete - Il sito dell'Ordine*

**C**on questo numero inizia una serie di articoli dedicati ad Internet. Per applicazioni pratiche potete collegarvi al "sito" Internet dell'Ordine dei Medici ([WWW.erga.it/ordmedgenova](http://WWW.erga.it/ordmedgenova)). Inoltre si invitano i colleghi già collegati ad Internet o gli enti, istituzioni, associazioni, cliniche, ospedali a comunicare il proprio indirizzo Internet all'Ordine. In tal modo si arriverà ad avere un censimento provinciale, e nel tempo regionale, nazionale e internazionale, di tutte le iniziative mediche e medico-sociali che sarà rapidamente consultabile per tutti.

Per comunicare con l'Ordine dei Medici potete lasciare una risposta sulla posta elettronica del "sito" dell'Ordine ([ordmedge@erga.it](mailto:ordmedge@erga.it)) oppure inviare un fax al numero 010/593558.

Internet si sta imponendo in campo medico, oltre che per la possibilità di comunicazione tra colleghi e tra questi ed ospedali di tutto il mondo, per la quantità di informazioni mediche presenti sulla rete. Negli Stati Uniti il 35-40% degli ospedali e dei Medici ha un collegamento ad Internet, inoltre circa il 10% dei "siti" sono a carattere medico.

Le informazioni mediche su Internet possono

essere raggruppate in 6 principali categorie:

- 1) Riviste elettroniche
  - 2) Ricerche bibliografiche
  - 3) Potenzialità comunicative
  - 4) Associazioni
  - 5) Cataloghi elettronici
  - 6) Database di immagini
- 1) Riviste Mediche\*

La maggior parte di riviste mediche internazionali è disponibile su Internet a cominciare dal British Medical Journal (BMJ), tra i pionieri dell'editoria elettronica) fino al New England Journal of Medicine (NEJM). Recentemente (1 gennaio '97) sulla rivista Pediatrics, organo ufficiale dell'American Academy of Pediatrics, si trovano degli articoli pubblicati (e consultabili senza abbonarsi alla rivista, almeno per ora) esclusivamente su Internet mentre sulla rivista tradizionale è presente solo l'abstract.

Le riviste italiane si stanno adeguando in questi ultimi periodi e, per fare alcuni esempi, sono disponibili Ricerca & Pratica, Occhio Clinico e Tempo Medico. L'elenco è comunque lungo e si può ricorrere per la ricerca a cataloghi elettronici che consentono di accedere direttamente alle versioni elettroniche delle riviste (vedi appendice). Certamente la presenza della versione elettronica della rivista non sostituisce, per ora, la versione cartacea tradizionale in quanto, salvo eccezioni, se si consultano le riviste a titolo gratuito si trovano i titoli degli articoli e solo di alcuni l'abstract o il testo completo. Se ci si abbona si ha accesso a tutti gli articoli.



Dal sito Internet è comunque possibile accedere ad alcune funzioni come:

- sottoscrivere l'abbonamento alla rivista
- inviare un manoscritto da pubblicare
- contattare la redazione e l'editore (tramite posta elettronica)
- sfogliare la lista degli articoli pubblicati nel numero attuale ed in quelli precedenti
- leggere un certa percentuale di abstract, di editoriali e di lettere dei lettori (in pochi casi, senza abbonamento, si accede al testo completo)
- in talune riviste sono già presenti gli argomenti dell'edizione successiva
- alcune riviste (NEJM, MMWR) inviano, se richiesto, l'indice degli argomenti del nuovo numero per posta elettronica.

Negli articoli pubblicati in alcune riviste come il BMJ, JAMA (Journal of American Medical Association), Pediatrics sono presenti dei "links" (collegamenti) ad altri articoli o temi già presenti su Internet. Ulteriori vantaggi della versione elettronica sono (oltre alla gratuità) la disponibilità immediata della rivista, la possibilità di contattare l'autore dell'articolo attraverso la posta elettronica, la possibilità di ricopiare il testo e la bibliografia su documenti propri.

Non sono comunque mancate (e non mancheranno) polemiche tra chi sostiene che la rivista elettronica non potrà mai sostituire la rivista in versione tradizionale e chi (BMJ) arriva a sostenere che il ruolo delle riviste tradizionali è superato e si può già prevedere la loro scomparsa. Per ora ritengo che il problema non sussista in quanto su Internet è sicuramente più facile e rapido avere

una visione dei vari articoli pubblicati e la comunicazione è più agevole ma quando si decide di passare alla lettura dettagliata dell'articolo occorre affiancare la rivista cartacea a quella elettronica. Sicuramente in un futuro, abbastanza lontano, la rivista tradizionale sarà completamente superata da quella elettronica (al momento della lettura è sempre possibile stamparne una copia per una lettura "tradizionale").

**Alberto Ferrando**

#### Appendice:

Riviste elettroniche presenti su Internet:

Lancet: <http://www.thelancet.com>

JAMA: <http://www.ama-assn.org/sei/pubs/journals/standing/jama/jamahone.htm>

Pediatrics: <http://www.pediatrics.org>

British Medical Journal: <http://www.bmj.com>

Ricerca & Pratica: <http://health.tqs.it/organiz/esermeg/rep/es-r&p.htm>

Occhio Clinico: <http://epsilon.esai.it/utet/occhio>

Tempo Medico: <http://epsilon.essai.it/tempomedico>

Morbidity mortality Weekly Report: <http://www.cdc.gov/>

Weekly Epidemiology Report: <http://who.ch/werhome.htm>

Elenco di riviste mediche: <http://www.cc.emory.edu/WIISCI/medweb.html>

*\* Il numero di riviste presenti su Internet al momento della lettura di questo articolo sarà probabilmente maggiore di quanto riferito. Per un elenco aggiornato delle riviste potete collegarvi al "sito" dell'Ordine dei Medici. Si pregano anche i colleghi che vengono a conoscenza di nuove riviste (o iniziative mediche) su Internet di comunicarcelo.*

**PROFILASSI ANTIRABBICA** - A seguito della costituzione dell'Agenzia regionale per l'ambiente, le funzioni relative all'attività di profilassi antirabbica, già di competenza dell'Istituto provinciale antirabbico presso il Presidio multinazionale di prevenzione di Genova di via Montesano, dal 1° gennaio '98 sono di competenza delle Usl. Tali funzioni sono svolte dalla Unità operativa igiene e sanità pubblica: via Maggio, 6 - tel. 3446/289/375 fax 3446265 - via Siffredi, 81 tel. 6565/649/646 fax 6565623, dal lunedì al venerdì ore 8.00/17.00 - al sabato ore 8.00/12.00. Oltre tali orari, per particolari urgenze, attivare il Medico reperibile per le attività di igiene e profilassi presso i centralini di: via Maggio, tel. 34461; ospedale Sestri P., tel. 65651; ospedale Voltri, tel. 69981; ospedale Celesia, tel. 73011.

## **No a un rapporto frettoloso operatore-malato** **L'AIMM SOLLECITA LE DONNE MEDICO** **AD UNA UMANIZZAZIONE DELL' OSPEDALE**

L'Associazione Italiana Donne Medico sollecita tutte le dottoresse in medicina perché venga attuato, nelle istituzioni sanitarie pubbliche e private, e in particolare negli ospedali, un programma per rendere sempre più umano il rapporto tra operatori sanitari e pazienti. Le nuove tecnologie (conquista del ventesimo secolo) se, da un lato, hanno perfezionato la diagnostica, dall'altro hanno avuto però come conseguenza l'instaurarsi di un sempre più frettoloso rapporto tra l'operatore e il malato. I recenti avvenimenti che hanno coinvolto e sconvolto il mondo della medicina ci portano a considerare quanto sia stato importante per i

malati l'atteggiamento umanitario di un umile Medico di provincia.

Per la donna-medico del Duemila si consolida quindi un ruolo del tutto particolare, riservato a lei sola, che pur avendo quasi raggiunto la parità professionale con il medico-uomo, in realtà potrà trovare un più ampio spazio applicando le qualità che le sono connaturali e che vanno dall'intuito a una visione "onfalicentrica", propria della donna (secondo lo psicanalista Fornari) che la porta, costituzionalmente, a prendersi cura del paziente.

**Maria Luisa Santi**  
presidente nazionale Aidm

## **PEDIATRI, ATTENTI ALLA DISTRIBUZIONE GRATUITA** **DI CAMPIONI DI LATTE ARTIFICIALE**

I Medici pediatri devono stare attenti a non distribuire campioni di latte per lattanti: sembra infatti che siano in circolazione dei "controllori" che vigilano sul rispetto del decreto ministeriale n. 500 del 6 aprile 1994, il quale vieta appunto la distribuzione gratuita di questo alimento. Il decreto aveva recepito alcune direttive comunitarie che hanno come filosofia di base la diffusione - o meglio il ritorno - dell'allattamento al seno.

A richiamare l'attenzione dei Medici sull'argomento è una circolare del ministero della Sanità indirizzata alla Federazione per la successiva dif-

fusione a tutti gli Ordini. La circolare riporta il testo dell'articolo 7 comma 4 del citato decreto che così recita: "I produttori e le persone aventi titolo alla distribuzione degli alimenti per lattanti non devono offrire al pubblico, alle donne incinte, alle madri, e ai membri delle famiglie, direttamente o indirettamente attraverso il sistema sanitario ovvero attraverso gli operatori sanitari campioni gratuiti o a basso prezzo o altri omaggi". La lettera del ministero aggiunge, come si è detto sopra, che sono stati attivati "gli organi territoriali di controllo" per verificare l'eventuale distribuzione di campioni presso i Medici pediatri.

**RIFIUTI SPECIALI** - L'Ordine dei Medici ha allo studio un servizio per informare i colleghi di tutti gli adempimenti legati al problema dello smaltimento dei rifiuti, in particolare dei rifiuti speciali (tenuta dei registri, presentazione del modello unico di dichiarazione dei rifiuti alla Camera di Commercio, smaltimento ecc.). Attraverso "Genova Medica" i colleghi saranno tempestivamente informati dell'attivazione di questo servizio.



## PAGNI CRITICA L'ANTITRUST SUGLI ORDINI: "LA SALUTE NON E' MERCE DA MERCATO"

La relazione dell'Antitrust sugli Ordini professionali - della quale abbiamo ampiamente parlato sul numero scorso di "Genova Medica" - ha destato riserve e critiche da parte della Federazione degli Ordini. Il presidente Pagni, commentandola in occasione di una recente riunione del Consiglio nazionale, ha infatti sottolineato, tra l'altro, che "non pare sia possibile comprendere appieno la vaga ispirazione neoliberalista che pervade il documento dell'Antitrust, nè sia produttiva irritarsi o scandalizzarsi per le sue conclusioni. Esso si iscrive nel filone culturale dei socialisti convertiti al mercato. L'importante è che si sia in grado di confutare quella tesi e di dimostrare che i cittadini non avrebbero nulla da guadagnare da una professione medica non più protetta dalla legge".

Secondo Pagni gli attacchi che vengono da più parti portati agli Ordini - vedi ad esempio la Cgil che ne invoca l'abolizione per privilegiare assicurazioni private o cooperative di servizio per l'assistenza - dimostrano quanto sia importante che la professione si mobiliti perchè presto passi in Parlamento il disegno di legge che prevede non già l'abrogazione ma la modifica degli Ordini: "Di fronte agli scandali, alle frodi, agli illeciti, alle compiacenze e ai drammi che hanno colpito la Sanità italiana in questi ultimi mesi si rende necessario un Ordine dei Medici forte, dotato di poteri reali e che non può permettersi indulgenze nei confronti di chi sbaglia". L'indagine dell'Antitrust è stata condotta, ad avviso di Pagni, secondo criteri di "necessità" e "proporzionalità" commisurati al mercato, "ma si dà il caso che la salute non sia una merce e quanto al mercato, in Sanità, trattasi al più di un mercato interno tra pubblico, privato di interesse pubblico e volontariato no profit, nel quale la domanda

viene condizionata dall'offerta e da valenze psico-emozionali sconosciute nell'acquisizione di altri beni. A noi pare che l'indagine del Garante avrebbe dovuto dedicare alla professione medica un'analisi più approfondita e non limitarsi ad un vago riconoscimento della sua appartenenza a quelle professioni che operano in regime di riserva, stante la specificità della sua natura e il suo esercizio che si svolge soprattutto in regime di monopsonio com'è il Ssn. Se la professione dei Medici italiani viene riguardata in quest'ottica molte delle argomentazioni interessanti contenute nel documento perdono di significato".

Il presidente della Fnomceo è quindi tornato a sottolineare la necessità improrogabile della modifica della legge sugli Ordini, dei quali il limite più evidente consiste oggi "nel governo dimezzato della professione ... e nella progressiva burocratizzazione della gestione della professione indotta dalla pubblica amministrazione".

Se è vero che "le tariffe non garantiscono di per sé la qualità" altrettanto indubitabile, per Pagni, che non ne può essere fatta colpa ai Medici, dato che nel nostro paese "sono in vigore almeno una decina di nomenclatori tariffari diversi, per prestazioni uguali, a seconda del luogo dove esse vengono erogate".

Ancora: "Se il Garante osserva che la pubblicità ha vincoli più stringenti in Italia rispetto ad altri paesi europei, significa che ignora i messaggi reclamistici contenuti nei mass-media e la pseudo informazione scientifica profusa a piene mani nel nostro paese".

Pagni ha annunciato che, in attesa della nuova legge istitutiva degli Ordini, la Fnomceo sta cercando di rafforzare l'immagine pubblica e la credibilità dell'istituzione.

## TASSE, IL TORCHIO GIRA ANCORA

Ma nella Finanziaria '98 c'è anche qualche nuovo sgravio

Come tutti gli anni il governo con la legge finanziaria - la n. 449 del 27/12/97 - ed i decreti collegati ha emanato provvedimenti per la stabilizzazione della finanza pubblica, provvedimenti che riguardano anche il campo tributario e quello previdenziale. Illustriamo qui di seguito le disposizioni di più comune interesse introdotte.

**Art. 1** - Viene concessa una detrazione di imposta del 41% delle spese sostenute fino a 150 milioni a coloro che effettuano opere di ristrutturazione o manutenzione di edifici nel 1998 e 1999. La detrazione di cui sopra deve essere ripartita in quote costanti nell'anno in cui sono sostenute le spese e nei quattro successivi. Il contribuente può scegliere di ripartire la detrazione in un periodo di 10 anni anziché in cinque.

**Art. 3** - Per coloro che procedono alla costruzione della loro prima casa è concessa la detrazione del 19% degli interessi sui mutui ipotecari contratti dal 1998 fino ad un importo massimo di 5 milioni.

**Art. 4** - Viene concesso un credito di imposta alle piccole e medie imprese che hanno assunto (dal 1 ottobre 1997) e assumeranno fino al 31/12/2000 nuovi dipendenti, a condizioni che le stesse operino nelle zone depresse indicate dai vari regolamenti Cee.

In articoli successivi (fino all'art. 7) vengono emanate norme agevolative per imprese che avendo determinate caratteristiche procedano all'assunzione di particolari categorie di lavoratori.

**Art. 8** - Vengono modificate le disposizioni

riguardanti le spese per i mezzi necessari all'accompagnamento, alla deambulazione, alla locomozione e al sollevamento dei portatori di handicap.

**Art. 11** - A favore delle piccole e medie imprese che operano nel settore della vendita al dettaglio, somministrazione di alimenti e bevande e turismo e che effettuano nuovi investimenti è concesso un credito di imposta pari al 20% del costo dei beni acquistati fino ad un massimo di 50 milioni da distribuirsi in tre anni. Gli investimenti devono riguardare i beni attinenti l'attività propria dell'impresa avendo particolare riferimento alle tabelle dei coefficienti di ammortamento dei vari settori, con esclusione delle autovetture, autoveicoli, motoveicoli, edifici, costruzioni e fabbricati di qualsiasi tipologia. Il beneficio viene concesso su dichiarazione alle Camere di Commercio e fino all'esaurimento dello stanziamento apposito. Particolari disposizioni verranno emanate in seguito.

**Art. 14** - Per particolari categorie di contribuenti (sartorie, tintolavanderie, commercianti al minuto esercenti attività di somministrazione di alimenti e bevande, attività turistiche, estetisti, produttori/rivenditori diretti al pubblico) è consentita la detrazione dal reddito in quote costanti in tre anni delle spese di manutenzione, riparazione, ammodernamento e ristrutturazione degli immobili nei quali esercitano l'attività. Tra le spese di cui sopra sono compresi il rifacimento di impianti elettrici, idraulici e quelli generici di riscaldamento e condizionamento; sono esclusi



gli impianti igienici. Questo particolare regime è consentito per le spese sostenute dal 1° gennaio 1998 al 31 dicembre 1999 a condizione che i soggetti beneficiari abbiano un volume d'affari costituito per almeno l'80% da cessione o prestazioni a privati.

**Art. 15** - Viene prorogato al 30 settembre 1998 il termine per la chiusura delle partite Iva inattive con il pagamento forfettario di lit. 100.000.

**Art. 17** - Vengono introdotti i seguenti limiti per la detrazione dal reddito di impresa e professionale dei costi sostenuti per i mezzi di trasporto (compresi gli ammortamenti) già a decorrere dall'esercizio 1997:

- detrazione integrale per aeromobili, navi, imbarcazioni da diporto, autovetture, autocaravan, ciclomotori e motocicli che siano utilizzati esclusivamente come beni strumentali nell'attività propria dell'impresa;
- detrazione dell'80% solo ed esclusivamente

per agenti e rappresentanti. Viene ammesso come valore dell'automezzo un limite di 50 milioni, l'eccedenza non viene fiscalmente riconosciuta;

- detrazione del 50% per i mezzi utilizzati in modo diverso da quelli più sopra descritti. Il valore ammesso in questo caso è di lire 35 milioni per le autovetture, 8 milioni per i motocicli e 4 milioni per i ciclomotori. Per le attività svolte in forma individuale è ammessa la detrazione di una sola vettura mentre per gli studi associati è ammessa la detrazione per un veicolo per ogni associato.

- per i mezzi non strumentali che si stanno acquisendo in leasing la detrazione del canone è ammessa nelle stesse proporzioni di cui sopra.
- i canoni di noleggio sono deducibili fino ad un massimo di 7 milioni per le autovetture e autocaravan, 1,5 milioni per i motocicli e 800 mila per i ciclomotori.

## UN OSPEDALE "GENOVESE" CHIEDE SOLIDARIETÀ

Le virgolette sono d'obbligo: è "genovese" perché costruito con volontari genovesi e con l'aiuto della Liguria, ma la sua ubicazione è a 1400 metri sulle montagne del Guatemala! Si chiama "Reiko 7", come l'associazione dei missionari laici recchesi che hanno risposto positivamente alla richiesta di un aiuto sanitario da parte di una popolazione estremamente povera. Porta il numero "7" perché tale è il numero di realizzazioni importanti che il "Reiko" ha portato avanti al di fuori di finanziamenti pubblici, basandosi al cento per cento sul volontariato. Come tutti gli ospedali, anche "Reiko 7" necessita di personale sanitario, ed è per questo che si chiede la solidarietà dei Medici genovesi. Già ci sono state le prime adesioni, ma sono poche in rapporto al programma che si vorrebbe portare avanti. Un programma che si basa sull'alternanza di Medici specialisti italiani che regalano venti giorni delle proprie vacanze per un'opera umanitaria. Per i Medici in pensione "il regalo" potrà essere più duraturo e saranno benvenuti. Il "Reiko" è organizzato in modo da offrire vitto ed alloggio in condizioni decorose ed igieniche. Chi andrà potrà portarsi anche la moglie ed un figlio, ma il viaggio - è bene dirlo - anche se a condizioni particolari sarà a carico del Medico. Ai camici bianchi genovesi si chiede un atto di solidarietà, che comporta certo un po' di sacrificio, il quale però si trasformerà in gioia come succede per ogni dono fatto con il cuore. Per informazioni rivolgersi al "Reiko", salita Speroni 2 - 16036 Recco, Genova - tel. e fax 0185/74706.

**FARMACI PER UN OSPEDALE BRASILIANO** - Dal Comitato degli italiani all'estero di Recife (Brasile) è pervenuta all'Ordine, a firma del vice presidente Nicola Pietroluongo, la richiesta di inviare medicinali all'ospedale materno infantile "Hospital Conego Pedro De Souza Leao", rua Joaquim Tenorio s/n, Cavaleiro - Jaboatao Dos Guararapes - Pe Brasil. Per saperne di più contattare direttamente Nicola Pietroluongo, Av. Domingos Ferreira 2907, 51020-031 Recife - Pe Brasil, tel. 0055 81 9786387.

**Art. 21** - Il periodo di ammortamento dei marchi d'impresa e dell'avviamento diventa di dieci anni (anziché rispettivamente di tre e cinque). La disposizione si applica a partire dal 1998 anche per i beni immateriali di cui sopra acquisiti prima di tale data. Con questo articolo vengono inoltre apportate modifiche al regime delle ritenute di acconto e dei sostituti di imposta:

- a) diventano sostituti di imposta e quindi obbligati ad effettuare la ritenuta di acconto i professionisti anche per le prestazioni svolte in loro favore da altri professionisti. Anche i condomini assumono la veste di sostituti di imposta;
- b) la ritenuta d'acconto sui redditi di lavoro autonomo passa dal 19 al 20 per cento;
- c) per gli agenti e i rappresentanti la ritenuta d'acconto viene commisurata a quella applicata allo scaglione minimo ai fini Irpef (attualmente 19%);
- d) la ritenuta a titolo di imposta definitiva su compensi corrisposti a soggetti non residenti passa dal 20 al 30%;

Gli amministratori di condominio dovranno comunicare annualmente all'anagrafe tributaria l'ammontare dei beni e servizi acquistati dai vari condomini da loro gestiti specificando i dati dei fornitori. A questo proposito verranno emanate apposite disposizioni di attuazione. Diventano soggetti all'obbligo di registrazione anche i contratti di locazione di importo inferiore ai 2,5 milioni purché di durata superiore a 30 giorni annuali. Per i contratti di cui sopra già in essere la registrazione deve essere effettuata entro 20 giorni dall'inizio dell'annualità successiva a quelle in corso.

**Art. 23** - Sono riaperti fino al 28 febbraio i termini per la sanatoria degli omessi versamenti Iva e imposte dirette per gli anni fino al 1995.

**Art. 29** - Questo articolo stabilisce norme agevolative per la società che, gestendo beni di comodo, intendono trasformarsi in società semplici oppure assegnare i beni ai soci. Le agevolazioni consistono nel pagamento di imposte sostitutive

in luogo di quelle ordinarie. Le modalità di attuazione devono ancora essere emanate.

**Art. 30** - L'imprenditore individuale che intende escludere dalla sua impresa i beni immobili strumentali può farlo entro il 20 aprile 1998 pagando un'imposta sostitutiva dell'Irpef e dell'Irap pari al 10% della differenza tra il valore normale del bene e quello fiscalmente riconosciuto. Se la cessione di detti immobili è soggetta ad Iva l'aliquota è del 30%.

**Art. 56** - E' stato spostato al 1° dicembre 1998 il termine per la regolarizzazione delle società semplici che svolgono attività agricola.

**Art. 59** - Sono fissati nuovi limiti per l'ottenimento della pensione di anzianità da parte dei lavoratori autonomi. Vengono bloccati per il 1998 gli aumenti automatici per le pensioni superiori a 5 volte il trattamento minimo Inps; mentre dal 1999 e fino al 2000 gli aumenti per le pensioni comprese tra 5 e 8 volte il trattamento minimo verranno applicati nella misura del 30%. Le pensioni superiori non verranno aumentate di alcunché.

Dal 1° gennaio 1998 l'aliquota del contributo Inps di artigiani e commercianti viene aumentata dello 0,8% e dal 1° gennaio 1999 verrà aumentata ulteriormente dello 0,2% ogni anno fino al raggiungimento del 19%.

Dal 1° gennaio 1998 per i lavoratori autonomi iscritti alla gestione separata Inps il contributo (fino al 1997 era il 10%) aumenta dell'1,5% e aumenterà ogni due anni dello 0,5% fino al raggiungimento del 19%. Un ulteriore aumento dello 0,5% applicato già dal 1998 coprirà le prestazioni a favore di questi lavoratori per indennità di maternità e assegni familiari. Viene prorogato al 18 luglio 1998 il termine oltre il quale dovrà essere comunicata all'Ispettorato del lavoro l'intenzione da parte delle imprese di ricorrere al lavoro straordinario oltre alle 40 ore settimanali contrattuali.

(a cura dello Studio Associato Giulietti)