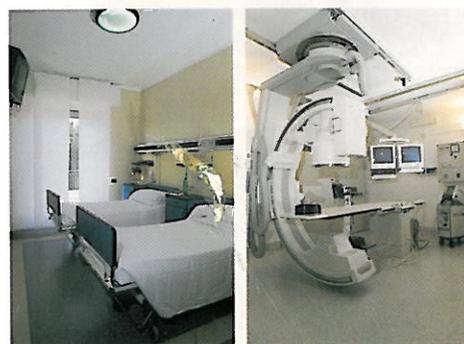




CASA DI CURA  
VILLA MONTALLEGRO

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**

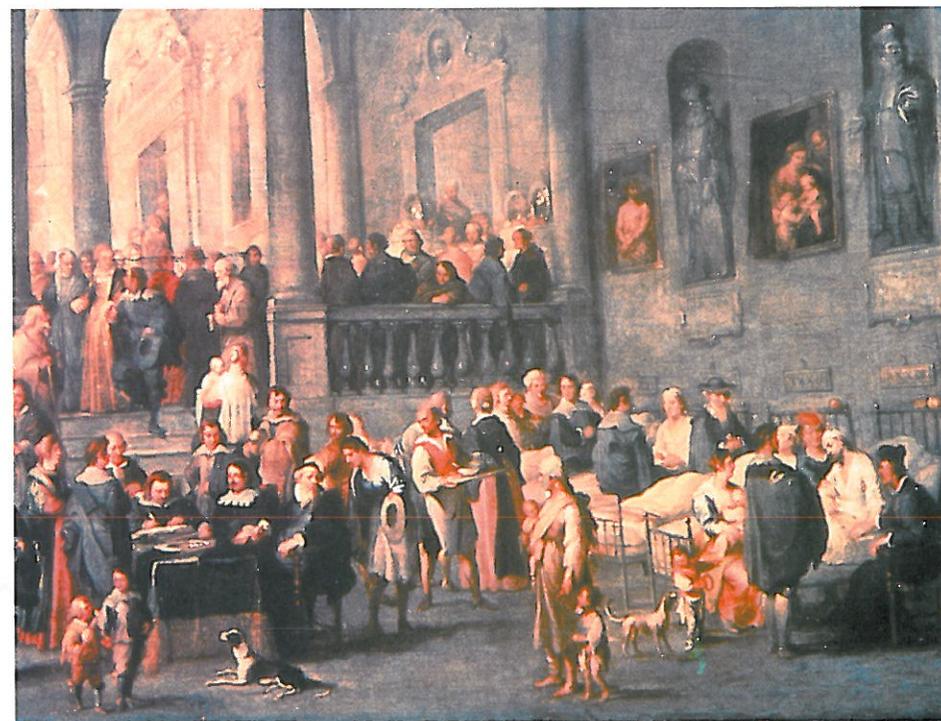
Sito Internet: WWW.MONTALLEGRO.IT  
e-mail: clienti@montallegro.it

Anno 7 - N. 1 - Gennaio 1999 - Periodico Mensile - Autorizzazione n. 15 del 26/04/1993 del Tribunale di Genova - Sped. in A.P. - 45% - Filiale di Genova

# GENOVA

## M E D I C A

ORGANO UFFICIALE DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI  
E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI GENOVA



**FINANZIARIA,  
I DETTAGLI DI UNA VERA BATOSTA**

**199**

◆ CAMBIA DI NUOVO  
IL REGIME  
DEI TICKET

◆ CODICE  
DEONTOLOGICO:  
VA BENE, MA...

◆ RADIOPROTEZIONE  
IL TAR  
BLOCCA TUTTO

**ALL'INTERNO "DENTISTI NOTIZIE"**

# A casa? Stanno tutti bene.

Chi si occupa della salute degli altri  
conosce l'importanza della sicurezza e della tranquillità.

Sa che prevenire  
è il modo migliore per risolvere i problemi.

Tutte le garanzie Acmi sono pensate  
per proteggere quello che è importante  
nella vita professionale e privata di un medico.

E la polizza malattia Acmi, per esempio,  
è stata giudicata la migliore sul mercato  
dalla stampa specializzata.

Perché chi si occupa della salute degli altri  
deve stare bene.



Numero Verde

**1678-04009**

Piazza della Vittoria 12/22 - 16121 Genova - tel. 010/581004  
Via Lanzone, 31 - 20121 Milano - tel. 02/86455434  
Riviera S. Benedetto 96/A - 35100 Padova - tel. 049/8721414  
Internet <http://www.simass.it/acmi>  
e-mail: [acmi@simass.it](mailto:acmi@simass.it)

		PC	Ria	MN	RX	RT	TF	S	DS	T	RM
<b>IST. LAB</b> Dir. San. e R.B.: D.ssa P. Aytano Biologo Spec.: Microbiologia	GENOVA Via Cesarea 12/4 010/581181 - 592973	*	*					*			
<b>IST. MANARA</b> 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				*		*	*	*		
<b>IST. MORGAGNI</b> 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	*			*	*		*			
<b>IST. NEUMAIER</b> Dir. San. e R.B.: Prof. Luigi Robert Spec.: Radiologia	GENOVA Via XX Settembre 5 010/593660				*	*	*		*		
<b>CENTRO RADIOLOGICO E FISIOTERAPICO</b> Dir. San. e R.B.: Dr.ssa Barbara Fanti Spec.: Radiodiagnostica Resp. Terapia fisica: Dr. Armando Tagliavacche	GE - BUSALLA Via Chiappa 4 010/9640300				*		*		*		
<b>IST. RADIOLOGIA RECCO</b> 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				*		*		*		
<b>IST. SALUS</b> Dir. San. e R.B.: Dr. E. Bartolini Spec.: Radiologia Igiene Med. Prev.	GENOVA P.zza Dante 9 010/586642	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
<b>IST. STATIC</b> Dir. San.: R.B.: D. ssa T. Quercioli Spec.: Fisiokinesiterapia R.B.: Prof. R. Lagorio L.D.: Radiologia	GENOVA Via XX Settembre 5 010/543478				*		*		*		
<b>IST. TARTARINI</b> 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	*	*		*	*	*	*	*		
<b>IST. TECNES Med. Nucleare</b> Dir. San.: D.ssa Barbera Spec.: Med. Nucleare	GENOVA Via Vezzani 21 R 010/565643			*					*		

<b>ISTITUTI NON CONVENZIONATI USL</b>		PC	Ria	MN	RX	RT	TF	S	DS	T	RM
<b>LABORATORIO ALBARO</b> 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 30 010/3621769	*	*		*		*	*	*	*	
<b>ISTITUTO IL BALUARDO</b> 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				*		*	*	*	*	*
<b>IST. BIOTEST RADIOLOGIA</b> Dir. San. e R.B.: Dr. C. Gubinelli Spec. Radiologia Medica	GENOVA Via Brigata Liguria 3/4 010/561522				*	*		*			

**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



## SANITA' PUBBLICA...AL RISPARMIO

*E la categoria, remissiva, subisce in silenzio gli attacchi*

**L'**ultimo anno del secolo si apre con uno scenario veramente sconcertante per i tanti problemi che affliggono la Sanità. Nonostante le chiacchiere ministeriali, la situazione rimane sempre più caratterizzata dall'inefficienza e dalla precarietà: a Genova, ma credo anche in altre città d'Italia, è bastata un'epidemia influenzale, neppure di eccezionale gravità, per mettere in ginocchio gli ospedali, con i soliti articoli sui giornali riguardanti i malati in barella nei corridoi del Pronto Soccorso. E' la solita storia, che ormai si ripete da molti, troppi anni, per essere accettata passivamente dai Medici ospedalieri, che poi sono additati alla pubblica opinione come gli unici responsabili.

Sono stati tagliati letti a tutto spiano, chiusi alcuni ospedali piccoli ed inefficienti, ragion per cui al primo verificarsi di un evento qualsiasi la disponibilità dei posti liberi nei reparti si riduce a zero, con la conseguente cancellazione dell'attività di elezione anch'essa meritevole della massima attenzione da parte delle autorità sanitarie.

A questo punto dicano il ministro, l'assessore alla sanità, i direttori generali che gli ospedali devono essere considerati e gestiti come dei grandi Pronto Soccorso, dove le urgenze hanno la precedenza sulle altre attività; in tal caso, però, che nessuno si lamenti o denunci la lunghezza delle liste di attesa per interventi di elezione di pertinenza delle varie specialità.

### MEDICI IN PIAZZA (MA IN GERMANIA...)

C'è chi nutre un'ammirazione sviscerata per i tedeschi, e si abbandona all'esaltazione delle teutoniche virtù, considerate incommensurabilmente dominanti sugli italici difetti. No no, a noi tutto sommato vanno anche bene le cose come stanno, purchè ci lasciate dire che, ogni tanto, veniamo colti da qualche punta d'invidia. Per esempio di fronte alla notizia che abbiamo letto su qualche giornale. Ha riferito infatti "Il Tempo" di Roma che in Germania i Medici hanno chiuso i loro studi professionali e sono scesi in piazza per protestare contro la politica sanitaria del governo, dando vita ad una manifestazione alla quale non si assisteva dagli anni '60. All'origine della protesta la decisione del ministro della Sanità, Andrea Fischer, di voler ridurre di 1110 miliardi di lire il budget previsto per le medicine che i Medici possono prescrivere nel '99. Se il tetto complessivo di 34 mila miliardi di lire dovesse venir superato, il governo ridurrebbe automaticamente anche gli onorari da versare ai singoli Medici di famiglia. Verrebbe da dire: tutto il mondo è paese. Ma, guarda caso, là i camici bianchi scendono in piazza, qui affollano le cartolerie per far rifornimento di penne biro, onde poter compilare per bene le ricette, apporre le note Cuf, descrivere i "percorsi terapeutici", scrivere la giustificazione alla Asl per aver prescritto "indebitamente" un medicinale, firmare magari l'assegno di rimborso; e le stangate che arrivano da Finanziaria, "collegato", decreti delegati e via dicendo, e che si aggiungono ad una politica sanitaria sempre più vessatoria per la categoria, fanno l'effetto di un modico lassativo. Ah già, siamo in Italia... S.C.

## DENTISTI NOTIZIE



### PROGRAMMA CULTURALE ANDI GENNAIO 1999

#### FEBBRAIO

##### S.I.D.P. e S.I.D.O. - Venerdì 5 e Sabato 6

"Problematiche parodontali ed ortodontiche: Incontro Interdisciplinare".

**Sede:** Royal Hotel Carlton (Bologna)

##### ANDI IMPERIA - Sabato 6

**Relatore:** dr. Roberto Olivi

"Odontoiatria Infantile: metodiche di approccio al paziente"

**Sede:** Hotel Villa Sylva - Sanremo, ore 9.00-14.00

##### 1° CONGRESSO NAZIONALE C.I.C.

##### Venerdì 19 e Sabato 20

**Sede:** Centro Internazionale Congressi - Firenze

##### C.O.L. - Lunedì 22

Primo incontro del corso annuale di implantologia ed odontotecnica implantoprotesica: confronto dei vari sistemi implantari e loro novità alle soglie del 2000.

**Sede:** Università di Genova Polo Universitario (aula ex-Saiwa).

##### ANDI RADUNO INVERNALE - dal 21 al 28

**Sede:** Cortina D'Ampezzo - Hotel Miramonti Grand Majestic

#### MARZO

##### ISTITUTO G. GASLINI - Sabato 6

XII Corso Clinico di Ortodonzia fissa Edgewise sec. Tweed-Merrifield

**Lectio Magistralis:** dr. Tom Gebeck, presidente Tweed Foundation - Tucson USA

**Sede:** Aula Scuola L. Gaslini - Ist. Gaslini, ore 9.00

##### ANDI LA SPEZIA - Venerdì 26

**Relatore:** dr. Attilio Gaggino "Protesi"

**Sede:** Ordine dei Medici di La Spezia, ore 21.00

##### A.L.I.eR.O. - Sabato 27

**Relatore:** dr. John R. Bednar

"Ortodonzia dell'adulto - Rapporti con parodontologia, chirurgia ed implantologia"

**Sede:** Stahotel President

##### ANDI IMPERIA - Sabato 27

**Relatore:** prof. Pietro De Fazio

"Endodonzia: nuove tecniche"

**Sede:** Hotel Villa Sylva - Sanremo

##### A.I.O.P. - Sabato 27

VIII Simposio A.I.O.P. Adriatico

**Sede:** Centro Congressi "Hotel Flaminio" Pesaro "Dalla corona singola alla riabilitazione completa"

Riservato a Medici e Tecnici.

#### APRILE

##### ANDI GENOVA

##### Venerdì 16 e Sabato 17

##### 1° Congresso Liguria Odontoiatrica

**Sede:** Centro Congressi - Magazzini del Cotone - Genova

##### ACCADEMIA ITALIANA DI CONSERVATIVA

##### Venerdì 23 e Sabato 24

"I rapporti tra Ortodonzia e Odontoiatria Ricostruttiva"

**Relatori:** dr. Frank Spear e dr. Vincent Kokich

**Sede:** Centro Affari Firenze

# LETTERE AL DIRETTORE



## MOBILITA' DENTRO O FUORI DELLA REGIONE?

**C**aro Presidente, siamo un gruppo di Medici genovesi e liguri. Da tempo, per necessità di vita, abbiamo accettato di andare a lavorare fuori della nostra regione di appartenenza. Molti di noi sono pendolari. Per poterci dedicare alla nostra professione, abbiamo accettato di affrontare qualche sacrificio, anche perchè nel nostro intimo c'è il desiderio di poter tornare un giorno in Liguria. Abbiamo saputo della tua proposta di limitare la mobilità esclusivamente all'ambito regionale e di eliminare quella interregionale. Riteniamo che sia ingiusta nei nostri confronti, oltre che contraria alla lettera del contratto nazionale, la preclusione alla possibilità di iscriverci nelle liste di mobilità della Liguria. L'iniziativa, volta forse alla salvaguardia dei colleghi rimasti in Liguria come volontari o borsisti per poco o nullo punteggio, oltre a sortire effetti negativi sullo scambio di esperienze e quindi sulla crescita e sulla qualificazione della nostra professione, non contribuirà a migliorare la situazione lavorativa della nostra categoria. Chiediamo che non abbia seguito la richiesta di limitare la mobilità all'esclusivo ambito regionale.

**Seguono una trentina di firme**

*Carissimi colleghi, ho letto la vostra accorata lettera circa la mobilità interregionale e i limiti che come Ordine abbiamo suggerito alla Regione*

*Liguria. I motivi che vi hanno portato ad emigrare sono anche troppo noti (carenza di posti di lavoro a concorso ordinario, fatiscenza di molte strutture ospedaliere, bassi stipendi, apparecchiature obsolete, scarsa possibilità di aggiornamento, ecc. ecc.) e se questo non bastasse la personale conoscenza di alcuni di voi fa fede delle ragioni professionali alla base di questa scelta. Tuttavia la mobilità interregionale vale per tutti, e in particolare il meccanismo del punteggio, che prescinde ancora oggi dal vostro effettivo valore. Prova ne sia che l'unica Asl (la 4 del Tigullio) ad avere ad oggi attuato in pieno detta mobilità ha ricevuto richieste anche da Medici non liguri. La mobilità all'interno della Regione, per quanto gravata da identici difetti (la formazione di una graduatoria senza concorso) ha almeno il pregio di non modificare il numero dei posti vacanti o, se il collega proviene da una situazione di sovrannumero, elimina il rischio di un licenziamento. Va da sé che il desiderio di questo Ordine era che i posti venissero tutti messi a concorso pubblico, ma non è escluso che ciò avvenga dopo i trasferimenti attuati nell'Asl 4 (vedi bandi della Asl 1 per messa a concorso senza mobilità di circa 18 posti di dirigenti di primo livello).*

*Sperando di rivedervi presto tra noi.*

**Maurizio Giunchedi**

*Ci sono persone che aspettano mesi e mesi per un intervento di ortopedia, ginecologia, urologia, chirurgia generale o per un ricovero, non urgente, in medicina o neurologia, in quanto i letti vengono occupati da persone che, a seguito di una emergenza, sono state ricoverate e trasferite dal Pronto Soccorso.*

*Tale situazione, che impedisce ai medici di rispettare le prenotazioni e gli impegni assunti con i pazienti, non acuti, che hanno ugualmente la necessità di essere operati o curati, si riflette negativamente solo nei confronti della categoria.*

*Infatti queste persone, i cui diritti sono sacrosanti, stanche di aspettare mesi e mesi per un ricovero, quando si vedono rimandare a casa perchè il loro letto è stato occupato, giustamente risentite si rivolgono ai giornali accusando i Medici di agire in base a criteri ingiusti e non trasparenti.*

*In tale contesto le varie Finanziarie e decreti ministeriali continuano a sfornare norme che limitano da una parte la libertà del Medico e dall'altra compromettono la salute dei cittadini, tenuto conto che, con l'aumento dell'età media ed il massiccio incremento del numero di persone in età avanzata, i rischi legati all'invecchiamento richiedono una maggiore attenzione ed una più costante assistenza: non mi sembra quindi giusto parlare di ricoveri impropri.*

*Se il Ssn non riesce più a reperire le risorse necessarie nel bilancio dello Stato al fine di garantire un'assistenza degna di un paese civile, sarbbe ora che lo dichiarasse apertamente e non scaricasse sulla classe medica la responsabilità di erogare un servizio ispirandosi al principio del risparmio e non a quanto la scienza medica e la coscienza professionale impongono.*

*Sergio Castellaneta*

### A FEBBRAIO SI PAGA L'ORDINE

La tassa annuale per l'iscrizione all'Ordine (L. 165.000) va pagata dal 10 al 18 febbraio tramite cartella esattoriale (Cod. tributo 540).

## SOLIDARIETA' PER LO PSICHIATRA A RISCHIO

**N**on possiamo passare sotto silenzio quanto accaduto durante le feste natalizie a Genova, dove, nel Centro di salute mentale di San Fruttuoso, una psichiatra è stata aggredita e ridotta in gravi condizioni da un paziente. Cinque anni fa, a Sampierdarena, una giovane dottoressa fu addirittura uccisa a coltellate, in circostanze simili. Ma ciò che arriva sulle pagine dei giornali, è soltanto la punta di un iceberg fatto di costanti situazioni di pericolo, di episodi a rischio, di esplosioni di violenza che mettono spesso a repentaglio oltre che il lavoro la stessa incolumità dei camici bianchi. Ciò è conseguenza di scelte scioccamente demagogiche, che hanno portato alla chiusura dei manicomi senza predisporre, contemporaneamente, strutture alternative valide e sicure (e la stessa pesante atmosfera, non neghiamo, si respira nei Sert). Il risultato sono centri di salute mentale con locali inadeguati e angusti, nei quali non sono previste vie di fuga alternative; sono turni di lavoro dove ad affrontare energumeni scatenati - che non hanno nessuna colpa d'essere tali, perchè sono dei malati e nient'altro - si trovano spesso solo donne, senza servizi di vigilanza, e chi fa solo e onestamente il suo lavoro si ritrova spesso a combattere contro il terrore ed il rischio. Questi concetti sono contenuti in una lettera che il presidente dell'Ordine ha inviato a Luigi Ferranini, capo del Dipartimento salute mentale della Usl 3, oltre che ad altri destinatari (prefetto, questore ecc.). Speriamo ora in qualche risultato.

## FINANZIARIA, CHE BATOSTA!

*Le nuove leggi sono pesantemente punitive per i Medici.*

**F** forse il primo anno che la legge finanziaria, ed i provvedimenti legislativi ad essa collegati, sono così punitivi nei confronti dei Medici. Tutto il settore della Sanità è stato bersaglio di tagli, nuovi limiti, intralci burocratici freschi freschi, tanto da far pensare che il legislatore abbia ritenuto i camici bianchi, ed il mondo che gravita intorno ad essi, i principali responsabili della voragine delle finanze pubbliche. Pubblichiamo a parte gli articoli di legge che riguardano da vicino la Sanità, ma per chi non volesse sorbirsi l'astruso linguaggio della Gazzetta Ufficiale sintetizziamo qui le principali novità.

Qualche esenzione in più è arrivata, a beneficio dei cittadini, nel settore della partecipazione alla spesa (ticket) - ma di questo parla espressamente la circolare della Regione che pubblichiamo a pag. 13 -. Una restrizione è stata invece introdotta per i farmaci antitumorali, che saranno erogati a carico del Ssn esclusivamente attraverso gli ospedali o strutture accreditate in regime di ricovero, day hospital o assistenza domiciliare, mentre una maggiore disponibilità è preannunciata (la decisione relativa è demandata alla Cuf) per dispensare nuovi farmaci antidolorifici ai malati di tumore o per i soggetti dimessi da ospedali psichiatrici.

## COSA DICE LA GAZZETTA UFFICIALE

*Ecco il testo degli articoli della legge finanziaria che interessano più da vicino il Medico, sia quello di base che l'ospedaliero. Abbiamo ommesso le parti che, pur disciplinando la materia sanitaria, sono di stretta pertinenza di altri operatori (farmacisti, industrie, ecc.)*

### Art. 68

*(Riduzione dei ticket e norme in materia di assistenza farmaceutica)*

**1.** A decorrere dal 1° gennaio 1999 e fino all'applicazione delle norme concernenti le modalità di partecipazione al costo delle prestazioni di cui all'art. 3 del

decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124, non è dovuta dagli assistiti esenti la quota fissa per ricetta per le prescrizioni relative alle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e per le altre prestazioni specialistiche erogate in regime ambulatoriale. Non è dovuta dagli assistiti la quota fissa per ricetta per le prescrizioni diagnostiche e specialistiche inerenti la certificazione di idoneità per servizio civile presso ente convenzionato con il Ministero della difesa.

**2.** L'ultimo periodo del comma 9 dell'articolo 3 del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124, è sostituito dai seguenti: «La quota fissa per ricetta non è dovuta per le prescrizioni relative alle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e per le altre prestazioni specialistiche erogate in regime ambulatoriale di cui al

## OSPEDALE - TERRITORIO, UNA SIMBIOSI UTILISSIMA

*Dai Medici del laboratorio di analisi dell'ospedale di Sampierdarena abbiamo ricevuto questa nota, che riteniamo molto interessante, sui rapporti tra la medicina di laboratorio e quella di medicina generale, e sui contatti tra i colleghi dei vari settori. La pubblichiamo volentieri, pensando che possa contribuire ad aprire, almeno in parte, la via di una collaborazione nuova ed utilissima.*

**N**ella medicina di oggi è giustamente valutato il concetto di qualità. Il termine qualità si riferisce non ad un aspetto astratto, ma ad un processo ben preciso, che interessa la prestazione medica in tutta la sua dinamica e che ha come conclusione finale la più completa soddisfazione delle necessità del paziente/cliente. La qualità, quindi, riguarda anche il rapporto Medico paziente ed il rapporto fra Medici e Medici e fra i diversi operatori della Sanità. Logica conclusione di questa breve premessa è l'evidente necessità di un costante e corretto rapporto con i colleghi nella valutazione dei casi clinici: non bisogna infatti dimenticare che non esiste la malattia come entità astratta, ma esistono concretamente i malati o, meglio, il singolo malato. Per quanto riguarda la medicina di laboratorio, in tutti questi anni si è, a nostro vedere, trascurato il rapporto con i Medici di medicina generale mentre, anche per ragioni contingenti, si è relativamente conservato quello con i colleghi delle divisioni ospedaliere. Ci è parso, quindi, molto importante cercare di stabilire un contatto diretto con i Medici che operano sul territorio e ai quali è affidata la gestione globale del paziente, che solo temporaneamente è gestito dallo ospedale sia ai fini diagnostici che terapeutici.

Una personale conoscenza ed un costante rapporto fra i Medici del laboratorio e quelli del territorio, con un conseguente interscambio di opinioni e di conoscenze, una diretta presa di coscienza delle rispettive problematiche e potenzialità operative potranno permettere sicuramente un miglioramento della qualità del prodotto offerto.

Questo perchè il prodotto finale sarà il risultato di un lavoro di equipe, con innegabile vantaggio per il paziente/cliente. La diagnosi finale, che passerà sempre attraverso la attenta valutazione del Medico curante, potrà essere più rapida e precisa e la terapia precoce più efficace per il paziente. La tecnologia moderna offre una potenzialità di mezzi diagnostici e di dialogo on line tramite i moderni programmi computerizzati che dobbiamo cercare di utilizzare il più possibile: in un futuro molto prossimo il Medico di medicina generale potrà accedere tramite il proprio personale computer ai dati diagnostici forniti dal laboratorio in tempo reale, prenotare una prestazione urgente per un proprio assistito direttamente dal proprio ambulatorio, dialogare facilmente con un collega della struttura ospedaliera. Ma prima di arrivare a questo, che è un traguardo finale, è necessario stabilire un collegamento professionale ed umano diretto fra collega e collega, fatto di incontri periodici e costanti che siano un momento di colloquio e di crescita comune.

Da questo deriva il nostro invito alle organizzazioni sindacali e professionali dei Medici di medicina generale ad incontrarci per gettare le basi di una simbiosi operativa che produrrà sicuramente un vantaggio finale per il malato, al servizio del quale, ricordiamolo sempre, siamo tutti chiamati a collaborare.

## CERTIFICATI MEDICI, NIENTE AUTOCERTIFICAZIONE

L'amministrazione pubblica procede nel lodevole tentativo di snellire un po' la macchina burocratica, e quindi va avanti, sia pure stentatamente e con resistenze non sempre giustificate, anche la semplificazione delle certificazioni amministrative. Qualche innovazione in materia, che riguarda in particolare i Medici, è contenuta nel Dpr 20 ottobre '98, n. 403, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 24 novembre scorso. In particolare per certi aspetti si fa riferimento alla famosa legge sulla privacy (la 675/96), per ricordare che "al fine di tutelare la riservatezza dei dati di cui all'art. 22" di detta legge "i certificati e i documenti trasmessi ad altre pubbliche

amministrazioni possono contenere soltanto le informazioni relative a stati, fatti e qualità personali previste da legge o regolamento e strettamente necessarie per il perseguimento delle finalità per le quali vengono acquisite" (art. 8). Il testo prosegue introducendo il "divieto ai direttori sanitari tenuti alla dichiarazione di cui al comma 2 dell'art. 70 del regio decreto 9 luglio 1939, n. 1238, come sostituito dall'art. 2 della legge 15 maggio 1997 n. 127, di accompagnare la stessa con il certificato di assistenza al parto previsto dall'art. 18, comma 2, del regio decreto legge 15 ottobre 1936 n. 2128". Ma oltre queste norme c'è un articolo specifico che riguarda forse

più da vicino i Medici, ed è l'art. 10 che parla dei certificati non sostituibili. Leggiamolo dunque insieme:

"1.- I certificati medici, sanitari, veterinari, di origine, di conformità Cee, di marchi o brevetti non possono essere sostituiti da altro documento, salvo diverse disposizioni della normativa di settore.

2.- Tutti i certificati medici e sanitari richiesti dalle istituzioni scolastiche ai fini della pratica non agonistica di attività sportive da parte dei propri alunni sono sostituiti con un unico certificato di idoneità alla pratica non agonistica di attività sportive rilasciato dal Medico di base con validità per tutto l'anno scolastico".

## QUALI SONO LE RICETTE "REGOLARIZZABILI"

Una circolare del ministro della Sanità è tornata sul problema della "regolarizzazione" delle ricette presentate in farmacia prive di alcuni elementi quali timbro e firma del Medico.

Nell'art. 4 dell'accordo nazionale per la disciplina dei rapporti con la farmacie pubbliche e private si considera "regolarizzabile" anche la ricetta che risulti mancante di questi due elementi, di per sé importanti.

Ma naturalmente - osserva la circolare - le disposizioni dell'accordo non possono superare le prescrizioni legislative; per questa ragione "non si potranno considerare regolarizzabili le ricette non ripetibili di cui all'art. 5, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 559, per l'esplicita previsione, concernente l'obbligo

di apposizione di data e firma da parte del medico, contenuta nel comma 5 dello stesso articolo". Negli altri casi la successiva regolarizzazione della ricetta "non è di per sé idonea a ledere la sfera del Medico" il quale del resto, nel procedere alla regolarizzazione, "ha la possibilità di verificare se a suo tempo aveva effettivamente prescritto il farmaco". La stessa circolare conferma ancora la possibilità di sostituzione da parte del farmacista del farmaco prescritto con altro avente eguale composizione e forma farmaceutica, pari indicazione terapeutica e prezzo uguale o inferiore per il Servizio sanitario nazionale (vedi articolo a pag. 3 di "Genova Medica" del dicembre scorso).

E veniamo alla famosa "nota" da segnare sulla ricetta (provvedimento che, come hanno riferito le cronache, ha suscitato molte reazioni da parte dei Medici). Essa è prevista dall'art. 70 della Finanziaria, secondo il quale se determinati farmaci sono, in ottemperanza alle disposizioni della Cuf, a carico del Ssn solo alle condizioni indicate in apposite note approvate dalla stessa Cuf, il Medico deve indicare nella ricetta la nota di riferimento e controfirmarla; è anche stabilito, tanto per gradire, che il Medico "è responsabile a tutti gli effetti" se appone una nota senza che ne ricorrano le condizioni (a puro titolo di esempio ricordiamo che secondo la Cuf i farmaci antiulcera dovrebbero essere pagati dal Ssn solo se prescritti in caso di ulcera accertata endoscopicamente).

Molte altre disposizioni, relative a registrazione di farmaci, "riqualificazione" dell'assistenza sanitaria e via dicendo (tanti propositi che, esperienza ha dimostrato, resteranno probabili-  
→

comma 3. Per le prescrizioni relative alle restanti tipologie di prestazioni di cui ai commi 4, 5, 6 e 7 la quota fissa dovuta dagli assistiti totalmente esenti è pari a 6.000 lire».

(omissis)

6. Dal 1° gennaio 1999 i medicinali antiblastici iniettabili sono erogati a carico del Servizio sanitario nazionale esclusivamente attraverso le strutture ospedaliere o le altre strutture accreditate in regime di ricovero, day-hospital o assistenza domiciliare. Nei casi in cui l'azienda unità sanitaria locale non abbia predisposto e resa operativa l'assistenza domiciliare ai pazienti oncologici, i medicinali indicati dal presente comma sono dispensati dalle farmacie ospedaliere per il tramite delle farmacie territoriali, secondo modalità predisposte con decreto emanato dal Ministro della Sanità di intesa con la Conferenza permanente per i rapporti

tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentite le organizzazioni più rappresentative delle farmacie pubbliche e private e le organizzazioni delle imprese distributrici.

(omissis)

### Art 69

(Disposizioni in materia di farmaci)

1. Entro il 15 gennaio 1999 la Commissione unica del farmaco adotta un provvedimento diretto ad assicurare che siano dispensati con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale:

a) per i soggetti affetti da patologie neoplastiche, ulteriori farmaci, in aggiunta a quelli già disponibili, in grado di alleviare le sintomatologie dolorose;  
b) per i soggetti dimessi da ospedali psichiatrici o in cura presso i servizi di salute mentale, farmaci con effetto ansiolitico.

2. Dopo il comma 8 dell'articolo 36 della legge 27 dicembre 1997, n. 449, è aggiunto il seguente:

«8-bis. Il Ministro della sanità può stabilire che le regioni e le province autonome possono provvedere all'acquisto all'estero, nell'ambito dell'Unione europea, anche attraverso una struttura di coordinamento nazionale, di medicinali destinati al trattamento delle malattie invalidanti o delle malattie rare di cui all'articolo 5, comma 1, del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124, aventi le caratteristiche di cui alle lettere a) e b) dell'articolo 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n. 537, che, in base alla normativa in vigore, siano trasferiti nella classe prevista dalla lettera c) del medesimo comma 10 in conseguenza di decisioni o comportamenti dell'azienda titolare».

### Art. 70.

(Misure per la razionalizzazione e il contenimento della spesa farmaceutica)

(omissis)

2. Nelle ipotesi in cui provvedimenti della Commissione unica del farmaco stabiliscano che determinati medicinali sono posti a carico del Servizio sani-  
→

tario nazionale alle condizioni indicate in «note» a tal fine approvate dalla stessa Commissione, i medicinali ai quali si applicano le «note» predette non sono erogabili a carico del Servizio sanitario nazionale se il medico prescrittore non appone al lato del nome del farmaco prescritto l'indicazione della «nota», controfirmata, di riferimento. Il medico è responsabile a tutti gli effetti della annotazione di cui al periodo precedente apposta senza che ricorrano le condizioni previste dalla «nota» cui si fa riferimento. Resta ferma la disciplina prevista dall'articolo 1, comma 4, del decreto-legge 20 giugno 1996, n. 323, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 agosto 1996, n. 425.

**3.** La Commissione unica del farmaco, quando sottopone a particolari condizioni o limitazioni l'erogazione di un medicinale a carico del Servizio sanitario nazionale, può prevedere, anche nel caso di prodotti disciplinati dall'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 539, e successive modificazioni, che la diagnosi e il piano terapeutico vengano stabiliti da centri o medici specializzati e che la prescrizione delle singole confezioni secondo il piano predetto, possa essere affidata anche al medico di medicina generale.

(omissis)

#### Art. 71.

(Piano straordinario di interventi per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani)

**1.** Allo scopo di realizzare interventi di riorganizzazione e riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani, da individuare, su proposta del Ministro della sanità, dalla Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tenendo in particolare considerazione quelli situati nelle aree centro-meridionali, è stanziata la somma di complessive lire 1.500 miliardi per il triennio 1999-2001, di cui lire 100 miliardi per il 1999 e lire 700 miliardi annue per ciascuno degli anni 2000 e 2001. Gli interventi concorrono ad assicurare a tutti i cittadini:

**a)** standard di salute, di qualità ed efficienza dei servizi indicati nel Piano sanitario nazionale 1998-2000;

mente aria fritta) sono contenute nella Finanziaria prima che l'art. 72, n. 4 e seguenti, passi ad occuparsi dei Medici ospedalieri. Dopo aver affermato che il rapporto di lavoro di coloro che scelgono l'attività extramoenia è disciplinato, anche per gli aspetti economici, dalla contrattazione collettiva, la legge aggiunge che deve essere comunque prevista, nel primo contratto che si andrà a stipulare, una riduzione del trattamento economico accessorio, mentre l'attribuzione (o la conferma) degli incarichi di struttura può andare solo a coloro che hanno scelto l'attività intramoenia.

Ma, in attesa del contratto, dal 1° luglio di quest'anno per coloro che hanno scelto l'attività esterna la retribuzione variabile di posizione è ridotta del 50 per cento e gli incarichi dirigenziali di struttura possono essere confermati o conferiti solo a chi ha scelto di fare l'interno in ospedale (disposizioni queste, ricor-

**b)** la riqualificazione, la riorganizzazione ed il miglioramento degli strumenti di coordinamento della rete dei servizi ai cittadini, anche attraverso la sperimentazione di nuovi modelli gestionali;

**c)** il potenziamento qualitativo e quantitativo delle dotazioni sanitarie strutturali e tecnologiche, con particolare riguardo alla accessibilità, alla sicurezza ed alla umanizzazione dell'assistenza;

**d)** la riqualificazione delle strutture sanitarie;

**e)** la territorializzazione dei servizi.

**2.** Le regioni, sentiti i comuni interessati, elaborano specifici progetti per la realizzazione degli interventi di cui al comma 1, il cui finanziamento dovrà essere assicurato per non meno del 30 per cento da altre risorse pubbliche o private, entro i termini e sulla base di criteri, concernenti anche la misura del concorso possibile con le risorse di cui al comma 1, e modalità fissati, con decreto del Ministro della sanità. D'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281. All'istruttoria dei

## E SUL CODICE CASTELLANETA CONTESTA PAGNI

**Sul n° 42 della rivista "Asi" era comparsa un'intervista del presidente Fnomceo Pagni sul nuovo codice deontologico. Castellaneta non condividendo alcune affermazioni gli ha scritto contestandolo. Pubblichiamo qui sotto la lettera e la risposta di Pagni.**

### LA LETTERA DI CASTELLANETA

Le dichiarazioni del presidente Pagni sul nuovo Codice deontologico sembrano voler tranquillizzare e compiacere i politici tra cui il ministro della Sanità, che avrebbero entusiasticamente plaudito all'introduzione del concetto, molto pericoloso e antideontologico, costo-beneficio. Tale pericolo esisteva ed era molto consistente!

Per fortuna siamo riusciti ad approvare e inserire dopo la frase "le prescrizioni e i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche" la seguente dizione "anche (e sottolineo anche) al fine dell'uso appropriato delle risorse sempre perseguendo il beneficio del paziente" e non l'interesse dell'intera collettività come afferma erroneamente il dott. Pagni.

Infatti, "risorsa" è, nel caso della diagnosi e cura, qualsiasi mezzo diagnostico e terapeutico utile al fine di capire e curare, ed "appropriato" significa semplicemente "adeguato": la frase "sempre perseguendo il

beneficio del paziente" poi, dovrebbe chiarire ulteriormente che solo questo è il rapporto che il Medico deve conservare indipendentemente dal maggiore o minore risparmio: altrimenti, invece, di "appropriato" sarebbe stato utilizzato l'aggettivo "contenuto" (cioè: "anche al fine di un uso contenuto delle risorse").

Inoltre, quel "sempre perseguendo il beneficio del paziente" ridimensionerebbe molto il significato del "al fine dell'uso appropriato delle risorse", anche se si volesse attribuire (erroneamente) a termine "risorsa" un significato solo quantitativo.

Il Medico con la M maiuscola, non schiavo né succube, deve perseguire come scopo primario il beneficio del singolo paziente: così facendo salverà sempre il rapporto primo di lealtà, quello con la persona che si rivolge a lui, e anche, per conseguenza, il beneficio dell'intera collettività.

E' purtroppo solo nei regimi collettivistici che viene prima l'interesse della collettività su quella del singolo.

Il fatto che il presidente della Fnomceo, dopo l'approfondito dibattito di Montecatini, continui a non voler rendersi conto di questo obbligo fondamentale, sembra dimostrare, essendo il dott. Pagni una persona molto intelligente, una cosa sola: il suo pesante condizionamento da parte del ministero della Sanità.

### LA REPLICA DI ALDO PAGNI

Il dott. Castellaneta ha insieme ragione e torto. Ha ragione quando ridimensiona il significato delle dichiarazioni virgolettate che mi sono state attribuite dal Terminelli estensore dell'articolo: "Medici, attenti anche alla spesa. "In effetti non ho mai forzato il significato di quell'articolo del codice deontologico, non semplice, che ha richiesto tre ore e quaranta minuti di accese e appassionate discussioni (tempo cronometrato da un presidente di Ordine!). Non è facile per un giornalista spiegare in poche righe le argomentazioni a sostegno di due tesi che si sono confrontate per un tempo così lungo: una che riteneva di voler vincolare le decisioni del Medico relative al paziente ad una attenzione al costo/beneficio, e l'altra che, pur condividendo la

necessità della pubblica amministrazione di allocare correttamente le risorse, rifiutava un tale vincolo di fronte ai bisogni del paziente. La mediazione alla quale è giunta l'assemblea è stata una formulazione, elicamente condivisibile.

Il dott. Castellaneta finisce con l'aver torto perché, avendo preso a pretesto una frase non mia, si lascia andare a considerazioni gratuite su una mia presunta volontà di "tranquillizzare e compiacere i politici, tra cui il ministro della Sanità" dal quale subirei "un pesante condizionamento". Sono infortuni che accadono! Non è nella mia natura né tranquillizzare, né compiacere, né farsi condizionare da alcuno, ho soltanto molto rispetto per le opinioni altrui e amo i confronti dialettici con coloro che le esprimono con serena libertà.

2) - una altrettanto esplicita e chiara interpretazione dell'attuale articolo 19, che consenta l'obiezione di coscienza alla richiesta di eventuali astensioni dalle cure nel caso di produzione da parte dei congiunti di direttive anticipate, espresse anni prima da un paziente al momento reso incapace di intendere e volere dalla malattia in atto, in conformità al secondo comma dell'attuale articolo 34 del Codice deontologico;

3 - una esplicita sottolineatura, con adeguate motivazioni, del fatto che la singolare cancellazione dal Codice del divieto di accedere a richieste di trattamenti diretti a menomare l'integrità fisica e psichica (cfr. l'attuale articolo 36 con il precedente articolo 35), nonché ad abbreviare la vita, e la trasformazione del precedente ultimo comma dell'articolo 39 ("Ogni atto medico diretto all'intervenire sui problemi della sessualità e della riproduzione è consentito ai fini della tutela della salute e delle vita") nell'attuale ultimo comma dell'articolo 39 ("Ogni atto medico...è consentito ai fini della tutela della salute") è contro la lettera e lo spirito dell'articolo 5 del vigente codice civile;

4) - un esplicito chiarimento del primo comma dell'articolo 52 ("Nell'esercizio libero profes-

sionale vale il principio generale dell'intesa diretta tra medico e cittadino...") nel senso dell'esclusione del principio del terzo pagante.

Inoltre, questo Consiglio unanimemente dichiara:

a) - la sua condivisione dell'obiezione di coscienza come opposizione al criterio delle direttive anticipate (art.34) nelle situazioni sopra esemplificate;

b) - la sua opposizione all'abolizione, contraria alla lettera ed allo spirito del vigente articolo 5 del codice civile, del divieto di accedere a richieste di trattamenti contro l'integrità fisica e psichica e la vita".

te espressi a proposito di un intervento medico da parte di un paziente che, al momento dell'intervento, non è in grado di esprimere la sua volontà, saranno tenuti in considerazione) del succitato articolo. E' evidente che il futuro commentario ufficiale Fnomceo dell'attuale Codice dovrà contemplare il diritto all'obiezione di coscienza da parte dei Medici dissenzienti dal criterio delle direttive anticipate (vedi n. 10/98 di "Genova Medica") attraverso una esplicita interpretazione dell'attuale art. 19 che consenta, oltre che l'obiezione di coscienza alla richiesta di prestazione (cosidetto "comportamento attivo") anche alla richiesta di astensione dalla prestazione (cioè di un "comportamento omissivo").

b) - l'accettazione della liceità deontologica (tuttora illegale ai sensi dell'art. 5 del vigente codice civile) degli interventi di sterilizzazione volontaria, nonché degli interventi diretti ad abbrevia-

re la vita: tale accettazione è infatti implicita nella cancellazione dal precedente art. 35 (titolo Eutanasia - Divieto) divenuto art. 36 (titolo Eutanasia) del divieto di accedere a richieste, da parte del paziente, di trattamenti "diretti a menomare l'integrità psichica e fisica e ad abbreviarne la vita". Il che significa, soprattutto se si associa tale astuta cancellazione alla cancellazione dall'ultimo comma del precedente art. 39 ("ogni atto medico diretto ad intervenire sui problemi della sessualità e della riproduzione è consentito ai fini della tutela della salute e della vita") delle tre ultime parole "e della vita", accettare completamente la plausibilità deontologica della campagna iniziata presso gli Ordini dei Medici di tutta Italia nel gennaio '98 dal dott. Vincenzo Spagnuolo, responsabile del comitato promotore della regolamentazione della sterilizzazione volontaria.

diamolo, che già si era tentato di introdurre tempo fa e che avevano suscitato forti riserve, sotto il profilo costituzionale, di noti giuristi).

Se chi ha scelto l'intramoenia dovesse fare qualche attività privata a pagamento fuori dall'ospedale, è prevista la risoluzione del rapporto; la carotina è invece rappresentata dal fatto che gli "interni" sono ammessi ai "benefici" di un fondo "per l'esclusività del rapporto dei dirigenti del ruolo sanitario" la cui istituzione è prevista al n. 6 dello stesso art. 72 della Finanziaria, senza che tuttavia ne siano precisate modalità e consistenza, visto che si fa riferimento ad ipotetici risparmi.

Entro due mesi dall'entrata in vigore della legge dovrà uscire il regolamento che dia più precise indicazioni su tutti questi divieti e limitazioni.

Viene poi precisato che il direttore generale, fino alla realizzazione di proprie idonee strutture e spazi distinti per l'esercizio dell'attività

progetti prevede una commissione istituita presso la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e nominata dal Ministro della sanità, d'intesa con la stessa Conferenza, in modo da assicurare la rappresentanza paritetica del Ministero della sanità, delle regioni e dell'Associazione nazionale dei comuni italiani. Il Ministro della sanità, d'intesa con la citata Conferenza unificata, sulla base dell'istruttoria effettuata dalla commissione, individua i progetti ammessi al finanziamento, nei limiti delle risorse di cui al comma 1, e procede alla ripartizione dei fondi tra le regioni interessate.

(omissis)

#### Art. 72.

(Disposizioni per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria)

1. Al fine di attivare idonei e sistematici strumenti di

controllo dell'effettivo comportamento tenuto dagli erogatori di prestazioni sanitarie in ordine all'appropriatezza e alla qualità dell'assistenza, è autorizzata la spesa complessiva di lire 948,5 miliardi per gli anni 1999-2001, di cui 189,5 miliardi per l'anno 1999, 379,5 miliardi per l'anno 2000 e 379,5 miliardi per l'anno 2001.

2. Le disponibilità destinate al finanziamento dei progetti di cui all'articolo 1, comma 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, e successive modificazioni, sono ridotte di lire 190 miliardi per l'anno 1999, 380 miliardi per l'anno 2000, 400 miliardi per l'anno 2001.

3. In attuazione di quanto disposto dall'articolo 32, comma 9, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, le regioni e le province autonome, a decorrere dal 1999 e per gli anni 2000 e 2001, assicurano l'effettiva vigilanza e il controllo sull'uso corretto ed efficace delle risorse in modo da realizzare una riduzione dell'assistenza ospedaliera erogata in regime di ricovero ordinario, anche attraverso il potenziamento di forme alternative alla degenza ordinaria, nella misura annuale non inferiore all'1 per cento dei ricoveri e della spesa complessiva a tal fine registrata nell'anno precedente.

4. Il rapporto di lavoro di dirigenti del ruolo sanitario che, ai sensi dell'articolo 1, commi 10 e 11, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, optano per l'esercizio della libera attività professionale extramuraria è disciplinato, anche per gli aspetti economici, in sede di contrattazione collettiva. La disciplina, in particolare, prevede la riduzione, nel periodo di validità del contratto stipulato successivamente alla data di entrata in vigore della presente legge, del trattamento economico accessorio e il conferimento o la conferma degli incarichi di struttura ai dirigenti che abbiano optato per l'esercizio della libera professione intramuraria. L'opzione effettuata per l'esercizio della libera professione extramuraria può essere revocata entro il 31 dicembre di ogni anno.

5. In attesa della disciplina contrattuale di cui al comma 4, a decorrere dal 1° luglio 1999, nei confronti dei dirigenti che hanno optato per l'esercizio della libera attività professionale extramuraria la retribu-

zione variabile di posizione è comunque ridotta dei 50 per cento e non si dà luogo alla retribuzione di risultato; a decorrere dalla stessa data gli incarichi dirigenziali di struttura possono essere conferiti o confermati esclusivamente ai dirigenti che abbiano optato per l'esercizio della libera attività professionale intramuraria.

**6.** Al fine di promuovere il miglioramento qualitativo delle prestazioni sanitarie, nell'ambito e in coerenza con le finalità di cui all'articolo 1, comma 12, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, e in relazione al conseguimento degli obiettivi previsti dal Piano sanitario nazionale, è istituito un fondo per l'esclusività del rapporto dei dirigenti del ruolo sanitario che hanno optato per l'esercizio della libera professione intramuraria. Sono ammessi ai benefici del fondo i medesimi dirigenti a condizione che abbiano rinunciato alla facoltà di svolgere la libera professione extramuraria e qualsiasi altra attività sanitaria resa a titolo non gratuito, secondo i criteri e le modalità previsti dal regolamento di cui al comma 9 e comunque ad eccezione delle attività rese in nome e per conto dell'azienda sanitaria di appartenenza.

**7.** I dirigenti del ruolo sanitario che hanno optato per l'esercizio della libera professione intramuraria non possono esercitare alcuna altra attività sanitaria resa a titolo non gratuito, secondo i criteri e le modalità previsti dal regolamento di cui al comma 9, ad eccezione delle attività rese in nome e per conto dell'azienda sanitaria di appartenenza; la violazione degli obblighi connessi all'esclusività delle prestazioni, l'insorgenza di un conflitto di interessi o di situazioni che comunque implicano forme di concorrenza sleale, salvo che il fatto costituisca reato, comportano la risoluzione del rapporto di lavoro e la restituzione dei proventi ricevuti a valere sulle disponibilità del fondo di cui al comma 6 in misura non inferiore a una annualità e non superiore a cinque annualità. La violazione degli obblighi di cui al presente comma è comunicata, per l'adozione dei provvedimenti di rispettiva competenza, dal direttore generale alla regione o alla provincia autonoma, all'Ordine professionale e al Ministero della sanità. Si applica l'ultimo periodo del comma 5 dell'articolo 1 della legge 23 dicembre 1996, n. 662.

libero professionale intramuraria, sia per ricoveri che per ambulatori "è tenuto ad assumere le specifiche iniziative per reperire fuori dall'azienda spazi sostitutivi in strutture non accreditate nonchè ad autorizzare l'utilizzazione di studi professionali privati". E' il massimo!

Un'altra disposizione riguarda gli specialisti ambulatoriali convenzionati inquadrati al primo livello dirigenziale, per i quali è stabilito che si applicano le disposizioni sul trattamento di quiescenza dei dipendenti pubblici, ma ad essi è data la facoltà di esercitare, entro novanta giorni dall'entrata in vigore della legge finanziaria, l'opzione per mantenere la posizione assicurativa presso l'Enpam.

Insieme alla Finanziaria - anche se giuridicamente si tratta di una legge diversa, la n. 419 del 30 novembre '98 - è arrivata la "collegata" che prevede la "delega al governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazio-

**8.** L'accertamento, comunque effettuato, delle violazioni delle disposizioni di cui al comma 7 comporta anche la responsabilità del direttore generale per omessa vigilanza e costituisce causa impeditiva per il rinnovo e, nei casi più gravi, motivazione per la decisione di revoca dell'incarico di direttore generale, salvo che egli non dimostri di avere adottato le misure ispettive e di controllo idonee a prevenire e reprimere le predette violazioni. In caso di inadempienza della regione o della provincia autonoma il Ministro della sanità adotta le misure necessarie per garantire l'attuazione di quanto disposto dal presente comma.

**9.** Con regolamento da emanare, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, ai sensi dell'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400, su proposta del Ministro della sanità, sentite la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, l'Autorità garante della concorrenza e del mercato e le organizzazioni sindacali della dirigen-

n.254/98 con cui il Comitato Centrale, riunito in Montecatini il 3 ottobre 1998, ha approvato il Codice di deontologia medica, previo parere del Consiglio nazionale della Federazione espresso nell'adunanza del 2/3 ottobre 1998; esaminato il testo del Codice di deontologia medica approvato dal comitato centrale della Federazione ed inviato con comunicazione n.129 del 9 ottobre 1998.

Pur considerando sostanzialmente approvabile nel suo insieme il testo del Codice di deontologia medica approvato dal Comitato centrale della Federazione il 3 ottobre 1998 e conseguentemente di farlo

proprio quale Codice di deontologia medica dell'Ordine provinciale dei Medici e Odontoiatri di Genova, delibera, per le ragioni menzionate in epigrafe, di recepire l'allegato Codice di deontologia medica approvato dal Comitato centrale in data 3 ottobre 1998 che forma parte integrante della presente deliberazione ai fini e per gli effetti di cui all'art. 38 e 39 del Dpr 5 aprile 1950 n.221; Delibera altresì di inviare alla Fnomceo le seguenti osservazioni che si ritengono indispensabili al fine della prossima predisposizione del commentario al Codice di deontologia medica;

1) - una chiara esplicitazione del significato del terzo comma dell'attuale articolo 12, sottolineando il pieno obbligo da parte del Medico, nel personale e particolarissimo rapporto di fiducia con il paziente, di utilizzare tutte le aggiornate e sperimentate acquisizioni al fine dell'assoluto beneficio del paziente stesso: tale puntualizzazione dovrebbe chiaramente sottolineare la differenza di significato tra "uso appropriato delle risorse" ed il testo inizialmente proposto dalla commissione (ispirato "ai principi di razionalizzazione della spesa e di equa distribuzione delle risorse") rifiutato unanimemente dall'Assemblea di Montecatini;

dal potere politico amministrativo, che ha tutto l'interesse a risparmiare al massimo ed a cui non importa più di tanto l'eventuale deterioramento del rapporto Medico-paziente.

Tra l'altro, evidentemente la Fnomceo dimostra di non ricordare che l'obbligo deontologico di etica collettiva è, giustamente ed abbondantemente, contemplato dall'art. 77 dell'attuale versione (87 nella precedente) del Codice: "Il Medico è tenuto a partecipare, indipendentemente dalla sua posizione o dal suo inquadramento, all'attività e ai programmi previsti dalla legge ai fini della tutela della salute, nell'interesse della società"; cioè, le società scientifiche e tutta la classe medica devono collaborare con il ministero nella delineazione di quello che "passa il convento", cioè il Ssn, per ogni percorso diagnostico-terapeutico.

2 - Un secondo progetto, di tipo radical-liberta-

rio, è purtroppo andato a segno. Infatti sono state introdotte nel nuovo Codice, ed in modo nemmeno tanto surrettizio:

a) l'eutanasia passiva dietro richiesta, espressa sotto forma di direttiva anticipata (magari anche anni prima) dal paziente: quest'ultimo infatti, in caso di particolari malattie future associate ad impossibilità di intendere e di volere, può richiedere al futuro Medico curante la totale astensione da qualsiasi atto diagnostico terapeutico. Infatti il secondo comma dell'attuale art. 34 recita: "Il Medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà, in caso di grave pericolo di vita, non può non tenere conto di quanto precedentemente manifestato dallo stesso". A questo proposito va ricordato che l'art. 9 della Convenzione europea di bioetica recepita il 4 aprile 97 ad Oviedo dal governo italiano è molto meno cogente ("i desideri precedentemen-

## IL NUOVO CODICE VA BENE, MA...

*L'Ordine lo fa suo, esprimendo alcune importanti osservazioni*

**I**l Consiglio direttivo dell'Ordine ha approvato il nuovo Codice deontologico (già pubblicato, in due inserti, su "Genova Medica"). Esso ha tuttavia espresso alcune osservazioni al riguardo. Leggiamo insieme, per rendercene conto, la delibera di approvazione. "Il Consiglio direttivo dell'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Genova - essa

recita - visto l'art. 3, lett. b) e d) Dlcp 13 settembre 1946 n.233 che conferisce al Consiglio direttivo le attribuzioni di vigilanza alla conservazione del decoro e della indipendenza dell'Ordine stesso nonché la promozione delle iniziative intese a facilitare il progresso degli iscritti; visto l'art. 15 lett. b) del Dlcp 13 settembre 1946 n.233, che conferisce al Comitato centrale della Federazione

l'attribuzione di coordinamento e promozione dell'attività degli Ordini provinciali; visti gli artt. 38 e 39 del Dpr 5 aprile 1950 n.221 riguardanti il procedimento disciplinare e le eventuali sanzioni da irrogare a carico dei sanitari che si rendano colpevoli di abusi o mancanze nell'esercizio della professione e, comunque, di fatti disdicevoli al decoro professionale; vista la deliberazione

### ALCUNI PUNTI NON POSSONO ESSERE CONDIVISI

**A**d appena tre anni dalla formulazione dell'ultima versione del Codice deontologico, la commissione per la revisione permanente dello stesso Codice, nominata dal comitato centrale della Fnomceo, ha proposto un testo ispirato soprattutto ai seguenti due tipi di progetto. 1 - L'inserimento nell'art. 12, che è dedicato al delicatissimo rapporto individuale Medico-paziente, del principio di etica distributiva o collettiva, cioè dell'obbligo del rispetto del rapporto costo-beneficio: in parole povere questo significherebbe far risparmiare il più possibile la collettività (assicurazione di Stato = Ssn = azienda ospedaliera o azienda sanitaria locale) indipendentemente dall'obbligo del Medico alla totale lealtà verso il paziente. Tale progetto è stato fortunatamente sventato, anche se con notevole fati-

ca, come sanno coloro che seguono le vicende ordinistiche (vedi n.ri di ottobre e novembre '98 di "Genova Medica"). Sembra tuttavia, stando alla nota ufficiale diffusa in una conferenza stampa del 14 ottobre scorso anno dalla Fnomceo (vedi il "Botto e risposta Pagni-Castellaneta" che pubblichiamo qui a parte) che qualcuno non si voglia rendere conto di non avercela fatta. Tra l'altro, così facendo, questo qualcuno rischia di dimostrare pubblicamente la sua amnesia del dettato del primo comma del precedente (ed attuale) art. 5 del Codice deontologico ("il Medico nell'esercizio della professione ... non deve soggiacere a interessi, imposizioni e suggestioni di qualsiasi natura"): è infatti evidente che, tra le "suggestioni di qualsiasi natura" si potrebbe sicuramente annoverare quella esercitata

nale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Ssn. Il lungo testo dispone che entro sei mesi dall'entrata in vigore della legge (e quindi, in pratica, entro la fine del prossimo mese di giugno) il governo emani una serie di decreti legislativi per riordinare la materia sanitaria.

I singoli provvedimenti da prendere non sono indicati, naturalmente, però sono ben tracciati i principi cui essi dovranno essere ispirati, e va detto che alcuni di essi preoccupano non poco.

Per esempio quando si dice (art. 2, lettera g) che il governo dovrà "perseguire l'efficacia e l'efficienza dei servizi sanitari a garanzia del cittadino e del principio di equità distributiva" (cosa vuol dire? Per esempio che potranno far pagare le cure a chi ha redditi più alti e lasciarle gratuite per gli altri?). Oppure (lettera p) quando si raccomanda di "prevedere

za sanitaria interessata alla materia oggetto del regolamento, sono disciplinate le modalità di attuazione delle disposizioni di cui ai commi 7 e 8, anche al fine di:

- a) evitare conflitti di interesse e attività contrarie ai principi di tutela della concorrenza;
- b) prevedere il divieto per i dirigenti del ruolo sanitario che abbiano optato per l'esercizio della libera professione extramuraria di rendere prestazioni professionali, anche di natura occasionale e periodica, a favore o all'interno di strutture pubbliche o private accreditate.

**10.** L'estensione delle disposizioni del comma 4, ultimo periodo, e del comma 5 al personale di cui all'articolo 102 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382, è disciplinata con decreto emanato d'intesa dai Ministri della sanità e dell'Università e della ricerca scientifica e tecnologica entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. Il 90 per cento delle risorse che si renderanno disponibili per le università per effetto di tali disposizioni sono destinate a fondi istituiti presso gli atenei per

l'incentivazione dell'impegno didattico di cui all'articolo 24, comma 6, del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni.

**11.** È confermato, per il personale della dirigenza del ruolo sanitario che abbia optato per l'esercizio della libera professione extramuraria, il divieto di esercizio, sotto qualsiasi forma, della libera professione intramuraria. L'inosservanza del divieto di cui al periodo precedente o la mancata assunzione da parte del direttore generale, in conformità alle disposizioni richiamate nel periodo successivo, di tutte le iniziative ivi previste per consentire al personale della dirigenza del ruolo sanitario che abbia manifestato la relativa opzione il pieno esercizio della libera professione intramuraria, costituiscono causa impeditiva per il rinnovo dell'incarico e, nei casi più gravi, motivazione per la decisione di revoca dell'incarico di direttore generale. In particolare il direttore generale, fino alla realizzazione di proprie idonee strutture e spazi distinti per l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria in regime di ricovero ed ambulatoriale, è tenuto ad assumere le specifiche iniziative per reperire fuori dall'azienda spazi sostitutivi in strutture non accreditate nonchè ad autorizzare l'utilizzazione di studi professionali privati e altresì ad attivare misure atte a garantire la progressiva riduzione delle liste d'attesa per le attività istituzionali, sulla base di quanto previsto da un atto di indirizzo e coordinamento a tal fine adottato, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997" n. 59. Fino all'emanazione dell'atto di indirizzo e coordinamento si applicano le linee guida adottate dal Ministro della sanità, ai sensi dell'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, con decreto del 31 luglio 1997, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 181 del 5 agosto 1997.

**12.** Il 90 per cento delle complessive risorse che si renderanno disponibili per effetto dell'applicazione delle disposizioni di cui ai commi 4 e 5 è destinato, sulla base di criteri stabiliti dalle regioni e dalle province autonome, d'intesa con le organizzazioni sindacali della dirigenza sanitaria, al finanziamento dei contratti

a tempo determinato con soggetti in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia, in medicina veterinaria o in altra professionalità del ruolo sanitario per progetti finalizzati all'assistenza sanitaria, anche ai fini di cui all'articolo 3, comma 12, lettera a), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124, nonché, in misura non inferiore al 50 per cento e secondo modalità e tempi previsti dai contratti collettivi nazionali di lavoro per la dirigenza sanitaria, all'integrazione del fondo di cui al comma 6.

**13.** Agli specialisti ambulatoriali convenzionati inquadrati nel primo livello dirigenziale ai sensi dell'articolo 34 della legge 27 dicembre 1997, n. 449, si applicano le disposizioni sul trattamento di quiescenza dei dipendenti pubblici. Ai soggetti indicati nel presente comma è data facoltà di optare per il mantenimento della posizione assicurativa già costituita presso l'Ente nazionale previdenza e assistenza medici (Enpam). L'opzione di cui al precedente periodo deve essere esercitata entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. Con successivo decreto del Ministro della sanità, da adottare ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, sono stabiliti i criteri per la valutazione del servizio prestato in regime convenzionale ai fini della partecipazione ai concorsi per l'accesso al secondo livello dirigenziale del personale del Servizio sanitario nazionale.

**14.** In ragione dell'autofinanziamento del settore sanitario, le norme di cui al presente articolo, ad eccezione dei primi tre periodi del comma 13 e del comma 17, non si applicano alle province autonome di Trento e di Bolzano, alla regione Valle d'Aosta e alla regione Friuli Venezia-Giulia. Nei predetti enti i principi di cui al presente articolo sono attuati secondo quanto disposto dagli statuti e dalle relative norme di attuazione.

**15.** Al fondo di cui al comma 6 affluiscono, nella misura di lire 188 miliardi per l'anno 1999, di lire 376 miliardi per l'anno 2000 e di lire 470 miliardi per l'anno 2001, le disponibilità corrispondenti alla quota parte delle minori spese di cui al comma 3, oltre a quanto disposto dal comma 12. I criteri per l'utilizzo

l'estensione del regime di diritto privato del rapporto di lavoro alla dirigenza sanitaria"; e ancora "prevedere le modalità per pervenire per aree, funzioni ed obiettivi, a regime, all'esclusività del rapporto di lavoro, quale scelta individuale per il solo personale della dirigenza sanitaria in ruolo al 31 dicembre '98".

Ultima perla, tra le tante: è scritto che i decreti legislativi da emanare dovranno "stabilire modalità e termini di riduzione dell'età pensionabile per il personale della dirigenza dell'area medica dipendente dal Servizio sanitario nazionale e, per quanto riguarda il personale universitario, della cessazione dell'attività assistenziale nel rispetto del proprio stato giuridico; prevedere, altresì limiti di età per la cessazione dei rapporti convenzionali".

Ci sarà insomma da tenere gli occhi ben aperti, e le occasioni di "battaglia" per la classe medica certo non mancheranno. Ammesso, naturalmente, che i colleghi abbiano voglia di scendere sul sentiero di guerra.

delle risorse del fondo sono individuati con uno specifico atto di indirizzo all'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (Aran), da parte del competente comitato di settore, per il rinnovo del contratto collettivo nazionale di lavoro della dirigenza del Servizio sanitario nazionale da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

**16.** Sono fatte salve le norme della legge 30 novembre 1998, n. 419. Il comma 7 dell'articolo 1 della legge 23 dicembre 1996, n. 662, è abrogato.

**17.** A decorrere dal 1° gennaio 1999 le associazioni di volontariato riconosciute ai sensi della legge 11 agosto 1991, n. 266, e le organizzazioni non lucrative di utilità sociale (Onlus) di cui al decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460, sono esonerate dal pagamento del canone radio complessivamente dovuto per gli apparati installati sui mezzi adibiti a servizi socio-sanitari e di protezione civile.

## NOTIZIE IN BREVE

**RICORDO DI GUFFANTI** L'Associazione "Gino Polleri" dei Medici scrittori e pittori liguri ha recentemente ricordato il direttore della rivista "ProsaPoesia", prof. Alessandro Guffanti, recentemente scomparso a 81 anni d'età. Guffanti, narratore, saggista, poeta, soprattutto umorista, celava una creatività pittorica che Mario Silvestrini, in una fitta serie di diapositive, ha offerto ad un folto pubblico presso la sede della Associazione Italo Americana in Genova, il 12 dicembre scorso.

Della poetica guffantiana, così immaginifica e vibrante, hanno parlato i colleghi Amato Novelli e Giuseppe Siria. Patrizia Loria ha letto una pagina di Silvio Loria, rilevando con acutezza critica l'originalità di una tavolozza mediterranea. Di Franco Cusmano un importante contributo all'approfondimento tematico della saggistica dello scomparso. Silvano Fiorato ed Edoardo Guglielmino, concludendo, hanno rivissuto l'umorismo di Guffanti, intriso di profonda umanità. La sig.ra Polleri ha anticipato l'intenzione di dedicare alla memoria del prof. Alessandro Guffanti un premio pittorico riservato ai Medici. (Edoardo Guglielmino)

CONTRIBUTI  
PER ALLUVIONATI

Il comitato direttivo dell'Enpam ha deliberato di erogare contributi assistenziali straordinari a favore di iscritti, dei pensionati e loro superstiti i quali abbiano riportato danni a beni mobili e immobili in conseguenza delle alluvioni che hanno colpito le province di Imperia, Savona, La Spezia e Genova (oltreché Lucca e Prato) tra il 27 settembre e il 2 ottobre dello scorso anno. Sono previsti sia contributi una tantum fino a 25 milioni e 500 mila, sia concorso nel pagamento degli oneri per interessi su mutui edilizi. Presentare la domanda entro il 24 ottobre 1999.

**PATENTE DI GUIDA AI DIABETICI** • In base al decreto del Ministro dei Trasporti 16 ottobre '98, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 30 nov '98 - che deriva da un documento del ministero della Sanità, a sua volta conseguente ad una direttiva Cee - "la patente di guida può essere rilasciata o rinnovata al candidato o conducente colpito da diabete mellito, con parere di un Medico autorizzato e regolare controllo medico specifico per ogni caso". Tuttavia lo stesso decreto specifica che "la patente di guida non deve essere né rilasciata né rinnovata al candidato o conducente di questo gruppo colpito da diabete mellito che necessiti di un trattamento con insulina, salvo casi eccezionali debitamente giustificati dal parere di un Medico autorizzato e con controllo medico regolare".

**MEDICI ARTISTI** • E' in via di costituzione tra i Medici genovesi un "Centro culturale", che si propone di riunire i colleghi che, a vario titolo, possono essere annoverati tra gli scrittori, i musicofili, pittori o cultori di altre arti. L'idea, che dovrebbe sfociare anche in una serie di riunioni, almeno tre all'anno, probabilmente al Banco di Chiavari, è portata avanti da una commissione culturale presso l'Ordine, composta dalla prof.ssa Fernanda De Benedetti Venturini, dal prof. Leopoldo Gamberini e dal dott. Edoardo Guglielmino. I Medici interessati sono pregati di inviare i propri dati alla prof. De Benedetti, Commissione Centro Culturale presso l'Ordine dei Medici di Genova.

**POSTI INPS** • E' stata segnalata la mancanza di quattro posti per Medico di controllo dell'Inps nella provincia di Mantova. Gli interessati possono inviare la domanda alla sede Inps, ufficio R.E., viale Fiume 3/5 - 46100 Mantova, entro il 31 marzo.

**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**

**GENOVA  
MEDICA**

## **L'ORDINE SOLIDALE CON I MEDICI DELLA CIMO IN PIAZZA CONTRO I DICKTAT DELLA BINDI**

**N**el dedicare ampio spazio di questo numero di "Genova Medica" alle novità della legge finanziaria a carico dei Medici, riferiamo di uno scambio di lettere tra l'Ordine di Genova e la Cimo, la Confederazione italiana dei Medici ospedalieri, l'unica, di fronte alle mazzate che si stavano preparando (intramoenia, esclusività professionale, tagli di stipendio ecc.), ad organizzare una manifestazione in piazza (un migliaio di Medici s'erano ritrovati in piazza Capranica, a Roma, il 2 dicembre scorso) e una protesta sindacale (lo sciopero nelle corsie di martedì 19 gennaio). L'Ordine di Genova aveva approvato un documento, inviato a Carlo Sizia, presidente nazionale Cimo, in cui "considerato che sia la Finanziaria '99 che la legge delega per la Sanità sono fortemente punitive per la categoria e la professione medica" e che il Medico ospedaliero è costretto "a dover scegliere l'intramoenia, cioè il nulla, in quanto non sono state preventivamente organizzate nella maggior parte degli ospedali italiani né le strutture né il personale adeguati; preso atto della quasi totale passività della classe medica (Ordini e sindacati) a fronte di leggi costituzionali, coercitive, punitive, velleitarie, ideologiche e soprattutto non rispettose della realtà ospedaliera"; tutto ciò premesso l'Ordine di Genova "esprime la solidarietà al direttivo ed agli iscritti della Cimo e si impegna a valutare gli aspetti deontologicamente inaccettabili e lesivi della libertà e dignità della professione medica con l'intento di agire concretamente e non limitarsi alla produzione ed approvazione di inutili documenti, fini a se stessi".

"Sento il dovere - esordi-

sce la risposta del presidente Cimo - di ringraziarti per le parole da te espresse (che condivido pienamente). Il tuo messaggio è stato letto ed applaudito dai mille medici presenti alla manifestazione organizzata dalla Cimo per protestare contro i recenti provvedimenti voluti dal ministro Bindi in materia di "razionalizzazione del Ssn" e di esclusività di rapporto. Ti abbiamo sentito veramente presente e solidale con noi! Nella stessa occasione - prosegue le lettera di Sizia - ho dovuto purtroppo registrare la colpevole assenza della Fnomceo (plurinvitata). Se la Fnomceo non è capace di muoversi nemmeno nei momenti che mettono a rischio la sua "ragion d'essere", credo che ci sia da disperare sulla capacità di riscatto dell'istituzione stessa, auto-derubricatasi al ruolo di "organo ausiliario" del ministro pro-tempore della Sanità. Ci attendono - conclude il presidente Cimo - battaglie professionali importanti, che credo ci vedranno impegnati fianco a fianco".

La lettera della Cimo conferma, se ancora ce ne fosse bisogno (innumerevoli volte abbiamo denunciato l'ignavia dei nostri organi centrali), come la Fnomceo sia sistematicamente assente nei momenti delle battaglie più importanti dei Medici, perduta dietro fumosi formalismi legalitari e pretestuose sottigliezze deontologico-sindacali. Il che porta all'assurdo che una vera difesa delle prerogative fondamentali della classe medica viene iniziata e

portata avanti non solo senza, ma addirittura contro la Fnomceo, cioè contro l'ente che dovrebbe essere l'espressione più alta e più rappresentativa della categoria.

Complimenti, signori della Federazione, bel risultato davvero!

### **ORDINE DEI MEDICI DELLA PROVINCIA DI GENOVA**

**Piazza della Vittoria 12/4 - 16121 Genova**

**Tel. 010.58.78.46 - 54.33.47 - Fax 59.35.58**

**ORARIO: dal lunedì al venerdì 8.30 - 14.30**

**SITO INTERNET: [www.erga.it/ordmedge](http://www.erga.it/ordmedge)**

**E-MAIL: [ordmedge@erga.it](mailto:ordmedge@erga.it)**

# Scegli il tuo Fondo Pensione

Progetto SICUREZZA  
 Progetto PROTEZIONE  
 Progetto CRESCITA  
 Progetto SVILUPPO



D'Amico

**B**anca Commerciale Italiana, Assicurazioni Generali e Flemings hanno dato vita ad una Società dedicata unicamente alla gestione finanziaria dei fondi pensione. Il Fondo Pensione Aperto Progetto Sim Co.Ge.F. è da oggi disponibile per l'adesione ai liberi professionisti, ai lavoratori autonomi, nonché ai lavoratori dipendenti che ne abbiano i requisiti.

## SOLUZIONI SU MISURA

Le quattro linee d'investimento consentono ampia possibilità di soddisfare ogni esigenza dell'aderente in termini di profilo di rischio e composizione del portafoglio in funzione del periodo di lavoro atteso.

## BENEFICI FISCALI

Il fondo pensione consente interessanti agevolazioni fiscali; il lavoratore autonomo può dedurre le contribuzioni al fondo dal proprio reddito imponibile per una percentuale massima del 6% con un limite di 5 milioni. Queste agevolazioni si sommano alle detrazioni consentite per le polizze vita ed infortuni.

## MASSIMA TRASPARENZA

Il Fondo Pensione Aperto Progetto Sim Co.Ge.F. presenta una struttura di commissioni estremamente semplice e conveniente. In ogni momento l'aderente può verificare la propria posizione, espressa sia in valore assoluto che in quote.

## DOVE PUOI SOTTOSCRIVERE IL FONDO PENSIONE APERTO PROGETTO SIM CO.GE.F.

Gli sportelli di Banca Commerciale Italiana, Banca di Legnano, Banco di Chiavari e della Riviera Ligure, Biverbanca, Cassa di Risparmio di Pisa, Cassa di Risparmi di Livorno, Cassa di Risparmio di Lucca, Banca del Monte di Lucca, Cassa di Risparmio di San Miniato ed i promotori finanziari di GenerComit Distribuzione Sim SpA, sono a disposizione per raccogliere le adesioni al fondo e per rispondere ad ogni quesito inerente la previdenza complementare.

*Avvertenza: prima dell'adesione leggere il prospetto informativo che il proponente deve consegnare.*

LA GESTIONE FINANZIARIA DELLA PREVIDENZA COMPLEMENTARE

Società d'Intermediazione Mobiliare di Consulenza e Gestione Finanziaria per Azioni - Via Napo Torriani, 31 - 20124 Milano - Tel. (02) 67155.1 - Fax (02) 66712494 - http://www.simcogef.it  
 Cap. Soc. L. 15.000.000.000 i. v. - Registro Società n. 353744 Tribunale di Milano - C.C.I.A.A. n. 1471160 - Codice fiscale e partita IVA n. 11511390152 - Iscrizione all'albo Consob Delibera n. 10434 del 7-1-1997



GENOVA  
MEDICA

- telefoni portatili e radio telefoni (acquisto, manutenzione, utilizzo) per il 50%;  
 - beni strumentali totalmente se di costo inferiore ad un milione;  
 - beni strumentali per quote di ammortamento se di costo superiore a un milione.  
 I canoni di leasing sostenuti per l'acquisto di beni strumentali sono deducibili se la durata del contratto non è inferiore alla metà del relativo periodo di ammortamento. Il maxicanone eventualmente pagato è deducibile per quote a seconda della durata del contratto. In generale i beni ad utilizzazione promiscua (cioè sia ad uso professionale che ad uso personale) sono detraibili al 50%.  
 Per gli immobili:  
 - di proprietà, adibiti esclusivamente a proprio studio professionale, non è più consentita alcuna deduzione;

- di proprietà; adibiti sia ad abitazione che a studi, è consentita la deduzione nel 50% della rendita catastale se il professionista non dispone, nel Comune, di altro immobile adibito esclusivamente all'attività professionale.  
 - in affitto: sono totalmente deducibili i canoni di locazione, mentre se l'immobile è adibito anche a propria abitazione, la deducibilità è ridotta al 50%;  
 - in leasing: la deducibilità varia a seconda della data della stipula del contratto:  
 a) fino all'1/3/89 il canone è deducibile integralmente qualunque sia la durata del contratto;  
 b) dal 2/3/89 al 14/6/90 il canone è deducibile se il contratto è di durata non inferiore a 8 anni;  
 c) dal 15/6/90 è deducibile solo la rendita catastale.  
 I costi di ammodernamento, ristrutturazione e manutenzione straordinaria dei locali utilizzati per l'attività sono deducibili in 5 anni in quote costanti pari al 20%.  
 Per gli autoveicoli la deducibilità è limitata ad un solo automezzo che viene considerato sempre ad uso promiscuo (50% uso professionale e 50% uso personale). In sintesi:  
 - gli ammortamenti ed i leasing di autovetture, di motocicli e di ciclomotori sono deducibili per il 50% per un massimo rispettivamente di 35, 8 e 4 milioni;  
 - i canoni di noleggio sono deducibili per il 50%: fino a 7 milioni per le autovetture, fino a 1,5 milioni per i motocicli e fino a 800 mila per i ciclomotori;  
 - i costi di impiego, manutenzione, riparazione, custodia, immatricolazione, bollo e assicurazione sono deducibili al 50%.

(a cura dello Studio Associato Giulietti)

## I VERSAMENTI DELLE ASL DELLA PROVINCIA DI GENOVA AI FONDI SPECIALI ENPAM

Situazione al 31 dicembre 1998 - a cura di Manlio Baldizzone

A.S.L.	AMBULATORIALI E MED. SERVIZI	GENERICI E PEDIATRI	GUARDIA MEDICA	MEDICI TERRITORIO	SPECIALISTI CONV. ESTERNI
N° 3 GENOVESE	OTTOBRE NOVEMBRE '98	LUGLIO AGOSTO '98	LUGLIO AGOSTO '98	LUGLIO AGOSTO '98	LUGLIO '98 (DPR 119 E 120) AGO./SETT. '98 (DPR 120)
N° 4 CHIAVARESE	AGOSTO SETTEMBRE E NOVEMBRE '98	GIUGNO LUGLIO E AGOSTO '98	GIUGNO LUGLIO E AGOSTO '98	-	LUGLIO/AGOSTO E SETTEMBRE '98 (DPR 120)
OSPEDALE SAN MARTINO	-	-	LUGLIO '98 E SETT./OTT. E NOVEMBRE '98	-	-

## TRA IVA E DETRAZIONI

*Quali sono gli adempimenti e le facoltà per il professionista*

**R**iprendiamo, dopo l'interruzione dello scorso numero, il discorso sulle novità introdotte dalla riforma Visco, con particolare riferimento agli adempimenti che devono eseguire i Medici liberi professionisti. Dopo aver parlato del cosiddetto "forfettone" (regime applicabile ai professionisti che hanno un volume d'affari non superiore ai 20 milioni) tratteremo in questo articolo il "regime normale". Questo consiste nel determinare sia l'Iva da versare che il reddito imponibile in maniera analitica cioè con la seguente formula:

Iva da versare = Iva su fatture attive meno Iva su fatture passive;  
Reddito imponibile = ricavi derivanti dall'attività professionale meno costi inerenti tale attività.

Come già detto nell'articolo precedente, le prestazioni effettuate dai Medici nei confronti delle persone sono esenti da Iva secondo quanto stabilito dall'art. 10 del Dpr 633/72 e successive modificazioni. Rientrano nelle esenzioni Iva le certificazioni di qualsiasi tipo, le prestazioni di medicina sportiva, del lavoro, le prestazioni di accertamento di idoneità e quelle rese in sede giudiziaria, purchè collegate con l'esercizio della professione medica. L'esenzione si applica

anche alle prestazioni rese da biologi e psicologi e, se eseguite in base a prescrizione medica, anche a quelle di terapisti, ortottisti, massaggiatori e massofisioterapisti diplomati e podologi (D.M. 21/1/1994). Sono esenti da Iva anche le riparazioni da protesi effettuate sia nei confronti dei dentisti che di clienti privati. Per tutte le altre prestazioni il Medico deve applicare l'Iva all'imponibile che il cliente deve corrispondergli.

Per determinare l'imposta da versare occorre detrarre dall'Iva sugli incassi quella pagata ai fornitori. Il Dpr 633 stabilisce però limiti oggettivi e soggettivi al diritto a tale detrazione. E' oggettivamente non detraibile l'Iva assolta per:

- acquisto, noleggio, leasing di autoveicoli ed in generale su tutti i costi inerenti le autoveicoli compresi i carburanti ed i pedaggi autostradali;
- spese alberghi, ristoranti, bar, alimenti e bevande;
- beni di lusso;
- biglietti aerei, ferroviari, ecc.
- acquisto e spese di gestione di telefoni portatili e radiotelefoni (indetraibile solo il 50%);
- acquisto, leasing, spese di manutenzione, recupero e gestione di immobili adibiti al proprio studio

professionale.

Altri limiti sono di carattere soggettivo, in quanto il Medico che effettua solo operazioni esenti non può usufruire di alcuna detrazione. Se vi sono contemporaneamente operazioni imponibili ed operazioni esenti la detrazione è consentita in proporzione al rapporto tra le operazioni imponibili ed il totale di tutte le operazioni.

### IMPOSTE DIRETTE

Il reddito imponibile derivante dall'esercizio per professione abituale dell'attività di Medico si determina, con il metodo normale, detraendo dagli incassi le spese sostenute nell'anno. L'elenco degli elementi positivi e negativi del reddito è stabilito in modo tassativo dall'art. 50 del Dpr 917/86 e successive modificazioni.

Gli elementi positivi consistono nei compensi in denaro e in natura incassati nell'anno di imposta.

- Le spese deducibili sono quelle:
- generali inerenti l'attività;
  - vitto e alloggio nei limiti del 2% dei compensi;
  - rappresentanza nei limiti dell'1% dei compensi;
  - convegni e congressi, corsi di aggiornamento (compreso vitto e alloggio) per il 50%;
  - spese per il personale dipendente;

## CAMBIA IL REGIME DEI TICKET

*Circolare della Regione su nuove esenzioni e adempimenti*

**L**a Regione Liguria ha diffuso una circolare per spiegare il nuovo regime della ricetta e della esenzione ticket introdotto dal "collegato" alla Finanziaria. Ne riportiamo gran parte, insieme a due tabelle riassuntive della situazione.

Per le prestazioni di diagnostica strumentale e laboratorio e per le altre prestazioni specialistiche ambulatoriali, gli assistiti della fascia di età intermedia, dai 6 anni ai 65 anni di età, gli assistiti che richiedono prestazioni non correlate alla patologia (comunque già ufficialmente riconosciuta) seguono a pagare il ticket fino ad un importo massimo di L. 70.000 per ricetta, mentre tutti gli assistiti esenti a vario titolo, che partecipavano al costo delle prestazioni sanitario con una quota fissa di L. 6.000, non devono più versarle.

Per l'assistenza farmaceutica, l'art. 70 della finanziaria prevede che la nuova quota di partecipazione, di lire 1.000 per confezione, si applichi a tutte le ipotesi di pluriprescrizione,

che ora sono due tipi:

- 1.** farmaci antibiotici in confezione monodose e medicinali somministrabili esclusivamente per fleboclisi;
  - 2.** farmaci indicati agli artt. 1, 2 e 4 del D.M. 1° febbraio 1991, nonché farmaci a base di interferone per soggetti affetti da epatite cronica.
- Per il punto 1) l'assistito corrisponderà, in ogni caso, lire 1.000 per ogni confezione prescritta.

Per quanto attiene, invece, ai farmaci richiamati al punto 2) occorre adottare nuove modalità di compilazione della ricetta per distinguere l'ipotesi in cui il medicinale venga prescritto a soggetti che hanno diritto alla pluriprescrizione da quella di prescrizione a favore di soggetto invalido (non avente diritto alla pluriprescrizione). Per risolvere la questione sarà quindi necessaria l'adozione delle seguenti modalità per la prescrizione dei farmaci indicati agli articoli 1, 2 e 4 del D.M. 1° febbraio 1991 e dei farmaci a base di interferone:

- se la prescrizione concerne

soggetto affetto da una delle patologie per cui è prevista la pluriprescrizione, il Medico dovrà continuare a barrare la casella "A" nello spazio riservato alle esenzioni riportato sulla ricetta;

- nell'ipotesi, invece, di soggetti invalidi non aventi diritto alla pluriprescrizione, il medico dovrà apporre la sigla "INV" all'interno del riquadro riservato alle esenzioni, anziché barrare la predetta casella "A".

Non è dovuta invece dagli assistiti la quota fissa per ricetta per le prescrizioni diagnostiche e specialistiche inerenti la certificazione di idoneità per servizio civile presso ente convenzionato con il Ministero della difesa.

Continuano ad essere gratuiti gli accertamenti di idoneità per i giovani che si avviano all'attività sportiva agonistica nelle società dilettantistiche.

Per le prescrizioni relative alle restanti tipologie di prestazioni di cui ai commi 4 - 5 - 6 - 7 dell'art. 3 del D.L. n° 124 del 29 aprile 1998, la quota fissa dovuta dagli assistiti è pari a L. 6.000.



**PARTECIPAZIONE ED ESENZIONE ALLA SPESA SANITARIA A DECORRERE DAL 1° GENNAIO 1999  
PER PRESTAZIONI DI DIAGNOSTICA STRUMENTALE E DI LABORATORIO  
E PER ALTRE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE EROGATE IN REGIME AMBULATORIALE**

CATEGORIE ASSISTITI	QUOTA FISSA L. 6.000	IMPORTO MASSIMO L. 70.000
Bambini sotto i 6 anni Anziani sopra i 65 anni di età con redditi familiari fino a 70 milioni annui	NO	NO
Fascia di età intermedia: 6 - 65 anni	NO	SI
Patologie previste dal D.M. 01/02/91 e successive modificazioni: - per prestazioni correlate alla patologia - per prestazioni NON correlate alla patologia	NO NO	NO SI
Invalidi di guerra con pensione diretta vitalizia Grandi invalidi per servizio Invalidi civili al 100% Grandi invalidi del lavoro	NO NO NO NO	NO NO NO NO
Invalidi di guerra dalla 6° alla 8° categoria - per prestazioni correlate alla patologia - per prestazioni NON correlate alla patologia	NO NO	NO SI
Patologie neoplastiche maligne Pazienti in attesa di trapianto di organi Titolari di pensione sociale e loro familiari a carico	NO NO NO	NO NO NO
Pensionati al minimo oltre i 60 anni e loro familiari a carico Disoccupati e loro familiari a carico con reddito familiare inferiore ai 16 milioni; fino a 22 milioni con il coniuge a carico e incrementato di 1 milione per ciascun figlio a carico.	NO NO	NO NO
Invalidi del lavoro sotto i 2/3 Infortunati INAIL e malattie professionali Vittime del terrorismo e della criminalità organizzata Invalidi di Servizio dalla 6° alla 8° categoria - per prestazioni correlate alla patologia - per prestazioni NON correlate alla patologia	NO NO	NO SI
Invalidi civili oltre i 2/3 Invalidi del lavoro oltre i 2/3 Invalidi per servizio dalla 2° alla 5° categoria Ciechi e sordomuti di cui agli artt. 6 e 7 L. 482/68.	NO NO NO NO	NO NO NO NO
Donne in stato di gravidanza secondo protocollo diagnostico D.M. 10/09/98	NO	NO
Certificazione di idoneità per il servizio civile c/o Ente convenzionato con Ministero della Difesa	NO	NO
Sono gratuiti gli accertamenti di idoneità per i giovani che si avviano all'attività sportiva agonistica nelle società dilettantistiche.	NO	NO

N.B. PER LE PRESCRIZIONI RELATIVE ALLE RESTANTI TIPOLOGIE DI PRESTAZIONI DI CUI AI COMMI 4-5-6-7 DELL'ART. 3 DEL D.L. N° 124 DEL 29 APRILE 1998, LA QUOTA FISSA DOVUTA DAGLI ASSISTITI È PARI A L. 6.000.

**GENOVA  
MEDICA**

con nota ministeriale del 17 luglio 1998 inviata alla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli odontoiatri, disponeva che con riferimento al DM 21/2/1997 "è da osservare che il provvedimento adottato circa le linee guida per l'accertamento e l'acquisizione delle conoscenze radioprotezionistiche è tuttora vigente; sicché le iniziative di competenza degli Ordini ivi contemplate restano operanti. D'altro canto la pendenza di un ricorso al giudice amministrativo, fermi restando gli effetti provvisori di un provvedimento cautelare disposto dallo stesso giudice, non pregiudica né preclude l'efficacia di un provvedimento legittimamente adottato dalla pubblica Amministrazione. Soltanto quando sarà stata pronunciata sentenza definitiva di annullamento (se sarà di annullamento) l'Amministrazione provvederà all'ottemperanza del giudicato"!!!

Come riferito in precedenza, l'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Genova ha proposto ricorso al medesimo Tar Lazio avverso il DM 15 luglio 1998 e la nota del 17 luglio, in quanto palesemente elusivi dell'ordinanza Tar Lazio n. 1614/1997 e dunque gravemente lesivi della propria posizione giuridica.

Con ordinanza n.1/1999 il Tar Lazio, Sezione I bis, condividendo le considerazioni giuridiche esposte nel ricorso presentato dall'Ordine, ha stabilito che:

1) **il D.M. 15 luglio 1998 non assegna compiti agli ordini** relativamente alla formazione ed all'aggiornamento in materia di radioprotezione; 2) l'opinione espressa nella nota 17 luglio 1998 a firma del dirigente Anna Maria Martelli - anch'essa impugnata dinanzi al Tar Lazio - secondo la quale "il provvedimento adottato circa le linee guida per l'accertamento e l'acquisizione delle conoscenze radioprotezionistiche è tuttora vigente, sicché le iniziative di competenza degli Ordini ivi contemplate restano operati-

ve" è errata.

In conclusione, quindi, il Tar Lazio ha ritenuto che gli atti impugnati non comportando l'assegnazione di alcun nuovo compito agli Ordini dei Medici, né la reiterazione delle determinazioni ministeriali del 21/2/1997 già sospese - e pertanto tuttora inefficaci - **non sono lesivi** per gli Ordini medesimi.

Ne consegue, in definitiva, che i menzionati Ordini, contrariamente a quanto sostiene il Ministero della Sanità, non sono attualmente tenuti ad attivare procedura alcuna per l'accertamento delle conoscenze dei medici propri iscritti addetti all'esercizio professionale specialistico della radiologia, della radioterapia e della medicina nucleare.

**Roberto Damonte**



**SANITARIA GENOVESE**  
Via S. Lorenzo, 8 - 1° piano  
Tel. 24.73.052 Fax 24.72.621 - Genova



**ELETTROBISTURI PER TAGLIO E  
COAGULO ANCHE TEMPORIZZATI**

## RADIOPROTEZIONE, STOP DEL TAR

*Gli Ordini non sono tenuti ad accertare le conoscenze degli iscritti*

L'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Genova, con proprio ricorso ha impugnato davanti al Tar Lazio il decreto ministeriale 15 luglio 1998, avente per oggetto "Durata, contenuti e periodicità dei corsi di formazione e di aggiornamento in materia di radioprotezione" nonché la nota del Dipartimento Professioni Sanitarie, Risorse Umane e Tecnologiche in Sanità e Assistenza Sanitaria di Competenza Statale avente ad oggetto: "DM 21/2/1997", chiedendone l'annullamento e contestuale sospensione degli effetti.

Il menzionato decreto sembrava dare attuazione ad un precedente decreto del ministero della

Sanità (del 21/2/97) - che attribuiva agli Ordini dei Medici compiti di accertamento delle conoscenze dei propri iscritti in materia di radioprotezione - i cui effetti erano stati sospesi dal medesimo Tar Lazio con ordinanza 9 giugno 1997, n. 1614 in accoglimento di un ricorso presentato dall'Ordine dei Medici di Milano.

In altri termini, il Tar Lazio aveva "bloccato" l'attribuzione agli Ordini dei Medici dell'accertamento delle conoscenze dei Medici addetti all'esercizio professionale specialistico della radiologia, della radioterapia e della medicina nucleare disposta dal ministero della Sanità.

Non solo. Il ministero, in palese elusione del disposto della richiamata decisione del Tar Lazio,

### "SCANDALIZZATO DISAPPUNTO" PER LA PASSIVITA' FNOMCEO

L'argomento della radioprotezione è stato al centro di uno scambio di lettere, non proprio idilliche, tra Federazione e Ordine. La Fnomceo ha infatti scritto all'Ordine di Genova, a quello di Milano e per conoscenza a tutti gli Ordini definendo "estremamente polemiche" le note che erano state inviate dalle due città, ammettendo che "probabilmente la Federazione non avrebbe dovuto limitarsi ad inviare senza particolari commenti il parere del ministero della Sanità" e aggiungendo di ritenere "non particolarmente corretto" il comportamento tenuto dagli Ordini di Genova e Milano (esposti alla Corte dei Conti e lettere a tutti gli Ordini italiani). Nella sua risposta Castellaneta lamenta che la Fnomceo non abbia fatto "nessuna considerazione critica nei confronti di un ministro che continua a decretare e ridecretare nonostante le sospensive dei vari Tar e i pronunciamenti della magistratura" e si sia limitata a trasmettere "gli sproloqui giuridici della Bindi e dei suoi uffici facendo intendere che è meglio adeguarsi". Più in generale Castellaneta esprime uno "scandalizzato disappunto" per l'atteggiamento passivo della Fnomceo nei confronti di tutto quanto viene prospettato dal potere politico in campo sanitario, e ricorda a questo proposito il tentativo di inserire nel codice deontologico il concetto del costo-beneficio, l'introduzione nella Finanziaria delle restrizioni sull'intramoenia "che per la loro incostituzionalità e inapplicabilità avrebbero dovuto essere contestate con iniziative ben più incisive e determinate".

## ASSISTENZA FARMACEUTICA

CATEGORIE ASSISTITI	FARMACI FASCIA A	FARMACI FASCIA B
Cittadini dai 6 ai 65 anni Cittadini con meno di 6 anni e più di 65 anni con reddito familiare superiore ai 70 milioni annui (riferito all'anno precedente).	L. 3.000 - L. 6.000(*)	50% del prezzo
Cittadini con meno di 6 anni e più di 65 anni con reddito familiare non superiore ai 70 milioni annui (riferito all'anno precedente). (**)	L. 3.000 - L. 6.000(*)	L. 3.000 - L. 6.000(*)
Titolari di pensioni sociali e loro familiari a carico	L. 3.000 - L. 6.000(*)	L. 3.000 - L. 6.000(*)
Pensionati al minimo oltre i 60 anni e loro familiari a carico  Disoccupati e loro familiari a carico con reddito familiare inferiore ai 18 milioni; fino a 22 milioni con il coniuge a carico e incrementato di 1 milione per ciascun figlio a carico	L. 3.000 - L. 6.000(*)	L. 3.000 - L. 6.000(*)
Invalidi di guerra con pensione diretta vitalizia Grandi invalidi per servizio Invalidi civili al 100% Grandi invalidi del lavoro (dall'80% al 100%)	Esenzione totale	Esenzione totale
Invalidi civili dal 67% al 99% Invalidi di lavoro sopra i 2/3 (dal 67% al 79%) Invalidi per servizio dalla 2ª alla 5ª categoria Ciechi e sordomuti	L. 3.000 - L. 6.000(*)	L. 3.000 - L. 6.000(*)
Invalidi del lavoro sotto i 2/3 (67%) Infortunati INAIL e malattie professionali Vittime del terrorismo e della criminalità organizzata Invalidi per servizio dalla 6ª alla 8ª categoria	L. 3.000 - L. 6.000(*)	L. 3.000 - L. 6.000(*) solo per farmaci correlati alla patologia invalidante per il resto 50% del prezzo
Invalidi di guerra dalla 6ª alla 8ª categoria	Esenzione totale	Esenzione totale solo per farmaci correlati alla patologia invalidante per il resto 50% del prezzo
Patologie previste dal DM 1/2/91 e successive modifiche Portatori di patologie neoplastiche maligne Pazienti in attesa di trapianti d'organo	L. 1.000 a confezione sino al max di 6 confez. per prescrizione	L. 1.000 a confezione sino al max di L. 6.000 solo per farmaci correlati alla patologia invalidante per il resto 50% del prezzo

(\*) LIRE 3.000 SE SULLA RICETTA E' PRESCRITTA UNA SOLA CONFEZIONE, LIRE 6.000 SE LE CONFEZIONI PRESCRITTE SONO PIU' DI UNA.

(\*\*) LE ESENZIONI CONNESSE AI TITOLI DI REDDITO OPERANO SU DICHIARAZIONE DELL'INTERESSATO O DI UN SUO FAMILIARE DA APPORRE SUL RETRO DELLA RICETTA.

**N.B.** PER OGNI RICETTA CONTENENTE PLURIPRESCRIZIONI (FARMACI ANTIBIOTICI IN CONFEZIONE MONODOSE, FARMACI ESCLUSIVI PER FLEBOCLISI, INTERFERONI) E DOVUTA UNA QUOTA DI PARTECIPAZIONE ALLA SPESA DI LIRE 1.000 A CONFEZIONE SINO A UN MASSIMO DI SEI CONFEZIONI PER PRESCRIZIONE.

## BATTERE IL "RISCHIO ELETTRICO"

*Regole ed accorgimenti per gli studi e i laboratori medici*

**P**er rischio elettrico s'intende la possibilità di rimanere vittime d'incidenti causati dalla corrente elettrica. La materia è disciplinata principalmente dalla legge n.46 del 05/03/90 entrata in vigore il 1/1/99 che ha introdotto l'obbligo di verificare ed adeguare gli impianti (elettrici, idraulici, di riscaldamento esistenti o di nuova costruzione) per ottenere la "Dichiarazione di conformità dell'impianto alla regola d'arte". Per gli impianti elettrici nei locali ad uso medico e per le apparecchiature elettromedicali il legislatore ha integrato la legge 46/90 con i provvedimenti emanati dal Comitato Elettrotecnico Italiano (CEI). Riassumiamo quindi i principali obblighi e responsabilità che riguardano il settore sanitario.

### IMPIANTI ELETTRICI NEI LOCALI AD USO MEDICO

A questi impianti si applicano norme particolari: il paziente è infatti per definizione in stato di salute precaria e quindi maggiormente vulnerabile, inoltre le apparecchiature elettromedicali sono spesso applicate al paziente tramite pasta conduttrice o cateteri. Il rischio elettrico è quindi superiore a quello che si incontra in ambienti ordinari.

### LA "REGOLA D'ARTE" (LEGGE 1/3/68 N.186)

L'obbligo di eseguire gli impianti elettrici secondo criteri di sicurezza discende dalla legge succitata, che recita: "Art.1 - Tutti i materiali, le apparecchiature, i macchinari, le installazioni e gli impianti elettrici ed elettronici devono essere realizzati e costruiti a regola d'arte. Art. 2 - I materiali, le apparecchiature, le installazioni e gli impianti elettrici ed elettronici realizzati secondo le norme del Comitato Elettrotecnico Italiano (CEI), si considerano costruiti a regola d'arte".

### LA NORMA CEI 64/4: "IMPIANTI ELETTRICI IN LOCALI ADIBITI AD USO MEDICO".

L'esecuzione di nuovi impianti elettrici e il rifacimento o ampliamento degli impianti elettrici esistenti nei locali adibiti ad uso medico, sono regolati dalla vigente norma CEI 64/4 terza edizione del 1990, con variante V1 del 1994.

Sono definiti ad uso medico quei locali utilizzati per esami o per cura di persone o animali. Non si tratta solo degli ospedali, ma anche degli ambulatori, degli studi medici, dei locali per fisio - massoterapia o per trattamenti estetici di tutti quei locali in cui si può far uso di apparecchi elettromedicali per scopi diagnostici o terapeutici.

### OBBLIGO DI PROGETTO (DPR 447/91, ART.4.1c)

Gli impianti elettrici nei locali ad uso medico sono soggetti a normativa specifica CEI e quindi è obbligatoria la redazione del progetto da parte di Professionisti iscritti negli Albi professionali, nell'ambito delle rispettive competenze.

### SOGGETTI ABILITATI (LEGGE 46/90 ART.2)

Sono abilitati all'installazione, alla trasformazione, all'ampliamento e alla manutenzione di detti impianti le imprese regolarmente iscritte nel registro delle ditte o nell'Albo provinciale delle imprese artigiane, il cui responsabile tecnico sia dotato dei requisiti tecnico - professionali richiesti dalla legge 46/90 art.3

### RESPONSABILITÀ DEL COMMITTENTE O DEL PROPRIETARIO (LEGGE 46/90 ART.10)

Il committente o il proprietario è tenuto ad affidare i lavori di installazione, di trasformazione, di ampliamento e di manutenzione degli impianti (...) ad imprese abilitate (...).

La doverosa verifica di tale abilitazione prima di assegnare l'incarico, consiste nel richiedere all'installatore un certificato valido di iscrizione alla CCIAA e accertare che riporti la dizio-

ne: "Abilitato a eseguire impianti di cui all'art. 4 n.1, legge 46/90".

### DICHIARAZIONE DI CONFORMITÀ (LEGGE 46/90 ART.9)

Al termine dei lavori l'installatore è tenuto a rilasciare al committente la "dichiarazione di conformità degli impianti alla regola d'arte", redatta conformemente al modello allegato al DM 20/2/92, firmata da un legale rappresentante con allegati obbligatori: la relazione con la tipologia dei materiali e il progetto redatto da Professionista iscritto all'Albo professionale (obbligatorio per gli impianti elettrici nei locali ad uso medico).

### VERIFICHE INIZIALI (NORMA CEI 64-4 ART.5.1)

L'esecutore degli impianti deve

effettuare le verifiche previste dalla legge sull'impianto ultimato e deve presentare una documentazione scritta sul risultato delle verifiche, con i relativi protocolli delle misure effettuate.

### VERIFICHE PERIODICHE (NORMA CEI 64-4 ART.5.2)

Gli impianti elettrici dei locali adibiti ad uso medico devono essere controllati regolarmente, ad intervalli di tempo precisati dalla legge, da un tecnico qualificato. Le verifiche ed i loro risultati devono essere riportati su un registro con timbro e firma del tecnico esecutore e data della verifica.

### SANZIONI (LEGGE 46/90 ART.16)

Alla violazione di quanto previsto dall'art.10 legge 46/90 consegue a carico del Committente o

del Proprietario una sanzione amministrativa da lire centomila a lire cinquecentomila, con riferimento alla entità e complessità dell'impianto, al grado di pericolosità e ad altre circostanze obiettive e soggettive della violazione. Alla violazione delle altre norme della legge 46/90 consegue (...) una sanzione amministrativa da lire un milione a lire dieci milioni.

E' importante ricordare che l'inservanza di dette disposizioni, oltre a costituire una violazione perseguibile per legge, comporta la responsabilità personale del Medico per i danni arrecati alle strutture (incendi, esplosioni) o alle persone, non risarcendo, la compagnia assicuratrice, i sinistri derivanti dal mancato rispetto di leggi e/o norme.

**PER METTERE IN REGOLA GLI IMPIANTI DOMESTICI C'ERA TEMPO FINO AL 31/12/98.**

**ORA STIAMO INFRANGENDO LA LEGGE.**

**NON RINVIAMO ANCORA LA NOSTRA SICUREZZA.**

Gli impianti domestici (gas, riscaldamento, elettricità...) vanno messi a norma secondo i requisiti della legge 46/90. Contattando al più presto un installatore abilitato, potrete verificare ed adeguare gli impianti ottenendo la "DICHIAZIONE DI CONFORMITÀ".

La S.R. IMPIANTI, Società d'impiantistica abilitata a rilasciare le dichiarazioni di conformità ex art. 4 n. 1 legge 46/90, è a vostra disposizione per sopralluoghi e preventivi gratuiti ed informa che, per il settore sanitario, ha predisposto il servizio "Studio Sicuro" che permette di assolvere gli adempimenti previsti dalle normative garantendo inoltre la partecipazione dei propri tecnici durante le visite ispettive degli organi di controllo (Usl, Arpal, ecc.)

**CONDIZIONI DI FAVORE E SERVIZI PERSONALIZZATI SARANNO RISERVATI AGLI ISCRITTI ALL'ORDINE DEI MEDICI CHE POTRANNO, PER IL PRIMO TRIMESTRE DEL 1999, USUFRUIRE DI UNO SCONTO DEL 10% SUL COSTO DEI LAVORI.**

*PER AVERE INFORMAZIONI, CHIARIMENTI, PREVENTIVI GRATUITI CONTATTATE I NOSTRI UFFICI  
AL SEGUENTE NUMERO TELEFONICO 010/595.96.56*



**S.R. IMPIANTI** IMPIANTI ELETTRICI TERMOSANITARI RISTRUTTURAZIONI EDILI

Via Dante, 2/58 - 16121 Genova Tel. 010.595.96.56 Fax 010.530.34.20