



ECM, UN PROBLEMA NUOVO
PER FAR DIMENTICARE I VECCHI

2001

• Come il Dama... • Come il... • Come il...

ALL'INTERNO "DENTISTI NOTIZIE"

S O M M A R I O

Anno 9 - Numero 6 Giugno 2001

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

Direttore Editoriale

Dr. Corrado Canestro

Direttore Responsabile

Dr. Sergio Castellaneta

Comitato di Redazione

Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Genova

Presidente: Dr. Sergio Castellaneta

Vice Presidente: Prof. Emilio Nicola Galto

Segretario: Prof. Giandomenico Sacco

Tesoriere: Dr. ssa Maria Clemens Barberis

Consiglieri

Dr. Enrico Bartolini

Prof. Dante Bassetti

Dr. Massimo Blondett

Prof. Giorgio Chiozza

Dr. Alberto Ferrando

Dr.ssa Anna Maria Gandolfo

Prof. Riccardo Ghio

Prof. Claudio Giuntini

Dr. Giuseppe Mina

Prof. Giovanni Regesta

Dr. Emilio Casabona

Dr. Gabriele Perosino

Collegio dei revisori dei conti

Prof. Fernanda De Benedetti

Dr. Antonio Bianchini

Prof. Giulio Cesare Peris

Dr. Luca Nanni

Commissione albo odontoiatri

Presidente: Dr. Emilio Casabona

Segretario: Dr. Stefano Bovone

Dr. Massimo Gaggero

Dr. Gabriele Perosino

Dr. Marco Oddera

EDITORIALE

Pagina 2: ECM: tutto slitta a fine anno

PREVIDENZA & ASSISTENZA

Pagina 3: Il contributo proporzionale

Pagina 4: L'Esatri esattore per tutta Italia

Pagina 9: Polizza sanitaria: scadenza il 30 giugno

VITA DELL'ORDINE

Pagina 13: Corso di reumatologia

LE LINEE GUIDA DI PCHI FOCUS

Pagina 14: Letti con telemetria: per chi?

CRONACA & ATTUALITA'

Pagina 16: Progetto "Cronos", seconda fase

LINEE GUIDA REGIONALI

Pagina 18: Dieci principi anti-dipendenze

VARIE Pag. 25

P. 11 NAVIGANDO IN INTERNET

P. 27 LETTERE AL DIRETTORE

P. 31 DENTISTI NOTIZIE a cura di M. Gaggero

Finito di stampare nel mese di giugno 2001

Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Genova: Piazza della Vittoria 12/4 - 16121 Genova
Tel. 010.58.78.46 - 54.33.47 Fax 59.35.58 - Sito Internet: www.erga.it/ordmedge - E-mail: ordmedge@erga.it

Periodico Mensile Anno 9 - n° 6 - Giugno 2001 - Tiratura 8.000 copie - Autorizzazione n.15 del 26/04/1993 del Tribunale di Genova
Spedizione in abbonamento postale - Gruppo IV 45% - Redazione e Segreteria: Via Corsica, 16/B Genova - Pubblicità, progetto grafico e
impaginazione: Silvia Folco, Via Corsica 16/B 16128 Genova, Tel. e fax 010/58.29.05 - Coordinamento redazionale:
Estro Srl Via Fiasella, 12 Genova, Tel.010/56.10.81 - fax 010/54.52.175 Stampa: Grafiche G.&G. Del Cielo snc, Via G. Adamoli, 35 - 16141 Genova.

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

ECM: TUTTO SLITTA A FINE ANNO

Il Consiglio nazionale degli Ordini decide di non decidere nulla

Nell'ultima assemblea ordinaria dell'Ordine avevo assicurato che a giugno avremmo indetto un'assemblea straordinaria per chiarire l'intera situazione dell' "educazione continua" e decidere il ruolo che l'Ordine di Genova avrebbe dovuto ricoprire in una vicenda complessa, difficile da realizzare e pericolosa.

Pericolosa perché ha già scatenato una serie di appetiti, peraltro mai sazi, in una marea di soggetti che, tenuto conto degli enormi interessi in gioco, tentano in tutti i modi di entrare nell'organizzazione e gestione del problema.

L'intero sistema doveva partire da luglio ma, come spesso accade nel nostro paese, la data è per ora slittata al 1° gennaio 2002: sarà l'ultima e definitiva? Non credo. Comunque sia **l'assemblea straordinaria sarà necessariamente rinviata all'autunno**, in quanto per ora siamo rimasti al punto di prima.

Infatti il consiglio nazionale degli Ordini, riunitosi il 2-3 giugno, ha trattato l'argomento senza giungere a conclusioni certe sul ruolo della Fnomceo e degli Ordini, su chi siano i "providers di formazione", in base a quali criteri di valutazione possano essere accreditati i vari soggetti che ambiscono a partecipare al complesso progetto e via di questo passo.

Per ora esiste solo una commissione ministeriale, presieduta dal ministro con vice-presidente il presidente della Fnomceo, ed è prevista la costituzione di commissioni regionali per l'Ecm che contemplano "appropriate forme di partecipazione degli Ordini e dei collegi professionali...". Non c'è altro.

Ho ricevuto, insomma, la spiacevole sensazione che questo problema dell'Ecm sia stato sca-

raventato tra le gambe dell'intera classe medica per distoglierla dai veri problemi che ci affliggono da tempo e non si risolvono mai.

Non ho sentito infatti spendere una parola sola né dal presidente Fnomceo né da altri

**SI HA LA SENSAZIONE CHE LA VICENDA,
COMPLESSA E DIFFICILE,
VENGA UTILIZZATA PER DISTOGLIERE
I MEDICI DAI VECCHI, ANNOSI PROBLEMI:
"DISCUTETE, MA NON DISTURBATE..."**

sull'impossibilità degli Ordini di sopravvivere con una legge vecchia di 50 anni e più, non ho colto la minima preoccupazione per come si eserciterà nei prossimi anni l'attività libero-professionale intramoenia, non è stato neppure sfiorato il grave problema dei rapporti tra le commissioni disciplinari provinciali e quella centrale, nè quello delle vergognose retribuzioni dei giovani Medici impiegati nei vari settori del Ssn, che immiseriscono sempre di più la nostra professione. Insomma ho avuto l'impressione che il Ministero della Sanità abbia raggiunto lo scopo: discutete quanto volete ma non disturbate.

Sergio Castellaneta

IL CONTRIBUTO PROPORZIONALE

Le molte avvertenze da tenere presenti per il versamento delle quote

L'Enpam ha recentemente diffuso una circolare in cui fa il punto su tutti gli aspetti che riguardano il contributo proporzionale al reddito "quota B". Poiché sappiamo che si tratta di un argomento particolarmente ostico, ci sembra opportuno riprodurre tutto il testo, che è firmato dall'avv. Franco Pani, dirigente dell'Enpam.

La "contribuzione, proporzionale al reddito, che confluisce nel Fondo Generale di P r e v i d e n z a dell'Enpam - esordisce la circolare - va ad incrementare la quota "A" che è stata corrisposta da tutti gli iscritti secondo i regolamenti che,

nel tempo, si sono succeduti sino a quello entrato in vigore dal 1° gennaio 1998.

Si rammenta che il versamento del contributo della quota "A" del Fondo Generale avviene tramite l'emissione dei ruoli e con la notifica della cartella dei pagamenti al domicilio dell'iscritto. Il sistema di pagamento attraverso

banca con l'utilizzo dei moduli che l'Enpam, entro i primi mesi di ciascun anno, invia al domicilio di tutti gli iscritti in attività e pensionati, non deve essere utilizzato per la corresponsione della quota "A", bensì solo ed esclusivamente per il versamento del contributo proporzionale (12,50% o 2%).

Come è noto, è stata ampliata la base reddituale sulla quale deve essere calcolato il contributo da versare, ai sensi dell'art. 3 del regolamento. Infatti, per "reddito professionale assoggettabile a contribuzione" s'intende quello autonomo (ivi compresa l'attività intra-moenia ed extra-moenia) di cui all'art.

49, comma 1 e 49, comma 2, lettera c) del Dpr 22 dicembre 1986, n.917, con esclusione dei redditi già soggetti ad altra forma di previdenza obbligatoria ed al netto di una quota delle spese sostenute per produrli, determinata in proporzione al reddito da assoggettare al contributo. E' soggetto alla contribuzione

**AMPLIATA LA BASE REDDITUALE SULLA
QUALE DEVE ESSERE CALCOLATO
IL CONTRIBUTO, MA NON VANNO
CONSIDERATI I PROVENTI DI ATTIVITA'
CONVENZIONATA O DI DIPENDENZA.**



Medici e G8: per il pass fare richiesta scritta alla Questura

A seguito delle richieste di chiarimenti pervenute da numerosi colleghi a proposito dei divieti introdotti per il G8, l'Ordine si è attivato presso la Questura, la quale ha comunicato che i Medici e Odontoiatri i quali hanno lo studio nella "zona rossa" devono fare una richiesta per ottenere il rilascio del relativo pass.

La richiesta va fatta per iscritto (oggetto: richiesta rilascio pass zona rossa) e indirizzata alla Questura di Genova allegando copia di un documento di identità.

anche il reddito autonomo di cui all'art. 49, comma 2, lettera a) del citato Dpr se derivante dall'esercizio della professione medica o odontoiatrica.

Inoltre, è stato consentito l'esonero dal versamento del 2% agli iscritti con età superiore ai sessantacinque anni, pensionati del Fondo Generale. Di conseguenza, coloro che, trovandosi nelle condizioni suindicate, hanno prodotto redditi autonomi, su di essi dovranno versare il contributo proporzionale del 2% oppure, potranno inviare, in carta semplice, entro trenta giorni dalla data di presentazione della dichiarazione dei redditi, la domanda con la quale chiedono di essere esonerati dal versamento della contribuzione del 2%.

Nel caso in cui non venga inviata tale istanza, rimane l'obbligo del versamento del 2% da parte dei pensionati del Fondo Generale ultrasessantacinquenni, purché nel 2000 abbiano prodotto redditi di natura libero professionale autonoma derivanti dall'esercizio di attività medica e/o odontoiatrica. Per loro, oltre al fatto di non poter scegliere fra il 12,50% ed il 2%, vi è anche l'impossibilità di sottrarre, dal

reddito dichiarato con il mod. "D", l'importo di L. 15.504.000.= o L.8.328.000.= se versavano il "contributo minimo ridotto". Ciò in quanto, come è noto, agli iscritti che hanno superato l'età suindicata, non viene chiesto il versamento del contributo minimo, intero o ridotto, dovuto da coloro che si trovano nell'età fra i 40 ed i 65 anni, che, convenzionalmente, copriva la fascia di reddito pari agli importi predetti. Deve essere comunque chiaro che il contributo, versato nella percentuale del 2%, andrà ad incrementare la pensione del Fondo Generale già in godimento.

Infine il regolamento, avendo abolito per tutti gli iscritti che versano il contributo proporzionale, il tetto massimo del reddito da assoggettare all'1%, prevede che detto contributo da calcolare sul reddito eccedente la parte già assoggettata al 12,50% o al 2%, per quanto attiene lo 0,50% verrà conteggiato alla stessa stregua del 12,50% o del 2%, mentre soltanto il restante 0,50% verrà considerato di natura prevido-assistenziale.

Si fa presente che, da quest'anno, per fini esclusivamente statistici, il modulo prevede

L'Esatri esattore Enpam per tutta Italia

L' Enpam ha diffuso una nota a proposito del pagamento dei contributi alla "Quota A" del Fondo Generale.

Essa trae lo spunto dal fatto che "in particolare gli iscritti non residenti nella provincia di Milano manifestano perplessità sulla circostanza che il pagamento del contributo venga loro richiesto dall'Esatri, concessionario per la riscossione della provincia di Milano, e non dal concessionario della provincia di rispettiva residenza".

L'Enpam ribadisce quindi di aver "stipulato con la società Esatri di Milano una convenzio-

ne per la riscossione dei contributi 2001 alla Quota A del Fondo generale su tutto il territorio nazionale" allo scopo soprattutto di garantire - oltre ad una maggiore celerità nell'invio degli avvisi di pagamento e, quindi, della riscossione del contributo - una notevole semplificazione nella gestione delle procedure".

La circolare dell'Enpam ricorda poi che tutti gli iscritti al Fondo di previdenza generale per la Quota A dovrebbero già aver ricevuto dall'Esatri un avviso di pagamento.

Esso contiene l'indicazione dei contributi iscritti a ruolo per l'anno 2001 e le relative

che l'iscritto obbligato a versare il contributo e che, quindi, deve inviare la dichiarazione (mod. "D") indichi, apponendo una croce nello spazio predisposto, a quale categoria professionale medica od odontoiatrica appartenga. L'elenco delle categorie nelle quali si è ritenuto che gli iscritti all'Enpam possano essere suddivisi, è quello riportato nel mod. "D" nell'apposito riquadro.

COME CALCOLARE IL CONTRIBUTO

Il contributo proporzionale deve essere calcolato sul reddito autonomo acquisito nel 2000 attraverso l'esercizio della libera professione derivante dall'attività medica e/o odontoiatrica (anche se svolta in forma associata; collaborazione coordinata e continuativa; intramoenia, extra-moenia; ecc.) sulla parte eccedente la quota "A" del Fondo Generale pari a L.8.328.000.= per gli iscritti di età inferiore ai 40 anni e sulla parte eccedente la quota "A" di L.15.504.000.= per coloro che si trovano fra i 40 ed i 65 anni di età, semprechè il reddito medesimo non sia stato assoggettato alla fonte ad altra contribuzione previdenziale

obbligatoria. Per determinare la porzione di reddito sul quale calcolare il contributo è necessario defalcare la quota di spese sostenute per la produzione del reddito medesimo. L'iscritto ultraquarantenne che nel 2000 ha versato a mezzo cartella di pagamento il "contributo ridotto della quota "A" del Fondo Generale", dovrà assoggettare a contributo proporzionale del 12,50% o 2% il reddito eccedente L.8.328.000.=.

Da quanto sopra indicato, si desume che i redditi derivanti da attività convenzionata o da attività di dipendenza non devono essere considerati ai fini del contributo proporzionale, in quanto già assoggettati a contribuzione all'Enpam (Fondi Speciali), all'Inps, all'Inpdap (ex C.P.S.) o altro ente che gestisce la previdenza obbligatoria. E' evidente che, ove il reddito libero professionale netto, a seconda dell'età dell'iscritto, risulti inferiore agli importi minimi di cui al paragrafo precedente, il mod "D" non deve essere compilato né, tantomeno, spedito all'ente.

I termini per adempiere agli obblighi di cui sopra sono, in parte, condizionati dalla data



modalità di versamento. Ad ogni buon conto l'Enpam ricorda come i contributi possono essere pagati: presso gli sportelli del concessionario, senza nessun onere aggiuntivo; presso tutte le agenzie postali, utilizzando gli appositi bollettini allegati all'avviso di pagamento (costo 1.750 lire per versamento); presso tutte le agenzie bancarie utilizzando gli appositi bollettini allegati con le spese previste eventualmente dalle singole banche (massimo L. 5.000); per telefono, con carta di credito, chiamando il servizio taxtel al numero 199.191.191 nei giorni feriali fino alle 17 (servizio utilizzabile per importi non superiori a L.600.000 con un costo di 4.500); tramite

internet collegandosi al sito www.taxtel.it (sempre per importi non superiori a L. 600.000).

La scadenza della rata di pagamento più vicina è fissata al 30 giugno.

Nel caso in cui la cartella pervenga successivamente alla scadenza di una o più rate, il pagamento dovrà essere effettuato entro 15 giorni dal ricevimento della cartella.

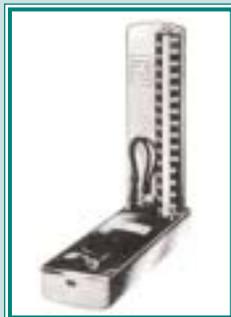
Nel caso l'avviso di pagamento non sia ancora arrivato si dovrebbe inviare un fax al n° 06.48294768 (servizio contributi quota A del Fondo di previdenza generale) indicando i dati anagrafici, l'indirizzo di residenza ed un recapito telefonico.

ultima di presentazione della dichiarazione dei redditi che viene stabilita dal Ministero delle Finanze. Il versamento dell'intero contributo o della prima rata pari al 50% e l'invio del mod. "D" devono essere effettuati entro trenta giorni dal termine di presentazione della predetta dichiarazione. La seconda rata, pari al restante 50%, dovrà essere versata entro 90 (novanta) giorni dalla scadenza della prima rata. Ove si verifichi ritardo nella corresponsione del contributo, l'Enpam applicherà una sanzione pecuniaria il cui importo e modalità di versamento saranno comunicati successivamente. Nel caso in cui l'iscritto versi la prima rata in ritardo ma entro i termini della seconda, è opportuno, affinché la sanzione pecuniaria gravi solo sulla prima rata,

che vengano versate, entro il predetto termine, separatamente e non in unica soluzione. E' utile rammentare che, così come avvenuto per i versamenti effettuati nel 2000, anche nel 2001, l'iscritto potrà avvalersi soltanto del sistema bancario.

Allegato ai moduli "D" e "CR" sarà consegnato a ciascuno uno stampato che dovrà essere utilizzato, per il versamento della prima rata e della seconda o saldo, sia presso un qualsiasi sportello della Banca Popolare di Milano senza alcun onere aggiuntivo, oppure con bonifico da parte di altre banche verso la B.P.M. con gli oneri eventualmente previsti dai singoli istituti di credito. Nel caso in cui i moduli che l'iscritto utilizzerà siano personalizzati, questi devono essere completati del solo importo da versare se l'operazione viene effettuata presso uno sportello della B.P.M. e degli estremi della banca che effettuerà il bonifico nel caso in cui il contribuente si avvalga di istituto diverso dalla B.P.M.

Nel caso in cui l'iscritto utilizzi il modulo bancario ed i modelli "D" e "CR" non personalizzati (ritiro dei moduli non pervenuti, sia presso l'Ordine di appartenenza che presso l'Enpam - Via Torino n. 98, 2° piano) è obbligatorio indicare i dati personali richiesti ed in particolare il codice Enpam. Si raccomanda di non indicare il cognome ed il nome di chi effettua materialmente il versamento, ma quello dell'iscritto per conto del quale il versamento medesimo viene effettuato. I dati di cui sopra dovranno essere indicati sia in occasione del pagamento della prima rata che in occasione della seconda rata o del saldo. Si invita a non inviare all'Enpam, a meno che non sia oggetto di una specifica richiesta da parte degli uffici, la documentazione relativa alla dichiarazione dei redditi, né le ricevute dell'avvenuto versamento in originale o in



SFIGMOMANOMETRI

PERFECT - ANEROID - ERKAMETER

SIMPLEX - FONENDOSCOPI

SA.GE.

SA.GE.

SANITARIA GENOVESE

Via Vito Vitale, 26 - Genova

Tel. 010/5220296 Fax 010/5450733

fotocopia che, invece, dovranno essere custodite dall'iscritto per la deducibilità fiscale. Infatti, la certificazione dell'avvenuto pagamento, per entrambe le rate, viene fornita direttamente all'Enpam dalla Banca Popolare di Milano.

Nel calcolare i compensi da assoggettare a contribuzione, è stato detto che tale reddito va considerato al netto di una quota dei costi sostenuti dall'iscritto per produrlo. Come è noto, nel quadro "RE" della ripetuta dichiarazione vengono indicati sia i compensi derivanti da libera professione pura, sia quelli percepiti dalle Asl, o da altro ente in regime di convenzione, nonché i costi sostenuti per la produzione dei medesimi compensi. Questi ultimi, ove si verifichi la concomitanza di compensi provenienti da libera professione pura e da convenzionamento (devono essere detratti in proporzione, secondo la seguente formula:

$$\text{quota costi (S)} = \frac{\text{Totale costi (C)} \times \text{compensi lordi (A - B)}}{\text{compensi compl. lordi (A)}}$$

Se, ad esempio, si sono avuti compensi complessivi lordi (A) di L.100 milioni con costi complessivi (C) di L.32 milioni ed il compenso libero-professionale assoggettabile a contributo Enpam (A - B) di L.40 milioni - perché L. 60 milioni si riferiscono ad attività convenzionata

(B) la quota di costi (S) da detrarre sul compenso derivante da attività libero-professionale sarà così determinata:

$$\frac{\text{L. 32.000.000} \times \text{L. 40.000.000}}{\text{L. 100.000.000}} = \text{L. 12.800.000}$$

Il reddito eccedente, quindi, da assoggettare a contributo Enpam è pari a L.18.872.000 (L.40.000.000 - L.12.800.000 = L.27.200.000 - L.8.328.000 = L.18.872.000) ed il contributo da versare è pari a L.2.359.000 (12,50%), o L.377.000 (2%); oppure per gli iscritti ultraquarantenni il reddito eccedente da assoggettare è pari a L.11.696.000 (L.40.000.000 - 12.800.000 = L.27.200.000 - 15.504.000 = L.11.696.000) ed il contributo da versare sarà pari a L.1.462.000 (12,50 %) o a L.234.000 (2%).

Lo scaglione di reddito libero-professionale netto prodotto nel 2000, da assoggettare nell'anno in corso a contributo Enpam, sarà compreso tra L.8.328.000 e L.84.500.000, ovvero per gli iscritti ultraquarantenni tra L.15.504.000 e L.84.500.000. Pertanto, il contributo del 12,50% o del 2% sarà calcolato rispettivamente sino ad un massimo di L.76.172.000 (L. 84.500.000 - L.8.328.000 = L.76.172.000), e sino, ad un massimo di



RICHIEDERE ALL'ESATRI IL DUPLICATO DELL' "AVVISO"

Secondo una comunicazione diffusa dall'Enpam, gli iscritti che abbiano necessità di un duplicato dell'avviso di pagamento inviato da Esatri e riguardante il contributo dovuto al Fondo generale Quota A - anno 2001 - possono chiederlo per fax all'Esatri, numero 02-8822 6600, indicando cognome e nome, data di nascita e codice fiscale.

FONDO GENERALE SCADENZA AL 30 AGOSTO

L'Enpam ricorda che è invariato quest'anno il termine ultimo del 30 agosto per il versamento dell'intero contributo dovuto al Fondo generale o della prima rata pari al 50%, nonché dell'invio dei modelli "D" e "CR" dell'Enpam, mentre la seconda rata dovrà essere corrisposta entro 90 giorni dalla scadenza della prima, e quindi entro il 28 novembre.

L.68.996.000 (L.84.500.000 - 15.504.000 = L.68.996.000).

Sull'eventuale reddito eccedente L.76.172.000 e L.68.996.000 è dovuto il contributo pari all'1%.

L'iscritto ultraquarantenne che nel 2000 ha versato a mezzo cartella di pagamento il "contributo ridotto della quota A del Fondo Generale" dovrà assoggettare a contributo proporzionale del 12,50% o 2% il reddito eccedente L. 8.328.000.

L'importo versato potrà essere interamente detratto dai redditi prodotti ai fini della dichiarazione Irpef dell'anno successivo, in quanto trattasi di contributo previdenziale obbligatorio. Si fa presente, infine, che l'importo derivante dall'attività intra-moenia, di cui al presente paragrafo, l'interessato lo dovrà desumere dal "Cud" (casella 2) rilasciato dal datore di lavoro.

CONTRIBUZIONE RIDOTTA

Come sopra accennato, all'iscritto che oltre ad esercitare la libera professione, presta la propria opera anche come titolare di convenzione con il Ssn o con altro ente o è di ruolo alle dipendenze di un datore di lavoro ed al quale viene trattenuto, sulle proprie retribuzioni un contributo previdenziale obbligatorio o infine è già titolare di trattamento pensionistico, è data facoltà di chiedere il versamento della contribuzione ridotta (2% anziché 12,50%) della quota "B" del Fondo della libera professione.

Si fa presente, inoltre, che le condizioni previste (titolarità della convenzione; dipendente di ruolo; fruitore di pensione), per poter dar luogo alla richiesta, devono aver avuto inizio nell'anno 2000 o precedenti e l'iscritto deve aver conseguito nell'anno 2000 un reddito libero-professionale netto superiore a

L.8.328.000 se infraquarantenne o superiore a L. 15. 504.000 se di età compresa tra i 40 ed i 65 anni. L'iscritto che, possedendo i requisiti nel 1999, non ha optato per il versamento della contribuzione ridotta nel 2000, non ha più facoltà di proporre la domanda nell'anno in corso, né in quelli futuri.

I termini per inviare la domanda di contribuzione ridotta relativamente ai redditi 2000, scadono entro 30 giorni dalla data ultima di presentazione della dichiarazione dei redditi, a pena di decadenza. La domanda deve essere corredata da una autocertificazione attestante la natura del rapporto di lavoro (che a norma di regolamento deve essere stabile e continuativo) con l'indicazione dell'ente cui vengono versati i contributi previdenziali obbligatori, ovvero dell'ente che eroga il trattamento pensionistico obbligatorio.

Gli iscritti, titolari di rapporto di convenzione con il Ssn o con altri enti, sono esonerati da tale obbligo. Si ribadisce che l'invio della domanda, priva della predetta autocertificazione, rende tale domanda inaccoglibile. La domanda di contribuzione ridotta va presentata una sola volta ed è irrevocabile finché perdurano le condizioni che l'hanno consentita. L'ente si riserva di accertare l'esistenza dei requisiti richiesti e previsti dalle norme in vigore. A chiusura di tale argomento, chiariamo come deve comportarsi l'iscritto per il quale una delle tre condizioni su indicate si siano realizzate in uno dei mesi del 2000.

Innanzitutto, si deve considerare il reddito libero-professionale puro dell'intero anno 2000, al netto dei costi, ed annottarlo al rigo "RN" del mod. "D", sottraendo poi L.8.328.000 o L.15.504.000, in relazione all'età dell'interessato.

Se l'importo ottenuto al rigo "RE" è superiore al minimo dividerlo per 12 e moltiplicarlo per

il numero di mesi precedenti l'inizio dell'attività convenzionata, l'attività di dipendente o dell'erogazione della pensione; su tale importo va calcolato il 12,50% da annotare sul rigo corrispondente a tale contributo nel mod. "D". Sulla residua somma, riferita ai restanti mesi del 2000, sempreché venga contemporaneamente presentata domanda di contribuzione ridotta come sopra precisato, va calcolato il 2% da annotare anch'esso sul rigo corrispondente del mod. "D". E' necessario indicare, a fianco di ciascuno degli importi così ottenuti, per quanti mesi dell'anno l'importo unitario è stato moltiplicato.

CONTENZIOSO TRIBUTARIO

Si rammenta che il regolamento del Fondo di previdenza generale in vigore dispone che l'iscritto comunichi all'ente, attraverso lettera raccomandata da indirizzare a: Fondazione Enpam - Servizio contributi proporzionali - Via Torino 38 - 00184 Roma, gli accertamenti degli imponibili Irpef divenuti definitivi nel corso dell'anno precedente. Tale comunicazione viene richiesta ove i predetti accertamenti comportino variazioni ai fini dell'assoggettamento a contribuzione.

Contemporaneamente alla comunicazione, l'iscritto dovrà provvedere ad effettuare il versamento del residuo contributo sul c/c postale n.633008, utilizzando un bollettino in bianco, da reperire presso un qualsiasi ufficio postale,

intestandolo all'Enpam Fondazione - Servizio contributi proporzionali - Via Torino 38 - 00184 Roma. Il contribuente, nell'effettuare il versamento, dovrà tener conto dei limiti su cui calcolare il 12,50% o il 2% e l'1% che, di anno in anno, come è noto, variano.

Nella causale del c/c postale deve essere annotato obbligatoriamente il numero di codice Enpam dell'iscritto e l'anno di reddito cui il versamento fa riferimento.

INVIO DOCUMENTI ED INFORMAZIONI

La spedizione dei documenti a mezzo posta esclusivamente per raccomandata semplice (si invita a non spedire raccomandate con avviso di ricevimento) dovrà essere effettuata a: Fondazione Enpam - Casella postale 13100 - 00185 Roma, possibilmente utilizzando la busta pre-stampata che si trova all'interno del plico unitamente alla modulistica. Invece, la consegna a mano dei predetti documenti, l'eventuale consegna dell'autocertificazione e/o la richiesta di informazioni, direttamente o telefonicamente, dovrà essere effettuata sempre all'Enpam, in Via Torino n° 98, Roma (2° piano), Servizio contributi proporzionali.

Il servizio, inoltre, è collegato con un numero verde (8000.46.642), dotato di un sistema vocale automatizzato; degli operatori risponderà il primo la cui linea sarà trovata libera. Nel servizio inoltre è disponibile un fax il cui numero è 06/48.294.777.

Polizza sanitaria: ultima scadenza il 30 giugno

Siccome si sono verificati ritardi o disguidi nella distribuzione del giornale dell'Enpam e della modulistica riguardante la polizza sanitaria integrativa (a causa della concomitanza con l'accumularsi negli uffici postali della propaganda elettorale), l'Enpam ha concesso un'ulteriore ed ultima proroga - sino al 30 giugno - per espletare le formalità di adesione a tale polizza. Rimane ferma - sottolinea una nota dell'Enpam - la decorrenza assicurativa dal 31 maggio 2001 fino alle 24 del 31 maggio 2002.

NAVIGANDO IN INTERNET

A cura di Massimo Blondett



FARMACI: ARRIVANO I GENERICI

Dovrebbe arrivare in questi giorni direttamente a casa delle famiglie italiane l'opuscolo che spiega cosa succederà in farmacia a partire dal primo luglio, data che segnerà l'inizio di una piccola rivoluzione, quella dei farmaci generici, i medicinali per i quali è scaduto il brevetto e che verranno rimborsati dal Ssn.

Il Ministero della Sanità ha infatti stampato e sta per inviare una guida per utilizzare nel migliore dei modi i farmaci a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale. Sapere che esistono farmaci uguali, ma di diverso prezzo, è indubbiamente utile.

Se si tratta di medicinali che il cittadino paga di tasca propria, scegliere un farmaco meno costoso al posto di un medicinale uguale più caro può portare a un notevole risparmio: anche la metà del prezzo del farmaco.

Il nuovo sistema di rimborso porterà anche a un risparmio per il Servizio sanitario nazionale, senza maggiori spese per i cittadini. Il Ssn potrà così utilizzare maggiori risorse per l'acquisto di farmaci innovativi e costosi. Nella guida, di 64 pagine a colori, realizzata in collaborazione con l'Associazione di consumatori, oltre ai consigli pratici su come individuare i farmaci meno cari, il ministero della Sanità illustra, come i farmaci generici - al centro del nuovo sistema di rimborsi - siano uguali in tutto e per tutto agli altri. Due elen-

chi, uno per specialità, l'altro per principio attivo, forniranno ai cittadini tutte le informazioni necessarie per orientarsi.

Oltre all'invio della guida alle famiglie italiane, verrà attivato nei prossimi giorni un sito internet tematico all'interno del portale del ministero della Sanità (www.sanita.it) e un numero verde. Fra pochi giorni verrà anche pubblicata in Gazzetta Ufficiale la lista dei farmaci che verranno coinvolti in questa prima fase dell'"operazione generici": si tratta di un elenco che riporta le specialità per i quali esiste una forma generica indicando la differenza di prezzo. La lista è più snella rispetto a quella attesa, solo 136 confezioni contro le 400 previste inizialmente.

Le aziende che producono farmaci con brevetto scaduto sono infatti corse al ripari e hanno deciso di abbassare il prezzo dei propri prodotti allineandoli con quelli del medicinale nella forma generica. In questo modo il vantaggio sarà per lo Stato ma anche per i cittadini che non dovranno pagare la differenza di prezzo.

Ma il ministero ha anche deciso di escludere dalla lista alcune confezioni prodotte in quantità irrisorie. In base all'elenco il prezzo medio che i cittadini dovranno pagare se preferiranno la specialità invece che il farmaco generico è di 2.680 lire a confezione. Ivan Cavicchi, direttore generale della Farindustria, ha spiegato che in questo modo l'operazione



avrà conseguenze soprattutto per i bilanci delle aziende. La riduzione del prezzo, oltre a rappresentare un minore esborso diretto per i cittadini, si tradurrà in minori entrate per le case farmaceutiche. "Ma si tratta solo del primo passo - ha aggiunto - il nuovo meccanismo frutterà infatti risparmi di un certo rilievo per lo Stato solo fra un paio di anni quando esso riuscirà a risparmiare ogni anno circa 1.000 miliardi".

L'operazione generica infatti per quest'anno farà risparmiare solo 150 - 200 miliardi al massimo, circa la metà rispetto a quello previsto in finanziaria.

LA FORMAZIONE CONTINUA DEI MEDICI:

IL RUOLO DEGLI ORDINI

Alla fine dell'anno la sperimentazione dell'Ecm (educazione continua in medicina) avviata dal precedente ministro. La (relativa) novità consiste nel fatto che la Federazione legittimamente rivendica la competenza degli Ordini in tale materia e reclama il compito di verificare l'efficacia e l'efficienza dell'attività di formazione per garantire la qualità professionale dei propri iscritti.

L'affermazione non è di poco conto per almeno due ragioni. In primo luogo, se non fosse così, verrebbe meno una delle principali ragioni per mantenere gli Ordini professionali come soggetti di tutela di un bene pubblico, qual'è l'erogazione di servizi sanitari per la salute. Inoltre, in linea di principio, la posizione presa dalla Federazione tende a salvaguardare l'autonomia professionale dei Medici da interferenze che possono derivare da altri ambiti. E', infatti, l'autonomia professionale e, quindi, la sovranità sulle decisioni diagnostiche e terapeutiche a garantire la "fiducia" come prerequisito dei rapporti medico-paziente.

CRESCONO LE DENUNCE CONTRO I MEDICI DI BASE

E SALE IL "CARO ASSICURAZIONE"

In un anno (dal 1998 al '99) sono cresciute del 400% le denunce contro i Medici di famiglia e, di conseguenza, il costo delle polizze assicurative è a sua volta aumentato di 10 volte.

La notizia proviene da un recente simposio, organizzato da un sindacato medico. All'origine del fenomeno, i cittadini contestano ai Medici "di non aver messo in atto tutte quelle possibilità diagnostiche che erano disponibili". La motivazione è interessante ed obbliga ad alcune considerazioni.

La prima riguarda la trasformazione in atto dei rapporti Medico-paziente.

Il vincolo del controllo e del contenimento dei costi ed il ricorso alle pratiche, dirette ed indirette, di razionamento (anche se il razionamento proviene da indicazioni "giuste" quali sono le raccomandazioni della cosiddetta "medicina basata sulle evidenze") vengono ad interferire con l'autonomia professionale. Ad esempio: il Medico tenderebbe a prescrivere una prestazione o un farmaco anche in una situazione, per così dire, non ortodossa, ma se ne astiene per conformarsi alle disposizioni in materia. Talvolta tale fenomeno può tradursi in un diniego delle cure. Anche se non si può attribuire al Medico la "responsabilità ultima" del fatto, è contro il Medico, però, che si rivolge il paziente.

La seconda ragione riguarda l'economia: i progressi della ricerca medica renderanno a breve disponibili possibilità diagnostiche e terapeutiche nuove ma assai più costose.

Chi pagherà i costi? Se la società e i cittadini vorranno curarsi meglio e al meglio in futuro, è inevitabile che dal punto di vista macroeconomico dovremo abituarci a spendere di più per la salute e meno per altri beni e servizi.

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI GENOVA

in collaborazione con la Divisione di Reumatologia del Dimi
organizza il VII Corso di Reumatologia su

"PROBLEMI EMERGENTI NELLE MALATTIE REUMATICHE"

giovedì 6 - 13 - 20 settembre 2001 alle ore 20.30

Sala conferenze, Banco di Sardegna - Palazzo Spinola dei Marmi, Via San Sebastiano, 20 Genova

Negli ultimi anni è in crescita tumultuoso l'interesse per lo studio dei fattori coinvolti nella patogenesi delle malattie reumatiche. Lo stress, inteso in senso lato (chirurgia, infezioni, interpersonale, etc.) nonché il sistema di risposta allo stress (ipotalamo - ipofisi-surrene) sembrano pesare sempre di più quali fattori predisponenti alle malattie reumatiche. In effetti l'efficacia terapeutica del cortisone, ormone dello stress, viene sempre più rivalutata. Questi problemi verranno presentati nell'ambito del corso. Similmente, non può essere trascurato il valore di una aggiornata conoscenza epidemiologica delle patologie

reumatiche nel momento in cui si debba impostare diagnosi, terapia e prevedere una prognosi. Le "tattiche" epidemiologiche saranno il contenuto di una delle serate.

Infine, è sempre più evidente che il processo infiammatorio è coinvolto anche nella patologia cardiovascolare. L'aterosclerosi sembra condividere con molte malattie reumatiche meccanismi e necessità terapeutiche. Inoltre, vasculiti e trombosi si scoprono complicare sempre maggiormente le malattie reumatiche, quando il danno endoteliale non sia addirittura coinvolto nella patogenesi. Questo argomento sarà svolto nell'ultima serata.

In sintesi gli argomenti che saranno trattati nel corso verteranno sui seguenti punti: "Stress e malattie reumatiche"; relatore: prof. Maurizio Cutolo (6/9); "Epidemiologia delle malattie reumatiche", relatore: prof. Marco Cimmino (13/9); "Aterosclerosi e malattie reumatiche", relatore: prof. Bruno Serio (20/9). Parteciperanno alla discussione il prof. F. Minuto (Disem) ed il prof. S. Bertolini (Dimi). Moderatori: prof. Franco Indiveri, direttore del Dimi ed il prof. Maurizio Cutolo (Dimi). Il corso è gratuito e le adesioni dovranno pervenire entro lunedì 3 settembre 2001 via fax al n.010 593558, oppure via e-mail: ordmedge@erga.it). Al termine del corso verrà rilasciato un attestato di partecipazione.

.....

Successo del congresso nazionale di otorinolaringologia

Oltre 1.000 partecipanti, italiani e stranieri, e numerosi e qualificati contributi scientifici hanno decretato il successo dell'88° congresso nazionale della Società Italiana di otorinolaringologia e chirurgia cervico-facciale, svoltosi ai Magazzini del Cotone al Porto Antico e del quale è stato principale organizzatore il prof. Giorgio Sperati, presidente

della società italiana di tale branca.

Oltre a lui hanno avuto apprezzati riconoscimenti altri otorinolaringoiatri genovesi: il prof. Giuseppe Borasi, presidente onorario del congresso, il prof. Enzo Mora, eletto presidente dell'associazione universitaria Orl e il prof. Eugenio Pallestrini, presidente della Società italiana di Orl pediatrica.

LETTI CON TELEMETRIA: PER CHI?

Da utilizzare per pazienti con sospetto di ischemia e un solo fattore di rischio

I letti ospedalieri dotati di telemetria e situati al di fuori delle unità di cura intensiva costituiscono una tra le più preziose risorse ospedaliere. Spesso i pazienti rimangono a lungo nei dipartimenti di emergenza in attesa di fruire di questo tipo di monitoraggio. Infatti esso è di estrema utilità in alcune categorie di pazienti, risultando per contro pressoché inutile in molte altre tipologie. In aggiunta al costo più elevato, rispetto ai comuni letti ospedalieri, dei letti dotati di telemetria, occorre considerare ulteriori inapparenti spese derivanti da inevitabili indagini stimulate dalla scoperta telemetrica di aritmie senza alcuna rilevanza clinica.

Un recente editoriale sull'American Journal of

Medicine di Lee Goldman, cattedratico di Medicina all'Università di California in San Francisco (ed in precedenza direttore medico di un altro ospedale, il Brigham and Women's Hospital), che ha condotto molte ricerche sull'uso di queste strutture, fornisce alcune ragionevoli linee guida in merito.

Goldman ritiene che la telemetria debba essere limitata ad una popolazione di pazienti a rischio intermedio, senza essere estesa ad ogni paziente con dolore toracico.

Come più oltre sottolineato, egli raccomanda che la telemetria venga utilizzata in pazienti con sospetto Ecg di ischemia, ma con al massimo un fattore di rischio per complicazioni, od in pazienti senza Ecg di tipo ischemico ma

Un corso pilota nazionale per le cure palliative

Le cure palliative stanno salendo nella considerazione del mondo della medicina e del legislatore. Lo testimonia l'istituzione presso l'istituto superiore di Sanità di un corso "pilota" a carattere nazionale, di alta qualificazione teorico-pratica e dedicato specificamente a questa materia. L'istituzione di questo corso è stata decisa con decreto del Ministro della sanità del 27 aprile scorso pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 18 maggio. Si prevedono tre edizioni del corso entro il 2001; a ciascuna edizione possono partecipare un massimo di trenta iscritti

che saranno impegnati per 160 ore con la teoria più un tirocinio di 80 ore. Sono ammessi al corso i Medici dirigenti con responsabilità di direzione di strutture complesse di cure palliative ed i Medici laureati da almeno 7 anni e aventi: una specializzazione nell'area medico-chirurgica, l'attestato di partecipazione ad un corso formativo in medicina palliativa o cure palliative di almeno 80 ore tenuto da istituzioni pubbliche, Università, agenzie private o società scientifiche per le cure palliative, la certificazione di attività di servizio di almeno tre anni con mansioni prevalenti per le

in presenza di uno o più fattori di rischio. I fattori di rischio a cui si riferisce, convalidati in precedenti ricerche, sono: 1) una pressione sistolica al di sotto dei 100 mm Hg; 2) - rantoli basali bilaterali; 3) - accertata ischemia cardiaca instabile; 4) - presenza di gravi aritmie. In particolare, egli raccomanda che:

- 1) - la telemetria ospedaliera venga riservata a pazienti la cui gravità, pur non soddisfacendo i criteri di ammissione all'unità coronaria, tuttavia configuri un rischio sufficientemente elevato da richiedere un monitoraggio più intensivo di quello disponibile in una semplice unità di valutazione del dolore toracico;
- 2) - l'unità coronarica dovrebbe essere usata in casi con quadro Ecg sospetto di infarto miocardico acuto, o con alterazioni Ecg di tipo ischemico e due o più fattori di rischio di complicazioni;
- 3) - i pazienti senza un quadro Ecg di tipo ischemico e senza alcuno degli altri fattori di rischio generalmente sembrano presentare un rischio troppo basso da giustificare il monito-

raggio telemetrico; pertanto, essi dovrebbero essere ricoverati in una unità di valutazione del dolore toracico oppure, dopo attenta valutazione, gestiti ambulatorialmente;

- 4) - il restante gruppo intermedio di pazienti (con Ecg sospetto per ischemia e con meno di due fattori di rischio, o con uno o più fattori di rischio in assenza di ischemia Ecg) sembra essere quello in cui il monitoraggio telemetrico è più appropriato.

Questa "newsletter" è stata concepita con mera finalità educativa esclusivamente indirizzata al personale medico professionale. Non deve essere considerata plausibile, nel trattamento del singolo paziente, se non è accompagnata dall'esercizio del libero giudizio da parte del Medico curante.

Per informazioni su Partners Health Care System, potete mandare una e-mail od un fax al dott. Massimo Ferrigno (e-mail: mferrigno1@partners.org; fax 0185/293316 web page: www.partners.org).

cure palliative in reparti o servizi del Ssn.

L'Istituto superiore di Sanità - dispone il decreto ministeriale - istituirà un comitato organizzatore con il compito di selezionare le domande, di identificare le sedi, definire i tempi dell'insegnamento teorico e del tirocinio.

Dopo 8 mesi dal termine del corso vi sarà un esame finale che consisterà nella discussione di un progetto di cure palliative nella propria sede di lavoro. Il superamento di questo esame darà diritto alla certificazione.

Pur non avendo la pretesa di esaurire il programma del corso, ricordiamo che i punti principali verteranno, tra l'altro, su definizione e glossario delle cure palliative, la loro storia, la loro attuazione in vari paesi, qualità di

vita e strumenti di valutazione, protocolli in medicina palliativa, leggi e norme, processo di malattia delle patologie terminali, criteri prognostici, patologie preesistenti e concomitanti, dolore totale, problemi legati ai sintomi, gestione delle crisi in ospedale e a domicilio. Il programma prevede ancora terapie complementari, informazioni, comunicazioni e relazioni, come dare cattive notizie, le relazioni da aiuto e da accompagnamento, la famiglia e il contesto sociale, dinamiche di gruppo e decisioni d'equipe, principi di etica e norme deontologiche, consenso informato, trattamenti proporzionati e futilità, abbandono, accanimento ed eutanasia, associazioni no-profit e volontariato, ricerca clinica e psicosociale.

PROGETTO "CRONOS", SECONDA FASE

Ulteriori punti della Regione per il programma contro l'Alzheimer

La Regione Liguria ha recentemente inviato a numerosi destinatari una circolare che fissa ulteriori punti nella procedura e nell'attuazione del "progetto Cronos" contro l'Alzheimer.

Ecco il testo della nota.

Nulla è modificato rispetto alla seconda fase del protocollo di monitoraggio per quanto riguarda la prescrizione in regime di Ssn dei medicinali a base di "Donepezil Cloridato" e "Revastigmina". L'erogazione dei medicinali di cui sopra deve avvenire su prescrizione del Medico di medicina generale sulla base del piano terapeutico rilasciato dalle unità di valutazione Alzheimer (Uva). A tale proposito si ritiene opportuno ribadire che

l'uso del ricettario del Ssn per la descrizione di detti farmaci (che comporta un'assunzione diretta di responsabilità) è consentito unicamente ai Medici di medicina generale limitatamente agli assistiti inseriti nel progetto Cronos. Resta salva la facoltà dei Medici specialisti di prescrivere detti farmaci su ricettario personale con oneri a carico del paziente.

2) Le unità di valutazione Alzheimer hanno l'obbligo di trasmettere le schede dei pazienti inseriti nel monitoraggio al referente

dell'azienda territoriale. Questi ultimi sono, invece, tenuti ad inviare, con cadenza regolare, le schede riepilogative quadrimestrali al dipartimento per la valutazione dei medicinali e la farmacovigilanza del ministero della Sanità e alla Regione.

3) A partire dal 17 maggio, in applicazione dell'art.8, comma 2, del decreto ministeriale 20.07.2000 per la cessione, a carico del Ssn, dei medicinali di cui al progetto Cronos, i distributori intermedi e le farmacie convenzionate hanno diritto ai margini previsti dalla vigente normativa. Conseguentemente le ricette

spedite in regime di Ssn contenenti la prescrizione dei medicinali in argomento, saranno soggette alle condizioni di fornitura in vigore per gli altri farmaci (sconti, contributo Enpaf, contributo convenzionale, ecc.). Le

ricette verranno contabilizzate dalle farmacie convenzionate secondo le consuete procedure. Al fine di consentire ai Servizi farmaceutici delle aziende UsI l'attività di monitoraggio, i titolari/responsabili delle farmacie convenzionate sono pregati di raggruppare le ricette contenenti prescrizioni di farmaci di cui al progetto Cronos nell'ultima mazzetta.

4) I servizi farmaceutici delle Asl sono chiamati a:
- acquisire i piani terapeutici redatti dalle Uva relativamente ai soggetti inseriti nel progetto,

**PRESCRIZIONI DEL MEDICO DI MEDICINA
GENERALE SULLA BASE DEL PIANO
TERAPEUTICO RILASCIATO DALLE "UVA".
AUTORIZZATA LA DISTRIBUZIONE
DI UNA NUOVA SPECIALITÀ.**

- nonchè le eventuali variazioni ai programmi;
- monitorare tutte le prescrizioni rilasciate dai Medici di medicina generale;
 - evidenziare i costi sostenuti dal Ssn per tali prescrizioni;
 - verificare che tutte le prescrizioni dei farmaci in argomento siano state effettuate nei confronti dei pazienti inseriti nel progetto Cronos;
 - inviare con cadenza quadrimestrale allo scri-

vente servizio una relazione nella quale evidenziare consumi e impatti economici. Si ritiene infine opportuno informare che sulla G. U. del 12/04/2001 n.86 è stata pubblicata l'autorizzazione all'immissione in commercio di un'ulteriore specialità medicinale (contenente il principio attivo "Galantamina bromidrato") con modalità di prescrizione e di distribuzione analoghe a quelle previste dal "Progetto Cronos".

Obbligatoria l'iscrizione all'Albo per gli specializzandi

I Medici che frequentano le scuole universitarie di specializzazione in medicina e chirurgia devono essere iscritti all'Ordine. Lo conferma la Federazione, intervenendo in una vicenda - iniziata parecchi mesi addietro - sollevata da alcuni Ordini provinciali i quali avevano "scoperto" che dei sanitari, recatisi all'Ordine per chiedere la prima iscrizione all'Albo, dichiaravano, contestualmente, di essere già in possesso del titolo di specializzazione.

La Federazione, in una nota diffusa a fine gennaio, rimarcava che tale circostanza è in contrasto con la normativa vigente, e richiama in particolare l'art. 38 del decreto legislativo 368/98, il quale prevede che "ogni attività formativa e assistenziale dei Medici in formazione specialistica si svolge sotto la guida di tutori designati annualmente", che "la formazione del Medico specialista implica la partecipazione guidata alla totalità delle attività mediche dell'unità operativa presso la quale è assegnato...nonchè la graduale assunzione di compiti assistenziali e l'esecuzione di interventi con autonomia vincolate alle direttive ricevute dal tutore". Infine la Fnomceo citava ancora il quarto comma dell'art. 38, secondo cui "i tempi e le modalità

di svolgimento dei compiti assistenziali nonchè la tipologia degli interventi che il Medico in formazione specialistica deve eseguire sono concordati dal Consiglio della scuola con la direzione sanitaria e con i dirigenti responsabili delle strutture delle aziende sanitarie presso le quali lo stesso svolge la formazione".

Dall'esame comparato di tutte le norme la Federazione concludeva come sia "incontrovertibile che il Medico ammesso alle scuole universitarie di specializzazione svolge attività assistenziale e pertanto deve essere iscritto al relativo albo".

Per quanto riguarda l'Università di Genova, una lettera del Preside della facoltà di medicina, professor Marinari, in risposta a note dell'Ordine su questo argomento, ha comunicato che "in assenza di un preciso obbligo normativo che vincoli in tal senso l'amministrazione universitaria" il Preside della facoltà ha chiesto ai direttori delle scuole di specializzazione "di farsi parte diligente nel verificare la regolare iscrizione all'Ordine degli specializzandi". La lettera si conclude segnalando che l'entrata in vigore del D.lgs. 368/98 con l'introduzione del "contratto di formazione" è stata rinviata in sede nazionale, presumibilmente all'anno accademico 2001/2002.

DIECI PRINCIPI ANTI - DIPENDENZE

Politiche e strategie da seguire contro la droga (ma non solo)

“Linee di indirizzo su prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze”. Così è intitolato il documento di programmazione approvato recentemente dalla giunta regionale e che si occupa di dare indicazioni in questa materia. Nonostante si tratti, evidentemente,

solo di affermazioni di principio, riteniamo tuttavia di qualche interesse per i Medici più vicini a questo settore pubblicare i punti principali del documento. Ecco quindi i “dieci principi” cui secondo la Regione dovrebbero ispirarsi le politiche e le strategie di intervento.

1- Vi è il forte bisogno di identificare e condividere socialmente una strategia che sia finalizzata a contrastare l'uso non terapeutico di sostanze psicoattive e che sia basata su principi e metodi promuoventi l'adesione volontaria e consapevole del singolo individuo a stili di vita che assicurino la tutela della salute e dell'integrità della persona nel suo complesso. Di conseguenza, si ritiene che qualsiasi strategia e qualunque intervento di promozione della salute debbano essere centrati sulla persona, considerata sempre contemporaneamente sotto i suoi diversi aspetti biologici, psichici e sociali.

2- A tale proposito si riconosce che ogni ente, organizzazione, gruppo sociale ha diritto all'autodeterminazione dei propri comportamenti e ad esercitare la propria libertà di scelta.

3- Si ritiene però che al singolo individuo debba essere garantito il diritto inviolabile e la libertà di autodeterminare i propri comportamenti ed i propri stili di vita, sul fondamento, in ogni caso, del profondo rispetto della propria dignità e dei diritti e della libertà anche delle altre persone.

**OGNI PROGRAMMA DEVE ESSERE SEMPRE
CENTRATO SULLA PERSONA,
RISPETTANDO IL DIRITTO
DI AUTODETERMINARE COMPORAMENTI
E STILI DI VITA**

Le politiche, quindi, dovranno essere orientate soprattutto a promuovere modelli culturali individuali e sociali basati sull'incentivazione di riferimenti culturali e sociali positivi, chiaramente orientati a far acquisire comportamenti responsabili e quanto più possibile autodeterminati, dichiarando apertamente ed esplicitamente che l'uso di sostanze stupefacenti è da considerarsi un comportamento negativo.

Un importante aspetto da tenere in considerazione è che tale consapevolezza dovrà riguardare, inoltre, la necessità di impegnarsi social-

mente, ed *in primis* anche con il proprio comportamento, ad arrestare il negativo e pericoloso processo di “normalizzazione” in atto verso l’uso di sostanze psicoattive, senza discriminare chi faccia uso di tali sostanze. In questo contesto, quindi, andrà affermato che costituisce stile di vita sano, da perseguire socialmente ed individualmente, quello scevro dall’uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e/o psicoattive, in maniera da considerare esplicitamente l’utilizzo non terapeutico quale “eccezione negativa” in contrapposizione al comportamento di sobrietà da ritenere, invece, “normalità positiva”.

4- Va riconosciuto, altresì, che esiste una forte variabilità individuale nelle reazioni alle sostanze ed in particolare in ordine agli effetti psicologici e comportamentali che risultano, sia nel breve che nel lungo periodo, non prevedibili allo stesso modo per tutti i soggetti.

Non è possibile, perciò, adottare superficiali stereotipizzazioni sugli effetti da sostanze che potrebbero rivelarsi, per le medesime dosi e modalità di assunzione, inesistenti per alcune persone e gravissimi e permanentemente invalidanti per altre.

E’ da ricordare, inoltre, che esistono persone che, per le proprie condizioni psicofisiche e sociali, risultano particolarmente vulnerabili e permanentemente coinvolgibili in un uso di sostanze psicoattive caratterizzato, spesso e più di altri, dall’instaurazione di una dipendenza correlata a forti problematiche psichiche e sociali ed ad un elevato rischio di morte e/o di malattie gravemente invalidanti.

Al contrario, per altri individui l’uso di tali sostanze appare, a prima vista, controllato e gestito a tal punto da non manifestare evidenti problemi sociali, pur mantenendo tuttavia una forte interferenza sulle rispettive funzioni psi-

chiche, neuro-biologiche e, di conseguenza, sulle performance psicofisiche.

5- Per quanto riguarda la prevenzione, è indispensabile ricordare che è ormai provata l’esistenza di fasce di popolazione più vulnerabili. Pertanto, in termini di politiche generali per la tutela della salute dei cittadini è necessario programmare e sviluppare azioni d’intervento che siano orientate a tutelare, rispettare e proteggere in particolare queste fasce a più elevato rischio e, quindi, più bisognose di tutela.

6- La ricerca scientifica ha determinato che l’assunzione di comportamenti preventivi può dipendere anche dal grado di conoscenza dei rischi, dalla capacità individuale di autocontrollo, dall’abilità nell’individuare ed evitare preliminarmente le situazioni di pericolo e dalla motivazione a mantenere tale comportamento. Si è precisato che tali fattori possono essere modificati da opportune azioni informative, ma, principalmente, educative. Esistono, inoltre, ulteriori fattori di condizionamento del comportamento della singola persona (pressioni esterne) che dipendono dai modelli sociali e culturali del gruppo di riferimento (della famiglia e dei pari), particolarmente tra i giovani e che sono ugualmente in grado di incentivare o diminuire la presenza di comportamenti a rischio. Si è osservato altresì che la maggior parte dei giovani risulta sensibile ai messaggi informativi che evidenziano i rischi ed i danni derivanti dall’uso di sostanze psicoattive, altri non presentano reazioni particolari ed altri ancora (in percentuale minoritaria) potrebbero venire incentivati nei meccanismi trasgressivi e stimolanti l’assunzione.

Da ciò si evince la forte variabilità di risposta esistente anche per i messaggi informativi che rimangono, tuttavia, una valida opzione per



la maggior parte dei giovani e che sono da utilizzare soprattutto se inseriti, fin dalle scuole elementari, se non addirittura prima, in precoci e globali programmi educativi di promozione alla salute nel suo complesso.

7- Deve essere recepito e condiviso il concetto che la responsabilità della singola persona, che usa a fini non terapeutici sostanze psicoattive, non riguarda solo il proprio stato di salute, ma può interferire sulla salute di terzi.

8- Fra le responsabilità personali, inoltre, deve essere annoverata anche quella derivante dal fatto di rivestire od esplicitare socialmente (in particolare, ad esempio, come genitori nel contesto familiare) un comportamento che si sostanzia nell'accettazione, se non addirittura nell'uso non terapeutico di sostanze psicoattive, in quanto è provato che tale situazione può incoraggiare a propria volta altre persone (particolarmente esposte per proprie condizioni) al consumo di sostanze, fino alla dipendenza.

Tutto ciò, inoltre, può stimolare il mantenimento di modelli culturali e socio-comportamentali negativi, in grado di condizionare la singola persona, specialmente se giovane, nell'adozione di stili di vita pericolosi per la salute. Andrà quindi incentivata l'assunzione di concreti comportamenti sociali (che potremmo definire di "mutuo aiuto"), visibili e diretti a promuovere, mantenere e sostenere, in modo da fondare un reciproco sostegno, stati di

"sobrietà e libertà" da sostanze psicoattive.

9- Nessuna persona che faccia uso non terapeutico di sostanze psicoattive potrà, comunque, essere discriminata od emarginata per questo motivo, ma si dovrà, invece, provvedere ad organizzare ed a mettere a sua disposizione opportunità e sistemi organizzati di strutture in grado di fornire un valido aiuto alla risoluzione del problema e/o alla riduzione dell'incidenza delle patologie correlate.

10- infine, va sottolineato che si ritiene fondamentale incrementare tutte le attività tese al controllo ed al contrasto del riciclaggio delle ingenti quantità di denaro derivanti dal mercato illegale delle droghe.

Non è tuttavia condivisibile l'indirizzo secondo il quale tale mercato illegale dovrebbe essere combattuto con soluzioni fondate sull'illusione di creare un abbattimento dei prezzi e, quindi, dei costi per gli utilizzatori (e dei guadagni degli spacciatori) - mediante una fornitura "legale" e, in quanto tale, competitiva con il mercato illegale esistente. Tale soluzione non è eticamente accettabile, perché si scontra con il principio generale di operare scelte, nel campo delle politiche sociali e sanitarie, in grado di garantire realmente e coerentemente la promozione e la protezione della salute dei cittadini. I presupposti vantaggi in termini di controllo del mercato illegale sarebbero non comparabili e non accettabili

ATTRIBUITO IL PREMIO "MARIA VILMA E BIANCA QUERCI"

A Genova il 12 marzo è stato attribuito il premio internazionale triennale "Fondazione Maria Vilma e Bianca Querci" con cui vengono premiate personalità distinte nel campo della medicina per gli studi sulla prevenzione, diagnosi e terapia delle malattie dei bambini. Il premio è stato attribuito a Charles Scriver professore di genetica umana alla McGill University di Montreal per i suoi studi sulle mutazioni geniche delle malattie metaboliche e a Robin Winter docente di genetica clinica all'Institute of Child Health e consulente all'Hospital for Sick Children di Londra per gli studi sulle sindromi malformative e i geni in esse coinvolti.

di fronte agli svantaggi, ai rischi ed ai danni che si abbatterebbero sulla salute delle singole persone (soprattutto se vulnerabili) in conseguenza all'aumento della disponibilità di sostanze psicoattive. Incalcolabili sarebbero, inoltre, le conseguenze derivanti dall'acquisizione e dal riconoscimento nella legge dello Stato di un modello culturale e sociale che riconoscesse l'uso di tali sostanze come normale e socialmente accettato. E' infatti da ritenersi eticamente inaccettabile che, per contrastare la criminalità e risolvere problemi di ordine pubblico, si esponano i cittadini, soprattutto quelli più vulnerabili e bisognosi di protezione, a gravi rischi sociali e sanitari. Per contro, non è

neppure accettabile che vengano perseguite politiche di mera proibizione senza preoccuparsi di attivare, contemporaneamente, concrete ed efficaci attività di prevenzione (sia primaria che secondaria) e di recupero e responsabilizzazione, con collaterali e permanenti azioni di polizia per il controllo del riciclaggio del denaro sporco. Non vi è dubbio, infatti, che i cospicui capitali dalla produzione di sostanze psicotrope e dalla relativa rete di vendita potrebbero essere ben monitorizzati con i sistemi già esistenti e con politiche comunque efficaci perchè in grado di non far pagare al cittadino l'altissimo prezzo della lotta alla criminalità.

bayer

Nel ricordo di colleghi scomparsi

L'EQUILIBRIO, LA DIGNITÀ' E L'OTTIMISMO DI ACCARDO

Prendere la penna per ricordare chi ci ha appena lasciati trova la mente di chi scrive confusa e disorganizzata. Silvano Accardo non è più tra noi. In vent'anni e più di amicizia e collaborazione sul lavoro, abbiamo avuto tutti modo di conoscere le doti di un uomo seriamente dedito alla sua professione e generoso nelle sue manifestazioni. Una enorme schiera di colleghi e pazienti lo rimpiange.

Di Silvano Accardo ha fatto scuola il suo equilibrio e la sua dignità, spesso messi a dura prova, ma sempre mantenuti.

Ha fatto scuola il suo istinto di affiancarsi a chi era in difficoltà per tendere una mano ed infondere fiducia in sé stessi e forza per resistere nei momenti avversi.

Silvano Accardo era ligio alle regole ed alla prassi, ma sapeva creare un clima allegro quando cominciava, con garbo e sottile ironia a raccontare delle sue disavventure. Per non parlare del suo entusiasmo per lo sci e la vela, rifugio delle sue ore libere e motivo di sue grandi soddisfazioni. I suoi parenti, amici e collaboratori hanno sempre condiviso i suoi sforzi e le sue ansie perché sapevano che si riponeva la fiducia in un uomo riconoscente ed onesto. Silvano Accardo aveva percorso tutte le tappe della carriera universitaria presso la Facoltà di medicina di Genova e nelle varie condizioni lavorative riusciva sempre ad organizzare e coordinare i suoi collaboratori suscitando stima e rispetto. Nel 1995 per volere di Silvano Accardo si inauguravano a Genova i corsi di reumatologia che in questi anni la divisione di reumatologia del Dimi di cui era direttore e l'Ordine dei Medici hanno

regolarmente organizzato. Nel 1998 Silvano Accardo presiedeva con enorme successo il comitato organizzatore del XXXV congresso nazionale della Società italiana di reumatologia che dopo vent'anni era riuscito a riportare a Genova.

I suoi contributi scientifici in circa 35 anni di carriera sono stati centinaia e nel 1999 Silvano Accardo entrava a fare parte per elezione del consiglio direttivo della Società italiana di reumatologia, carica mantenuta fino ad ora. Quando tutto ormai filava per il meglio, arriva per Silvano Accardo una ennesima battaglia da combattere. Inizia un alternarsi di speranze e delusioni, ma Silvano Accardo riservato e sempre dignitoso continua con il suo stile e la sua tenacia il cammino tempestoso.

Poi, l'intransigente destino che alita su tutti noi ha detto la sua. Noi tutti siamo vicini alla sua giovane famiglia a lui devota, tenera ma determinata. I suoi allievi passati e più recenti sentono all'improvviso la scomparsa di un punto di riferimento e di un consigliere esperto. Ora la penna scrive, la mente scorre i ricordi, ma un senso di solitudine comincia a farsi strada. Silvano Accardo non c'è più e, con lui, tutti perdiamo un parte del nostro passato che avrebbe potuto rimanere una realtà presente e futura con lui ancora tra noi.



Maurizio Cutolo - Bruno Seriola - Marco Cimmino e tutti i Medici della Divisione di reumatologia del Dimi

Nel ricordo di colleghi scomparsi

CHIOZZA, MAESTRO DI MEDICINA LEGALE ED ONESTA'

Giorgio Chiozza era nato a Genova il 27 gennaio 1925. Laureato nel 1949, due anni più tardi conseguiva il diploma di specialista in Medicina legale e delle assicurazioni; nello stesso anno era nominato assistente straordinario nell'Istituto di medicina legale dell'Università di Genova diretto dal prof. Domenico Macaggi. Apprezzatissimo allievo anche del successore prof. Aldo Franchini, percorse le ulteriori tappe di una limpida carriera universitaria fino a conseguire il titolo di professore associato di psicologia forense nel 1983, disciplina da lui prediletta. Rilevante è stata la sua attività medico-forense di perito d'ufficio, nella quale si è sempre distinto per scrupolosità, competenza e onestà davvero esemplari, accompagnate a qualità umane di particolare sensibilità. Per molti anni è stato anche com-

ponente esperto effettivo della Sezione di sorveglianza per la circoscrizione della Corte d'appello a Genova. Ho conosciuto Giorgio Chiozza nel 1957 quando entrai a far parte dell'istituto di Medicina legale. In lui ho trovato un sincero e leale amico dal quale ho ricevuto importanti insegnamenti. Ne ho apprezzato le qualità umane e morali che trasfondeva anche nell'insegnamento agli studenti ed agli specializzandi, sempre puntuale ed efficace. Il suo collocamento in pensione ci aveva privato di un collaboratore sempre disponibile, affidabile ed efficiente. La sua morte ci ha tolto un validissimo Medico-legale ed un carissimo amico.



Marcello Canale

La procedura in caso di temporanea carenza di farmaci

Il ministero della Sanità ha diffuso recentemente un suo decreto per regolare le procedure da adottare nel caso vi sia una temporanea carenza di specialità medicinali nel mercato nazionale. Secondo il decreto le società titolari di autorizzazione all'immissione in commercio, che prevedano di non essere in grado di assicurare la regolare fornitura delle proprie specialità medicinali, sono tenute a dare al ministero della Sanità comunicazione anticipata di almeno sei mesi specificando le motivazioni, la causa e la durata presumibile dell'interruzione della produzione. Il ministero può sentire la società produttrice

in questione e quelle produttrici di specialità medicinali analoghe per valutare la reale portata del fenomeno.

Una volta accertato lo stato di carenza di un farmaco il ministero può consentire tra l'altro agli assessorati regionali alla Sanità di acquistare all'estero la specialità in questione o al limite specialità medicinali analoghe.

Le società interessate sono, inoltre, tenute a comunicare al ministero della Sanità la ripresa della regolare distribuzione della specialità carente, e questo al fine di consentire l'emanazione di ulteriori disposizioni agli assessorati regionali alla Sanità.

Attività e tariffe del "medico competente"

L'Ordine dei Medici di Genova, in una delle sue ultime riunioni, ha affrontato il problema dell'attività e delle tariffe del Medico competente, riempiendo - per quanto di sua competenza - un vuoto normativo che poteva creare incertezze e disorientamento in alcuni colleghi (in effetti erano arrivate all'Ordine diverse richieste di chiarimenti al riguardo). La delibera adottata, la n. 36 del 18 aprile scorso, enumera come prestazioni attribuibili all'attività di Medico

competente la visita medica per giudizio di idoneità lavorativa, la consulenza oraria, le prestazioni strumentali proprie della medicina del lavoro e delle branche attinenti. Queste le tariffe: 1) tariffa oraria 150.000.= 2) visita medica periodica 70.000.= 3) visita per assunzione 80.000.= 4) esame audiometrico 35.000.= 5) spirometria basale 40.000.=. Per le altre prestazioni strumentali la delibera dell'Ordine rimanda alle tariffe stabilite dal Dpr 17/2/92.



Gruppo
Omeopatico
Dulcamara

Scuola Ufficiale della F.I.A.M.O.

Federazione Italiana delle Associazioni dei Medici Omeopatici

Membro della Liga Medicorum Homeopatica Internationalis (L.M.H.I.)

aderente alla Società Italiana di Omeopatia (S.I.O.)

associato a Istituto de Altos Estudios Homeopaticos

"J.T. Kent" - Buenos Aires

L'ASSOCIAZIONE GRUPPO OMEOPATICO DULCAMARA

organizza il

"XVI CORSO TRIENNALE DI TEORIA E PRATICA DELLA MEDICINA OMEOPATICA"

con il patrocinio della LMHI (Liga Medicorum Homeopatica Internationalis)

L'associazione Gruppo Omeopatico Dulcamara organizza dal 1983 corsi triennali di teoria e pratica della medicina Omeopatica così articolati: un primo anno in cui vengono esposti concetti fondamentali di filosofia omeopatica, teoria, tecnica, uso del repertorio e studio dei principali rimedi omeopatici, e 2 anni successivi in cui, oltre a continuare una rigorosa esegesi della dottrina, vengono affrontati i principali problemi di ordine teorico e pratico che si incontrano nello svolgimento della professione. Verranno utilizzati anche supporti audiovisivi e video relativi a casi clinici.

E' previsto un quarto anno di perfezionamento.

Le linee programmatiche a cui si ispira il corso sono conformi ai programmi consigliati dall'ECH (European Committee for Homeopathy), sulla falsa riga dei corsi istituiti dalla facoltà di Medicina Omeopatica dell'Università di Londra. Il corso, con durata triennale, è aperto a laureati e studenti degli ultimi 2 anni in Medicina e Veterinaria. Al termine del III anno di corso, previo superamento di una prova d'esame, verrà rilasciato un diploma dell'associazione della F.I.A.M.O. Al termine del IV anno verrà rilasciato un diploma di perfezionamento in medicina omeopatica.

Sito: www.dulcamara.org e-mail: info@dulcamara.org
mangini@village.it

STRUTTURA DEL CORSO:

è articolato in 9 week-ends per un totale di **140** ore ogni anno, con i seguenti orari:

Sabato:	mattino	ore 9.00 - 13.00
	pomeriggio	ore 14.30 - 19.30
Domenica	mattino	ore 9.00 - 13.00

SEDE DEL CORSO:

Via Corsica, 19A - cancello - 16128 Genova

PER INFORMAZIONI:

tel.010/570.29.88 - 56.54.58

fax 010/553.10.67

dalle ore 14.00 alle 18.00

ANNO ACCADEMICO 2001/2002

RICERCA DI MEDICI RICERCA DI MEDICI RICERCA DI MEDICI RICERCA DI MEDICI RICERCA

CASA DI CURA SAN GIUSEPPE - Questa clinica di Asti - che è di tipo polispecialistico, ha 120 posti letto e comprende chirurgia generale, urologia, oculistica, otorinolaringoiatria, medicina, lungo degenza e neuropsichiatria -

cerca giovani medici disposti a coprire turni diurni, notturni, feriali e festivi di guardia medica interna. Gli interessati possono prendere contatto con la d.ssa Marina Saracco, tel. 0141.34385 per i chiarimenti opportuni.

ANESTESISTI - La Selforim ricerca per importanti ospedali polifunzionali privati convenzionati di Brescia e Bergamo provincia, quattro anestesisti ai quali viene offerta l'opzione tra l'assunzione diretta da parte delle strutture (contratto Aiop) o contratti di libera professione. E' assicurata l'assistenza nella sistemazione logistica. Per informazioni tel. 031.576142.

TURNI VACANZA - La cooperativa Ase di Riccione cerca Medici per assistenza in turni di vacanze organizzate per ragazzi dai 7 ai 16 anni circa, sia in Italia che all'estero. In genere la durata di ogni turno varia dai 15 ai

20 giorni. Compenso previsto L.2.600.000 netto su base mensile + vitto e alloggio. Informazioni chiedere di Debora, Maura e Vladimiro al tel. 0541.641522 o fax 0451.641822 dal lunedì al venerdì.

ONAOSI - L'Onaosi ha stipulato una convenzione con il Monte dei Paschi di Siena per praticare a tutti gli iscritti condizioni di favore su rilascio di carte di credito, interesse sui conti, prestiti, mutui fondiari, titoli e altro. Informazioni all'Ordine dei Medici, tel.010.587846.

Oppiacei, le norme per la consegna a domicilio

Con una circolare la Regione Liguria è tornata sulla legge 8 febbraio 2001 n.12, che ha modificato il testo unico delle leggi su stupefacenti e sostanze psicotrope (vedi "Genova Medica" di aprile e maggio). La Regione ricorda tra l'altro che "la consegna di quantità terapeutiche di farmaci di cui all'allegato III - bis del Dpr 309/90 (buprenorfina, codeina, diidrocodeina, fentanyl, idrocodone, idromorfone, metadone, morfina, ossicodone, ossimorfone) può essere effettuata anche da operatori sanitari purchè accompagnate da dichiarazione sottoscritta dal Medico di medicina generale, di continuità assistenziale o dal Medico ospedaliero che ha in cura il paziente, che ne prescriva l'utilizzazione anche nell'assistenza domiciliare di pazienti affetti da dolore severo in corso

di patologia neoplastica o degenerativa, **ad esclusione del trattamento domiciliare degli stati di tossicodipendenza da oppiacei**".

La Regione ricorda inoltre che "la possibilità di consegnare al domicilio dei pazienti affetti da dolore severo in corso di patologia neoplastica o degenerativa quantità terapeutiche dei farmaci è stata riconosciuta al personale che opera nei distretti sanitari, nei servizi territoriali e negli ospedali pubblici o accreditati. E' consentito, inoltre, agli infermieri che effettuano servizi di assistenza domiciliari nei distretti sanitari di base o nei servizi territoriali delle Asl e soprattutto ai familiari dei pazienti di ottenere e trasportare quantità terapeutiche dei farmaci in argomento purchè accompagnate da certificazione medica che ne prescriva la posologia e l'utilizzazione a domicilio.

EPATITE B, LE “NUOVE” CAUTELE

Una circolare della Regione sul recente protocollo ministeriale

A proposito del nuovo protocollo per la vaccinazione anti-epatite B emesso dal ministero della Sanità la Regione ha diffuso una circolare, a firma della dott.ssa Speranza Sensi, dirigente del servizio igiene pubblica e veterinaria, in cui vengono sottolineati i punti principali, e soprattutto le innovazioni introdotte rispetto al protocollo precedente.

Le novità riguardano soprattutto il personale sanitario. Rimane valido quanto suggerito relativamente al controllo anticorpale entro 1 – 3 mesi dal completamento del ciclo vaccinale. Se il test anti-HBs risulta negativo è indicata una dose di richiamo, seguita da un controllo sierologico dell’anti-HBs ad almeno un mese di distanza. In caso di ulteriore negatività la circolare ministeriale consiglia di non somministrare altre dosi di vaccino e di considerare l’operatore sanitario come suscettibile per cui, in caso di esposizione accidentale all’HBV, dovrà essere eseguita profilassi post-esposizione con immunoglobuline specifiche.

A proposito dei non-responders bisogna tuttavia ricordare - nota la circolare regionale - che non essendo ancora chiara la loro situazione è generalmente accettato che ogni sforzo debba essere fatto, attraverso la som-

ministrazione di dosi vaccinali aggiuntive, per far sì che coloro i quali non presentano un titolo anti-HBs di almeno 10 mUI/ml dopo il ciclo primario, abbiano la possibilità di svilupparlo.

Per tale motivo - continua la Regione - non è da escludere la prassi generalmente adottata che prevede la somministrazione di due dosi di richiamo a distanza di un mese l’una dall’altra se l’operatore sanitario risulta anti-

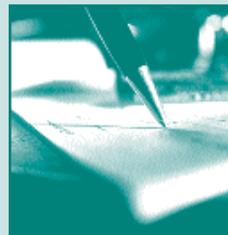
HBs negativo al controllo anticorpale eseguito dopo il completamento del ciclo vaccinale primario. Viene invece a decadere la necessità di effettuare dosi di richiamo nel personale sanitario che presenti positività

per anti-HBs dopo il ciclo primario di vaccinazione, indipendentemente dal tempo trascorso.

Per il trattamento post esposizione dei soggetti vaccinati in precedenza, di cui non si conosce la risposta anticorpale dopo l’immunizzazione primaria, si potrà eseguire un controllo dell’anti-HBs, con la possibilità di avere il risultato entro 2 o 3 giorni ed agire di conseguenza nel caso che il test sia positivo (le immunoglobuline specifiche andrebbero infatti somministrate entro il settimo giorno ed il vaccino entro il quattordicesimo giorno dal contatto potenzialmente infettante).

**LE INNOVAZIONI
RIGUARDANO SOPRATTUTTO
IL PERSONALE SANITARIO.
LA PARTICOLARE SITUAZIONE
DEI “NON RESPONDES”.**

LETTERE AL DIRETTORE



EMBRIONI, FECONDAZIONE, VITA UMANA IL BANDOLO E' DIFFICILE DA TROVARE

Quale è il valore della vita? La risposta non è semplice, anzi è forse la più ostica risposta etica che si possa cercare e coinvolge innumerevoli conseguenze prassologiche.

Sulla base di alcuni tipi di risoluzione morale, si potrebbe, per esempio, auspicare la cessazione delle sperimentazioni su animali.

D'istinto non si può non essere d'accordo. Nessuno di noi sopporterebbe l'idea di un gattino accecato apposta per verificare la reazione della corteccia visiva all'assenza di afferenze luminose.

Concetto questo incontestabile, specie se ci si "immedesimi" nel gattino... Si potrebbero evitare simili sperimentazioni ovvero limitarle ad animali "inferiori", per esempio insetti.

E se gli insetti non hanno sistema nervoso assimilabile a quello dei mammiferi allora non si facciano sperimentazioni. E basta.

Ma ragioniamo un pò oltre.

Non ci sono ragioni logiche né biologiche per affermare che la vita di un moscerino della frutta (la famosa *Drosophila* che tanto ha dato alla conoscenza dei meccanismi di trasmissione genetica) valga meno di quella di un gatto. Se il gatto o la *drosophila* dovessero esprimere un parere in proposito, non credo sarebbe il mede-

simo. Se "noi", invece, ci arroghiamo il diritto di decidere sul valore della vita altrui, può saltare fuori uno e un solo valore a favore del gatto; e cioè che è un mammifero come noi e notoriamente i mammiferi sono più intelligenti degli insetti. Quest'assioma (peraltro discutibile perchè sotteso alla definizione del concetto di "intelligenza") porrebbe però il valore della vita in funzione della complessità delle prestazioni mentali, e ciò finirebbe per togliere valore alle vite meno mentalmente prestazionali, con mostruose conseguenze in ambito strettamente umano... a meno di non difendere la vita umana aprioristicamente, soltanto perchè umana. Il che è quanto, in pratica, si fa.

L'uomo che decide

Ossia l'uomo ha deciso di difendere se stesso...soltanto perchè se stesso, al massimo estendendo la dignità di vita progressivamente agli animali più simili a se stesso, scendendo dai mammiferi, già fino ai protozoi, ma non facendosi scrupolo di perpetuare lungo questo cammino discriminazioni mostruose, indotte da null' altro che la proiezione etica della propria immagine. Si possono ammazzare i tonni, ma non i delfini, e addirittura si possono mangiare i conigli, ma non i gatti o i cani (gusti a parte).



Esistono delle leggi dello Stato in proposito. Basate solo sull'antropocentrismo; che altro non è che egoismo di specie. Potremmo chiamarlo "specismo", in analogia con razzismo, nazionalismo, campanilismo, maschilismo o femminismo e via su fino a egoismo: basta solo spostare i termini. E' sempre la stessa cosa dipinta di bianco o di nero a seconda di interpretazioni etiche poco convincenti.

Il razzismo è mostruoso; il campanilismo un simpatico fatto di costume.

Vita animale e vegetale

In effetti non esiste alcun motivo per attribuire maggior valore biologico ad una forma di vita rispetto ad un'altra nè alla vita animale rispetto a quella vegetale.

E nell'ambito della vita animale non esiste alcun motivo di attribuire differenti valori lungo la scala filetica dai protozoi all'uomo. Se la vita ha valore, essa ne ha indipendentemente dalla forma in cui è espressa. Se l'uomo desidera attribuire alla propria vita valore preminente, lo faccia, ma riconosca l'arbitrarietà della scelta. A questo proposito la recente diatriba sulla produzione delle cellule staminali e sul destino degli embrioni in soprannumero, nonchè la disputa per la pillola del giorno dopo, possono prendere una precisa direzione e scrollarsi di dosso i retaggi di antiche confusioni.

La Chiesa riconosce che molti scienziati, filosofi e teologi ritengono che la persona inizi al momento della fecondazione e sostiene questo assunto nella Istruzione Donum Vitae.

Innanzitutto va chiarito che una complessa sequenza di eventi precede l'istaurarsi della fase embrionale propriamente detta.

La stessa fecondazione non è un evento puntiforme, bensì un processo che dura circa 25 ore comprese dal momento che lo spermatozoo penetra nella zona pellucida, fino al completa-

mento della fusione dei due genomi (singamia). Completata la fecondazione si arriva alla prima divisione per segmentazione fino allo stadio a due cellule. Soltanto dopo questo evento e il successivo annidamento cellulare e primi stadi di differenziazione, si può parlare di embrione. Prima si tratta di pre-embrione. Soltanto dalla nona settimana in poi il feto cresce e matura sotto vari profili: anatomico, funzionale e comportamentale. E incomincia a "sentire".

Il concetto di pre-embrione impone un radicale cambiamento concettuale circa il modo di valutare il processo riproduttivo e la vita nascente e induce alcune distinzioni di cui la prima quella fra "trasmissione" della vita umana e "natura" della vita personale.

Nel linguaggio comune, i termini "essere umano", "individuo umano", "persona umana" nonchè addirittura "vita umana" sono usati quasi come sinonimi. Mentre in effetti il solo concetto di "vita" è già molto complesso.

"Esseri umani" e non individui

Si deve pertanto riconoscere che esiste una "vita umana" istruita da un corredo genetico umano che manca però della stretta coordinazione funzionale propria della vita organismica, ossia che esistono "esseri umani" (i pre-embrioni) che tuttavia non sono ancora "individui umani". In questo periodo si possono ancora differenziare i gemelli, quindi il pre-embrione non è individuo, perchè non è indivisibile.

Per cui si deve riconoscere che i gameti e i pre-embrioni sono qualcosa di molto diverso dagli individui e dalle "persone" (che possiamo interpretare come individui reattivi) e che il processo vitale diventa gradualmente più complesso e avvicinato in un lungo divenire.

Quale è dunque l'inizio della vita umana?

Se rilevante è l'individuazione genetica, l'evento critico è la fecondazione completata però con la

singamia. Se rilevante è l'individualità somatica, la vita inizia 14 giorni dopo il concepimento. Se rilevante è una qualche reattività nervosa è lecito attendere oltre.

Quindi, ancora una volta la natura non dà indicazioni morali. Essa è indifferente alla nostra etica, la quale è pertanto assolutamente arbitra-

ria e meramente antropocentrica (come, nella stessa direzione, ma nel verso opposto, lo sono le religioni). Mettiamoci d'accordo una volta per tutte e su base utilitaristica evitando di spacciare per "Verità" delle semplici opinioni.

Giorgio Magnano

I QUESITI DI MAGNANO SONO DIFFICILI MA LE RISPOSTE IN FONDO SEMPLICI

L' *articolata ed acuta lettera del dr. Magnano si presta ad alcune interessanti considerazioni.*

In sintesi il dr. Magnano afferma:

1) *se la vita è, in sé, sacra, e sacro significa intangibile, allora la sperimentazione animale è moralmente inaccettabile: non si vede, infatti, perché possa essere allora considerata valida soltanto una morale antropocentrica; di più, anche l'alimentazione con carne animale (e financo con verdure) potrebbe essere considerato un atto cannibalico;*

2) *occorre pertanto che l'uomo, nello stabilire delle norme etiche, riconosca che si tratta pur sempre di norme arbitrarie e tese esclusivamente alla conservazione di se stesso;*

3) *la stessa "arbitrarietà della scelta" presiederebbe ai criteri cronobiologici utilizzati per fissare l'inizio della "sacra" persona umana nel decorso del processo generativo: questo inizio lo si fa partire dalla singamia, od anfimixi, o dall'inizio dello sviluppo embrionario, o dalla prima configurazione del sistema nervoso?*

La conclusione è: da un lato la nostra etica è "arbitraria ed antropocentrica", dall'altro la natura non dà indicazioni morali. Le indicazioni morali che l'uomo, ciò nonostante, è costretto a fornire non possono che seguire due indirizzi: quello utilitaristico e quello del consenso tra i

componenti del gruppo (con sistemi maggioritari)? Penso sia questo il senso della frase: "mettiamoci dunque d'accordo una volta per tutte e su base utilitaristica evitando di spacciare per delle semplici opinioni").

Le risposte a quanto sopra sono, a mio parere, molto semplici:

a) *- se la natura è "analogica" ("natura non facit saltus", la morale, pur non essendo matematica, è "digitale" (esige, cioè, un netto "cut-off point" tra ciò che è lecito e ciò che non lo è) cioè, dato che il dr. Magnano ha usato il termine verità, la morale è "una verità pratica";*

b) *- fa parte del diritto alla libertà di coscienza individuale, sancito, tra l'altro, dalla Costituzione, il ritenere sacro, perchè irripetibile, il genoma; tale opinione tradotta in morale diventa imperativa per la coscienza del suo possessore: "genoma è intangibile";*

c) *- è chiaro che, essendo impossibile non distruggere, se non altro a scopo alimentare, almeno qualche genoma vitale vegetale, occorre che l'uomo cristiano e liberamente pensante sia, appunto, libero di scegliere di non suicidarsi col digiuno assoluto; in questo caso, infatti, distruggerebbe la sua "sacra" persona;*

d) *- la morale cristiana ha, arbitrariamente a giudizio dei non cristiani, assolutizzato il valore del proprio simile ("rivoluzione agapica" di Anders*

Nygren): il cristiano bioeticamente aggiornato fa infatti coincidere il proprio simile con il genoma costituito (poco importa se in seguito ne derivino uno o due individui, come nel caso dei gemelli uniovulari);

e) - non si vede perché il cristiano laico, che accetta, cioè, la secolarizzazione nel senso proprio e quindi che la legge dello Stato, espres-

sione del consenso della maggioranza, possa contrastare con la sua opinione minoritaria, non debba darsi da fare, nella sua società civile, affinché la sua opinione (del tutto laica) non possa essere condivisa da una futura maggioranza, e pertanto ridiventare legge dello Stato.

Giandomenico Sacco

Il Medico stretto tra i bisogni e le risorse

Ho messo di proposito al centro la figura del Medico e non quella del paziente perchè in effetti il Medico si trova nella delicata funzione di mediatore tra domanda di bisogni e risorse utilizzabili. Infatti le cause del malessere che incombono sul pianeta sanità e in particolare sul rapporto Medico/paziente vanno ricercate nell'aumento della domanda dei bisogni e nell'eccessivo carico burocratico che affligge il Medico.

1. Il servizio sanitario nazionale cerca di addossare al Medico di Mmg la responsabilità della spesa e pertanto applica normative restrittive (note Cuf, registri Asl; doppia firma, controllo richiami, addebiti) che implicano un notevole carico di responsabilità civile, amministrativa e talvolta penale.

2. Il paziente è giustamente alla ricerca del benessere fisico, si sente un esperto, ma non è in grado di attuare l'autocura perchè incapace di fare delle giuste valutazioni. Di conseguenza i suoi bisogni aumentano e richiede con esigenza controlli diagnostici sempre più frequenti e raffinati anche su consiglio di colleghi specialisti consultati autonomamente (Rmn, Tac, etc.). Se non soddisfatto usa sempre più frequentemente, ad uso ricatto, l'arma della revoca (meccanismo perverso che consente di revocare il Mmg senza motivazioni).

3. Il Medico di Medicina generale assicura pre-

venzione, diagnosi e cura. Ha inoltre responsabilità di spesa e di filtro. Nella situazione attuale deve assumere una posizione difensiva per cercare di essere obiettivo e sopra le parti. Frequenta regolarmente corsi di aggiornamento obbligatori impegnando moltissime serate e prefestivi (sabati). Ha imparato a rifiutare la trascrizione e/o prescrizioni di comodo (e questo non va giù ai pazienti e a molti colleghi specialisti). Chi risente maggiormente di tutto ciò è il rapporto Medico/paziente che ha visto in questi ultimi anni un aumento della conflittualità. Si è passati da un rispetto/timore, forse esagerato, a considerare il Medico come a proprio uso e consumo. Se poi a tutto ciò si aggiungono fretta e diffidenza, la frittata è fatta.

La maggior parte di noi, Medici di medicina generale, è specialista (in branche diverse) ma abbiamo optato per la medicina olistica (dell'insieme) per una visione generale dell'ammalato, siamo sempre disponibili a discutere i vari percorsi diagnostici e/o terapeutici ma non accettiamo prevaricazioni.

Il Medico di medicina generale rifiuta due ruoli: 1 - essere usato come trascrittore, 2 - madre inesauribile (solo obblighi e doveri).

Luciano Lusardi

Vice-presidente Federazione associazioni territoriali Medici di medicina generale

DENTISTI NOTIZIE



CORSO PER I NEOLAUREATI IN ODONTOIATRIA

Pubblichiamo la comunicazione inviata a tutti i nuovi laureati in odontoiatria iscritti all'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Genova.

Cari colleghi, siamo lieti del vostro recente ingresso nell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Genova. La nostra professione comporta sacrifici, responsabilità, ansie e preoccupazioni. Siamo però orgogliosi di avere un ruolo importante per i nostri assistiti cui rispondere secondo scienza e coscienza. Tuttavia vi è il tentativo di far diventare la nostra, più che una professione un mestiere, equiparabile a quelle attività di impresa che ripongono nell'esasperata corsa al ribasso e nella concorrenza più o meno sleale le loro possibilità di sopravvivenza. Condizionati dalla pletora, oppressi dalla

burocrazia, rischiamo di diventare un vero e proprio tiro al bersaglio per i neolaureati, cui speriamo ne seguiranno altri monotematici per tutti.

In queste due serate potrete conoscere chi è stato eletto al governo dell'Ordine professionale e capire quali sono i problemi ordinistici più frequenti. Inoltre, contiamo di darvi alcune notizie pratiche sugli adempimenti degli studi professionali, sulle norme tariffarie e previdenziali. Tale corso non è obbligatorio, ma "caldamente consigliabile" in quanto riteniamo molto più utile una strategia di prevenzione che di repressione.

Al termine verrà rilasciato un attestato di frequenza.

Emilio Casabona

Presidente della commissione

Stefano Bovone

Segretario della commissione

Ecco le prossime date dei corsi "Master" per assistenti

Visto il successo dell'anno passato anche per il 2001 l'Andi Genova ha organizzato nuovi interessanti incontri per le assistenti. Ecco le prossime date: sabato 23 giugno: "Preparazione all'urgenza nello studio odontoiatrico", relatore Paolo Cremonesi; sabato 13 ottobre: "Consigli pratici per l'igiene e la sterilizzazione nell'ambiente odontoiatrico", relatori Mauro Cattaneo e Milko Zanini; sabato 24 novembre "Progetto prevenzione", relatore Giovanni Liuzzo e Paolo Patrucco. Per informazioni: segreteria dell'Andi, tel.010.581190.