



S O M M A R I O

Anno 9 - Numero 12 Dicembre 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 Gallo

Segretario: Prof. Giandomenico Sacco

Tesoriere: Dr. ssa Maria Clemens Barberis

Consiglieri

Dr. Enrico Bartolini

Prof. Dante Bassetti

Dr. Massimo Blondett

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: Arriva l'assistenza "locale"

CRONACA & ATTUALITA'

Pagina 4: "Lea", i tagli diventano legge

Pagina 28: Le insidie di peste e botulismo

LEGGI & REGOLE

Pagina 6: Rifiuti sanitari, nuove norme

Pagina 8: In porto due accordi integrati

PREVIDENZA & ASSISTENZA

Pagina 13: Integrazione alle pensioni Enpam

NORMATIVE FISCALI

Pagina 21: Irap, se non rimborsano...

I NOSTRI CONTI

Pagina 22: La lira va in pensione

CRONACA & ATTUALITA' Pag. 25/26/27

P. 18 INTERNET a cura di M. Blondett

P. 30 DENTISTI NOTIZIE a cura di M. Gaggero

Finito di stampare nel mese di dicembre 2001



**A tutti i lettori di "Genova Medica"
l'Ordine augura un Buon Natale e un
Nuovo Anno pieno di salute e felicità!**

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° 12 - Dicembre 2001 - Tiratura 8.000 copie - Autorizz. 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, 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

ARRIVA L'ASSISTENZA "LOCALE"

Uniformità e solidarietà garantite dai "livelli essenziali"

Dopo la conversione in legge del D.L. 347/01, meglio noto come decreto salva-spesa o finanziaria sanitaria del 2002, cambia l'assetto istituzionale di governo della "cosa sanitaria". Per la prima volta le Regioni, grazie anche al clima di devolution che investe non solo la sanità ma anche l'istruzione e l'ordine pubblico, saranno messe davanti alla responsabilità di spesa di ASL e ospedali e dovranno fare i conti con i livelli essenziali di assistenza che sono stati già definiti in un Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di prossima pubblicazione.

Pagine di quotidiani e di riviste accreditate parlano di questa nuova rivoluzione e danno ampio risalto ai prossimi cambiamenti che investiranno le Regioni che saranno chiamate, a breve, a gestire un servizio sanitario in prima persona.

E' indubbio che le nuove disposizioni assunte dal Governo Centrale in accordo con le Regioni relative alla determinazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) rappresentano anch'esse un punto di partenza importante verso una nuova autonomia gestionale su base regionale.

Il Ministro Sirchia, interpellato sull'argomento, ha espresso forti preoccupazioni ed ha pavento

il rischio che alcuni Regioni con una marcia in più, lascino indietro quelle meno organizzate; altri personaggi politici ed economisti hanno criticato la possibile nascita di 21 sistemi sanitari diversi tra loro, soprattutto nell'erogazione delle prestazioni ai cittadini.

Anche lo stesso Presidente della FNOMCeO, Dott. Del barone, a nome di tutti i medici italiani, si è dichiarato

contrario a questi cambiamenti in quanto "potrebbero portare a tanti sistemi sanitari su base regionale, ognuno dei quali in grado di garantire livelli qualitativi e quantitativi di assistenza rapportati

alle locali possibilità finanziarie, determinando così un processo che, di fatto, finirebbe per stravolgere i principi costituzionali a tutela della salute pubblica".

"Di fronte a questa decisione del Governo " – continua Del Barone – "è facile prevedere che i medici italiani potrebbero non condividere una scelta idonea a destabilizzare il concetto di uniformità delle prestazioni sanitarie, riaffermando la necessità di garantire alla collettività – da nord a sud del paese – gli stessi livelli di assistenza".

A questo punto mi preme sottolineare di non sentirmi tra quelli citati dal Dott. Del Barone poiché ritengo che le Regioni debbano decidere liberamente quali iniziative possono

**PERCHE' CHI SA ORGANIZZARSI
MEGLIO NON DOVREBBE
ESSERE IN GRADO DI FARE
PROPRIE SCELTE D'AVANGUARDIA?**

assumere in ragione delle proprie disponibilità finanziarie al fine di migliorare il servizio. Sino ad ora abbiamo assistito impotenti allo sfascio della sanità italiana perpetrata dai politici di turno che si sono prodigati ad emanare sempre nuove disposizioni, nella quasi totalità dei casi, vessatorie nei confronti degli operatori sanitari e dei cittadini-utenti, attraverso leggi, decreti e quant'altro senza tenere conto delle variegate realtà locali: infatti, questa sanità centralista non ha considerato assolutamente che esistono delle situazioni di difformità tra, ad esempio, la Lombardia e la

Campania.

E' mio auspicio che la classe politica regionale possa gestire, sotto questa nuova spinta federalista, un nuovo servizio sanitario alla portata del cittadino anche in considerazione delle nuove ricerche scientifiche e dell'aumento della vita media, assumendosi le responsabilità delle decisioni assunte.

Molta strada ancora ci attende prima di vedere dei risultati concreti ma la strada è ormai tracciata e spetta a noi renderla percorribile.

Sergio Castellaneta

ECM, un "minislittamento" (ma non si dice) per i crediti un piano articolato in cinque anni

“ ECM, la nebbia s'avvicina”, scrivevamo sul numero scorso. Adesso possiamo dire che la data del 1° gennaio è addirittura davanti al naso, ma non per questo le incertezze si sono diradate. L'unica cosa sicura, al momento - quando scriviamo queste note siamo intorno al 5-10 dicembre - è che non si è avuta alcuna comunicazione ufficiale al riguardo. E quindi andiamo con le solite indiscrezioni, anticipazioni e voci di corridoio (che ci sembra comunque interessante raccogliere, se non altro per dare un'idea dell'aria che tira). La data, intanto: sembra che al ministero non vogliano parlare di slittamento, perché rimarrebbe ferma la partenza al prossimo primo gennaio, ma il programma effettivo contemplerebbe solo eventi successivi al 1° aprile 2002 (se non è uno slittamento trovate voi un'altra definizione più gradita). Verrebbe confermata l'ottica quinquennale per accumulare almeno 150 crediti formativi, secondo

una cadenza di 10 nel 2002 per poi salire a 20, 30, 40 e 50 nei successivi quattro anni; almeno il 60% di questi crediti dovrà derivare dalle attività di formazione riferite agli obiettivi nazionali o regionali, mentre il restante 40% potrà essere maturato attraverso percorsi formativi autogestiti.

La formazione a distanza, per il momento, resterebbe accantonata, mentre per congressi e convegni all'estero tali eventi dovranno essere accreditati dalla corrispondente società scientifica, associazione od ordine professionale italiani coinvolti. La commissione nazionale per l'ECM comunque, a quanto si sa, nelle sue determinazioni farà riserva di modificare le indicazioni di base a seconda del piano sanitario nazionale per il triennio 2001-2003 (o quello successivo 2004-2006). Insomma, la telenovela continua e nessuno - secondo i migliori canoni della suspense - sa ancora come andrà a finire.

“LEA”, I TAGLI DIVENTANO LEGGE

Numerose prestazioni escono dalle garanzie fornite dal Ssn

Proprio mentre questa rivista viene “chiusa” in vista della stampa, dovrebbe uscire l’atteso decreto del presidente del Consiglio dei ministri che dovrebbe fissare, indicandoli negli allegati, i “livelli essenziali d’assistenza” ai quali ci si dovrebbe attenere su tutto il territorio italiano. In sostanza si tratterebbe di concretizzare in una legge l’accordo tra Stato e Regioni dell’agosto scorso, che già ha avuto un primo approdo nel decreto legge 347 del 18 settembre 2001. In attesa di avere sotto gli occhi la Gazzetta Ufficiale con il testo definitivo, diamo comun-

que qualche anticipazione, sulla scorta delle indicazioni dei più attendibili organi di stampa di questo settore (vedi “Il Sole - 24 Ore Sanità”), con l’avvertenza comunque che alcune voci, per quanto ci risulta, erano già escluse dalle prestazioni erogate in via generale dal Servizio sanitario nazionale.

Nei due elenchi che seguono abbiamo riassunto - sempre sulla base delle anticipazioni dell’ultima ora - le prestazioni che sarebbero totalmente escluse e quelle escluse solo parzialmente, in quanto erogabili solamente secondo specifiche indicazioni cliniche.

**CANCELLATO TUTTO
IL FILONE DELLE MEDICINE
ALTERNATIVE E DRASTIVAMENTE
RIDIMENSIONATO QUELLO
DELLA RIABILITAZIONE**

Le Prestazioni totalmente escluse

- ✓ Chirurgia estetica non conseguente a incidenti, malattie o malformazioni congenite;
- ✓ circoncisione rituale maschile;
- ✓ medicine non convenzionali (agopuntura - con l’eccezione delle indicazioni anestesiolgiche - fitoterapia, medicina antroposofica, medicina ayurvedica, omeopatia, chiropratica, osteopatia);
- ✓ vaccinazioni non obbligatorie in occasione di soggiorni all’estero;
- ✓ certificazioni mediche (escluse quelle richieste dalle scuole per la pratica non agonistica degli alunni . v. dpr 270 e 272/2000) non rispondenti a fini di tutela della salute, anche quando richiesta da disposizioni di legge (incluse le idoneità alla pratica sportiva, agonistica e non, all’impiego, idoneità al

servizio civile, idoneità all'affidamento e all'adozione, rilascio patente, porto d'armi ecc);

- ✓ prestazioni di medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale, esercizio assistito in acqua, idromassoterapia, ginnastica vascolare in acqua, diatermia a onde corte e microonde, agopuntura con moxa revulsivante, ipertermia Nas, massoterapia distrettuale riflessogena, pressoterapia o presso-depressoterapia intermittente, elettroterapia antalgica, ultrasuonoterapia, trazione scheletrica, ionoforesi, laserterapia antalgica, mesoterapia, fotoforesi terapeutica, fotochemioterapia extracorporea, fotoforesi extracorporea. Su disposizione regionale la laserterapia, l'elettroterapia antalgica, l'ultrasuonoterapia e la mesoterapia potranno essere incluse le prestazioni escluse solo parzialmente.

Le Prestazioni solo parzialmente escluse

- ✓ Assistenza odontoiatrica, limitatamente alle fasce di utenti e alle condizioni indicate al comma 5, art. 9 del decreto legislativo 502/92; densitometria ossea, limitatamente alle condizioni per le quali vi sono evidenze di efficacia clinica;
- ✓ medicina fisica e riabilitativa ambulatoriale: l'erogazione delle prestazioni ricomprese nella branca è condizionata alla sussistenza di taluni presupposti (quali la presenza di quadri patologici definiti, l'età degli assistiti, un congruo intervallo di tempo rispetto alla precedente erogazione, ecc.) ovvero a specifiche modalità di erogazione (es. durata minima della prestazione, non associazione con altre prestazioni definite, ecc);
- ✓ chirurgia refrattiva con laser a eccimeri (erogabile limitatamente a casi particolari di pazienti con anisometropia grave o che non possono portare lenti a contatto od occhiali).

Le disposizioni sui “lea” indicano poi una serie di prestazioni che sono sicuramente incluse nei livelli d'assistenza erogabili dal Ssn, ma presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato, o per i quali occorre comunque individuare modalità più appropriate di erogazione (ad esempio, per essere chiari, prestazioni che andrebbero trasferite dal regime di ricovero a quello ambulatoriale). Si tratta di 43 drg “ad alto

rischio di inappropriatazza” se erogati in regime di degenza ordinaria, e per essi, sulla base delle rilevazioni regionali, dovrà essere indicato un valore percentuale o soglia di ammissibilità. Nell'elenco figurano tra l'altro gli interventi sul cristallino (252 mila ricoveri nel '99), l'esofagite e altre malattie del digerente senza complicazioni (211 mila ricoveri) e le affezioni mediche del dorso (158 mila ricoveri).

RIFIUTI SANITARI, NUOVE NORME

Possono essere smaltiti con meno difficoltà se sterilizzati

Sulla Gazzetta Ufficiale del 17 novembre scorso, n. 268, è stata pubblicata la legge n. 405, del 16 novembre, che ha convertito il decreto legge 347 intitolato "Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria". Del contenuto di queste disposizioni legislative abbiamo già parlato (vedi il nostro articolo "Alla ricerca di nuove economie" sul n. 10 di "Genova Medica"), ma allora si trattava ancora di decreto legge; in sede di conversione in legge è stata introdotta qualche modifica, che val la pena di evidenziare. Lo facciamo sulla scorta

di una circolare che la Federazione degli Ordini ha diffuso al proposito, ed il cui testo quindi seguiamo come traccia. Il presidente Del Barone evidenzia che "il Senato ha approvato una nuova disposizione che detta una nuova normativa relativamente alla materia di smaltimento dei rifiuti sanitari e dei rifiuti speciali. Con tale norma, contenuta nel comma 1/bis dell'art. 2, si consente alle aziende sanitarie di smaltire i rifiuti sanitari pericolosi attraverso procedimenti di disinfezione che assicuri un abbattimento della carica batterica non inferiore al 99,99 per cento; mentre per i rifiuti sanitari speciali non tossico nocivi è prevista la loro assimilazione ai rifiuti urbani dopo un procedimento di disinfezione

non inferiore alle 72 ore, o sottoposti ad un processo di sterilizzazione".

"Sempre all'art. 2 della legge è stato inserito un nuovo comma - 5 bis - che proroga a far data dal 1° febbraio 2002 la disposizione, contenuta al comma 3 dell'art. 15 bis del decreto legislativo 502/1992 e successive modificazioni, concernente la soppressione

dei rapporti di lavoro a tempo definito per la dirigenza sanitaria.

"La modifica apportata dall'art. 3 del decreto legge 347/2001 si sostanzia nella soppressione del punto 5, che prevedeva " gli effetti finanziari positivi

o negativi derivanti dall'entrata in vigore delle leggi o dei provvedimenti regionali adottati ai sensi del presente decreto sono acquisiti o ricadono sui bilanci delle singole regioni".

"Una disposizione di rilievo - è ancora la circolare Fnomceo che lo rileva - è stata introdotta nel contesto dell'art. 4 (Accertamento e copertura dei disavanzi) che prevede al comma 3 bis la possibilità per le regioni di disporre, limitatamente al 2002 e in deroga alle leggi vigenti, una maggiorazione dell'aliquota addizionale regionale sull'Irpef, nonché di determinare i tributi regionali previsti dall'art. 23 del decreto legislativo 504/92 (tributi riferiti alla tassa automobilistica regionale, sopratassa annuale regionale e tassa

**LA LEGGE 405
INTERVIENE ANCHE
SUI RAPPORTI DI LAVORO
A TEMPO DEFINITO
PER LA DIRIGENZA SANITARIA**

speciale regionale). Qualora le regioni disponessero una maggiorazione dell'Irap sul reddito delle persone fisiche superiore allo 0,5, la stessa dovrà essere determinata con legge regionale.

“L'art. 8 della legge 405/2001 ha poi soppresso la norma contenuta nella lettera a) del decreto legge n. 347, secondo cui le regioni potevano disporre che nel proprio territorio le categorie di medicinali che richiedono un controllo ricorrente del paziente siano erogate agli assistiti dalle Asl direttamente tramite le

proprie strutture aziendali; adesso la legge dispone che il paziente possa rifornirsi di tali categorie di medicinali presso le farmacie convenzionate, pubbliche e private.

“Infine – conclude la nota Fnomceo – nel corso della conversione in legge del decreto in esame è stato introdotto l'art. 9/bis, secondo cui i medicinali non soggetti a ricetta medica, immessi sul mercato a partire dal 1° marzo 2002 e recanti un apposito “bollino” di riconoscimento, potranno essere liberamente venduti in farmacia.



Amal

Associazione Scientifica
per la Ricerca e lo Sviluppo della
Medicina Tradizionale Cinese
e delle Bioterapie

ORGANIZZA A GENOVA IL CORSO QUADRIENNALE DI

AGOPUNTURA

Riservato a laureati in Medicina e Chirurgia, Odontoiatria e Veterinaria

Ciascun anno si articola in 6 seminari (un week-end al mese) per un totale di **90 ore di lezione**. Il quarto anno sarà di approfondimento e particolare attenzione sarà dedicata alla pratica manuale. La Scuola, facente parte della **F.I.S.A. (Federazione Italiana Scuole Agopuntura)** si avvale per l'insegnamento di un corpo docenti tra i più qualificati ed esperti nella Medicina Tradizionale Cinese in Italia e all'Estero.

La Scuola è gemellata con l'Università di Shanghai ed altre Università Cinesi, per cui i partecipanti al Corso che lo desiderano possono usufruire di un ulteriore approfondimento pratico della durata di tre settimane in Cina.

Il passaggio da un anno di Corso al successivo è subordinato al superamento di un esame scritto e di un colloquio.

Al termine del quarto anno, dopo compilazione e discussione di una tesi, **verrà rilasciato il diploma di medico Agopuntore riconosciuto dalla F.I.S.A.** Il programma è svolto secondo le indicazioni delle principali Facoltà di Medicina Tradizionale Cinese e della FISA, aderendo alle direttive della Comunità Europea.

IL 1° ANNO DEL CORSO AVRÀ INIZIO IL 26 GENNAIO 2002

A completamento di ogni anno si terranno seminari su aspetti paralleli alla M.T.C. che permetteranno agli allievi di approfondire anche altri argomenti legati al mondo della medicina non convenzionale.

Parte integrante del Corso sarà il Congresso Nazionale di Agopuntura che L'AMAL organizzerà come ogni anno e che prevede la partecipazione dei più importanti rappresentanti dell'Agopuntura in Italia ed in altre nazioni europee, fornendo così un panorama assai ampio sull'Agopuntura in Occidente.

RICHIESTO ACCREDITAMENTO E.C.M.

Per ulteriori informazioni: AMAL Via David Chiossone 6/1 - 16123 Genova
Tel: 010/2471760 - 010/2471820 (ore 9.30 – 13.00). e-mail: amalnato@libero.it

IN PORTO DUE ACCORDI INTEGRATIVI

Pubblichiamo il contenuto testuale delle intese raggiunte in Regione

Sono stati firmati poche settimane fa in Regione gli accordi integrativi per i pediatri e per i responsabili di branca. Il testo delle intese è stato sottoscritto dalle parti interessate, e l'iter perchè esso diventi un documento ufficiale deve essere completato con la delibera di approvazione da parte del consiglio regionale. Poichè in genere si tratta di un atto formale, che non contempla riscritture del testo, riteniamo, opportuno pubblicare il contenuto testuale delle intese raggiunte. Dovrebbe essere sul traguardo anche l'accordo regionale per i Medici di medicina generale, che tuttavia, per quello che si sa, richiedeva ancora qualche perfezionamento per quanto riguarda gli aspetti deontologici ed ordinistici. Appena sarà messo a punto definitivamente pubblicheremo anche il testo di questo accordo.

L'INTESA PER I PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

Premesso che il Dpr 28 luglio 2000 n.272, "Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta, ai sensi dell'articolo 8 del decreto legislativo, n. 502/92, come modificato dai decreti legislativi n.517/93 e n.229/99" sottolinea il ruolo svolto dalle regioni nel generale contesto di riorganizzazione del Ssn e di valorizzazione e responsabilizzazione della figura del pediatra di famiglia; considerato che lo stesso Dpr affida alle Regioni ampi ed esclusivi spazi di contrattazione, attraverso la possibilità di promuovere e stipulare appositi accordi integrativi; dato atto che sono in corso le trattative tra i rappresentanti di parte pubblica ed i rappresentanti della Federazione Italiana Medici pediatri, avviate in seno al Comitato Regionale Permanente ex articolo 12 Dpr 272/2000 per la definizione degli accordi

regionali; preso atto delle difficoltà che da tempo si riscontrano in ambito regionale nell'assicurare la piena attuazione del diritto all'assistenza pediatrica e la libera scelta degli assistiti negli elenchi dei pediatri, e ritenuto opportuno sperimentare nuove modalità per la determinazione dell'apporto ottimale ed il graduale inserimento di nuovi pediatri convenzionati con il Servizio sanitario regionale, in deroga alla disciplina prevista a livello nazionale dall'articolo 17 del Dpr 272/2000;

considerata altresì la necessità di procedere ad una immediata valorizzazione dell'attività dei Medici pediatri nell'ambito delle attività e prestazioni dirette a migliorare l'integrazione tra interventi sanitari e sociali di cui all'articolo 49 del Dpr 272/2000 ed in particolare per quanto riguarda gli istituti dei *bilanci di salute*, che consentono il controllo dello svilup-

po fisico, psichico e sensoriale del minore, la ricerca di fattori di rischio e l'individuazione precoce di problematiche socio-sanitarie e del *libretto sanitario pediatrico*;

ritenuto opportuno nelle more della definizione dei contenuti e della stipula dell'accordo regionale, procedere alla sottoscrizione di un documento preliminare, relativo ai criteri di calcolo per la determinazione delle zone carenti e per il riconoscimento di un compenso a fronte della realizzazione dei bilanci di salute e della compilazione del libretto pediatrico;

tra la Regione Liguria, in persona dell'Assessore alla Sanità, le Aziende Asl della Liguria, in persona dei direttori generali,

la Federazione Regionale dei Medici Specialisti Pediatri di libera Scelta (Fimp), si concorda quanto segue.

Articolo 1

Rapporto ottimale

Ai sensi del comma 7 dell' articolo 17 Dpr 272/2000, per ciascun Comune o altro ambito territoriale definito ai sensi del comma 3, deve essere inserito un pediatra per ogni 600 residenti o frazione superiore a 300 di età compresa tra 0 e 6 anni.

In particolari situazioni locali, dopo che l'Azienda ha valutato l'opportunità di ricorrere alle misure già previste dall'Acn (scelta in deroga territoriale, aumento temporaneo del



L'ACCORDO PER I RESPONSABILI DI BRANCA

Premesso che l'art.16 comma 13 dell'accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i Medici specialisti ambulatoriali reso esecutivo con il Dpr 271 del 28 luglio 2000 stabilisce che:

- per ciascun servizio specialistico al quale sia adetta una pluralità di Medici convenzionati, gli specialisti titolari di incarico in ciascuna branca in servizio presso l'azienda individuano tra loro, previo assenso dell'interessato, un responsabile di branca;
- le funzioni ed i compiti del responsabile di branca sono individuati mediante accordi regionali con le organizzazioni sindacali di cui all'art.20, comma 11, prevedendo anche appositi compensi;
- la Regione Liguria, rappresentata dall'assessore regionale alla Sanità, prof. Piero Micossi, i direttori generali delle aziende sanitarie

locali e il Sumai - Sindacato unico medicina specialistica ambulatoriale - presso la sede dell'assessorato alla sanità alla Regione Liguria concordano di attuare quanto previsto dall'accordo nazionale in merito all'individuazione delle funzioni e dei compiti da attribuire al responsabile di branca e alla definizione del relativo compenso con le modalità di seguito indicate.

FUNZIONI E COMPITI DEL RESPONSABILE DI BRANCA

Il responsabile di branca svolge le funzioni di referente tecnico nei confronti del direttore del distretto o degli altri sanitari responsabili delle attività specialistiche ambulatoriali erogate nei presidi dove operano specialisti convenzionati.

Fermo restando l'autonomia professionale dei



massimale e variazione dell'ambito territoriale) per garantire il diritto all'assistenza pediatrica ed alla libera scelta, si attua il seguente calcolo:

Totale dei residenti 0 - 6 anni, assommato al totale dei pazienti 7 - 14 anni in carico ai pediatri, detratto il totale dei massimali dei pediatri. I suddetti dati devono risultare alla data del 31 dicembre dell'anno precedente.

Le Asl si impegnano, una volta proceduto alla copertura delle zone carenti derivanti dalla deroga regionale al calcolo del rapporto ottimale, a sollecitare gli assistiti che non hanno operato la scelta del Medico ad effettuare la stessa entro un periodo massimo di tre mesi, trascorso tale periodo il comitato regionale valuterà i risultati.

Dal totale dei massimali dei pediatri verranno detratti i massimali di coloro che termineranno il rapporto convenzionale con Ssn entro 12 mesi dall'applicazione del suddetto calcolo

per la determinazione delle zone carenti. Se il risultato ottenuto dal calcolo previsto dal comma tre, considerando i commi 4, 5 e 6 è positivo, si inserisce un pediatra ogni 800 bambini o frazione superiore a 400.

Perdurando effettive e comprovate difficoltà a garantire l'assistenza, come correttivo del calcolo precedente, si devono considerare i massimali dei pediatri a 800 (tetto massimo) esclusi coloro i quali avevano acquisito il diritto a 1.000 scelte ai sensi dell'art.23 comma 2 Dpr 272/2000; perdurando le difficoltà suddette il massimale a 800 per tutti i convenzionati.

Il pediatra al quale viene assegnata la zona carente individuata ai sensi dei commi precedenti è tenuto ad aprire l'ambulatorio nella circoscrizione, zona sociale o comune nel cui ambito la carenza è risultata maggiore.

Per i pediatri ai quali è stata effettuata la deroga al massimale, il comitato aziendale

singoli specialisti, il responsabile di branca concorda con il competente dirigente sanitario dell'azienda, obiettivi di risultato, li trasferisce agli specialisti di branca e verifica il raggiungimento dei risultati attesi, riferendone al dirigente sanitario responsabile delle attività specialistiche dell'azienda.

Il responsabile di branca può essere sentito dall'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali per le problematiche concernenti la relativa specialità compresi gli aspetti erogativi delle prestazioni.

Lo specialista convenzionato, membro di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali cura un costante rapporto con i responsabili di branca al fine di assicurare all'Ufficio stesso una corretta informazione sull'andamento erogativo delle specialità assi-

curate a livello territoriale e sulla sussistenza di eventuali problematiche assistenziali.

In particolare il responsabile di branca collabora, anche mediante proposte e pareri, con la dirigenza medica responsabile del servizio al fine di:

1. assicurare un'offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali adeguata alla domanda avanzata dai cittadini;
2. affrontare e risolvere, nell'ambito delle risorse disponibili, i problemi operativi concernenti la branca specialistica;
3. garantire il supporto tecnico - professionale alle iniziative distrettuali ed aziendali che comportano il coinvolgimento della specialistica ambulatoriale;
4. organizzare l'erogazione delle prestazioni in modo da facilitare l'accesso da parte dei

valuterà le modalità di rientro nel caso di assegnazione di una zona carente. Nel rientro dal massimale in deroga andrà garantito, nell'ambito del Comune o di altra zona individuata dall'azienda, la possibilità di scelta di nuovi nati con la contestuale ricasazione di un assistito di età superiore ad anni tredici.

L'applicazione del presente accordo avrà una durata sperimentale di mesi 6, al termine dei quali il comitato regionale permanente ne valuterà i risultati e le eventuali modifiche ritenute opportune.

Articolo 2

Prestazioni aggiuntive e attività aggiuntive ex articolo 49 Dpr 272/2000

Il libretto sanitario pediatrico, secondo il modello istituito e definito con l'accordo integrativo regionale attuativo dei Dpr 613/96, approvato con delibera della giunta regionale

cittadini ivi compreso il piano ferie e la formazione continua;

5. organizzare ed assicurare l'assistenza specialistica domiciliare ed ambulatoriale, anche nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata (Adi);

6. organizzare ed assicurare l'attività specialistica ambulatoriale nelle strutture residenziali e semiresidenziali, nelle strutture di ricovero non dedicate ai malati in fase acuta e negli hospice.

Inoltre il responsabile di branca può avanzare proposte ai dirigenti sanitari responsabili della gestione dei servizi per:

a) l'organizzazione di un sistema corretto di informazione su disponibilità e modalità di accesso alle attività specialistiche ambulatoriali a favore dei cittadini compresi modelli di

2336 dell'11 novembre 1998, è conservato a cura dei legali rappresentanti del bambino, ai quali deve essere consegnato da personale dell'Azienda Asl al momento della iscrizione al Ssn e della scelta del pediatra.

Le diciture "bilanci di salute" e "visite filtro" riportate nell'allegato L al Dpr 272/2000, si riferiscono entrambe alle prestazioni di cui all'articolo 49 comma 1 lettera c).

Tali prestazioni, concordate con l'Amministrazione regionale su basi di efficacia scientifica rientranti nei compiti del pediatra retribuiti a quota variabile, si definiscono come visite ambulatoriali eseguibili in età pre-stabilita, il cui obiettivo rimane la prevenzione secondaria, attraverso il precoce riconoscimento delle patologie dell'accrescimento psico-somatico, neuro-sensoriale anche mediante l'individuazione di casi a particolare rischio di disagio socio-familiare, al di fuori della patologia acuta che rientra tra i compiti



comunicazione efficaci;

b) l'innovazione tecnologica delle dotazioni strumentali necessarie allo svolgimento delle attività specialistiche ambulatoriali;

c) la stesura di programmi aziendali concernenti la formazione continua degli specialisti ambulatoriali in modo da assicurare la corrispondenza dell'aggiornamento professionale e della formazione permanente alle necessità evidenziate a livello territoriale attraverso l'analisi della domanda di prestazioni specialistiche ambulatoriali avanzata dalla utenza.

COMPENSI

Ciascuna Asl, nell'ambito di accordi aziendali, individua le modalità e le entità per la corresponsione dei compensi spettanti al responsabile di branca per lo svolgimento dei compiti previsti dal presente accordo regionale.

del pediatra retribuiti a quota fissa. Ulteriore obiettivo collegato ai bilanci di salute è la prevenzione primaria, in quanto le visite

IL CALENDARIO DELLE VISITE FILTRO

Viene concordato il seguente calendario di visite filtro:

- 1° visita dal 16° al 45° giorno dalla nascita
- 2° visita dal 61° al 90° giorno dalla nascita
- 3° visita dai 4 ai 6 mesi compiuti
- 4° visita dai 7 ai 9 mesi compiuti
- 5° visita dai 10 ai 12 mesi compiuti
- 6° visita dai 15 ai 18 mesi compiuti
- 7° visita dai 24 ai 36 mesi compiuti
- 8° visita dai 5 ai 6 anni compiuti
- 9° visita dai 7 ai 9 anni compiuti
- 10° visita dagli 11 ai 13 anni compiuti.

di controllo costituiscono per il pediatra che le esegue un'occasione di interventi inerenti l'alimentazione, la vaccinazione, la prevenzione degli incidenti e le norme igieniche generali. Il pediatra è tenuto ad annotare sul libretto i bilanci di salute effettuati.

Ai sensi dell'art.49 comma 1 lettera D del Dpr 272/2000 per la compilazione del libretto sanitario pediatrico e per la realizzazione dei bilanci di salute (con esclusione della 1ª visita che ai sensi dell'art. 29 comma 3 lettera E del Dpr 272/2000 è considerata tra i compiti del pediatra remunerati a quota fissa) sarà corrisposta, a far data dal primo gennaio 2001, una maggiorazione della quota fissa e capitolaria corrisposta per ciascun assistito in carico di L.32.000 annue lorde.

ZONE CARENTI DI ASSISTENZA PEDIATRICA

Ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dall'art.18 comma 1 dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici pediatri di libera scelta, si comunicano le zone carenti di assistenza pediatrica individuate dalle Asl della Regione Liguria.

Asl	Zone carenti	Pediatrati da inserire
1	1 Valle Arroscia e Imperia* (Ambito 3) 1 Comune di Imperia (Ambito 3)	2
3	1 Comune di Genova Circoscrizione I - Centro est 1 Comune di Genova Circoscrizione V - Valpolcevera 1 Comune di Genova Circoscrizione IX - Levante	3
4	1 Comune di Sestri Levante (Ambito 2) 1 Comune di Chiavari (Ambito 2)	2
5	1 Comune di La Spezia (Ambito 1 Spezzino) 1 Comune di Ameglia (Ambito 2 Val Magra)	2

Gli aspiranti agli incarichi, dovranno, entro 30 giorni dalla pubblicazione del presente elenco (5/12/01), presentare o spedire a mezzo raccomandata separate domande all'indirizzo dell'Asl (U.O. Assistenza Sanitaria di Base specialistica) competente: Asl 1 - Imperiese, viale Matteotti 90 - 18100 Imperia; Asl 2 Savonese, via Manzoni 14 - 17100 Savona; Asl 3 Genovese, via G. Maggio 3 - 16147 Genova; Asl 4 Chiavarese, via G.B. Ghio 9 - 16043 Chiavari (Ge); Asl 5, via Fazio 30 - 19121 La Spezia.

*Con vincolo di garantire assistenza ambulatoriale nella Valle Arroscia per almeno 3 gg. alla settimana).

INTEGRAZIONE ALLE PENSIONI ENPAM

Spettano trecentomila lire annue, ma solo per i redditi più bassi

Per chi ha pensioni molto basse è in arrivo un'integrazione di 300 mila lire. Questo è quanto prevede una legge, e precisamente la legge finanziaria (quella approvata l'anno scorso per il 2001, non quella di quest'anno, ovviamente ancora da approvare). Ma non è detto che l'integrazione arrivi nei tempi dovuti: ci sono stati infatti i soliti intoppi burocratici, che potrebbero aver causato qualche ritardo. Lo spiega dettagliatamente una nota che il presidente dell'Enpam, Eolo Parodi, ha inviato a tutti i presidenti degli Ordini. Nel riportarla quasi testualmente, preghiamo i colleghi di considerare che, in questa materia piuttosto ostica, il "burocratese" purtroppo è una complicazione inevitabile.

“ Il comma 7 dell'articolo 70 della legge 23 dicembre 2000, n. 388 (Finanziaria 2001) - esordisce il presidente dell'Enpam Parodi - ha previsto, a partire dal 2001, la corresponsione di un importo aggiuntivo, pari a lire 300. 000 annue, a favore dei soggetti titolari di pensioni il cui importo complessivo annuo non superi il trattamento minimo

**DUE LIMITI DA RISPETTARE
PER AVER DIRITTO AL BENEFICIO.
RITARDI BUROCRATICI
HANNO IMPOSTO QUALCHE
"ARTIFICIO" DI CALCOLO**

del Fondo pensioni lavoratori dipendenti dell'Inps. Tale importo aggiuntivo non costituisce reddito né ai fini fiscali né ai fini della corresponsione di prestazioni previdenziali ed assistenziali.

Le pensioni interessate dal possibile aumento non sono soltanto quelle a carico dell'assicurazione generale obbligatoria (Inps, Inpdap, Ipsema, ecc.) e delle forme sostitutive, esclusive ed esonerative della medesima, ma anche

quelle corrisposte dalle forme pensionistiche obbligatorie gestite dagli enti di cui al decreto legislativo 30 giugno 1994, n. 509, e successive modificazioni (e cioè dagli enti previdenziali privati dei liberi professionisti, fra cui anche la Fondazione Enpam).

“Per avere diritto al pagamento dell'importo in parola, il pensionato, oltre ad avere un reddito da pensione non superiore al minimo

Inps (pari per l'anno 2001 a L. 9.605.700=), deve rispettare anche un ulteriore tetto reddituale. Per la precisione:

“1. - i redditi annui assoggettabili ad Irpef comunque conseguiti dal pensionato non debbono superare un limite pari ad una volta e mezza la pensione minima (per il 2001, questo limite è pari a L. 14.408.550=);

“2.- se il pensionato è coniugato, oltre al rispetto del limite di cui al punto 1, occorre



anche che la somma dei redditi annui lordi del pensionato e del coniuge non superi di tre volte la pensione minima Inps (per il 2001, questo ulteriore limite è pari a L.28.817.100=). Si fa presente quindi che, se il pensionato coniugato ha un reddito individuale superiore a L.14.408.550=, resta comunque escluso dal beneficio, anche se il reddito complessivo non supera il limite di L.28.817.100=.) Il requisito reddituale di L.28.817.100= non è richiesto al pensionato legalmente ed effettivamente separato.

AGGIUNTA "PARZIALE"

"Il comma 8 dell'art. 70 sopra citato - continua il presidente Enpam - prevede che, nei confronti dei soggetti che soddisfano le condizioni appena esposte e per i quali l'importo complessivo annuo dei trattamenti pensionisti-

ci risulti superiore al minimo Inps (pari per il 2001 a L. 9.605.700=), ma inferiore a detto minimo aumentato di 300.000 lire (cioè L.9.905.700= complessive), l'importo aggiuntivo venga corrisposto fino a concorrenza di L.9.905.700=.

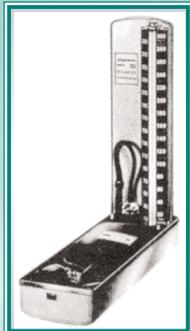
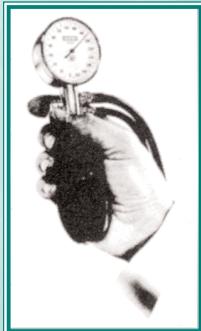
IL CASELLARIO CENTRALE

Il comma 9 prevede che *"qualora i soggetti di cui al comma 7 non risultino beneficiari di prestazioni presso l'Inps, il casellario centrale dei pensionati, istituito con decreto del Presidente della Repubblica 31/12/1971, n.1388, e successive modificazioni, provvede ad individuare l'ente incaricato dell'erogazione dell'importo aggiuntivo di cui al comma 7, che provvede negli stessi termini e con le medesime modalità indicati nello stesso comma"*.

"Ci si attendeva che il casellario centrale dei pensionati svolgesse per tutti gli enti coinvolti i necessari accertamenti reddituali sui possibili aventi diritto, trasmettendo quindi a ciascun ente un elenco nominativo dei beneficiari, accompagnato dall'importo del trattamento aggiuntivo spettante a ciascuno di essi.

COMUNICAZIONI IN RITARDO

"Tale comunicazione sarebbe dovuta pervenire in tempo utile per garantire, come previsto dalla legge, il pagamento dell'importo aggiuntivo in sede di erogazione della tredicesima mensilità, ovvero, come nel caso dell'Enpam, dell'ultima mensilità corrisposta nell'anno. Al contrario, il casellario ha indirizzato agli enti erogatori di trattamenti pensionistici una nota contenente soltanto alcune indicazioni circa l'individuazione del pensionato teoricamente rientranti fra gli aventi diritto, ricavabili dalle proprie precedenti comunicazioni, ma demandando agli enti medesimi



SFIGMOMANOMETRI, PERFECT-ANEROID
ERKAMETER-SIMPLEX, FONENDOSCOPI

SA.GE. SA.GE.

SANITARIA GENOVESE

Via Vito Vitale, 26 - Genova Tel.

ogni indagine circa il rispetto degli ulteriori requisiti reddituali previsti dalla legge. Tale comunicazione è stata tra l'altro inviata soltanto il 23 ottobre scorso, e quindi in notevole ritardo per i necessari accertamenti, considerato che l'Enpam porrà in pagamento l'ultimo rateo dell'anno con valuta dal prossimo 3 dicembre, e che le operazioni di inserimento dei dati relativi a tale erogazione, per i necessari tempi tecnici di elaborazione e trasmissione all'Istituto cassiere, si sono conclusi il 16 novembre.

DATI INCROCIATI

L'ente, pertanto - spiega ancora la circolare Enpam - prescindendo da ogni ulteriore valutazione, ha ritenuto di doversi servire dei dati già in suo possesso, incrociando fra loro le informazioni sui redditi da pensione fornite dal casellario ed i dati reddituali presuntivi forniti per l'anno 2001

dai pensionati che hanno richiesto all'Enpam l'integrazione al minimo Inps della loro pensione. Ciò nella convinzione di poter in tal modo individuare la quasi totalità degli aventi diritto, in quanto per l'integrazione della pensione al minimo Inps i limiti reddituali previsti sono superiori rispetto a quelli richiesti per il pagamento dell'importo aggiuntivo di 300.000 lire. Nel cedolino della pensione di dicembre 2001, per i soggetti interessati verrà riportato l'importo del trattamento aggiuntivo erogato (L. 300.000 ovvero la minor cifra dovuta).

"Credo opportuno precisare - dice Parodi - che la maggiorazione in parola viene erogata ai

beneficiari a titolo provvisorio; infatti, dopo la verifica del requisito reddituale del titolare e del coniuge, che verrà effettuata nel secondo semestre del 2002 (successivamente alla dichiarazione dei redditi relativa all'anno 2001), qualora tali redditi risultino superiori ai limiti fissati, l'importo del trattamento aggiuntivo verrà trattenuto in un'unica soluzione con il rateo di pensione immediatamente seguente alla verifica effettuata dagli uffici.

L'ISTANZA DEGLI ESCLUSI

"Considerato il ritardo con cui sono pervenute le indicazioni da parte del casellario faccio presente che eventuali ulteriori aventi diritto alla erogazione del trattamento aggiuntivo

referito all'anno 2001, i quali non abbiano per il medesimo anno già presentato domanda di integrazione al trattamento minimo dovranno produrre, entro e non oltre il 31 marzo 2002, un'apposita istanza in

tal senso, corredandola dei dati reddituali propri e del coniuge ed indirizzandola a Fondazione Enpam - Servizio prestazioni del Fondo generale ufficio liquidazioni trattamenti integrati al minimo Inps - Via Torino, n.38 - 00184 Roma. L'ente in presenza dei requisiti prescritti, provvederà all'erogazione dell'importo dovuto con il primo rateo utile.

L'ARRIVO DELL'EURO

La lunga lettera-circolare del presidente dell'Enpam dedica poi un pò d'attenzione al passaggio dalla lira all'euro per avvertire che anche la Fondazione Enpam, come la maggior parte degli enti previdenziali, tra la fine

**L'EROGAZIONE VIENE
COMUNQUE EFFETTUATA
A TITOLO PROVVISORIO:
NEL SECONDO SEMESTRE 2002
VERRÀ ISTITUITA UNA VERIFICA**

del 2001 e l'inizio 2002 procederà alla trasformazione dei propri archivi ed alla conversione delle procedure informatiche per renderli compatibili con la nuova valuta.

Per questo motivo, a partire dal prossimo 17 dicembre e fino al 12 gennaio 2002 compreso, sarà sospeso il collegamento informatico con gli Ordini provinciali e non saranno disponibili le procedure per la consultazione delle posizioni contributive e l'erogazione di ipotesi di trattamenti previdenziali.

Tutti gli uffici dell'ente, ivi compreso l'ufficio accoglienza e relazioni con il pubblico, nel periodo sopraindicato, potranno pertanto fornire esclusivamente informazioni di carattere generale.

“Comunque - conclude Parodi - trattamenti previdenziali erogati dalla Fondazione dal 1° gennaio 2002 in poi, compreso il rateo pensionistico di gennaio 2002 (avente valuta dal giorno 4 dello stesso mese) saranno liquidati in euro, secondo le disposizioni di legge”.

Per ciascun rapporto di lavoro compatibile spetta al medico il compenso aggiuntivo

I Medici che hanno un doppio rapporto di lavoro “compatibile” hanno diritto, per ciascuno di essi, a percepire per intero il compenso aggiuntivo, senza subire limitazioni del tetto orario o limitazioni del massimale individuale, previsto per il Medico con un unico rapporto. In passato accadeva spesso che le Aziende sanitarie “svincolassero” di fronte a tali richieste, sostenendo che il compenso aggiuntivo non spetta a coloro che, comunque e a qualsiasi titolo, già usufruiscono di meccanismi automatici di adeguamenti dei compensi al costo della vita. E invece non è vero: in pochi mesi, infatti, sia attraverso una circolare ministeriale sia con una sentenza del tribunale di Bergamo è stato chiarito che il compenso aggiuntivo spetta per ciascun rapporto di lavoro.

I fatti che hanno portato alla sentenza del tribunale di Bergamo sono stati originati da due Medici che rivestivano sia l'incarico di Medici dipendenti della Asl che di Medici convenzionati. In questa veste chiesero la corresponsione del doppio compenso aggiuntivo, e al rifiuto dell'azienda sanitaria si rivolsero alla magistratura. Il tribunale di Bergamo ha

accolto il ricorso, disponendo il pagamento di quanto richiesto (nel caso concreto erano circa 27 milioni per ciascuno), considerando che il compenso aggiuntivo “non solo ha mutato la denominazione rispetto al precedente compenso per variazione degli indici del costo della vita, ma ha mutato anche natura e finalità, divenendo una voce generalizzata del compenso dei Medici iscritti negli elenchi dei Medici convenzionati”.

Concetto pressappoco analogo è contenuto in una circolare inviata dall'ufficio legislativo del ministero della Salute in risposta ad un quesito proposto dalla Sanità militare (circolare n. 100.1/Que 3-558/2648). In essa, oltre a ricordare la sentenza di Bergamo, di cui abbiamo parlato sopra, vengono citate una ordinanza ed una sentenza della Cassazione (la n. 516 e n. 517 del 2000) le quali “hanno dichiarato illegittimo il divieto generalizzato di cumulo di indennità di contingenza”; per cui la corresponsione del doppio compenso aggiuntivo è legittima ed i Medici che svolgono più rapporti, tra loro compatibili, hanno diritto a percepire l'intero compenso aggiuntivo per ogni lavoro svolto.

NAVIGANDO IN INTERNET

A cura di Massimo Blondett



UN CENSIMENTO SUI MEDICI SPECIALISTI

Il territorio è davvero importante! Se si riuscisse a far lavorare in modo integrato i Medici di famiglia con gli specialisti il peso che ricade sugli ospedali sarebbe inferiore a quello oggi osservabile. Basti pensare ai risparmi, oltre ai minori disagi per l'utenza, che si realizzerebbero, diminuendo il numero dei ricoveri per accertamenti. Il problema è soprattutto disporre di un numero adeguato di Medici specialisti operanti per il Servizio sanitario nazionale.

La specialistica era affidata - prima che il decreto 502 del 1992 stabilisse che il ruolo dei Medici specialisti era ad esaurimento - ai cosiddetti "medici specialisti convenzionati esterni" facenti capo (per lo più) al Sumai (Sindacato dei medici specialisti convenzionati). Il sindacato ha realizzato recentemente un censimento del settore da cui emergono dati di grande interesse per capire la dimensione del problema.

Si calcola che oggi esistano 23.500 specialisti, di cui solo il 62% ha come incarico principale quello di lavorare in un ambulatorio specialistico. Tale numero corrisponde ad un rapporto di 0.4 specialisti per 1000 abitanti (se riferito ai 23.500) oppure di 0.2 se si fa riferimento ai soli Medici operanti in ambulatorio. Davvero poco !!

Ma i medici di famiglia possono risolvere a

livello di distretto (senza inviare i pazienti in ospedale) questi problemi assistenziali ?

IL FABBISOGNO DELLE ATTIVITÀ SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

In base ai dati del censimento, il Sumai ha calcolato il fabbisogno addizionale di "lavoro" specialistico, se si facesse riferimento a uno standard che preveda, ad esempio, 1 oculista per ogni 9.000 abitanti. Applicando gli standard relativi a tutte le specialità, si stima che il fabbisogno di specialisti arriverebbe a circa 65.000 unità per un totale di ore-lavoro richiesto pari a oltre 3 milioni all'anno. Le carenze di fabbisogno più importanti riguarderebbero "igiene e medicina dell'età evolutiva" (numero di ore annue mancanti pari a 365.194); "odontoiatria" (343.192 ore); "cardiologia" (23.536 ore) "ostetricia e ginecologia" (229.626 ore) chirurgia generale (ore 179.633); "oculistica" (162.378) "oncologia" (120.462) "ortopedia" (114.598 ore).

A voler essere "critici" ma in modo costruttivo le cose non starebbero proprio così. Le previsioni di fabbisogno, infatti, andrebbero fatte con riferimento alle risorse di personale nella sua complessità e, soprattutto, tenendo presente le tecnologie e le modalità di lavoro, oltre che le funzioni e gli obiettivi specifici

assegnati. Questo non significa che le carenze segnalate dal censimento del sindacato non siano reali. Sono di tale ampiezza, infatti, che stanno ad indicare una carenza di personale nel settore della specialistica ambulatoriale.

CATEGORIE MEDICHE: A CHE PUNTO SIAMO?

Il censimento offre altre interessanti stime quantitative. Si calcola che oggi siano operanti circa 332.560 Medici. Di questi 41.547 (ma in verità circa 48.000 o più) appartenerebbero alla medicina di famiglia, ivi incluse le guardie mediche. I Medici ospedalieri sarebbero circa 100.000, mentre gli specialisti sarebbero 23.500. Come per molti altri fenomeni, esistono ragguardevoli differenze territoriali a proposito della distribuzione dei medici.

Il numero maggiore (circa 121.000) si troverebbe nelle Regioni meridionali e nelle isole. In base alle categorie di appartenenza i medici specialisti (del Sumai) rappresentano invece il 7.07% a livello nazionale: la percentuale del sud si avvicina alla media nazionale, quella di nordest e del nordovest è inferiore, mentre le regioni del centro (9.17%) la superano. I dati ci dicono quanto è in effetti complessa la razionalizzazione da intraprendere.

Non si tratta infatti di riequilibrare (solo) la composizione delle varie figure professionali o di coprire le carenze più eclatanti, ma anche di intervenire in una "dislocazione territoriale" assai difficile da realizzare con i soli strumenti amministrativi o con la mobilità (come finora si è fatto o pensato di fare).

LA FORMAZIONE NELLA SPERIMENTAZIONE CLINICA

Il recente Decreto Ministeriale 10 maggio 2001, pubblicato sulla GU n° 139 del 18-06-2001 stabilisce che le sperimentazioni cliniche di fase III - IV possono essere finalmente effettuate anche dai Mmg e Pls ed attribuisce alle Aziende sanitarie locali il compito di attivare specifici corsi al fine di assicurare agli attori delle sperimentazioni un'adeguata e specifica formazione.

In base a tale decreto, finalmente, i Mmg e i Pls potranno fare sperimentazione clinica in fase III e IV presso il proprio ambulatorio.

E' necessario che la Asl di appartenenza proceda alla formazione dei Medici "sperimentatori" attraverso un corso di durata minima di 6-8 ore. La stessa Asl

deve tenere un registro, aggiornato semestralmente, dei Medici sperimentatori.

La Asl 3 si è già attivata e ha già tenuto delle riunioni con le varie parti interessate e con l'Ordine dei Medici al fine di istituire una commissione "tecnica". Inoltre con il prossimo "cedolino" del mese di dicembre i Mmg e Pls verranno invitati ad esprimere la volontà o meno di partecipare ai corsi di formazione per la sperimentazione clinica. In base ai risultati dei questionari giunti, disponibili dal mese di gennaio, l'Asl, d'intesa con le figure professionali interessate (Mmg e Pls) procederà alla pianificazione dei corsi per quanto attiene le loro specifiche modalità di esecuzione.

Alberto Ferrando

Dopo la laurea tirocinio anche dal Medico di famiglia

S secondo le vecchie disposizioni (legge 1378 del 1956 e il D.M. del 9 settembre 1957), l'esame di abilitazione alla professione medica finiva con l'essere una sorta di duplicato dell'esame di laurea (quasi il 100% dei laureati che sostenevano l'esame, ricevevano l'abilitazione).

Un nuovo provvedimento già firmato dal Ministro dell'istruzione (sulla base di ipotesi ed elaborazioni fornite dalla Federazione degli Ordini dei medici e dal Consiglio Superiore di sanità) cambia radicalmente il precedente assetto. Dopo la laurea occorrerà un vero e proprio tirocinio di tre mesi: che dovrà essere effettuato per un mese in un reparto ospedaliero di medicina, per un secondo mese presso un "servizio" di chirurgia e per un terzo mese nell'ambulatorio di un

Medico di famiglia. Sarebbe la prima volta che ai Medici di famiglia viene riconosciuto l'"onere" e il "diritto" ad entrare tra i luoghi di competenza. "Onere" in quanto imporrà ai medici di famiglia l'obbligo di attrezzarsi per svolgere adeguatamente le funzioni riconosciute. "Diritto", perchè si è compreso che per iniziare la professione, è indispensabile che i laureati in medicina "passino" attraverso l'esperienza della medicina di famiglia.

Molti abilitati, infatti, sia che poi finiscano per entrare nei ruoli ospedalieri, oppure che assumano funzioni tipiche dei servizi di base, non avrebbero potuto avviare la loro carriera, senza conoscere per così dire, le regole elementari dei rapporti Medico-paziente che emergono soprattutto nelle attività di base dei Medici di famiglia.

Corsi di perfezionamento all'università

C on decreto del rettore dell'Università degli Studi di Genova sono stati istituiti tre nuovi corsi di perfezionamento presso la facoltà di medicina. Le materie sono "emergenza pediatrica e pronto soccorso medico", "adolescentologia" e "tossicologia pediatrica". Ecco le "coordinate" dei tre corsi.

EMERGENZA PEDIATRICA - I posti sono 20, la durata sarà semestrale con inizio dall'aprile prossimo, per l'ammissione è necessario superare un esame (luogo e data da definirsi), domande d'ammissione entro il 1° marzo indirizzate al rettore dell'Università e presentate o trasmesse al Dipartimento amministrativo di supporto alla formazione e all'orientamento, Servizio formazione, Settore VI, piazza della Nunziata 6, 16124 Genova. Gli ammessi al corso prima dell'inizio dovranno versare la quota di 516,46 euro (un milione).

ADOLESCENTOLOGIA - Anche qui durata di sei mesi, inizio dal febbraio 2002, posto per 40 allievi (devono essere già in possesso di diploma di specializzazione in pediatria o in endocrinologia e malattie del ricambio, ginecologia ed ostetricia, igiene e medicina preventiva, neuropsichiatria infantile, psichiatria, psicologia clinica). Da superare un esame-colloquio, già fissato per il 28 gennaio 2002 alle 10 al Dipartimento di pediatria del Gaslini; domande entro il 18 gennaio (stessa destinazione indicata sopra); il costo sarà di 516,46 euro.

TOSSICOLOGIA PEDIATRICA - Durata sei mesi, inizio aprile 2002, domande entro il 15 marzo (solita destinazione), posto per 20 allievi, costo un milione, (516,46 euro), esame colloquio in data da destinarsi. Per eventuali ulteriori informazioni rivolgersi al Servizio formazione dell'Università, tel. 010 2099632.

IRAP, SE NON RIMBORSANO...

Il silenzio od il rifiuto sono atti impugnabili. Come si ricorre.

Torniamo al discorso dei rimborsi Irap, l'imposta sulle arti e professioni che la Corte costituzionale ha dichiarato incostituzionale nel caso manchino taluni requisiti (per notizie più approfondite si veda "Genova Medica" n.9 pag.24).

C'eravamo lasciati con il facsimile della domanda, per ottenere il rimborso dell'imposta indebitamente pagata, da presentarsi all'Agenzia delle

Entrate di Genova, entro il termine massimo di quarantotto mesi dalla data di versamento dell'imposta stessa. Vediamo ora, sia pur a grandi linee, cosa possiamo fare nel caso in

cui, avendo noi presentata la domanda, l'Agenzia delle entrate dovesse rispondere negativamente, o non dovesse rispondere nel termine di novanta giorni dalla data in cui è stata presentata la domanda stessa (§ 2

dell'art. 37 del Dpr 29/9/73, n. 602 richiamato dall'art. 38 dello stesso decreto).

In uno dei due casi, chi vuole coltivare la richiesta, deve aprire una procedura di contenzioso (processo tributario), osservando

**LA PROCEDURA DI CONTENZIOSO
O PROCESSO TRIBUTARIO
VA AVVIATA ALLA COMMISSIONE
TRIBUTARIA PROVINCIALE
ED E' (RELATIVAMENTE) SEMPLICE**

le "Disposizioni sul processo tributario in attuazione della delega al governo contenuta nell'art. 30 della L.30/12/1991, n.413" di cui al D.Lgs. 31/12/1992, n.546. 

L'imposta sulle successioni è ormai un ricordo

Il testo del disegno di legge titolato "Primi interventi per il rilancio della economia", che contiene al Capo VI - dall'art. 13 al 17 - le disposizioni che sopprimono l'imposta di successione e modificano quella sulle donazioni, è passato alla Camera il 31 luglio 2001 ed è stato approvato definitivamente dal Senato il 10 ottobre 2001.

Per il suo art. 19, la legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale; pubblicazione che è avvenuta il 24 ottobre, per cui le dispo-

sizioni emanate con la legge in argomento hanno efficacia a partire dal 25 ottobre 2001. Il legislatore ha ribadito tale disposizione, specificatamente per l'imposta sulle successioni, con il primo paragrafo dell'art. 17 che testualmente recita:

1. Le disposizioni di cui al presente capo (capo VI N.d.R.) si applicano alle successioni per causa di morte aperte e alle donazioni fatte successivamente alla data di entrata in vigore della presente legge.

I provvedimenti fondamentali sono: 

Il silenzio od il rifiuto sono atti impugnabili

L'art. 19 del D.Lgs. 546/92 include tra gli "Atti impugnabili oggetto del ricorso", al punto g) il rifiuto espresso o tacito della restituzione di tributi, sanzioni pecuniarie ed interessi o altri accessori non dovuti.

Il ricorso

Il ricorso, che introduce il processo tributario, deve essere proposto alla Commissione tributaria Provinciale della circoscrizione dove ha sede l'Agenzia delle entrate che deve disporre il rimborso. I requisiti che deve contenere il ricorso sono quelli elencati nell'art. 18 del citato D.Lgs 546/92.

L'assistenza tecnica

La parte ricorrente deve essere assistita in giudizio da un difensore abilitato che può essere

ricercato tra gli iscritti ai relativi albi professionali degli avvocati, dei procuratori legali, dei dottori commercialisti e dei ragionieri.

Nelle controversie di valore inferiore a cinque milioni, i ricorsi possono essere proposti direttamente dalle parti interessate, le quali possono stare in giudizio anche senza l'assistenza tecnica.

Proposizione del ricorso

Il ricorso deve essere consegnato all'ufficio competente, mediante notifica fatta dall'ufficiale giudiziario che consegna al destinatario copia conforme all'originale del ricorso stesso. La notifica può avvenire anche con spedizione a mezzo posta con plico, senza busta, raccomandato con avviso di ricevimento, oppure con la consegna a mani proprie.

Il § 1 dell'art. 13 sopprime l'imposta applicata, fino al 24 ottobre 2001, alle successioni ed alle donazioni.

Il § 2 dello stesso articolo, riferito alle donazioni, divide i beneficiari in due categorie:

a) - il coniuge, i parenti in linea retta e gli altri parenti sino al quarto grado;

b) - gli altri parenti, gli affini e gli altri soggetti; e stabilisce che i trasferimenti di beni per donazione o altra liberalità tra vivi a favore di soggetti appartenenti alla seconda categoria, scontano, sulla parte di valore che supera i 350 milioni, le aliquote previste per il corrispondente atto di trasferimento a titolo oneroso.

Il § 1 dell'art 14 dispone che i provvedimenti concernenti esenzioni, agevolazioni, franchigie e determinazione della base imponibile già vigenti in materia di imposta sulle successioni o donazioni, si intendono riferiti agli atti di trasferimento per donazione di cui al secondo paragrafo dell'art. 13.

Il § 2 dell'art. 14 stabilisce che il totale delle

imposte di registro, ipotecarie e catastali applicate in misura fissa sugli immobili dell'asse ereditario costituiti da terreni agricoli o montani, non può comunque eccedere il valore fiscale degli stessi terreni.

Nulla è stato innovato in materia di imposte ipotecarie e catastali per cui le stesse sono dovute come previsto dal D.Lgs. 31 ottobre 1990, n. 347.

QUEL CHE SI DEVE RICORDARE

PER QUANTO RIGUARDA LE SUCCESSIONI

Gli obblighi degli eredi consistono nella presentazione della dichiarazione con l'indicazione degli immobili e dei diritti immobiliari, in conformità di quanto dispongono gli art. 28 e seguenti del testo unico delle disposizioni sull'imposta sulle successioni e donazioni. Se l'oggetto della successione è rappresentato dalla sola prima abitazione, la denuncia sconta le imposte ipotecarie e catastali nella misura fissa di £ 500.000, per cui si ritiene

La costituzione in giudizio

Il ricorrente, entro trenta giorni dalla notificazione (o dalla spedizione o dalla consegna) all'ufficio del ricorso, a pena di inammissibilità, deve depositare presso la segreteria della commissione tributaria provinciale, il fascicolo di causa contenente la copia del ricorso con la relativa dichiarazione di conformità all'originale inoltrato all'ufficio, fotocopia della ricevuta di deposito o di spedizione per posta, nonché le eventuali produzioni.

Trattazione della controversia e sentenza

Il presidente della commissione, scaduto il termine per la costituzione delle parti, fissa la data per la trattazione della controversia. La segreteria della commissione comunica alle parti la data di trattazione; tale comunicazio-

ne deve avvenire almeno entro trenta giorni netti da quello fissato per la discussione (termine questo ordinatorio ma non perentorio).

La controversia è discussa in camera di consiglio (solo i giudici ed il segretario); tuttavia una delle parti può chiedere la discussione in pubblica udienza (con la presenza delle parti che sono sentite dai giudici), con una domanda apposita da depositarsi in segreteria della commissione e da notificarsi alle altre parti, entro dieci giorni prima della data dell'udienza.

La sentenza dovrebbe essere depositata in segreteria entro trenta giorni dalla data di deliberazione; e la segreteria ha il compito di comunicare alle parti il dispositivo della stessa sentenza, entro dieci giorni dal deposito.

(A cura dello Studio Associato Giulietti)

che l'indicazione del valore dell'immobile sia irrilevante; mentre, se si tratta di altri immobili o di terreni fabbricabili, le ipotecarie e catastali sono previste nella misura del tre per cento per cui l'indicazione del valore diventa indispensabile. A nostro avviso, allo stato degli atti, il valore da indicare dovrebbe essere quello calcolato in automatico e cioè, mediante l'aggiornamento della rendita catastale. Tuttociò in attesa delle nuove disposizioni che dovranno essere emanate a sensi dell'art. 69, § 8 e 11, della Legge 21 novembre 2000, n.342.

Va poi tenuto presente che:

- 1) - Gli eredi non sono obbligati a presentare la dichiarazione ai fini della imposta comunale degli immobili (Ici), in quanto l'Ufficio che riceve la dichiarazione di successione, ne trasmette una copia a ciascun comune nel quale sono ubicati gli immobili;
- 2) - Nel caso in cui il defunto avesse la residenza all'estero, l'Ufficio finanziario competente a ricevere la dichiarazione è quello nella

cui circoscrizione era stata fissata l'ultima residenza italiana. Se mancasse l'indicazione della residenza italiana, l'Ufficio competente è quello di Roma.

PER QUANTO RIGUARDA LE DONAZIONI

Quando i beneficiari sono il coniuge, i parenti in linea retta e gli altri parenti sino al quarto grado, se l'oggetto della donazione è rappresentato dalla sola prima abitazione, l'atto di trasferimento sconta le imposte ipotecarie e catastali nella misura fissa di L.500.000; mentre se si tratta di altri immobili o di terreni fabbricabili, le ipotecarie e catastali sono previste nella misura del tre per cento sul valore dichiarato in atto; valore che, come abbiamo già detto per le successioni, a nostro avviso, allo stato degli atti, dovrebbe essere quello calcolato in automatico e cioè mediante l'aggiornamento della rendita catastale.

Se i beneficiari sono i parenti oltre il quarto grado o altri soggetti:



Qualche volta è lecito farsi pagare la visita a casa?

La visita domiciliare al proprio assistito rientra, come si sa, nei compiti previsti dalla convenzione di medicina generale. Ma è legittimo che, in certe condizioni, il Medico se la faccia pagare. Questo è il principio affermato dalla Cassazione nella sentenza n. 41646 del 20 novembre scorso. Tempo fa, in provincia di Milano, i famigliari di una ragazza telefonarono al proprio Medico di famiglia per avere una visita a casa perché - così recitano gli atti giudiziari - aveva la febbre alta, e proprio per questa circostanza essi rifiutarono di accompagnare l'inferma allo studio del Medico, come da questi proposto. Il giorno successivo il Medico si recò in visita domiciliare e quando, a con-

clusione, venne accompagnato alla porta e si sentì chiedere dalla nonna della ragazza "se doveva qualcosa" rispose chiedendo 100 mila lire. La donna, seppure meravigliata - sono sempre "le carte" che parlano - pagò senza replicare. Ma poi i famigliari ci ripensarono, ed iniziarono gli atti dell'iter giudiziario. Il Tribunale di Milano ritenne che tale denaro non fosse dovuto, rientrando la prestazione tra le attività retribuite con il sistema a quota fissa, e condannò il Medico a venti giorni di reclusione, pena convertita in una sanzione pecuniaria. Ma la Cassazione ora ha stabilito che l'unico requisito veramente importante è quello previsto dall'art. 33 dell'accordo di medicina generale, cioè la "trasferibilità dell'ammalato". Cosa significa questo? A parere della Cassazione "un infermo è intrasferibile quando il solo fatto dello spostamento può con rilevante probabilità causare rischi gravi per la salute o creare condizioni di vita particolarmente penose". Circostanze, queste, che vanno tuttavia valutate dal Medico, il quale, se pur può basarsi già un po' sulle informazioni date per telefono, non può che fare la visita e giudicare dopo.

(seguito "Articolo donazioni")

- a) - quando l'oggetto della donazione è un immobile prima abitazione, l'atto di trasferimento è soggetto alle imposte ipotecarie e catastali nella misura fissa di L.500.000; ed è soggetto al 3% di imposta di registro sull'importo oltre la franchigia di L.350 milioni;
- b) - quando l'oggetto della donazione sono altri immobili, l'atto di trasferimento sconta le imposte ipocatastali nella misura fissa di L.500.000 ed è soggetto all'imposta di registro nella misura del 7% sull'importo che supera la franchigia di L.350 milioni;
- c) - quando l'oggetto della donazione è un terreno, l'atto di trasferimento sconta sempre le ipocatastali nella misura fissa di L.500.000 e l'imposta di registro, sul valore che supera la franchigia di L.350 milioni, nella misura dell'8%, se sono terreni edificabili, e nella misura del 15% se sono terreni non edificabili.

A cura dello Studio Associato Giulietti

POLIZZA SANITARIA

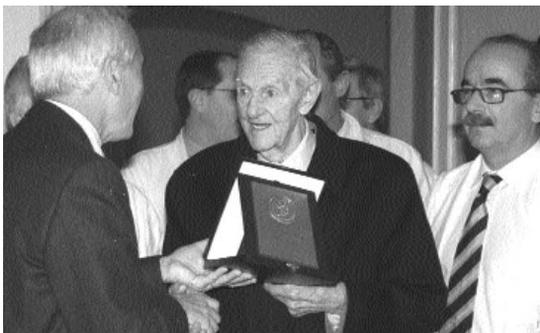
Le Generali comunicano che è stata approvata una linea telefonica per gli iscritti all'Enpam per la richiesta di informazioni sul contenuto e l'operatività della garanzia, nonché sulla stato di avanzamento delle pratiche di sinistro. Il numero telefonico è: 02 67398399 ed è attivo dal lunedì al giovedì: dalle ore 8,30 alle ore 12,30 - dalle ore 14,30 alle ore 17,00; venerdì dalle ore 8,30 alle ore 12,30.

Premiato Meneghini lo studioso della fibrinolisi

Non capita frequentemente che Medici di casa nostra ricevano riconoscimenti a livello internazionale; e la citazione è tanto più lusinghiera in quanto va a premiare un Medico che ormai è fuori dalla mischia, e guarda il mondo dei camici bianchi - e tutto quanto gli ruota intorno - con il distacco dei suoi 90 anni. Il nome di Pietro Meneghini, cardiologo, ex primario del Galliera, è stato inserito da un'autorevole istituzione degli Stati Uniti, l'American Biographical Institute, nell'elenco dei mille scienziati - una quarantina sono i Medici - più importanti del secolo scorso. Il prestigioso riconoscimento è stato attribuito a Meneghini per le sue ricerche (e soprattutto i suoi risultati) sulla coagulazione del sangue e la stimolazione della fibrinolisi come arma per aggredire i trombi.

"Era il 1949, ero un giovane Medico alla clinica medica di San Martino, allora la ricerca si faceva con una pentola d'acqua calda, un becco bunsen e un termometro - ricorda vividamente il prof. Meneghini - e c'era un malato in fin di vita, sul quale gli anticoagulanti non facevano nessun effetto. Ricorsi allora alla stimolazione della fibrinolisi, ed il paziente iniziò a migliorare".

Il professore ricorda che l'anno successivo ci fu un congresso internazionale sulle trombosi,



in Svizzera, al quale egli, timido e spaurito, si presentò con il suo "piccolo" lavoro, quasi schiacciato dal peso di monumentali relazioni sui trombolitici che allora andavano per la maggiore. "La mia modesta relazione fece il giro del mondo, ed iniziai a ricevere chiamate da tutti i paesi". Nel 1958 Meneghini divenne primario al Galliera. Ricorda volentieri quegli anni: "In effetti riuscirono a ricavarci un piccolo studio, sopra il reparto, dove io spesso



mi chiudevo a continuare i miei studi. E qualche volta veniva a trovarmi perfino il cardinale Siri". Proprio l'ospedale di Carignano, dove Meneghini è stato primario per 33 anni, fino al 1981, ha colto l'occasione del suo novantesimo compleanno e del prestigioso riconoscimento internazionale per organizzare una manifestazione in suo onore, dove si è ritrovato circondato dall'affetto e dalla stima dei suoi allievi e colleghi. "Mi sono un po' commosso - ha confidato l'anziano professore - è stato come un premio a tutta la mia vita di Medico. A me e a mia moglie, che da 61 anni condivide le mie esperienze. E sapete, allora non era come adesso, che basta avere la pazienza di tenersi forte alla sedia, prima o poi una sanatoria arriva..."

Tante congratulazioni, professore!

(Foto Jolly-Verdacchi)

in breve in l

ANCORA IN RICORDO DI FRANCESCO ZINO - Vorrei ancora ricordare, anche se è già stato fatto nel numero scorso, il nostro collega Francesco Zino, mancato improvvisamente in questo triste autunno. Lo ricordiamo Medico socialmente impegnato, segretario della Federazione medici mutualisti per lunghi anni e vicepresidente dell'Ordine dei Medici di Genova. Il sindacalismo di Zino era intessuto di avvedutezza e prudenza, sorretto da una grande stima e condivisione degli ideali da parte dei colleghi.

Edorado Guglielmino

SAN MARTINO, ELETTI I NUOVI VERTICI DEI PRIMARI - Intorno alla metà del mese di novembre scorso si sono svolte all'ospedale San Martino le elezioni per il rinnovo delle cariche del collegio dei primari. E' stato eletto alla carica di presidente Giovanni Regesta, consiglieri sono stati eletti Gian Andrea Rollandi, Marco Canepa, Luigi Cataldi ed Eugenio Pallestrini; tra essi sono stati nominati come vice presidente Marco Canepa e, come tesoriere- segretario, Gian Andrea Rollandi.

RIMBORSI MARCHE ENPAM - Questo è davvero l'ultimo avviso, anche perché mancano pochi giorni alla scadenza: il 31 dicembre, infatti, scade il termine per chi è in possesso delle "vecchie" marche Enpam e vuol farsele rimborsare. L'obbligo dell'apposizione delle marche Enpam sui certificati è stato abolito giusto un anno fa, con la legge finanziaria per il 2001.

CAMPUS DELL'ONAOSI - L'Onaosi - Opera nazionale assistenza orfani di sanitari italiani - informa che a metà novembre erano ancora disponibili dei posti presso il campus di Montebello (Perugia), sezione femminile, dove è attivo un centro studi. Si possono quindi ancora presentare delle domande fino ad esaurimento dei posti disponibili. Per inf. tel. 075-5052045.

BORSE DI STUDIO INTITOLATE A TULLIO ZUNINO - Il Consiglio di amministrazione dell'Enpam ha approvato l'avviso di selezione pubblica per l'assegnazione di due borse di studio intitolate al compianto Tullio Zunino, apprezzata figura di Medico genovese da poco scomparso, dopo aver dedicato la vita oltre che alla professione anche alla tutela della categoria medica in generale. Le due borse - concretizzate grazie all'apporto finanziario della Rolo Banca - hanno un valore di 15 milioni lordi e saranno destinate a laureati in medicina e chirurgia o odontoiatria e protesi dentaria sul tema della riabilitazione protesica attraverso le tecniche implantologiche. Può partecipare alla selezione chi ha la laurea in medicina e chirurgia o in odontoiatria e protesi dentaria da non più di dieci anni ed è iscritto all'albo degli odontoiatri o all'albo dei Medici con autorizzazione all'esercizio dell'odontoiatria. La scadenza del bando (disponibile presso gli uffici dell'Ordine) è fissata al 28 febbraio.

MEDICINA E CULTURA - La commissione culturale dell'Ordine dei Medici di Genova segnala le seguenti manifestazioni dell'associazione Medici scrittori e umanisti liguri presso l'associazione italo-americana via Caffaro, 2/A. **19/1/2002:** Edoardo Guglielmino e Giuseppe Siria parleranno sul tema "Una guida turistico-letteraria del centro storico di Genova" di Silvano Fiorato - **16/02/2002:** Il mondo poetico di Amato Novelli "Il cacciatore di nubi" a cura di Franco Cusmano. Si comunica inoltre che è in preparazione per la prossima primavera una mostra di Medici pittori.

LE INSIDIE DI PESTE E BOTULISMO

Le note ministeriali sulle varie scelte del bioterrorismo

Anche se da qualche settimana non si ha più notizie di episodi che possano essere ricondotti sotto il termine di "bioterrorismo", in realtà la vigilanza delle autorità contro la possibile diffusione intenzionale di virus, batteri o comunque microrganismi che possano diffondere su vasta scala malattie gravissime, e causare addirittura stragi nelle popolazioni prese di mira, è sempre molto alta. Lo testimonia ad esempio, per quanto riguarda l'Italia, la diffusione di una nota ministeriale che "ripassa" una serie di notizie su agenti pato-

geni e malattie non molto diffuse, ma che potrebbero diventare il terreno d'azione preferito di terroristi. Nel numero scorso di "Genova Medica" avevamo riportato le linee essenziali della circolare ministeriale per quanto riguarda il vaiolo e il carbonchio. Ora ripercorriamo brevemente le indicazioni diffuse a proposito della peste, e del botulismo (anche se questo non esaurisce l'argomento, restando da parlare di virus ebola, marburg, lassa o febbri emorragiche sudamericane ecc.).

PESTE - Il bacillo della peste *yersinia pestis* è un germe gram negativo, non sporigeno, aerobio, sensibile all'azione dei comuni disinfettanti chimici e fisici; resiste poco all'essiccamento e a temperature superiori a

30° e inferiori a 5° e all'azione dei raggi ultravioletti; in caso di congelamento può invece resistere per diversi giorni. Può essere diffuso per disseminazione mediante aerosol (oltretutto con il classico contagio con materiali d'uso comune contaminati). La peste può svilupparsi in forma bubbonica, polmonare e setticemica (quest'ultima anche come compli-

cazione delle prime due forme). Vettori d'elezione della malattia sono le pulci ed i topi. I materiali contaminati da secrezioni o fluidi biologici di persone infette vanno inceneriti o autoclavati a tempera-

tura di 120°: è possibile impiegare soluzioni di ipoclorito o disinfettanti a base di ammonio quaternario, oppure formaldeide o glutaraldeide. Si raccomanda di procedere a disinfestazione contro le pulci e ad accurata derattizzazione. Per il trasporto dei campioni si deve procedere con il sistema a tre involucri. Le "specifiche" ministeriali ricordano l'esigenza dell'assoluto isolamento del malato, con gli accorgimenti più rigorosi; nel caso di trasporto si dovrebbero usare barelle-isolatori pressurizzate, e tutto il personale che venisse a contatto con il paziente deve essere protetto dai più rigidi presidi (maschere, guanti, occhiali, soprascarpe, camici, tutto possibilmente monouso). La terapia è antibiotica, efficace se

*UN'EFFICACE AZIONE
DI PREVENZIONE E CONTROLLO
SAREBBE IN PRATICA IMPOSSIBILE
SE I CRIMINALI VOLESSERO CONTAMINARE
SU VASTA SCALA GLI ALIMENTI*

iniziata entro 24 ore dalla comparsa dei sintomi. In Italia invece non è disponibile vaccino antipestoso; il vaccino antigenico F1 richiede tre dosi più booster annuali ma conferisce protezione solo verso la forma bubbonica, non polmonare.

BOTULISMO - Un'organizzazione di bioterroristi potrebbe anche decidere di ricorrere alla diffusione della tossina botulinica, prodotta dal germe *Clostridium botulinum*, bacillo sporigeno gram positivo anaerobio. Il mezzo di cui potrebbero servirsi i criminali è la contaminazione di alimenti o la diffusione a mezzo aerosol, mentre più problematica sarebbe la contaminazione delle risorse idriche, per la necessità di dover disporre di una grande quantità di tossina. Con rigore disarmante il ministero avverte che non possono essere praticamente previsti controlli preventivi nell'ipotesi di un attacco bioterroristico (mentre in condizioni normali la corretta preparazione di conserve ed insaccati, sia in ambito domestico che industriale, dovrebbero mettere al riparo da brutte sorprese). L'intossicazione

botulinica si presenta con sintomi clinici di gravità variabile a carico del sistema nervoso, con diplopia, ptosi palpebrale, visione annebbiata, disartria, disfagia, secchezza delle fauci. In assenza di trattamento la letalità può arrivare al 70-80 per cento dei casi. I sintomi neurologici dell'intossicazione compaiono in genere dopo 12-36 ore dall'ingestione. Trattandosi di uno stato morboso non contagioso, non è richiesto l'isolamento del malato, ma piuttosto una sorveglianza sanitaria nei confronti delle persone che potrebbero aver mangiato lo stesso alimento. Il botulismo si combatte soprattutto con l'impiego di siero antibotulinico; in Italia è disponibile, presso il ministero della Salute, siero antibotulinico equino polivalente. Ma non è finita qui. Le "istruzioni" ministeriali infatti, come abbiamo accennato, si occupano poi di altri virus, sempre appartenenti agli agenti patogeni di categoria A (a priorità alta). Ma la ristrettezza dello spazio ci impone di rinviare ancora ad altro numero la trattazione di questo specifico argomento.

La cultura della salute nei paesi affacciati sul Mediterraneo

La salute della donna madre e del bambino è un impegno fondamentale che tutti i popoli devono aver presente per l'evoluzione della società, per la possibilità di interventi unitari che possano garantire anche una via percorribile di pace. Con un incontro dibattito tenutosi alla Camera di Commercio il 28 novembre, l'Associazione Italiana Donne Medico ha voluto affrontare questo tema in un momento di grande disagio in numerosi paesi del pianeta prendendo in particolare considerazione il Mediterraneo. Sono intervenuti esperti del nostro paese, rappresentanti della assistenza consultoriale della Asl 3 e dell'associazione Medici Senza Frontiere.

Il particolare rapporto tra mamma e bimbo ipovedente

Lil bambino ipovedente e la mamma: una relazione per crescere, questo il tema di un convegno, intitolato propriamente "L'occhio della mente 2001" che si è svolto il 10 dicembre scorso all'Auditorium G. Verdi dell'Istituto David Chiosson. Sotto la moderazione di Ester Delpino e di Cristina Martinoli sono state portate esposte diverse relazioni, tutte intese ad esaminare il particolare rapporto che si crea tra una mamma ed il suo bimbo ipovedente (e viceversa), riferire su alcune esperienze ed indicare linee di interventi e suggerimenti per programmi di riabilitazione.

DENTISTI NOTIZIE



PROGRAMMA CULTURALE 1° SEMESTRE 2002

SABATO 12 GENNAIO: Corso BLS sulle Emergenze di Pronto Soccorso e Rianimazione Cardio-Polmonare.

VENERDI' 18 E SABATO 19 GENNAIO: Corso del Dr. Magnano di Gnatologia: ATM: "Fisiopatologia dell'ATM": spostamenti e dislocazioni del disco articolare con e senza riduzione; esiti di traumi, aderenze, artrosi, artriti.

SABATO 26 GENNAIO: Corso Aliero: "Chirurgia ossea implantare: scelta delle tecniche per ottimizzare i tempi di guarigione. Nuove metodiche". Relatore: Dott. Bertil Friberg (Univ. Göteborg).

VENERDI 1 FEBBRAIO: Serata sul dolore orofacciale "Il protocollo clinico della TUFTS University di Boston e cenni sulla pedana stabilometrica", a cura dei dr. Nino Fraulini e dr. Roberto Citarella.

SABATO 2 FEBBRAIO: Corso PBLs sulle Emergenze di Pronto Soccorso e Rianimazione Cardio-Polmonare Pediatrico.

SABATO 9 FEBBRAIO: Dott. Costantino Troise: "Problematiche allergologiche nella pratica odontoiatrica".

VENERDI' 15 E SABATO 16 FEBBRAIO: Corso del Dr. Magnano di Gnatologia: "Muscoli e postura" Disfunzioni e patologia muscolare-contrazione e splintaggio-spasmo e contrattura-miosite-contrazione miostatica-zone grilletto e dolore riferito.

LUNEDI' 4 MARZO: Serata: "L'ipnosi e il dentista", relatore dr. Massimo Sacripante.

MERCOLEDI' 13 MARZO: Serata SIdP

VENERDI' 22 E SABATO 23 MARZO: Corso del Dr. Magnano di Gnatologia: "Diagnostica per immagini" "OrtoPan Tomografia-Transcraniale Laterale Obliqua-Tomografia-Tomografia Assiale Computerizzata Risonanza Magnetica dell'ATM e concetti base di RM encefalo-rachidea- Radiogrammi cervicali.

VENERDI' 12 E SABATO 13 APRILE:

Corso del Dr. Magnano di Gnatologia: "Dolore e psiche" Anatomia delle vie sensitive e delle vie di controllo del dolore-Fisiopatologia del dolore orofacciale e cefalico-Nevralgie-Causalgie minori-Cefalee ed emicranie-Disturbi oculari-Disturbi vestibolo-acustici-Disturbi della salivazione-La cultura del dolore.

VENERDI' 19 E SABATO 20 APRILE: Congresso: "Liguria Odontoiatrica" - European Mediterranean Meeting.

SABATO 18 MAGGIO:

Corso di Ortodonzia - Dr. Mauro La Luce.

VENERDI' 7 E SABATO 8 GIUGNO:

Corso del Dr. Magnano di Gnatologia: "Terapia" Strategia, costruzione, impiego e

gestione dei vari tipi di bite-Farmacologia. Uso dei FANS, dei triciclici, della GABA-pentina e di altri farmaci del dolore-Indicazione per la fisioterapia.

In fase di organizzazione:

Corso di Parodontologia con il Dott. Renato Parodi - Serata di Radiologia con il Dott. Corrado Gazzero - Corso di omeopatia odontostomatologica del dr. Massimo Bassetti.

Aperte le iscrizioni all'Andi Genova (Associazione Nazionale Dentisti Italiani) per il 2002

Sono aperte le iscrizioni all'Andi, Sezione Provinciale di Genova per il 2002.

La quota associativa Andi Genova

La quota, rimasta invariata rispetto agli anni precedenti, è di:

- **Euro 310.00 (L.600.000) per i soci effettivi** (i dentisti, cioè, che esercitano esclusivamente l'odontoiatria secondo le disposizioni di legge);

- **Euro 78.00 (L.150.000) per i soci effettivi a quota ridotta** (i neo-laureati in odontoiatria, iscritti entro i primi due anni dopo la laurea, versano per un biennio la quota sociale ridotta, pari al 25% della quota effettiva. Occorre comunicare la data di laurea).

Per le **altre figure di socio** previste dall'associazione è possibile contattare la segreteria Andi Genova (tel.010/58.11.90).

Il pagamento

Si pregano i Soci di effettuare il pagamento della quota associativa direttamente in euro. Il pagamento può essere effettuato tramite:

- **bonifico bancario** sul c/c Andi Genova del Banco di Chiavari e R.L. - Agenzia 6 via Galata, 71 r. c/c n.17240/00/13 cod. ABI 03424 Cod. CAB 01406

- **direttamente alla segreteria Andi Genova** in Piazza della Vittoria, 14/28 dal lunedì al venerdì ore 9.00/17.00. (Questa soluzione è consigliata per le neo-iscrizioni in quanto è necessario compilare la domanda di ammissione).

- **con bollettino di c.c. postale che verrà inviato nelle prossime circolari.**

Per informazioni sulle numerose agevolazioni a cui dà diritto l'iscrizione, potete contattare la segreteria Andi Genova al tel.010/58.11.90, dal lunedì al venerdì, 9.00/17.00 orario continuato.