

S O M M A R I O

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

DIRETTORE EDITORIALE: Dr. Corrado Canestro **DIRETTORE RESPONSABILE:** Dr. Sergio Castellaneta **COMITATO DI REDAZIONE:** Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Genova **Presidente:** Dr. Sergio Castellaneta **Vice Presidente:** Prof. Emilio Nicola Gatto **Segretario:** Prof. Giandomenico Sacco **Tesoriere:** Dr. 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, **Consiglieri:** Dr. Massimo Gaggero, Dr. Gabriele Perosino, Dr. Marco Oddera.

2	EDITORIALE Attenti alle ricevute
3	IN PRIMO PIANO ECM: si parte, ma...a strappi
4	ECM: lettera aperta al Ministro Sirchia
7	ECM: sono 19 gli obiettivi generali..
7	...e ben 26 quelli specifici
9	APPROVATO IN REGIONE L'integrativo per i Medici di medicina generale
19	IN PRIMO PIANO Finanziaria, nove articoli per noi
25	PREVIDENZA & ASSISTENZA Deducibili i contributi Enpam per il riscatto
26	CRONACA & ATTUALITA' Rinnovato il direttivo Federspev genovese
27	Sono 6.000 gli specialisti da formare
28	RICERCA DI MEDICI
29	DENTISTI NOTIZIE a cura di M. Gaggero

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 10 - n° 1 - Gennaio 2002 - 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

Finito di stampare nel mese di gennaio 2002

Attenti alle ricevute

Il mancato rilascio in regime di "intramoenia" configura il reato di truffa

Era l'ottobre 2000 quando il sottoscritto, da questo bollettino, richiamava l'attenzione dei Colleghi sul fatto che il regime della libera professione intramoenia comportava inevitabilmente gravi conseguenze penali e deontologiche per tutti coloro che la esercitano. Mi riferisco, in particolare, al pagamento di visite, o di prestazioni in genere, da parte del paziente.

La riforma Bindi aveva lo scopo di ancorare al solo ambito ospedaliero tutta l'attività del medico sia in regime di dipendenza che di

Le conseguenze per il Medico possono essere gravissime: dalla denuncia penale alla perdita del posto di lavoro. E l'Ordine non può fare nulla.

libera professione, senza, però, tenere conto del necessario adeguamento delle strutture e del personale per l'esercizio di quest'ultima (ambulatori, camere per la degenza, sale operatorie e quant'altro).

Tale situazione di reale difficoltà era stata superata con la classica fantasia all'italiana, consentendo al medico di esercitare l'attività libero-professionale intramoenia nel proprio studio privato nel rispetto, però, dei principi "burocratici" dettati dall'Azienda.

Tali principi devono essere rispettati al fine di non incorrere in gravissime sanzioni che possono comportare per il sanitario una denuncia penale da parte dell'Amministrazione da cui dipende, con conseguente possibile licenziamento.

Il primo aspetto burocratico che il medico deve assolutamente rispettare, sia in ospedale che nel proprio studio privato, è il rilascio sempre e comunque della ricevuta fiscale.

Infatti, deve essere chiaro che il mancato rilascio della ricevuta per prestazioni eseguite in regime libero-professionale intramoenia, non costituisce una semplice evasione fiscale, bensì il ben più grave reato di truffa a danno del SSN, con tutte le gravi conseguenze penali e deonto-

logiche per coloro che lo commettono. E tra queste vi può essere anche la perdita del lavoro: è la storia che si sta dipanando, in questi giorni, in un grande ospedale genovese. E' in considerazione di tali inquietanti aspetti che l'Ordine provinciale dei Medici rinnova, dalle pagine di "Genova Medica", un forte monito ai Colleghi che esercitano l'attività libero-professionale intramoenia.

Sergio Castellaneta

ECM: si parte, ma... a strappi

Le richieste di accreditamento non valutate entro il 31 dicembre cadono nel vuoto

L'ECM si avvia alla fase esecutiva, ma ci sono molti aspetti che non convincono. In queste pagine riepiloghiamo le ultime notizie, provenienti da varie fonti.

E' evidente che diversi punti richiedono chiarimenti e precisazioni. Per non parlare della delusione che sorge quando si deve constatare ancora una volta la vittoria della burocrazia sulla sostanza.

Nei primi giorni di gennaio il ministero ha diffuso un comunicato che fissa i punti principali che accompagnano la partenza dell'ECM; inoltre si è conosciuto il decreto del ministro della Salute sul tema dell'accREDITAMENTO degli eventi e dei contributi relativi.

Il comunicato ministeriale, notando che il programma di educazione continua in medicina avviato in Italia è l'unico in Europa a coinvolgere tutti gli operatori sanitari, conferma che dal 1° gennaio è consentita la richiesta di accreditamento degli eventi formativi "residenziali" e dei "progetti formativi aziendali", una delle novità del 2002, mentre per quanto riguarda la formazione a distanza l'accREDITAMENTO dei corsi è previsto dal prossimo 1° luglio. Poiché le richieste di accREDITAMENTO devono essere registrate almeno novanta giorni prima della data di svolgimento, nel primo trimestre 2002 non ci saranno eventi formativi inclusi nel program-

ma di ECM. Per gli eventi che avranno inizio nel mese di aprile - i primi con crediti validi - gli organizzatori potranno richiedere l'accREDITAMENTO fino al 31 gennaio.

Il comunicato sintetizza poi le ultime novità, che vanno dal raggruppamento degli obiettivi nei due gruppi "generali" e "specifici", la distribuzione quinquennale e progressiva dei crediti e il potenziamento dell'offerta di ECM con l'individuazione del "progetto formativo" predisposto da un'azienda pubblica o privata. Tale progetto, pur prevedendo varie

Fissati i contributi per gli eventi: da 258 a 774 euro. Come dire: più l'iniziativa è qualificata e prestigiosa e più si pagherà.

tipologie - convegni, corsi pratici, meeting aziendali ecc - ha uno specifico ed unitario obiettivo formativo (riconducibile a uno degli obiettivi di interesse nazionale o regionale) che è rivolto ad una o più categorie professionali presenti nell'azienda oppure al personale convenzionato con la stessa.

Il progetto formativo aziendale - conclude la nota ministeriale - è globalmente accREDITATO e i dipendenti ai quali è rivolto sono tenuti, per conseguire i crediti formativi, a soddisfare almeno il 90 per cento degli impegni previsti. A margine di questo comunicato ministeriale accenniamo brevemente ad una lettera della commissione nazionale per l'ECM,

a firma del vice presidente Raffaele D'Ari, la quale informa di aver deciso di procedere all'attribuzione dei crediti esclusivamente agli eventi formativi residenziali già valutati dagli esperti entro il 31 dicembre scorso.

La segreteria della commissione dovrebbe comunicare agli organizzatori, entro questo mese di gennaio, i crediti relativi agli eventi formativi residenziali che sono stati già valutati alla data del 31 dicembre scorso. Le richieste di accreditamento di tutti gli altri eventi che a quella data non erano ancora stati valutati non avranno alcun seguito.

Per quanto riguarda invece il decreto del ministro, precisiamo innanzitutto che il testo che riportiamo a grandi linee non è ufficiale, nel senso che è stato tratto dal sito Internet del ministero e non dalla Gazzetta Ufficiale

(la pubblicazione su questo "vangelo" è annunciata nel decreto stesso ma al momento in cui scriviamo queste note, e cioè intorno al 10 gennaio, non è ancora avvenuta).

Al punto 1 si stabilisce che il contributo dovuto da chi chiede l'accreditamento di attività formative va da un minimo di 258,23 ad un massimo di 774,68 euro (da 500.000.= a 1.500.000.= lire); il contributo minimo è riferito ad un evento o progetto formativo che può conseguire un numero di crediti da uno a 10, mentre il contributo per gli eventi o progetti formativi che possono conseguire un numero di crediti superiore si ottiene aumentando il contributo minimo di 12,91 euro per ogni credito eccedente i 10. Al punto due si precisa che "Il contributo per ciascun evento o progetto formativo è determinato in base

ECM

Lettera aperta al Ministro Sirchia

Egregio sig. Ministro

Le trasmetto questa lettera per invitarla ad ascoltare la voce di medici che da anni si interessano di formazione e di aggiornamento e che sono molto preoccupati per l'avvento dell'educazione continua in medicina (ECM).

Concordo sia sull'importanza che sull'assoluta necessità di un aggiornamento professionale continuo. Da anni nelle convenzioni e nei contratti alla voce "aggiornamento" spesso è affiancato il (brutto) aggettivo "obbligatorio" come nella convenzione dei medici di medicina generale e dei pediatri di

libera scelta. Tale aggiornamento, diritto-dovere del medico, in molte realtà non ha avuto ancora buon esito prevalentemente per problematiche economiche e burocratiche ma non, certo, per mancanza di interesse e di volontà da parte della classe medica.

Sig. Ministro, ora, in questo periodo di riduzione e di razionalizzazione delle risorse si vuole rendere operativo in poco tempo un sistema "unico in Europa" (il termine "unico" non ha necessariamente una valenza positiva) organizzato in poco tempo, con un iter travagliato, non condiviso da gran parte dei medici perchè macchinoso, burocratico e

ai crediti effettivi che la commissione nazionale per la formazione continua attribuisce all'evento o progetto formativo. Ai soggetti pubblici e privati ed alle società scientifiche che chiedono l'accreditamento nel rispetto delle procedure stabilite dalla commissione, viene comunicato preventivamente il numero dei crediti che può essere attribuito all'evento o progetto formativo, sulla base dei criteri stabiliti dalla commissione e della valutazione degli esperti.

I soggetti interessati, ricevuta per via informatica la comunicazione del numero dei crediti che saranno attribuiti all'evento, devono confermare la richiesta di accreditamento versando contestualmente il contributo dovuto. L'omesso versamento ovvero il versamento in misura inferiore a quella prescrit-

ta non consentono l'accreditamento dell'evento o progetto formativo"

Infine questo è il testo del punto 3: "Per progetto formativo, ai fini e per gli effetti della contribuzione disciplinata dal presente decreto, si intende l'evento formativo, predisposto da un'azienda pubblica o privata, che pur prevedendo varie tipologie di attività formative (convegni, corsi pratici, consensus meeting aziendali, ecc.), ha uno specifico ed unitario obiettivo formativo riconducibile ad uno degli obiettivi formativi di interesse nazionale e regionale, è rivolto ad una o più categorie professionali che operano nell'azienda, è riservato esclusivamente al personale dipendente dall'azienda o convenzionato con l'azienda stessa. Il progetto formativo è globalmente accreditato". ■

costoso. Questo sistema, ancora prima di nascere, è stato ed è tuttora causa di conflitti tra società e Associazioni Scientifiche, Università, Regioni, Stato, Fnomceo (vedi l'ultimo documento Stato-Regioni).

Il decollo del sistema ECM, previsto nel secondo semestre del 2001, è invece "slittato" al gennaio 2002 (non si è mai usato il termine "rinviato" ma la sostanza non cambia). E' stato ribadito l'obiettivo dei 150 crediti in tre anni anche in occasione di riunioni autoeologiche come quella di Cernobbio, e, dopo ripetuti rinvii, pare che con il prossimo aprile avremo i primi eventi accreditabili con il raggiungimento dei 150 crediti previsti in 5 anni anziché ai 3 originari

In questo ripetersi di "slittamenti" e modifiche i Medici, diretti interessati, hanno la sen-

sazione che il sistema non sia ancora pronto. Del resto se negli USA la CME (Continuing Medical Education) ha posto le sue basi all'inizio del 1900, è verosimile che l'Italia non riesca ad organizzare ex-novo un analogo sistema in poco più di un anno.

Inoltre sembrerebbe stabilito l'obbligo da parte degli organizzatori di versare una somma da 500.000 a 1.500.000 lire per evento formativo.

E' prevedibile che si assisterà al fiorire di società di servizi pronte, a pagamento, ad organizzare eventi a scapito di società ed associazioni scientifiche, culturalmente valide ma prive di finanziamenti, nate negli ultimi anni sul territorio, in risposta ad una esigenza di aggiornamento, di confronto e di verifica del proprio lavoro. ■

Il sistema dell'ECM contribuirà a smantellare tutto questo, giacchè le piccole ed attive società ed associazioni scientifiche, che organizzano incontri sia inter pares che con esperti a proprie spese, potrebbero non essere in grado di far fronte alla burocrazia dell'ECM. Non tutte le società hanno un segreteria organizzativa, ma le riunioni rivelatesi più utili e con maggior impatto nella pratica sono quelle organizzate da queste piccole associazioni, che non saranno, inoltre, in grado di far fronte all'aspetto economico. Appare ancora confuso e da definire il ruolo degli Ordini dei Medici, inoltre, le Regioni che dovrebbero avere una centralità nel

sistema ECM non sono ancora organizzate, le società scientifiche non sono ancora accreditate e il sistema centrale organizzato sul sito del Ministero della Salute non ha, certo, brillato per efficienza e tempismo.

Sig. Ministro la invito a sostenere i modelli nati spontaneamente e, nell'eventualità che i risultati fossero ritenuti positivi e condivisibili, a verificarne l'applicabilità su scala maggiore.

Le chiedo di non disperdere questo patrimonio accumulato e di non esporre i medici al rischio di un aggiornamento di stato non condivisibile e partecipato ma subito.

Alberto Ferrando

Sfigmomanometro Perfect-Aneroid

SA.GE. SA.GE.

ERKA.

SA.GE. Articoli Sanitari

Via Vito Vitale, 26 - 16143 Genova Tel. 010/5220296 Fax 010/5450733

ECM

Sono 19 gli obiettivi generali...

Molti sono gli obiettivi che, secondo la commissione nazionale Ecm, possono coagulare l'attività di formazione dei Medici. Essi sono stati divisi in obiettivi generali (nei quali tutte le categorie professionali, aree e discipline, possono riconoscersi) e obiettivi specifici (propri, appunto, di categorie, aree e discipline). Appartengono ai primi:

- a) qualità assistenziale, relazionale e gestionale nei servizi sanitari;
- b) etica e deontologia degli interventi assistenziali e socio assistenziali con riferimento all'umanizzazione delle cure, alla tutela del segreto professionale e alla privacy;
- c) sistemi di valutazione, verifica e miglioramento degli interventi preventivi, diagnostici, clinici e terapeutici e di misurazione dell'efficacia;
- d) formazione interdisciplinare finalizzata allo sviluppo dell'integrazione di attività assistenziali e socioassistenziali;
- e) promozione della qualità della vita e della qualità e sicurezza dell'ambiente di vita e di lavoro;
- f) miglioramento degli stili di vita per la salute;
- g) miglioramento dell'interazione tra salute ed ambiente;
- h) tutela degli aspetti assistenziali e socioassistenziali, compresi quelli psicologici, delle fasce deboli;
- i) promozione di una comunicazione corretta ed efficace;
- j) apprendimento e miglioramento dell'inglese scientifico;
- k) consenso informato;
- l) gestione del rischio biologico, chimico e fisico anche con riferimento alla legge 626;
- m) implementazione dell'introduzione della medicina basata sulle prove di efficacia nella pratica assistenziale;
- n) sistema informativo sanitario e suo utilizzo per valutazioni epidemiologiche;
- o) formazione multiprofessionale per la cooperazione alla definizione del progetto riabilitativo applicato alle diverse aree della disabilità;
- p) cultura gestionale;
- q) educazione sanitaria;
- r) bioetica in medicina;
- s) organizzazione dipartimentale.

ECM

...e ben 26 quelli specifici

Gli obiettivi specifici elencati dalla commissione sono:

- a) miglioramento delle conoscenze e delle competenze professionali per le principali cause di malattia, con particolare riferimento alle patologie cardiovascolari, neoplastiche e geriatriche;
- b) interventi di formazione nel campo delle emergenze-urgenze;
- c) formazione in campo socio-assistenziale e per l'implementazione dell'assistenza domiciliare integrata;

- d) tutela della salute della donna e del bambino e delle patologie neonatali;
- e) basi molecolari e genetiche delle malattie e strategie terapeutiche correlate;
- f) formazione finalizzata all'utilizzo e all'implementazione delle linee guida e dei percorsi diagnostico-terapeutici;
- g) promozione della cultura della donazione e formazione interdisciplinare in materia di trapianti d'organo;
- h) clinica e diagnostica delle malattie infettive emergenti e riemergenti e patologie d'importazione;
- i) farmacoepidemiologia, farmacoeconomia e farmacovigilanza;
- j) controllo delle infezioni nosocomiali;
- k) innovazione tecnologica: valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche e dei dispositivi medici;
- l) sicurezza degli alimenti;
- m) sviluppo delle attività e degli interventi di sanità pubblica veterinaria, con particolare riferimento all'igiene degli allevamenti e delle produzioni animali, alla sanità animale e all'igiene degli alimenti di origine animale;
- n) disturbi del comportamento alimentare e malattie metaboliche;
- o) implementazione della sicurezza nella produzione, distribuzione ed utilizzo del sangue e degli emoderivati;
- p) percorsi diagnostico-terapeutici nella pratica della medicina generale;
- q) progettazione ed utilizzo della ricerca clinica ed epidemiologica in medicina generale e pediatria di libera scelta;
- r) telemedicina;
- s) innovazione tecnologica e implementazione delle abilità e manualità nella pratica della medicina generale e della pediatria di libera scelta;
- t) formazione manageriale in medicina generale e pediatria di libera scelta;
- u) aggiornamento professionale nell'esercizio dell'attività psicologica e psicoterapeutica;
- v) aggiornamento delle procedure e attività professionali per le professioni sanitarie non mediche;
- w) percorsi assistenziali: integrazione tra ospedalizzazione, assistenza specialistica, assistenza domiciliare integrata;
- x) utilizzo delle tecnologie radianti a fini preventivi, diagnostici e terapeutici;
- y) ottimizzazione dell'impiego delle terapie termali nell'ambito delle prestazioni nel Ssn;
- z) area delle specialità medico chirurgiche;
- aa) valutazione dei fondamenti scientifici e dell'efficacia delle medicine alternative o non convenzionali. ■

MEDICO COMPETENTE

La legge 626/94 ("Sicurezza e salute dei lavoratori negli ambienti di lavoro") è stata modificata dal Decreto legge 402/2001 convertito in legge 1/2002.

Sono state aggiunte, infatti, due ulteriori specialità: Igiene e medicina preventiva e Medicina legale e delle assicurazioni.

L'integrativo per i Medici di medicina generale

L'accordo è immediatamente esecutivo, anche per la continuità assistenziale

Con una delibera della Giunta in data 28 dicembre scorso, la Regione Liguria ha approvato il testo dell'accordo integrativo che riguarda i Medici di medicina generale e quelli di continuità assistenziale. L'approvazione è arrivata dopo che la Regione aveva accettato una modifica suggerita dall'Ordine dei Medici sui protocolli assistenziali relativi a patologie diffuse. L'accordo è quindi immediatamente esecutivo. Eccone il testo completo.

Articolo 1 - Oggetto dell'accordo

Ai sensi dell'articolo 73 del Dpr 270/2000 il presente accordo definisce :

- i compiti e le attività svolte dai medici di medicina generale, in forma aggiuntiva rispetto a quanto previsto dall'accordo collettivo nazionale;
- gli aspetti dell'organizzazione, della medicina in forma associata e delle altre modalità di lavoro finalizzate al miglioramento dell'assistenza;
- il coinvolgimento dei medici di medicina generale nelle attività distrettuali delle Aziende.

L'accordo fornisce inoltre indicazioni:

- per il rispetto dei livelli di spesa programmati;
- per la partecipazione dei medici di medicina generale alle strategie aziendali miranti alla riduzione dei ricoveri impropri, all'appropriatezza delle prestazioni indotte, alla riduzione delle liste di attesa e dei volumi della spesa farmaceutica.

L'amministrazione regionale, in conformità

agli indirizzi nazionali, stabilisce le linee di coordinamento e la programmazione generale delle aree tematiche, con il coinvolgimento delle Aziende e delle organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative e definisce le linee guida degli accordi aziendali al fine di armonizzare la contrattazione periferica rispetto agli obiettivi generali della programmazione regionale, in particolare per quanto riguarda: a) ambito e tempi di riferimento b) obiettivi assistenziali e strumenti operativi c) modelli di distrettualizzazione d) modelli di valutazione ed effetti temporali.

Articolo 2 - Funzionalità dei Distretti

Sulla base delle linee di indirizzo per la redazione del Piano Socio sanitario regionale il Distretto, all'interno dell'Azienda Sanitaria Locale, assume il coordinamento e l'integrazione di tutte le attività di assistenza sanitaria extra-ospedaliera e si pone come centro di riferimento ed accesso per il cittadino ai servizi sanitari e sociosanitari.

I Direttori Generali delle Aziende si impegnano ad attivare le iniziative necessarie alla costituzione dei Distretti definite nell'Atto di Autonomia Aziendale, ed a valorizzare, all'interno dell'organizzazione distrettuale, il ruolo dei medici di medicina generale quali interlocutori principali per l'accesso ai servizi socio-sanitari e per la continuità assistenziale nei diversi luoghi di trattamento, previ accordi specifici.

Articolo 3 - Elementi conoscitivi e valutazione della spesa per la programmazione regionale, aziendale, distrettuale

Viene riconosciuta l'esigenza di conoscere e valutare la spesa sanitaria globale per definire specifici obiettivi e programmi di attività miranti a perseguire l'appropriatezza e la razionalizzazione dell'impiego delle risorse.

La Regione si impegna ad individuare criteri uniformi ed omogenei per la rilevazione delle seguenti voci di spesa :

- spesa per attività specialistica e diagnostica
- spesa farmaceutica
- spesa per ricoveri ospedalieri
- spesa ricoveri in RSA ovvero in strutture residenziali e semiresidenziali
- spesa per prestazioni integrative dell'assistenza primaria
- spese per trasporti
- spese per interventi di pronto soccorso, continuità assistenziale ed emergenza territoriale
- spese per soggetti disabili
- spesa per prestazioni indotte da altre componenti sanitarie.

Ciascuna Azienda rileva tali elementi di spesa secondo le modalità tecniche che riterrà opportune, uniformandosi a criteri omogenei regionali e riportando gli stessi al Comitato Permanente Regionale ed ai rispettivi Comitati Aziendali.

Articolo 4 - Verifica e controllo di tutte le prescrizioni farmaceutiche e le prestazioni diagnostiche e sanitarie

Il Comitato Permanente Regionale si impegna

a proporre idonee iniziative volte ad uniformare modalità e tempi delle verifiche aziendali relative alle prescrizioni specialistiche e farmaceutiche, con particolare riferimento a quelle soggette a note Cuf.

Articolo 5 - Rapporti tra medici di medicina generale e personale medico dipendente

Al fine di garantire una corretta applicazione dell'accordo collettivo nazionale della medicina generale ed una puntuale valutazione dei costi sanitari determinati dalla assistenza sanitaria di base e dalla medicina di secondo livello, ciascuna Azienda si impegna a vigilare sull'attuazione delle disposizioni che regolano i rapporti tra i medici di medicina generale, i medici dipendenti, gli specialisti convenzionati ed i soggetti accreditati, ed a sburocratizzare le rispettive competenze per facilitare la fruibilità dei servizi da parte dei cittadini, anche con il coinvolgimento diretto degli Ordini Provinciali dei Medici.

Articolo 6 - Forme dell'associazionismo medico

Alle forme associative viene attribuito un importante ruolo nel facilitare l'accesso alla medicina generale ed ai servizi aziendali e distrettuali, nel garantire maggiore qualità degli stessi, nella sperimentazione di nuove forme integrate assistenziali, nel condividere percorsi e linee guida diagnostico-terapeutiche, rispettando l'autonomia professionale dei singoli medici.

Per garantire una agevole e puntuale applicazione delle forme associative previste e disciplinate dall'articolo 40 del Dpr 270/2000,

volta ad assicurare la diffusione omogenea ed uniforme sul territorio regionale di un migliore livello di assistenza e delle incentivazioni economiche previste per i medici associati, le percentuali indicate alla lettera B2 dell'articolo 45 dovranno essere riferite al numero degli assistibili in ciascun ambito aziendale. A tal fine le Aziende dovranno considerare i dati utilizzati per il calcolo delle zone carenti, tenuto conto della popolazione residente ultraquattordicenne.

La Regione Liguria intende promuovere la più ampia diffusione della medicina di gruppo e della medicina in rete, che garantiscono forme di assistenza più qualificata per l'utenza.

La medicina in associazione verrà riconosciuta fino alla concorrenza della percentuale massima pari al 40% degli assistibili a livello aziendale. Eventuali richieste di superamento della percentuale provenienti dalle Aziende dovranno essere sottoposte alla valutazione del Comitato Regionale Permanente.

Ogni forma associativa prevista dall'articolo 40 del Dpr 270/2000 dovrà esporre nelle rispettive sedi e studi medici la propria "carta dei servizi", concordata con l'Azienda, che contenga almeno le seguenti indicazioni:

- numero e nominativi dei componenti
- orari e sedi degli ambulatori
- modalità di accesso alle prestazioni fornite
- modalità organizzative in caso di sostituzione.

A livello aziendale potranno essere adottate ulteriori modalità di informazione degli assistiti. Le Aziende potranno inoltre concordare con le associazioni dei Medici convenzionati particolari protocolli assistenziali relativi a patologie diffuse al fine di assicurare una maggiore assistenza territoriale al paziente; tale attività sarà riconosciuta dall'Azienda in

funzione dei risultati.

Per la corresponsione dei compensi arretrati previsti dall'accordo nazionale per la medicina in associazione le parti concordano la decorrenza dalla data di presentazione della domanda a partire comunque dall'entrata in vigore del Dpr 270/2000.

Per la liquidazione dei compensi arretrati previsti dall'accordo nazionale per le medicine di gruppo e le medicine in rete le parti concordano la decorrenza dalla data di presentazione della domanda a partire comunque dal 1 gennaio 2000.

Le forme associative (art. 40 dell'ACN) di tipo societario e/o loro consorzi, regolarmente costituiti secondo le norme del diritto societario, rappresentano un importante interlocutore regionale, aziendale e distrettuale per la progettazione, la gestione, l'erogazione di prestazioni socio-sanitarie assistenziali anche complesse (domiciliarità delle cure, centri diurni, ospedali di comunità, RSA a basso peso di medicalizzazione, forme integrate nella continuità assistenziale, assicurazioni sanitarie integrative, ecc).

Nulla osta a che tali forme associative collaborino con i vari enti pubblici e locali nell'erogazione delle cure primarie.

Articolo 7 - Privacy

Il medico di famiglia gode di una autorizzazione preventiva del garante per la protezione dei dati sensibili al trattamento dei dati sanitari dei pazienti, che non è estensibile ad altri medici ed altri operatori sanitari pubblici e privati.

La convenzione per la medicina generale fissa tra i presupposti delle varie forme della

medicina associativa la possibilità di accesso ai dati degli assistiti per tutti gli associati e l'ipotesi di consenso tacito dell'interessato al trattamento dei propri dati sensibili è categoricamente esclusa, come sono escluse le ipotesi di consenso verbale o di silenzio assenso o ancora di consenso collettivo.

Vista la normativa vigente in ordine alla disciplina dei dati personali, con particolare riferimento agli articoli della legge n. 675/96 e del decreto legislativo n. 282/99, relativi ai dati idonei a rivelare lo stato di salute dei cittadini, ciascun medico si impegna a tutelare i propri assistiti dagli effetti nocivi che potrebbero derivare loro dall'acquisizione, utilizzazione e circolazione delle informazioni secondo le moderne tecnologie delle comunicazioni attraverso le banche dati e l'informatica in generale.

Nelle ipotesi previste dall'articolo 40 dell'accordo collettivo nazionale (medicina in rete, medicina di gruppo e medicina in associazione), che comportano l'adozione di supporti tecnologici e strumentali comuni e l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti dell'associazione, l'informativa di cui all'articolo 10 della legge n. 675/96, effettuata dal medico di medicina generale scelto dall'assistito sarà riferibile a più titolari del trattamento (in primo luogo ai medici associati nonché agli specialisti e alle altre figure professionali non mediche di struttura sanitaria pubblica, accreditata e privata) ed il consenso prestato dall'assistito ai sensi dell'articolo 11 della legge n. 675/96 sarà pienamente valido nei confronti di tutti i titolari medesimi.

Ciascun medico di medicina generale sarà tenuto ad ottenere il consenso di cui sopra

dagli assistiti, adottando a tal fine apposito modulo informativo da far sottoscrivere all'assistito il quale si rechi presso lo studio, richiedendo prestazioni mediche anche specialistiche e/o prescrizioni di farmaci.

Il consenso informato sarà parte integrante della scheda anagrafica sanitaria regionale e come tale inserito negli elenchi riepilogativi forniti dal gestore dell'anagrafe sanitaria regionale.

Consenso al trattamento dei dati sensibili ai fini della legge 31.12.1996 n. 675 (da compilarsi a cura del paziente)

Il sottoscritto..... nato a.....il.....
residente.....

tessera sanitaria.....cod. fisc.....

assistito dal dr.....codice regionale....

e dallo stesso informato sui diritti e sui limiti di cui alla legge n. 675/96 concernente la "tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali" autorizza

lo stesso e, in sua assenza, i sostituti ed i medici associati a raccogliere, registrare e utilizzare i dati personali ai fini di diagnosi e cura.

Inoltre autorizza/non autorizza (*cancellare la voce che non interessa*)

il proprio medico ed i medici facenti parte della medicina di gruppo, in rete o in associazione, ad utilizzare in forma anonima i dati raccolti a scopo di ricerca scientifica ed epidemiologica.

Inoltre il sottoscritto acconsente o non acconsente (*barrare le caselle interessate*):

1. al trattamento dei dati sensibili da parte di personale medico e di studio e di altre figure professionali dipendenti della Asl.

Articolo 8 - Indennità per il collaboratore di studio

La percentuale del 25% prevista per la corresponsione dell'indennità di collaboratore di studio ai sensi dell'articolo 45 lettera B4 si intende riferita al numero degli assistibili in ambito aziendale, considerando i dati utilizzati al fine del calcolo delle zone carenti della popolazione residente ultraquattordicenne

2. alla prenotazione di indagini cliniche, alla ricezione di referti clinici e cartelle cliniche, per via telematica da

- strutture sanitarie pubbliche
- strutture sanitarie accreditate
- strutture sanitarie private

3. alla trasmissione informatica di ricette mediche, gestite solo dal medico di fiducia, associati o sostituti, a strutture pubbliche convenzionate e private, onde alleviare i disagi del paziente all'acquisizione del farmaco.

che sia data comunicazione relativa al proprio stato di salute alle persone sotto indicate:

- 1).....
- 2).....

Inoltre il sottoscritto
acconsente

al ritiro della propria documentazione sanitaria (ivi comprese ricette mediche, richieste specialistiche, referti di indagini, cartelle cliniche) alle persone sotto indicate:

- 1).....
- 2).....

Firma dell'interessato (o del genitore se minore di età)
data.....

avente diritto ai sensi del successivo art. 14. Fatta salva la corresponsione dell'indennità ai medici che già percepivano tale compenso ai sensi del precedente accordo regionale, i medici interessati, individualmente, presenteranno apposita istanza all'azienda di appartenenza, allegando copia del contratto di lavoro del collaboratore di studio e dichiarazione dell'ente che fornisce lo stesso.

Le aziende potranno concedere l'indennità per il collaboratore di studio medico superando la percentuale del 25%, sulla base di appositi progetti obiettivo, approvati dai Comitati Aziendali, nei quali siano previste idonee modalità organizzative per il miglioramento del servizio agli assistiti ed appropriati indicatori per la valutazione dei risultati raggiunti, dando priorità a tutte le forme associative previste dall'art. 40 del Dpr 270/2000. Alla percentuale del 25% non concorrono le medicine di gruppo che hanno comunque il diritto all'indennità per il collaboratore di studio, previa richiesta alle aziende.

Si concorda che per le stesse la presenza del collaboratore di studio deve essere garantita per un minimo di 5 ore per ciascun medico partecipante con il tetto massimo di 30 ore settimanali. Le Asl verificano annualmente gli elenchi dei Mmg che percepiscono l'indennità di collaboratore di studio e si impegnano all'aggiornamento delle graduatorie per l'eventuale inserimento degli esclusi.

Articolo 9 - Indennità per personale infermieristico

La percentuale del 5% prevista per la corresponsione dell'indennità di personale infermieristico ai sensi dell'articolo 45 lettera B5

si intende riferita al numero degli assistibili in ambito aziendale, considerando i dati utilizzati al fine del calcolo delle zone carenti sulla popolazione residente ultraquattordicenne avente diritto ai sensi del successivo art. 14. Le Asl verificano annualmente gli elenchi dei Mmg che percepiscono l'indennità di personale infermieristico e si impegnano all'aggiornamento delle graduatorie per l'eventuale inserimento degli esclusi.

Le aziende potranno concedere l'indennità per il personale infermieristico superando la suddetta percentuale del 5%, sulla base di appositi progetti obiettivi, approvati dai comitati aziendali, nei quali siano previste idonee modalità organizzative per il miglioramento del servizio agli assistiti ed appropriati indicatori per la valutazione dei risultati raggiunti, dando priorità a tutte le forme associative previste dall'art. 40 del Dpr 270/2000. I medici interessati, individualmente, presenteranno apposita istanza all'Azienda di appartenenza allegando copia del contratto di lavoro stipulato con il personale infermieristico o con l'ente che lo fornisce, dal quale risulti l'impegno orario.

Alla percentuale del 5% non concorrono le medicine di gruppo che hanno comunque diritto all'indennità per personale infermieristico, previa richiesta alle Aziende.

Le parti si impegnano ad individuare opportuni indicatori di risultato che serviranno per una valutazione a sei mesi dall'approvazione del presente accordo.

Articolo 10 - Indennità per l'organizzazione del servizio ambulatoriale

A fronte della migliore organizzazione del

servizio di assistenza ambulatoriale, che potrà essere garantito dai medici di medicina generale con l'introduzione di sistemi di prenotazione delle visite o con la realizzazione di "ambulatori per patologia" in giorni particolari, dedicati alla visita ed al monitoraggio dello stato di salute di pazienti affetti da particolari patologie quali:

- ipertensione
- diabete

viene riconosciuta ai medici di medicina generale una indennità annua lorda pari a lire 2.000 per ciascun assistito in carico.

Articolo 11 - indennità per reperibilità telefonica

Ogni singola azienda potrà attivare, con le modalità stabilite dal comitato aziendale, ulteriori progetti di miglioramento del servizio di assistenza primaria, che garantiscano la reperibilità telefonica, a fronte di specifico compenso, da parte dei medici di medicina generale nei confronti dei propri assistiti nella fascia diurna 8,00 - 20.00 dei giorni da lunedì a venerdì.

Articolo 12 - Compenso accessorio annuo per assistenza in zone disagiate

Ai sensi dell'articolo 45 lettera C2, ai medici di assistenza primaria spetta un compenso accessorio annuo lordo pari a lire 8.000 per ciascun assistito residente in Comuni considerati zone disagiate a popolazione sparsa. Si conferma l'elenco dei Comuni rientranti tra le cosiddette "zone disagiate" formalizzato con il decreto regionale n. 613/2000, sulla

base della ricognizione effettuata dalle aziende tenuto conto dei seguenti criteri:

- a) Comuni con popolazione inferiore a 700 abitanti di cui meno del 60% residente nel nucleo principale;
- b) rapporto superficie/popolazione sparsa pari a 30 abitanti per km quadrato;
- c) difficile percorribilità delle strade di accesso dovuta ad obiettive condizioni delle stesse ovvero a condizioni meteorologiche stagionali avverse ed in particolare periodi annui di innevamento. In particolare, nell'ambito delle zone disagiate di cui alla lettera c) del precedente comma le aziende potranno individuare con proprio decreto altri Comuni, oltre a quelli contenuti nell'elenco di cui al decreto regionale n. 613/2000, su proposta sindacale e con il parere favorevole del Comitato Aziendale.

Per la corresponsione del compenso accessorio, le parti concordano di considerare le scelte in carico a ciascun medico alla data del 31 dicembre di ogni anno.

Per la liquidazione degli arretrati spettanti per gli anni 1998 - 1999 e 2000 si manterranno i criteri di cui al decreto regionale n. 613/2000.

Per i compensi relativi all'anno 2001 e seguenti si applicheranno i criteri di cui al presente articolo.

Articolo 13 - Assistenza domiciliare integrata

Il livello assistenziale della domiciliarità delle cure, in ogni sua forma, è garantito al cittadino da parte del medico iscritto negli elenchi della medicina generale.

Obiettivo del presente articolo è l'adesione

del più alto numero di Mmg alle varie forme di assistenza sanitaria e socio-assistenziale domiciliare per i cittadini aventi diritto, finalizzata ad assicurare livelli essenziali ed uniformi di assistenza.

Le deliberazioni regionali n. 1377/1999 e n.523/2001 rappresentano un valido punto di riferimento per la presenza in alcune aree del territorio regionale di una consolidata assistenza domiciliare integrata denominata "spedalizzazione territoriale", con una propria ben organizzata struttura di beni e servizi rivelatasi gradita ai cittadini ed ai Mmg. Per non disperdere questo patrimonio di esperienze e di formazione professionale, la Regione si impegna a garantire i servizi assicurati con tale modello organizzativo e a diffondere idonee forme di assistenza territoriale in tutte le Aziende liguri.

La Regione, le Asl ed i distretti, in collaborazione con gli enti locali, si impegnano a dare completa attuazione a quanto previsto dall'articolo 39 del Dpr 270/2000 e nell'allegato "H" a proposito dell'assistenza domiciliare integrata.

Nelle località dove presente, la ST riassume le caratteristiche proprie dell'ADI, con le forme procedurali ed organizzative in atto e con i benefici economici previsti a favore delle varie figure professionali coinvolte: Mmg, specialisti ospedalieri ed ambulatoriali, medici del distretto e della Continuità Assistenziale.

Il Comitato Permanente Regionale controlla che le modalità di attivazione e di attuazione del servizio dell'ADI siano uniformi su tutto il territorio regionale, controllando anche gli indici di qualità del servizio dettati dalla convenzione. Nell'ambito dell'ADI, il medico di

assistenza primaria:

- ha la responsabilità unica e complessiva del paziente
- tiene la scheda degli accessi presso il domicilio del paziente, fornita dall'Asl e sulla quale gli operatori sanitari riportano i propri interventi
- attiva le eventuali consulenze specialistiche, gli interventi infermieristici e sociali programmati
- coordina gli operatori per rispondere ai bisogni del paziente.

Qualora vengano erogate prestazioni assistenziali al domicilio del paziente dalle quali siano esclusi i Mmg, le stesse non devono essere considerate ADI.

Articolo 14 - Determinazione delle zone carenti

La determinazione delle zone carenti avviene, per cittadini residenti assistiti direttamente dal Ssn, avendo cura di non computare nel calcolo i cittadini le cui cure primarie non spettano al medico di medicina generale essendo le stesse a carico di Amministrazioni pubbliche (per i cittadini ospitati presso ex istituti manicomiali, presso RSA e istituti privati accreditati, cittadini residenti temporaneamente all'estero, detenuti, giovani in servizio di leva militare e servizio civile, marittimi delle diverse casse, cittadini con scelta in deroga al di fuori della Asl e altre categorie per cui il medico di medicina generale non è tenuto a prestare la sua opera).

Le zone carenti sono determinate per azienda sanitaria avendo riguardo al rapporto ottimale 1/1000. L'assegnazione delle zone carenti avviene, nel rispetto di quanto indica-

to dalla Circolare del Ministero della Sanità, prot.1200/SRC/956/M.G. del 22 aprile 1997.

Il medico titolare della zona carente esercita l'attività convenzionale in un unico studio ubicato nella zona medesima. Tale attività può essere esercitata anche in uno studio diverso se debitamente autorizzato dal Comitato Aziendale.

Il Comitato Permanente Regionale indica i criteri in base ai quali viene concessa l'autorizzazione al secondo studio convenzionato.

La scelta del medico di medicina generale è obbligatoria per il cittadino al fine di godere delle prestazioni a carico del Ssn.

In caso di trasferimento del paziente all'interno del territorio della stessa Asl la scelta del medico si intende automaticamente confermata.

Articolo 15 - Anagrafe sanitaria. Scelte e revoche

L'anagrafe sanitaria è il primo strumento operativo per l'identificazione dei cittadini aventi diritto alle prestazioni sanitarie e per una corretta programmazione sanitaria.

Una aggiornata e corretta gestione dell'anagrafe sanitaria rappresenta per il Mmg lo strumento indispensabile di lavoro e remunerazione.

Per la regolamentazione delle modalità di scelta, rikusazione e revoca del medico, si richiamano le previsioni di cui agli articoli 26, 27 e 28 del Dpr 270/2000.

L'Azienda è tenuta a comunicare la revoca d'ufficio al medico entro i termini di un anno dalla morte dell'assistito e di tre mesi dal suo trasferimento, termini ordinatori che non comportano la decadenza dell'Azienda dal

diritto alla ripetizione delle somme indebitamente pagate. La ripetizione di tali somme ha luogo con il termine quinquennale di prescrizione. L'Azienda inadempiente all'obbligo di tempestiva comunicazione non potrà tuttavia addebitare alcun interesse sulle somme recuperate.

In caso di trasferimento della residenza del paziente all'interno del territorio della stessa Asl la scelta si intende automaticamente confermata. Per la ripetizione delle somme già erogate in applicazione dell'articolo 22 dell'accordo regionale, approvato con DGR n.2349 del 13 novembre 1998 ed annullato con successiva DGR n. 1150 del 20 ottobre 2000, tenuto conto della particolare situazione creatasi per effetto dell'accordo regionale e dell'acquisizione in buona fede delle somme da parte dei medici, si concorda che le Aziende provvederanno al recupero delle quote erroneamente corrisposte ai medici di medicina generale con il termine quinquennale di prescrizione del credito ed al netto di quanto eventualmente già recuperato con la trattenuta delle dodici quote.

Qualora l'importo complessivo sia superiore al 20% degli emolumenti mensili, l'Azienda potrà dare corso al conguaglio negativo solo con il consenso del medico interessato, in mancanza del quale la ripetizione avrà luogo con rateizzazione nella misura massima del 20% dei compensi mensili, al netto delle ritenute fiscali e previdenziali.

Articolo 16 - Continuità assistenziale

Le Aziende promuovono, con idonee iniziative, campagne di sensibilizzazione della citta-

dinanza e gruppi di valutazione sulla tipologia delle richieste e degli interventi della continuità assistenziale, al fine di valutare l'appropriatezza e la congruità del servizio. Per favorire la partecipazione alla formazione continua di cui all'articolo 8 del Dpr 270/2000 e migliorare il servizio della continuità assistenziale, si concorda di estendere le attività dei Medici di continuità assistenziale dalle ore 8.00 alle ore 10.00 dei giorni pre-festivi. Per imprevedibili ed urgenti esigenze del servizio, e previo assenso del medico, l'attività di continuità assistenziale può superare la durata di 12 ore. In tali situazioni le Aziende possono prevedere cifre aggiuntive sul compenso orario stabilito dall'articolo 57 del Dpr 270/2000. Il compenso aggiuntivo viene corrisposto ai medici di continuità assistenziale su tutte le ore effettivamente svolte. Oltre alle prestazioni aggiuntive previste dalla lettera A dell'allegato "D" del Dpr 270/2000, i medici di continuità assistenziale possono eseguire, senza autorizzazione sanitaria, singole iniezioni endovenose, retribuite con il corrispettivo unitario di lire 11.930.

In considerazione degli aspetti innovativi e sperimentali di tale istituto, si concorda di monitorare le prestazioni aggiuntive svolte dai medici di continuità assistenziale per un periodo di mesi 12, al fine di individuare eventuali percentuali dei tetti mensili.

In occasione delle festività di particolare rilevanza, si concorda di remunerare i turni sottoindicati con una tariffa maggiorata di lire 50.000 per turni di 12 ore:

1 gen.	dalle 00.00	alle 20.00
6 gen.	dalle 8.00	alle 20.00
Pasqua	dalle 8.00	alle 20.00

Lun. dell'Angelo	dalle 8.00	alle 20.00
25 aprile	dalle 8.00	alle 20.00
1 maggio	dalle 8.00	alle 20.00
15 agosto	dalle 8.00	alle 20.00
24 dicembre	dalle 20.00	alle 24.00
25 dicembre	dalle 00.00	alle 24.00
26 dicembre	dalle 00,00	alle 20.00
31 dicembre	dalle 20.00	alle 24.00

Al fine di una migliore organizzazione del servizio, l'Azienda può istituire una indennità di reperibilità pari a lire 50.000 lorde per turni di 12 ore, con previsione di un numero di reperibili almeno pari al numero degli ambiti istituiti presso ciascuna azienda.

Il medico reperibile mantiene il diritto al compenso anche nel caso in cui venga impiegato in turno di servizio attivo e comunque con disponibilità a coprire un turno attivo anche in ambito diverso a richiesta della centrale operativa.

Al fine di garantire la continuità assistenziale, in analogia a quanto previsto dalla norma finale n. 10 del Dpr 270/2000, le Aziende possono istituire apposite graduatorie di medici laureati dopo il 31 dicembre 1994 e che non siano in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale, da incaricare per incarichi di sostituzione o provvisori nel caso in cui questi non siano stati assegnati a medici inclusi nella graduatoria regionale per mancanza di medici disponibili ad accettare gli incarichi. Tali graduatorie verranno compilate sulla base del criterio della residenza nel territorio dell'Azienda e dell'anzianità di laurea.

I medici di continuità assistenziale partecipano ai progetti obiettivi che prevedano il loro

attivo coinvolgimento (es. uso di elettrocardiografo, spirometro, strumenti di telemedicina, attivazione di ambulatori che garantiscano l'assistenza primaria e la continuità assistenziale, partecipazione alle attività di domiciliarità delle cure), concordati con le Aziende e con i rappresentanti sindacali degli altri medici coinvolti nella progettazione.

Qualora la realizzazione dei progetti obiettivi comporti una ottimizzazione dei servizi erogati ed un risparmio di risorse, queste ultime potranno essere impiegate per attività di aggiornamento dei medici di continuità assistenziale e per il potenziamento delle risorse strumentali idonee ad un più congruo intervento professionale.

Si ritiene opportuno che presso le singole Aziende vengano avviate, di concerto con le rappresentanze sindacali delle categorie professionali coinvolte, iniziative sperimentali volte alla riduzione dei ricoveri e degli accessi impropri alle strutture di pronto soccorso, attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina e l'erogazione di prestazioni ambulatoriali, quali ad esempio gli ambulatori di medicina generale dedicate ai codici bianchi e verdi ubicati presso le strutture ospedaliere di pronto soccorso.

Le singole Aziende possono prevedere forme di partecipazione dei medici di continuità assistenziale alle attività di ADI o ST, con i compensi previsti dagli allegati G ed H del Dpr 270/2000.

Nell'ambito delle attività aziendali di programmazione ed organizzazione della formazione professionale dei medici dovranno essere opportunamente coinvolti rappresentanti dei medici di continuità assistenziale. ■

Finanziaria, nove articoli per noi

Il capitale privato approda negli Irccs - Più interscambio tra le diverse branche

Come ormai consuetudine da qualche anno, nella legge finanziaria vi sono diversi articoli che ci riguardano direttamente. Ne riportiamo il testo. Per voler mettere in luce in estrema sintesi i punti principali, sottolineiamo che c'è una maggiore "intercomunicabilità" tra i camici bianchi di diverse branche. Ad esempio i medici di medicina generale potranno, in certe condizioni, passare tra gli specialisti ambulatoriali e i laureati in medicina e chirurgia abilitati, anche durante la loro iscrizione ai corsi di specializzazione o ai corsi di formazione specifica in medicina generale, possono sostituire, a tempo determinato, medici di medicina generale convenzionati con il Servizio sanitario nazionale.

Articolo 2

▼
Modificazioni alla disciplina dell'Irpef per le famiglie, della detraibilità delle spese sostenute dai soggetti sordomuti e della deducibilità delle spese per le imprese del settore farmaceutico. (...)

3. All'articolo 13-bis, comma I, del citato testo unico delle imposte sui redditi in materia di detrazioni per oneri, dopo la lettera c-bis) è inserita la seguente:

"c-ter) le spese sostenute per i servizi di interpretariato dai soggetti riconosciuti sordomuti, ai sensi della legge 26 maggio 1970, n.381".

4. L'articolo 19, comma 14, della legge 11 marzo 1988, n.67, e successive modificazioni, concernente la deducibilità delle spese sostenute da imprese produttrici di medicinali per promuovere e organizzare congressi, convegni e viaggi a essi collegati, è abrogato.

5. All'articolo 36 della legge 27 dicembre 1997, n.449, il comma 13 è sostituito dal seguente:

"13. Le spese di pubblicità di medicinali comunque effettuata dalle aziende farmaceu-

tiche, ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.541, attraverso convegni e congressi, sono deducibili nella misura del 20 per cento ai fini della determinazione del reddito di impresa. La deducibilità della spesa è subordinata all'ottenimento da parte dell'azienda della prescritta autorizzazione ministeriale alla partecipazione al convegno o al congresso in forma espressa, ovvero nelle forme del silenzio-assenso nei casi previsti dalla legge".

Articolo 11

▼
Modifiche al decreto legislativo 17 maggio 1999, n.153, in materia di fondazioni

1. All'articolo 1, comma 1, del decreto legislativo 17 maggio 1999, n. 153, dopo la lettera c) è inserita la seguente:

"c-bis) "Settori ammessi": 1) famiglia e valori connessi; crescita e formazione giovanile; educazione, istruzione e formazione, incluso l'acquisto di prodotti editoriali per la scuola; volontariato, filantropia e beneficenza; religione e sviluppo spirituale, assistenza agli

anziani; diritti civili; 2) prevenzione della criminalità e sicurezza pubblica; sicurezza alimentare e agricoltura di qualità; sviluppo locale ed edilizia popolare locale; protezione dei consumatori; protezione civile; salute pubblica, medicina preventiva e riabilitativa; attività sportiva; prevenzione e recupero delle tossicodipendenze; patologia e disturbi psichici e mentali; 3) ricerca scientifica e tecnologica; protezione e qualità ambientale; 4) arte, attività e beni culturali. I settori indicati possono essere modificati con regolamento dell'autorità di vigilanza da emanare ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n.400".

Articolo 19

Assunzioni di personale. (...)

Il Ministero della Salute è autorizzato ad avvalersi, sino al 31 dicembre 2002, del personale assunto a tempo determinato ai sensi dell'articolo 12 comma 2, della legge 16 dicembre 1999, n. 494.(...)

10. I medici di base iscritti negli elenchi di medicina generale del Servizio Sanitario Nazionale, con almeno dieci anni di servizio, in possesso di titoli di specializzazione riconosciuti dall'Unione europea, possono, a richiesta e secondo la disponibilità dei posti, essere inseriti nella medicina specialistica ambulatoriale e sul territorio, rinunciando all'incarico di medico di base.

11. I laureati in medicina e chirurgia abilitati, anche durante la loro iscrizione ai corsi di specializzazione o ai corsi di formazione specifica in medicina generale possono sostituire a tempo determinato medici di medicina generale convenzionati con il Servizio Sanita-

rio Nazionale ed essere iscritti negli elenchi della guardia medica notturna e festiva e della guardia medica turistica, ma occupati solo in caso di carente disponibilità di medici già iscritti negli elenchi della guardia medica notturna e festiva e della guardia medica turistica.

12. Il medico che si iscrive ai corsi di formazione specifica in medicina generale, previo svolgimento di regolare concorso, può partecipare successivamente, a fine corso o interrompendo lo stesso, ai concorsi per le scuole universitarie di specializzazione in medicina e chirurgia per il conseguimento dei titoli di specializzazione riconosciuti dall'Unione europea. Il medico che si iscrive alle scuole universitarie di specializzazione in medicina e chirurgia per il conseguimento dei titoli di specializzazione riconosciuti dall'Unione europea può partecipare successivamente, a fine corso o interrompendo lo stesso, ai concorsi per i corsi di formazione specifica in medicina generale.

Capo III

Patto di stabilità interno per gli enti pubblici

Articolo 28

Trasformazione e soppressione di enti pubblici.

1. Al fine di conseguire gli obiettivi di stabilità e crescita, di ridurre il complesso della spesa di funzionamento delle amministrazioni pubbliche, di incrementarne l'efficienza e di migliorare la qualità dei servizi, con uno o più regolamenti, da emanare ai sensi dell'articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n.400, entro sei mesi dalla data

di entrata in vigore della presente legge, il Governo, su proposta dei ministri dell'Economia e delle finanze e per la Funzione pubblica, di concerto con il ministro interessato, individua gli enti pubblici, le amministrazioni, le agenzie e gli altri organismi, ai quali non siano affidati compiti di garanzia di diritti di rilevanza costituzionale, finanziati direttamente o indirettamente a carico del bilancio dello Stato o di altri enti pubblici, disponendone la trasformazione in società per azioni o in fondazioni di diritto privato, la fusione o l'accorpamento con enti od organismi che svolgono attività analoghe o complementari, ovvero la soppressione e messa in liquidazione, sentite le organizzazioni sindacali per quanto riguarda i riflessi sulla destinazione del personale.

2. Dalle trasformazioni o soppressione di cui al comma I sono esclusi gli enti, gli istituti, le agenzie e gli altri organismi pubblici che:

- a) gestiscono a livello di primario interesse nazionale la previdenza sociale;
- b) sono essenziali per le esigenze della difesa o la cui natura pubblica è garanzia per la sicurezza;
- c) svolgono funzioni di prevenzione e vigilanza per la salute pubblica.

3. Gli schemi dei regolamenti di cui al comma I del presente articolo, al comma 5 dell'articolo 29 e all'articolo 33 sono trasmessi al Parlamento per l'acquisizione del parere delle competenti commissioni. Quest'ultimo è espresso entro trenta giorni dalla data di trasmissione degli schemi di regolamento. Le commissioni possono richiedere una sola volta ai presidenti delle Camere una proroga di venti giorni per l'adozione del parere, qualora ciò si renda

necessario per la complessità della materia o per il numero di schemi di regolamento trasmessi nello stesso periodo all'esame delle commissioni.

4. Qualora sia richiesta, ai sensi del comma 3, la proroga per l'adozione del parere, e limitatamente alle materie per cui essa sia concessa, i termini per l'emanazione dei regolamenti previsti dal comma I sono prorogati di 20 giorni. Trascorso il termine di cui al comma 3, secondo periodo, ovvero quello prorogato ai sensi del terzo periodo del medesimo comma 3, i regolamenti possono essere comunque emanati.

5. La trasformazione di cui al comma I è subordinata alla verifica che i servizi siano più proficuamente erogabili al di fuori del settore pubblico.

6. Alla soppressione e messa in liquidazione di cui al comma I si provvede con le modalità stabilite dalla legge 4 dicembre 1956, n. 1404, e successive modificazioni.

7. Tutti gli atti connessi alle operazioni di trasformazione non rilevano ai fini fiscali.

8. La disposizione di cui al comma I si applica in via sperimentale, sentite le regioni interessate, anche agli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ferma restando la natura pubblica degli istituti medesimi, di cui all'articolo I del decreto legislativo 30 giugno 1993, n.269.

9. I bilanci consuntivi delle Autorità indipendenti sono annualmente pubblicati in allegato allo stato di previsione della spesa del Ministero dell'Economia e delle Finanze.

10. La disposizione di cui al comma 7 si applica anche agli atti connessi alle operazioni di trasformazione effettuate dalle Regioni e dalle Province autonome.

11. Gli enti competenti, nell'esercizio delle funzioni e dei compiti in materia di approvvigionamento idrico primario per uso plurimo e per la gestione delle relative infrastrutture, opere e impianti, possono avvalersi degli enti preposti al prevalente uso irriguo della risorsa idrica attraverso apposite convenzioni e disciplinari tecnici.

Articolo 29

Misure di efficienza delle pubbliche amministrazioni

1. Le pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165, nonchè gli enti finanziati direttamente o indirettamente a carico del bilancio dello Stato sono autorizzati, anche in deroga alle vigenti disposizioni, a:

- a) acquistare sul mercato i servizi, originariamente prodotti al proprio interno, a condizione di ottenere conseguenti economie di gestione;
- b) costituire nel rispetto delle condizioni di economicità di cui alla lettera a), soggetti di diritto privato ai quali affidare lo svolgimento di servizi, svolti in precedenza;
- c) attribuire a soggetti di diritto privato già esistenti, attraverso gara pubblica, ovvero con adesione alle convenzioni stipulate ai sensi dell'articolo 26 della legge 23 dicembre 1999, n. 488, e successive modificazioni, e dell'articolo 59 della legge 23 dicembre 2000, n.388, lo svolgimento dei servizi di cui alla lettera b).

2. Le amministrazioni di cui al comma 1 possono inoltre ricorrere a forme di autofinanziamento al fine di ridurre progressivamente l'entità degli stanziamenti e dei trasferimenti

pubblici a carico del bilancio dello Stato, grazie a entrate proprie, derivanti dalla cessione dei servizi prodotti o dalla compartecipazione alle spese da parte degli utenti del servizio.

3. Ai trasferimenti di beni effettuati a favore dei soggetti di diritto privato, costituiti ai sensi del comma 1, lettera b), si applica il regime tributario agevolato previsto dall'articolo 90 della legge 23 dicembre 2000, n.388.

4. Al comma 23 dell'articolo 53 della legge 23 dicembre 2000, n.388, sono apportate le seguenti modificazioni:

- a) le parole "tremila abitanti" sono sostituite dalle seguenti: "cinquemila abitanti";
- b) le parole: "che riscontrino e dimostrino la mancanza non rimediabile di figure professionali idonee nell'ambito dei dipendenti" sono soppresse.

5. Con regolamento, emanato ai sensi dell'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n.400, e successive modificazioni, su proposta del Ministro dell'Economia e delle finanze, di concerto con il Ministro interessato e con il Ministro per la Funzione pubblica, si provvede a definire la tipologia dei servizi trasferibili, le modalità per l'affidamento, i criteri per l'esecuzione del servizio e per la determinazione delle relative tariffe nonché le altre eventuali clausole di carattere finanziario, fatte salve le funzioni delle Regioni e degli enti locali.

6. Alla Concessionaria servizi informatici pubblici (Consip Spa) sono trasferiti i compiti attribuiti al centro tecnico di cui all'articolo 17, comma 19, della legge 15 maggio 1997, n. 127, non attinenti ad attività di indirizzo e certificazione. Per il migliore perseguimento dei propri fini istituzionali, le pubbliche amministrazioni possono stipulare con tale

società specifiche convenzioni. L'applicazione delle disposizioni di cui al presente comma è subordinata all'entrata in vigore di un regolamento governativo, da emanare ai sensi dell'articolo 17, comma I della legge 23 agosto 1988, n.400, su proposta del Ministro dell'Economia e delle finanze di concerto con il Ministro per l'innovazione e le tecnologie.

7. Al fine di migliorare la qualità dei servizi e di razionalizzare la spesa per l'informatica, il Ministro per l'innovazione e le tecnologie:

a) definisce indirizzi per l'impiego ottimale dell'informatizzazione nelle pubbliche amministrazioni, sentita la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28/8/'97, n.281;

b) definisce programmi di valutazione tecnica ed economica dei progetti in corso e di quelli da adottare da parte delle amministrazioni statali anche a ordinamento autonomo e degli enti pubblici non economici nazionali, nonchè assicura la verifica e il monitoraggio dell'impiego delle risorse in relazione ai progetti informatici eseguiti, ove necessario avvalendosi delle strutture dell'Autorità per l'informatica nella pubblica amministrazione (Aipa); le risorse, eventualmente accertate dal Ministro dell'Economia e delle finanze, di concerto con il Ministro per l'innovazione e le tecnologie, quali economie di spesa, sono destinate al finanziamento di progetti innovativi nel settore informatico.

Articolo 39

Norme a favore dei lavoratori affetti da talassemia major e drepanocitosi e in materia di uso dei farmaci di automedicazione.

1. I lavoratori affetti da talassemia major (morbo di Cooley) e drepanocitosi che hanno

raggiunto un'anzianità contributiva pari o superiore a dieci anni, in concorrenza con almeno trentacinque anni di età anagrafica, hanno diritto a un'indennità annuale di importo pari a quello del trattamento minimo delle pensioni a carico del Fondo pensioni lavoratori dipendenti.

2. All'onere derivante dal presente articolo, valutato in 1,03 milioni di euro a partire dall'anno 2002, si fa fronte a carico del Fondo nazionale per le politiche sociali di cui all'articolo 20 della legge 8 novembre 2000, n.328.

3. In relazione a quanto previsto all'articolo 85, comma 24, della legge 23 dicembre 2000, n. 388, e dal decreto legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n.405, sulla migliore informazione possibile a tutela della salute pubblica, il Ministero della Salute di intesa con le imprese del settore farmaceutico dell'automedicazione, promuove una campagna istituzionale, al fine di informare i cittadini sul miglior uso dei farmaci di automedicazione nella cura delle patologie minori, anche attraverso il ruolo professionale del farmacista, i cui costi saranno a carico delle imprese del settore.

Capo V

Interventi nel settore sanitario

Articolo 40

Concorso delle Regioni al rispetto degli obiettivi

1. Il mancato rispetto degli impegni indicati al punto 19 dell'Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome dell'8 agosto 2001 in materia sanitaria, comporta, per il finanziamento della spesa nel settore, il ripri-

stino per le Regioni e le Province autonome inadempienti del livello stabilito nell'Accordo tra Governo, regioni e province autonome del 3/8/2000, come integrato dall'articolo 85, comma 6, della legge 23/12/2000, n.388.

Articolo 52

Interventi vari

7. Per il Corpo nazionale dei vigili del fuoco è autorizzata la spesa di venti milioni di euro per ciascuno degli anni 2002, 2003 e 2004, al fine di fronteggiare, mediante adeguate misure e opportuni presidi sul territorio, anche in relazione alla situazione internazionale, i rischi non convenzionali derivanti da eventuali atti criminosi compiuti in danno di persone o beni con uso di armi nucleari, batteriologiche e chimiche. (...)

20. L'articolo 7 della legge 11 novembre 1975, n. 584, è sostituito dal seguente:

"Art. 7. - 1. I trasgressori alle disposizioni dell'articolo 1 sono soggetti alla sanzione amministrativa del pagamento di una somma da euro 25 a euro 250; la misura della sanzione è raddoppiata qualora la violazione sia commessa in presenza di una donna in evidente stato di gravidanza o in presenza di lattanti o bambini fino a dodici anni.

2. Le persone indicate all'articolo 2, che non ottemperino alle disposizioni contenute in tale articolo, sono soggette al pagamento di una somma da € 200 a € 2.000; tale somma viene aumentata della metà nelle ipotesi contemplate all'articolo 5, primo comma, lettera b).

3. L'obbligazione di pagare le somme previste nella presente legge non è trasmissibile agli eredi. (...)

31. All'articolo 85, comma 4, lettera a), della legge 23 dicembre 2000, n. 388, sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: "e tutte le prestazioni di secondo livello qualora l'esame mammografico lo richieda". Le risorse disponibili per il SSN sono conseguentemente aumentate di 5 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2002. (...)

41. Al comma 4 dell'articolo 92 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, le parole da: "per attività formative" fino alla fine del comma sono sostituite dalle seguenti: "da destinare alla ricerca sulle cellule staminali e sui vaccini e al cofinanziamento con il settore privato per lo sviluppo di progetti specifici di ricerca di interesse pubblico, che saranno individuati con decreti del Ministero della Salute".

42. Al fine di assicurare le prestazioni sanitarie d'urgenza nelle isole minori e nelle località montane disagiate le Asl locali possono consentire lo svolgimento di attività di natura libero-professionale, anche a carattere stagionale, da parte di medici, ostetriche e infermieri, sulla base di modalità e criteri definiti dalla Regione o Provincia autonoma competente per territorio. Lo svolgimento delle attività può essere affidato anche ai medici specializzati e costituisce titolo valutabile ai fini della progressione in carriera.

Articolo 63

Modifica all'articolo 4 della legge 30 dicembre 1991, n.412

1. All'articolo 4, comma 15, della legge 30 dicembre 1991 n.412, dopo le parole: "policlinici universitari a diretta gestione" sono inserite le seguenti: "Gli ospedali classificati".

Deducibili i contributi Enpam per il riscatto

Una recente circolare dell'Enpam interviene per dare chiarimenti sulla deducibilità fiscale dei contributi versati a titolo di riscatto. Il riferimento legislativo è l'art. 10, comma 1, lettera e) del testo unico delle imposte sui redditi, approvato con Dpr 22 dicembre 1986, n. 917, come modificato dall'art. 13, punto 1, lettera a) del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 47. Tale norma prevede la deducibilità fiscale dal reddito complessivo dei "contributi previdenziali ed assistenziali versati in ottemperanza a disposizioni di legge, nonché quelli versati facoltativamente alla gestione della forma pensionistica obbligatoria di appartenenza, ivi compresi quelli per la ricongiunzione dei periodi assicurativi". Molti commercialisti - sottolinea la circolare Enpam - escludono da ogni beneficio fiscale i contributi facoltativi versati ai vari Fondi Enpam da Medici e odontoiatri, ritenendo erroneamente che

l'Enpam rientri tra le assicurazioni private. Invece, rimarca la nota, "i Fondi di previdenza gestiti dall'Enpam costituiscono forme pensionistiche obbligatorie e pertanto tutti i contributi versati a tali Fondi a titolo di riscatto o di ricongiunzione sono interamente deducibili dall'imponibile determinato ai fini fiscali, senza alcuna limitazione".

Per quanto riguarda la deducibilità degli interessi di dilazione sui contributi di riscatto pagati in forma rateale, poichè l'amministrazione finanziaria non si è ancora pronunciata con proprie determinazioni o interpretazioni autentiche, l'Enpam, d'ora in avanti, sulla ricevute dei Mav, che costituiscono attestato dell'avvenuto versamento, riporterà soltanto l'importo complessivo della rata, senza alcuna distinzione tra quota capitale e quota interessi. Questo accorgimento dovrebbe quindi permettere di portare in deduzione tutto l'importo indicato.

VERSAMENTI ASL DELLA PROVINCIA DI GENOVA AI FONDI SPECIALI ENPAM

Situazione al 31 dicembre 2001 - a cura di Manlio Baldizzone

A. S. L.	AMBULATORIALI E MED. SERVIZI	GENERICI E PEDIATRI	GUARDIA MEDICA	MEDICI DEL TERRITORIO	SPECIALISTI CONV. ESTERNI
N. 3 Genovese	ott. e nov. '01 dic. '01 e per amb.li cong. '95/'96/'97 '98/'99 e per med. serv. 2000	sett./ott. '01 e cong. anno '00 novembre '01	sett. '01 e cong. '00 ottobre, nov. e dic. '01	sett./ott. nov. e dic. 2001	lugl./ago. e sett. 2001 (Dpr 119)
N. 4 Chiavarese	giu./lugl./ago. e sett. 2001	novembre 2001	marzo/aprile e maggio 2001	=====	luglio '99 (Dpr 120)

Rinnovato il direttivo Federspev genovese

Nella sezione provinciale di Genova della Federspev (Federazione nazionale sanitari pensionati e vedove) si sono recentemente svolte le elezioni per il rinnovo dei vertici locali. Il nuovo direttivo, che resterà in carica fino al 2005, è così composto: Fernanda De Benedetti presidente onorario, Maria Luisa Sturla presidente, Eraldo Toninelli vice presidente, Renato Lagorio segretario, Manlio Baldizzone tesoriere e addetto ai rapporti con l'Enpam, consiglieri Nella Tavazzani Durante, Fortunato Rizzo, Graziella Lanzavecchia, Leo Fiorito; revisori dei conti effettivi Andreina Torrazza, Grazia Beltrame Magnasco e Rosa Zaccanti, supplenti Germana Padovani ed Enza Loi. Il nuovo direttivo Federspev, come primo gesto dopo il suo insediamento, rivolge un

invito ai colleghi che sono andati in pensione nell'anno 2001 - e perché no, anche a quelli pensionati da più tempo, ma che ancora non l'hanno fatto - ad iscriversi alla sezione, che conta attualmente 367 iscritti (oltre 16 mila in tutta Italia). La quota viene trattenuta direttamente dall'Enpam sulla pensione (al mese € 2,84 - 5.500 lire - per i Medici e €1,68 - 3.250 lire - per le vedove): all'Ordine dei Medici si compilerà una cartolina da inviare all'Enpam e alla Federspev, per l'addebito d'ufficio. Tutti i mesi gli iscritti ricevono un giornale, "Azione sanitaria", con informazioni e aggiornamenti su pensioni di ogni tipo e sulle azioni che la Federspev porta avanti, sia per i sanitari pensionati che per le vedove (pensioni di reversibilità).

Manlio Baldizzone



A.I.O.T. PROVIDER E.C.M.

ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA DI OMOTOSSICOLOGIA

Associazione di Studi e Ricerche in Omeopatia

**PARTECIPA AL PROGRAMMA
E.C.M.**

NUOVE ACQUISIZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE NELL'OSSIDAZIONE CELLULARE

(Corso pratico finalizzato alla formazione professionale continua)

Genova **Sabato, 16 febbraio 2002** - Jolly Hotel Plaza, Via Martin Piaggio, 11 **Orario:** 9.15 - 13.00

Relatore: **Prof. U. Cornelli**, Docente di Farmacologia del Dipartimento di Farmacologia e Terapia della Loyola University Medical School di Chicago, Membro dell'Istituto di Neuroscienze e dell'invecchiamento (NAI) della Medical School della Loyola University.

Programma: ■ L'importanza dello stress ossidativo come fattore di morbilità ■ Le modalità di formazione dei radicali liberi ■ Lo stato di ossidazione e la senilità ■ Le principali cause (abitudini, patologie, etc.) dell'aumento dei radicali liberi ■ Gli antiossidanti e le loro principali caratteristiche ■ Le combinazioni di antiossidanti

La partecipazione è gratuita e riservata ai Medici

Si prega di voler confermare la partecipazione allo 02/28018217

Sono 6.000 gli specialisti da formare

Ma la G.U. parla del 2.000/2.001. Mancano indicazioni per il futuro

La formazione del Medico costituisce un capitolo particolarmente tormentato e, tutti gli interessati lo sanno bene, sono continui i tira-molla a proposito di ammissione alle scuole, limiti di date, compensi, disponibilità di bilancio e via dicendo. Una conferma di questo stato di cose è fornito proprio dall'ultimo decreto ministeriale in

materia che abbiamo sotto gli occhi, che è stato emesso dal Ministero della Sanità il 20 aprile dello scorso anno. E' quindi un prov-

vedimento nato otto mesi fa, e tuttavia non si pensi che "Genova Medica" vada a rinviare norme vecchie e superate: il decreto in questione infatti è approdato ai crismi della Gazzetta Ufficiale il 17 dicembre (n. 292), sicchè già questa circostanza, forse, potrebbe essere presa come indice della scarsa attenzione che certi ambienti riservano alla materia. Il dubbio si fa più forte quando si va a vedere il contenuto del decreto, che determina in 6.000 Medici il fabbisogno annuo dei Medici specialisti da formare nelle scuole di specializzazione in medicina e chirurgia per l'anno accademico 2000-2001 - quindi interviene a disciplinare il passato - ma rinvia "la determinazione del fabbisogno dei Medici specialisti da formare per gli anni accademici 2001-2002 e 2002-2003 a dopo l'approvazione del provvedimento legislativo di cui all'art. 46, comma 1, del decreto legislativo n.368 del 1999" che dovrebbe autorizzare la

destinazione di ulteriori risorse finanziarie per la formazione dei Medici specialisti. Stando, comunque, al contenuto del decreto, sul quale è intervenuta anche la Fnomceo con una circolare esplicativa, fino a che non entreranno in vigore nuove norme continuerà ad applicarsi l'art. 8 del decreto legislativo 257/1991 che prevede la corresponsione ai

Tarda ancora il contratto di formazione lavoro per i Medici che frequentano le Scuole e continua il regime delle borse di studio.

Medici in formazione di borse di studio anziché uno specifico contratto annuale di formazione lavoro; viene inoltre indicato il "prevedibile" numero degli studenti che conseguiranno la laurea in medicina e chirurgia (5.691 nel 2000, 4.962 nel 2001, 5.232 nel 2002), ed è fissato da un minimo di 1400 ad un massimo di 1.800 per ciascuno degli anni 2001, 2002 e 2003 il numero delle borse di studio da assegnare per i corsi di formazione in medicina generale. Il numero delle borse di studio a carico del bilancio dello Stato è, per il 2000-2001, di 4.469, cui vanno aggiunte 890 borse finanziate con risorse aggiuntive.

Un progetto per pagare i "vecchi" specializzati

A proposito di formazione, forse è in arrivo una buona notizia. Riguarderebbe i Medici ammessi alle scuole di specializzazione in medicina dall'anno accademico 1982-83

all'anno accademico 1990-1991 i quali, com'è noto, non percepirono durante l'espletamento di tale attività nessuna remunerazione. Al Senato è stato presentato un disegno di legge, d'iniziativa del senatore Manzoni, secondo cui "ai Medici ammessi presso le Università alle scuole di specializzazione in medicina dall'anno accademico 1982-1983 all'anno accademico 1990-1991 che, alla data di entrata in vigore della presente legge, abbiano presentato domanda per il riconoscimento economico retroattivo del periodo di formazione, il Ministero dell'istruzione,

dell'università e della ricerca corrisponde per tutta la durata del corso, a titolo forfettario, una borsa di studio annua onnicomprensiva di importo pari a euro settemila. Non si dà luogo al pagamento di interessi legali e di importi per rivalutazione monetaria". Il disegno di legge aggiunge poi indicazioni operative per dar luogo al pagamento (domande, accertamento da parte del ministero della sussistenza delle condizioni necessarie, e via dicendo). Non mancheremo di informare i colleghi se ci fossero eventuali sviluppi. Chi vivrà, vedrà!

▶ Riprende il programma delle conferenze al Dimi

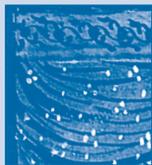
È stato messo a punto il programma delle conferenze di aggiornamento professionale del Dimi. Gli appuntamenti sono fissati per tutti i giovedì alle 17.00 nell'Aula Magna. Ecco le prossime conferenze: 31 gennaio "Lesione polmonare apicale in presenza di artrite reumatoide durante trattamento con inibitori del TNF α ", presenta Alberto Sulli; 7 febbraio "Approccio tera-

peutico nel carcinoma prostatico: chemioterapia e terapia radiometabolica", con Manlio Mencoboni e Giuseppe Villa; 14 febbraio "Una paziente con aumento di IgA", presenta Giorgio Menardo, Maria Grazia Bertolotti, Marco Gobbi e Maurizio Cutolo; 21 febbraio: "Micosi opportunistiche nell'ospite compromesso: diagnosi e terapia" a cura di Claudio Viscoli.

ricerca medici ricerca medici ricerca medici ricerca medici ricerca medici

C'E POSTO SUI TRAGHETTI - Per i giovani Medici in attesa di una sistemazione professionale "definitiva" ci può essere uno sbocco di tutto interesse: è quello di imbarcarsi come Medici di bordo sulle navi traghetto. E' qualcosa di diverso dai Medici sulle grandi navi passeggeri (per coprire questo ruolo occorre superare un apposito esame-concorso, che si svolge a Roma ogni 5 anni), richiede solo laurea ed abilitazione ed impegna, se si vuole, per periodi limitati (al minimo un mese). Il trattamento economico è quello previsto dai contratti nazionali, che equiparano questa figura al direttore di macchina. La "gestione" di questi inserimenti è curata dall'Associazione nazionale dei Medici di bordo della Marina mercantile, che ha sede a Genova, alla Stazione Marittima. Per informazioni e segnalare la disponibilità telefonare di mattina allo 010-267727.

CERCASI NEFROLOGO - Il Policlinico San Pietro, grande struttura privata (316 posti letto) della provincia di Bergamo, accreditata con il SSR della Lombardia, ricerca, per assunzione a tempo pieno, un Medico specialista in nefrologia, oppure in possesso di specialità equipollente e di esperienza specifica. Informazioni: dr. Agnese Meterangelis, servizio di emodialisi del Policlinico San Pietro, via Forlanini 12, 24036 Ponte San Pietro (Bergamo), tel. 035 604400.



Dentisti Notizie

A cura di Massimo Gaggero

RIFIUTI SPECIALI

In merito all'articolo apparso sull'ultimo numero di "Genova Medica" 12/01 a pag. 6 dal titolo: "Rifiuti sanitari, nuove norme", l'Andi, Associazione Nazionale Dentisti Italiani, ritiene giusto precisare quanto segue: Il 16/11/01 è stato effettivamente convertito in Legge il Decreto che prevedeva la possibilità di disinfettare i rifiuti speciali assimilandoli ai solidi urbani per mezzo di un prodotto, per altro non specificato dal Ministero della Sanità, che dovrebbe abbattere la carica batterica dei rifiuti del 99,999%. L'Andi Nazionale ha chiesto al Ministero della Sanità, già da alcune settimane, delucidazioni in merito e: 1) Se la legge è estesa alle Strutture e Studi privati

2) Indicazioni in merito alle sostanze che dovrebbero abbattere la carica batterica.

Ad oggi non ha ottenuto risposta, ma è attiva in questo senso.

Se per ratio potremmo smaltire i rifiuti con gli urbani, attenzione perché ce ne viene data la possibilità ma nessuno indica i mezzi e comunque non è ancora chiaro se l'estensibilità di tale Decreto valga anche per i nostri Studi privati. **Visto che continua inesorabile, fumosa e poco interpretabile quest'annosa legge sui rifiuti, restiamo in attesa di una solerte risposta esplicativa ai chiarimenti richiesti al Ministero.**

Giuseppe Modugno

Segretario Sindacale Andi Ge - Liguria

Rinnovo quote associative 2002 Andi Genova

Sono aperte le iscrizioni per l'anno 2002 e anche quest'anno consigliamo tutti i colleghi di iscriversi entro e non oltre il 28 febbraio 2002. Infatti se le iscrizioni avverranno entro tale data, la Sezione otterrà un "bonus economico" da parte dell'Andi Nazionale a conferma di quanto deliberato a suo tempo a favore delle Sezioni Provinciali ed inoltre non si incorrerà nella mora prevista per le iscrizioni effettuate oltre il termine statutario.

Anche quest'anno numerosi i vantaggi economici e culturali a cui la quota permetterà di accedere: corsi di aggiornamento gratuiti, corsi 626 scontati, corsi 626 per dipendenti

scontati, corsi B.L.S. scontati, consulenze professionali, convenzioni con sconti dal 5 al 50%, abbonamenti alle riviste "Liguria Odontoiatrica", "Fronte Stomatologico", "RIS" e tutto il resto che l'Associazione può offrire agli iscritti. La quota è rimasta invariata rispetto agli anni precedenti ed il pagamento può avvenire con:

a) Bollettino di c/c postale

b) Bonifico bancario sul c/c Andi Genova del Banco di Chiavari e Riviera Ligure - Ag.6 - Via Galata 71 r. c/c n. 17240/00/13 cod. ABI 03424 cod. CAB 01406

c) Direttamente alla segreteria Andi Genova dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 17.

(Questa soluzione è consigliata per le neo-iscrizioni in quanto è necessario compilare la

domanda di ammissione)

* Soci effettivi (con diritto di voto)

€ 309.87 (L.600.000) + Marca da Bollo €1.29 (L.2.500). Tot. € 311.16 (L.602.500)

I Dentisti che esercitano esclusivamente l'odontoiatria secondo le disposizioni di legge.

* Soci effettivi a quota ridotta (con diritto di voto) € 77.47 (L.150.000)

Il Socio neo-laureato in odontoiatria, iscritto entro i primi due anni dopo la laurea, versa

per un biennio quota sociale ridotta, pari al 25% della quota effettiva. Occorre comunicare la data di laurea. Per le altre figure di Socio previste dallo statuto è possibile contattare la Segreteria Andi Genova per le modalità di iscrizione (Tel. 010/581190).

Assemblea ordinaria Andi Genova allo Starhotel lunedì 18 febbraio alle ore 20,30 con una parte riservata alle problematiche fiscali con il dr. F. Merli.

CALENDARIO CORSI LIGURI FEBBRAIO E MARZO 2002

Anche nel 2001, purtroppo, ci sono state sovrapposizioni di importanti eventi culturali. Allo scopo di evitare questo la Commissione Permanente Odontostomatologica Genovese si è riunita per discutere della programmazione delle manifestazioni cultu-

rali dell'anno 2002 relativo ai convegni della Regione Liguria e dei più importanti congressi nazionali. Pubblichiamo gli appuntamenti di febbraio e marzo, rimandandovi ai prossimi numeri di "Genova Medica" per i successivi incontri. **Prof. Franco Mantero**

FEBBRAIO

Ven. 1 - Andi Ge. "Dolori cranio facciali secondo Harold Gelb", relatori: N. Fraulini, R. Citarella.

Sab. 2 - Andi Ge. "Corso P.B.L.S. sulle emergenze di pronto soccorso e rianimazione cardiopolmonare pediatrico".

Ven. 8 - Andi e Università di Genova "Corso teorico-pratico di ortodonzia", relatori: Ghezzi, Giordanetto, Labate.

Ven. 15, Sab. 16 e Dom. 17 - "Primo incontro del seminario intensivo teorico-pratico di ortodonzia", relatore: F. Tenti.

Merc. 20 - S.I.d.P. La Spezia "Progetto impianti", relatori: G. Blasi, Curarino.

Ven. 22 - Andi Genova "Gnatologia: Muscoli e postura", relatore: G. Magnano.

Sab. 23 - Andi Genova: Corso Master dentista + assistente "La preparazione all'intervento Chirurgico" relatore R. Sentineri

MARZO

Sab. 2 - Andi Genova "Corso B.L.S. sull'emergenze di pronto soccorso e rianimazione cardiopolmonare".

Lun. 4 - Andi Genova "L'ipnosi e il dentista", relato-

re: M. Sacripante

Lun. 4 - Cenacolo Od. Lig. Genova "Aggiornamento in odontotecnica".

Sab. 9 - Andi Ge. "Le certezze sul carico immediato mono-impianto, ponte nordico e Novum, rel.: A. Ceretti.

Merc. 13 - S.I.d.P. e Andi Genova "serata S.I.d.P. Progetto impianti", relatori: G. Blasi, Emanuelli.

Ven. 15 - Andi e Università di Genova "Corso teorico-pratico di ortodonzia", relatori: Ghezzi, Giordanetto, Labate.

Ven. 15, Sab. 16 e Dom. 17 - "Secondo incontro del seminario intensivo teorico-pratico di ortodonzia", relatore: F. Tenti.

Sab. 16 - Cenacolo "Estetica in protesi fissa. Ceramiche integrali", relatore: L. Dell'Oca.

Ven. 22 e sab. 23 - Andi Ge. "Gnatologia diagnostica per immagini", relatore: G. Magnano.

Sab. 23 - Andi Imperia "Endodonzia pratica per il dentista generico", relatori: C. Botticelli, A. H. Hazini.

Sab. 23 - Ospedale Galliera Ge. "Corso pratico di edondonzia", relatori: T. Fondi, F. De Simone.

Sab. 23 - S.I.O.S. Sarzana "Il ruolo delle patologie orali nello sportivo", relatore: A. Pelosi.