



# GENOVA

## M e d i c a

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

## S O M M A R I O

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

**DIRETTORE RESPONSABILE:** Dr. Sergio Castellaneta; **DIRETTORI EDITORIALI:** Dr. Alberto Ferrando, Dr. Massimo Gaggero; **DIRETRICE DI REDAZIONE:** Dr.ssa Roberta Baldi; **COMITATO DI REDAZIONE:** Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Genova; **Presidente:** Dr. Sergio Castellaneta; **Vice Presidente:** Dr. Enrico Bartolini; **Segretario:** Dr. Luca Nanni; **Tesoriere:** Dr.ssa Maria Proscovia Salusciev; **CONSIGLIERI:** Dr. Marcello Canale, Dr. Alberto Ferrando, Dr. Riccardo Ghio, Dr. Massimo Blondett, Dr. Giovanni Regesta, Dr. Giandomenico Sacco, Dr. Emilio Nicola Gatto, Dr.ssa Giuseppina F. Boidi, Dr. Claudio Giuntini, Dr.ssa Gemma Migliaro, Dr. Maurizio Giunchedi, Dr. Emilio Casabona, Dr. Giorgio Inglese Ganora; **COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI:** Dr.ssa Maria Clemens Barberis, Dr. Matteo Basso, Dr. Luciano Lusardi, Dr. Luigi Bottaro; **COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI:** **Presidente:** Dr. Emilio Casabona **Segretario:** Dr.ssa Alicia Spolidoro; **Consiglieri:** Dr. Giorgio Inglese Ganora, Dr. Marco Oddera, Dr. Paolo Mantovani.

- EDITORIALE**
- 2 La "tentazione" del certificato
- IN PRIMO PIANO**
- 3 Porto d'armi, colleghi attenzione
- 3 Rispettatevi reciprocamente
- 6 L'integrativo per i medici di medicina generale
- VITA DELL'ORDINE**
- 9 Delibere della seduta del Consiglio del 2 aprile
- CRONACA & ATTUALITA'**
- 12 Specializzandi, nuove regole
- 12 Fa capolino il contratto di formazione lavoro
- 15 Lea: essenziali, ma non uniformi
- 20 Contro il dolore meno burocrazia
- 22 Due gravi lutti per il mondo della medicina genovese
- PREVIDENZA & ASSISTENZA**
- 18 Enpam, dichiarazioni più facili
- IN BREVE**
- 24
- 25 **INDAGINE PARLAMENTARE**  
Intramoenia, il regno dell'anarchia
- 28 **LETTERE AL DIRETTORE**
- 30 **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: [www.omceoge.it](http://www.omceoge.it) E-mail: [anagrafica@omceoge.it](mailto:anagrafica@omceoge.it)

Periodico mensile Anno 11 - n° 6 giugno 2003 - Tiratura 8.200 copie - Autorizz. n.15 del 26/04/1993 del Tribunale di Genova  
Spedizione in abb. postale - Gruppo IV 45% - Redazione, segreteria e pubblicità: P.sso S. Caterina Fieschi Adorno 4A, Genova tel. e fax  
010/58.29.05 - Progetto grafico e impaginazione: Silvia Folco - 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

# La "tentazione" del certificato

*La vicenda delle hostess Alitalia emblematica del delicato ruolo del medico*

**L**a certificazione è certamente una delle attività più delicate della professione medica in quanto attestazione scritta di dati clinici che il medico deve valutare ed attestare dopo averli direttamente constatati.

Proprio in questo mese la vicenda delle hostess Alitalia rappresenta un caso emblematico e merita una valutazione approfondita per comprendere le ragioni che hanno spinto numerosi medici a certificare circa un migliaio di certificati di malattia agli addetti del settore. Fra queste si può ipotizzare un appoggio della categoria medica alle rivendicazioni sindacali di una altra categoria accettando di redigere patologie inesistenti, rischiando responsabilità penali per falso in atto pubblico. A tale proposito, giova ricordare una sentenza della Cassazione del 1999 la quale ha statuito che il medico che certifica una malattia inesistente o, che per banale accondiscendenza dà i giorni di malattia ad un paziente che non è malato, rischia fino a 6 anni di reclusione.

Altra ipotesi è quella che i dipendenti dell'azienda, sulla base di determinazioni sindacali, abbiano tratto in inganno il proprio medico curante lamentando veri o presunti malesseri, difficilmente riscontrabili, per ottenere i certificati di malattia.

La prima ipotesi, senza dubbio illegale e contraria alla deontologia professionale, appare illogica e difficilmente sostenibile in quanto non si comprendono le motivazioni

che potrebbero aver spinto l'intera categoria ad avallare un'azione sindacale con fraudolente certificazioni.

La seconda è sicuramente plausibile in quanto ho avuto modo di constatare tale "abuso" direttamente dalle segnalazioni delle ditte che arrivano all'Ordine riguardanti le assenze per malattia dei propri dipendenti. Alcune volte, infatti, sono esterrefatto alla vista di certificazioni che vengono rilasciate a pazienti ripetutamente e che riguardano assenze dal lavoro per centinaia di giorni in pochi anni.

Proprio su questo punto, desidero richiamare i Colleghi a prestare la massima attenzione di fronte alle richieste di certificazioni dei propri assistiti e, in modo particolare, nei confronti di coloro che assiduamente lamentano patologie difficilmente riscontrabili.

Di fronte a richieste sempre più pressanti cercate di evitare che il cittadino vi "usi" come strumento per combattere battaglie personali e siate fermi e decisi nel contrastare questo dilagante malcostume del nostro paese utilizzando anche strumenti che la legge vi consente, tra i quali la ricusazione dell'assistito.

Quindi, per concludere, siate prudenti nello svolgimento dell'attività certificativa al fine di evitare che, qualora vengano denunciate delle irregolarità, intervenga la Magistratura e l'Ordine ad accertare rispettivamente responsabilità penali e deontologiche.

**Sergio Castellaneta**

# Porto d'armi, colleghi attenti!

*L'importanza di un certificato anamnestico completo e veritiero*

**I**l giro di vite sulla revisione delle licenze di porto d'arma coinvolge, inevitabilmente, anche i medici, in particolare quelli di medicina generale che saranno chiamati a redigere il certificato anamnestico. Un atto della massima importanza, sul quale richiamiamo l'attenzione dei colleghi pubblicando per intero le comunicazioni ricevute da Asl e Questura.

## La Asl: niente privacy

**S**ull'argomento del porto d'armi è scesa in campo la Asl genovese, ed in particolare Andrea Lomi, direttore della medicina legale, ha predisposto una circolare, nella quale richiama l'attenzione dei colleghi su alcuni punti. Data l'importanza e la delicatezza dell'argomento, ne riportiamo quasi testualmente una larga parte. Innanzitutto

## La Questura: collaborate

**L'**ufficio di gabinetto della Questura genovese ha fatto pervenire all'Ordine una lettera del Questore che accompagna il provvedimento dell'autorità di pubblica sicurezza sulla revisione straordinaria delle licenze di porto d'armi. E' un argomento importante e delicato che, come ben si intuisce, riguarda da vicino i medici. In particolare

## Rispettatevi reciprocamente

**E'** un argomento ricorrente, e non ci siamo mai stancati di richiamare l'attenzione dei nostri iscritti sull'esigenza - anche deontologicamente codificata - di mantenere rap-

porti corretti e di rispetto con tutti i colleghi. A tutti, comunque, dedichiamo questa "ripassata" del nostro codice deontologico, che testualmente recita:

### ART. 58 - RAPPORTI CON IL MEDICO CURANTE

*Il medico che presti la propria opera in situazioni di urgenza o per ragioni di specializzazione a un ammalato in cura presso altro collega, acquisito il consenso per il trattamento dei dati sensibili dal cittadino o dal legale rappresentante, è tenuto a dare comunicazione al medico curante o ad altro medico eventualmente indicato dal paziente degli indirizzi diagnostico-terapeutici attuati e delle valutazioni cliniche anche nel caso di ricovero ospedaliero"*

*viene sottolineato che “il compito del medico che sottoscrive il certificato anamnestico non è quello di raccogliere acriticamente le dichiarazioni del paziente (altrimenti il suo certificato sarebbe stato sostituito dall'auto-certificazione del paziente, come già avviene per la patente di guida), ma di integrare le dichiarazioni del paziente (che nel certificato si impegna a dire la verità) con le proprie conoscenze cliniche del caso: malattie che gli sono note a carico del sistema nervoso centrale o periferico; malattie psichiche, abuso di alcol od uso di sostanze stupefacenti o psicotrope”.*

*Nel certificato va indicata la sussistenza, attuale o pregressa - senza limiti temporali, quindi anche lontana nel tempo - di malattie del sistema nervoso centrale o periferico, epilessia (con la data dell'ultima crisi), ed eventuali postumi invalidanti di queste patologie; di turbe psichiche di qualsiasi causa, genere e natura, inclusi i disturbi psicorganici, i disturbi di personalità e le psicosi.*

### Segnalare i disturbi depressivi

*La circolare della Asl precisa che vanno segnalati anche i disturbi depressivi (talora correlati a comportamenti suicidiari) ed i disturbi ansiosi (talvolta sintomo più evidente di patologie mentali gravi), e non devono essere tralasciati i periodi di ricovero, compresa la necessità di sospendere l'attività lavorativa per queste malattie. Per quanto riguarda le sostanze psicoattive, devono essere segnalate situazioni attuali o pregresse riguardanti l'abuso alcolico, sia l'uso che la dipendenza da stupefacenti e sia l'uso che la dipendenza da psicofarmaci. Ma potrebbe accadere che qualche medico, mosso a compassione o convinto dal paziente, si induca a*

sono i medici di famiglia ad avere la massima importanza: sono essi, infatti, a costituire il primo gradino su cui si basa la “costruzione sanitaria” che permette all'autorità amministrativa di concedere il porto d'armi. Fuori di metafora, è sulla base del certificato anamnestico stilato dal medico di famiglia che il medico pubblico certifica l'idoneità psico-fisica a possedere un'arma da fuoco. Ma leggiamo insieme, nei suoi passi salienti, la lettera del questore.

### Omissioni e responsabilità

“Si trasmette, raccomandandone la cortese massima diffusione tra i signori medici della provincia di Genova, copia del provvedimento di questa autorità di pubblica sicurezza concernente la prescrizione imposta, ex art. 9 del testo unico delle leggi di pubblica sicurezza, a tutti i titolari di porto d'armi pluriennale rilasciati negli anni 1999, 2000 e 2001, di sottoporsi a nuova visita medica ai sensi del decreto ministeriale 28 aprile 1998.

Si coglie l'occasione per richiedere, al riguardo, la massima collaborazione dei medici di famiglia, alla cui figura il menzionato decreto ministeriale attribuisce la specifica funzione di rilevare e sorvegliare, attraverso la compilazione del certificato anamnestico, ogni elemento che possa inficiare l'idoneità psico-fisica al possesso d'arma da fuoco, che sarà certificata successivamente dal medico pubblico. Va inoltre richiamata l'attenzione dei citati medici sulla considerazione che la mancata segnalazione di circostanze inficianti da loro conosciute o conoscibili con la loro ordinaria diligenza, costituisce reato e può dar luogo a grave responsabilità penale oltre che recare grave pericolo alla collettività”.

Per quanto riguarda il provvedimento ammi-

dichiarazioni solo "parziali"? Su questo punto la circolare è molto chiara. "Credo debba essere evidente per tutti - essa recita - che una certificazione non veritiera comporta rischi per la collettività e per la persona cui viene concesso di maneggiare un'arma. Purtroppo molti colleghi, per una malintesa convinzione di dover osservare qualche obbligo di segreto o di riservatezza sono convinti che, qualora il paziente dichiari il falso, non sia loro compito certificare quello che a loro è invece noto. Deve invece essere osservato che il certificato anamnestico è rilasciato al paziente a seguito di sua richiesta, e se questi non ritiene che debbano essere trasmesse le notizie in esso contenute, è libero di non produrlo e quindi di non richiedere il porto d'arma. Nessuna violazione di segreto, privacy o riservatezza è quindi imputabile al medico che certifichi il vero".

### Non è una presa d'atto

Insomma, il certificato anamnestico rilasciato dal medico di medicina generale non è certo una presa d'atto delle dichiarazioni del paziente, e meno che mai un'autentica di firma; e sarebbe quindi censurabile - sottolinea la Asl - il comportamento del sanitario che, pur a conoscenza di determinati dati clinici riguardanti il proprio paziente, certifichi una diversa situazione (cioè il falso) inducendo così dolosamente in errore il proprio collega cui è demandata la grave responsabilità di rilasciare o meno la certificazione per il rilascio del porto d'arma. L'U.O. di medicina legale conclude avvertendo che si vedrà costretta a segnalare all'autorità giudiziaria, all'Ordine e all'Asl le situazioni in cui si dovesse riscontrare "la non rispondenza al vero dei dati riportati nel certificato anamnestico".

nistrativo vero e proprio, pensiamo sia sufficiente riportarne solo le parti essenziali. Esso sottolinea che la circolare ministeriale, che ha disposto la revisione straordinaria dei porti d'armi, prevede che venga richiesto ai titolari di licenza di porto d'arma lunghe (uso caccia e tiro a volo) con validità pluriennale una nuova certificazione sanitaria di idoneità psico-fisica al maneggio delle armi; di conseguenza ordina che i titolari delle licenze di polizia per il porto d'armi sopra indicati, rilasciate negli anni 1999, 2000 e 2001, si sottopongano ad una nuova visita medica (art. 2 e 3 del decreto ministeriale di cui abbiamo parlato all'inizio).

### Tempi molto stretti

I tempi per adempiere a quest'obbligo sono molto stretti: addirittura, per le licenze rilasciate nel 1999, quando questa rivista giungerà ai nostri lettori il termine sarà presumibilmente già passato (la data limite è il 20 giugno); per quelle dell'anno 2000 si va dal 21 giugno al 5 luglio e per il 2001 dal 6 al 20 luglio. Le avvertenze operative in calce alla comunicazione spiegano che gli interessati devono recarsi dal proprio medico di base per la compilazione del prescritto certificato anamnestico, e quindi presentarsi al medico pubblico (ambulatori delle Asl - Servizio medicina legale, oppure medici militari o della polizia) muniti della licenza, per la trascrizione degli estremi al fine del rilascio del certificato d'idoneità. Per coloro che effettueranno tale incombenza presso le strutture Asl della provincia di Genova, la trasmissione del certificato alla Questura avverrà a cura della Asl; negli altri casi la certificazione dovrà essere presentata presso i commissariati di polizia e le stazioni carabinieri.

# L'integrativo per i medici di medicina generale

*Pubblicato il testo dell'accordo tra Regione, Asl e organizzazioni sindacali*

**E'** stato pubblicato in questi giorni il testo dell'accordo tra la Regione, le Asl e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative dei medici di medicina generale.

L'intesa, formalmente, discende dal Dpr 28 luglio 2000, ma è importante notare che fa seguito ad un documento sulla stessa mate-

ria che era già stato stilato, a livello ligure, negli ultimi mesi del 2001 (e che fu pubblicato su "Genova Medica" nei numeri di gennaio e febbraio del 2002).

Per questa ragione l'accordo attuale parte dall'art. 17: si aggiunge infatti a quello già esistente, che constava di 16 articoli. Ed ecco il nuovo testo.

## Articolo 17 - Libera professione

Le parti si impegnano a garantire il corretto esercizio della libera professione da parte dei medici di medicina generale, nell'ambito delle previsioni e nei limiti indicati dall'articolo 44 del Dpr 270/2000.

Nel rispetto di tali limiti e nell'ambito di appositi provvedimenti assunti a livello aziendale e/o distrettuale potrà essere prevista l'acquisizione da parte delle aziende, per i propri compiti istituzionali, di prestazioni e/o di servizi forniti da medici di medicina generale o come singoli o secondo le forme associative previste dall'art. 40 dell'Acn.

Il medico di medicina generale che esercita l'attività libero professionale non è autorizzato all'uso del ricettario regionale. Eccezionalmente, nel caso in cui presti assistenza domiciliare durante i periodi coperti dal servizio di continuità assistenziale, è consentito l'uso del ricettario regionale per le prescrizioni nei confronti degli assistiti iscritti nel proprio elenco delle scelte.

## Articolo 18 - Educazione Sanitaria

Nell'ambito di appositi progetti obiettivo può essere prevista la partecipazione dei medici di medicina generale alle campagne di educazione sanitaria promosse a livello regionale o aziendale, per ogni fascia di età, in collaborazione con enti pubblici e/o privati.

La collaborazione dei medici di medicina generale comporta il loro coinvolgimento nella formulazione del progetto, l'adesione alle modalità di attuazione dell'iniziativa, l'utilizzo e la diffusione di eventuale materiale divulgativo, la registrazione degli interventi svolti nei confronti dei destinatari e la partecipazione alla fase di valutazione finale del progetto. Nell'ambito di tali progetti è prevista, di norma, la corresponsione di un compenso ai medici coinvolti, in relazione alla diffusione della campagna di educazione sanitaria ed ai risultati raggiunti. La misura del compenso dovrà essere concordata in seno al Comitato regionale o aziendale, sulla base dell'impegno professionale richiesto in



aggiunta ai normali compiti del medico di medicina generale.

### Articolo 19 - Obiettivi di salute

Gli obiettivi di salute elencati nel Piano socio Sanitario Regionale rappresentano per la medicina generale i progetti obiettivi, da lungo tempo auspicati, per una capillare azione di prevenzione, diagnosi, cura e per assicurare livelli uniformi di assistenza al cittadino ligure. Gli obiettivi, di salute potranno essere perseguiti se, opportunamente adattati al territorio, tramite l'attuazione di progetti obiettivo della medicina di famiglia e svolti dai Mmg tramite l'attuazione dell'ambulatorio per patologia.

Il Comitato permanente regionale esamina la progettazione, l'attuazione e gli indici di qualità dei progetti obiettivi aziendali e/o distrettuali su patologie di interesse generale anche locale (patologia oncologica, diabete, scompenso cardiaco, ipertensione, Alzheimer, ecc.), ne controlla l'attuazione, la riproducibilità, i costi e il miglioramento continuo della qualità. La Regione riconosce e valorizza i progetti aziendali nell'ambito dei quali sia previsto l'impegno dei Mmg:

- nella formulazione del progetto;
  - nell'osservanza delle linee guida del progetto;
  - nella raccolta del consenso informato del cittadino;
  - nella sensibilizzazione dei cittadini coinvolti.
- Nell'ambito di tali progetti è prevista, di norma, la corresponsione di un compenso ai medici coinvolti, in relazione alla diffusione della campagna di educazione sanitaria ed ai risultati raggiunti. La misura del compenso dovrà essere concordata in seno al Comitato regionale o aziendale, sulla base dell'impegno

professionale richiesto in aggiunta ai normali compiti del medico di medicina generale.

### Articolo 20 - Rilevazione sullo stato di salute della popolazione

Il rilevamento dello stato di salute della popolazione risulta essere uno degli strumenti per una corretta e reale programmazione sanitaria sia a livello regionale, aziendale e distrettuale, onde garantire livelli uniformi di assistenza.

Una corretta azione di marketing sanitario funzionale deve individuare anche nel Mmg un indispensabile rilevatore di bisogni.

Nell'ambito di appositi progetti, le aziende promuovono iniziative di indagine e studio sullo stato di salute dei cittadini assistiti, con particolare riferimento alla popolazione anziana. Tali progetti dovranno definire i contenuti e le metodologie delle rilevazioni, gli strumenti da utilizzare, gli obiettivi prefissati e le modalità di verifica dei risultati.

Le aziende si impegnano a coinvolgere i medici di medicina generale nella predisposizione e nella realizzazione di tali progetti, prevedendo appositi compensi per la partecipazione.

### Articolo 21 - Compenso per le attività di tutor e di animatore di formazione

Ai medici di medicina generale impegnati nell'attività, di tutor ai sensi dell'articolo 26 comma 2 del decreto legislativo n. 368/99, con le modalità stabilite dal Comitato tecnico scientifico regionale, è corrisposto un importo forfetario a titolo di rimborso spese di € 258,23 lordi mensili, rapportato al periodo di effettivo svolgimento dell'attività. Ai medici di

medicina generale impegnati nell'attività di animatore di formazione è corrisposto un compenso orario di € 51,64 più Iva se dovuta.

### Articolo 22 - Assistenza Turistica

Ai sensi dell'articolo 59 del Dpr 270/2000 le Aziende nel cui territorio si trovano località di notevole afflusso turistico possono organizzare, d'intesa, con le amministrazioni comunali interessate e limitatamente al periodo 15 giugno - 15 settembre di ogni anno, servizi stagionali di assistenza turistica rivolti esclusivamente ai non residenti.

La richiesta di attivazione del servizio è comunicata alla Regione da parte dell'azienda in tempo utile per la necessaria presa d'atto.



**HEINE OPTOTECHNIK**

*Strumenti diagnostici per dermatologia*

**SA.GE. Articoli Sanitari**  
Via Vito Vitale, 26 - 16143 Genova  
Tel. 010/5220296 Fax 010/5450733

Il servizio di assistenza turistica è assicurato, oltre che dai medici di medicina generale, anche mediante il conferimento da parte dell'azienda di incarichi della durata massima di 3 mesi a medici tratti dalla graduatoria regionale. La spesa per le attrezzature ed i locali messi a disposizione dei medici incaricati sono a carico dell'amministrazione richiedente, che può assumere in proprio l'onere per le prestazioni effettivamente erogate, nella misura di €15,49 lordi per le visite ambulatoriali e di €25,82 lordi per le visite domiciliari, ovvero prevedere che tali oneri siano a carico degli assistiti. Restano confermate le iniziative di assistenza ambulatoriale svolte dai medici di medicina generale presso le strutture di pronto soccorso ospedaliere, già avviate presso le aziende Asl 2 ed Asl 4 negli ospedali di Savona e Lavagna.

### Articolo 23 - indennità per i doppi rapporti compatibili

I titolari di rapporti a pagamento orario previsti dall'accordo collettivo nazionale approvato con DPR 270/00, per i quali non sia previsto il riconoscimento dell'indennità di piena disponibilità, percepiscono su tali rapporti una indennità oraria pari a € 0,61 lordi a decorrere dal 1 gennaio 2001.

### Articolo 24 - Compensi per le attività territoriali programmate

Il compenso orario per le attività territoriali programmate di cui al capo IV dell'accordo collettivo nazionale è pari a € 18,07, comprensivi dei contributi Enpam, a decorrere dall'entrata in vigore dell'accordo collettivo.



## Delibere della seduta del Consiglio del 2 aprile

### SINTESI DEL VERBALE DELLA RIUNIONE

Presenti: E. Bartolini (vicepresidente), L. Nanni (segretario), M.P. Salusciev (tesoriere).  
 Consiglieri: M. Blondett, G. Boidi, M. Canale, A. Ferrando, R. Ghio, M. Giunchedi, C. Giuntini, G. Migliaro, E. Casabona, G. Inglese Ganora. Revisori dei conti: M.C. Barberis (presidente), M. Basso, L. Bottaro, L. Lusardi.  
 Assenti giustificati S. Castellaneta (presidente), E. Gatto, G. Regesta, G. Sacco.

### Tesserini di identificazione

Il dott. Casabona fa presente che i Nas stanno effettuando ispezioni negli studi dentistici ed elevano contestazioni in merito al tesserino identificativo che, secondo la legge regionale 45/2001, deve essere rilasciato dall'Ordine professionale al quale sia il medico che l'odontoiatria è iscritto.

Il dott. Bartolini informa di aver predisposto

una lettera per il comandante dei Nas in cui precisa che un tesserino viene già rilasciato dall'Ordine; se ne venisse rilasciato un altro potrebbe rappresentare, qualora il medico fosse dipendente di una struttura, un doppio di quello della struttura stessa.

L'Ordine comunque sta per il momento soprassedendo perché sta valutando l'opportunità di predisporre un tesserino particolare che possa consentire al medico di acquisire i crediti formativi, di votare alle elezioni, di fare dei conteggi pensionistici.

### Commissioni dell'Ordine

Il consiglio apporta alcune modifiche al regolamento relativo ( su questo argomento vedi articolo a parte n.d.r.).

### Bilanci preventivo e consuntivo

Il tesoriere dott.ssa Salusciev espone ai colle-

## Il movimento degli iscritti all'Ordine

Nella seduta del 2 aprile il Consiglio ha deliberato:

### NUOVE ISCRIZIONI

	numero
Roberta Teresa Olcese	14325
Luca Adriano	14326
Marco Giovanni Tubertini	14117

(trasf. elenco tecnici laureati)

Elenco degli psicoterapeuti:

Enzo D'Alessandro

### CANCELLAZIONI:

#### Per cessata attività

Luigi Carlo Balestrero  
 Anna Maria Lodigiani  
 Giorgio Gazzolo

### Per decesso:

Arnaldo Ponte  
 Paolo Erede  
 Alessandro Carlevaro  
 Erardo Ugo Schizzi

### Per trasferimento:

Alberto Vinci	all'albo di Savona
Fulvio Parodi	" "
Nicola Mordini	all'albo di Cuneo
Zeynep Esra Tevruz	" "
Robert Bruno Stubinski (citt. tedesco)	all'albo di Milano

ghi le principali risultanze dei bilanci consuntivo 2002 e preventivo 2003. Il Consiglio approva e decide di portare all'approvazione dell'assemblea i due bilanci (nel merito e per l'illustrazione delle cifre vedi "Genova Medica" del mese di aprile - n.d.r.).

### Questioni amministrative

Il Consiglio approva alcune delibere riguardanti il sistema informativo dell'Ordine (acquisto di un programma), l'impianto di illuminazione e l'impianto audio e registrazione nella sede dell'Ordine.

## Il regolamento per le commissioni

*E intanto l'Ordine ne ha istituito altre quattro - Variazioni nella composizione*

**S**u "Genova Medica" di aprile (pag. 15) abbiamo pubblicato l'elenco delle commissioni istituite dall'Ordine per seguire più da vicino alcuni aspetti dell'attività del medico. Avevamo preannunciato, in quella sede, che l'elenco non era definitivo, e che comunque il consiglio si sarebbe ancora occupato della questione, sia per quanto riguarda alcuni nomi che per dare una sorta di regolamento per il funzionamento di questi organismi.

Nella seduta del 2 aprile scorso, infatti, l'argomento è tornato sul tavolo dei consiglieri, e ne è uscito una specie di vademecum, che contempla alcune regole. Si è stabilito, intanto, che le commissioni possono essere formate, di massima, da 7 a 10 componenti. Un consigliere dell'Ordine svolge le funzioni di coordinatore ed è affiancato da un segretario, nominato da e scelto tra i componenti della commissione stessa.

Le commissioni utilizzano la struttura dell'Ordine, concordando con la direzione le modalità, i termini delle riunioni e le altre indicazioni operative per il corretto funzionamento di esse. Il segretario viene invitato a partecipare ai lavori dell'Ordine, su richiesta del coordinatore-consigliere dell'Ordine stesso. Le commissioni durano in carica di norma un anno e sono riconfermabili di anno in anno

(solo se funzionano) fino alla scadenza dell'attuale Consiglio ordinistico.

Contemporaneamente, oltre a quelle che già avevamo indicato in questa rivista, sono state istituite altre commissioni. Esse sono:

**Medicine non convenzionali** - Coordinatore per l'Ordine: L. Nanni; componenti: F. Semino, M.R. Vitale, L. Giuntini, L. Andreoli, A. Bollo, B. Calandra, R. Castrogiovanni, V. Fabbro, F. Fenoglio, M. Natour, F. Piterà, F. Tonello.

**Volontariato, Terzo Mondo, solidarietà, assistenza sociale e anziani** - Coordinatore per l'Ordine: Gemma Migliaro; componenti: R. Gusmano, M.T. Brancadoro, E. Corona, F. Risso, A. Cordone.

**Libera professione e accreditamento** - Coordinatore per l'Ordine: E. Bartolini; componenti: S. Bovone, M. Basso, F. Berti Riboli, G.R. Cicio, P. Della Casa, M. Gaggero, G. Modugno, M. Puttini, R. Rasia Dal Polo, R. Suriani.

**Europa** - Coordinatore per l'Ordine: E. Bartolini, componenti: M. Steinweg, F. Pinacci, C. Gustavino, P. Diviaco, P. Franzì. Intanto sono anche intervenute delle variazioni nella composizione delle commissioni già istituite in precedenza.

In particolare in quella dei "rapporti ospedali-territorio" sono entrati P. Minale e V. Maritati;

dalla "deontologia e bioetica" ha dato le dimissioni F. Henriquet; nella "responsabilità professionale e medicina legale" è entrato G. Inglese Ganora; dalla commissione Ordine-cure primarie è uscito T. Giordano; F. De Stefano non fa più parte della "Ordine-territorio"; nella commissione aggiornamento sono entrati la dott.ssa C. Nebiacolombo, G.A. Binda, C. Borzone, U. Armani. E. Ducci

ha presentato le dimissioni dalla "Pari Opportunità"; nella commissione psichiatria è entrata F. Canale. Infine un'errata-corrige: nel pubblicare in aprile l'elenco delle commissioni abbiamo indicato, tra i componenti dei giovani medici e specializzandi, V. Andreatta: si tratta invece del dott. V. Andretta, con il quale - e con i lettori - ci scusiamo per l'errore.

## L'Università organizza un corso per l'Africa

**E'** sempre più vivo il desiderio di portare aiuto e sostegno ai paesi in via di sviluppo sotto forma di volontariato.

Sono molti, infatti, i medici di medicina generale e gli specialisti che manifestano il desiderio di trascorrere un periodo di tempo in ospedali di questi paesi e che nel contempo si scontrano con alcune importanti difficoltà oggettive. Attualmente, chi vuole intraprendere una tale esperienza, può muoversi in due direzioni: rivolgendosi ad Organizzazioni Internazionali, come Msf (Medici senza frontiere) che richiedono però un notevole impegno sia in termini temporali che di preparazione tali da demoralizzare e distogliere anche i più motivati, oppure si può cercare appoggio presso ONG nazionali, compiendo una esperienza personale, senza basi, né guida. Per sopperire a tale carenza l'Università di Genova, con il patrocinio dell'Ordine dei medici di Genova, sta organizzando un corso di aggiornamento per preparare il medico ad una esperienza di lavoro nei paesi in via di sviluppo, ed in particolare nei paesi africani. Tale corso, organizzato dal Dipartimento di chirurgia (Dicmi) e di Medicina interna (Dimi) e coordinato dal prof Edoardo Berti Riboli, è rivolto a medici di

Medicina generale e specialisti che sono interessati ad offrire la loro opera trascorrendo un periodo di tempo limitato (da un minimo di un mese a un massimo di tre mesi) negli ospedali di tali paesi. Il corso concepito di breve durata (tre giorni) ed articolato in una parte generale (malattie tropicali, ostetricia, emergenze), una organizzativa (problemi sociologici, organizzazione sanitaria, rapporti con il paziente ed il personale) e una parte specialistica (chirurgia, ortopedia, ginecologia, pediatria, oculistica) si svolgerà a Genova nel mese di novembre. Docenti del corso saranno medici specialisti e generici con esperienze personali di lavoro consolidate nei paesi africani. Sarà, inoltre, possibile stabilire contatti con strutture ospedaliere africane per eventuali soggiorni presso diverse sedi per periodi stabiliti tramite rapporti con ONG. L'obiettivo, quindi, oltre a essere quello di preparazione all'esperienza di lavoro in Africa, è quello di facilitare il contatto e la realizzazione di quello che per ora, per molti, è rimasto solo un progetto.

Ulteriori informazioni verranno fornite sui prossimi numeri di "Genova Medica".

**Paola Bottaro**

**Luca Nanni** (nannige@libero.it)

# Specializzandi, nuove regole

*Un decreto detta i parametri da valutare per l'ammissione alle scuole*

**C** è un nuovo regolamento sull'ammissione dei medici alle scuole di specializzazione: è quello contenuto nel decreto ministeriale 25 febbraio 2003, n. 99, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 103 del 6 maggio scorso.

L'intento è quello - come specificato nella parte introduttiva - di arrivare ad "attribuire i

*Un complesso meccanismo per le prove con quesiti a risposta multipla, con un archivio centrale delle domande.*

punteggi da assegnare alle prove secondo parametri oggettivi", usando altrettanta oggettività nell'"assegnare i punteggi relativi al voto di laurea e al curriculum degli studi"; anche per quanto riguarda la costituzione

delle commissioni giudicatrici si dovrebbe arrivare ad operare "secondo criteri predefiniti". Vediamo di sintetizzare le principali norme contenute nel decreto.

**L'art. 2** specifica che al concorso per l'ammissione (che è per titoli ed esami) possono partecipare coloro che si sono laureati in medicina e chirurgia in data anteriore al termine di scadenza fissato dal bando per la presentazione delle domande, con l'obbligo di superare l'esame di Stato entro la prima sessione utile successiva all'effettivo inizio dei singoli corsi. Le prove di ammissione si svolgono a livello locale presso le singole Università, in una medesima data per ogni singola tipologia; il calendario delle prove viene predisposto dal Ministero entro il 31 luglio di ciascun anno le l'Università dovrebbero pubblicare il

## E nell'accordo Stato-Regioni fa capolino

### il contratto di formazione lavoro

**E'** stato un accordo tra Stato e Regioni, e non il rituale decreto ministeriale, a determinare il numero globale dei medici specialisti da formare nelle scuole di specializzazione per l'anno accademico 2002-2003.

Il testo dell'intesa è contenuto nella Gazzetta Ufficiale del 17 maggio scorso n. 113, e da essa sintetizziamo i punti salienti. Il numero totale, intanto, è indicato in 5388 unità, sud-

divise (c'è un elenco dettagliato) tra le varie specializzazioni (tanto per citare solo alcune cifre, si va dai 455 di anestesia e rianimazione ai 315 di chirurgia generale, ai 235 di ostetricia e ginecologia, ai 400 di radiodiagnostica, ai 4 di medicina di comunità). Eguale il numero delle borse di studio previste, a carico del bilancio dello Stato.

Questo è un punto negativo, ma al tempo stesso non nerissimo. Infatti nello stesso

bando almeno sessanta giorni prima della data fissata per la prova. Le domande di partecipazione vanno presentate almeno trenta giorni prima della prova.

Presso ogni Università:

**art. 3** - è costituita una commissione giudicatrice, composta dal direttore della scuola e da quattro professori di ruolo e/o ricercatori afferenti la scuola; se il numero dei candidati è superiore a 50 viene anche nominato un comitato di vigilanza con compiti di controllo sulla regolarità delle prove. Le prove, precisa il successivo:

**art. 4** - consistono in una prova scritta e in una successiva prova pratica; la prova scritta consiste nella soluzione di sessanta quesiti a risposta multipla, di cui 40 su argomenti caratterizzanti il corso di laurea e 20 su argomenti caratterizzanti la tipologia della scuola.

Un particolare meccanismo prevede la predisposizione, presso il ministero, di un "archivio centrale" dei quesiti, dal quale la commissione attingerà per utilizzare quelli per la prova

d'esame. La prova pratica - alla quale saranno ammessi solo chi avrà superato con un minimo di 48 punti la prova con quesiti a risposta multipla - invece consisterà nella valutazione da parte del candidato di un referto o di un dato clinico, diagnostico o analitico, da dare per iscritto su tre quesiti specifici.

**L'art. 5** si occupa poi della valutazione titoli, specificando che la commissione esaminatrice ha a disposizione cento punti in tutto, dei quali 60 per la valutazione della prova scritta, 15 per la prova pratica, 5 per il voto di laurea e 20 per il curriculum degli studi universitari (per il quale sono indicati minuziosi criteri di attribuzione dei punti).

Infine norme transitorie dispongono che, in attesa che sia costituito l'archivio centrale dei quesiti, sia ogni singola scuola a predisporre i quesiti che, scelti a sorte, saranno immessi in tre buste da sigillare accuratamente: il giorno della prova uno dei candidati sceglierà fra le tre buste quella che verrà utilizzata come prova d'esame.

provvedimento che parla delle 5388 borse di studio - e quindi delude le aspettative dei medici specializzandi, che da tempo anelano a veder riconoscere tale periodo come contratto di formazione lavoro, con tutti i risvolti previdenziali che questa formulazione comporterebbe - si prende ufficialmente atto della nuova proposta di revisione della normativa vigente sui medici specializzandi presentata dalle Regioni. Con quest'ultima soluzione il periodo di formazione verrebbe suddiviso in due fasi.

La prima metà si svolgerebbe presso strutture universitarie per l'acquisizione delle capa-

oltà di base teorico pratiche, retribuita ancora in forma di borsa di studio (ma con un importo aumentato del 10 per cento), la seconda metà "da attuarsi presso le strutture territoriali che fanno parte della rete formativa universitaria o comunque individuate dalle Regioni" e regolata tramite i contratti di formazione lavoro.

Un passo avanti, dunque, verso le aspettative c'è, anche se va messo in rilievo che nel testo dell'accordo pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale non c'è nessun riferimento a date o ad anni accademici per far partire il nuovo regime misto.

# Essenziali, ma non uniformi

Uno studio rivela molte differenze regionali nell'applicazione dei LEA

**R**iportiamo di seguito i principali punti emersi da un'analisi condotta dal "tavolo di monitoraggio e verifica sui livelli essenziali di assistenza sanitaria" istituito dopo l'accordo Stato-Regioni dell'agosto 2001, che fotografa la situazione al 31 dicembre 2002.

**Certificazioni** - Il rilascio delle certificazioni di idoneità alla pratica sportiva agonistica è gratuito solo in 15 regioni su 21, e precisamente in Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Veneto, provincia autonoma di Trento, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia e Romagna, Toscana, Marche, Umbria, Molise, Puglia, Basilicata e Sardegna.

**Medicine non convenzionali** - Sono 4 le regioni che concedono, come livelli aggiuntivi, alcune prestazioni di questo settore (sia pure con alcune condizioni): l'agopuntura è inclusa nei Lea di Piemonte, Valle d'Aosta, Umbria e Toscana, mentre la Valle d'Aosta offre anche prestazioni di chirotera-

pia per le patologie della colonna vertebrale. **Medicina fisica e riabilitazione ambulatoriale** - La Lombardia conferma tutte le prestazioni di cui all'allegato 2 A lett. F) agli assistiti presso Asl lombarde, Veneto e Friuli autorizzano l'esercizio assistito in acqua. Tutte le regioni - escluse Emilia Romagna,

*La varietà maggiore si registra nella medicina fisica e riabilitativa, nelle cure odontoiatriche e nelle "prestazioni diverse".*

Umbria e Calabria - includono elettroterapia antalgica, ultrasuonoterapia, mesoterapia e laserterapia (le Marche prevedono solo l'elettroterapia, mentre Campania, Puglia, Basilicata e Sardegna escludono la mesoterapia). Ma non in tutte le regioni le indicazioni cliniche per tali prestazioni sono esattamente definite, mentre alcune (Liguria e Sicilia) chiedono che esse siano comunque inserite

## Promosso dall'Ist uno studio sui mesoteliomi

**U**n gruppo di ricercatori dell'Ist (R.Andreatta, R.Filiberti, M.Neri, R.Puntoni) che si dedica allo studio dei mesoteliomi, ha iniziato un programma di ricerca per valutare il possibile ruolo di fattori di suscettibilità genetica nella patogenesi del mesotelioma e per far ciò chiede la collaborazione dei medici genovesi e soprattutto dei medici di medicina generale. Il progetto è quello di estendere l'ambito della ricerca ai familiari di primo grado dei pazien-

ti affetti da mesotelioma in quanto solo una percentuale di soggetti con elevata esposizione ad asbesto sviluppa tumore, mentre la malattia colpisce anche soggetti con bassa esposizione o apparentemente non esposti. E' evidente che il rischio di sviluppare mesotelioma è condizionato da una diversa suscettibilità individuale condizionata da caratteristiche genetiche endogene che si esprimono nella diversa attività ad esempio di enzimi polimorfici. A chi accetterà di



nell'ambito di progetti riabilitativi individuali.

**Altre prestazioni** - La varietà è davvero vasta: Piemonte e Valle d'Aosta prevedono la fornitura di dispositivi protesici extranomenclatore e di materiale di medicazione, 5 regioni su 21 "passano" i prodotti apoteici (Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Umbria e Sardegna), solo Emilia Romagna e Umbria concedono contributi per terapie con metodo Doman e assegno di cura per anziani, la Lombardia concede i farmaci di classe C agli affetti da malattie rare, Lazio e Basilicata danno contributi economici ad invalidi di guerra e per servizio. C'è anche chi concede vaccini desensibilizzanti e latte artificiale per soggetti allergici e rimborsi spese per soggetti affetti da particolari patologie (Valle d'Aosta e Basilicata) e contributi per protesi dentarie e trattamenti ortodontici a chi è in condizioni economiche disagiate (Valle d'Aosta).

#### **SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICHE PER L'EROGABILITÀ**

**Assistenza odontoiatrica** - In quattro regioni - Valle d'Aosta, Veneto, Umbria e

Puglia - ci sono limiti di reddito per avere diritto all'assistenza odontoiatrica gratuita (ma si va da 2 volte il minimo vitale in Valle d'Aosta a 24 mila euro l'anno per la Puglia). Nelle linee generali l'assistenza odontoiatrica risulta limitata ai minori, agli invalidi gravi, ai soggetti economicamente disagiati; Veneto, Puglia e Calabria l'estendono ai soggetti affetti da specifiche patologie. La Regione Veneto garantisce a tutti gli assistiti il trattamento delle urgenze infettive antalgiche ma riduce il numero delle prestazioni prescrivibili con una ricetta.

**Densitometria ossea** - 14 regioni indicano specifiche condizioni cliniche per concederla (Valle d'Aosta, Veneto, Friuli e Venezia Giulia, provincia autonoma di Trento, Liguria, Emilia Romagna, Marche, Umbria, Lazio, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna). Le condizioni maggiormente ricorrenti sono: donne in post menopausa con importanti fattori di rischio, donne in menopausa precoce o chirurgica, donne e uomini in trattamento prolungato con alcuni farmaci o in presenza di condizioni

partecipare allo studio verrà richiesto, previa sottoscrizione di un consenso informato, un prelievo di sangue e la compilazione di un questionario concernente la storia residenziale e occupazionale, oltre ad una sintetica storia clinica. In base ai dati dei Registri tumori, i tassi d'incidenza variano dai valori elevati della nostra regione con Genova (5.9/100.000), La Spezia (9.8/100.000), ma anche Trieste (6.3/100.000) in relazione alla presenza di attività industriali legate all'amianto, ai valori minimi per Latina (0.2/100.000). Nel 1994 (dati Istat) sono stati registrati in Italia 998 decessi (654 maschi e 344 femmine) per la maggior parte in soggetti con età superiore ai 65 anni. Poiché l'utiliz-

zo di asbesto, in Italia e nel resto d'Europa, è stato particolarmente elevato negli anni '60-'70, e considerato il tempo di latenza medio del mesotelioma di circa 32 anni, è stato stimato che l'incidenza del MM aumenterà nei prossimi 20 anni, soprattutto fra le coorti nate fra il 1945-50 e 1951-55. Si stima che entro i prossimi 35 anni circa 250.000 europei potrebbero morire per questa neoplasia.

Quanti fin d'ora desiderassero indirizzare eventuali pazienti o conoscenti con i citati requisiti possono contattare il dr. Riccardo Puntoni - S.C. Epidemiologia Ambientale e Biostatistica - IST, Largo R. Benzi Genova, telefono 010.56.00.960 - fax 010.56.00.501, e-mail:riccardo.puntoni@istge.it

patologiche associate ad osteoporosi.

**Chirurgia refrattiva con laser a eccimeri** - Valle d'Aosta, Piemonte, Veneto, Friuli Venezia Giulia, provincia di Trento, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna individuano le condizioni cliniche per concederla, e prevalentemente sono anisometria superiore a 4 diottrie, astigmatismo secondario a chirurgia corneale, ametropie post-chirurgiche, miopia grave. In complesso - osserva lo studio ministeriale - per quanto riguarda l'erogabilità di densitometria ossea e chirurgia refrattiva con laser a eccimeri esiste un buon livello di uniformità tra le diverse regioni.

**Ricoveri in ospedale** - Quasi tutte le

regioni sono intervenute per individuare i connotati di "appropriatezza" dei ricoveri ospedalieri, puntando anche su forme assistenziali alternative al ricovero ordinario (day hospital chirurgici o medici o attività ambulatoriali specifiche, day surgery).

Ma "per individuare i valori soglia di ammissibilità dei ricoveri in regime ordinario - annota testualmente la relazione - le Regioni si avvalgono di metodologie differenti" con la conseguenza di diverse valutazioni sull'appropriatezza dei ricoveri.

Vi è infine da segnalare che alcune regioni - ad esempio Piemonte e Lombardia - hanno escluso dai LEA le prestazioni impropriamente richieste ed erogate dal servizio di pronto soccorso.

## IL NOBILE COLLEGIO OMEOPATICO

organizza

### CORSO TRIENNALE DI OMOTOSSICOLOGIA

*Direttore didattico: Dr. G. Bergamaschi*

**Auletta Chirurgica Università di Genova, via De Toni, 2**

**A. A. 2003/2004**

PARTECIPA AL PROGRAMMA  
E.C.M.

Il corso di studi in omotossicologia è articolato in **30 incontri a partire da ottobre 2003, con cadenza mensile, per un totale di 300 ore, distribuite in tre anni**; sono previsti inoltre esercitazioni pratiche integrative e numerosi corsi complementari facoltativi. Il piano di studi triennale comprende: Principi di Omeopatia - Fisiopatologia Omotossicologica - Cliniche Omotossicologiche (classificazione dai farmaci omotossicologici, i policrestali dell'omotossicologia, il drenaggio e l'attivazione emuntoriale, gastroenterologia, reumatologia, gerontologia, pediatria, urologia, epatologia, andrologia, ginecologia, patologia dell'apparato respiratorio, ORL, patologie dell'apparato circolatorio, traumatologia, patologie cellulari, P.N.E.i., S.N.C. e S.N.A., patologie ansioso-depressive, insonnia, ghiandole endocrine, fisiopatologia e chimica ormonale, timo, pancreas, ghiandola surrenale, principi di omeosinatria clinica) - Principi di Immunologia Clinica e Immunofarmacologia Omeopatica - Ecologia Clinica e Principi di Nutrizione Applicata - Tecniche Bioelettroniche - Principi di Medicina Estetica - Mesoterapia Omotossicologica - Letture Magistrali e Principi di Tecniche Terapeutiche Correlate (oligoterapia, fitoterapia, floriterapia, gemmoterapia, agopuntura). *Il programma dettagliato del primo anno verrà inviato al ricevimento dell'iscrizione.*

### IL CORSO E' A NUMERO CHIUSO (50 POSTI DISPONIBILI) E TERMINE ULTIMO PER L'ISCRIZIONE E' IL 30 SETTEMBRE 2003

Il costo del primo anno, comprensivo di materiale didattico ed iscrizione al Nobile Collegio Omeopatico è di € 250,00 e consente di partecipare alle scuole e ai corsi che l'associazione promuove su tutto il territorio nazionale nell'anno di riferimento.

**Segreteria organizzativa: D.ssa Eleonora Gagliano - tel. 335/8296460 - [elega@libero.it](mailto:elega@libero.it)**

In collaborazione con: O.T.I. - Omeotossicologici Italia s.r.l., S.S. Tiburtina Valeria km.69,300, 67061 Carsoli (AQ), tel. 0863/995756, [www.otiomeopatici.com](http://www.otiomeopatici.com)

**Nobile Collegio Omeopatico - Via G. Montanelli, 1/a - 00195 Roma Tel. 0863/995756 - fax 0863/995760**

## Enpam, dichiarazioni più facili

*Libera professione: non si dovranno più calcolare da soli i contributi sul reddito*

**D**a quest'anno sarà più semplice presentare la dichiarazione dei redditi professionali soggetti alla contribuzione Enpam (Fondo della libera professione - quota B del Fondo generale) ed effettuare il pagamento del relativo contributo. Infatti sono state approvate alcune modifiche al sistema di riscossione che entrano in funzione con le dichiarazioni dei redditi del 2002, e quindi, in pratica, con le incombenze da svolgere quest'anno.

Gli iscritti al Fondo della libera professione non dovranno più effettuare il complesso calcolo dell'importo dovuto a titolo di contribu-

*Basterà comunicare all'Ente il reddito, sarà poi l'Enpam a fare i conteggi e a chiedere gli importi dovuti*

to proporzionale e fare contestualmente il versamento; dovranno semplicemente comunicare all'Enpam il reddito derivante dall'esercizio della libera professione e sarà l'ente di previdenza a fare i calcoli relativi e comunicare poi gli importi dovuti.

Questa è la sintesi di una lunga e dettagliata circolare che l'Enpam ha inviato agli Ordini. La dichiarazione dei redditi, cui abbiamo accennato sopra, andrà fatta entro il 31 luglio 2003, utilizzando i modelli "D/2003" che saranno inviati al domicilio degli iscritti a partire da questo mese (se qualcuno non lo ricevesse potrà ritirarne una copia all'Ordine, o eventualmente scaricarlo dal sito internet

www.enpam.it); con la stessa dichiarazione si potrà chiedere d'essere ammessi alla contribuzione ridotta - naturalmente se ricorrono le condizioni, cioè l'assoggettamento ad altra forma di contribuzione obbligatoria oppure - per gli ultrasessantacinquenni - all'esonero dal contributo proporzionale (ricordiamo che esso decorre dal mese successivo a quello del compimento del 65° anno d'età).

L'Enpam precisa che i modelli che saranno inviati agli iscritti saranno personalizzati, in base alla posizione contributiva del singolo iscritto presso il Fondo della libera professione, e precisamente il modello D/CO per l'iscritto infrasessantacinquenne con contribuzione intera, il modello D/CR per l'iscritto infrasessantacinquenne con contribuzione ridotta, il D/65 per l'iscritto che ha compiuto il 65° anno nel corso del 2002 e il D/P per chi ha più di 65 anni (pensionato del Fondo generale quota A) ma non ha ancora optato per l'esonero contributivo.

Una volta fatta la dichiarazione (da giugno disponibile anche per via telematica, collegandosi al sito [www.enpam.it](http://www.enpam.it) ma effettuando preventivamente la registrazione on-line) come dicevamo saranno gli uffici Enpam a calcolare gli importi dovuti: tutti gli iscritti tenuti al versamento riceveranno tramite la Banca Popolare di Sondrio appositi bollettini da pagare in un'unica soluzione entro il 31 ottobre.

Se non si dovesse ricevere il bollettino si dovrebbe contattare per informazione il numero verde della Banca 800.24.84.64.

## PROROGATA AL 30 GIUGNO LA SCADENZA PER LE POLIZZE SANITARIE ENPAM-GENERALI

**E'** stato prorogato al 30 giugno il termine - inizialmente previsto per il 31 maggio - per il versamento del premio e per l'invio del modulo di adesione alle polizze sanitarie Enpam-Assicurazioni Generali.

Siamo quindi ancora in tempo per ricordare brevemente ai colleghi quali sono le modalità da seguire per il pagamento. L'Enpam ha diffuso sull'argomento una breve nota, sulla base della quale si possono fare alcune distinzioni. Iniziamo dai pensionati.

Se qualcuno di questi ha aderito alla polizza base già nel 2002, solo per se stesso, l'importo del premio verrà trattenuto automaticamente dalla pensione; se la polizza base è stata estesa anche ai famigliari, oppure c'è stata l'adesione alla polizza di secondo livello, sia per il solo medico che con i famigliari, il pagamento andrà fatto con bonifico bancario, secondo le coordinate che specifichiamo più sotto. Il medico in attività di servizio,

che ha già aderito alla polizza nel 2002, dovrà provvedere al versamento del premio annuo, per entrambe le polizze (quella base e quella di secondo livello) e per i famigliari.

E' anche possibile aderire adesso all'assicurazione, compilando in modo completo il modulo che può essere ritirato all'Ordine, indicandovi in modo chiaro quale tipo di polizza si sceglie e, se l'opzione è quella di estendere la garanzia anche ai famigliari, ne vanno indicati chiaramente gli estremi anagrafici, apponendo le firme previste.

Per quanto riguarda le modalità di versamento, ripetiamo che il pensionato con polizza base limitata a se stesso non deve fare nulla, si troverà la ritenuta di 52 euro sulla pensione; negli altri casi il versamento va fatto con bonifico bancario sul conto corrente N. 02570 - Abi 05584 - Cab 03215 intestato all'Enpam, presso la Banca Popolare di Milano, indicando obbligatoriamente cognome e nome dell'iscritto e suo codice Enpam.

## I corsi d'aggiornamento utilizzabili nella pubblicità

**N**on tutti i corsi di perfezionamento e master possono essere utilizzati, da chi li ha frequentati, ai fini della pubblicità sanitaria.

Lo precisa una nota della Federazione, la quale spiega che occorre avere riguardo alla disposizione di legge in base alla quale essi sono stati organizzati.

Gli attestati di frequenza ai corsi di perfezionamento ex Decreto del Presidente della Repubblica n. 162/82 ed i master conseguiti ex legge 341/90 e Dm 509/99 non possono

essere pubblicizzati in quanto "non rientrano nella tassativa elencazione che la legge 175/92 fa dei titoli di studio, accademici, di carriera e di specializzazione pubblicizzabili.

Invece i corsi di perfezionamento regolamentati nel passato dalla legge 26 gennaio 1942 n. 78 - oggi abrogata - sono e restano pubblicizzabili, perché hanno valore di titolo universitario, come stabiliva l'art. 5 secondo il quale "il diploma di perfezionamento ha valore di titolo accademico ed è rilasciato dal rettore dell'Università".

# Contro il dolore meno burocrazia

*Ricettari semplificati in Liguria - All'avanguardia la "campagna" della Asl 3*

**R**ifiutare il dolore, negare la sua ineluttabilità e opporvisi con tutti i mezzi terapeutici a disposizione.

E' questo l'obiettivo che si è proposto il Ministero della Salute con la legge 8 febbraio 2001 (pubblicata poi sulla Gazzetta Ufficiale n. 41, del 19 febbraio dello stesso anno) che facilita la prescrizione dei farmaci antidolore

*Un complesso meccanismo per le prove con quesiti a risposta multipla, con un archivio centrale delle domande.*

nelle cure prestate ai malati terminali, e comunque nel dolore moderato o severo. Gli interessati a queste terapie sarebbero, in tutta Italia, circa 140 mila all'anno. Malauguratamente per chi ne ha necessità la sensibilità verso questo problema non è

uniforme su tutto il territorio nazionale: i cittadini meno tutelati sotto questo profilo sarebbero quelli di Lazio, Sardegna e Veneto dove non esistono ancora i ricettari previsti dalla legge che abbiamo citato sopra.

Tra i più fortunati possiamo dire che ci sono, probabilmente, gli abitanti della Liguria. Infatti la Regione da tempo ha messo a disposizione i ricettari semplificati con modelli a ricalco e possibilità di prescrizione multipla. Decisamente buoni i risultati raggiunti nella Asl 3, dove ben il 70% dei medici di famiglia si è dotato del nuovo ricettario (ricordiamo, per inciso, che del vecchio ricettario, quello giallo per intenderci, disponevano solo il 10% dei medici).

Questo traguardo premia sicuramente l'investimento economico della Asl 3, che ha sostenuto i costi dei corsi Ecm dello scorso

## Sentire meno dolore, il primo desiderio dei malati

Il primo desiderio dei malati è proprio quello di sentire meno dolore; infatti un malato su dieci dichiara di soffrire e più della metà dei ricoverati lamenta dolore fisico oltre che disagi di tipo psicologico e relazionale. È quanto risulta dall'elaborazione delle oltre 15 mila schede che l'anno scorso erano state distribuite a malati ricoverati nelle strutture delle aziende sanitarie locali e ospedaliere. I risultati dell'elaborazione sono stati illustrati dallo psicologo Vito Ferri, responsabile del Centro di ascolto psico-sociale della fondazione Gigi Ghirotti, durante l'incontro promosso recentemente a Roma dalla stessa fondazione, insieme con il ministero della Salute e la Conferenza dei presidenti delle Regioni. Per quanto riguarda la percezione soggettiva, l'87% dei pazienti ha dichiarato di soffrire; di questi, quasi uno su quattro (24%) ha detto di soffrire in maniera "intensa", il 42% in misura "moderata" e il 21% in forma "lieve". In particolare, il dolore fisico è manifestato dal 59% dei pazienti, ma anche il disagio psicologico e relazionale sono significativamente presenti. Quanto ai bisogni espressi, quello prevalente risulta proprio il "sentire meno dolore" (62%), seguito dal desiderio di avere la "presenza delle persone care" (60%) e, poi, dal "ricevere informazioni chiare sulle cure" (52%).

anno, e gli sforzi della Simg genovese, che li ha organizzati in collaborazione con la Sicp (Società Italiana per le cure palliative).

L'argomento ha sicuramente interessato i partecipanti ai corsi: infatti il 77% di loro ha giudicato il tema da abbastanza rilevante a molto rilevante, per la qualità educativa il 74% ha considerato l'evento da soddisfacente a eccellente e in fatto di efficacia dell'evento il 69% ha espresso un giudizio da abbastanza a molto efficace (in grado cioè di modificare la loro pratica clinica).

Adesso dobbiamo augurarci che i nuovi moduli non restino nei cassetti.

Cogliamo intanto l'occasione per ricordare che essi servono per la prescrizione semplificata di morfina, metadone, codeina, buprenorfina, diidrocodone, fentanil, idrocodone, idromorfone, ossicodone e ossimorfone. La

ricetta ministeriale può contenere la prescrizione di farmaci compresi nell'allegato III bis necessari ad una terapia antidolorifica che non superi i trenta giorni (contro gli otto delle vecchie ricette). Tale terapia può essere allestita con un solo farmaco, con due farmaci diversi tra loro o con lo stesso farmaco con due dosaggi differenti. La legge consente anche la consegna a casa del paziente dei farmaci da parte di operatori sanitari e permette ai medici di famiglia e ospedalieri (nonché ai veterinari) di detenere quantitativi adeguati per le urgenze. L'autoricettazione può essere fatta scrivendo "autoprescrizione" nello spazio destinato all'intestazione del paziente.

**Sara Storage**

*con la collaborazione di Pierclaudio Brascesco  
e Maria Clara Cordano*

## Novità sulle prescrizioni in un recente decreto

**S**ulla G. U. del 28 maggio è stato pubblicato il decreto del Ministro della Salute del 4 aprile scorso, che introduce qualche novità sulle prescrizioni.

Esso ribadisce - come nota una circolare Fnomceo sull'argomento - che i medicinali a base di buprenorfina, impiegati nella terapia del dolore severo "in corso di patologia neoplastica o degenerativa" debbono essere prescritti, per una durata non superiore a trenta giorni, sull'apposito ricettario predisposto dal Ministero della Salute (il modello, che è allegato al nuovo decreto, contiene alcune semplificazioni rispetto al passato).

L'art. 3 del decreto, aggiunge la Federazione, "dispone che i medicinali compresi nelle tabelle I, II e III di cui all'art. 14 del Dpr n. 309/1990, e compresi nell'allegato III-bis

della legge n. 12/2001 (Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore) in associazione con altri farmaci collocati nella tabella V del citato decreto n. 309/90 sono prescritti con ricetta da rinnovarsi volta per volta, salvo quando sono inseriti nella tabella 4 della Farmacopea ufficiale". Inoltre i predetti medicinali, se usati nella terapia del dolore, devono essere prescritti sul ricettario approvato con decreto 24 maggio 2001, oggetto appunto delle modifiche semplificative arrivate adesso.

Infine è stato soppresso l'obbligo di conservare per sei mesi le copie delle ricette non rilasciate all'assistito, e in attesa della stampa e distribuzione dei nuovi ricettari i medici sono autorizzati ad usare quelli precedentemente in vigore.



## Castellaneta, esigente e all'avanguardia

*Impetuoso e generoso, l'anatomia patologica era per lui un'intuizione*

**U**omo prestante, intelligente, impetuoso e generoso fino alla prodigalità fu, per indole, un brillante compagno di convivio, ma anche un solitario - talora quasi astratto dalla realtà - se si escludono i legami profondi con la famiglia e alcuni altri, spesso maturati sul lavoro e divenuti, nel tempo, amicizia. Ricordiamo così i tratti essenziali della personalità del prof. Antonio Castellaneta, per molti anni primario del servizio di anatomia patologica del San Martino, mancato la sera del 13 maggio.

Allievo ribelle, ma sincero e devoto del maestro Antonio Giampalmo, ebbe, come il maestro, un'ottima preparazione clinica propedeutica, indispensabile per attendere all'anatomia patologica. Ad essa univa una personale dote intuitiva che ne fece un primario ed un interlocutore singolare per la novità dei programmi e delle azioni.

Nei suoi numerosi viaggi oltre oceano, anche come ufficiale medico, la pur seducente mondanità degli approdi non lo distrasse dal visitare ospedali importanti. Constatò che i metodi organizzativi che stava elaborando potevano essere effettivamente la soluzione per un rinnovamento della sua disciplina, al quale era portato dall'istinto etico ed estetico.

Primario in ruolo divenne, per un vasto pubblico di addetti e non, il medico delle innovazioni ed anche dello scontro. Agli amministratori richiese investimenti economici per ambienti, attrezzature e personale; pretese

l'applicazione di norme di sicurezza ambientale ricorrendo - unico - anche alla collaborazione delle organizzazioni sindacali. Ai colleghi "clienti" del servizio propose iniziative e offrì prestazioni nuove. Resta emblematica l'equipe volante dell'anatomia patologica: un assistente ed un tecnico per gli esami estemporanei erano in sala operatoria a fianco del chirurgo - il prof. Serrano, anch'egli per altri versi un'instancabile. Nel servizio voleva da ogni figura professionale collaborazione e, fatto nuovo, iniziativa, acquisizione di responsabilità e di competenze individuali. Antonio Castellaneta fece tutto questo per l'anatomia patologica oltre trent'anni fa, quando la promozione della qualità nel servizio pubblico era agli albori anche per i bocconiani, e la salvaguardia della salute era una richiesta che arrivava solo dalle fabbriche.

Antonio Castellaneta, il Nini, caro, incombenente e imprevedibile, ha fatto una scuola non tradizionale in campo medico. Egli ha insegnato pragmatismo e perseveranza nelle azioni e tra le priorità di valori ha indicato ai più sensibili il rispetto e la dignità. Ci mancherà molto.



*Cristina Quaglia*

## Durand, pediatra e ricercatore

*Importantissime le sue scoperte nell'ambito della genetica medica*

I prof. Paolo Durand è mancato improvvisamente, travolto da una moto, mentre nella sua amata Celle, suo luogo natale, si stava avviando - immaginiamo con il suo solito passo baldanzoso - verso il mare.

Colto, elegante, amante della natura e dell'arte, possedeva una personalità spiccata che gli permetteva di emergere in ogni ambiente.

La sua attività professionale si è svolta tutta nell'ambito della pediatria. Dapprima come allievo del professor Giovanni De Toni presso la Clinica pediatrica di Genova, poi come primario di malattie infettive e della III Divisione di pediatria dell'Istituto scientifico Giannina Gaslini, dove ha ricoperto in seguito il ruolo di direttore scientifico. Dal 1992 al 1994 è stato direttore scientifico dell'Istituto di genetica medica e gemellologia di Roma e dal 1994 al 1998 direttore scientifico dell'ospedale Bambin Gesù di Roma.

Sua caratteristica peculiare è sempre stata la viva curiosità per quanto di nuovo emergesse nelle scienze mediche e la capacità di discernere tra la miriade di notizie che oggi bombardano il medico.

Ben presto il suo interesse si è diretto al campo della genetica medica dove ha dimostrato le sue capacità di ricercatore individuando la intolleranza genetica al lattosio da carenza della specifica disaccaridasi e, tra le malattie lisosomiali, la fucosidosi. Ha inoltre partecipato alla messa a punto delle cono-

scenze attuali su un gran numero di difetti genetici degli enzimi lisosomiali, in particolare delle glicoproteinosi.

L'approfondimento dei questi studi lo ha portato a collabora-

zioni importanti con prestigiose Università italiane e straniere (Zurigo, Lovanio, Los Angeles). In collaborazione con i più vivaci esponenti della pediatria italiana ha fondato l'Associazione Culturale Pediatrica alla redazione delle cui rivista " Prospettive in Pediatria" ha partecipato fin dagli inizi.

E' stato project leader della Società europea per la ricerca in pediatria e membro onorario delle Società di pediatria francese, spagnola, svizzera e degli Stati Uniti. Dal 1987 al 1991 è stato responsabile per la Comunità Europea, del Progetto malattie genetiche del metabolismo. Accanto alle attività di pediatra e di ricercatore ha sempre unito un vivo interesse per gli aspetti sociali dell'assistenza al bambino in difficoltà, aprendosi anche al mondo laico. A lui si deve la fondazione della Associazione italiana per la ricerca, prevenzione e cura dell'handicap (Airh) di cui era attualmente presidente. In questi ultimi anni sono usciti alcuni volumi in cui ha rivissuto la sua intensa vita di pediatra ricercatore.



*Carla Borrone*

**Farmaci per tossico dipendenti, i ricettari all'Ordine** - In tema di ricette per i farmaci oppiacei antidolore, dobbiamo richiamare l'attenzione sul fatto che molti colleghi fanno un po' di "confusione burocratica" con i medicinali utilizzati per la terapia sostitutiva nei pazienti tossicodipendenti. Per la prescrizione di questi farmaci - ma solo per questi - i formulari vanno ritirati all'Ordine dei Medici; per la terapia del dolore invece occorre rivolgersi alla Asl, come prescritto dalle norme in vigore, in quanto l'Ordine non ne può curare la distribuzione.

**Eletto il nuovo direttivo della Simg di Genova** - Il 7 aprile scorso a conclusione dell'assemblea annuale della sezione provinciale genovese della Società italiana di medicina generale è stato eletto il nuovo direttivo della sezione, composto da P. Brasesco, P. Scarrone, S. Storace, C. Nebiacolombo. Le cariche sociali sono state così assegnate: P. Brasesco presidente, P. Scarrone vicepresidente, C. Nebiacolombo segretario, S. Storace segretario amministrativo.

**Seminari di oncologia** - La Scuola di specializzazione in oncologia dell'Università di Genova, diretta dal prof. Francesco Boccardo, organizza una serie di seminari d'aggiornamento, che avranno sede nell'aula A del Centro di biotecnologie avanzate. I prossimi appuntamenti sono: **21 luglio, ore 14, "Il trattamento del carcinoma ovarico, luci ed ombre"**, del prof. Pierfranco Conte, direttore del Dipartimento di oncologia ed ematologia del Policlinico di Modena; **11 settembre "Attualità e prospettive nel trattamento dei tumori della testa e del collo"**, del prof. Franco Cognetti, direttore scientifico dell'Istituto Regina Elena di Roma per lo studio e la cura dei tumori; **14 ottobre "Neoangiogenesi e terapie neoangiogenetiche: il punto in oncologia"**, della prof.ssa Adriana Albini, direttore del servizio di oncologia molecolare dell'Ist di Genova. Per maggiori informazioni tel. 010/5737266.

**Conferenze al Dimi** - **Giovedì 26 giugno** si conclude il ciclo di conferenze d'aggiornamento al Dimi (Dipartimento di medicina interna dell'Università) con **"La tc spirale multistrato: nuova tecnologia, nuove tecniche d'esame, nuove possibilità diagnostiche"**, di Lorenzo Derchi, ordinario di radiologia dell'Università di Genova (ore 17, Aula Magna del Dipartimento).

**Laurea honoris causa** - L'Università di Salta (Argentina), in riconoscimento dei suoi meriti accademici e di ricercatore, ha conferito la laurea honoris causa al medico genovese prof. Giulio Alcozer. Congratulazioni vivissime.

**Agopuntura solo per laureati** - L'agopuntura è un atto medico e come tale può essere praticata solo da chi ha la laurea in medicina. A stabilirlo - meglio a ribadirlo, visto che è orientamento ormai costante da più di vent'anni - è stata la Corte di Cassazione, che ha confermato la condanna a una pena pecuniaria di 1355 euro ad un infermiere e un massoterapista piemontesi. Di nuovo, nella vicenda, c'è che una legge regionale del Piemonte abilita a tale pratica anche gli "operatori non medici", previo superamento di una prova finalizzata ad ottenere l'iscrizione in un apposito albo. Ma la Cassazione ha osservato che proprio questa disciplina è ora al vaglio della Corte Costituzionale, per il sospetto di aver sorpassato i limiti posti dall'art. 117 della Costituzione alle competenze regionali.

**Cordone ombelicale** - E' stata costituita recentemente a Genova la sezione ligure dell'Adisco - Associazione donatori italiani sangue cordone ombelicale - che ha sede in via Mario Piana 26 rosso. Chi volesse ulteriori informazioni può telefonare al numero 338.1717511.

# Intramoenia, il regno dell'anarchia

*E in media le aziende hanno recuperato solo il 6% dei costi della riforma*

*Pubblichiamo la seconda ed ultima parte della relazione che la commissione affari sociali della Camera ha esteso a conclusione dell'indagine conoscitiva sulla realizzazione dell'intramoenia. La prima parte è stata pubblicata sul numero di maggio.*

La mancanza di trasparenza si presenta, sotto un profilo diverso, nell'assetto dell'intramoenia allargata, nel quale è difficile per le direzioni sanitarie, come già sottolineato, effettuare controlli efficaci sull'operato dei medici. Secondo il Ministro della salute, anzi, vige nell'intramoenia allargata una sostanziale "anarchia".

In conclusione, la doppia lista di attesa (istituzionale e a pagamento) ha generato spesso negli assistiti la sensazione di un'odiosa disparità di trattamento, un iniquo trattamento di favore per chi può permettersi di pagare per ottenere quel che il servizio pubblico dovrebbe assicurare gratuitamente. E tale sensazione è stata accentuata dal fatto che le attese per le prestazioni a pagamento sono spesso nulle, a fronte di tempi molto lunghi per le prestazioni di natura istituzionale.

Un altro profilo molto importante concerne i costi della riforma del 1999. Dai dati elaborati dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali risulta che, a fronte degli oneri per la corresponsione delle indennità di rapporto esclusivo valutati in circa 3 mila miliardi di lire lorde, le aziende hanno introitato appena 180 miliardi di lire (circa il 6 per cento delle

spese). Il Ministro della salute ha peraltro evidenziato alcune incongruenze nei dati forniti, che farebbero presumere che l'obbligo, previsto dalla legge, di coprire tutti gli oneri relativi all'attività intramuraria con i proventi derivanti dall'attività stessa non sia stato rispettato pienamente.

Il Ministro ha anche ipotizzato che - in questo quadro - le Regioni, in occasione del rinnovo contrattuale, potrebbero mettere in discussione l'assetto attuale e, per esempio, chiedere al personale prestazioni istituzionali aggiuntive a fronte della corresponsione dell'indennità di esclusività.

*Lo stesso ministro è molto critico sulla situazione: mancano strumenti, strutture e scelte ragionate nei servizi.*

Il costo della riforma per le regioni si è, comunque, rivelato sottostimato per oltre 282,5 milioni di euro rispetto a quanto previsto alla firma del contratto, portando la spesa complessiva a 1.120 milioni di euro.

Tali incrementi di spesa sono dovuti proprio alle indennità conseguenti all'opzione della libera professione intramoenia, mentre i guadagni per le aziende sono stati pari a circa 93 milioni di euro.

D'altra parte, risulta che i professionisti abbiano incassato, oltre alle indennità previste dal contratto collettivo, 617 milioni di euro per le visite rese in regime di libera prestazione professionale intramuraria.

### Conclusioni e prospettive di riforma

Le risultanze dell'indagine conoscitiva inducono ad una approfondita riflessione sull'istituto dell'intramoenia, la cui disciplina necessita di correttive e integrazioni anche sostanziali. Per invogliare i professionisti a lavorare nella struttura pubblica occorre verificare la possibilità di garantire la qualità della prestazione. Nel nostro paese, tuttavia, al momento dell'introduzione della riforma, così come oggi, vi sono soltanto alcune strutture pubbliche in grado di affiancare alla prestazione universale l'attività intra-moenia con la stessa qualità del privato.

Gli incentivi all'efficienza nel concorso di prestazioni pubblico-privato di questa riforma, invece, sono stati incentrati sul trattamento economico aggiuntivo al personale che ha optato per l'esercizio della libera professione intramuraria, sulla scelta della libera professione all'interno dell'ospedale come corsia preferenziale per l'accesso agli incarichi e su altre forme di incentivi e disincentivi al personale. Gli incentivi economici, pur se consistenti, non sono tuttavia sufficienti ad aumentare l'efficienza del personale, soprattutto nel settore pubblico: occorrono motivazione, modalità di qualificazione, formazione professionale, capacità organizzativa e sensibilità nei rapporti con i collaboratori e con i cittadini (in questo caso con cittadini tra i più vulnerabili).

Insieme con gli incentivi alle risorse umane occorrono soprattutto strumenti, strutture e scelte ragionate nell'erogazione dei servizi e ripartizione dei costi, anche al fine di trasferire la spesa privata dalla duplicazione all'integrazione del servizio pubblico. Il carrozzone pubblico diventa, in caso contrario, più comodo, certamente non più veloce.

Il miglioramento della qualità e della professionalità del servizio pubblico universale, acquisendo i vantaggi del servizio privato, era tra gli obiettivi di questa riforma; l'incremento della spesa per l'assistenza pubblica è, ad oggi, il risultato meno incerto, quantomeno dai dati emersi nel corso dei lavori della Commissione.

Le ragioni di fondo riposano nei principi ispiratori della riforma. Principi rivolti al miglioramento del servizio sanitario nazionale attraverso strumenti di premi e sanzioni economiche, di carriera, amministrative e penali nei confronti dei Medici.

Un'attribuzione di responsabilità alla classe medica dei mali che affliggono il sistema, dovuta, probabilmente, ad un esame frettoloso da parte di chi tale classe la conosceva poco ed ha ritenuto di "razionalizzarne" i contenuti lasciando, comunque, che prevalesse l'ideologia sull'esame ragionato.

### Riforma e ideologia

Una prevalenza di motivi ideologici nella riforma è sembrata pertanto emergere anche in ogni momento di possibile confronto: su tale aspetto è necessario continuare a richiamare l'attenzione. È stato detto dalla maggioranza della passata legislatura in questa Commissione che il provvedimento sull'incompatibilità predisposto con le misure di razionalizzazione della finanza pubblica nel 1996, integrato con il successivo decreto-legge, avrebbe costituito un elemento importante di riassetto della spesa sanitaria, così come i successivi provvedimenti di delega legislativa del 1999.

I risultati rilevati dall'Aran e dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali segnalano un forte impatto su risorse che avrebbero potuto

essere destinate invece alla collettività, a fronte di obiettivi mancati di breve periodo quali la riduzione delle liste d'attesa.

Se tra gli obiettivi di lungo periodo si pone anche l'adeguamento delle strutture del servizio sanitario nazionale alle esigenze di efficienza sancite dal decreto legislativo 229 del 1999, la mancata previsione di un meccanismo di gradualità nell'attuazione della riforma ha condotto ad un fallimento. Ciò mette in particolare rilievo la determinazione di chi l'ha approntata, orientata, senza corrette previsioni sui costi, a valutare la classe medica come principale problema della sanità.

### Premi finalizzati

Possibili correttivi interni alla riforma possono essere orientati secondo i seguenti indirizzi. In primo luogo, è opportuno procedere alla destinazione del premio di produttività per il conseguimento dell'obiettivo di una effettiva riduzione delle liste di attesa. In altre parole, il pagamento del premio di produttività al dirigente medico andrebbe subordinato al conseguimento di specifici obiettivi di accrescimento della produttività di reparto, concordati con il direttore sanitario.

Questo sistema premiale dovrebbe essere applicabile sia a coloro che hanno optato per l'intramoenia, sia a coloro che sono in regime di extramoenia. Di più, la stessa autorizzazione all'esercizio della libera professione extramoenia andrebbe concessa solo a condizione del raggiungimento degli obiettivi aziendali. Andrebbe rivisto il sistema premiale previsto per i direttori generali (sanitari e amministrativi); in particolare, il premio deve essere legato alla produttività aziendale effettiva, e non tenere conto di misure artificiose volte a contrarre la spesa (mobilità del personale,

eccetera). Un altro aspetto importante concerne la costituzione di un sistema di prenotazione informatico centralizzato (a livello interaziendale), al fine di evitare le liste di attesa "drogate", vale a dire ingannevolmente lunghe a causa di prenotazioni plurime di uno stesso utente per la medesima prestazione. Ancora in vista della riduzione delle liste di attesa, è opportuno tendere al pieno utilizzo degli impianti e della attrezzature (cioè dalle 8 alle 20); a questo fine è necessario rimuovere il blocco delle assunzioni, così da reclutare il personale medico e paramedico occorrente per i servizi diagnostici ambulatoriali, ospedalieri e territoriali.

Si pone inoltre con urgenza la necessità di trovare una soluzione adeguata al problema della intramoenia allargata.

Da ultimo, è assolutamente indispensabile la collaborazione di tutti i livelli istituzionali affinché sia realizzato un attento monitoraggio delle modalità di attuazione della normativa in esame.

In particolare, occorre porre in essere una verifica sullo stato di avanzamento dei lavori di ristrutturazione della rete ospedaliera in funzione dell'esercizio dell'attività intramoenia realizzati attraverso l'impiego delle risorse di cui all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 e del decreto legislativo n. 254 del 2000 così come una verifica degli atti aziendali esitati dai direttori generali.

Aldilà dello strumento impiegato (l'Osservatorio presso il Ministero ovvero l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, come autorevolmente suggerito) quello che è importante è una verifica puntuale di come tali servizi sono garantiti su tutto il territorio nazionale, evitando usi distorti o illegittimi degli strumenti previsti dalla legge.



# Lettere al Direttore



## Abbiamo dato alla gente la cattiva abitudine di considerarci dei medici-zerbino

**A** volte penso che devo proprio amarlo tanto il mio lavoro se mi ostino a fare il medico con instancabile convinzione. Eppure mi domando se i pazienti sono coloro che si accomodano al di là della scrivania o piuttosto non sono quelli che stanno seduti al di qua, vestiti in camice bianco.

La medicina generale è probabilmente la cosa che funziona meglio del Servizio sanitario; non lo dico io, lo dice la gente, dal momento che i sondaggi evidenziano un gradimento del proprio medico di famiglia intorno all'80% delle persone intervistate.

Ciò nonostante il medico di famiglia appare sempre più stanco e demotivato. Io credo che questo dipenda da molti fattori, che messi tutti insieme diventano una miscela esplosiva per la nostra professione.

Vediamo: intanto la necessità di tenersi aggiornati e preparati. L'aggiornamento non è mai stato un optional per il medico, ma adesso è diventato un obbligo impellente che ci travolge e ci stressa.

Per renderlo ancora più stressante ci siamo inventati la raccolta punti con scadenza a tempo: è un'offesa all'intelligenza. E la sensazione soggettiva non è più quella di sentirsi un professionista motivato ma un sorvegliato speciale.

Il Servizio sanitario, di fatto un servizio a domanda infinita ma a risorse finite. Quando

offriva 10 la gente chiedeva 15, oggi che offre 100 la gente chiede 150, ma le risorse non sono infinite. La verifica del nostro operato è sostanzialmente sempre di tipo burocratico/amministrativo e questo ci avvilisce ancora di più: se sbagliamo una diagnosi è colpa grave, ma se sbagliamo un timbro o l'applicazione di una normativa è colpa gravissima.

La gente: è il rapporto con la gente il vero nocciolo del problema.

Quello che un tempo si chiamava rapporto medico/paziente adesso non so più come dovrebbe chiamarsi. Cambiare medico è troppo facile e ciò costituisce un'arma di ricatto in mano a quanti - e sono ahimè molti - vogliono e considerano il loro medico una sorta di schiavetto che assecondi ogni loro esigenza legittima e non. "Non fai quello che dico", "non fai quello che voglio" ed io cambio medico: tanto sicuramente ne troverò un altro più disposto.

Di questo la colpa è anche nostra, innanzitutto perché sindacalmente abbiamo accettato disinvolute procedure per il cambio del medico di famiglia in nome della libertà ad ogni costo (anche a prezzo della nostra dignità professionale); e poi perché per assicurarci un quasi dignitoso stipendio abbiamo bisogno di raccogliere almeno mille pazienti, per corteggiare i quali molti di noi sono disposti anche a qualche concessione deontologicamente

scorretta. E' proprio vero che homo homini lupus, sed medicus medico lupissimus!

Un'altra causa del problema sta nel fatto che ciò che non si paga viene generalmente percepito come qualcosa che vale poco. Comprendo che l'accesso al proprio medico si vorrebbe il più ampio, totale e disponibile possibile; ma questo non deve tradursi in un deprezzamento della professionalità e del lavoro. Se cominciassimo a regolamentare gli abusi, magari imponendo limiti e disciplina soprattutto alle consultazioni telefoniche e alle visite domiciliari (due tipologie che non possono essere regolate da appuntamento) otterremmo una razionalizzazione del nostro lavoro a netto vantaggio del servizio offerto.

Non certamente come adesso che vedo le mie visite in ambulatorio interrotte da una pioggia di telefonate spesso per le cose più assurde. Né d'altra parte risulta molto utile alla salute delle mie ghiandole surrenali imporre alla segretaria una funzione di filtro dal momento che queste vengono semplicemente spostate di qualche decina di minuti ma giammai evitate.

E che dire delle visite domiciliari? Trattasi di una prassi lungamente e diffusamente abusata che costringe un professionista a recarsi al domicilio del suo assistito per semplice chiamata, il più delle volte motivata solo dall'indisponibilità psicologica del paziente a muoversi da casa!

Ma la peggior causa di demotivazione della nostra professione è lo pseudo indottrinamento sanitario che ha contagiato tutti i pazienti. Discorsi come "dottore, mi faccia

fare la risonanza magnetica che ho il mal di testa" oppure "dottore io mi sento bene ma Mirabella ha detto che per essere sicuri si deve fare...", discorsi come questi me li sento fare ogni lunedì - ma poi anche gli altri giorni della settimana.

L'informazione sanitaria fa audience, il sensazionalismo sanitario ne fa ancora di più. Ed ecco il fiorire di trasmissioni pseudo-scientifiche di ogni tipo e per ogni orecchio, sapientemente benedette dalla presenza di questo o quell'altro solone della medicina, pronto a dispensare saggezza e scienza in pillole in cambio della compiacente pubblicità personale. Il tutto per giunta condito da un'informazione epistolare, scritta sotto forma di enciclopedie, opuscoli, manuali, articoli che hanno dato alla gente l'erronea convinzione di un acculturamento medico di tutto rispetto. Un paese che ha ancora il 10% di analfabeti e semianalfabeti e soprattutto un livello medio di scolarizzazione da far rabbrivire i somari dell'Asinara ha paradossalmente 50 milioni di paralaureati in medicina, come quella madre che uscendo dall'ambulatorio - ricordo perfettamente - disse: "Il dosaggio poi lo cambio io, che conosco mio figlio". Il medico zerbino, ecco cosa certa gente cerca!. E il sistema è dichiaratamente strutturato in modo che la richiesta venga agevolmente esaudita.

Ebbene, lo confesso, ancora una volta vado controcorrente perché la mia dignità professionale si ribella: mi dispiace, non sono disposto ad andare a lavare i vetri ai miei pazienti!

**Salvatore Romano**



# Dentisti Notizie

A cura di Massimo Gaggero

## 1<sup>A</sup> GIORNATA ENDODONTICA

### della Sezione Ligure e della Sezione Toscana della Sie

Il 5 luglio si terrà a Viareggio (Lu), al Centro Congressi "Principe di Piemonte" in viale Marconi 130, la **1<sup>a</sup> Giornata Endodontica** della Sezione Ligure e Sezione Toscana della Sie con **il patrocinio dell'Andi Regione Liguria e Regione Toscana**. Titolo della giornata: **"Endodonzia: lo stato dell'Arte"**, assegnati 4 punti ECM.

Questi gli argomenti della giornata:

Strumentazione manuale dalla sagomatura all'otturazione: tecnica superata o ancora attuale? - Analisi comparativa al microscopio ottico della effettiva azione di shaping degli strumenti Ni.Ti. - Il rispetto dell'anatomia del sistema canalare quale prima chiave del successo - La radiologia endorale in endodonzia - Piano di trattamento endodontico: implicazioni parodontali ricostruttive ed implantari -

Tecniche di ritrattamento (I parte) - Il secondo canale mesio-vestibolare nei molari superiori: considerazioni anatomiche e cliniche - Il restauro pre-endodontico: indicazioni, tecniche, vantaggi - Ottimizzazione della strumentazione e delle soluzioni irriganti e chelanti nella preparazione del sistema dei canali radicolari - Perni in fibra: aspetti clinici - Incapucciamento diretto della polpa con MTA - Tecniche di ritrattamento (II parte) - L'uso del MTA in endodonzia clinica e chirurgica - L'uso del PRP in endodonzia chirurgica. **Il corso è gratuito per il Socio Sie - Socio Andi e studenti della Liguria e della Toscana.**

Per informazioni, segreteria organizzativa: dr. Edoardo Foce fax 0187.51.44.39 e-mail: [dadofoce@tin.it](mailto:dadofoce@tin.it) - cel. 347.89.97.516.

## A CAGLIARI IL "DENTAL SARDINIA 2003"

Si terrà venerdì 27 e sabato 28 giugno al Palacongressi della "Fiera Internazionale della Sardegna" di Cagliari il "Dental Sardinia 2003", assegnati 8 punti ECM. Ecco il programma:

### VENERDI 27 GIUGNO 2003

*"La valutazione dei casi e la loro soluzione"* relatore: dr. G. Ravasini - *"I materiali come sfruttare al meglio le loro caratteristiche"* Odt. D. Bernaroli - *"Estetica di piccoli ponti e corone"* relatore: Odt. D. Bernaroli - *"Overdentures"* relatore: Dr. T. Ravasini -

*"Nuove tecnologie. L'ossido di Zirconio"* relatore: Odt. D. Bernaroli - *"Protesi complesse"* relatore: Dr. G. Ravasini.

### ANTLO - SABATO 28 GIUGNO 2003

*"Aspetti Tecnici di interesse clinico utili alla soluzione dei casi implantari"* relatore: Odt. P. Smaniotto - *"Faccette in ceramica: integrazione ed affidabilità"* relatore: Odt. M. Di Pietro - *"Nuove tecnologie di laboratorio: sistematiche CAD-CAM"* relatore: Odt. A. Arcidiacono - *"Estetica nelle riabilitazioni in oro ceramica"* relatore: Odt. E. Buldrini - *"Aggiornamento tec-*



