Medici & Medici

Periodico di informazione Medico - Sanitaria

Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Ancona

Dicembre 2000

E.C.M.

BIOETICA

VIAGGIO
senza bagaglio

INCONTRI
DI STUDIO

INPDAP o ENPAM?

O.N.A.O.S.I.

Periodico Trimestrale dell'Ordine
dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di Ancona
Direttore Responsabile: Fulvio Borromei
Reg. Trib. AN n. 13/90 del 7-8/6/1990
Stampa: Tecnoprint srl Ancona
N. 11 - Dicembre 2000
Sped. Abb. Postale 70% - Filiale di Ancona

11

pubblicità
HUMANA

Medici & Medici

Periodico di informazione Medico - Sanitario

Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Ancona

Via Buonarroti, 1 - 60125 Ancona - Tel. 071/200266 - Fax 071/200360

Direttore Responsabile
Fulvio Borromei

Coordinatore di Redazione
Giorgio Fanesi

Redazione
Tiziana Giampaoli
Tiziana Pierangeli
Sergio Giustini

Consiglio Direttivo
Presidente
Fulvio Borromei
Vice Presidente
Stefano Polonara
Segretario
Maurizio Memè
Tesoriere
Oriano Mercante

Consiglieri
Nicola Battelli
Giambattista Catalini
Maria Del Pesce
Giorgio Fanesi
M. Giovanna Magiera
Mario Perli
Tiziana Pierangeli
Quirino Massimo Ricci
Riccardo Sestili
M. Antonietta Tavoni
Federico Fabbri (od.)
Stefano Tucci (od.)

Revisori dei Conti Effettivi:
Francesco Lattanzi
Sergio Giustini
Giuliano Rocchetti

Revisore dei Conti Supplente:
Piero Donati

Commissione Odontoiatrica:
Federico Fabbri
Stefano Tucci
Augusto Sertori
Lamberto Lombardi
Stefano Bottacchiari

http://www.ordinemedici.ancona.it
e-mail: **segreteria@ordinemedici.ancona.it**
Televideo pag. **420 Raitre**

In copertina: Una sala del museo con modello di biroccio ed una giovane contadina del Dipartimento del Musone in abito di festa con il tradizionale guarnello.

Questo numero è stato chiuso in tipografia il 14/12/2000

Pag. 5
Editoriale
IL DUEMILA
di Fulvio Borromei

Pag. 6-9
EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

Pag. 9-12
BIOETICA: **La clonazione**

Pag. 12
Il Giubileo del diabetico

Pag. 13
dalla FNOMCeO

Pag. 14
LA MUTUALITÀ INTEGRATIVA

Pag. 15 - 18
VIAGGIO SENZA BAGAGLIO

Pag. 19/20
INCONTRI SULLA RESP. PROFESSIONALE DEI MEDICI

Pag. 20
INCONTRO INTERPROFESSIONALE

Pag. 21
Incontro con l'Agenzia Sanitaria Regionale

Pag. 21
Rapporti fra medici convenzionati e medici ospedalieri

Pag. 22-26
DICEMBRE: tempo di bilanci
INPDAP o ENPAM?
Nuova polizza assicurativa dell'ENPAM
Ipotesi sulla convenienza del riscatto di laurea all'E.N.P.A.M.

Pag. 27-28
I riscatti dei dipendenti pubblici

Pag. 28-29
Notizie in breve

Pag. 30-31
O.N.A.O.S.I.

Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Ancona

Seminari Monotematici di Aggiornamento in Medicina del Lavoro

ANCONA
Novembre 2000 - Marzo 2001

In collaborazione con:
ASL 7 Ancona - *Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambiente di Lavoro*
Università degli Studi - Ancona
Scuola di Spec. in Medicina del Lavoro
Con il patrocinio di:
Assessorato Sanità Regione Marche

SEGRETERIA SCIENTIFICA ED ORGANIZZATIVA:
Dott. Oriano Mercante
Tel. 0336631167 Fax 071732455
E-Mail: o.mercante@fastnet.it

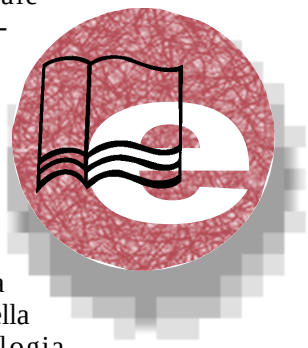
Segreteria Ordine dei Medici - Ancona
Via Buonarroti, 1 - 60100 Ancona
Tel. 071200266 Fax 071200360
E-mail: segreteria@ordinemedici.ancona.it

Editoriale
IL DUEMILA

Si sta concludendo il fatidico 2000 che tante attese, curiosità e speranze aveva suscitato in tutti noi. Ed in effetti non è stato un anno senza scosse: cambiamenti, novità, progressi sono avvenuti in tutti i campi e neanche la nostra professione è stata risparmiata. Infatti in quest'anno si sono siglati i nuovi contratti e convenzioni; è entrato in vigore il rapporto esclusivo per gli ospedalieri; le mutualità volontarie hanno preso quota grazie anche alla famosa sentenza dell'Antitrust la quale d'altro canto ha inferto un duro colpo alla professione medica e provocato enormi scossoni anche al vertice della Federazione Nazionale con la sfiducia al presidente Pagni prima e le dimissioni dell'intero Comitato Centrale poi (proprio mentre state leggendo si sta votando per il nuovo vertice nazionale); la possibilità di clonazione da cellule staminali ha turbato molte coscienze; il Ministro della Giustizia ha proposto una legge di riforma degli ordini professionali dopo 50 anni; è stato approvato il nuovo statuto dell'ENPAM che si è così tramutato in una Fondazione di tipo privatistico ponendo fine ad un lungo travaglio; ha preso vita e viene già applicata la nuova disposizione sull'accreditamento delle strutture. Infine la famosa ECM, di cui si parla ampiamente in questo numero del Bollettino, e che proprio in queste ultime settimane è arrivata quasi come un ciclone a turbare ulteriormente le già poco serene giornate di tutti noi.

Non è facile tener dietro a tutta questa grande quantità di eventi così importanti ed il Consiglio Direttivo dell'Ordine di Ancona, che, ampiamente rinnovato, è entrato in carica proprio all'inizio del 2000, ha cercato di fare il possibile per poter indirizzare la politica professionale dei Medici verso la valorizzazione delle proprie peculiarità affrontando seriamente tanti problemi e combattendo, nei limiti delle proprie possibilità, tante posizioni sicuramente dannose per la nostra professione.

Anche in questo Bollettino troverete i resoconti di tante attività svolte da questo Consiglio ed ognuno potrà trarre le proprie conclusioni sull'impegno che tutti i Consiglieri stanno mettendo nell'espletamento delle funzioni che i colleghi hanno assegnato loro con il voto. Ma anche l'impegno più serrato ed incessante non potrà raggiungere i risultati sperati se non sarà suffragato dalla collaborazione e partecipazione di tutti gli iscritti. Si tratta di un momento particolarmente importante nel quale tutti noi dobbiamo sentirci chiamati ad un impegno costante nella difesa dei principi fondamentali della nostra professione e della nostra deontologia, messi ormai quotidianamente in pericolo. È su questi temi fondamentali che si gioca il futuro della nostra professione ed è proprio su questo che il nostro Consiglio continuerà ad impegnarsi cercando di far comprendere che l'Ordine non serve solo a rilasciare certificati o a dare spazio a diatribe personalistiche, ma deve essere sempre più la casa comune di tutti i medici. Aiutateci insomma a svolgere compiutamente il nostro compito facendoci sentire il vostro indispensabile sostegno.



Buon 2001!

Fulvio Borromei

EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA
La Formazione Accreditata

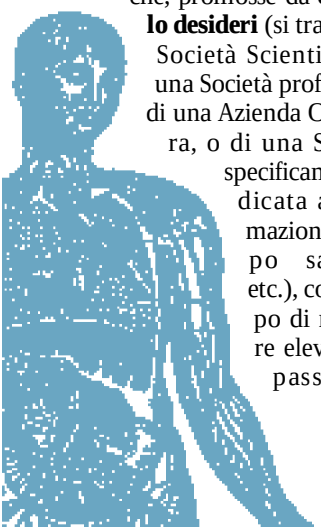
Cos'è la E.C.M.

La professionalità di un operatore della Sanità può venire definita da tre caratteristiche fondamentali:

- Il possesso di conoscenze teoriche aggiornate (il sapere);
- Il possesso di abilità tecniche o manuali (il fare);
- Il possesso di capacità comunicative e relazionali (l'essere).

Il rapido e continuo sviluppo della medicina ed, in generale, delle conoscenze biomediche, nonché l'accrescersi continuo delle innovazioni sia tecnologiche che organizzative, rendono sempre più difficile per il singolo operatore della sanità mantenere queste tre caratteristiche al massimo livello: in altre parole, mantenersi "aggiornato e competente".

È per questo scopo che, in tutti i Paesi del mondo, sono nati i programmi di Educazione Continua in Medicina - E.C.M.; essa comprende l'insieme **organizzato e controllato** di tutte quelle attività formative, sia teoriche che pratiche, promosse da **chiunque lo desideri** (si tratti di una Società Scientifica o di una Società professionale, di una Azienda Ospedaliera, o di una Struttura specificamente dedicata alla Formazione in campo sanitario, etc.), con lo scopo di mantenere elevata ed al passo con i tempi la professionalità degli operatori della Sanità.



Naturalmente, ogni operatore della Sanità provvederà, in piena autonomia, al proprio aggiornamento. La E.C.M. è finalizzata alla valutazione delle manifestazioni congressuali, dei corsi di aggiornamento, ecc., in maniera tale che il singolo medico, infermiere, o altro professionista sanitario possa essere garantito della loro qualità ed utilità ai fini della tutela della propria professionalità; la E.C.M., inoltre, è lo strumento per ricordare ad ogni professionista il suo dovere di svolgere un adeguato numero di attività di aggiornamento e di riqualificazione professionale.

In un secondo tempo la Commissione nazionale per la formazione continua, sentite le diverse professionalità, indicherà., ai sensi dell'art.16-ter, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni, i temi prioritari di E.C.M sui quali ogni operatore dovrà concentrare la propria formazione continua.

Partecipare ai programmi di E.M.C. è un dovere degli operatori della Sanità, definito anche dal **Codice Deontologico** ma è anche - naturalmente - un diritto dei cittadini, che giustamente richiedono operatori attenti, aggiornati e sensibili. Cio è oggi particolarmente importante ove si pensi che il cittadino è sempre più informato sulle possibilità della medicina di rispondere, oltre che a domande di cura, a domande più complessive di salute.

In cosa consiste il programma nazionale di E.C.M.

Nel nostro Paese si svolgono continuamente riunioni, congressi, corsi, etc., finalizzati all'aggiornamento ed al miglioramento della professione sanitaria. Alcuni di essi sono di ottima qualità, altri forse meno. Alcuni hanno valenza internazionale, altri nazionale, altri ancora regionale, altri infine del tutto locale. Alcuni di essi rilasciano i cosiddetti "crediti formativi", ma non è sempre chiaro che uso se ne possa fare. Succede così che non di rado per il singolo medico, infermiere, biologo, fisioterapista o altro professionista della Sanità sia molto difficile orientarsi in questa ampia gamma di offerte formative, e ancor di più valutarle in termini di effettiva utilità.

Il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502,, come integrato dal **decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229** ha voluto istituzionalizzare anche nel nostro Paese la E.C.M.

La elaborazione del programma di E.C.M. è stata affidata, ai sensi dell'art. 16-ter del predetto decreto legislativo, ad una **Commissione nazionale per la Formazione Continua**, con il compito, tra l'altro, di "...definire i crediti formativi che devono essere maturati dagli opera-

tori in un determinato arco di tempo..." e di "...definire i requisiti per l'accreditamento dei soggetti pubblici e privati che svolgono attività formative...".
La Commissione, costituita con **decreto del Ministro della sanità del 5 luglio 2000**, ha ritenuto di elaborare, sulla base di precedenti esperienze Europee, Extraeuropee e nazionali, un programma di E.C.M., suddividendolo in due fasi: una **sperimentale e ricognitiva**, (vedi oltre, al punto 5) relativa al primo semestre del 2001, ed una **definitiva**, ad essa successiva.
Le linee fondamentali del programma sono riportate nei punti seguenti.

A chi è diretto il progetto nazionale E.C.M.

La Commissione ha concordato, sin dalla prima seduta, che il programma nazionale di E.C.M., di seguito illustrato, deve riguardare tutto il personale sanitario, medico e non medico, operante nella Sanità, sia privata che pubblica. La Commissione ha anche stabilito che la E.C.M. deve essere controllata, verificata e misurabile; inoltre, deve essere incoraggiata, promossa e organizzata.
La **fase sperimentale,** che riguarda gli eventi formativi attivati a partire dal 1 gennaio 2001 e che si concluderà entro il primo semestre dello stesso anno, è essenzialmente diretta a validare la procedura di valutazione degli eventi formativi e di attribuzione dei relativi crediti. Il "sistema sperimentale" è stato messo a punto per i soli Medici e gli Odontoiatri; in un secondo tempo, apportate le inevitabili correzioni suggerite dalla fase sperimentale, esso verrà esteso, con le opportune "specificità", a tutte le altre categorie professionali operanti nella Sanità.

Cosa sono i crediti formativi E.C.M.

I Crediti formativi E.C.M. sono una misura **dell'impegno e del tempo** che ogni operatore della Sanità ha dedicato annualmente all'aggiornamento ed al miglioramento del livello qualitativo della propria professionalità.
Il credito è quindi riconosciuto in funzione sia della qualità dell'attività formativa che del tempo ad essa dedicato in ragione delle specifiche professionalità.
Per quanto concerne i medici, a titolo esemplificativo, la Commissione nazionale attribuirà i crediti formativi considerando che una giornata di formazione completamente dedicata alla E.C.M. - **ai massimi livelli qualitativi** riconosciuti dalla Commissione nazionale - corrisponderà a circa a 10 crediti formativi E.C.M.
Ogni operatore della Sanità deve raccogliere un certo numero di Crediti formativi E.C.M., entro un periodo di tre anni. Di fatto, ogni tre anni egli dovrà attuare un programma personale di E.C.M., coerente anche con le indicazioni che - nella fase a regime - verranno fornite dalla Commissione, partecipando ad una serie di manifestazioni (congressi, corsi, stage etc.) per ognuna delle quali sarà stata definita in anticipo la rilevanza ai fini professionali della E.C.M.
Naturalmente, il "valore" in Crediti formativi E.C.M. non deve essere visto dagli organizzatori degli eventi formativi come elemento di "giudizio" sul valore scientifico globale della manifestazione di per sé; esso indicherà invece **esclusivamente** la rilevanza professionale (o la non rilevanza) di quella particolare manifestazione **ai soli ed esclusivi fini del programma nazionale di E.C.M., anche alla luce degli obiettivi prioritari che verranno stabiliti in sede nazionale.**
I Crediti formativi E.C.M. sono espressi in numeri: ogni attività formativa programmata o - come oggi si dice - ogni "evento formativo", si vedrà assegnato un numero di Crediti formativi E.C.M. calcolato sulla base di una serie di indicatori messi a punto dalla Commissione nazionale per la Formazione Continua.
Il numero ed il valore dei Crediti formativi E.C.M. che ogni Operatore della Sanità dovrà conseguire nel triennio sarà diversificato per ogni categoria professionale.

La fase sperimentale

Come si è già detto, la fase sperimentale riguarda gli eventi formativi attivati a partire dal 1 gennaio 2001; **la sua conclusione è prevista per la fine del primo semestre dello stesso anno.**
I crediti attribuiti nella fase sperimentale, che è essenzialmente diretta alla validazione del "sistema", non sono utili per il conseguimento dell'ammontare dei crediti formativi, che la Commissione ha fissato in 150 crediti per triennio.
La fase sperimentale riguarderà le attività formative, le manifestazioni congressuali, i corsi etc., che si svolgeranno nel primo semestre del 2001, siano essi stati già pianificati, o che siano ancora in corso di organizzazione (vedi anche "**Termini per la presentazione**...").
Per i congressi o corsi o altri

eventi formativi, previsti ed organizzati per il primo semestre del 2001, la Commissione provvederà ad attribuire i relativi Crediti formativi E.C.M., sulla base della domanda di "accreditamento E.C.M" che gli organizzatori dovranno presentare, utilizzando la procedura **richiesta di accreditamento** disponibile nel sito Internet del Ministero della Sanità nella sezione "Organizzatori di eventi formativi".

Cos'è e come avviene la procedura di accreditamento

L'accreditamento, che è riservato alla Commissione Nazionale, consiste nel riconoscimento, da parte della Commissione, che un certo evento formativo, per il quale gli organizzatori abbiano richiesto l'accreditamento, ha titolo a rientrare nel programma nazionale di E.C.M..

A questo scopo, la Commissione nazionale valuta il programma ed una serie di informazioni fornite dall'organizzatore, assegnando il punteggio attraverso una serie di parametri di giudizio, o indicatori di qualità, quali la rilevanza delle attività didattico-formative, la importanza degli argomenti, la autorevolezza professionale dei docenti, la esistenza o meno di sistemi di valutazione delle attività da parte dei partecipanti, la qualità della organizzazione, la sua durata in ore o giorni, etc.

Nel compiere questa valutazione, la Commissione nazionale si avvale della collaborazione di esperti, distribuiti sull'intero territorio nazionale e suddivisi per specifiche competenze professionali, scelti tra operatori della Sanità che hanno accettato di collaborare in via riservata. A loro la Commissione potrà trasmettere, via internet, le informazioni fornite dagli organizzatori delle attività formative di cui è richiesto l'accreditamento, ottenendone in maniera rapida e riservata pareri e proposte.

Non potranno svolgere le funzioni di esperti quanti occupano posizioni direttive nelle Associazioni od Organizzazioni che promuovono le attività formative oggetto di valutazione.

Se il punteggio complessivo attribuito dagli esperti e dalla Commissione ad ogni singola manifestazione o attività formativa avrà superato un valore minimo, allora la manifestazione sarà accreditata ai fini della E.C.M.

L'accreditamento verrà immediatamente comunicato agli organizzatori e consisterà nella assegnazione di un certo numero di Crediti formativi E.C.M., proporzionato alla rilevanza formativa della manifestazione che i partecipanti ad essa si vedranno assegnati ufficialmente.

Sarà naturalmente compito degli organizzatori segnalare ai partecipanti il valore dei Crediti formativi E.C.M. assegnati dalla Commissione Nazionale, e rilasciare ai partecipanti un attestato apposito nella fase a regime, il Ministero indicherà le modalità di registrazione dei crediti raccolti da ogni professionista.

Pertanto, almeno nella fase sperimentale, non verranno accreditati gli enti organizzatori, ma solamente le singole manifestazioni. Ciò,allo scopo di consentire a chiunque di organizzare manifestazioni formative e di richiederne l'accreditamento, misurandosi con i criteri di qualità richiesti dalla legge.

Solo in un secondo tempo, sulla base delle valutazioni dei risultati della sperimentazione, la Commissione potrà accreditare le istituzioni, gli enti erogatori di formazione, ai quali sarà riconosciuto una sorta di "permesso"; anche in questo caso, tuttavia, l'accreditamento sarà in realtà limitato nel tempo, e comunque sottoposto a continua verifica.

Si ricordi che dovranno venire accreditate dalla Commissione nazionale anche le manifestazioni congressuali o di altro tipo organizzate da enti o società o associazioni che già adesso prevedono la attribuzione di crediti.

I crediti attribuiti direttamente dagli enti, società e associazioni, per ragioni di omogeneità, **non saranno, comunque, validi ai fini del programma nazionale di E.C.M..**

Termini per la presentazione di domande di accreditamento e per la comunicazione dell'avvenuto accreditamento

Le scadenze fissate dalla Commissione nazionale per l'invio alla Commissione stessa delle domande di accreditamento sono le seguenti:

- per attività formative previste per il mese di gennaio 2001: **30 novembre 2000.**
- per attività formative previste per i mesi da febbraio a giugno 2001: **31 dicembre 2000.**

La Commissione nazionale darà le necessarie indicazioni in tempo utile per le attività formative previste da luglio a dicembre 2001.

Cosa viene accreditato

Le manifestazioni organizzate che possono rientrare nel programma di E.C.M. appartengono a due grandi categorie:

1. Attività formative residenziali.
   È la modalità di formazione più tradizionale e diffusa: per

partecipare a queste attività l'utente deve recarsi nella sede in cui esse vengono svolte. Esse consistono in:

- Congressi
- Seminari
- Convegni
- Corsi professionalizzanti
- Corsi pratici
- Stages di formazione pratica, anche di tipo clinico, laboratoristico o tecnologico
- Ogni altro tipo di manifestazione che rivesta caratteri di organicità ed ufficialità.

2. Attività formative a distanza. Si tratta di programmi di autoformazione a distanza, per i quali l'utente non deve spostarsi dal suo luogo di lavoro o dal domicilio, da svolgersi sia in gruppo che individualmente, usando materiale cartaceo o informatico. Per questi deve essere previsto un sistema di valutazione con un livello minimo di apprendimento. In altri termini, l'utente deve superare un "test" che comprovi il raggiungimento di un certo livello di apprendimento.

La fase a regime

La fase della sperimentazione, come già detto, è stata programmata anche per consentire una validazione del sistema anche da parte degli utenti: a questo scopo, tutti gli operatori della Sanità sono sin d'ora invitati a fornire alla Commissione ogni suggerimento migliorativo o osservazione che possa aiutare a migliorare il servizio.

È particolarmente importante che tutte le Istituzioni a qualsiasi titolo interessate e competenti (Ordini, Collegi e Associazioni professionali), valutino la adeguatezza del programma in rapporto alla specificità delle loro professionalità, suggerendo ogni possibile miglioramento al sistema.

I suggerimenti e le proposte vanno inviate ai referenti di questo sito utilizzando il modulo appositamente predisposto.

La fase a regime riguarderà tutte le categorie sanitarie professionali della Sanità.

(a cura del Ministero della Sanità)

BIOETICA:
La Clonazione dell'embrione umano

Seconda parte: il caso delle cellule staminali embrionali

Come si era detto nella prima parte, la possibilità di clonare un embrione umano e di prelevare delle cellule staminali embrionali pluripotenti (embryonic stem cells ES) da utilizzare in vari modi ha sollevato un dibattito scientifico ed etico, che è culminato nell'annuncio del Governo Blair del via libera alla clonazione degli embrioni umani per scopi scientifici, sulla base di un rapporto del proprio Dipartimento della Salute . Seppure le ricerche cliniche circa l'uso delle cellule staminali embrionali siano allo stato iniziale, sono molte le potenziali applicazioni terapeutiche. Le malattie del Sistema Nervoso rappresentano una delle aree più promettenti. La maggior parte di queste malattie, infatti, dipende da una perdita neuronale che non può essere riparata. Nel morbo di Parkinson, infatti, muoiono neuroni che producono dopamina,nella malattia di Alzheimer quelli che producono acetilcolina, nella malattia di Huntington è l'acido gamma aminobutirrico a mancare, nella Sclerosi multipla si perdono cellule che producono mielina e così via.

Di contro a tali potenzialità, le nazioni del mondo occidentale si sono trovate alle prese con i problemi giuridici ed etici che la ricerca sulle cellule staminali sollevava.

L'obiettivo del presente articolo è riassumere preliminarmente quali sono le fonti di cellule staminali e presentare in seguito le posizioni etiche più rilevanti.

Dopo che una cellula uovo è stata fertilizzata, si forma lo zigote: una singola cellula che ha la potenzialità di svilupparsi in un essere umano. Poiché lo zigote è in grado di svilupparsi in un intero

essere umano è denominato totipotente. Lo zigote si divide in due cellule identiche totipotenti e, dopo alcuni giorni, forma una blastocisti che consiste di agglomerati cellulari (circa 100 cellule).
Alcune di queste cellule sono in grado di formare virtualmente ogni tipo di cellula del corpo umano, eccettuato la placenta e tessuti di supporto.
Per queste capacità tali cellule sono denominate pluripotenti. Le cellule embrionali staminali pluripotenti (ES), in seguito, possono specializzarsi in cellule staminali, capaci di originare le linee cellulari altamente differenziate dei tessuti umani. Cellule staminali pluripotenti, tuttavia, sono state sviluppate secondo metodiche differenti.
In primo luogo, le ES, come abbiamo visto, sono state isolate dall'embrione allo stadio di blastocisti.
In secondo luogo, dal tessuto fetale sono state isolate delle cellule germinali (embryonic germ cells EG) che sono egualmente cellule staminali pluripotenti.
Una terza via per ottenere cellule staminali pluripotenti è quella del trasferimento nucleare di una cellula somatica (somatic cell nuclear trasfer SCNT) in una cellula uovo dalla quale era stato privato il nucleo.
Si tratta del processo di clonazione di un embrione umano dal quale possono essere isolate le ES.
In questo caso, poiché l'obiettivo della clonazione non è quello di riprodurre un essere umano (clonazione riproduttiva), ma è ottenere linee cellulari da impiantare sull'uomo, per curare disfunzioni e malattie, si parla di clonazione terapeutica.
La cellula staminale embrionale, dunque, viene prelevata da uno embrione umano sviluppato allo stadio iniziale, sia che questo sia stato fecondato in maniera assistita mediante le varie tecniche della FIVET, sia che sia stato clonato con la tecnica SCNT. In ogni modo il prelievo implica la distruzione dell'embrione. Infine la cellula staminale embrionale può provenire da un feto (cellule EG).
Altri tipi di cellule staminali, seppure dotate di una potenzialità più limitata, possono essere isolate dal sangue del cordone ombelicale al momento della nascita, da alcuni tessuti del soggetto adulto (come il midollo osseo), da alcune cellule differenziate riprogrammate a ritornare cellule staminali.
Quest'ultima possibilità, tuttavia, è in questo momento largamente ipotetica .
Alcune considerazioni etiche
Nella ricerca etica, si deve separare la riflessione che riguarda l'isolamento delle ES dall'embrione dalla derivazione di EG da parte del feto. Il conflitto verte, soprattutto, sul valore da assegnare all'embrione umano. Anche in questo caso, esistono poi molti aspetti che necessitano di un chiarimento bioetico, ma essi investono l'utilizzo delle ES, quando l'embrione è già stato distrutto.
Per capire le ragioni del dibattito bioetico in corso, può essere utile analizzare i principali documenti etico-scientifici che, sino ad ora, hanno affrontato l'argomento.

1 I documenti degli USA
La Commissione di Bioetica statunitense ha prodotto tre volumi sui problemi etici derivanti dalla ricerca sulle cellule staminali umane. La Commissione Bioetica conferma il no alla clonazione umana riproduttiva e raccomanda di non destinare fondi federali alle ricerche che derivano le ES, sia da embrioni creati solo per questo scopo, sia da embrioni umani ottenuti mediante la tecnica di trasferimento nucleare di una cellula in un ovocita denucleato (SCNT).
È importante notare che la ricerca su embrioni umani in sé non è illegale negli USA. La ricerca sugli embrioni umani, o la creazione di embrioni umani a scopo di ricerca possono attuarsi se i fondi federali non sono coinvolti, se non si applicano limitazioni da parte dei regolamenti della Food and Drug Adminstration (FDA) e se non sono proibite dalle leggi dello stato americano dove sono condotte .
Le conclusioni della Commissione di Bioetica sono riassunte in 13 raccomandazioni, che tentano di rispondere ai problemi etici insorti nell'utilizzo delle cellule staminali pluripotenti.

2 Il documento inglese.
Nel documento prodotto dal Dipartimento della Salute inglese, il rispetto dovuto all'embrione aumenta secondo lo stadio del suo sviluppo. Il valore dell'embrione, negli stadi iniziali, può essere pesato con i possibili benefici che la ricerca prospetta. In altre parole, il valore dell'embrione, almeno nei primi stadi di sviluppo, è del tutto relativo.
Due principi sono in contrasto tra loro: l'obbligazione morale di proteggere l'embrione umano e l'imperativo categorico di curare le malattie che si attua per mezzo degli ipotetici benefici della ricerca. La sorte dell'embrione e la possibilità del suo utilizzo dipenderanno, quindi, dal bilanciamento della forza di tali principi.
Per la legge inglese, inoltre, la derivazione di ES da embrioni allo stadio iniziale,non più necessari

per la fecondazione assistita, o creati in vitro specificatamente per la ricerca scientifica non solleva nuovi problemi etici, in quanto tali procedure sono contemplate dalla legge emanata nel 1990.
L'Autorità inglese per la fertilizzazione e l'embriologia umana (HFEA) permette la ricerca scientifica sugli embrioni quando essa è necessaria o desiderabile per:

- promuovere il progresso nel trattamento dell'infertilità
- aumentare la conoscenza delle cause delle malattie congenite e degli aborti
- sviluppare più efficaci tecniche di contraccezione
- sviluppare metodiche per identificare la presenza di mutazioni geniche negli embrioni prima dell'impianto.

L'HFEA ha dichiarato il numero degli embrioni creati mediante la fecondazione assistita dal 1991 al 1998:

763.509 embrioni creati
351.617 utilizzati nel trattamento dell'infertilità
183.786 depositati per trattamenti futuri
48.444 dati per usarli nella ricerca
118 creati nel corso di ricerche
237.603 non usati per qualsiasi scopo e distrutti

Se l'utilizzo di embrioni provenienti dalle metodiche di fecondazione assistita è ormai codificato, la derivazione di ES mediante la clonazione terapeutica (SCNT) solleva nuovi problemi etici anche per la legge inglese e ha necessitato di un'ulteriore riflessione.
Nel Regno Unito gli embrioni creati con la tecnica SCNT non possono essere impiantati poiché è proibita la clonazione riproduttiva. Il documento inglese riconosce che per molti la riduzione degli embrioni a mera fonte di cellule, come se fossero vuoti a perdere, prospetta una strumentalizzazione dell'embrione, negando qualsiasi status morale alla sua potenzialità umana. Tuttavia, anche in questo caso il valore relativo concesso all'embrione è da bilanciare con il peso dei possibili benefici.
In tal modo, il documento inglese ritiene eticamente accettabile clonare un embrione umano, per ottenere ES come sorgente di proprie cellule da utilizzare per un futuro trattamento, in quanto tali benefici potrebbero rappresentare la migliore possibilità terapeutica per molti disordini degenerativi.

3 La posizione cattolica

La Pontificia Accademia per la Vita, in una recente dichiarazione, ha ribadito che non è moralmente lecito produrre e\o utilizzare embrioni umani per la preparazione di ES o di eseguire la cosiddetta clonazione terapeutica .
Le motivazioni si fondano scientificamente dal fatto che l'embrione umano vivente è – a partire della fusione dei gameti – un soggetto umano con una ben definita identità, il quale incomincia da quel punto il suo proprio coordinato, continuo e graduale sviluppo, tale che in nessuno stadio ulteriore può essere considerato come semplice accumulo di cellule. Ne segue che come individuo umano, l'embrione ha diritto alla sua propria vita e nessun fine ritenuto buono, quale l'utilizzazione delle cellule staminali che se ne potrebbero ottenere, può giustificare un intervento distruttivo .

4 Il Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB).

Anche il CNB ha espresso il parere sul problema delle cellule staminali.
Il Comitato è stato concorde nel riconoscere il carattere positivo dell'uso di cellule staminali tratte dal cordone ombelicale o da individui adulti, e nel sottolineare che l'obiettivo ottimale è quello di poter riprogrammare cellule adulte del paziente di cui si intende rigenerare il tessuto.
Il Comitato è stato concorde nel ritenere eticamente lecita la derivazione di cellule staminali da feti risultanti da aborto spontaneo o volontario, purché sia assicurato il consenso libero e informato della donna e siano esclusi rapporti di causalità, collaborazioni fra gli operatori corrispondenti alle due fasi: commerciabilità e brevettabilità.
Per quanto riguarda il problema del prelievo e dell'uso di cellule staminali embrionali, sono emersi due orientamenti contrastanti e posizioni divergenti sulla definizione ontologica dell'embrione.
Una parte del Comitato ritiene lecito l'uso per fi-

ni terapeutici degli embrioni non più destinati ad essere impiantati nell'utero, e sempre a condizione che siano consapevolmente donati a questo fine dalle donne o dalle coppie.
L'altra parte del Comitato ritiene moralmente illecito ogni uso terapeutico che comporterebbe la soppressione degli embrioni umani .

CONCLUSIONI

Nell'ambito della ricerca di una possibile legislazione che regoli la ricerca sulle cellule staminali embrionali pluripotenti, può essere utile presentare alcune domande che necessitano di una risposta legislativa. Le domande vertono sull'origine delle cellule staminali, sul consenso informato, sulla riservatezza dei dati e sulla possibile commercializzazione.

ORIGINE DELLE CELLULE

- La fonte delle cellule staminali è un embrione (prima della ottava settimana dalla fecondazione o è un feto (dopo l'ottava settimana)?
- Se la fonte è embrionale,si tratta di embrioni in eccesso provenienti da programmi di fecondazioni assistite, oppure di embrioni creati specificatamente allo scopo?
- Se la fonte è un feto, egli proveniva da un aborto pianificato o spontaneo?
- Se la fonte è un feto abortito, il trattamento della madre è stato in qualche modo modificato prima dell'aborto per rendere più agevole l'isolamento delle GE?

CONSENSO INFORMATO

- I progenitori hanno dato il loro consenso all'uso dell'embrione o del feto?
- Sono stati informati specificatamente dell'uso per isolare cellule staminali embrionali?
- Chi ha richiesto il consenso e in quali circostanze?
- Si è parlato ai progenitori di qualsiasi piano per sviluppare commercialmente le cellule derivate dall'embrione o dal feto?

PRIVACY

- I progenitori sono stati informati che i tessuti saranno sottoposti a test genetici?
- Si è parlato del risultato di tali test?
- Sarà possibile identificare i progenitori?

COMMERCIALIZZAZIONE

- I progenitori sono stati pagati per donare i tessuti?
- I ricercatori hanno pagato per il concepimento, i tessuti e le cellule risultanti?
- Il prodotto ultimato, sarà venduto?

Massimiliano Marinelli

IL GIUBILEO DEL DIABETICO

Il 25 novembre si è svolto a Loreto, presso l'Auditorium "Giovanni Paolo II" il convegno "Il Diabetico nel 2000: Problemi Etici ed Assistenziali", inquadrato nell'ambito delle manifestazioni Giubilari per l'Anno Santo 2000. Il convegno, organizzato dalla Associazione Tutela Diabetici, dalla Società Italiana di Medicina Generale e dalla Croce Rossa Italiana (sez. Loreto) è stato un incontro tra 500 Diabetici (accompagnati dai propri familiari) e gli Operatori Sanitari impegnati nell'assistenza al malato diabetico (Medici di Medicina Generale, Diabetologi, Internisti, Infermieri), Amministratori e Politici.
Il convegno è stato imperniato nella mattina sulla Tavola Rotonda "L'integrazione dell'assistenza al paziente diabetico". In essa la malattia diabetica è stata presa a paradigma della malattia cronica per eccellenza vuoi per la sua intrinseca cronicità che per le complicanze a cui dà luogo. È così emerso che il modello assistenziale ottimale del diabete dovrebbe avvalersi della integrazione tra le varie figure professionali in una ricerca di approccio multidisciplinare dalla quale scaturisca il metodo per fornire l'assitenza più appropriata alle esigenze del diabetico. I partecipanti alla Tavola Rotonda (Cricelli, Falconi, Di Stanislao, Pellegrini, Sorichetti, Ferrandes) moderata dal dott. Fumelli sono convenuti sulla necessità di studiare il modo in cui ciascun operatore esplichi, per le sue competenze, il proprio ruolo in un continuum terapeutico-assistenziale che sia rispettoso dell'unicità sociale, biologica, culturale e religiosa dell'uomo diabetico.
La sessione scientifica della mattina è stata chiusa dalla lettura magistrale tenuta dal dott. Lamberto Pressato su "Etica e deontologia nell'assistenza al malato cronico diabetico".
Nel pomeriggio la manifestazione ha assunto la caratteristica religiosa con "La Pastorale Del Diabetico" tenuta da Mons. Monticelli a cui ha fatto seguito la Santa Messa in Basilica officiata dall'Arcivescovo di Loreto, Mons. Comastri, dedicata ai diabetici, ai familiari e agli operatori sanitari.

Guido Sampaolo

DALLA FNOMCeO

L'impegno della FNOMCeO per definire nuove regole di autogoverno della professione

Il Consiglio Nazionale della Fnomceo, riunitosi il 22 ottobre scorso a Roma, si è pronunciato all'unanimità per lo svolgimento di nuove elezioni del Comitato centrale da svolgersi nel più breve tempo possibile. Fino ad allora l'attuale Comitato centrale resterà in carica per lo svolgimento delle incombenze istituzionali di fine anno. Dopo un intenso dibattito è stato infatti deciso di accantonare le due mozioni presentate che prevedevano, l'una la conferma della sfiducia al presidente Aldo Pagni sancita dal Comitato centrale lo scorso 15 settembre, l'altra un voto di sfiducia per tutto il Comitato centrale.

Il Comitato centrale si è quindi impegnato a dimettersi ed a gestire la fase pre-elettorale verificando la possibilità di definire nuove regole per il governo della Federazione, nelle more dell'iniziativa politica per la riforma della legge istituiva dell'Ordine dei medici, la cui mancata attuazione è la causa principale dell'attuale crisi dell'Ordine.

In sostanza è prevalsa una logica unitaria sulla necessità di trovare nuove regole e nuovi "codici" condivisi, con la riaffermazione forte di una volontà comune di adeguare e modernizzare le capacità di autogoverno della categoria.

Una iniziativa contro l'abusivismo a garanzia della salute del cittadino e della qualità della professione

L'ELENCO DEI MEDICI ITALIANI SUL SITO INTERNET DELLA FNOMCEO

La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri,pubblica sul proprio sito Internet (www.FNOMCeO.it) l'elenco dei medici italiani iscritti all'Ordine.

Questo nuovo servizio, nel rispetto della legge sul trattamento dei dati personali, dà la possibilità di conoscere, per ogni sanitario, nome, cognome, luogo e data di nascita, Ordine professionale di appartenenza, tipo di laurea (medicina e/o odontoiatria), eventuali specializzazioni.

Scopo dell'iniziativa, resa possibile grazie alla collaborazione degli Ordini provinciali, è quello di fornire un ulteriore contributo nella tutela della salute dei cittadini e della qualità della professione.

Nota della FNOMCeO sulla sanzione pecuniaria irrogata dall'Antitrust

In merito alla decisione adottata dall'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato di sanzionare la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri al pagamento di una multa per aver adottato - secondo l'Antitrust - alcune delibere volte a "ostacolare la concorrenza tra medici nei rapporti con alcuni Enti di assistenza sanitaria integrativa", il Presidente della FNOMCeO Aldo Pagni ha diramato la seguente nota:

Riteniamo che la sanzione pecuniaria comminata alla FNOMCeO dall'Antitrust sia ingiusta e discenda da un equivoco sulle reali finalità delle delibere sulle casse mutue del 1985 e 1997. Esse non avevano infatti obiettivi di natura economica ma solo intendevano dare un contenuto concreto ai principi etici della professione medica posti a salvaguardia dei cittadini : dignità e decoro della professione, divieto di illeciti accaparramenti della clientela, divieto di pubblicità promozionale, e difesa della qualità della prestazione non asservita ad una pura logica del mercato.

La FNOMCeO non ha mai inteso imporre "cartelli"ma solo garantire al cittadino la libera scelta del medico e del luogo di cura, che costituisce la vera essenza del mercato e della competizione, e che, paradossalmente l'Antitrust ha negato.

Spiace constatare che tutto questo non sia stato compreso dall'Autorità garante del mercato e che sia stata ignorata la specificità della prestazione medica nella quale la forte asimmetria informativa tra il medico e il paziente rende impossibile la applicazione di una logica puramente concorrenziale, e richiede un'adeguata vigilanza da parte degli Ordini. Purtroppo gli indugi del nostro legislatore (cui solo oggi si tenta di porre rimedio con la proposta Fassino) nel distinguere le professione intellettuale dall'impresa, ha permesso che una equiparazione meccanicistica della attività del medico alla attività di impresa facesse dimenticare la necessaria prevalenza della tutela della salute sulle libertà economiche.

La Mutualità integrativa

Giovedì 30 Novembre presso l'Auditorium dell'I.N.R.C.A il Prof. Aldo Piperno Direttore del Corso di Management Servizi Sanitari dell'Università "Federico II" di Napoli ha tenuto, su invito del Consiglio dell'Ordine, una conferenza sul tema: LA MUTUALITA' VOLONTARIA DA IPOTESI POLITICA A REALTA' OPERATIVA IMMINENTE.

Il relatore ha fatto notare come l'assistenza integrativa sia un fenomeno in crescita e come il D.L. 229 ed i Regolamenti di prossima pubblicazione incentiveranno questo sviluppo e chiariranno, fissandole, le modalità attraverso cui le nuove forme di mutualità si evolveranno. Quando si parla di nuove forme di mutualità si fa in particolare riferimento ai Fondi Integrativi del Servizio Sanitario. Proprio recentemente è stato inviato dal Ministero della Sanità alla Conferenza Stato Regioni lo schema del regolamento che li disciplina e che fissa la modalità di costituzione,la forma e le modalità di contribuzione ed i soggetti destinatari dell'assistenza nonché il campo di azione e l'anagrafe dei fondi stessi. E' già stata fatta preparare una lista provvisoria delle prestazioni (libera professione intramuraria, medicine non convenzionali, assistenza termale,assistenza odontoiatrica, assistenza sociosanitaria, cure all'estero) in attesa della formulazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza che da tempo attendiamo. In realtà il quadro normativo attuale non può ritenersi esauriente ed idoneo a fornire riferimenti precisi circa l'ambito di attività in cui i Fondi sono legittimati ad agire, sicuro è che con l'introduzione dei Fondi Integrativi, al di là di quello che saranno i precisi regolamenti, ci sarà un cambiamento quasi epocale della libera professione e delle modalità di esercitarla anche nell'ambito dei rapporti convenzionali in atto. Assisteremo sicuramente ad un aumento delle prestazioni pagate dal terzo pagante e ad un aumento del numero dei "terzi paganti" stessi. D'altra parte se è chiaro che alla tutela della salute si dovranno dedicare sempre più risorse ancora più evidente è l'impossibilità di aumentare la spesa pubblica. Questo è stato esaurientemente illustrato esaminando nei dettagli quella che è stata la spesa sanitaria pubblica e privata nel 1999; dai dati proposti è stato interessante rilevare che la spesa per la sanità privata (valutata in circa 47000 miliardi) è circa il 40% della parte pubblica (valutata in circa 116000 miliardi). Dei circa 47000 miliardi di spesa privata l'82% è pagata direttamente dal cittadino al fornitore di sevizi in particolare di quelli resi in libera professione, in Italia sono molti i pazienti che si rivolgono a pagamento dal medico, poi c'è un 9,3% che paga attraverso le Assicurazioni ed i Fondi e/o le Mutue Volontarie già esistenti, che vedranno anche loro una nuova regolamentazione soprattutto fiscale, e l'8,6% che rappresentano utenti che ricevono prestazioni sanitarie quali benefit previsti dai loro contratti di lavoro, condizione anche questa che aumenterà con le prossime contrattazioni.

Fortemente illuminante per i sanitari presenti credo sia stata la parte della relazione che ha preso in esame l'implicazione che la regolamentazione dei Fondi e del gran numero di prestazioni che possono essere erogate e l'aumento dei terzi paganti avrà sul medico e sulla sua organizzazione del lavoro. L'organizzazione auspicabile sarà quella del privato accreditato poiché il legislatore ha ritenuto essenziale il requisito della idoneità del soggetto erogatore delle prestazioni che i fondi sono legittimati ad assumere a proprio carico, prevedendo che tale requisito venga attestato attraverso l'accreditamento degli erogatori di prestazioni come per il SSN.

Il relatore ha poi concluso con un invito ai Medici ed Odontoiatri a partecipare in ruoli diversi da quello di semplici erogatori nell'organizzazione della mutualità integrativa, anzi ha detto sarebbe da prevedere anche la costituzione, da parte delle categorie mediche, di enti mutualistici aperti. Per la categoria sanitaria l'assistenza integrativa può costituire interesse se viene vista come veicolo di recupero di ulteriori risorse che possano andare a compensare l'assenza di quelle pubbliche.

Tiziana Giampaoli

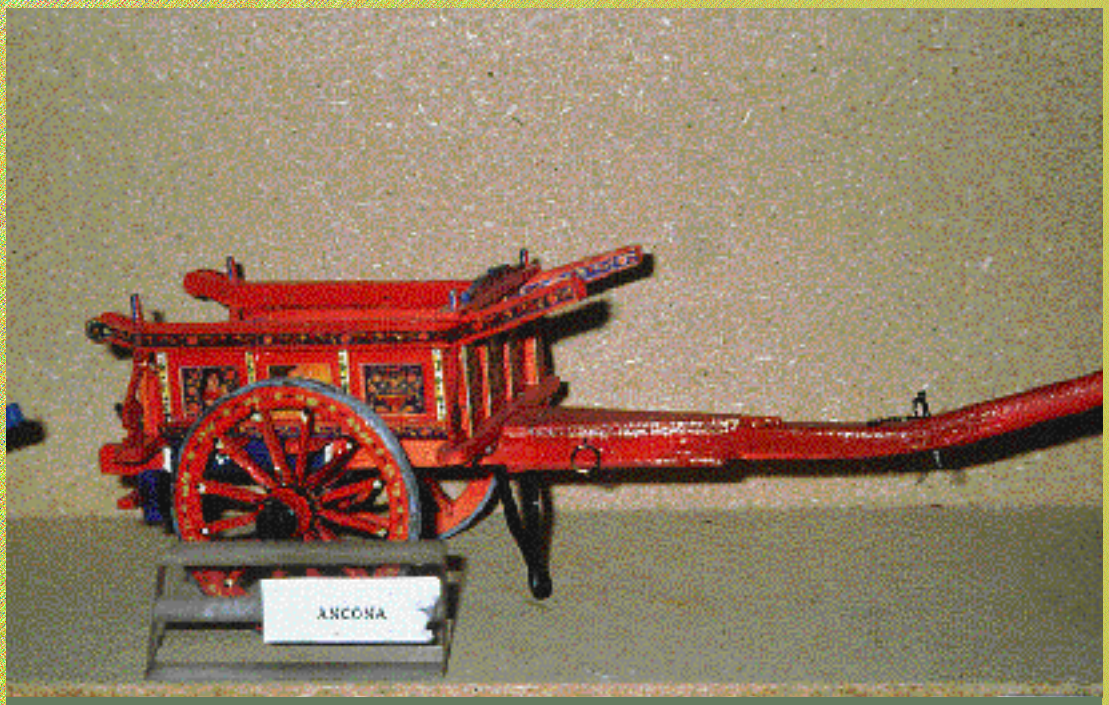
viaggio senza bagaglio

Viaggio senza bagaglio

A cura di Sergio Giustini
Console del Touring Club Italiano

Il Museo del Biroccio marchigiano a Filottrano

Nel 1951 l'Amministrazione delle Poste emise una serie ordinaria di francobolli denominata "Regioni d'Italia al lavoro" anche le Marche furono rappresentate, nel valore da 60 lire, con titolo "il raccolto": Nell'immagine si notava il Palazzo Ducale di Urbino, sullo sfondo, in primo piano invece un robusto giovane insediato sopra sacchi di grano caricati su un biroccio trainato dalla tipica coppia di buoi. È questa la prima volta che il noto carro agricolo viene scelto a simbolo della regione anche se lì a pochi anni esso scomparirà pressocchè totalmente dal panorama rurale sommerso dall'impiego massiccio dei mezzi meccanici. Ai tempi d'oggi il biroccio, pur vivendo nostalgica-



Tipico biroccio della provincia di Ancona

Tavola laterale con la pupa da biroccio e la scritta del carradore

mente nel ricordo di persone anziane e "ricercato" da studiosi di tradizioni popolari, è stato del tutto dimenticato e, per ovviare a tale oblio oltre che per un sentimento d'amore per la propria terra, lo storico Ing. Glauco Lucchetti ha realizzato, fin dal 1967, al piano terra dell'antico palazzo nobiliare Beltrami-Lucchetti di Filottrano "una modesta rassegna del carro agricolo marchigiano". Pur essendo lo scopo originario quello di raccogliere un numero sufficiente di esemplari e loro parti per evidenziare le differenze strutturali e pittoriche delle varie zone di provenienza, come spesso accade la modesta raccolta è diventata un museo ricco di circa 200 pezzi datati dal 1888 al 1951. Il visitatore che vorrà ammirare la collezione pensi innanzitutto che il biroccio non è come il carretto siciliano che in quelle terre compare solo negli ultimi decenni del settecento mentre il carro esisteva nelle nostre contrade da oltre 2000 anni (già l'ètimo ne svela la vetustà, dal latino bis-roteu). Si hanno prove della sua esistenza da modelli in bronzo e da bassorilievi in urne cinerarie affiorate nella zone etrusco – picena (Marche, Toscana, Umbria, Abruzzo Sett.). Il carro nel volgere del tempo si è affinato divenendo più funzionali ed arricchendosi di coloriture che, solo nella nostra regione, hanno raggiunto minuziose vesti decorative con fiori, disegni di fantasia, paesaggi e figure umane dalle variopinte tinte policrome. I costruttori erano chiamati birocciai, carradori o facocchi, si tramandavano il mestiere di padre in figlio per generazioni, e nella regione si annoveravano oltre 140 botteghe artigiane; numerosi anche i dipintori che li affrescavano, si ricorda il famoso Damiani di S. Lorenzo in Campo e l'altrettanto nota donna pittrice, Adelina Carloni di Passatempo d'Osimo, che iniziò da bambina per concludere a 90 anni. Il veicolo, il cui peso di aggira sui 4, 5 quintali, è costituito da una cassa rettangolare con un fondo, due sponde laterali e due tavole mobili. La cassa poggia sulla parte terminale dei timone, divisa in due e divaricata: le fiancate sono sormontate dalle scaline che si protendono in avanti,le ruote sono celtiche e cioè non piene e con rinforzo di ferro. Le

Tavola anteriore con S. Antonio Abate

figure tradizionali rappresentano: sulla tavola anteriore S.Antonio Abate vestito da monaco, sulle laterali, a tre specchiature, la "pupa" con la colomba, la scritta con il nome del facocchio e la coppa con fiori e frutta (vedi foto); in quella posteriore compaiono festoni, vasi con fiori e la stella d'Italia. I colori che predominano sono il rosso minio ed il blu. Il biroccio maceratese non si discosta di molto da quello anconitani, seppur nelle scaline posteriori che proseguono diritte e nelle pitture ove le pupe sono sostituite da un giovane con organetto o da un pastore. Nelle altre due province estreme assistiamo invece a variazioni più accentuate sia nei particolari costruttivi che nelle decorazioni. Nel Pesarese i colori più usati sono l'azzurro ed in giallo con soggetti di fantasia tratti da riviste mentre S.Antonio appare benedicente con panni vescovili. Nell'Ascolano sono bandite le immagini umane ma fan mostra solo ricche composizioni floreali e figurazioni geometriche di sempre gradevole effetto. Il biroccio era di proprietà esclusiva del contadino, compagno del suo lavoro e del tempo libero: con esso partecipava infatti ad ogni festa o cerimonia, ai pellegrinaggi, in occasione dei quali ospitava anche la famiglia del padrone secondo un rapporto umano bonario e dignitoso ricordato con appropriatezza sulla fiancata di un carro di Porto S. Giorgio. Ma vi erano anche le tristi necessità che rendevano opportuno l'uso del carro, specie nel periodo invernale per il trasporto dei malati o le salme dei defunti e financo per utilizzazioni belliche. Il Museo del biroccio ha un forte legame con la sua sede, palazzo Beltrami così denominato a ricordo del proprietario e fortunato esploratore delle sorgenti del Mississipì ed i carri convivono ora con i preziosi cimeli degli Indiani del Nord-America e del Messico, Di essi avrò modo di parlare in una prossima puntata del "viaggio senza bagaglio".

Per la visita al Museo ci si può rivolgere all'Ing. G.Luchetti (071/33037, 7221314).

INCONTRI SULLA RESPONSABILITA' PROFESSIONALE DEI MEDICI

di Sergio Giustini

24 OTTOBRE 2000 – TEMI DI RESPONSABILITA' PENALE

Come già annunciato nel bollettino n° 10 dell'Ordine dei Medici, martedì 24 ottobre u.s. si è svolto nell'auditorium dell'INRCA di Ancona (g.c.) il primo dei quattro incontri sulla responsabilità professionale dei medici.

Le tavole rotonde sono organizzate dall'Ordine in collaborazione con l'Accademia Marchigiana di Logica Giuridica fondata un anno fa e presieduta dal prof. Luigi Di Murro, magistrato della Corte dei Conti.

Puntualmente egli ha illustrato ai numerosi convenuti lo scopo degli incontri: essi sono tesi ad aumentare le conoscenze giuridiche dei medici nel campo della responsabilità,ciò sia per sdrammatizzare le situazioni che vedono i medici sempre imputati in occasione di eventi infausti, sia per istituire un tavolo permanente di confronto che veda assieme le categorie interessate (medici, giuristi, magistrati ed assicuratori). Il Presidente dell'Ordine dei Medici, Fulvio Borromei ha presentato l'iniziativa sottolineando queste importanti interazioni ed ha passato quindi la parola ai relatori della serata.

Moderatrice l'Avv.to Lia Giuliodori affiancata dagli avvocati Annalisa Marinelli e Maria Cristina Giuliodori. Da prima è stato trattato il tema degli aspetti penali dell'errore diagnostico, visto come omissione di accertamenti o come inesatta interpretazione dei sintomi, nell'un caso essendo la negligenza e/o l'imprudenza nell'altro l'imperizia ad identificare la colpa. L'Avv.to Giuliodori ha invece parlato del ritardo nella scelta di un trattamento medico: dopo aver esposto alcuni principi penali, gli artt. 42-43 e 44 in particolare, ed aver distinto la colpa generica da quella specifica, ha illustrato il caso del ritardo dovuto a scelta cosciente del medico per attendere l'evoluzione del quadro clinico e quello del ritardo nella esecuzione di un trattamento terapeutico legato a fatti strutturali o organizzativi all'interno del nosocomio. Ha efficacemente sottolineato come l'elemento della prevedibilità ed evitabilità sia quello che da la colpevolezza del soggetto agente. È stata poi anche trattata la responsabilità nell'attività di equipe, cioè per un gruppo di sanitari che opera assieme ma con compiti differenti, recando l'esempio del soggetto deceduto per insufficiente ossigenazione dopo un intervento chirurgico.

Assai vivace il dibattito a seguire considerata la delicatezza del tema e il suo egregio svolgimento.

Il Presidente Borromei ha infine salutato i presenti auspicando per i prossimi incontri una sempre maggiore partecipazione.

21 NOVEMBRE 2000 - TEMI DI RESPONSABILITA' CIVILE

Martedì 21 novembre si è puntualmente tenuto il secondo dei quattro incontri sulla responsabilità professionale dei medici, organizzati dall'Ordine provinciale di concerto con l'Accademia Marchigiana di Logica Giuridica.

I relatori della serata sono stati l'Avv.to Gesi Dignani e Manuel Piras con la moderazione dell'Avv.to Sergio Galassi.

Dopo il saluto ai convenuti da parte del Dr Borromei e l'introduzione del moderatore che ha delineato i vari profili della responsabilità civile, ha preso la parola l'Avv.to Dignani che ha trattato della responsabilità del medico ospedaliero nei confronti del paziente.

Ella ha ricordato brevemente l'evoluzione giurisprudenziale che prevedeva nelle controversie

uno spazio privilegiato per il medico per giungere alla visione attuale della responsabilità contrattuale basata sul contatto sociale, cioè il contenuto in sé del rapporto tra le parti (medico e paziente). Tale aspetto normativo promana da una sentenza della Cassazione Civile del gennaio 1999 modificando il concetto della responsabilità extra contrattuale che prevedeva solo il rapporto tra malato ed ente ospedaliero.
È passata poi ad elencare i vari tipi di danno: fisici, da lucro cessante, biologici, morali e quello della vita di relazione, quest'ultimo visto sotto il profilo dell'inestetismo a causa di menomazioni varie che si riflettono sulla capacità lavorativa.
La relazione dell'Avv. Piras verteva sull'onere della prova nel processo civile per il risarcimento del danno. Egli ha illustrato che per il medico non sussiste l'obbligazione di risultato come può essere ad esempio per l'ingegnere nel redigere un progetto bensì una sola obbligazione di mezzi non potendo il risultato stesso essere garantito salvo pochissime eccezioni (chirurgia estetica). Conseguentemente l'elemento da considerare è la condotta del medico analizzata attraverso la negligenza, l'imprudenza e l'imperizia. Ha ricordato poi gli articoli 1176 e 2236, nel primo essendo il riferimento ai casi di routine cioè sufficientemente sperimentati; diversamente nell'art. 2236 quando si tratti di interventi di difficile esecuzione. Ha concluso fornendo utili suggerimenti per evitare contenziosi vari: la raccolta di accurata anamnesi remota, il dettagliare sempre l'intervento eseguito sul paziente, il prescrivere esami strumentali che hanno la probabilità di essere necessari, una adeguata informativa ai malati e la verifica degli strumenti ed ambienti ove si opera nonché una adeguata copertura assicurativa.
Vivace il dibattito a seguire tra i non numerosi convenuti.

INCONTRI SULLA RESPONSABILITA' PROFESSIONALE DEI MEDICI

In collaborazione con l'Accademia Marchigiana di Logica Giuridica

Martedì 23 gennaio 2001 – Sala Auditorium INRCA (Via della Montagnola – Ancona) – ore 21

INCONTRO SUL TEMA:
CONSENSO INFORMATO

INCONTRO INTERPROFESSIONALE

Mercoledì 25 ottobre si è svolto presso la sede del nostro Ordine un incontro fra i rappresentanti di tre ordini professionali, Giornalisti, Avvocati e, naturalmente, Medici. Erano presenti i Giornalisti Franco Elisei (Consigliere Nazionale), Luciano Paci, Claudio Sargenti, Dario Gattafoni, Loretta Bentivoglio con il Presidente Carlo D'Ettorre. Per gli Avvocati il Presidente Maurizio Barbieri con Giovanni Marasca, mentre per il nostro Ordine, oltre al Presidente Fulvio Borromei, erano presenti Sergio Giustini e Giorgio Fanesi.
L'iniziativa ha preso l'avvio da un'idea del Presidente Borromei che, anche dopo aver ricevuto numerose segnalazioni da parte di iscritti che lamentavano quantomeno la superficialità con cui venivano trattati argomenti di cronaca giudiziaria che coinvolgevano nostri colleghi, ha ritenuto di dover contattare gli Ordini Professionali interessati. Scopo dell'incontro era quello di riuscire a trovare metodi comuni e strumenti di collaborazione per non "sbattere costantemente il mostro in prima pagina" quando alcuni sanitari si trovano implicati, spesso poi a torto, in procedimenti giudiziari. Occorre far trovare un po' più di serenità ai medici anche per evitare che la nostra categoria si trinceri dietro una vera e propria medicina di "difesa" che poi, in ultima analisi, nuoce a tutti e soprattutto al semplice cittadino. Questo ha detto Borromei portando il saluto del nostro Ordine e ringraziando poi gli intervenuti che hanno voluto accettare con entusiasmo l'invito dimostrando così vivo interesse per i temi in discussione. Nel corso dell'incontro sono poi intervenuti tutti i presenti portando validissimi argomenti che hanno ampliato notevolmente gli orizzonti della discussione e da tutti è comunque venuto un forte richiamo all'etica. Etica e deontologia rappresentano l'essenza stessa degli ordini professionali chiamati ad un vero e proprio ruolo di vigilanza su questi argomenti. Purtroppo la concorrenza, a detta anche dei giornalisti, spesso fa passare in secondo ordine proprio l'etica (con buona pace dell'Antitrust!) soprattutto quando si è di fronte ad una generalizzata mancanza di regole. Al termine dell'incontro ci si è lasciati non solo con la promessa di ritrovarsi, ma anche con proposte concrete come la realizzazione di un Convegno nazionale su questi temi organizzato dai tre ordini, la visita alle redazioni dei giornali da parte dei Medici e degli Avvocati e l'istituzione di un "Osservatorio Permanente" che dovrà esaminare congiuntamente le segnalazioni che giungeranno riguardanti eventuali possibili mancanze etiche e deontologiche creando quindi delle vere e proprie linee guida su tali temi.

g.f.

L'applicazione e gli sviluppi della legge regionale 20/2000, il manuale dell'autorizzazione e dell'accreditamento

INCONTRO CON L'AGENZIA SANITARIA REGIONE MARCHE

Si è tenuto mercoledì 6 dicembre 2000 presso l'Hotel Sporting un incontro con il Direttore dell'Agenzia Sanitaria della Regione Marche Prof. Di Stanislao che ha relazionato su "L'applicazione e gli sviluppi della Legge regionale n. 20/2000; il manuale di autorizzazione e di accreditamento" illustrando il percorso della legge che partita tre anni fa come legge delle "3 A" (Autorizzazione, Accreditamento, Accordi contrattuali) è stata emanata ad aprile di quest'anno con qualche A in più (Autorizzazione all'esercizio, Autorizzazione alla realizzazione di nuove strutture).
Il PSR prevede infatti che debbano essere approvate le realizzazioni di nuove strutture ed è per questo che è stato predisposto "l'Atto del fabbisogno" che pone dei limiti per le strutture dotate di posti letto, per le attività di laboratorio analisi, di radiologia e di terapia fisica riabilitativa, mentre al momento non ha posto vincoli per gli studi medici ed odontoiatrici.
Fermo restando che il fine ultimo della qualità è la valutazione degli esiti dei processi sanitari, al momento è stato ritenuto possibile la verifica dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativo-gestionali attraverso lo strumento della autorizzazione preventiva e poi dell'accreditamento istituzionale. Ai fini del rilascio della Autorizzazione sono maggiormente valutati i requisiti tecnologici mentre ai fini dell'Accreditamento maggior peso verrà attribuito ai requisiti di tipo organizzativo ed al modo di lavorare nel suo complesso.
Il manuale di Accreditamento è ancora in fase di discussione e come per il manuale dell'Autorizzazione è stata richiesta la collaborazione della Professione e degli Ordini.
È stato comunicato che sono in via di formazione i Gruppi di valutazione per l'Accreditamento selezionati tra il personale delle ASL e tra i rappresentanti degli Ordini dei Cittadini e dei Professionisti.
E stata poi illustrata. in maniera esauriente la procedura da seguire per la richiesta di autorizzazione. La serata si è conclusa con una interessante discussione sulle tematiche affrontate con particolare riferimento all'esplicazione dei requisiti richiesti.

Tiziana Giampaoli

Rapporti fra medici convenzionati e medici ospedalieri

OSSERVATORIO PERMANENTE

La nuova Commissione ordinistica per il coordinamento tra le varie figure professionali si è riunita il 12 ottobre 2000, alla presenza dei Direttori Sanitari dell'Azienda Umberto I, dell'Azienda Lancisi, e dell'Azienda ASL 7, degli organismi sindacali (FIMMG, CIMO, CUMI) e del rappresentante per il Tribunale Diritti del Malato. In tale occasione si è ribadito e riconfermato il lavoro iniziato lo scorso anno dal precedente Consiglio. In particolare le Linee-guida comportamentali e la costituzione di un Osservatorio permanente per la loro regolamentazione, composto dai rappresentanti degli organismi istituzionali e sindacali firmatari dell'accordo.
Si invitano i Direttori Sanitari a risensibilizzare i responsabili dei dipartimenti apparentemente meno corretti; si invita il Dr Maffei a presentare un modulo standard strutturato per la segnalazione delle inadempienze, da usare tutti; si stabilisce l'incontro dell'Osservatorio per il giorno 22 novembre 2000.
Si è quindi riunito nuovamente presso la sede dell'Ordine,l'Osservatorio Permanente (presenti: i Direttori dell'Umberto I e del Lancisi, il rappresentante per il Tribunale del Malato e quelli sindacali per FIMMG, CIMO e CUMI). Nel corso della riunione si sono affrontati diversi interessanti temi:

- La Sig.ra Santarelli (Tribunale del Malato) ha chiesto ragguagli sull'utilità della MOC.
- Ci si è chiesti se la lettera di dimissione ospedaliera deve essere inviata al curante chiusa o aperta rimandando a quanto già definito nel precedente accordo.
- Il Dr Maffei ha presentato una bozza di scheda di segnalazione, che verrà esaminata dal prossimo Consiglio dell'Ordine, ad uso di tutte le figure mediche.
- Si è ribadito che ogni richiesta del medico di Medicina Generale deve riportare il quesito diagnostico.

Un successivo incontro è stato programmato per il 19 dicembre.

Quirino Massimo Ricci

Enpam

Dicembre: tempo di bilanci

Con la presentazione del bilancio di previsione per il 2001 al Consiglio Nazionale del 1° dicembre 2000, possiamo affermare che sia diventato pienamente operativo per l'ENPAM il nuovo assetto giuridico ed istituzionale di Fondazione privata,sancito dallo Statuto deliberato in via definitiva il 1° aprile 2000. Infatti il bilancio di previsione, espressione del programma di attività che la Fondazione si prefigge per il prossimo esercizio dal punto di vista economico e patrimoniale, è stato per la prima volta nella storia dell'Enpam predisposto dal suo Consiglio di amministrazione e verrà presentato all'approvazione del Consiglio Nazionale.

L'obiettivo primario è quello di confermare i risultati economici positivi degli ultimi anni continuando a mantenere l'autonomo equilibrio finanziario dei Fondi gestiti, incrementando così le riserve tecniche a tutela anche delle eventuali ricadute negative derivanti dalle sempre possibili modifiche del quadro normativo esterno. Questo per poter continuare a garantire nel tempo ad ogni iscritto la massima pensione compatibile con l'equilibrio del sistema che come si sa è basato sul patto tra generazioni, chi lavora mantiene chi ha lavorato, garantito dalla Costituzione nei suoi principi di solidarietà e continuità.

Per raggiungere questo obiettivo, verrà dato l'avvio alla redazione di nuovi bilanci tecnici ed attuariali dei Fondi di previdenza gestiti, che per legge devono avere cadenza triennale, a garanzia dell'equilibrio degli stessi nel tempo.

Nel settore della previdenza è in fase di definizione un provvedimento di condono per le inadempienze contributive, cui seguirà il nuovo regime sanzionatorio per le morosità studiato dalla apposita Commissione consiliare. Sempre in quella sede è al varo una iniziativa che riguarda il miglioramento della copertura previdenziale nei casi di premorienza ed invalidità permanente per chi abbia una limitata entità contributiva, finalizzata alla erogazione di una pensione minima dignitosa,espressione dell'aspetto solidaristico della previdenza della Fondazione, nei limiti della sostenibilità economico finanziaria dell'onere relativo.

Anche il regolamento che disciplina l'assistenza verrà rivisto per renderlo più adeguato alle effettive e mutevoli situazioni di bisogno che si presentano.

Per quanto riguarda il Fondo Generale, si prevede per il 2001 un avanzo finanziario, riferito al rapporto contributi/prestazioni, sostanzialmente stabile per la quota A rispetto all'esercizio in corso, mentre È prevedibile un ulteriore incremento per la quota B.

Questi risultati positivi, che dovrebbero mantenersi anche per gli esercizi successivi, traggono origine dalla piena applicazione delle modifiche regolamentari di recente introduzione, che hanno portato un significativo incremento dei contributi, e dal progressivo venire meno delle norme transitorie tra vecchio e nuovo regime.

La contribuzione del Fondo generale quota A, che viene riscossa tramite cartelle esattoriali, pur contabilmente riferita all'esercizio 2000, per la maggior parte verrà incassata nel 2001 causa i ritardi di notifica delle cartelle stesse conseguenti alla nuova disciplina in tema di riscossione che ha dilatato i tempi tecnici a disposizione dei concessionari, per cui le cartelle dovrebbero arrivare tra novembre-dicembre 2000 e la prima rata potrà essere pagata entro 60 giorni dalla notificazione mentre l'ultima delle quattro rate scadrebbe a luglio 2001.

Per quanto concerne il Fondo Speciale della Medicina Generale, con l'entrata in vigore dei nuovi Accordi si potrà contare sull'aumento del flusso contributivo dovuto sia ai nuovi compensi ed agli arretrati che all'innalzamento dell'aliquota contributiva al 13%, mentre gli incentivi fiscali in vigore dal 1° gennaio 2001 per la disciplina dei riscatti e delle ricongiunzioni, consistenti nella totale deducibilità dei contributi versati, unitamente alle modifiche regolamentari in tema di interessi e rateizzazione del contributo dovuto, dovrebbero garantire maggiori entrate.

Dal versante prestazioni nonostante le misure di contenimento adottate nel 1998 (abolizione dell'acconto sul trattamento definitivo, abbassamento a 65 anni

del limite di età previsto per l'invalidità assoluta e permanente, revisione dei coefficienti di maggiorazione della pensione oltre i 65 anni, abolizione della facoltà di integrale conversione della pensione in capitale, etc..), e la progressiva totale eliminazione del calcolo secondo il principio del "pro rata", la spesa previdenziale del Fondo dovrebbe far registrare un aumento di circa il 5% rispetto al dato del 2000.

Per un giudizio definitivo sull'impatto degli interventi strutturali del 1998 occorrerà attendere il Consuntivo 2001, quando tutte le modifiche saranno a regime,mentre per valutare le modifiche a decorrenza 1999 occorrerà un altro biennio: in ogni caso nel preventivo 2001 È previsto un lieve avanzo finanziario di ca. 25 mld. che però evidenzia da un lato l'assoluta necessità di aver posto mano con decisione nel recente passato ad un riequilibrio impopolare del versante prestazionale e dall'altro lato l'esigenza costante di un attento monitoraggio dei flussi economici del Fondo, per individuare le azioni più appropriate a garantire le riserve tecniche.

Per quanto riguarda gli altri Fondi Speciali, quello degli Specialisti Ambulatoriali è caratterizzato da una sostanziale stabilità, che dovrebbe trarre ulteriore rafforzamento dal rinnovo dell'accordo collettivo e dalla eventuale estensione agli specialisti ambulatoriali titolari di altro incarico della corresponsione del compenso aggiuntivo. Per cui si può prevedere un avanzo di gestione per l'esercizio finanziario con accantonamento a riserva. I rischi per la stabilità della gestione derivano esclusivamente da normative esterne all'Ente, e cioè il possibile passaggio alla dipendenza, esteso anche ai medici dell'emergenza, servizi e guardia medica: le pesanti ricadute del provvedimento sul piano previdenziale sono state oggetto di interventi dell'Ente presso gli organi istituzionali nazionali ed il risultato è stata la possibilità opzionale di mantenere la posizione assicurativa già costituita presso l'Enpam.

La situazione del Fondo Specialisti Esterni dipende dall'efficacia dell'azione intrapresa dall'Ente di recuperare un buon livello contributivo non solo sollecitando le Asl al pagamento dei contributi per coloro che svolgono in forma individuale l'attività in regime di accreditamento, ma soprattutto per assicurare all'Enpam i contributi dei medici che svolgano attività in qualsiasi forma all'interno di società accreditate, dato che, secondo stime compiute, il volume di affari di tali società supera l'80% del totale del comparto.

L'attività istituzionale della previdenza e della assistenza trova l'indispensabile supporto dalla capacità del patrimonio di mantenere ed incrementare il valore degli accantonamenti necessari alle prestazioni future.

Perseguire la massima redditività del patrimonio, che è stato storicamente costituito in maniera preponderante nel settore immobiliare, è un obiettivo strategico, per cui si è impostato un riequilibrio della distribuzione del patrimonio complessivo della Fondazione, destinando ad investimenti mobiliari la maggior parte delle risorse che si rendono disponibili e riservando agli immobili solo le risorse necessarie ad interventi manutentivi e di riqualificazione per la adeguata valorizzazione e ben conservazione dei cespiti immobiliari sia abitativi che commerciali in possesso.

Un nuovo modello gestionale finalizzato a migliorare la redditività, ha portato l'affidamento degli immobili a gestioni esterne. I suoi risultati, pur se pienamente conseguibili nel tempo dati i vincoli contrattuali preesistenti, si dovrebbero vedere sin dal prossimo esercizio in termini di incremento delle entrate per canoni e di recuperi di spese. Verranno altresì avviate procedure di dismissione per quei cespiti che non presentino più sufficienti capacità di reddito o di valore, o che necessitino di interventi manutentivi sproporzionati rispetto al reddito atteso. L'investimento mobiliare sarà indirizzato in prevalenza al comparto obbligazionario, verificando l'opportunità del conseguimento di rendimenti minimi garantiti, mentre nei limiti del 20% degli investimenti complessivi in titoli, si valuteranno le offerte dei mercati azionari, facendo ricorso ad Istituti e professionalità di adeguata e comprovata competenza.

Per quanto riguarda l'assetto organizzativo e funzionale dell'Ente, si procederà ad una revisione e rivisitazione dell'ordinamento dei servizi, per migliorare la qualità degli uffici e per potenziare alcuni settori indispensabili a migliorare l'immagine dell'Enpam nel rapporto con gli iscritti, con gli Ordini, con la Federazione e con gli organismi rappresentativi della categoria. A questo proposito, il Consiglio di Amministrazione ha stanziato nel bilancio del prossimo esercizio un contributo di 900 milioni per supportare l'attività che gli Ordini Provinciali garantiscono all'Enpam in tema statutario, previdenziale ed assistenziale.

Per quanto concerne i mutui edilizi, la Fondazione ridefinirà

con gli istituti bancari con i quali intrattiene rapporti i termini delle convenzioni per la concessione di condizioni particolarmente favorevoli. Richiederà agli stessi Istituti un adeguato finanziamento per l'istituzione di borse di studio per specializzazioni di giovani medici.
A livello assicurativo, si cercherà di migliorare la polizza convenzione per l'assistenza sanitaria integrativa, sia per aumentare la sua divulgazione ed adesione, sia per estendere le coperture assicurative anche al nucleo familiare dell'iscritto. È allo studio la possibilità di una polizza convenzione a copertura dei rischi professionali, sempre su base volontaria, ma a condizioni ovviamente più vantaggiose di quelle praticate al singolo aderente.
Infine, allo scopo di dare ampia divulgazione e maggior visibilità alle attività della Fondazione, sono in programma dei convegni sia per gli organismi rappresentativi della categoria sia per lo studio, l'analisi ed il confronto tra i sistemi previdenziali europei per i medici e gli odontoiatri.
Continuerà il rapporto di collaborazione con tutti gli altri enti dei liberi professionisti aderenti all'Adepp, l'associazione degli enti previdenziali privati , al fine di concertare interventi e sinergie per la difesa dei comuni interessi, come la modifica e l'alleggerimento dell'attuale trattamento fiscale sulle attività degli Enti, che appaiono fortemente penalizzate dalla legislazione vigente che considera alla stregua di quello di una impresa finalizzata al lucro, l'accantonamento patrimoniale dedicato al perseguimento di un fine pubblico, garantito dalla Costituzione, come quello di dare la pensione a chi ne ha maturato il diritto.

Alberto Oliveti
(Cons. Amm. Enpam)

INPDAP o ENPAM?

No, non è uno scioglilingua, ma un dubbio che mi assale da un po' di tempo a questa parte. Da quando incontro colleghi, prevalentemente ospedalieri, estremamente spazientiti dall'arrivo, anche se ritardato, delle cartelle esattoriali con la quota fissa da pagare all'ENPAM, peraltro interamente deducibile ai fini fiscali.
"Perché – questo è il quesito – devo dare soldi ad un «carrozzone» come l'ENPAM per poi avere una misera pensione a 65 anni? Non posso investirli come mi pare con un rendimento sicuramente maggiore visto che la mia pensione lavorativa me la darà l'INPDAP?"
Cercherò quindi di dare una risposta a questi interrogativi così diffusi. Innanzitutto la contribuzione all'ENPAM è obbligatoria per legge come anche recenti sentenze della Corte Costituzionale (giugno 1988 e marzo 1995) e vari decreti (settembre 1946 e giugno 1994) hanno più volte ribadito. Esiste inoltre un obbligo di solidarietà che consente alla Fondazione ENPAM di assistere i colleghi più sfortunati ed i loro familiari. Ma soprattutto, badando alla concretezza delle obiezioni portate, occorre dire che, se il Padreterno vorrà farci vivere almeno per alcuni anni dopo il 65°, riavremo dall'Ente abbondantemente ciò che abbiamo versato, visto che l'entità della pensione si sta, sia pur lentamente,adeguando.
D'altronde il fatto che, per quanto riguarda la quota B del Fondo Generale (quella della libera professione, per intenderci), molti colleghi che avevano optato per la contribuzione ridotta al 2%, stiano cercando di fare il possibile per passare alla quota del 12,50%, mi fa pensare proprio che la gestione ENPAM non sia proprio tutta da buttare.
Ed allora mi chiedo invece perché i colleghi ospedalieri non si rendano conto di non essere trattati bene dal proprio ente previdenziale e non cerchino magari di passare armi e bagagli all'ENPAM, ente nato proprio per garantire la previdenza dei medici. Perché non si comprende che forse è meglio pagare un contributo pensionistico del 13% come fanno gli iscritti ai Fondi Speciali ENPAM a fronte di un contributo di circa il 33% devoluto all'INPDAP, che poi con i suoi fondi deve compensare le passività di altre gestioni previdenziali le quali devono essere poi sostenute da noi tutti come contribuenti. Senza contare altri tipi di regolamenti INPDAP sicuramente poco benevoli nei confronti del medico come la necessità di contribuzione minima di 5 anni per ottenere benefici, la impossibilità di cumulare la pensione con altri trattamenti, la reversibilità ai superstiti in quota ridotta rispetto all'ENPAM.
Nel tentativo di far conoscere meglio a tutti gli iscritti gli aspetti peculiari dell'ENPAM in un momento poi così determinante per il futuro della previdenza, l'Ordine di Ancona organizza una serie di incontri sul tema "ENPAM: la previdenza dei Medici". Questi incontri, che cercheremo di far svolgere successivamente anche nei maggiori centri della provincia, vedranno la presenza di Alberto Oliveti, nostro iscritto, componente del Comitato Esecutivo dell'Ente che da molti anni si occupa di previdenza e che tanta parte ha avuto nella rivitalizzazione dell'ENPAM.
Cercheremo così di pensare alla pensione non solo pochi mesi prima dell'indispensabile.

Giorgio Fanesi

enpam

Martedì 16 gennaio 2001

Sala dell'Ordine dei Medici ed Odontoiatri
(Via Buonarroti – Ancona) - Ore 21

INCONTRO SUL TEMA:

ENPAM: la previdenza dei Medici

intervento di **Alberto Oliveti**
(Consigliere d'Amministrazione e Componente
del Comitato Esecutivo della Fondazione ENPAM)

NUOVA POLIZZA ASSICURATIVA DELL'ENPAM

Dopo il grande favore incontrato fra i colleghi per la polizza posta in essere lo scorso anno, l'ENPAM è riuscita ad estendere tale polizza ai familiari dei medici e categorie equiparate (medico ed odontoiatra iscritto all'ENPAM in attività o pensionato; suoi superstiti con diritto a pensione indiretta o di reversibilità; componenti degli Organi Statutari dell'ENPAM e della FNOMCeO; personale in servizio all'ENPAM, alla FNOMCeO ed agli Ordini Provinciali).
Assicura contro il rischio di malattia coniuge e/o convivente e/o figli conviventi (purchè la convivenza risulti dallo stato di famiglia) del medico italiano (e categorie equiparate). Devono essere assicurati tutti i componenti risultanti dallo stato di famiglia.
Decorrenza: dal 1° giugno 2001;
Costo: L. 200.000 per ciascun familiare, con il massimo di L. 500.000 a nucleo;
Contenuto della polizza: come quella dei Medici italiani, e cioè
a) interventi chirurgici (con massimale L. 500.000.000 annui, fruibile in tutto il mondo)
b) gravi eventi morbosi.
Per i familiari dei medici (e delle categorie equiparate) e soltanto in caso di loro richiesta di indennizzo per grave evento morboso, occorre:
a) che l'assicurato non abbia superato, al momento in cui chiede l'indennizzo, l'età di 75 anni-,
b) che l'assicurato comprovi (mediante certificato medico) di essere invalido permanente per almeno il 66%.
Per l'indennizzo da intervento chirurgico per i medici (o categorie equiparate) e loro familiari non vi sono limiti di età.

IPOTESI SULLA CONVENIENZA DEL RISCATTO DI LAUREA ALL'E.N.P.A.M.

(per i medici convenzionati)

A cura dello Studio Falorni

IN PASSATO:

- ipotetico costo del riscatto:		L. 70.000.000
- interessi per rateizzazione in 6 anni:		10%
- durata rateizzazione:		6 anni
- costo annuale della rateizzazione:	circa	L. 15.800.000
- recupero fiscale annuo:		L. 475.000
- costo effettivo annuo:		L. 15.325.000
- costo effettivo del riscatto comprensivo degli oneri di interessi di rateizzazione in 6 anni e del recupero fiscale:		L.91.950.000

Importo della pensione a 65 anni: (ipotesi)

- senza riscatto: L. 44.000.000 annue lorde (L. 33.400.000 annue nette)
- con riscatto: L. 51.660.000 annue lorde (L. 38.300.000 annue nette)

DAL 2001

- ipotetico costo dei riscatto:	L. 70.000.000
- interessi per rateizzazione:	2,5%
- durata rateizzazione:	9 anni
- costo annuale della rateizzazione per 9 anni:	L. 8.700.000
- recupero fiscale annuo (per contribuente con reddito imp. > 60 milioni):	L. 3.480.000
- costo effettivo annuo:	L. 5.220.000
- costo effettivo del riscatto comprensivo degli oneri di interessi di rateizzazione in 9 anni e del recupero fiscale:	L.46.980.000

Importo della pensione a 65 anni (ipotesi):

- senza riscatto: L 44.000.000 annue lorde (L. 33.400.000 annue nette)
- con riscatto: L.51.660.000 annue lorde (L. 38.300.000 annue nette)

È da tenere presente che dal 2001 è possibile effettuare il versamento dei riscatto anche in un'unica soluzione in quanto l'onere sostenuto è totalmente deducibile dai propri redditi. In questa ipotesi, tenuto conto dell'immediato recupero fiscale, l'onere del riscatto di L. 70.000.000 scende automaticamente a L. 42.000.000. In pratica, a partire dal 2001, l'onere effettivo dei riscatto, riferito agli anni precedenti, si è pressoché dimezzato. I vantaggi dei riscatto:

- permette di raggiungere anzitempo il limite dei 35 anni di anzianità contributiva oggi necessario per ottenere la pensione prima dei 65 anni di età (sempre comunque cessando l'attività convenzionata);
- influisce positivamente sull'entità della pensione in caso di cessazione dell'attività per invalidità permanente o nel caso di premorienza (a favore dei superstiti);
- incrementa l'ammontare della pensione alla cessazione naturale dell'attività e il suo rendimento sarà tanto più elevato quanto prima sia stata prodotta la domanda e quanto più sia stata successivamente incrementata l'attività.

I RISCATTI DEI DIPENDENTI PUBBLICI AI FINI PENSIONISTICI

A cura dello Studio Falorni

Periodi ammessi al riscatto:
- la durata del corso legale di laurea
- la durata del corso di specializzazione
- la durata del servizio militare
- il periodo prestato come assistente volontario ospedaliero fino a un massimo di 2 anni
- il periodo prestato come assistente volontario nelle università
- il periodo di tirocinio pratico previsto dalla legge 148/75
- le interruzioni dei rapporti di lavoro consentite da specifiche disposizioni (per un max di 3 anni)
- i periodi di formazione professionale, di studio e di ricerca e altri di minore importanza o poco verificabili.

Le domande di riscatto:
- si presentano in carta semplice, anche tramite la propria amministrazione
- non sono vincolanti
- vanno presentate durante il servizio o entro 90 gg. dalla data di cessazione dei servizio
- possono essere presentate dai superstiti entro 90 gg. dal decesso dell'iscritto
- è ammesso riscattare anche solo una parte dei periodi

UTILITA' DEI RISCATTI

Dal 2001 è possibile accedere al pensionamento secondo le regole dei sistema contributivo (in vigore dal 1/1/96) sempre che si siano maturati almeno 5 anni di contribuzione, si possegga un'età anagrafi - ca non inferiore a 57 anni e a condizione che l'im - porto della pensione spettante risulti non inferiore al 120 % del minimo (assegno sociale) INPS (oggi pertanto non meno di 8 milioni).

1) Per coloro che già risultavano in servizio anteriormente al 1996 i requisiti per richiedere la pensione secondo il sistema contributivo sono quelli dei possesso di 15 anni complessivi di contribuzione (compresi i riscatti) di cui almeno 5 anni a decorrere del 1/1/96, unitamente all'età di 57 anni e sempre che l'importo della pensione maturata superi il 120% del minimo INPS. In questo caso i riscatti potrebbero risultare utili.
2) Stante che mantengano il sistema retributivo (di norma più rimunerativo) quei dipendenti che a tutto l'anno 1995 avevano maturato almeno 18 anni di contribuzione effettiva, figurativa o riscattata (riscattata anche successivamente purché relativa a periodi collocabili anteriormente al 1/1/96). Ne consegue che i riscatti risultano essenziali a chi, per esempio, al 31/12/95 aveva una anzianità di lavoro da 12 a 17 anni.
3) Per coloro che al 31/12/95 avevano maturato un'anzianità di lavoro inferiore a un numero di anni tali che anche con i riscatti non raggiungerebbero mai i 18 anni necessari per poter rientrare totalmente nel sistema retributivo. Il calcolo della pensione spettante alla cessazione del servizio sarà effettuato utilizzando sia il meccanismo dei sistema retributivo per gli anni maturati fino al 31/12/95, sia il meccanismo del sistema contributivo per gli anni maturati successivamente. Anche in questo caso il riscatto dei periodi che si collocano ante l'1/1/96 potrebbe risultare utile per incrementare la quota di pensione calcolata con il sistema retributivo.
4) Per coloro che al 31/12/95 avevano maturato una anzianità di servizio superiore a 18 anni e quindi di diritto già rientranti totalmente nel sistema retributivo, gli eventuali periodi da riscattare potranno risultare utili sia per il raggiungimento dei requisiti necessari per ottenere la pensione di anzianità (35 anni di contri-

buzione effettiva, figurativa o riscattata) sia per incrementare l'entità della propria pensione e sia, qualora si verifichino notevoli aumenti dei propri compensi rispetto a quelli posseduti al momento della domanda, vantaggi anche in termini economici.

RIASSUMENDO:

i riscatti effettuati nel sistema contributivo servono quasi esclusivamente per incrementare il proprio monte contributivo sul quale conteggiare la pensione spettante (e, a ns. parere, consigliabili a coloro che non sanno investire i propri risparmi o poco propensi al risparmio come alternativa o integrazione alla partecipazione ai fondi integrativi della pensione). I riscatti sono invece estremamente utili, a ns. parere,

1) a chi, unendo i periodi riscattabili a quelli già maturati, raggiunga almeno 18 anni di contribuzione alla data dei 31/12/95 in modo di rientrare nel meccanismo di calcolo della pensione interamente col sistema retributivo;
2) a chi,pur essendo già nel sistema retributivo in quanto al 31/12/95 aveva maturato i fatidici 18 anni di anzianità, intendesse cessare dal servizio prima dei 65° anno di età coi 35 anni di anzianità minimi necessari oppure per raggiungere 40 anni di anzianità, requisito quest'ultimo che permetterebbe di non incappare nel parziale divieto di cumulo della pensione con l'esercizio di una eventuale attività di lavoro autonomo;
3) a chi, rientrante nel sistema retributivo, prevede significativi avanzamenti di carriera e della remunerazione rispetto all'epoca in cui la domanda di riscatto è stata presentata.

P.S.:Quanto sopra fatte salve modifiche (peggiorative) alla regolamentazione vigente.

N.B.: I costi sostenuti a partire dal 1/1/2001 per riscattare i periodi ammessi sono totalmente deducibili dal proprio reddito con conseguenti indubbi risparmi sull'imposta IRPEF e addizionale dovuta quantificabili tra un minimo del 19% e un massimo dei 46% di quanto annualmente pagato a seconda dell'aliquota IRPEF marginale in cui si colloca il reddito dei contribuente.

Per ulteriori informazioni rivolgersi al consulente STUDIO FALORNI presso la sede dell'Ordine (martedì, ore 10 - 11,30)

notizie in breve

Avvisi

- L'Università di Siena organizza un Corso di perfezionamento in "Nutrizione Clinica e Dietetica" (iscrizioni entro 1l 15 febbraio 2001) ed uno in "Sistemi di Gestione della Qualità" (iscrizioni entro il 22 dicembre 2000).

- La Divisione di Neurologia dell'Az Osp S. Croce e Carle di Cuneo organizza dal 5 al 7 aprile 2001 un Corso teorico-pratico su: "Movimento e Postura: analisi strumentale per la diagnosi funzionale e la pianificazione dell'intervento riabilitativo".

- Lo Studio Firmano dall'Antica Università organizza la "XXXV Tornata degli Studi Storici dell'Arte Medica e delle Scienze" che si svolgerà a Fermo dal 4 al 6 maggio 2001 e che avrà come tema "Medici e Scienziati, Artisti e Letterati nelle Marche del '600".

notizie in breve

Legislazione

- **F.N.O.M.C.eO.- Comunicazione n.146**
  Progetto obiettivo materno infantile relativo al Piano Sanitario Nazionale 1998/2000

- **B.U.R.M. n° 121 del 23 novembre 2000**
  - Regione Marche - Aziende Sanitarie Locali. Pubblicazione zone carenti di continuità assistenziale ed emergenza sanitaria territoriale rilevate alla data del 31.08.2000 sulla base degli atti deliberativi già adottati dalle Aziende Sanitarie Locali della Regione Marche ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale (D.P.R. n° 270 del 28/07/2000) – Norma transitoria n° 2

- **G.U. N° 272 del 21 novembre 2000**
  Decreto 30 agosto 2000
  Sospensione dell'efficacia dei decreti 14 febbraio 1997 e 29 dicembre 1997, concernenti "Determinazione del tipo, modalità e periodicità del controllo di qualità da parte del fisico specialista o dell'esperto qualificato delle apparecchiature radiologiche e di medicina nucleare" e "Determinazione dei criteri minimi di accettabilità delle apparecchiature radiologiche ad uso medico ed odontoiatrico nonchè di quelle di medicina nucleare, emanati in attuazione degli articoli 13, comma 2, e 112, comma 3 del decreto legislativo 17 marzo 1995 n.230".

- **G.U. N° 261 del 9 novembre 2000**
  Decreto 12 ottobre 2000
  "Integrazioni e modifiche al decreto 18 aprile 1996 concernente la disciplina delle visite mediche di controllo dei lavoratori da parte dell'INPS, ai sensi dell'art 5, comma 12 e seguenti, del D.L. 12 settembre 1983, n° 463, convertito, con modificazioni nella legge 11 novembre 1983 n° 638"

- **B.U.R.M. n°111 del 2 novembre 2000**
  Approvazione graduatoria definitiva specialisti ambulatoriali provincia di Ancona - anno 2001 (da pagina 97)
- **B.U.R.M. n°109 del 26 ottobre 2000**
  Zone carenti straordinarie di pediatria (da pagina 47)

- **B.U.R.M. n°107 del 20 ottobre 2000**
  Deliberazione della G.R. n. 2028 ME/SAN del 2/10/2000.

- **DPR 613/96** - approvazione in via definitiva della graduatoria relativa al periodo 1.7.2000 - 30.6.2001 degli aspiranti alla inclusione negli elenchi dei medici specialisti pediatri di libera scelta

- **B.U.R.M. n°94 del 20 settembre 2000 -** D.Lgs n. 112/98 "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni ed agli Enti Locali" - Istituzione dell'albo e determinazione dei requisiti dei medici abilitati all'accertamento della idoneità alla guida degli autoveicoli, così come previsto dal comma a) dell'art. 103 del D.Lgs n. 112/98

- **B.U.R.M. n°94 del 20 settembre 2000 - DPR 484/96 -** accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici di medicina generale - proroga dei termini per l'approvazione della graduatoria relativa all'anno 2001 e per la pubblicazione delle zone carenti

Notizie più complete sulla normativa citata si possono trovare nel sito Internet dell'Ordine: http://www.ordinemedici.ancona.it

O.N.A.O.S.I.
Una magnifica realtà di solidarietà

Molti Medici e Odontoiatri non conoscendo a fondo l'operato di questa Fondazione non riescono ad apprezzarne tutto il suo valore. Con questo articolo, e altri che seguiranno, intendo illustrare la Fondazione per l'Assistenza agli Orfani dei Sanitari Italiani, Medici, Odontoiatri, Veterinari e Farmacisti, la sua organizzazione ed il complesso delle iniziative e degli interventi rivolti non solo agli Orfani ma anche ai figli ed alle famiglie dei Sanitari contribuenti. Pertanto, oltre ad illustrare i fini statutari della Fondazione, intendo fornire notizie utili per l'iscrizione e per l'istruzione di pratiche per l'assistenza, e di tutti gli altri servizi che la fondazione mette a disposizione.

Mi auguro che ciò possa contribuire a far conoscere meglio l'Opera ai contribuenti ed a molti altri Sanitari che conoscendo il valore, non solo morale,di questa Fondazione possano apprezzare i molteplici servizi che essa rende, e, non essendo l'adesione obbligatoria, aderire entusiasticamente alla stessa.

L'Opera, nata alla fine dell'800, da un'idea di Luigi Casati, con sede centrale in Perugia, assiste gli Orfani dei Sanitari Italiani e i figli dei pensionati contribuenti. La Fondazione ha sempre posto grande attenzione nel cogliere i bisogni e le esigenze dei giovani assistiti, adeguando i servizi resi, alle nuove esigenze e realtà. Pur mantenendo il pensiero ispiratore del fondatore, l'Opera ha erogato i suoi servizi in funzionali e moderni convitti e collegi, che per lungo tempo, hanno rappresentato l'unica assistenza per gli Orfani dei Sanitari. Oltre ciò,l'O.N.A.O.S.I.assiste a domicilio, oltre 3000 Orfani dei Sanitari in tutta Italia.

L'Organizzazione è presente con centri studi a Torino, Padova, Pavia, Bari, Messina, Montebello (PG), oltre ai due collegi maschile e femminile, siti in Perugia, che rappresentano il fiore all'occhiello dell'Organizzazione. Nello spirito di adeguare i servizi resi alle esigenze degli utenti, viene assicurata ai giovani, dopo aver conseguito la laurea,la possibilità di perfezionarsi e prepararsi, per l'inserimento nel modo lavorativo. A tale scopo, l'Opera realizza, da molti anni, il progetto LOGOS e il programma START, Master di gestione e formazione aziendale. Oltre ciò, alle famiglie assistite con reddito non sufficiente, viene assegnata un'integrazione per far fronte alle difficoltà. Tutti gli assistiti possono usufruire, nei periodi di vacanza, dei centri O.N.A.O.S.I. in montagna, in collina, al mare. L'Ente ha istituito inoltre, un servizio sociale distribuito su tutto il territorio dando un importante sostegno, sia alle famiglie, sia all'orientamento scolastico e formativo degli assistiti, compresi i portatori di handicap.Da qualche anno l'Opera si è impegnata a realizzare una residenza per Sanitari anziani in Perugia, struttura che è già in corso di realizzazione. Questo è un periodo in cui molto spesso si sente parlare di solidarietà, e molti Medici partecipano a molte di queste attività con entusiasmo.Va detto che l'O.N.A.O.S.I., da oltre 100 anni, ha iniziato mirabilmente, con i suoi padri fondatori, ad applicare nel concreto la cultura della solidarietà.

Perugia - Istituti Femminili

Molti si chiederanno: perché aderire all'Organizzazione se non si hanno figli, o se gli stessi, hanno superato i 26 anni d'età e non rientrano nelle prestazioni dall'O.N.A.O.S.I.?

Non è assolutamente così. Oltre all'assistenza agli Orfani e agli aventi diritto, l'O.N.A.O.S.I., offre i suoi servizi anche ai figli

dei Sanitari viventi e ai Sanitari stessi, a prezzi veramente simbolici, sia per quanto riguarda i collegi e i convitti, sia in riferimento ai centri – vacanza.
Il fatto che questo Ente sia amministrato da Sanitari eletti da Ordini o nominati dagli stessi organismi è, per i Sanitari stessi, una garanzia di un corretto funzionamento e di una sana gestione.
Gli iscritti all'Ordine dei Medici d'Ancona dovrebbero essere particolarmente affezionati all'Ente stesso poiché, nel primo dopoguerra, un periodo veramente difficile per l'Ente, molti erano gli orfani e pochissimi i contribuenti, a causa degli eventi bellici appena trascorsi. Il Consiglio degli Ordini dei Medici d'Ancona e di Torino, unitamente ad alcuni Sanitari veramente benemeriti, hanno sostenuto con forte impegno economico l'Opera stessa e, per questo entrambi gli Ordini hanno di diritto un membro del Consiglio d'Amministrazione tra i propri iscritti.
Pertanto invito tutti i Medici e Odontoiatri non iscritti obbligatoriamente all'O.N.A.O.S.I. ad iscriversi seguendo il fac-simile appresso riportato.

Luigi Luchetta
Consigliere ONAOSI

FAC-SIMILE DI DOMANDA PER L'ISCRIZIONE VOLONTARIA DALL'ANNO…….

Alla
PRESIDENZA della
Fondazione O.N.A.O.S.I.
Via XX Settembre, 156
06124 PERUGIA

Il sottoscritto……

nato il …….. di professione……

residente nel Comune di…… Prov……..

Via…… CAP…….
a conoscenza delle principali disposizioni legislative e regolamentari riguardanti i doveri e i diritti dei contribuenti volontari di codesto Ente, chiede di essere iscritto tra i contribuenti predetti, impegnandosi a versare annualmente all'Amministrazione il relativo contributo, possibilmente entro il mese di febbraio e comunque non oltre il 30 giugno di ogni anno.

Data…… Firma……

FAC-SIMILE DI DICHIARAZIONE-ATTESTAZIONE DI ISCRIZIONE ALL'ORDINE
(Eccezionalmente ed in via provvisoria la presente dichiarazione sostituisce il visto dell'Ordine)

Lo scrivente attesta sotto la sua personale responsabilità di essere iscritto

all'Ordine dei……. della provincia di…….. dal……..
Si impegna ad inviare al più presto (e comunque entro tre mesi) il certificato di iscrizione rilasciato dall'Ordine della provincia in cui risulta l'attuale iscrizione.

Data…… Firma……..

Per qualsiasi ulteriore e dettagliata informazione, i Sanitari si possono rivolgere o alla sede O.N.A.O.S.I. a Perugia, o all'Ordine stesso, o direttamente al sottoscritto, attraverso i seguenti indirizzi:
fi O.N.A.O.S.I. – Via XX settembre, 156 – 06124 Perugia – Tel. 075/5052045
fi O.N.A.O.S.I. – Via Michelangelo, 1 – Ancona – Tel. 071/200266 – Fax 071/200360
fi O.N.A.O.S.I. – Via F.lli Cairoli, 7 – Falconara M.ma (An) – Tel. 071/9161695 - Fax 071/9161697

SERVIZI INTEGRATI PER PROFESSIONISTI ED IMPRESE

LA TUA SEGRETARIA HA SEMPRE LA RISPOSTA PRONTA.

BETA SERVICE call-in

Il vostro telefono squilla sempre e non riuscite a rispondere?

Quando siete in ufficio avete la segretaria che risponde, e quando non ci siete?

I costi di gestione del vostro studio sono troppo alti e avete più di uno studio?

Volete sempre essere reperibili per offrire un'immagine di efficienza e disponibilità?

Desiderate una linea riservata?

L'utilizzo delle segreterie telefoniche computerizzate possono poco essere non ben accette dai vostri pazienti?

Beta Service Call In ha sempre la risposta pronta.

CALL IN è la prima segreteria telefonica personalizzata che permette a te professionista, di essere rintracciato dai tuoi pazienti, con facilità e riservatezza. Dal lunedì al sabato. Dalle 8.30 alle 18.30, per 12 mesi all'anno.

Telefonaci o contattaci via e-mail, ti forniremo informazioni e tariffe sul servizio più consono alle tue attività.

Betaservice s.r.l. _ corso Garibaldi 101 _ 60121 Ancona _ tel. 07 153 119
fax 071 2062 168 _ betaservice@libero.it _ www.betaservice.com 0335 5884 147