

Medici & Medici

Periodico di informazione Medico - Sanitaria

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

Giugno 2001

**ASSEMBLEA
ORDINARIA
ANNUALE**

BIOETICA

**VIAGGIO SENZA
BAGAGLIO**

**INNOVAZIONI
NELLA MdF**

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. 13 - Giugno 2001
Sped. Abb. Postale 70% - Filiale di Ancona

13

pubblicità
HUMANA

Medici & Medici

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: Poltrona di primo Ottocento
con le iniziali in ricamo di Gaspare Spontini*

Questo numero è stato chiuso in tipografia il 16/06/2001

ASSEMBLEA
ORDINARIA ANNUALE



Pag. 4
VERBALE

Pag. 5-6
Editoriale
RELAZIONE DEL PRESIDENTE

Pag. 7
RELAZIONE DEL TESORIERE

Pag. 8-10
BIOETICA
di Massimiliano Marinelli

Pag. 11
CONVEGNO:
"IL FUTURO DELLA
MEDICINA
DI FAMIGLIA"

Pag. 12
Dalla FNOMCeO

Pag. 16 - 17
VIAGGIO SENZA BAGAGLIO

Pag. 21-23
NEWS dall'EUROPA

Pag. 24
UN PROGETTO INNOVATIVO
PER LA MEDICINA
GENERALE

Pag. 25-29
 **enpam**
NOTIZIE

Pag. 30
LEGISLAZIONE

Pag. 31
COMUNICAZIONI

VERBALE ASSEMBLEA ANNUALE 2001

Il giorno 7 aprile alle ore 10,30 si è tenuta presso il Grand Hotel Passetto di Ancona l'Assemblea Ordinaria Annuale relativa all'anno 2000.

• Il Presidente Dr. Fulvio Borromei, dopo il consueto saluto di benvenuto a tutti i partecipanti ha ricordato con un minuto di raccoglimento tutti i colleghi che in quest'anno sono deceduti:

Il Presidente prosegue nella sua relazione e illustra i seguenti punti:

- ruolo dell'Ordine nella ECM (Educazione Continua in Medicina);
- attività svolta ai fini della partecipazione dei medici alla vita dell'Ente.
- prospettive e possibilità di incontri interdisciplinari;
- ruolo e attività delle Commissioni interne.

• Relazione del Tesoriere Dr. Oriano Mercante.

(Vedi relazione riportata in altra parte del Bolettino)

• Intervento del Dr. Luchetta, consigliere ONAOSI.

Il Dr. Luchetta mostra un filmato che illustra l'attività dell'ONAOSI, sottolineandone i fini istituzionali anche con ruolo di previdenza integrativa. Viene sottolineato il rapporto favorevole costi-benefici. Viene mostrato un filmato che illustra l'attività passata, presente e gli scopi: vengono assistiti 4000 orfani, erogati contributi per studio a figli di sanitari.

La recente trasformazione in Fondazione ha aumentato potenziali vantaggi.

Versano contributi obbligatori i medici dipendenti pubblici e contributi volontari i liberi professionisti e odontoiatri dipendenti SSN. I servizi offerti sono: ospitalità gratuita, contributi di studio agli orfani degli iscritti e anche contributi in denaro per tasse librai, e piccole spese. I servizi di accoglienza sono previsti anche per i figli di sanitari viventi dietro pagamento di una retta molto contenuta.

Il servizio di accoglienza prevede anche centri estivi. E' in previsione un centro residenziale anziani sotto forma di Casa Albergo. Quest'ultima iniziativa viene ampiamente illustrata.

• Al termine della relazione del Dr. Luchetta, il Presidente procede alla premiazione dei colleghi

che hanno compiuto il 50° e il 60° anno di laurea. I colleghi che hanno compiuto i 50 anni di laurea sono:

Ambrosiani Elio, Bartoloni Giorgio Maria, Conti Sergio, Filippini Enrico, Gerini Michele, Legeza Giorgio, Prof. Lerza Pasquale, Linfante Crescenzo, Luchetti Euros, Luzi Fedeli Luigi, Marchesani Antonio Franco, Ottavi Biagio, Piccinini Franco, Principi Vera, Rocetti Nicola, Rossi Guglielmo Savini Germiglio e Vici Vinicio.

I colleghi che hanno compiuto i 60 anni di laurea sono:

Cipolat Giuseppe, Luzi Luigi, Miti Luigi e Zoppi Alberto.

Viene data lettura del Giuramento di Ippocrate da parte della Dr.ssa Giovanna Marchesani e consegnata la pergamena ai colleghi medici e odontoiatri nuovi iscritti.

I nuovi iscritti Medici sono: Afshar Zahra, Donatella Amico, Andrea Angelici, Roberto Beghelli, M. Luisa Bernardini, Francesco Braccioni, Andrea Campodonico, Daniela Canonico, Sheila Catani, Elena Falchetti, Letizia Ferrara, Serenella Fucsia, Massimiliano Gentili, Blerina Kola, Emanuela Lanari, Massimiliano Lo Cascio, Elisa Lodovici, Lara Malerba, Mario Marinelli, Giulia Mascioli, Andi Mucaj, Rogan Gerald Neba, Marta Piccioli, Alessandra Riva, Gianluca Bianchetti, Mazen Masarwa, Dzenana Hazurovic, Walter Casagrande, Massimo Onorato, Antonella Jorio, Roshdi El Daire, Allhakam Sukhon, Janna Albertivna Kissilenko, Kazem Mohammad Gomrokchi, Roberto Giratti, Dajana Cuicchi, Mazed Hamdan, Barbari Balzani, Cristina Scala, Corrado Iacocci e Lara Ghattas.

I nuovi Odontoiatri sono invece: Roberto Barbera, Dora Beccaceci, Francesco Fazi, Alessandro Luchetta, Mariano Nuri Mansour, Angela Maria Tempesta, Marek Tyszkiewicz, Joannes Vannucci e Valentina Marinelli.

Il Presidente ringrazia i convenuti e invita tutti all'aperitivo offerto.

IL SEGRETARIO
Dr. Maurizio Memè

Editoriale

ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE 2001

Relazione del Presidente

In qualità di Presidente vi porto il saluto e il ringraziamento da parte di tutto il Consiglio (che a mia volta saluto) per la vostra partecipazione e il vostro intervento in questo momento importante quale è L'ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE di una istituzione come la nostra.

Viviamo sicuramente in una società che ci offre molte occasioni di incontro e i medici storicamente sono coinvolti in molti momenti della Società Civile e non solo. Siamo, lasciatemelo dire, una categoria professionale attiva, partecipe, eclettica e anche generosa in contributi (volontariato, arte e cultura, nella politica ecc). Ma ritengo che scegliere di venire alla nostra assemblea annuale, evidenzia la sensibilità e la capacità di comprendere che la PROFESSIONE abbisogna di un momento di riflessione in un ambito di decantazione delle problematiche, per guardare al futuro con ottimismo e costruttività.

Ci incontriamo anche per riflettere lontani dal turbinio della vita professionale quotidiana sulla nostra storia, sul nostro passato ed è per questo motivo che voglio ricordare i colleghi che purtroppo ci hanno lasciato nell'anno 2000:

- Cesaritti Ugo
- Chelazzi Mario
- Criminesi Roberto
- Ercolani Alvaro
- Fiorini Luigi
- Genovese Salvatore
- Gentili Stefano
- Illuminati Luca
- Montali Mariano
- Pelliccia Aldo
- Pollastrelli Arnaldo
- Quadrelli William Walter
- Torchi Bonafede

e con loro ricordo anche i loro familiari ai quali sono mancati.

Questi Colleghi hanno partecipato alla nostra storia, a quella della PROFESSIONE ed è una



Un'immagine dei tanti intervenuti



Il Presidente Borromei durante la sua relazione. Alla sua destra il Tesoriere Mercante ed alla sinistra il Segretario Memé

parte di noi che se ne è andata. Vi garantisco che ricordarli non è un formalismo dovuto, ma rappresenta per me un vero momento di meditazione come medico, ma anche come uomo. Il loro ricordo ci deve spronare ad onorare al meglio la Professione e l'Ordine tutto.

Ora vi invito ad alzarvi e a rispettare un breve silenzio in loro memoria.

Voglio inoltre ricordare e salutare tutti quei colleghi che ora sono ammalati e auguro loro un pronto recupero e una stabile guarigione.

Il nostro Ordine conta alla data del 31/12/00 di 2665 (+37) iscritti all'albo Medici e di 314(+8) iscritti all'albo Odontoiatri.

In un Ordine medio-grande come il nostro e con l'alta concentrazione di strutture sanitarie,

molte sono le problematiche che lo attraversano, ma molti sono anche gli stimoli costruttivi che vengono dal corpo professionale. Basta vedere l'alto numero di convegni, congressi, incontri che si organizzano per com-



Foto ricordo con i premiati

prendere e valutarne la grande vivacità. In qualità di Presidente ho cercato di partecipare il più possibile, sia in rappresentanza del Consiglio portando un saluto e riflessioni, sia in qualità di relatore.

Così hanno fatto altri Consiglieri in varie occasioni in base alla loro disponibilità e competenza professionale.

Questa nostra presenza è motivata dalla volontà di incontrare i Colleghi e di rappresentare l'Istituzione Ordinistica nelle manifestazioni civili e professionali, con l'intento anche di realizzare uno degli obbiettivi che ci eravamo pre-



Una giovane laureata riceve la pergamena

fissi, e cioè di rivitalizzare il rapporto ordine/medici-odontoiatri.

A questo proposito proprio nell'ultimo consiglio si è iniziato a discutere sulla opportunità di realizzare dei Forum, delle Tavole Rotonde, sulle

varie figure professionali mediche-odontoiatriche, sul loro ruolo, compiti e funzioni in una Sanità che cambia e si modula alle varie esigenze sociali, politiche, culturali.

Ritengo che una iniziativa di questo tipo permetta ai medici-odontoiatri di conoscersi meglio e quindi di apprezzarsi avviando così un dialogo che ancora purtroppo manca.

Ci proponiamo anche con questa iniziativa di aprirci a tutto il mondo politico-civile-sociale, affinché si comprenda tutta la potenzialità di questa professione e le sue peculiarità.

In campo formativo l'Ordine vuole svolgere un ruolo di primo piano, essere esso stesso di indirizzo e come fautore di eventi formativi (terza parte e/o providers).

Abbiamo realizzato e concluso una prima fase di informazione-formazione sulla Responsabilità Professionale con la collaborazione della Accademia Marchigiana di Logica Giuridica che ringrazio per il contributo e in particolare il Dr. Luigi Di Murro.

Ci apprestiamo a realizzare una pubblicazione di tutto il lavoro svolto che verrà poi distribuita ai Colleghi in un convegno appositamente organizzato (commissione responsabilità professionale).

Ci proponiamo di continuare a lavorare con le Commissioni interne, che già hanno prodotto un discreto lavoro, continueremo a pubblicare il nostro bollettino apprezzato da molti colleghi così come il nostro sito, che tralaltro vi invito sempre a consultare.

Per tutto ciò va un particolare ringraziamento a tutti i Consiglieri per il lavoro svolto così come a tutti gli impiegati del nostro Ordine per la serietà con cui svolgono il loro lavoro.

Fulvio Borromei

Relazione del Tesoriere

BILANCIO CONSUNTIVO 2000

Egregi Colleghi e Colleghe,

un saluto a tutti i presenti ed un sincero e doveroso ringraziamento ai colleghi che oggi festeggiano chi il 50°, e chi il 60° anno di laurea.

Come ogni anno spetta al Tesoriere presentare il bilancio consuntivo, commentarlo e sottoporlo all'Assemblea degli iscritti per l'approvazione.

Per quanto attiene alle entrate correnti, nella categoria contributi associativi, è opportuno sottolineare il notevole incremento della voce "residui attivi" dovuto al fatto che a seguito della nota riforma delle esattorie non si sono ancora incassate le quote di competenza dell'anno 2000, per un ammontare di Lit.601.388.683. Tale importante ritardo è stato causato anche dall'errore della tipografia statale che serve obbligatoriamente le esattorie che ha fatto slittare nel corrente anno l'incasso di dette quote..

Nell'ambito del titolo 2 delle uscite cioè le spese in conto capitale ritengo doveroso sottolineare i costi sostenuti per l'aggiornamento del sistema informatico di cui l'Ordine è dotato, per poter fornire servizi agli iscritti che siano sempre più efficienti.

Per quanto attiene al totale delle uscite, per quanto detto sopra, le somme pagate superano ovviamente, le somme riscosse. Infatti il totale delle spese è ammontato a £.518.075.280, mentre il totale delle entrate è stato di £. 67.986.480. Tuttavia occorre rilevare che i residui attivi (le somme da riscuotere) sono per la maggior parte formati dalle quote da riscuotere, in sintesi ammontano a £ 601.388.683 e quindi l'avanzo di amministrazione al 31.12.2000 è di £ 596.748.083 con un fondo cassa dell'Ordine, coincidente ovviamente con le disponibilità liquide, pari a £. 286.607.614 e residui netti per £. 310.140.469.

Il patrimonio netto dell'Ordine, rappresentato dall'avanzo di amministrazione al 31.12.2000 e dal valore storico degli immobili e mobili, che sono quantificate in £.744.081.490, è complessivamente pari alla cifra di £. 1.340.829.573.

La situazione finanziaria è quindi solida, anche se i costi derivanti dalle spese correnti subiscono un costante inarrestabile incremento annuale. Chiedo quindi l'approvazione del bilancio consuntivo 2000.

BILANCIO PREVENTIVO 2001

Il bilancio preventivo dell'anno 2001 non si discosta nei principi già adottati negli anni precedenti e che vede la necessità di dover esporre il pareggio delle entrate con le uscite nella supposizione che tutte le liquidità introitabili debbano essere spese.

Ciò considerato è opportuno sottolineare il notevole incremento della voce "residui attivi" dovuto al fatto che a seguito della nota riforma delle esattorie non si sono ancora incassate le quote di competenza dell'anno 2000. Tale importante ritardo è stato causato anche dall'errore della tipografia statale che serve obbligatoriamente le esattorie che ha fatto slittare nel corrente anno l'incasso di dette quote. La liquidità sarà pertanto ripristinata a breve anche con l'incasso delle quote 2001 a secondo della scelta che il Consiglio prenderà in merito al rinnovo della convenzione esattoriale o altro sistema di incasso. Inoltre si sottolinea che la fase della ristrutturazione della sede si è conclusa e che pertanto nessuna ulteriore voce è stata prevista.

Per quanto attiene le spese correnti ed a seguito delle indicazioni avute nell'ultima assemblea, si sottolinea solamente che al Titoli 1° categoria 1 voce 4, si è ritenuto di diminuire la previsione di spesa per i "gettoni di presenza al consiglio" da 140 a 110 milioni, riallacciando la diminuzione di spesa di 30 milioni tra le categorie 2 "manifestazioni, attribuzioni istituzionali, aggiornamento professionale" e la categoria 3 "Leggi e atti ufficiali, pubblicazioni-stampa" dello stesso titolo che il Consiglio ha dimostrato di voler incentivare.

Il tesoriere auspica inoltre una modifica del regolamento interno dell'Ordine che consenta l'approvazione del bilancio di previsioni in tempi più ampi di quelli del 31 dicembre di ogni anno da parte del Consiglio, consentendo di prevedere in modo più realistico le voci del bilancio di previsione, anche in considerazione del fatto che il conto consuntivo deve essere approvato dal Consiglio direttivo dell'Ordine entro il 30 del mese di giugno (art. 92, comma 5 del regolamento).

Sottolineando ancora una volta i criteri ispiratori del bilancio preventivo, sopra illustrati, che prevedono l'ipotesi della massima spesa, ma che attraverso una oculata amministrazione dei precedenti Consigli e di quello attuale ha consentito di avere liquidità in eccedenza anche dopo aver sopportato una importante ristrutturazione immobiliare e fatto fronte a difficoltà di incasso dovuti ad imprevisti legislativi in materia di riscossione, Vi invito all'approvazione del bilancio preventivo 2001 del Vostro Ordine di appartenenza.

Il Tesoriere
Dott. Oriano Mercante

BIOETICA:

Eutanasia Eutanasia Eutanasia Eutanasia

Nell'articolo precedente si è preso in considerazione il rapporto tra la Medicina biotecnologia e il paziente affetto da una malattia allo stato terminale. Un tale paziente necessita per lo più di un approccio non tecnologico e può mettere in crisi il medico abituato a riporre nella tecnologia ogni speranza e soluzione. Nella gestione di un tale paziente giunge un momento nel quale vengono evocate parole come eutanasia ed accanimento terapeutico. Non importa se tali termini provengano dai familiari, dallo stesso paziente, facciano parte della discussione dell'equipe medica, oppure, più frequentemente, si aggirino nei pensieri inespressi dei protagonisti della fine della storia di un essere umano. Ciò che conta è che quelle parole, esplicitate o solo pensate, rappresentano il segno di una crisi che deve essere riconosciuta, vissuta e superata. Eutanasia e accanimento, inoltre, sono due vocaboli particolari che, anche quando sono pronunciati nel contesto medico, non hanno un significato riconducibile unicamente alla scienza medica. Nella pratica medica quotidiana, infatti, i termini eutanasia e accanimento sono utilizzati raramente nel loro proprio significato etico e giuridico. Essi, più frequentemente, esprimono lo stato d'animo di chi li esprime, manifestano una richiesta d'aiuto, esplicitano il disgusto per una situazione intollerabile, disap-

provano la gestione del caso clinico.

Una tale polisemia crea ambiguità: può essere utile, quindi, riflettere sul significato dei due termini.

Eutanasia

La definizione etimologica "buona morte" si presta a notevole confusione. Eppure è con questo significato che nel 1605 Francis Bacon introduce il termine nelle lingue moderne. Per lui il progresso e la ricerca medica dovevano occuparsi anche del morente, permettendo la realizzazione di un vecchio sogno dell'umanità: sfuggire alle angosce degli ultimi momenti della vita, e, giunta l'ora, morire in modo calmo e tranquillo.

Solo alla fine del XIX° secolo, il termine eutanasia prende un nuovo significato: procurare una morte dolce, mettendo fine deliberatamente alla vita del malato.

Una delle definizioni più usate dell'eutanasia è la seguente:

"un'azione o un'omissione che di natura sua, o nelle intenzioni, procura la morte, allo scopo di eliminare ogni dolore".

In questo caso, azione o omissione vengono equiparate nello stesso giudizio morale quando hanno come effetto proprio o intenzionale quello di procurare la morte. Praticare una eutanasia significa, quindi, procurare deliberatamente la morte di un soggetto. Ma di quale soggetto si tratta e quando è possibile aderire alla richiesta di eu-

tanasia?

Per capire di che cosa si parla quando si usa il termine eutanasia attiva, si riportano i punti principali della relazione Schwarzenberg sull'assistenza ai pazienti terminali presentata alla Commissione per la protezione dell'ambiente, sanità pubblica e tutela dei consumatori del Parlamento Europeo ed approvata definitivamente il 30 aprile 1991 e dalla quale è partita la prima legge olandese del 1994:

- B) considerando che la morte di un individuo è definita in funzione dell'arresto delle funzioni cerebrali, anche nel caso in cui continuino le funzioni biologiche,
- C) considerando che le funzioni cerebrali determinano il livello di coscienza e che il livello di coscienza definisce un essere umano,
- G) considerando che il dolore è inutile e nefasto e che può rappresentare un attentato contro la dignità umana,
- L) considerando che l'aspirazione ad un sonno definitivo non costituisce una negazione della vita, ma rappresenta una richiesta d'interruzione di un'esistenza a cui la malattia ha tolto ogni dignità,
- 8) ritiene che, mancando qualsiasi terapia curativa e dopo il fallimento delle cure palliative correttamente impartite sul piano tanto psicologico quanto medico e ogni qualvolta un malato piena-

mente cosciente chieda, in modo insistente e continuo che sia fatta cessare un'esistenza priva per lui di qualsiasi dignità e un collegio di medici, costituito all'uopo, constati l'impossibilità di dispensare nuove cure specifiche, detta richiesta deve essere soddisfatta senza che, in tal modo, sia pregiudicato il rispetto della vita umana.

In base a tale concezione, il Senato olandese il 10 aprile 2001 ha approvato, ad ampia maggioranza, la legge che legalizza l'eutanasia. Anche i minorenni potranno fare ricorso all'eutanasia, ma tra i 12 e i 16 anni sarà necessario presentare l'autorizzazione dei genitori. La legge passata al Senato era stata approvata dalla Camera olandese il 28 novembre 2000.

La richiesta, quindi, deve provenire da un malato sottoposto ad un quantum di dolore insopportabile, non trattabile farmacologicamente e affetto da una malattia allo stato terminale.

La richiesta deve essere attentamente valutata da una commissione pluridisciplinare che ne certifichi l'autenticità.

Per chiarezza definiamo tale esempio: eutanasia attiva di un malato terminale consenziente. L'eutanasia attiva di un malato terminale consenziente, tuttavia, esprime solo una parte dei campi di applicazione dell'eutanasia.

Oggi, si parla di eutanasia anche quando si intende "staccare la spina" a pazienti in coma, o si rinuncia a rianimare neonati gravemente malformati.

Inoltre il termine eutanasia è utilizzato anche per aderire alla richiesta di soggetti non affetti da malattia allo stato terminale

oppure di soggetti non particolarmente sofferenti ma che hanno deciso di morire, perché, per esempio, anziani e infelici e richiedono la pillola del suicidio.

Proprio su questo punto, la signora Borst, esponente del Governo di centro sinistra di Wim Kok al potere all'Aja, ha tenuto a sottolineare che in questo caso non si tratta di porre fine al dolore intollerabile causato da malattie inguaribili come il cancro, ma di spegnere un'esistenza che la vecchiaia ha reso insensata: "Essere stanchi della vita - ha affermato - non ha



niente a che fare con la legge sull'eutanasia, con la medicina e i dottori". Insomma, la pillola del suicidio non avrebbe nulla a che fare con la legge sull'eutanasia che impone rigide regole sulle condizioni e i consulti medici che devono precederla. Si propone che, per evitare ambiguità semantiche, quando nell'ambito medico si parla di eutanasia si intenda l'eutanasia attiva di un malato terminale consenziente.

Tutti gli altri casi, infatti, o non hanno nulla a che fare con la Medicina (pillola del suicidio ecc. ecc.) oppure rientrano nel contesto della rinuncia all'accanimento medico e come tali devono essere trattati.

Accanimento medico

Il termine indica l'ostinazione terapeutica dei medici che ritengono come proprio dovere "quello di prolungare il più possibile il funzionamento dell'organismo del paziente, in qualunque condizione ciò avvenga, e ignorando ogni altra dimensione della vita umana che non sia quella biologica; trascurando soprattutto la qualità della vita che in tal modo si ottiene e la volontà, espressa o presunta, del paziente".

Ostinarsi nei confronti di un malato in fase terminale o in una situazione di irreversibilità

a prezzo di una somma di sofferenze gratuite, tanto per il morente quanto per i suoi familiari, ha fatto coniare il termine di distanasia che sta ad indicare "una deformazione violenta e strutturale del processo naturale del morire, una volta che sia stato intensamente medicalizzato".

L'accanimento terapeutico, tuttavia, non rappresenta una forma di sadismo tecnol-

gico nei confronti di un paziente allo stato terminale.

Si deve sfuggire alla tentazione di colpevolizzare i medici, accusandoli di disumanizzare il processo del morire. I medici fanno il loro dovere, ma il contesto in cui operano induce, spesso, a intraprendere una strada tecnologica a senso unico, nella quale è vietato tornare indietro.

L'accanimento terapeutico può essere definito con dei criteri oggettivi basati su:

- a) l'inutilità o inefficacia terapeutica
- b) la penosità o gravosità sotto il profilo del malato
- c) l'eccezionalità degli interventi che sono mezzi sproporzionati al risultato terapeutico

Per la valutazione del punto a), quando si propone una procedura in un paziente affetto da malattia allo stato terminale, è necessario riflettere sulla proporzione del *"risultato terapeutico"* che da essa si attende.

Si parlerà allora di mezzo proporzionato o sproporzionato valutando "bene i mezzi mettendo a confronto il tipo di terapia, il grado di difficoltà e di rischio che comporta, le spese necessarie e le possibilità di applicazione, con il risultato che ci si può aspettare, tenuto conto delle condizioni dell'ammalato e delle sue forze fisiche e morali.

Nella maggior parte dei casi, in cui si decide di non tentare più di prolungare la vita, non si può parlare di eutanasia.

La morte del malato avverrà prima di quanto sarebbe stato se si fossero usate certe tecniche mediche, ma non è il medico che, in questo caso, provoca la morte; egli semplicemente si astiene dal ritardare una scadenza prossima e ineluttabile e dall'imporre costrizioni e sofferenze ormai senza senso perché sproporzionate rispetto ai benefici che potrebbero attendersi il malato o coloro che decidono a suo nome.

Ciò non vuol dire che non sia possibile usare terapie anche sperimentali: *"in mancanza di altri rimedi è lecito ricorrere, con il consenso dell'ammalato, ai mezzi messi a disposizione dalla medicina più avanzata, anche se sono ancora allo stadio sperimentale e non sono esati da qualche rischio"*.

Deve essere chiaro che le cure "normali" sono sempre dovute ed esse prevedono l'aiuto alla respirazione, l'alimentazione, l'idratazione e il ricambio; la loro sospensione rappresenta-

rebbe un procedimento di eutanasia.

Conclusioni

In questo breve articolo si è tentato di definire i concetti di eutanasia e di accanimento terapeutico.

Non è possibile in questa sede presentare tutti gli elementi dell'ampio dibattito attuale.

Per concludere si abbozza una chiave di lettura del problema eutanasia\accanimento con la speranza che possa contribuire ad una serena discussione.

In estrema sintesi, il problema eutanasia\accanimento deve essere inserito e letto nel contesto della Medicina tecnologica. Per risolvere il problema è necessario che la Medicina tecnologica, in alcuni casi, riconosca il proprio limite e non intervenga, oppure, abbia la possibilità di tornare indietro. Non è possibile che il percorso tecnologico sia a senso unico.

Prima di occuparsi a definire le modalità con le quali la medicina accoglie la richiesta eutanasica, il legislatore dovrà considerare l'eventualità di non intervenire e di tornare indietro.

In altre parole, si ritiene che nella Medicina non ci sia spazio per l'eutanasia attiva e che, invece, sia del tutto morale, in alcune condizioni, "staccare la spina" o non intervenire tecnologicamente.

Uccidere è un'azione che non può trovare spazio nei territori della medicina, in quanto contraddice lo spirito stesso dell'essere medici. I medici favorevoli all'eutanasia lo sanno così bene che sono costretti a definirla una forma di guarigione per ammetterla all'interno delle responsabilità del medico.

Inserendola, seppure in determinate circostanze, nella faretra

delle opzioni terapeutiche, (l'opzione ultimativa!) medicalizzano l'azione eutanasica, facendola divenire uno dei compiti del medico attuale.

Questo è un grave errore perché, in nome di una medicalizzazione estrema, introducono un principio che tradisce e contraddice la Medicina.

Una Medicina contraddittoria dove è dispensata a richiesta la vita (programmi di fecondazione assistita) e la morte (eutanasia) può basare la sua forza solo nel potere scientifico, e di realizzatrice di desideri, perdendo quella dignità e quel rispetto fondati sulla carta dei valori ippocratici nei quali ha sempre creduto.

I medici saranno certamente potenti e, quindi, temuti, ma non amati.

Il problema dell'eutanasia può essere visto come un portato della medicina tecnologica e come tale deve essere risolto.

Ciò che si può fare (e in alcuni casi si deve fare) è rinunciare alla tecnologia, in nome della dignità del malato. In questo caso il medico non tradisce la sua missione, ma, al contrario, umilmente fa un passo indietro nell'interesse del paziente.

Ogni qualvolta esiste una situazione critica irreversibile la cui impostazione tecnologica non può produrre utilità reale al paziente ed è penosa, si può decidere sia di astenersi da praticarla, sia di non continuarla se era già in essere.

Uccidere un malato che lo richiede non è un atto medico: decidere di non utilizzare in certe condizioni un sussidio tecnologico o, tornare indietro, quando l'opzione tecnologica si è rivelata inutile e disumanizzante lo è.

Massimiliano Marinelli.

CONVEGNO: IL FUTURO DELLA MEDICINA GENERALE

Il C. D. dell'Ordine, su impulso del Presidente Borromei, ha ritenuto opportuno promuovere una serie di incontri pubblici per trattare ed approfondire i temi riguardanti il futuro della nostra professione. Sono tante le sfaccettature e le competenze che interessano i nostri iscritti e le loro diverse professionalità i cui aspetti peculiari in una società in trasformazione saranno proprio sviluppati con questa serie di incontri. Il primo si è svolto sabato 16 giugno presso il Conero Break in località Baraccola dove si è discusso sul tema: "Ruolo e futuro della professione medica – odontoiatrica: Il Medico di Medicina Generale nella società in trasformazione".

Si è trattato di un appuntamento molto importante al quale hanno partecipato tutti i soggetti interessati alla MG, dai sindacati alle società scientifiche. Importante e significativa è stata anche la presenza dell'Assessore Regionale Melappioni, del Direttore Generale della AUSL 7 Aprile e del Direttore Sanitario dell'INRCA Radicioni. Dopo i saluti del Presidente Fulvio Borromei, che ha illustrato i motivi che spingono l'Ordine ad occuparsi delle varie figure professionali in una società in continuo mutamento, il Presidente dell'Ordine di Macerata Sbriccoli ed il V. Presidente di quello di Pesaro Fattori hanno portato il loro saluto. E' toccato quindi ad Alberto Oliveti (Segr. Reg. FIMMG) aprire i lavori sottolineando come la nuova convenzione pone il cittadino al centro del sistema e coinvolge i MG nella gestione del Distretto. Ha affermato che la riduzione della spesa non può essere un indice qualitativo della professione e che comunque le Marche hanno aumentato la spesa farmaceutica in quest'ultimo periodo in maniera inferiore rispetto alle altre regioni. Italo Paolini (Pres. Reg. SIMG) ha ripreso il concetto del cambiamento della medicina e del paziente oltre che del concetto di salute. Si assiste ad una sopravvalutazione dell'aspetto economicistico mentre occorre cercare percorsi integrati di cure. Massimo Michelangeli (SNAMI) ha rivendicato per il MG il ruolo di educatore sanitario nelle scuole e la riacquisizione di patologie spesso delegate incongruamente agli specialisti. Raffaele Pastore per lo SNA-MID, ha auspicato il ritorno del MG alla professione medica che deve tendere soprattutto non a studiare la punta dell'iceberg (inteso come patologia del paziente) ma a scoprire ciò che è poco evidente ma probabilmente molto importante per la salute del paziente stesso. Massimo Magi (Scuola Marchigiana di M. G.) ha puntato invece sulla organizzazione del MG, sul distretto e sulla formazione intesa come miglioramento della qualità professionale. Tutto questo deve

portare il MG a gestire i fattori produttivi della sanità. Stefano Pierangeli (Pres. Prov. SIMG) ha elencato tutto ciò che di buono ed innovativo è stato fatto nelle Marche e come la nostra regione sia sicuramente trainante e non trainata nel panorama della MG italiana. Donadio (CUMI) ha affermato che ormai tutti sono d'accordo sull'impossibilità di dare tutto gratis a tutti e che occorre investire nella MG tutti gli eventuali risparmi che si riusciranno ad ottenere. Guido Sampaolo (Coord. Formazione AUSL 7) ha sottolineato come ormai sia mutato il concetto di formazione e ciò comporta delle grandi modificazioni nelle abitudini dei medici ed in particolare del MG.

Al termine delle relazioni, tutte di alto livello, che, molto sommariamente, sono state qui riportate (contiamo presto di pubblicare gli atti completi di questo convegno) ha preso la parola il Direttore Generale Antonio Aprile secondo cui stiamo assistendo a fattori obbiettivi della società in trasformazione come l'invecchiamento e l'aumento del "consumismo" sanitario e come sia difficile gestire la "territorialità" in un sistema ancora "ospedalocentrico". Il MG deve decidere se essere solo fornitore o integrarsi nella gestione della sanità in cui si stanno aprendo spazi che qualcuno deve comunque riempire. Conclude poi affermando di concordare con chi afferma che il risparmio (da ottenere) non possa essere fine a se stesso. Conclude infine i lavori l'Assessore Regionale Melappioni secondo il quale non è pleonastico ribadire che il ruolo del MG è centrale nella gestione della sanità perché tale ruolo non è ancora riconosciuto da tutti. Pone l'accento sull'aumento attuale della spesa dubitando però sulla sua appropriatezza e scandisce quelli che sono i temi fondamentali da affrontare: ridurre la spesa del 10%; approfondire i temi riguardanti l'offerta ospedaliera; rivedere l'organizzazione globale del sistema; recuperare il ruolo dell'Ente locale. Conclude poi auspicando una rapida conclusione della trattativa regionale.

Con un aperitivo offerto poi ai convenuti (pochi, unica nota stonata dell'avvenimento) si è conclusa una mattinata molto intensa ed interessante che ha consentito ai vari attori delle MG nella nostra regione di confrontarsi, discutere e valutare anche le idee altrui. Ci auguriamo che si possa così arrivare ad una unità di intenti e ad uno sforzo comune per il miglioramento del lavoro e dell'immagine dei Medici di Famiglia delle Marche avendo sempre come obbiettivo fondamentale il miglioramento della salute e della qualità di vita dei cittadini.

Giorgio Fanesi

DALLA **FNOMCeO****IL PRESIDENTE DELLA FNOMCEO
INTERVIENE SUI FARMACI GENERICI**

“I medici italiani, con senso di responsabilità, accolgono l’invito del ministro Veronesi e assicurano la loro disponibilità affinché l’operazione “farmaci generici” possa conseguire, sul piano della contrazione della spesa, i risultati sperati” – ha detto Giuseppe Del Barone, presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri – commentando l’iniziativa che verrà avviata il prossimo 1° luglio. “Ciononostante – ha detto Del Barone – l’intera operazione presenta aspetti discutibili che, a mio avviso, andrebbero valutati per non incorrere in una delusione. In primo luogo mi sembra oltremodo ottimistico prevedere un risparmio di 550 miliardi rispetto alla spesa corrente, in considerazione del fatto che i malati, soprattutto se anziani e sofferenti di patologie croniche, (i maggiori consumatori di farmaci) sono abituati a quel “tipo di farmaco” e a “quella confezione” e potrebbero, pur con le dovute assicurazioni del proprio medico, non accettare di buon grado un prodotto diverso da quello abituale. “Inoltre – ha aggiunto Del Barone – è da dimostrare che i “generici” siano del tutto uguali e con le stesse caratteristiche terapeutiche, alle specialità medicinali. E’ noto infatti che ogni prodotto farmaceutico è composto dal principio attivo e da una serie di eccipienti e sostanze aggiunte la cui presenza o assenza o diversità, tra prodotto e prodotto, possono determinare risposte diverse, alla luce di possibili fenomeni allergici”. “Io credo – ha continuato Del Barone – che per ridurre la spesa farmaceutica a fianco dei “farmaci generici” possano essere attuate altre iniziative come la produzione di confezioni farmaceutiche commisurate alla durata della terapia prescritta, sulla base dell’esperienza condivisa e delle linee guida diagnostico/terapeutiche e la possibilità di commercializzare i farmaci alle tariffe già in uso nelle forniture ospedaliere, senza trascurare un eventuale ripensamento della normativa sui ticket sanitari, sempre e comunque nella salvaguardia totale dei meno abbienti.

“Un’ultima considerazione - ha concluso il presidente della FNOMCeO – vorrei riservarla agli

aspetti metodologici del programma, per sottolineare come a tutt’oggi, a distanza di poco più di venti giorni dall’avvio dell’iniziativa, la campagna di informazione, salvo qualche flash sui telegiornali nazionali, e le comunicazioni degli organi di stampa di fatto ancora non è stata avviata, i medici di famiglia non sono stati dettagliatamente informati e i cittadini, che in realtà sono i veri destinatari del “messaggio”, ancora non hanno ricevuto alcuna comunicazione”.

“Non vorrei – ha osservato Del Barone – che la mancanza di una tempestiva informazione finisca per ripercuotersi sui medici che già gravati da numerosi impegni burocratici, si vedranno costretti ad accollarsi anche l’onere di informare i cittadini sui perché dei “farmaci generici” e rassicurarli circa la loro validità terapeutica evitando, se possibile, il rischio che eventuali disguidi siano attribuiti ai medici”.

**EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA : LE PROFESSIONI SANITARIE
AVANZANO LE LORO PROPOSTE**

Si è tenuto a Roma il 30 maggio presso la sede della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri la II riunione delle Federazioni e Consigli Nazionali degli Ordini e dei Collegi Professionali in rappresentanza di circa 800 mila professionisti impegnati nella formazione continua, per discutere sui temi dell’aggiornamento obbligatorio che nel secondo semestre dell’anno, vedrà impegnate, anche se in via sperimentale, tutte le categorie del settore della sanità.

Erano presenti all’incontro, oltre ai medici, i rappresentanti dei farmacisti, dei veterinari, dei chimici, degli infermieri, ostetrici e tecnici di radiologia. Al termine dei lavori, improntati ad una fattiva e convinta collaborazione, è stato sottoscritto un documento unitario, che verrà inviato alla Commissione Nazionale per la Formazione Continua, con il quale i rappresentanti dei professionisti auspicano un pieno ed effettivo coinvolgimento, nelle varie articolazioni regionali, nazionali ed europee, al processo di formazione continua e di accreditamento dei professionisti.

I rappresentanti delle professioni hanno deciso infine di chiedere una audizione al nuovo Ministro della Sanità e presidente della Commissione Nazionale per l'ECM e un incontro con gli Assessori regionali alla sanità al fine di illustrare nel dettaglio le ragioni che sono alla base del documento unitario.



PEDOFILIA: IL PRESIDENTE DELLA FNOMCEO DEL BARONE INTERVENE SULLE DICHIARAZIONI DEL MINISTRO VERONESI

Intervenendo sulle dichiarazioni del Ministro Veronesi che intenderebbe “curare con farmaci i pedofili recidivi cronici”, equiparando cioè la pedofilia ad una psicosi o ad una malattia mentale ossessiva, il Presidente della FNOMCeO On. Giuseppe Del Barone ha dichiarato: “sono convinto della validità della teoria del Lombroso secondo cui più grave è il delitto, più grave è la malattia, ma non mi sento di condividere l'idea del Ministro Veronesi che ritiene curabile la pedofilia nei casi di recidiva.

Ammesso che si possa condividere il tentativo di cura nei reali casi di incolpevole devianza sessuale, il Presidente dei medici italiani si chiede tuttavia quale cura potrà essere somministrata ai bambini adescati, alla loro sofferenza, al mutamento di carattere, al dolore delle famiglie, al definitivo turbamento di vita.

Nelle organizzazione criminose dedite alla pedofilia – secondo l'On. Del Barone – entrano interessi economici, traffici commerciali, malvagità e collateralità di vario genere, che necessitano in primo luogo di pene adeguatamente severe, e il loro giudizio dovrebbe essere lasciato alla Magistratura ed eventuali cure, ove possibili, effettuate in ambiente carcerario contestualmente all'espiazione della pena.



TICKETS ED INTERRUZIONE GRAVIDANZA AL CENTRO DEL DIBATTITO

“Anche se rilasciate in scadenza di mandato, le dichiarazioni di un Ministro meritano sempre grande attenzione - ha detto il Presidente della FNOMCeO Giuseppe Del Barone commentando quanto espresso dal Ministro Veronesi nel corso

del Convegno ASPEN di Cernobbio. Nutro comunque qualche perplessità - ha continuato - sull'opportunità, in questo momento politico, di dare suggerimenti e consigli al Governo che verrà.”

“Mi riferisco in particolare alle esternazioni fatte dal Ministro della Sanità in difesa della legge sull'interruzione volontaria di gravidanza e in contrasto con quanto sostenuto, nei giorni scorsi, da alcuni esponenti della Casa delle Libertà, che avrebbero ipotizzato per la “194” l'adozione di modifiche in senso restrittivo.

Come medici - ha aggiunto Del Barone - siamo convinti della necessità di una legge che regoli l'interruzione di gravidanza, soprattutto per evitare che si torni indietro di oltre vent'anni quando i così detti “cucchiai d'oro” facevano profitti sulla pelle delle povere malcapitate. Comunque ogni legge è perfezionabile, ed anche in questo caso ben vengano le eventuali modifiche se rivolte a migliorare la normativa e a tutelare maggiormente la donna, ma ciò senza compromettere l'impianto di una legge che, senza ombra di dubbio, ha messo un freno al dilagare dell'aborto clandestino.

Per quanto riguarda il mantenimento del programma avviato per l'abolizione dei ticket - ha concluso il presidente della FNOMCeO - concordo con l'analisi fatta dal ministro Veronesi secondo cui la partecipazione alla spesa farmaceutica era divenuta una ulteriore tassa a carico di persone già in difficoltà, ma non vorrei che tale orientamento determinasse, per alcune Regioni, problemi di bilancio di tale portata da mettere in forse tutta una serie di prestazioni assistenziali con gravi ripercussioni sulla salute dei cittadini.



FORMAZIONE CONTINUA E RIFORMA DEGLI ORDINI: LE PROFESSIONI SANITARIE AVANZANO LE LORO PROPOSTE

Si è tenuto presso la FNOMCeO un primo incontro tra i rappresentanti degli Ordini e Collegi professionali del settore sanitario per discutere sulle problematiche inerenti il programma nazionale di formazione continua, attualmente in fase sperimentale con il coinvolgimento dei medici e degli odontoiatri, cui farà seguito, nella seconda parte dell'anno, un allarga-

mento a tutte le altre professioni come farmacisti, biologi, infermieri, veterinari, tecnici di radiologia medica, ostetriche.

Prendendo lo spunto da quanto previsto in tema di formazione dalla legge 229/99 circa la partecipazione degli Ordini e dei collegi professionali alla individuazione e organizzazione dei programmi nazionali e regionali di formazione continua, i rappresentanti delle professioni hanno convenuto sulla necessità di redigere un documento unitario, da inviare al Ministro e alla Commissione Nazionale per l'ECM, che riaffermi la centralità del ruolo degli Ordini e Collegi professionali quali soggetti istituzionali delegati alla verifica della efficacia ed efficienza delle attività di formazione proposte dai providers, al fine di garantire la qualità professionale dei propri iscritti. Compito, quest'ultimo, già attribuito prioritariamente agli Ordini e Collegi dalla legge istitutiva.

Nel corso dell'incontro sono state altresì individuate una serie di problematiche comuni alle professioni sanitarie che potrebbero trovare adeguata soluzione nella auspicata riforma della legge ordinistica.

RIDURRE LE LISTE DI ATTESA PER UNA EFFICACE OPERA DI PREVENZIONE

“Le dichiarazioni del Ministro Veronesi sull'aumento delle guarigioni nei casi di tumori non possono che fare piacere – ha detto il Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri On. Giuseppe Del Barone riferendosi a notizie apparse oggi sugli organi di stampa - nell'auspicio che al più presto sia possibile debellare un male una volta definito incurabile. Inoltre non possiamo non considerare positivamente i suggerimenti del Ministro legati alla tutela dell'ambiente, allo stile di vita, alla diagnosi precoce, ai danni da fumo”.

“Occorre però sottolineare – ha aggiunto il Presidente della FNOMCeO – che si potrà parlare veramente di prevenzione quando si riusciranno ad abbreviare in modo considerevole i tempi di attesa per le visite senologiche o prostatiche, quando le mammografie potranno essere effettuate in tempi accettabili e quando i controlli potranno essere precoci nel significato reale del

termine. Oggi purtroppo assistiamo ancora a liste di attesa incompatibili con l'urgenza suggerita dai casi di sospetta neoplasia, nonostante l'impegno e la dedizione mostrate dai medici italiani e con essi da tutti gli operatori della sanità”.

“Peccato – ha concluso Del Barone – che le notizie positive circa i successi raggiunti in campo oncologico dalla medicina italiana, siano state appena offuscate dalle dichiarazioni rilasciate nel corso di una trasmissione televisiva da un cantante italiano che, tradendo la sua vocazione canora e forse poco informato sull'argomento, si è esibito in illogiche e pretestuose considerazioni sulla legge che regola i trapianti, la cui piena applicazione è auspicata da migliaia di sofferenti che in un trapianto vedono la loro unica possibilità di sopravvivenza”.

EFFETTO SERRA: IL PRESIDENTE DELLA FNOMCeO DEL BARONE A NOME DEI MEDICI ITALIANI RIVOLGE UN APPELLO AL PRESIDENTE AMERICANO GEORGE W. BUSH

E' ormai universalmente riconosciuto lo stretto rapporto esistente tra ambiente di vita e salute umana tanto da poter considerare quest'ultima come un vero e proprio indicatore dello stato del nostro ecosistema. Ed il medico nella sua doppia veste di cittadino e professionista della salute da anni ormai richiama l'attenzione dei Governi sulla necessità di mettere in atto provvedimenti urgenti per ridurre i rischi di nuove emergenze sanitarie, primo fra tutti la diminuzione dei gas responsabili dell'effetto serra.

In questa logica l'Associazione Italiana dei Medici per l'Ambiente in sintonia con altri sodalizi internazionali che si occupano di ecologia, di fronte alla decisione del Presidente degli Stati Uniti George W. Bush di non mantenere l'impegno preso a Kyoto nel '97 di ridurre del 7 per cento il livello delle emissioni di anidride carbonica del Paese, ha promosso una iniziativa tesa a riaffermare che la salute è e deve rimanere, una priorità nell'ambito delle scelte politiche ed economiche dei Governi, ed ha invitato le principali organizzazioni mediche italiane a sottoscrivere ed inviare al Presidente Bush il 22 aprile in occasione della Giornata Mondiale della Terra, una lettera aperta che sarà pubblicata a livello nazionale.

Questa iniziativa, ulteriore testimonianza, dell'impegno etico e professionale dei medici italiani, è stata oggi presentata all'on. Giuseppe Del Barone, Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri da una delegazione dell'Associazione Italiana Medici per l'Ambiente (ISDE - Italia) composta dal Presidente Roberto Romizi, dai Vice Presidenti Braghetti e Marotta e dal Segretario Borgo.

Il Presidente Del Barone dichiarandosi d'accordo con la proposta avanzata dall'Associazione ha assicurato il proprio sostegno e quello della FNOMCeO per questa e per ogni altra iniziativa volta a tutelare l'ambiente e con esso la salute dei cittadini, a partire dal Congresso Nazionale dei medici per l'Ambiente in programma nel mese di novembre e incentrato sul tema "Salute, ambiente e sostenibilità: medici di medicina generale e piano di salute".

EUTANASIA: I MEDICI ITALIANI DISAPPROVANO LA DECISIONE DEL GOVERNO OLANDESE

"La decisione presa dal Governo olandese di legalizzare l'eutanasia getta un'ombra sinistra su una professione, quella medica, da sempre rivolta alla tutela e alla salvaguardia della salute umana".

Con queste parole il presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Giuseppe Del Barone ha commentato a caldo la notizia riportata dagli organi di stampa secondo la quale, dopo la Camera, anche il Senato del paese dei tulipani ha approvato, con 46 voti favorevoli e 28 contrari il testo di legge che autorizza la "dolce morte".

E' bene ricordare - ha aggiunto Del Barone - che il ruolo del medico da sempre è quello di curare e guarire dalle malattie. Quando ciò non è possibile il nostro dovere è quello di alleviare dolore e sofferenza sempre nel rispetto della vita e non di "dare la morte". Pertanto - ha aggiunto il Presidente della FNOMCeO - non possiamo non accogliere negativamente l'approvazione di una norma che agevola la morte, anche se in presenza di prognosi infauste, di "esplicita richiesta" consenso informato del paziente e di gravi sofferenze fisiche.

Per quanto attiene queste ultime - ha concluso

Del Barone - sembrerebbe che i parlamentari olandesi, nel farsi carico di una così grave decisione, abbiano del tutto sottovalutato o peggio ignorato, i continui progressi ottenuti dalle terapie del dolore a base di analgesici ed oppioidi in grado di restituire ai malati terminali quella dignità di cui ha diritto ogni essere umano.

DEL BARONE: "LA SANATORIA PER GLI OTTICI UN NUOVO ATTACCO ALLA PROFESSIONE"

La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri garante della salute dei cittadini, condivide le perplessità avanzate dagli oculisti italiani e rivolge un pressante appello al Ministro della sanità Veronesi affinché non venga adottato il Decreto Ministeriale che di fatto equipara gli ottici ai possessori di titolo universitario di Ottico Optometrista.

"Occorre prendere coscienza del fatto - ha dichiarato l'On. Giuseppe Del Barone Presidente della FNOMCeO - che una simile sanatoria, se approvata, trasformerebbe in un colpo solo 28.000 esercenti di negozi di foto-ottica in professionisti della sanità con possibilità di diagnosticare e curare difetti alla vista con tutti i rischi, facilmente immaginabili, per la salute dei cittadini. Difronte ad una simile evenienza non possiamo non richiamare l'attenzione del dicastero competente e delle forze politiche sul fatto che diagnosi e terapia sono di esclusiva pertinenza di chi è abilitato ad esercitare la professione medica."

"Io credo - ha aggiunto Del Barone - che dopo l'istituzione delle lauree brevi, soprattutto in ambito sanitario occorrerà procedere con estrema cautela nell'identificazione di compiti e funzioni di tutta una serie di operatori che direttamente o indirettamente supportano l'attività del medico, al fine di evitare abusi di competenze che finirebbero per disorientare i cittadini su chi affidare il bene prezioso della propria salute".

"Da alcuni anni ormai - ha detto il Presidente della FNOMCeO - la nostra categoria viene stretta d'assedio da una serie di nuove professioni che spesso nascono dal nulla e che poco hanno a che fare con la medicina. Non vorremmo che questa richiesta di sanatoria, che oggi riguarda gli ottici e domani potrebbe interessare altri settori,

Viaggio senza bagaglio

A cura di Sergio Giustini

Console del Touring Club Italiano

Il Museo Gaspare Spontini a Maiolati S.

“Maestro, faccia qualcosa per noi perché siamo in grande difficoltà!”: con tali parole nel 1995 la madre superiora della casa di riposo delle Opere Pie “G. Spontini” di Maiolati si rivolse al celebre maestro Riccardo Muti che era andato a visitare gli ospiti. Il musicista mantenne fede alla richiesta e nell'ottobre del 2000 salì sul podio del Teatro Pergolesi di Jesi per dirigere un concerto benefico il cui ricavato fu devoluto alle Opere Pie. Nel 1970 il maestro aveva già visitato Maiolati e diretto “L'A-

York” e una ragione dovrà pur esserci; recarsi a Maiolati significa infatti percorrere un altro ameno viaggio (senza bagaglio!) tra la storia e l'arte del territorio della nostra terra che realmente la caratterizzano come la regione dei musei (quasi uno per ogni comune). Nel 1774 nasceva a Maiolati (divenuta poi Spontini nel 1939) dal ciabattino G. Battista di origine fabrianese, Gaspare Luigi Pacifico; la sua inclinazione musicale lo condusse presto a frequentare uno dei conservatori di Na-

poli talché il suo talento venne subito colto e ricevette l'incarico di comporre un'opera (Li puntigli delle donne) eseguita con successo a Roma nel 1796. Dall'Italia emigrò poi a Parigi all'Accademia Imperiale di musica, sostenuto dal potente appoggio di Napoleone, ove realizzò altre importanti composizioni tra cui la celebre “La Vestale”. Lo stesso Bonaparte gli commissionò un'opera di carattere storico-celebrativo dei suoi fasti, il “Fernand Cortez” che, andata in scena nel 1809, siglò il trionfo di Spontini in Francia al cospetto anche dei regnanti di Sassonia e Westfalia. Passò indi a Berlino ove pro-



Forte-piano a coda del 1820 dei fratelli Erard

gnese” alla RAI e fece ritorno nella cittadina nel 1995 per ricevervi la cittadinanza onoraria.

Successivamente al concerto di beneficenza egli inaugurò il Museo “G. Spontini” fresco di restauro dopo i noti e gravi accadimenti sismici dal 1997. La dedizione di Riccardo Muti a questo piccolo angolo delle Marche si esprime anche nel definirlo “...vale più di tutti i grattacieli di New

dusse “L'Olimpie” dedicata all'imperatore Federico Guglielmo III, altro illustre mecenate spontiniano; a Dresda avvenne l'incontro e la collaborazione con Richard Wagner di cui si racconta che allorché Spontini scendeva dalla carrozza, per andare a dirigere “La Vestale”, alla domanda di Wagner cosa potesse fare per il musicista marchigiano questi rispose: “mi faccia avere una bacchetta



Il rito di accoglienza e benvenuto al maestro Muti da parte della suora indiana della casa di riposo

d'avorio con l'impugnatura d'argento!" Dopo un'altra parentesi in G. Bretagna ritornò definitivamente a Maiolati nel 1850, un anno prima della sua dipartita terrena, tra le braccia della amata consorte Celeste Erard, figlia e nipote di noti costruttori francesi di arpe e pianoforti; ad ella dedicò la sua più grande composizione "l'Agnese di Hohenstaufen". Alla morte del coniuge, Celeste, molto legata alla "sua casuccia di Maiolati tra la gente umile ma sincera", continuò l'opera di istituire provvidenze nel comune.

Visitare Maiolati significa dunque percorrere un itinerario dei luoghi spontiniani ad iniziare, poco fuori del "castello", dalla casa natale del musicista, monumento nazionale. Poi si vedranno la Casa delle fanciulle a loro destinata "per la pratica più perfetta di insegnamento, di educazione e di morale", l'ospizio di carità, oggi casa di riposo, creata da Spontini nel 1843, nella cui chiesetta interna di S. Giovanni vi è la tomba del compositore, con un medaglione in marmo bianco ed il suo ritratto attribuito al Canova. A memoria della dolce sposa sorge il parco "Colle

Celeste", piacevole giardino per il pubblico passeggio. Ma soprattutto è da visitare la casa che Spontini e sua moglie fecero costruire pensando al ritorno in patria: lì dal 1951 vi sorge il museo. Al piano nobile compaiono oggetti e suppellettili tra cui una tazza con la sua effigie e di celebri musicisti dell'epoca nonché un'altra con l'immagine di Federico di Prussia. Al secondo piano di notevole interesse i due forte-piano, a tavolino e a coda, del 1820, firmati f.lli Erard, due ritratti ad olio, lo spartito della "Vestale", il diploma di ufficiale dei cavalieri della Legione d'onore e la austera divisa della Accademia di belle arti dell'istituto di Francia con la cui veste invernale si fece tumultuare. Presso l'archivio delle Opere Pie si può infine leggere in una bella pergamena il diploma della Università di Halle che lo nomina dottore in musica e filosofia "honoris causa". Un cordiale ringraziamento, per avermi accompagnato nel mio viaggio, al primo cittadino di Maiolati, amico e collega, Sergio Cascia. Il museo è visitabile tutti i giorni eccetto il Lunedì.



Busto in bronzo del musicista di metà Ottocento, opera di G. Pradier

sia l'ennesimo colpo di mano per erodere altri spazi occupazionali a scapito dei medici e della salute della comunità”.

“Sono quindi d'accordo sui contenuti del manifesto - ha concluso Del Barone - ma un po' meno sulla forma. Non credo infatti che un Sottosegretario alla Sanità possa obbligare il Ministro ad adottare decreti come se questi ultimi non fossero espressione della volontà politica del responsabile del Dicastero, come non condividendo l'invito estremamente riduttivo ai candidati alla prossima Presidenza del Consiglio a porre la “massima attenzione nel nominare i Sottosegretari di Stato”.

● ● ● ● ● ● ● ● **PROPOSTA DEL PRESIDENTE DELLA FNOMCeO AL MINISTRO DELLA P.I.: L'EDUCAZIONE SANITARIA COME MATERIA SCOLASTICA**

Il Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri on. Giuseppe Del Barone in qualità di esponente di vertice di un organismo delegato alla tutela della salute dei cittadini, e in veste di parlamentare particolarmente attento alle problematiche di carattere sociale, ha proposto al Ministro della Pubblica Istruzione, prof. Tullio De Mauro, di prevedere all'interno della riforma degli studi, uno spazio dedicato alla “educazione sanitaria”, materia fondamentale nella sua assoluta attualità. “Credo fermamente - ha scritto Del Barone nella lettera inviata al Ministro - nella necessità di informare i giovani, fin dalla più giovane età, sulla realtà sanitaria che li circonda, insegnando loro i comportamenti da tenere ma, ancor più, quelli da evitare, sull'importanza dei farmaci nella cura delle patologie ma anche sulla loro nocività; sul pericolo che una ingestione indiscriminata di sostanze medicinali porti a malattie iatrogene, sull'importanza fondamentale dell'igiene e della difesa dell'ambiente.

Aggiungerei inoltre - scrive ancora Del Barone - nozioni di carattere pratico, quali ad esempio cosa è una ASL, quali sono le strutture di riferimento per il cittadino e notizie generali sui diritti e doveri nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale”.

Secondo il progetto proposto dal Presidente della FNOMCeO per attuare tutto ciò sarebbe oppor-

tuno affiancare alla figura dell'insegnante, fondamentale ed insostituibile nell'insegnamento di qualunque disciplina, quella di un medico, preparato per specifica formazione, da reclutare fra i moltissimi giovani laureati e specializzati che affollano le liste dei disoccupati e sottoccupati. Tale figura costituirebbe una presenza diversa dalla immagine, ormai obsoleta, del “vecchio” medico scolastico con compiti assolutamente superati dalla realtà socio-sanitaria.

● ● ● ● ● ● ● ● **“ UN PIANO SANITARIO AMBIZIOSO SPERIAMO IN LINEA CON LE ASPET- TATIVE DEI MEDICI”**

A nome dei medici italiani esprimo soddisfazione per la sfida lanciata dal Ministro Veronesi con il nuovo Piano Sanitario Nazionale - ha detto il Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, on. Giuseppe Del Barone. Si tratta di un progetto sicuramente ambizioso che se realizzato ridisegnerà in positivo l'assistenza sanitaria del nostro Paese. Noi medici - ha aggiunto Del Barone - siamo pronti a fare la nostra parte.

La volontà espressa dal Ministro di restituire al medico di famiglia, attraverso l'uso della diagnostica strumentale, il ruolo di “filtro” nei confronti degli ospedali, a loro volta gravati da un altissimo numero di ricoveri “evitabili”, ci trova sicuramente d'accordo, ma forse il Prof. Veronesi non tiene nella dovuta considerazione il fatto che sono moltissimi i medici di medicina generale in possesso di specializzazioni nelle varie branche e delle relative strumentazioni, che pertanto già offrono il proprio prezioso contributo contro l'affollamento ingiustificato degli ospedali.

La volontà del Ministro - ha detto il presidente della FNOMCeO - di riportare il malato al centro dell'assistenza e di riconsegnare al medico, di medicina generale in particolare, il proprio ruolo, liberandolo dal gravame degli adempimenti amministrativi, trova piena condivisione nella categoria che da sempre si batte per il raggiungimento di questi obiettivi. Il rapporto medico-paziente, infatti, i cui principi ispiratori trovano fondamento, prima ancora che nell'atto medico, nella fiducia, nella sensibilità e capacità del medico di ascoltare le ansie e le preoccupazioni degli assistiti, non può essere mortificato dal peso della

burocrazia, anche se quest'ultima trae origine da precise disposizioni normative. D'altronde il concetto della eccessiva burocrazia è espresso in ogni dove ed in ogni lingua in quanto il medico di famiglia ha sempre preferito dedicare il suo tempo alla validità di una diagnosi e alla bontà di una terapia e non si è mai sentito un passacarte, cosa che qualche volta ha dovuto subire per colpe sicuramente non sue. Per quanto riguarda infine l'auspicabile eliminazione o riduzione delle liste di attesa, la riconversione strutturale e tecnologica degli ospedali, il decentramento diagnostico, la medicina preventiva nei luoghi di lavoro - ha detto infine il presidente della FNOMCeO - occorrerà fare i conti con i problemi di bilancio, anche in considerazione della sempre crescente richiesta di salute, come benessere, da parte della collettività.

● ● ● ● ● ● ● ● **“LA MEDICINA DI FAMIGLIA GRANDE ASSENTE NELLA COMMISSIONE UNICA DEL FARMACO”**

Il Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Giuseppe Del Barone, nell'apprendere la notizia della prima riunione della Commissione Unica del Farmaco (CUF), ha espresso le proprie perplessità sulla composizione stessa della Commissione.

“Nulla da eccepire nei confronti dei componenti l'organismo recentemente nominati, esperti in campo clinico e farmacologico e tutti di riconosciuto spessore culturale - ha detto il Presidente della Federazione - ma sarebbe stato opportuno prevedere anche la presenza di un rappresentante di un settore della medicina che giorno dopo giorno è a contatto con i problemi dei cittadini, problemi di salute che troppo spesso confinano con quelli di carattere economico. Basti pensare al crescente numero di anziani e agli indigenti costantemente di fronte al dilemma “curarsi o sopravvivere?”.

La realtà scientifica infatti — ha aggiunto Del Barone — non sempre va d'accordo con la realtà pratica poggiante essenzialmente sul rapporto medico-malato, e quindi lascia perplessi il fatto che, in un organismo di carattere scientifico che “come ordinatore di spesa” inevitabilmente incide con le proprie decisioni sulle stra-

tegie di politica farmaceutica, non sia presente un rappresentante dei medici di famiglia, un settore così vicino ai bisogni del cittadino e così gradito agli stessi”.

● ● ● ● ● ● ● ● **DENTISTI ABUSIVI: PERICOLO PER LA SALUTE DEI CITTADINI**

Il Presidente della Commissione odontoiatrica della Federazione Nazionale Dott. Giuseppe Renzo nel commentare le ultime iniziative dei NAS contro i falsi “dentisti” ricorda il ruolo dei rappresentanti ordinistici nel denunciare la vastità e la gravità di un fenomeno che mette a repentaglio in modo grave la salute pubblica.

Gli interventi meritori delle forze dell'ordine non possono però risolvere alla radice un problema che deve essere affrontato introducendo opportune modifiche al quadro normativo vigente. E' necessario, in particolare, cambiare l'art. 348 del c.p. che, pur sanzionando l'esercizio abusivo della professione, prevede sanzioni del tutto inefficaci e non in grado di costituire un vero deterrente per i disonesti.

Per quanto riguarda in particolare le “false lauree” di cui danno notizia anche alcuni organi di stampa, il Dott. Renzo precisa che la Corte di Giustizia Europea più volte ha stabilito l'impossibilità giuridica di accettare furbe scorciatoie per far riconoscere lauree extracomunitarie in un singolo Paese europeo e poi pretendere la libera circolazione in tutta l'Unione Europea.

● ● ● ● ● ● ● ● **NECESSARIA L'ISCRIZIONE ALL'OR- DINE PER LA FREQUENZA DELLE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE**

Facendo seguito a precedenti comunicazioni concernenti l'obbligatorietà dell'iscrizione all'Ordine dei Medici ammessi alle scuole universitarie di specializzazione, si comunica che la Corte di Cassazione ha riconosciuto la piena colpa del medico specializzando per danni arrecati alla salute del paziente affidato alle sue cure. La sentenza ribadisce inoltre, per fatti concludenti, che lo specializzando durante il corso di specializzazione esercita attività professionale per la quale è richiesta l'iscrizione all'albo ai sensi degli artt. 2229 c.c. e 8 DLCP 233/46.



CONVENZIONE SUI DIRITTI DELL'UOMO

La L. 18 marzo 2001 n° 145: "Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano riguardo all'applicazione della biologia e della medicina: Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina, fatta ad Oviedo il 4 aprile 1997, nonché del protocollo addizionale del 12 gennaio 1998, n° 168 sul divieto di donazione di esseri umani", è stata approvata per dare piena ed intera esecuzione alla Convenzione ed al Protocollo predetti che entreranno in vigore dopo 3 mesi dalla data in cui 5 Stati, inclusi almeno 4 Stati membri del Consiglio d'Europa, avranno aderito agli stessi. La L.145 delega inoltre il Governo ad adottare tutti quei provvedimenti necessari ad adattare l'ordinamento giuridico italiano ai principi ed alle norme della "Convenzione" e del "Protocollo".



ISTITUITO IL REGISTRO DEI DONATORI DI MIDOLLO OSSEO

La Legge n° 52 del 6 marzo 2001 reca: "Riconoscimento del Registro nazionale italiano dei donatori di midollo osseo" e regola tutte le norme legate alla donazione di midollo.



USO DEI DEFIBRILLATORI SEMI AUTOMATICI IN AMBIENTE EXTRAOSPEDALIERO

La Legge 120 del 3 aprile 2001, recante: "Utilizzo dei defibrillatori semiautomatici in ambiente extraospedaliero" consente l'uso dello strumento in esame in sede extraospedaliera, nell'ambito del sistema di emergenza 118, anche al personale sanitario non medico, oltre che al personale non sanitario con formazione specifica in attività di rianimazione cardio-polmonare.



REVISIONE DEL NUOVO CODICE DELLA STRADA

La Legge 85 del 22 marzo 2001 (pubblicata il 31 marzo 2001) ha approvato i principi ed i criteri direttivi ai quali il governo dovrà attenersi per l'emanazione di uno o più decreti legislativi finalizzati all'emanazione di disposizioni integrative e correttive del nuovo Codice della strada di cui al decreto legislativo n° 285 del 30 aprile 1992. Oltre

che elencare alcuni principi generali la legge in esame ha indicato i seguenti argomenti che interessano più specificatamente la professione:

- ampliare le competenze del Comitato tecnico, istituito con decreto del Ministro dei Trasporti di concerto con il Ministro della Sanità, che ha "il compito di fornire alle Commissioni mediche locali informazioni sul progresso tecnico-scientifico che ha riflessi sulla guida dei veicoli a motore da parte dei mutilati e minorati fisici";
- prevedere, ai fini della tutela della salute, l'obbligo da parte delle strutture sanitarie di base e di quelle a tali fini equiparate di effettuare, a richiesta dell'autorità preposta alla vigilanza, gli esami necessari ad accertare il tasso alcolemico e la presenza di sostanze stupefacenti o psicotrope su conducenti e sui pedoni coinvolti in incidenti stradali e sottoposti a cure mediche, nonché l'obbligo del rilascio agli organi di polizia stradale della relativa certificazione;
- prevedere, nei limiti dei fondi disponibili, per i responsabili delle unità di terapia intensiva o di neurochirurgia, l'obbligo di comunicazione agli uffici provinciali del Dipartimento dei trasporti dei casi di ricovero di soggetti che abbiano subito trauma cranico o che siano in coma per altra causa, quando il coma ha durata superiore alle 48 ore; ciò al fine di una precisa e puntuale revisione della patente di guida e, se del caso, di attivare un specifico programma riabilitativo.

L'articolo 3 della legge in oggetto, infine (la cui disposizione entrerà in vigore il quindicesimo giorno dalla pubblicazione della legge stessa), modifica il comma 2/bis dell' art. 119 del decreto legislativo n. 285/1992, introdotto dalla legge n. 472/1999, stabilendo che i medici specialisti dell'unità sanitaria locale che devono effettuare l'accertamento dei requisiti psichici e fisici dei soggetti affetti da diabete sono quelli dell'"area della diabetologia e malattie del ricambio". Ad avviso della Federazione la dizione "area" sembra da intendere nel senso di "branca".

Per una migliore lettura della norma sopra richiamata si riporta il testo completo, come modificato dalla legge in oggetto:

art.119 — comma 2/bis: "L'accertamento dei requisiti psichici e fisici nei confronti dei soggetti affetti da diabete per il conseguimento, la revisione o la conferma delle patenti di categoria A.B. BE e sottocategorie, è effettuato dai medici specialisti nell'area della diabetologia e malattie del ricambio dell'unità sanitaria locale che indicheranno l'eventuale scadenza entro la quale effettuare il successivo controllo medico cui è subordinata la conferma o la revisione della patente di guida"

News dall'Europa

SANITÀ PUBBLICA



Situazione attuale e prospettive

Le crisi della "mucca pazza" e della "diossina", l'emergere o il riemergere di talune malattie, quali la tubercolosi, sono tutti fattori che sottolineano la necessità di una vera e propria politica sanitaria a livello comunitario. Se l'azione comunitaria in materia di sanità pubblica ha avuto un impulso considerevole grazie al Trattato sull'Unione europea, anche il Trattato di Amsterdam ha introdotto importanti cambiamenti.

In effetti, a seguito dell'entrata in vigore del Trattato di Amsterdam, l'art. 152 del trattato CE relativo alla sanità pubblica, stabilisce che occorre garantire un elevato livello di protezione sanitaria nella definizione e nello svolgimento di tutte le politiche e attività della Comunità. I settori di cooperazione tra gli Stati membri sono estesi a "tutte le cause che comportano un rischio per la salute umana". Inoltre è prevista la possibilità di adottare provvedimenti che definiscono norme elevate di qualità e sicurezza degli organi e delle sostanze di origine umana (ivi compreso il sangue e i suoi derivati). Per quanto riguarda le azioni in materia di tossicodipendenza, queste devono essere centrate sulla riduzione degli effetti nocivi della droga sulla salute. Nell'ambito del par. 4b, il trattato introduce la possibilità, da parte del Consiglio di adottare provvedimenti nei settori veterinario e fitosanitario, che abbiano come obiettivo diretto la protezione della salute, nell'ambito della procedura di codecisione. Infine sono previste azioni di incoraggiamento per proteggere e migliorare la salute uma-

na, esclusa qualsiasi armonizzazione delle disposizioni legislative e regolamentari degli Stati membri.



Cancro

Ogni anno, i quasi 840 000 decessi imputabili al cancro nella Comunità europea ne fanno la principale causa di morte in Europa. La Commissione ha adottato un Terzo piano di azione di lotta contro il cancro per il periodo 1996-2000, con uno stanziamento di 64 milioni di ECU ripartiti su 5 anni. Gli obiettivi del programma sono molteplici: formazione del personale sanitario, diagnosi precoce e verifiche mediche automatiche, controllo della qualità delle cure, azioni di prevenzione, epidemiologia e registri del cancro. Le azioni previste riguardano essenzialmente la raccolta e la diffusione di dati raffrontabili, la creazione di reti e lo scambio di esperienze.

Tra le diverse forme di cancro, si rivolge un'attenzione particolare a quelle imputabili al tabacco, causa di quasi 250 000 decessi nella Comunità (tenore massimo di catrame nelle sigarette, etichettatura dei prodotti del tabacco, pubblicità dei prodotti del tabacco ...) e alla rilevazione sistematica del tumore della mammella, prima causa di morte per le donne di età compresa tra 35 e 64 anni.



AIDS e altre malattie trasmissibili

Nel 1994, sono stati diagnosticati quasi 120 000 casi di AIDS negli Stati membri. Secondo una stima, sarebbero 500 000 le persone con-

tagiate dal virus nella Comunità. Per tentare di arrestare questo flagello, è stato adottato il secondo programma d'azione relativo alla prevenzione contro l'AIDS, con uno stanziamento di 49,6 milioni di ECU, con i seguenti obiettivi: coordinamento delle politiche e dei programmi di prevenzione; sostegno alle azioni delle organizzazioni non governative; cooperazione tra gli Stati membri. Per lottare più efficacemente contro il virus dell'AIDS, è indispensabile creare e sviluppare sistemi che consentano lo scambio di dati e di esperienze. Pertanto, la Comunità ha creato una rete di sorveglianza epidemiologica e di controllo delle malattie trasmissibili destinata a sviluppare una cooperazione fra Stati membri e a rafforzare il coordinamento nel settore delle malattie gravi trasmissibili.

L'azione della Comunità in materia di AIDS consiste anche nel realizzare una cooperazione con tutti i paesi in via di sviluppo (PVS) particolarmente colpiti dal virus. Infatti, nel 1998, più di 30 milioni di persone, di cui il 90% vivono nei PVS, sono portatrici del virus dell'AIDS. I PVS non sono ancora in grado di trarre vantaggio dagli ultimi progressi in campo terapeutico: la contaminazione HIV è ancora mortale a breve termine nel 100% dei casi e la trasmissione madre-figlio è quasi sistematica. La Commissione ha quindi deciso di dare la priorità alla prevenzione e al miglioramento del sistema sanitario nell'impiego dei fondi pubblici (campagne di informazione, sostegno ai sistemi sanitari nazionali...). Inoltre, l'Unione europea e gli Stati Uniti stanno attualmente elaborando, nell'ambito della cooperazione transatlantica, diversi progetti nel settore delle malattie trasmissibili.

sibili, in stretta collaborazione con gli Stati membri. Tali progetti riguardano il rafforzamento della sorveglianza e dei controlli, il settore della ricerca e della formazione alla ricerca, nonché una migliore conoscenza e un miglior impiego delle nostre capacità in seno all'Europa e agli Stati Uniti e anche per potenziare le capacità proprie degli altri paesi.



Tossicodipendenza

Sin dall'inizio degli anni Novanta, si osserva un aumento dell'uso delle droghe, in particolare delle cosiddette "droghe pesanti" (i sequestri di eroina nella Comunità sono passati da 1,9 tonnellate nel 1987 a 5,2 tonnellate nel 1992, quelli di cocaina sono passati, nello stesso periodo, da 3,5 a 17 tonnellate), nonché della mortalità e della morbidità legate al consumo di droga.

La cooperazione tra Stati membri in materia di lotta contro la droga si è sviluppata grazie al rafforzamento dei poteri della Comunità, attraverso il Trattato sull'Unione europea. Con decisione del 16 dicembre 1996, il Parlamento europeo e il Consiglio hanno adottato il Primo programma di azione comunitario in materia di prevenzione della tossicodipendenza, per il periodo 1996-2000. Gli obiettivi sono:

- prevenire le dipendenze legate all'impiego di stupefacenti e di sostanze psicotrope (azioni a favore della promozione dell'istruzione e della formazione, sviluppo del rilevamento precoce, consigli agli utilizzatori, riabilitazione sociale dei tossicomani...);
- lottare contro il traffico di droga (scambio di informazioni, accordi con paesi terzi, sviluppo della cooperazione tra forze di polizia...);
- moltiplicare le azioni a livello internazionale (partecipazione al Programma delle Nazioni Unite per il controllo internazionale delle dro-

ghe, integrazione della lotta alla droga negli obiettivi delle politiche commerciali e di aiuto allo sviluppo...).

La Commissione ha pubblicato una relazione, l'11 aprile 1997, relativa alle realizzazioni dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze nel periodo 1994-1996, sottolineando la necessità di progredire nella sistematizzazione delle fonti di informazione esistenti, per arrivare ad una visione globale del fenomeno della droga.

Nel corso del Consiglio europeo di Vienna (11 e 12 dicembre 1998), gli Stati membri hanno invitato le istituzioni a elaborare una strategia integrata ed equilibrata in materia di droga per il periodo successivo al 1999, tenendo conto delle nuove possibilità offerte dal Trattato di Amsterdam.

A seguito della richiesta del Consiglio europeo, il 26 maggio 1999 la Commissione ha presentato un piano d'azione dell'Unione europea in materia di lotta contro la droga (2000-2004). Il piano si prefigge l'obiettivo di attuare un'azione coordinata a tutti i livelli. Esso deve contribuire a garantire un'impostazione realmente globale ed equilibrata del fenomeno della droga e a concentrare gli sforzi su obiettivi altamente prioritari.



Doping

Di fronte alla moltiplicazione dei casi di doping, le istanze comunitarie sono dovute intervenire e pertanto nel 1990 il Consiglio ha adottato una risoluzione per lottare contro il doping e l'abuso di farmaci nel contesto dell'attività sportiva. Successivamente nel 1992 è stato definito un codice di buona condotta per favorire l'informazione e l'educazione del pubblico e degli ambienti sportivi, in modo particolare dei giovani.

A Vienna il Consiglio europeo ha ricordato la sua preoccupazione di fronte all'ampiezza del fenomeno

del doping negli ambienti sportivi e ha sottolineato la necessità di una mobilitazione a livello europeo. Il Consiglio europeo ha invitato gli Stati membri a esaminare, in collaborazione con la Commissione e con le istanze sportive internazionali, i provvedimenti da adottare per migliorare il coordinamento delle misure nazionali esistenti.



Sanità pubblica

La diffusione delle informazioni e lo scambio di esperienze sono due elementi essenziali dell'azione comunitaria in materia di sanità pubblica. In questa prospettiva, sono state adottate numerose decisioni: la decisione 96/645/CE, che adotta un programma d'azione di promozione della salute, l'informazione, l'educazione e la formazione sanitaria (1996-2000), al fine di sensibilizzare il pubblico, attraverso un approccio orizzontale, sull'importanza di adottare e conservare modi di vita sani; il programma comunitario in materia di sorveglianza sanitaria, adottato il 30 giugno 1997, inteso a fornire alla Comunità e agli Stati membri dati comparabili e affidabili sui fattori determinanti della sanità, sulle componenti dei sistemi sanitari, l'impatto delle politiche, esigenze e priorità;

la raccomandazione del Consiglio del 29 luglio 1998 sull'idoneità dei donatori di sangue e di plasma e la verifica delle donazioni di sangue nella Comunità europea, che aumenta la sicurezza delle trasfusioni di sangue.

Le azioni della Comunità si concentrano attualmente su:

- tutela del pubblico dagli effetti nocivi derivanti dall'esposizione ai campi elettromagnetici, in particolare alle fonti di radiazioni non ionizzanti;

- istituzione di un programma di azione comunitario (1999-2003) per le malattie connesse all'inquinamento;

attuazione di un programma di azione comunitario volto a migliorare l'informazione sulle malattie rare; istituzione di un programma relativo alla prevenzione delle lesioni . La strategia comunitaria nel campo della sanità pubblica assume anche altre forme: misure nel quadro del completamento del mercato interno, quali la normativa sui controlli veterinari e fitosanitari e la realizzazione di un mercato unico dei prodotti farmaceutici; sostegno alle attività di ricerca nel campo delle biotecnologie nell'ambito del quarto programma quadro; iniziative nel campo della giustizia e degli affari interni: il Consiglio europeo di Dublino (13-14 dicembre 1996) ha ribadito l'esigenza di utilizzare appieno e in modo coerente tutti gli strumenti dell'Unione nella lotta contro la droga; si è compiaciuto del raggiungimento di un accordo sull'azione comune relativa al ravvicinamento delle legislazioni e delle prassi delle forze di polizia, dei servizi doganali e delle autorità giudiziarie ai fini della lotta contro la tossicodipendenza e il traffico illecito di stupefacenti; si è compiaciuto altresì delle risoluzioni relative al turismo della droga e alla produzione e coltivazione di droga. A livello mondiale si osserva l'emergere o il riemergere di varie malattie (morbo della "mucca pazza", epidemie di tubercolosi o di difterite, ecc.). Davanti all'aumento delle minacce sanitarie, l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e l'Unione europea hanno deciso di sviluppare una cooperazione in materia. In concreto questa cooperazione comporterà principalmente: consultazioni tecniche; adozione di linee direttrici e criteri precisi (ad esempio per quanto riguarda la qualità dell'acqua potabile); partenariati (lotta contro la droga nei paesi in via di sviluppo ecc.); aiuti finanziari per i programmi dell'OMS.

La Commissione ha presentato una comunicazione, il 15 aprile 1998, sull'evoluzione della politica di sanità pubblica nella Comunità europea . Nella comunicazione figura una prospettiva d'insieme della situazione generale della sanità nella Comunità.

Secondo la Commissione, la salute dei cittadini nell'Unione europea non è mai stata migliore. Una serie di indicatori, quali la speranza di vita, la mortalità infantile e materna, conferma che gli europei sono più longevi e più sani. Tuttavia è possibile fare ancora ulteriori progressi. Un europeo su cinque, vale a dire 600.000 persone all'anno, morirà prematuramente prima di avere compiuto 65 anni. Inoltre, emergono nuovi rischi sanitari, quali malattie contagiose, e la Comunità non è ancora sufficientemente attrezzata per reagire. Inoltre una maggiore speranza di vita comporta un notevole aumento dell'incidenza di malattie quali il morbo di Alzheimer. Si pensa che da qui al 2000, nell'Unione europea, circa 8 milioni di persone potrebbero essere colpite da questa malattia o da patologie connesse. Questo dato potrebbe continuare ad aumentare, esercitando pressioni supplementari sui sistemi sanitari.

La Commissione ritiene che la futura politica comunitaria debba poggiare su tre pilastri prioritari: migliorare l'informazione volta a promuovere la sanità pubblica, allestendo un sistema comunitario strutturato e completo di raccolta, analisi e diffusione delle informazioni, sull'evoluzione generale dello stato di salute della popolazione e sui cambiamenti apportati ai sistemi sanitari; reagire rapidamente alle minacce alla salute, creando meccanismi comunitari di sorveglianza, individuazione precoce e reazione rapida alle minacce sanitarie che possono insorgere in qualsiasi momento; promuovere la salute e sviluppare la prevenzione delle malattie: grazie ad azioni mirate (rafforzare la capacità delle persone di migliorare la

propria salute, vaccinazioni, verifica medica...).

La Commissione ha presentato, il 18 maggio 1999, un documento di lavoro sulla salute e sull'ampliamento, inteso a individuare gli eventuali problemi legati alla salute che potrebbero porsi nel contesto dell'adesione.

Nelle Conclusioni, dell'8 giugno 1999, relative all'integrazione nelle politiche comunitarie delle esigenze in materia di tutela della salute, il Consiglio ha chiesto alla Commissione di introdurre, nelle relazioni annuali sull'attuazione del programma generale di lavoro dell'anno precedente, un capitolo dedicato all'incidenza sulla sanità pubblica, chiedendo inoltre di indicare, nel programma previsionale annuo di lavoro, tutte le proposte che potrebbero avere un'incidenza sulla protezione della salute.

Fonte Unione Europea

In ricordo del Dr. Celestino Giannotti, medico da 60 anni

Credo che per ciascun medico sia fondamentale avere un maestro ed un modello, e per me questi è stato il Dott. Giannotti. Da qui nasce l'esigenza di ringraziarlo per essere stato sempre vicino alla mia famiglia come nostro vero medico e personalmente per avermi donato la sua vivace disponibilità durante i miei studi accademici. ed essere stato al mio fianco al momento di discutere la tesi. Onorato di aver partecipato al suo affascinante mondo di scienza e di instancabile ricerca, vorrei dunque salutarlo per l'ultima volta, designandomi fedele portavoce di tutti coloro che lo hanno stimato.

Il tuo collega dott. Vincenzo Menditto

OSIMO: UN PROGETTO INNOVATIVO PER LA MEDICINA DI FAMIGLIA

Il 26 maggio scorso il Sindaco di Osimo, Avv. Dino Latini, il Direttore Generale dell'Azienda USL 7 di Ancona, Dr. Antonio Aprile ed il rappresentante FIMMG, Dr. Giorgio Fanesi, hanno inaugurato lo Studio Medico Integrato "Villa". Si tratta di un progetto assolutamente innovativo anche a livello nazionale visto che per la prima volta un'Amministrazione Comunale interviene direttamente nella medicina del territorio applicando così quanto di più progredito presenta la nuova convenzione per la Medicina Generale. La frazione Villa si trova a circa 10 chilometri dal centro di Osimo, vicino ad altre due frazioni per un bacino di utenza di circa 1700 persone ed è dotata di un edificio in ottime condizioni adibito fino a non molto tempo fa a scuola materna. L'Amministrazione Comunale ha avuto quindi l'idea di utilizzare questa struttura a scopo socio-sanitario ed ha quindi proposto all'AUSL 7 ed ai Medici di Famiglia operanti nel territorio di Osimo di assicurare un servizio di questo tipo. L'Azienda ha subito dimostrato grande interesse per l'iniziativa ed i Medici hanno dimostrato disponibilità elaborando un progetto che fosse attento alle esigenze della cittadinanza e che si muovesse strettamente nell'ambito della Convenzione. Ne è venuto fuori così il progetto sperimentale dello "Studio Medico Integrato" nel quale i tre soggetti interessati svolgono ognuno la propria parte: l'Amministrazione Comunale fornisce i locali, si occupa della manutenzione, si assume le spese di gestione e garantisce la presenza di proprio personale per l'apertura e chiusura degli ambulatori; l'AUSL 7 ha fornito l'arredamento dei locali compreso un computer per il collega-

mento diretto con il CUP ed ha garantito l'incentivazione economica dei medici partecipanti; i Medici presteranno la propria attività professionale attraverso il meccanismo delle Associazioni. Infatti sono tre le associazioni presenti nella città di Osimo ed ognuna garantirà l'accesso bisettimanale alla struttura di un proprio medico che così naturalmente svolgerà la propria attività nei confronti degli assistiti di tutti i medici dell'associazione stessa. Anche medici non associati possono svolgere la loro attività presso lo Studio garantendo un solo accesso settimanale.

Il progetto, avviato sperimentalmente per un anno tacitamente rinnovabile, prevede poi l'even-



Un momento della ufficializzazione dell'Accordo presso la Sala Giunta del Municipio di Osimo. A sinistra il Direttore Generale AUSL 7 Antonio Aprile con al suo fianco il Sindaco Dino Latini, a destra il rappresentante FIMMG Giorgio Fanesi, mentre firmano il testo alla presenza del Presidente dell'Ordine Fulvio Borromei, del Responsabile del Distretto Sud AUSL 7 Enrico Boaro e del Segretario Provinciale FIMMG Massimo Magi oltre a numerosi medici osimani

tuale attivazione di servizi aggiuntivi quale un punto prelievi e l'effettuazione di attività fisica per anziani oltre a possibili sperimentazioni di tipo epidemiologico.

Si apre così una nuova strada per la Medicina di Famiglia che vede intervenire in questo settore così strategico della sanità italiana un terzo attore, l'Ente Pubblico.

e enpam notizie

CONTRIBUTO OBBLIGATORIO SUL REDDITO LIBERO PROFESSIONALE

Ritorna per l'undicesima volta la ricorrenza annuale del versamento del contributo previdenziale del 12,50 % al Fondo Generale Enpam da calcolarsi sul reddito libero professionale dichiarato per l'anno 2000.

Il necessario stampato sul quale annotare i dati salienti del proprio reddito come predisposto dall'Ente è ormai giunto a destinazione di tutti gli iscritti all'ordine e, qualora non pervenuto, occorre farne tempestiva richiesta al proprio Ordine o direttamente all'Ente.

Nel caso il contributo non risulti dovuto nessun obbligo incombe sull'iscritto.

Se il contributo è invece dovuto esso va assolto entro il 30/08/2001 (50%) e entro il 28/11/2001 (50%).

Sempre entro il 31/8/2001 è obbligatorio spedire all'Enpam (con Raccomandata) il modulo "D" (dichiarazione del reddito e computo del contributo) indicando la data di pagamento della prima rata o dell'intero importo e apponendovi la propria firma (non vanno allegate le copie del pagamento).

Coloro che si apprestano al pagamento per la prima volta debbono valutare l'opportunità o meno di ridurre l'onere della contribuzione del 12,50% al 2% sempre che possano attestare il possesso dei necessari requisiti che consistono nell'essere (in riferimento all'anno 2000) titolari di pensione o titolari di convenzione col SSN o titolari di lavoro dipendente; qualora la titolarità sia stata acquisita nel corso dell'anno 2000 si effettueranno due calcoli proporzionati ai due periodi (ad esempio titolare di lavoro dipendente da luglio 2000: si pagherà il 12,50% sui 6 dodicesimi di reddito ed il 2% sui 6 dodicesimi di reddito).

L'opzione esercitata è irrevocabile fintanto perdurano i requisiti che l'hanno consentita.

• I compensi da prendere in considerazione sono quelli percepiti nell'anno 2000 sui quali non è

gravata alcuna ritenuta previdenziale e di norma sono quelli scaturiti dall'esercizio dell'attività dei libero professionisti puri, dell'attività intramurale dei medici dipendenti, l'attività di sostituzione dei medici convenzionati, l'attività libero professionale dei medici convenzionati al di fuori di quella col SSN, l'attività libero professionale dei medici militari, l'attività di direttore sanitario, di componenti delle commissioni mediche, di relatori a convegni scientifici e simili e per l'attività esercitata in studi professionali associati.

Il contributo è dovuto anche se l'attività professionale è svolta senza il possesso della partita IVA in quanto esercitata in qualità di collaborazione coordinata e continuativa (caso strano!), mentre non è dovuto sui compensi occasionali intendendosi per attività occasionale quella episodica e comunque non programmata e pertanto casistica assai rara.

L'iscritto che abbia superato il 65° anno di età è tenuto a corrispondere il 2% sul reddito qualora non ne chieda espressamente l'esonero (consigliabile) entro il 31/8/2001 dell'anno successivo a quello del compimento del 65° anno di età.

Altri chiarimenti sono contenuti sui moduli che l'Enpam ha spedito a tutti gli iscritti.

Per ulteriori informazioni l'Enpam è raggiungibile telefonicamente al numero verde 06/48294777

Riepilogando:

- Corrispondere il contributo previdenziale (ai fini pensionistici) del 12,50 % sul reddito libero professionale è obbligatorio
- È possibile optare (ma solamente quando insorge l'obbligo del primo versamento) per la contribuzione ridotta al 2% purché in possesso di almeno uno dei seguenti requisiti:
 - titolari di pensione
 - titolari di convenzione col SSN
 - titolari di lavoro dipendente
 - Se l'opzione non è stata esercitata all'occorrenza, cioè in occasione del primo pagamento do-

vuto successivamente all'anno in cui i sopra contemplati requisiti risultano essere stati conseguiti, è impossibile usufruirne in seguito

- In caso di decadenza dei requisiti che avevano ammesso la contribuzione ridotta al 2% si ritorna a versare il 12.50%
- Col compimento del 65° anno di età è possibile chiedere l'esonero dal pagamento

- Il contributo versato all'Enpam è un onere complessivamente, e senza limiti, deducibile dal proprio reddito e pertanto prima di optare, possedendone i requisiti, per una contribuzione ridotta dal 12.50% al 2% occorre valutare se è veramente conveniente autolimitarsi tale deducibilità.
- All'iscritto 65enne l'Ente corrisponderà una pensione annua lorda pari al 14% di quanto versato (rivalutato al 75% dell'inflazione)
- In caso di eventuali errori, carenze o omissioni di pagamento commessi nel periodo 1991/2000 è in fase di arrivo il condono previdenziale. Con esso si potranno sanare anche quelle omissioni di pagamento dovute a errata interpretazione della normativa (caso frequente quello dei compensi intramoenia dei medici dipendenti sui quali il contributo è dovuto e per i quali è riaperto anche il termine per l'opzione al 2%).

(A cura dello Studio Falorni)

CONVENZIONE PER L'AFFIDAMENTO AD UN UNICO CONCESSIONARIO DELLA RISCOSSIONE TRAMITE AVVISI DI PAGAMENTO DEI CONTRIBUTI "QUOTA A" DEL FONDO DI PREVIDENZA GENERALE PER L'ANNO 2001

Come noto la recente riforma della riscossione mediante ruolo ha trovato impreparati alle novità introdotte dal D.Lgs. 112/1999 sia i 103 Concessionari che il Consorzio Nazionale dei Concessionari (CNC), determinando notevoli ritardi nell'incasso dei contributi relativi all'anno 2000 della "Quota A" del Fondo di Previdenza Generale e rilevanti disagi agli iscritti al Fondo.

Al fine di garantire una più celere riscossione del ruolo 2001 ed evitare il ripetersi degli inconvenienti sopra indicati sono stati presi contatti con i funzionari del Consorzio Nazionale dei Concessionari responsabili dell'elaborazione del ruolo.

Dai colloqui intercorsi è emersa la possibilità di stipulare – in analogia a quanto fatto nel 2000, con il consenso del Ministero delle Finanze, da gran parte degli enti locali per la riscossione della TARSU (tassa sui rifiuti solidi urbani) – una convenzione con un unico concessionario che proceda alla riscossione dei contributi su tutto il territorio nazionale.

La Fondazione E.N.P.A.M., pertanto, previo accordo con il CNC, ha affidato la riscossione dei contributi per l'anno 2001 dovuti al Fondo Generale "Quota A" ad un unico Concessionario (ESATRI S.p.A, Concessionario della Riscossione dei tributi per la provincia di Milano) il quale svolgerà tale servizio su tutto il territorio nazionale. Viene garantita in tal modo – oltre ad una maggiore celerità nell'invio degli avvisi di pagamento e, quindi, nella riscossione del contributo – una notevole semplificazione della gestione delle procedure, derivante dall'avere un unico interlocutore a livello nazionale.

Ottemperando a quanto previsto dalla Convenzione stipulata con la Fondazione E.N.P.A.M., il Concessionario per la Riscossione Tributi di Milano – ESATRI S.p.A., nel corso del mese di aprile, sta inviando a tutti gli iscritti al Fondo di Previdenza Generale "Quota A" un avviso di pagamento nel quale sono indicati i contributi iscritti a ruolo dovuti per l'anno 2001 e le relative modalità di versamento.

Il contribuente può pagare le somme dovute con le seguenti modalità:

Presso gli sportelli del Concessionario, senza nessun onere aggiuntivo.

Presso tutte le agenzie postali, utilizzando gli appositi bollettini RAV allegati all'avviso di pagamento, al costo di lire 1.750 (Euro 0,90) per versamento.

Presso tutte le agenzie bancarie, utilizzando gli appositi bollettini RAV allegati, con gli oneri eventualmente previsti dai singoli Istituti di credito (massimo lire 5.000 – Euro 2,58 per versamento).

Per telefono, con carta di credito, chiamando il servizio TAXTEL al numero 199.191.191, nei giorni feriali fino alle ore 17.00. Tale servizio può essere utilizzato per importi non superiori a lire 600.000 (Euro 309,87) per operazione (il costo dell'operazione è pari a lire 4.500 – Euro 2,32).

Tramite Internet, collegandosi al sito www.taxtel.it. Tale servizio può essere utilizzato per importi non superiori a lire 600.000 (Euro

309,87) per operazione (il costo dell'operazione e' pari a lire 4.500 – Euro 2,32). Questo servizio sarà attivo, indicativamente, da giugno 2001.

Le scadenze per il pagamento delle singole rate sono fissate al 30 aprile, 30 giugno, 30 settembre e 30 novembre 2001.

Nel caso l'avviso di pagamento non pervenga entro il mese di maggio 2001, si prega di inviare un FAX al n. 06.482.94.768. (Servizio Contributi "Quota A" del Fondo di Previdenza Generale) indicando, oltre ai propri dati anagrafici, l'indirizzo di residenza ed un recapito telefonico al quale essere contattati.

INVIO ESTRATTO CONTO CONTRIBUTIVO

Nell'intento di offrire un servizio sempre migliore, l'E.N.P.A.M., entro il mese di maggio, invierà a tutti gli iscritti in attività l'estratto conto storico dei contributi. Su tale estratto conto sarà riportato l'elenco dei contributi obbligatori

versati alla "Quota A" del Fondo Generale e, qualora il medico abbia svolto attività libero professionale, anche l'importo dei contributi proporzionali al reddito versati alla "Quota B" del suddetto Fondo.

L'Ente ha ritenuto di offrire questo servizio – in analogia a quanto avviene da tempo per gli iscritti ai Fondi Speciali dell'E.N.P.A.M. (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e addetti ai servizi di continuità assi-

stenziale, ambulatoriali e specialisti esterni) – anche a tutti gli iscritti del Fondo Generale. Si tratta del primo estratto conto storico e visto l'ampio arco temporale interessato, potrebbero riscontrarsi delle difficoltà da parte dei sanitari nell'interpretazione delle singole voci. Per ovviare a tale inconveniente sarà allegata, al suddet-

to estratto conto, una legenda esplicativa.

Sono stati, inoltre, attivati presso l'E.N.P.A.M. un numero verde dotato di un risponditore automatico (8000.46.642), al quale è possibile rivolgersi per avere chiarimenti, e un fax, collegato al numero verde 8000.46.643, al quale è possibile inviare richieste e quesiti scritti. Il servizio relativo al risponditore automatico è articolato in un "albero" di fonie preregistrate che l'utente può percorrere selezionando gli argomenti che lo interessano fino ad arrivare, soltanto in relazione a problemi specifici sulla propria posizione contributiva, al singolo operatore.

Il servizio con il risponditore automatico sarà attivo tutti i giorni, esclusi i festivi, dalle ore 8 alle ore 18, mentre, per ragioni organizzative, gli operatori dell'E.N.P.A.M. saranno disponibili dal lunedì al venerdì dalle 9.30 alle 12.00. In caso di mancato recapito oppure di smarrimento dell'estratto conto sarà possibile lasciare i propri dati nell'apposita casella vocale. Gli Uffici provvederanno, entro 48 ore dalla segnalazione, ad inviare all'iscritto una copia dello stesso.

CERTIFICAZIONE UNICA DEI REDDITI RELATIVI ALL'ANNO 2000 (CUD 2001)

Come ogni anno la Fondazione E.N.P.A.M., in qualità di sostituto di imposta ed ottemperando all'obbligo previsto dall'articolo 7-bis del D.P.R. 29 settembre 1973, n.600, ha provveduto all'invio – in duplice esemplare – della Certificazione unica dei redditi relativi all'anno 2000 (CUD 2001) a tutti i titolari di un trattamento previdenziale E.N.P.A.M.. In tale modello sono esposti gli importi corrisposti dall'Ente nel corso dell'anno 2000, le relative ritenute d'acconto operate, le detrazioni effettuate e le eventuali somme assoggettate a tassazione separata. Il contribuente che nel corso dell'anno 2000 ha posseduto solamente i redditi attestati nel CUD 2001 inviato dall'E.N.P.A.M. (o per il quale siano state applicate le disposizioni concernenti il Casellario delle pensioni) è esonerato dall'obbligo della presentazione alla Amministrazione finanziaria della dichiarazione dei redditi. Egli, in ogni caso, può presentare tale dichiarazione ovvero, se ne ricorrono i presupposti e intende avvalersi dell'assistenza fiscale, il mod. 730, nel caso abbia sostenuto oneri che intende portare in deduzione dal reddito o in detrazione dall'imposta.

Il CUD inviato, inoltre, può essere utilizzato, qualora non si presenti la dichiarazione dei redditi, per esprimere la scelta per la destinazione dell'8 per mille dell'IRPEF. Per effettuare la scelta uno dei due esemplari rilasciati dall'E.N.P.A.M. deve essere consegnato, entro il termine per la dichiarazione dei redditi in busta chiusa, con l'indicazione "Scelta per la destinazione dell'otto per mille dell'IRPEF" ad una Agenzia postale o ad un intermediario abilitato alla trasmissione telematica (professionisti, CAF).

Si fa presente, infine, che successivamente all'elaborazione ed all'invio della certificazione dei redditi relativi all'anno 2000 è stato pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 43 del 21 febbraio 2001 un elenco contenente alcune rettifiche alle aliquote dell'addizionale comunale IRPEF per l'anno 2000, le cui trattenute, come è noto, devono essere effettuate dall'E.N.P.A.M. sui ratei di pensione in pagamento nell'anno 2001.

La Fondazione E.N.P.A.M., al fine di evitare l'obbligo, per i soggetti interessati da tali variazioni di aliquota, della presentazione della dichiarazione dei redditi e del contestuale pagamento dell'intero importo dovuto a titolo di addizionale comunale, ha tempestivamente provveduto ad una nuova elaborazione delle certificazioni dei redditi relativi all'anno 2000 ed all'invio, ove necessario, di un nuovo CUD, sostitutivo del precedente.

AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI PAGAMENTO DELLE PENSIONI ALLA BANCA POPOLARE DI MILANO

Il Consiglio di Amministrazione dell'E.N.P.A.M., al fine di semplificare le procedure di pagamento ed ottenere sensibili economie di scala, ha ravvisato l'opportunità di affidare ad un unico gestore sia il servizio di riscossione automatizzata dei contributi non riscossi a mezzo ruolo – attualmente svolto dalla Banca Popolare di Milano – che il servizio di pagamento delle pensioni E.N.P.A.M..

Pertanto, anche l'espletamento di quest'ultimo servizio è stato affidato alla Banca Popolare di Milano, la quale ha finora garantito un buono standard di qualità a condizioni economiche particolarmente favorevoli. A partire dal mese di maggio, quindi, tutti i trattamenti pensionistici saranno erogati direttamente dal suddetto istituto, ivi comprese le pensioni pagate tramite assegno.

PROROGA POLIZZA SANITARIA

Si sono verificati ritardi di natura tecnica e postale nella predisposizione e distribuzione del Giornale della Previdenza e della modulistica relativa alla polizza sanitaria anche per la concomitanza con la campagna elettorale. Per questi motivi è stata concessa un'ulteriore ed ultima proroga sino al 30 giugno 2001. Rimane ferma la decorrenza assicurativa dalle ore 24 del 31 maggio 2001 alle ore 24 del 31 maggio 2002.

TERMINI PER PRESENTAZIONE MODULI E VERSAMENTO DEL CONTRIBUTO PROPORZIONALE

Con provvedimento dell'Agenzia delle Entrate pubblicato nel supplemento n° 74 alla G.U. n° 81 del 6 aprile 2001 sono state emanate nuove norme che riguardano la consegna, per via telematica, dell'Unico 2001 – Persone fisiche relativo ai redditi prodotti nell'anno 2000 la cui consegna è stata cioè prorogata al 31 ottobre. Nel momento in cui gli Uffici dell'ENPAM, attraverso la lettura di questo provvedimento sono venuti a conoscenza di queste nuove norme, le istruzioni per la compilazione dei modelli relativi al contributo proporzionale erano già state stampate avute presenti le indicazioni a suo tempo fornite per l'Unico dell'anno precedente. Inoltre tali norme devono essere recepite dal Fondo di Previdenza Generale attraverso una delibera del C.d.A. della Fondazione che deve poi ottenere l'approvazione dei Ministeri vigilanti (Lavoro e Tesoro).

E' opportuno inoltre rammentare che tutti i contribuenti, anche quelli che spediranno la propria dichiarazione per via telematica dovranno provvedere al pagamento delle imposte ben prima del 31 ottobre per cui, indipendentemente dalla consegna, l'iscritto ENPAM è nella possibilità di rispettare i termini previsti poiché conosce i dati su cui calcolare il contributo proporzionale da corrispondere.

Pertanto, fermo restando che per l'anno prossimo saranno prese le opportune iniziative atte ad adeguare le norme ENPAM a quelle più generali di natura fiscale, per l'anno in corso rimane invariato il termine ultimo del 30 agosto per il versamento dell'intero contributo dovuto o della prima rata pari al 50% nonché l'invio dei modelli "D" e "CR" ENPAM, mentre la seconda rata dovrà essere corrisposta entro il 28 novembre 2001.

• Ecco il testo della lettera che il Presidente della Fondazione ENPAM ha inviato ai Direttori Generali delle Aziende UU.SS.LL. riguardante la situazione contributiva di quei colleghi che passano al rapporto di dipendenza.

Roma, 29 marzo 2001

Ai Direttori Generali delle Aziende UU.SS.LL.

Loro Sedi

OGGETTO: Adempimenti contributivi conseguenti all'opzione in favore dell'E.N.P.A.M. dei medici di guardia medica, medicina dei servizi ed emergenza territoriale e degli specialisti ambulatoriali che transitano a rapporto d'impiego.

Con riferimento alle norme di cui all'art. 8 del D. Lgs. 502/92 ed all'art. 34 della L. 449/97, ed all'opzione prevista dall'art. 72 della L. 448/98 e dall'art. 6 del D. Lgs. 254/2000, in ordine agli adempimenti per i sanitari convenzionati che transitano a rapporto d'impiego, si fa presente quanto segue.

La Fondazione E.N.P.A.M. ricopre il ruolo istituzionale di gestore dei contributi che vengono versati in favore dei medici e degli odontoiatri titolari del rapporto di convenzione ed accreditamento con il Servizio sanitario nazionale, iscritti al Fondo dei medici di medicina generale, Fondo specialisti ambulatoriali, Fondo specialisti esterni, erogando le prestazioni previdenziali previste dai regolamenti dei suddetti Fondi, in presenza dei requisiti ivi prescritti.

La misura della contribuzione previdenziale ai Fondi citati e le modalità di versamento di tale contribuzione sono stabilite dagli Accordi Collettivi nazionali delle categorie interessate, stipulati ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 fra la delegazione di parte pubblica e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative e resi esecutivi con Decreto del Presidente della Repubblica; l'E.N.P.A.M. non è quindi compreso tra le parti firmatarie di tali accordi.

Tutto ciò premesso, la trasformazione del rapporto intercorrente fra il Servizio Sanitario Nazionale ed i medici e gli odontoiatri convenzionati (addetti ai servizi di guardia medica e di emergenza territoriale, incaricati della medicina dei servizi, specialisti ambulatoriali interni), comporta il venir meno, in capo ai sanitari interessati, di tutti gli istituti giuridici contenuti negli Accordi Collettivi ed inerenti alla convenzione e viceversa la piena applicabilità degli istituti previsti per i soggetti a rapporto d'impiego, ivi comprese le norme relative alla copertura degli oneri previdenziali, che sono da considerarsi una obbligazione accessoria a quella principale, che, nel caso di specie, è il rapporto d'impiego.

Tali effetti devono ritenersi verificati non soltanto per i sanitari delle citate categorie che all'atto dell'inquadramento in ruolo chiedono l'iscrizione alla gestione ex-Cassa Pensioni Sanitari dell'INPDAP, ma anche per i medici e gli odontoiatri che optano - ai sensi delle sopracchiamate disposizioni di legge - per il mantenimento della posizione assicurativa già costituita presso l'E.N.P.A.M.

Il Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, interpellato a riguardo, non ha ritenuto di formulare indicazioni contrarie.

Per quanto sopra esposto, codesta ASL è pertanto tenuta, per tutti i medici e gli odontoiatri già convenzionati che transitano o siano transitati alla dipendenza, al versamento in favore dell'E.N.P.A.M. dei contributi nella misura attualmente prevista (fatta salva ogni successiva variazione) per gli iscritti alla ex Cassa Pensioni Sanitari, gestita dall'INPDAP. Tali contributi dovranno quindi essere pari al 32,35% dell'imponibile previdenziale, di cui il 23,80% a carico del Servizio Sanitario Nazionale e l'8,55% a carico del singolo iscritto; sulla parte di imponibile eccedente un limite predeterminato (pari per il 2001 a L. 68.048.000=) è inoltre dovuto dall'iscritto un ulteriore contributo dell'1%.

Il versamento dovrà essere effettuato con cadenza mensile a mezzo bonifico bancario sul conto corrente n. 03300 intestato alla Fondazione E.N.P.A.M. presso l'Agenzia 326 della B.P.M. - Banca Popolare di Milano - Piazza Santa Maria Maggiore, n. 9 - 00185 ROMA (Codice ABI 05584, CAB 03215), con indicazione della seguente causale: "Contribuzione medici convenzionati transitati alla dipendenza". Contestualmente al versamento dovrà essere fatta pervenire su supporto informativo alla Fondazione E.N.P.A.M. - Servizio Contributi dei Fondi Speciali, la distinta contenente i nominativi degli iscritti interessati, l'ammontare del contributo relativo a ciascuno di essi, i periodi di riferimento del contributo medesimo nonché l'indicazione del Fondo E.N.P.A.M. presso cui venivano versati i contributi relativi all'attività che ha dato luogo al passaggio alla dipendenza.

(Prof. Eolo Parodi)



LEGISLAZIONE

DECRETO 11 maggio 2001

Definizione di procedure da applicarsi in caso di temporanea carenza di specialità medicinali nel mercato nazionale

LEGGE 8 maggio 2001, n.188

Conversione in legge del decreto-legge 2 aprile 2001, n. 90, recante ulteriore finanziamento delle borse di studio per la formazione dei medici specialisti per l'anno accademico 2000-2001

DECRETO 27 aprile 2001

Istituzione del corso "pilota", a carattere nazionale, di alta qualificazione teorico-pratica in cure palliative (testo completo formato zip)

DECRETO LEGISLATIVO

19 aprile 2001 n.202

Disposizioni correttive del decreto legislativo 23/2/2001, n.38, in materia di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali

CONFERENZA UNIFICATA (EX ART. 8 DEL D.LGS. 28 AGOSTO 1997, N. 281)

ACCORDO 19 aprile 2001

Accordo tra il Ministro della sanità, le regioni, le province autonome di Trento e Bolzano e le province, i comuni e le comunità montane, sul documento di iniziative per l'organizzazione della rete dei servizi delle cure palliative

DECRETO 4 APRILE 2001

Integrazione del D.M.18/02/82, concernente norme per la tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica e del D.M. 13/03/95, con-

cemente norme sulla tutela sanitaria degli sportivi professionisti

LEGGE N.138 DEL 3 APRILE

2001 - Classificazione e quantificazione delle minorazioni visive e norme in materia di accertamenti oculistici

LEGGE N.120 DEL 3 APRILE

2001 - Utilizzo dei defibrillatori semiautomatici in ambiente extraospedaliero

LEGGE N.125 DEL 30 MARZO

2001 - Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati

DECRETO 29 marzo 2001

Definizione delle figure professionali di cui all'art. 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, da includere nelle fattispecie previste dagli articoli 1, 2, 3 e 4, della legge 10 agosto 2000, n. 251 (art. 6, comma 1, legge n. 251/2000)

MINISTERO SANITÀ - CIRCOLARE N.4 DEL 28 MARZO 2001

Interpretazione ed applicazione delle leggi vigenti in materia di divieto di fumo

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE COMUNICATO

Comunicato relativo al decreto del Ministro dell'interno delegato per il coordinamento della protezione civile 13 febbraio 2001, concernente: Adozione dei Criteri di massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi. (Decreto pubblicato nella Gazzetta Uffi-

ciale - serie generale - n. 81 del 6 aprile 2001) (5,42MB)

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO - PROVVEDIMENTO 8 marzo 2001

Accordo tra il Ministro della sanità e le regioni e province autonome di Trento e Bolzano sulle linee-guida concernenti la prevenzione, la diagnostica e l'assistenza in oncologia (Suppl. Ordinario n. 102 del 2 maggio 2001)

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 8 marzo 2001

Criteri per la valutazione, ai fini dell'inquadramento nei ruoli della dirigenza sanitaria, del servizio prestato dagli specialisti ambulatoriali, medici e delle altre professionalità sanitarie, dai medici della guardia medica, dell'emergenza territoriale e della medicina dei servizi in regime convenzionale

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 2 marzo 2001

Trattamento di fine rapporto e istituzione dei fondi dei pubblici dipendenti

LEGGE 8 FEBBRAIO 2001, N. 12

"Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore"

Notizie più dettagliate sul sito <http://www.ordinemedici.aicona.it>

comunicazioni



- E' pervenuta da parte della Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza dei Dottori Commercialisti la richiesta di sanitari disponibili ad effettuare accertamenti di inabilità denunciate da dottori commercialisti. La ricerca riguarda specialisti in: CARDIOLOGIA, ORTOPEDIA, ONCOLOGIA, MALATTIE APPARATO DIGERENTE, MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO, OTORINOLARINGOIATRIA, OCULISTICA, ENDOCRINOLOGIA, EMATOLOGIA, UROLOGIA, NEUROLOGIA, PSICHIATRIA, MEDICINA DEL LAVORO E MEDICINA LEGALE E DELLE ASSICURAZIONI. Saranno presi in considerazione, solo i primi quattro sanitari per ogni branca che invieranno, anche a mezzo fax, la relativa adesione.
- L'Azienda USL della Città di Bologna organizza un Master triennale di Angiologia che si svolgerà presso l'U.O. e D.H. di Angiologia. Il numero di iscritti è limitato ad 8 per anno. Per informazioni angdayh@iperbole.bologna.it
- A Monza dal 28 al 30 settembre si svolgerà il XXXV Congresso nazionale della Società di Psicoterapia Medica. Per informazioni rmcongress@iol.it
- L'Università degli Studi di Bologna comunica che sono disponibili per il ritiro i diplomi originali di abilitazione alla professione di Medico Chirurgo relativi agli anni dal 1957 al 1996 compreso. Gli interessati possono quindi provvedere al ritiro presso gli uffici di Via Belle Arti 42 - 40126 Bologna.
- La SMIPi (Soc. Medica It. di Psicoterapia ed Ipnosi) comunica che il 13 ottobre p.v. inizierà a Bologna il Corso di Psicoterapia ed Ipnosi medica di Primo Livello. Informazioni inedita@tin.it
- Il Gruppo Walter Araldi di Bergamo organizza il Premio Letterario "Un Medico che scrive". Per informazioni rivolgersi all'OPMCeO di Bergamo Via Manzù 25, 24122 Bergamo.
- La Soc. It. di Ipnosi (S.I.I.) organizza a Milano nei mesi di ottobre, novembre e dicembre 2001 e gennaio 2002 il VIII Corso Monotematico di Ipnsiterapia avente come tema: L'Ipnosi nel controllo del dolore cronico". Per informazioni g.debeneditis@planet.it
- La Coop. Sociale P.A.R.S. "Pio Carosi" a r.l. ONLUS di Civitanova M. richiede la disponibilità di un medico o medico psichiatra da prendere in carico presso il Centro Diurno per tossicodipendenti di Ancona gestito dalla PARS in convenzione con la AUSL 7. Informazioni pars@parspiocarosi.org

• Gazzetta Ufficiale n. 48 del 19/06/2001
Concorso per l'ammissione al Corso Biennale di formazione specifica in Medicina Generale relativo al biennio 2001/2003

Si comunica che la quota di iscrizione all'albo, anno 2001, scadrà il 31 agosto p.v.. L'importo è di lire 194.000 (delle quali lire 30.000 di competenza della Federazione Nazionale e lire 6.000 di spese) per l'iscrizione ad un singolo albo, mentre per gli iscritti ai due albi è di lire 355.000.
L'incasso avverrà, come per gli anni passati, tramite l'Ancona Tributi, mediante avvisi di pagamento che saranno spediti con circa 15/20 giorni di anticipo sulla scadenza

Invitiamo i nostri lettori
ad inviare alla Redazione del Bollettino comunicazioni, articoli, lettere
o commenti che troveranno ampio spazio in queste pagine.

Si prega di inviare i testi alla Segreteria dell'Ordine (segreteria@ordinemedici.ancona.it) oppure al responsabile del Bollettino Giorgio Fanesi (gifanesi@tin.it)

PUBBLICITÀ