

# GENOVA

## M e d i c a

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

## S O M M A R I O

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

**DIRETTORE EDITORIALE:** Dr. Corrado Canestro **DIRETTORE RESPONSABILE:** Dr. Sergio Castellaneta **COMITATO DI REDAZIONE:** Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Genova  
**Presidente:** Dr. Sergio Castellaneta **Vice Presidente:** Prof. Emilio Nicola Gatto **Segretario:** Prof. Giandomenico Sacco **Tesoriere:** Dr. ssa Maria Clemens Barberis **CONSIGLIERI:** Dr. Enrico Bartolini, Prof. Dante Bassetti, Dr. Massimo Blondett, Dr. Alberto Ferrando, Dr.ssa Anna Maria Gandolfo, Prof. Riccardo Ghio, Prof. Claudio Giuntini, Dr. Giuseppe Mina, Prof. Giovanni Regesta, Dr. Emilio Casabona, Dr. Gabriele Perosino **COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI:** Prof. Fernanda De Benedetti, Dr. Antonio Bianchini, Prof. Giulio Cesare Peris, Dr. Luca Nanni **COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI:** **Presidente:** Dr. Emilio Casabona **Segretario:** Dr. Stefano Bovone, **Consiglieri:** Dr. Massimo Gaggero, Dr. Gabriele Perosino, Dr. Marco Oddera.

	<b>EDITORIALE</b>
2	La sagra della precarietà
	<b>IN PRIMO PIANO</b>
3	Scienza, ma soprattutto...coscienza
	<b>ETICA &amp; PROFESSIONE</b>
5	No al "comportamento omissivo"
	<b>NORMATIVA FISCALE</b>
9	Anche per i Medici la "Tremonti bis"
	<b>CRONACA &amp; ATTUALITÀ</b>
10	Il "nuovo volto" della fisioterapia
	<b>INSERTO SPECIALE</b>
11	I nuovi ticket regionali I farmaci con partecipazione alla spesa Il regime delle esenzioni
	<b>AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE</b>
23	Ecm, molti nodi da sciogliere
28	<b>CORSI DELL'ORDINE</b>
25	<b>NOTIZIE IN BREVE</b>
29	<b>LETTERE AL DIRETTORE</b>
31	<b>DENTISTI NOTIZIE</b> a cura di M. Gaggero

Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Genova: Piazza della Vittoria 12/4 - 16121 Genova  
Tel. 010.58.78.46 - 54.33.47 Fax 59.35.58 - E-mail: anagrafica@omceoge.it

Periodico Mensile Anno 10 - n° 4 - Aprile 2002 - Tiratura 8.000 copie - Autorizz. n.15 del 26/04/1993 del Tribunale di Genova  
Spedizione in abbonamento postale - Gruppo IV 45% - Redazione, segreteria e pubblicità: P.sso S. Caterina Fieschi Adorno 4A, Genova  
tel. e fax 010/58.29.05 - Progetto grafico e impaginazione: Silvia Folco - Coordinamento redazionale: Estro Srl Via Fiasella, 12, Genova,  
tel.010/56.10.81 - fax 010/54.52.175 - Stampa: Grafiche G.&G. Del Cielo snc, Via G. Adamoli, 35 - 16141 Genova.

In copertina: "Visita agli infermi" di C. de Wael, Galleria di Palazzo Bianco, Genova

Finito di stampare nel mese di aprile 2002

## La sagra della precarietà

*Come è possibile governare la sanità cambiando sempre le regole?*

**P**overa sanità!!! Per l'ennesima volta leggiamo sui giornali la rivoluzione che il neoministro Sirchia ha in mente: si ritorna ai vecchi tempi quando gli ospedalieri potevano scegliere tra tempo pieno e tempo definito. Senza entrare nel merito delle problematiche in oggetto, mi chiedo e chiedo ai miei interlocutori, occasionali e non, come sia possibile rendere funzionale un sistema

*Con l'intramoenia si torna indietro: non entriamo nel merito, ma chi risarcirà le spese già affrontate per adeguarsi al regime Bindi?*

sanitario nazionale in queste condizioni di radicale mutamento, direi quasi annuale, in occasione delle varie finanziarie o dell'insediamento di un nuovo ministro. Dal 1990 ad oggi si sono susseguiti al Ministero della Salute (già Sanità) ben sette, dico sette, ministri delle più svariate estrazioni politiche, cinque dei quali Medici: dobbiamo purtroppo riconoscere con rammarico che, come categoria, non ne abbiamo tratto un gran giovamento.

Si continua ad arrancare con provvedimenti tampone, si continua a cambiare le regole del gioco, ad introdurre modifiche che vengono ritirate o rettifiche un anno sì e l'altro pure, conferendo al settore un tasso insostenibile di precarietà.

A fronte di tale condizione di movimento perpetuo, l'intera classe medica, gli Ordini, la Federazione, i sindacati cosa fanno? Tacciono in silenzio, subiscono!!

*Cosa farà adesso quel primario che non avendo optato per il rapporto unico qualche anno fa ha perso il posto ed è retrocesso al ruolo di vice-primario? Chi risarcirà il danno a coloro che avendo un avviato studio professionale lo hanno dovuto dismettere per ottemperare ai diktat della legge Bindi?*

*Chi risarcirà quegli ospedali che hanno investito ingenti risorse economiche al fine di attrezzare e rendere funzionali le strutture per l'attività intramoenia sia degenziale che ambulatoriale?*

*A chi serviranno ambulatori e camere di degenza*

*attrezzati se i Medici potranno optare per il tempo parziale e quindi svolgere la libera professione fuori dalla struttura ospedaliera?*

*Dopo questi interrogativi qualche malintenzionato potrebbe, come spesso accade, accusarmi di essere un bastian contrario per partito preso. Non vorrei quindi essere frainteso e con questo mio editoriale ribadisco che non è mia intenzione difendere la legge Bindi contro la quale l'Ordine di Genova era stato l'unico ad opporsi. Il mio unico intento è di segnalare a chi di dovere, ed in particolare ai Medici, che non è possibile sperare in una sanità efficiente con questo sistema prettamente italiano di cambiare ad ogni finanziaria le regole del gioco, revocare norme già in atto o introdurre di nuove in un settore così delicato del nostro Paese che, invece, avrebbe bisogno di stabilità e di certezze normative.*

**Sergio Castellaneta**

## Scienza, ma soprattutto...coscienza

*La "trasferibilità del malato" unico discrimine per la retribuzione della visita domiciliare*

**U**na recente sentenza della Suprema Corte ha sancito che per stabilire se la retribuzione di un Medico di medicina generale per la visita domiciliare sia o meno dovuta, occorre avere riguardo "all'unico discrimine" (previsto dall'art. 33 dell'Accordo collettivo nazionale che disciplina i rapporti con i medici di famiglia) della "trasferibilità del malato". A parere degli "ermellini" è da ritenere che "un infermo sia intrasferibile quando si trova in uno stato soggettivo tale che il solo fatto dello spostamento possa, con rilevante probabilità, causare rischi gravi per la salute o creare condizioni di vita particolarmente "penose".

Quanto al momento e al modo in cui deve essere accertata la trasferibilità o meno, la Cassazione non ha dubbi nel ritenere che il giudizio, da parte del Medico che deve intervenire, deve essere dato "dopo la visita". Inoltre la sentenza (41646 della VI Sezione Penale) annota che "certo, il sistema assistenziale non può, almeno tendenzialmente, atteggiarsi in modo che una persona malata (o che reputa di esserlo) debba sentirsi in qualche modo costretta a lasciare la propria abitazione per trovare assistenza sanitaria. Ma questa esigenza si fronteggia in modo diverso e, anzitutto, con mezzi il cui costo possa gravare, ripartito, sulla collettività, senza penalizzare ingiustificatamente una certa categoria professionale". Bene: da quanto sopra esposto emergono numerose

riflessioni:

- 1) la visita domiciliare che, non dimentichiamo essere una prestazione professionale di particolare impegno, deve essere richiesta ed effettuata con modalità e secondo criteri assolutamente circostanziati.
- 2) ne consegue che sta finendo il periodo storico in cui tutto era dovuto (farmaci, prestazioni diagnostiche oltremisura, bonus sanitari - leggi esenzioni -, prestazioni privile-

*Per la Cassazione è inevitabile un giudizio "a posteriori" sul fatto che lo spostamento possa causare gravi rischi per la salute del paziente.*

giate (visite domiciliari) altamente professionali).

- 3) per decidere se una "cosa" debba essere fatta bisogna prima "farla": ergo dopo che il Medico ha effettuato la visita, deciderà se ricorrere al regime libero professionale. Quindi: "senno di poi". Con tutte le libere considerazioni che ne conseguono.

- 4) Il superamento dell'impasse psicologica del paziente che non può non sentirsi libero di richiedere una prestazione domiciliare, deve essere ripartito in termini di costi (non soltanto pecuniari) sulla collettività e non sul professionista. Ergo: grande tutela della dignità professionale del Medico.

Bene. Per contro si organizza una formazione continua di Stato (E.C.M.) lacunosa e farraginosa nell'organizzazione improvvida ed

improvvisa, di fatto esautorando il Medico dall'arbitrio di scelta del percorso formativo personalizzato. Si creano i presupposti per un medico col "bollino blu". Last but not least: il Medico è nell'occhio del ciclone giurisprudenziale: avvisi di garanzia a go go che producono costi indiretti. Infatti, spesso, i Medici che operano prevalentemente nell'emergenza o nei P.S. cautelano la loro imputabilità eccedendo nelle indagini diagnostiche quando non sui ricoveri anche non d'elezione. In ultimo, è statistica ordinistica, le segnalazioni, le denunce all'Ordine nei confronti di medici in particolare di famiglia, che sono ritenuti rei di reati anche deontologici, crescono in maniera esponenziale.

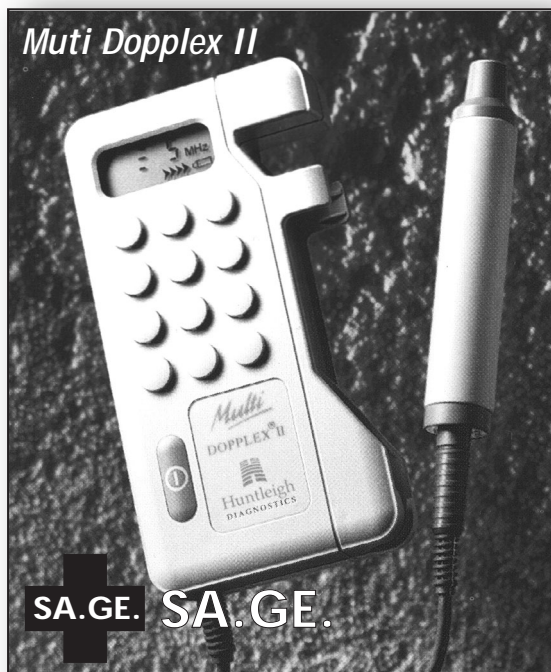
Tralasciando la "messe" di certificazioni al di

là delle regole che raccogliamo, su segnalazione, nei nostri uffici, quasi volendo sconfessare l'indagine del Censis che vede il Medico di famiglia l'operatore sanitario che più soddisfa le esigenze del cittadino, molte sono le segnalazioni all'Ordine di pazienti che lamentano, più che scarsa professionalità, soprattutto scarsa dedizione del Medico di famiglia nei confronti dell'assistito dal Ssn. A questo punto andrebbe valutato quanto è esasperato il cittadino dal divenire sociale e, quindi, quanto si "aggrappa" a quello che ritiene essere un diritto acquisito e dovuto dal Ssn; quanto - per contro - è impegnato il sanitario nelle implicazioni burocratiche legate all'atto medico che sono spesso, esse stesse, motivo di - mai troppo esplicitato - conflitto medico-paziente.

Quante volte, cioè, si rischia di alterare il rapporto fiduciario per la impossibilità di prescrivere a carico del Ssn quanto il paziente si attende o ritiene dovuto? E quante volte queste stesse "implicazioni burocratiche" sono motivo di disparità comportamentale (e, quindi, di conflitto) tra Medici di comparti diversi? La forbice tra Sanità attesa (o pretesa) e offerta è vieppiù larga. Ma allora come uscire dall'impasse?

Con la coscienza. Cari colleghi in difesa della "incolumità" deontologica e professionale, in questo mare magnum di "trabocchetti" ed insidie oltre la scienza dobbiamo agire con coscienza. Attenzione alle tentazioni (Assicuropoli docet), attenzione e dedizione al malato, attenzione alle insidie normative. Grande senso di responsabilità, scienza (Ecm permettendo), ma soprattutto coscienza.

Massimo Blondett



### SAGE. Articoli Sanitari

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

## No al “comportamento omissivo”

*Non si può chiedere al Medico l'accettazione supina delle “direttive anticipate”*

*Nello scorso numero abbiamo pubblicato la prima parte di un articolo dedicato alla disubbidienza civile o obiezione di coscienza, con particolare riferimento alla situazione del Medico, elencando le norme di legge cui fare riferimento. Completiamo ora l'analisi dell'argomento.*

Vediamo ora le varie situazioni, previste dal codice di deontologia medica del '98, in cui viene a configurarsi tale diritto al rifiuto garantito dell'articolo 19:

1) - il secondo comma dell'articolo 34 (“Autonomia del cittadino:...Il Medico, se il paziente non è in grado di esprimere la “propria volontà in caso di grave pericolo di vita, non può non tenere conto di quanto precedentemente manifestato dallo stesso”).

Questo tipo di obbligo medico, che l'estensore del comma (assente dal codice etico del '95) ha evidentemente considerato deontologico, consiste nel principio di valorizzazione normativa delle cosiddette direttive anticipate. La convenzione europea di Bioetica, riuni-

tasi ad Oviedo nel 1997, ratificò infatti il diritto della persona di decidere anticipatamente di rinunciare in futuro all'assistenza sanitaria nell'evenienza di malattie invalidanti ritenute dalla stessa persona (“voluntas aegroti suprema lex”) incompatibili con una qualità di vita minimamente accettabile, nel caso appunto in cui l'evenienza di tali forme morbose ne compromettesse la capacità di intendere e volere. In un concreto esempio, il secondo comma dell'articolo 34 configura come obbligo deontologico del Medico (che nel caso specifico, più che “curante” dovrebbe essere definito “noncurante”) l'accettazione supina della olografa e legalizzata direttiva, anticipata da un paziente sessantenne in quel momento “compos sui” ma esibita dai congiunti al Medico in occasione di un ictus emiplegico con coma sopravvenuto qualche anno dopo la direttiva. Non v'è chi non veda l'inaccettabilità di una richiesta di questo tipo da parte di qualsiasi Medico che si richiami non solo ai principi cristiani, ma anche a quelli del buon senso (che,

**Bibliografia essenziale** - Codice Civile, Il Foro Italiano, Roma 1996; Codice Penale e Codice di Procedura Penale, La Tribuna, Piacenza 1997; Commentario al Codice di Deontologia Medica 1998, a cura della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri; Conferenza Europea di Bioetica, Oviedo, 4/4/1997; Costituzione della Repubblica Italiana e norme sulla Corte Costituzionale, L. di G. Pirola, Milano, 1951; Legge n. 772 del 15/12/72, G.U. 18/12/72 n° 326; Legge n. 194 del 22/5/78, G.U. 22/5/78 n° 140; Legge n° 164 del 14/4/82, G.U. 19/4/82, n° 106; Legge n° 516 del 22/11/88, G.U. 2/12/88, n° 283 S.O.; Legge n° 101 dell'8/3/89, G.U. 23/3/89, n° 69 S.O.; Legge n° 413 del 12/10/93, G.U. 16/10/93, n° 244; “L'obiezione di coscienza”, [http://www.pandora.it/libri/l\\_avvoca/avv\\_0003/lib1.html](http://www.pandora.it/libri/l_avvoca/avv_0003/lib1.html); Mutran, F. et al: A prospective study of the impact of patient preferences on life-sustaining treatment and hospital cost. Crit. Care Med., 24, 1811-7, 1996; Thoreau, H.D.: “Civil Disobedience”, in: Reform Papers, Wendell Glick, Princeton, N.J., Princeton University Press, 1973.

a parere dello scrivente, invariabilmente coincidono con i primi). L'insostenibilità di tale posizione è sottolineata da gran parte della letteratura che è motivatamente contraria alle direttive anticipate: basti qui citare i risultati dell'accurato e ponderoso studio del *Critical Care Medicine* 24, 1811, 1996, secondo cui la maggioranza (60%) dei soggetti affetti da malattie debilitanti intervistati nell'inchiesta, se adeguatamente gestiti, dichiaravano recisamente di volere continuare il trattamento medico, persino nell'eventualità di una prospezione di vita non superiore alla settimana. Va ricordato che, nella malaugurata eventualità che "l'obbligo deontologico" di questo discutibilissimo comma venisse tradotto in legislazione nazionale (o, ancora più cogentemente e probabilisticamente, in direttiva Cee), l'eventuale obiezione di coscienza doverosamente (cioè, deontologicamente senza, questa volta, le virgolette) espressa da un Medico veramente tale, per quanto riguarda sia l'insopprimibile qualifica di curante che il buon senso, non sarebbe prevista nel testo dell'articolo 19: infatti, questo articolo prevede soltanto il rifiuto di comportamento attuativo, non menzionando affatto il rifiuto di comportamento omissivo.

2) - Il secondo comma dell'articolo 40 ("...ogni atto medico diretto ad intervenire in materia di sessualità e di riproduzione è con-

sentito soltanto al fine di tutelare la salute".

La storia di questo comma è legata a situazioni particolarmente delicate, quali non solo l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78), ma anche la correzione della transessualità (Legge 164/82), la sterilizzazione volontaria, la fecondazione artificiale e l'ingegneria genetica (cfr. anche l'art. 42 del codice di deontologia medica '98, vedi oltre), nonché il problema della pillola del giorno dopo. Va ricordato che la sterilizzazione è distinguibile in:

- sterilizzazione terapeutica diretta a risolvere problemi patologici attuali (neoplasie) o potenziali;
- sterilizzazione eugenica, diretta ad impedire la nascita di figli colpiti da certe, o probabili, tare ereditarie;
- sterilizzazione anticoncezionale, motivata dal desiderio di evitare la procreazione.

Mentre la sterilizzazione terapeutica, temporanea o permanente che sia, si connette alla normale potestà di curare, e quella eugenica si situerebbe nell'ambito della prevenzione, la sterilizzazione anticoncezionale (salpingocleisi e vasectomia), specie se permanente, sembra contraria al disposto dell'articolo 5 del codice civile, che vieta (salvo casi particolari previsti dalla legislazione vigente, come i trapianti, donazioni di sangue, interventi per la transessualità, etc.) gli atti di disposizione del proprio corpo. Va ricordata una sottile modifica del comma del corrispondente articolo del codice di deontologia medica del '95, introdotta dal codice del '98: mentre nel testo precedente si parlava di salute fisica, nel testo attuale si parla di salute "tout court"; dal che si deduce che il concetto di salute è allargato anche alla salute psichica, con conseguente apertura deontologica non

**"Donne medico: carriera e famiglia"** - Questo il tema dell'incontro promosso dalla Consulta femminile per la donna laureata in Medicina e Chirurgia e in Odontoiatria dell'Ordine dei Medici di Genova, che si terrà lunedì 27 maggio ore 17,30 al Banco di Sardegna. Interverranno: dr.ssa M.C. Parodi, prof.ssa C. Burtolo, moderatrice J. Baldaro Verde.

solo alle richieste di intervento di “correzione anatomica” della transessualità, ma anche alle richieste di sterilizzazione volontaria chirurgica e di prescrizione di medicinali a scopo anticoncezionale.

Pertanto, l’attuale norma deontologica appare addirittura più “liberale” (meglio si direbbe libertaria) dell’articolo 5 del codice civile.

**3)** - Articolo 69 (“Medico dipendente o convenzionato: il Medico che presta la propria opera a rapporto di impiego o di convenzione, nell’ambito di strutture sanitarie pubbliche o private, è soggetto alla potestà disciplinare dell’Ordine anche in adempimento degli obblighi connessi dal rapporto di impiego o convenzionale. Il Medico, qualora si verifichi contrasto tra le norme deontologiche e quelle proprie dell’ente pubblico o privato, per cui presta la propria attività professionale, deve chiedere l’intervento dell’Ordine, onde siano salvaguardati i diritti propri e dei cittadini. In attesa della composizione della vertenza egli deve assicurare il servizio, salvo i casi di grave violazione dei diritti e dei valori umani delle persone a lui affidate e della dignità, libertà e indipendenza della propria attività professionale”).

L’articolo quindi configura la situazione, menzionata in precedenza, del contrasto tra le personali convinzioni morali del lavoratore dipendente e le norme, od i regolamenti, o gli ordini di servizio, a lui imposte dall’ente che lo impiega. Va sottolineato che il testo non consente al Medico di attuare autonomamente la disobbedienza civile, imponendogli bensì di richiedere sempre l’intermedia-

zione dell’Ordine provinciale senza astenersi autonomamente dal servizio: sarà l’Ordine ad intervenire presso il datore di lavoro (azienda ospedaliera, Asl, etc.) affinché quest’ultimo rispetti il diritto alla “disubbidienza deontologica” che, ovviamente, dovrà essere adeguatamente motivata.

**4)** - Articolo 72 (“Eccesso di prestazioni: il Medico dipendente o convenzionato deve esigere da parte della struttura ogni garanzia affinché le modalità del suo impiego non incidano negativamente sulla qualità ed equità delle prestazioni, nonché sul rispetto delle norme deontologiche. Il Medico non deve assumere impegni professionali che comportino tali eccessi di prestazioni da pregiudicare la qualità della sua opera professionale e la sicurezza del malato”). L’articolo è di enorme rilevanza pratica, potendo condurre, ove applicato dal Medico più frequentemente di quanto purtroppo, per intuibili motivazioni, non avvenga, ad una estesa attuazione di quella che abbiamo definito “disubbidienza deontologica”. Basti pensare al deprecabilmente diffuso deterioramento delle condizioni lavorative in cui operano molti Medici delle strutture territoriali ed ospedaliere sia pubbliche che private. Non si può che concordare con quanto scritto nel citato Commentario al CD/98, dove si afferma che il Medico è spesso la prima vittima delle carenze amministrative e burocratiche, che finiscono oltre tutto con il porlo in cattiva luce nei confronti dei suoi pazienti, minando così non solo il rapporto fiduciario con l’utenza ma, soprattutto, l’efficacia del suo operato al servizio della salute dei cittadini.

**MEDICI PITTORI** - La mostra curata dalla Commissione Culturale dell’Ordine si inaugurerà alla trattoria “Vegia Arbà” di piazza Leopardi a Genova, sabato 8 giugno. Gli interessati che non hanno ancora aderito possono segnalare la loro disponibilità alla segreteria dell’Ordine.

Superfluo il ricordare che, in questo caso, il sanitario, qualora riceva dall'ente un ordine di servizio richiedente un cumulo di prestazioni deontologicamente inaccettabile, deve non solo chiedere l'intervento dell'Ordine, ma anche rifiutare il cumulo cioè disubbidire all'or-

dine di servizio, se in presenza "di gravi violazioni dei diritti e valori umani delle persone a lui affidate e della dignità, libertà ed indipendenza della propria attività professionale" (cfr. ultimo comma del citato art. 69).

*Giandomenico Sacco*

**Riassunto:** Dopo una sintetica definizione, corredata da concreti esempi, del concetto di disubbidienza civile (od obiezione di coscienza) l'autore espone quattro situazioni configuranti possibili "disubbidienze deontologiche" da parte del Medico, emergenti dal testo del 1998 del Codice di Deontologia Medica (CDM 98: il suo articolo 19 codifica l'obiezione di coscienza in senso lato): le prime due consistono nel diritto del medico cristiano di rifiuto della plausibilità morale delle direttive anticipate (art. 34 del CDM) e della richiesta di sterilizzazione anticoncezionale (art. 40, 2° comma, del CDM); le ultime due sono costituite dalla disubbidienza del Medico dipendente o convenzionato all'Ente committente, nel caso di ordini di servizio deontologicamente scorretti (art. 69 CDM), o di richieste di prestazioni chiaramente eccedenti le capacità del Medico stesso (art. 72 CDM) rivoltigli dall'Ente stesso.



Scuola Ufficiale della F.I.A.M.O.  
Federazione Italiana delle Associazioni dei Medici Omeopatici

Via Corsica 19A canc. 16128 Genova  
e-mail: info@dulcamara.org Sito: www.dulcamara.org

## LA SPERIMENTAZIONE SCIENTIFICA IN OMEOPATIA

**SABATO 25 MAGGIO ORE 9,00 - PALAZZO GAMBARO, VIA GARIBALDI, 2 GENOVA**

**relatore: dr. Andrea Signorini**

Ore 9,00: Registrazione

Ore 9,30: Inizio lavori

Introduzione:

- Obiettivi della sperimentazione clinica controllata
- La ricerca clinica in omeopatia in Italia e nel mondo

Ore 11,00:

- Aggiornamento del principio di similitudine e della teoria dei miasmi
- Concetto di PNEI (Psiconeuroimmunoendocrinologia)

Ore 12,30: Discussione

Ore 13,00: Pausa pranzo

Ore 14,30: Ripresa dei lavori

- La sperimentazione sull'uomo sano: protocolli di sperimentazione

Ore 16,30: Discussione

Ore 17,00: Piper metisticum, esempio di sperimentazione

Ore 18,30: Discussione

Ore 19,30: Fine lavori

**Il seminario è gratuito. Con il patrocinio di Regione Liguria e Provincia di Genova. Con richiesta di accreditamento ECM. Con rilascio di attestato che certifica 8 ore.**

**Per informazioni e adesioni:**

**telefonare ai numeri 010 565458 - 010 5702988 Fax 010 5531067 dalle 14,30 alle 18,00**

## Anche per i Medici la "Tremonti bis"

*Possono essere portati in deduzione gli investimenti dal 1/7/'01 al 31/12/'02*

**L**a legge 18 ottobre 2001, n. 383, è entrata in vigore il 25 ottobre 2001 con la sua pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale n. 248 del 24/10/2001. Si tratta della così detta "Tremonti bis" le cui agevolazioni, questa volta, sono estese anche a tutti i professionisti e quindi anche ai Medici.

**Che cosa è** - La "Tremonti bis" prevede la possibilità, anche per i professionisti, di ridurre il peso dell'Irpef nel caso in cui si effettuino specifici investimenti. Si tratta, in effetti, della possibilità di determinare una componente negativa che si porta in deduzione nel calcolo di quantificazione del reddito, agli effetti dell'Irpef.

**In quale periodo si applica** - Il periodo di imposta previsto per l'applicazione della agevolazione è quello che va dal primo luglio 2001 al 31 dicembre 2001 (componente negativa da usare per la dichiarazione dei redditi da presentarsi nel 2002) e dal primo gennaio 2002 al 31 dicembre 2002 (componente negativa da usare per la dichiarazione dei redditi da presentarsi nel 2003).

**La componente negativa** - Stabilito il valore di tutti gli investimenti eseguiti - nei periodi previsti - in beni strumentali nuovi o in spese sostenute per servizi utilizzabili dal personale, l'importo della componente negativa si ricava calcolando il 50% della eccedenza degli investimenti effettuati, rispetto alla media degli investimenti realizzati nei cinque anni precedenti (dal 2000 al 1996), con facoltà di escludere dal calcolo della media il periodo in cui l'investimento è stato maggiore.

**I beneficiari** - Ci sono anche i professionisti, a condizione che siano in attività alla data di entrata in vigore delle nuove norme (25/10/01) anche se la loro attività è inferiore ai cinque anni.

Chi ha iniziato l'attività nel 2001, prima, tuttavia, della entrata in vigore della legge, fruisce, se vuole, delle agevolazioni nello stesso 2001, anche se non ha precedenti con i quali effettuare il confronto. In questi casi, l'agevolazione spetta sul valore degli investimenti realizzati in ciascuno dei due esercizi (2001 - primo semestre - e 2002 per tutto l'anno).

**Gli investimenti** - L'art. 4 della legge, al suo paragrafo 4, stabilisce che per "investimento" si intende: la realizzazione, nel territorio dello Stato, anche mediante contratti di leasing, di nuovi impianti; il completamento di opere sospese; l'ampliamento, la riattivazione, l'ammodernamento di impianti esistenti; l'acquisto di beni strumentali nuovi e l'investimento immobiliare limitato ai beni strumentali. A tal proposito va messo in evidenza che, per quanto riguarda i professionisti, l'agevolazione spetta solo se si tratta di immobili usati esclusivamente per l'attività professionale, escludendo ogni possibilità di agevolazione in caso di uso promiscuo.

D'altra parte non si può dimenticare che per "immobili strumentali" si intendono quelli non suscettibili di diversa utilizzazione come dispone il secondo paragrafo dell'art.40 del Dpr 22 dicembre 1986, n. 917.

*(A cura dello Studio Associato Giulietti)*

# Il "nuovo volto" della fisioterapia

*Restano a carico del Ssn le prestazioni riabilitative, non quelle di "supporto"*

La pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale (Suppl.Ord. serie 19-23.01.02) del decreto sui livelli essenziali di assistenza (LEA) introduce un importante concetto: l'applicazione dei sistemi di qualità anche nel disciplinare le richieste mediche.

Questi livelli sono stati individuati tenendo conto della dignità della persona, bisogno della salute, equità nell'accesso all'assistenza, qualità delle cure e loro appropriatezza riguardo specifiche esigenze, economicità nell'impiego delle risorse.

Come risultato hanno determinato la soppressione di alcune prestazioni che, pur mantenendo la loro caratteristica di utilità, non sono più a carico del Ssn. Questa scelta deriva anche dallo sforzo, in questi ultimi anni, di ricercare linee guida, percorsi terapeutici nell'approccio alle diverse patologie per migliorare sempre di più il rapporto Medico-paziente, nell'ottica dell'ottimizzazione delle risorse economiche disponibili.

Le varie società scientifiche in medicina si sono adoperate a creare modelli e percorsi, che ovviamente non vogliono e non possono prevaricare l'individualità del comportamento del Medico e/o specialista curante, ma devono essere visti come supporto per un più rapido raggiungimento dello scopo ultimo: la completa guarigione del paziente.

Anche la fisioterapia è stata normata ai sensi dei nuovi indirizzi. Nel principio che la stessa non può essere solo sostitutiva del fattore antalgico ed antinfiammatorio, ma deve effettivamente verificare e quindi curare prioritariamente

la causa disfunzionale che produce la sintomatologia algica, si prende atto delle scelte adottate.

Il Ministero, infatti, ha deciso di lasciare a totale carico del Ssn quelle prestazioni di puro carattere riabilitativo escludendo, pertanto, quelle che, pur non negandone la indubbia utilità, sono sempre state un supporto antalgico ed antinfiammatorio (ultrasuoni, tens, onde corte, etc).

D'altra parte le acquisizioni più recenti nello studio delle artromialgie non infiammatorie riconoscono nel dolore una manifestazione clinica, espressione di una condizione disfunzionale dell'apparato di movimento; da ciò deriva che l'obiettivo principale nella scelta terapeutica deve essere innanzitutto quello riabilitativo. La cura di un'alterazione biomeccanica o neuromuscolare di qualsivoglia eziopatogenesi necessita, infatti, di un intervento fisioterapico mirato al recupero della funzione lesa per risolvere poi il sintomo dolore che ne rappresenta l'epifenomeno.

Quindi, soprattutto nella fase di avvio dei "LEA", il ruolo del Medico fisiatra, in maniera eticamente corretta, sarà anche quello di suggerire al collega curante la migliore impostazione di un protocollo terapeutico (combinato tra riabilitazione e terapia propriamente antalgica ed antinfiammatoria), per giungere in tempi rapidi alla risoluzione della patologia del paziente.

**Enrico Bartolini**

*(con la collaborazione tecnica di Francesco Praino, fisiatra)*



## I nuovi tickets regionali

I farmaci  
con partecipazione alla spesa

Il regime delle esenzioni

# Una manovra a doppio binario

*Una quota fissa sulla ricetta e una partecipazione per certi tipi di medicinali*

**T**anto tuonò che piovve. La reintroduzione dei ticket sui farmaci, più volte annunciata, è arrivata, almeno a livello della Regione Liguria, che per coprire buchi di bilancio ha agito direttamente nel settore della sanità (in altre regioni si è preferito, ad esempio, ritoccare il bollo auto o l'addizionale Irpef).

La manovra della Regione Liguria si inserisce in un contesto complesso, che vede anche una parziale riclassificazione dei medicinali da parte della Cuf (la Commissione Unica del Farmaco), alcuni ritocchi al regime delle esenzioni (totali o parziali) sia per patologie che per condizione personale e l'avvio, piut-

la giunta aveva demandato di provvedere alle incombenze organizzative necessarie, al 21 marzo (subito qualcuno che ha parlato di "ticket di primavera"). Nel momento in cui queste note giungono sotto gli occhi dei colleghi il meccanismo è quindi già ripartito anche se, per quanto si è sentito, non mancano tuttora dubbi e incertezze interpretative.

**Ricette e farmaci** - Due in sostanza le forme di partecipazione alla spesa previste dalla Regione: una quota fissa di partecipazione di 2 euro per pezzo (fino ad un massimo di 4 euro per ricetta) ed una percentuale del 20 o del 50 per cento sui farmaci che la Cuf, come abbiamo accennato sopra, ha dichiarato non essenziali con un proprio provvedimento contenuto nel decreto del Ministero della Salute del 4 dicembre 2001, approvato alla Gazzetta Ufficiale il 8/2/2002 n.33. Due

precisazioni: il limite dei 4 euro per ricetta, nonostante voglia apparire come un'agevolazione per l'assistito, in realtà non costituisce uno sconto, dato che non è stata modificata la regola per la quale su ogni ricetta deve essere contenuta una prescrizione massima di due pezzi (il tetto diventa significativo invece in caso di pluriprescrizione, come spiegheremo dopo). Inoltre la percentuale del 20 o del 50 per cento si applica, ovviamente, non a caso, ma sono state individuate dalla Cuf due precise categorie di farmaci, che indichiamo a parte.

**La circolare** - E adesso ripercorriamo insieme

*Qualche modifica anche per le incombenze dei Medici - Ampliata la sfera dei soggetti esenti - Il nuovo elenco Cuf dei farmaci non indispensabili.*

tosto tribolato, del regime dei farmaci non più coperti da brevetto, i cosiddetti generici. Insomma una situazione articolata nella quale è abbastanza probabile trovarsi impantanati. Proprio per tale ragione riteniamo utile destinare le pagine centrali di questo numero di "Genova Medica" a questo argomento, creando un inserto che può essere estratto e conservato a parte, diventando così un pratico mezzo di consultazione.

**Partenza con la primavera** - La data d'avvio del nuovo regime è stata fissata, con un decreto emesso il 13 marzo dal direttore generale della Sanità della Regione al quale

la circolare della Regione, soffermandoci sui punti più significativi (e addirittura riportandone integralmente dei brani). Le due forme di partecipazione non si sommano: se l'assistito deve pagare la percentuale sul farmaco non pagherà la quota fissa di due euro a pezzo, ed inoltre tra due possibili applicazioni della compartecipazione alla spesa si applicherà la meno penalizzante per l'assistito. La circolare fa un esempio: "I soggetti parzialmente esenti sono comunque tenuti a corrispondere la quota fissa; tuttavia nel caso di prescrizione di medicinali non essenziali troverà applicazione la quota in percentuale qualora risulti più favorevole all'assistito rispetto al pagamento della quota fissa".

**Le esenzioni** - Sono elencati sia soggetti totalmente esenti (che non sono tenuti ad alcuna partecipazione) sia soggetti parzial-

mente esenti, che quindi pagheranno la sola quota fissa e non la percentuale sui farmaci. Anche per il regime delle esenzioni abbiamo condensato categorie e situazioni nelle tabelle che pubblichiamo a parte. Da rilevare che, pur avendo fatto riferimento per le esenzioni alla situazione che esisteva al 31 dicembre 2000, la Regione Liguria ha aggiunto tra gli esenti totali i danneggiati da vaccinazione obbligatoria, trasfusioni e somministrazione di emoderivati ed i pazienti in trattamento con i farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore; tra gli esentati sono stati inseriti i cittadini con reddito familiare complessivo inferiore a 8.263,31 euro - 16 milioni delle vecchie lire - o 11.362,05 euro con il coniuge a carico (22 milioni) con un'aggiunta di 516,46 euro (un milione) per ogni figlio a carico. Il richiamo alla situazione esistente al 31

## Categorie terapeutiche

### con partecipazione al 20 per cento

#### Procinetici (per uso parenterale):

Alizapride  
Bromopride  
Clebopride  
Levosulpiride  
Metoclopramide

#### Ferro trivalente, preparati orali:

Ferromaltoso  
Sodio ferrigluconato

#### Altri antipsoriasici per uso topico:

Calcipotriolo  
Tacalcitolo  
Tazarotene

#### Estrogeni naturali e semisintetici, non associati:

Promestriene  
Etinilestradiolo  
Estrogeni coniugati  
Estriolo  
Estradiolo

#### Antigonadotropine e sostanze similari:

Gestrinone

#### Penicilline ad ampio spettro (nota 55):

Carbenicillina  
Meziocillina  
Piperacillina

#### Associazioni di penicilline, inclusi gli inibitori delle betalattamasi (nota 55):

Piperacillina + Tazobactam  
Ticarcillina + Acido clavulanico

#### Cefalosporine e sostanze correlate (nota 55):

Cefamandolo  
Cefuroxima  
Ceftazolo  
Ceftazidima  
Cefotassina  
Cefoperazone  
Cefonicid  
Cefonicid  
Cefepime  
Ceftriaxone  
Cefmetazolo  
Ceftizoxima

dicembre 2000 comporta che sono confermati come esenti sia i tossicodipendenti per la terapia con il metadone sia coloro che sono affetti da malattie croniche o invalidanti ovvero da malattie rare (esenzione parziale). Per questo aspetto ricordiamo ai colleghi che "Genova Medica" ha pubblicato un inserto speciale sull'argomento nel numero 9 (settembre) dello scorso anno; la Regione dal canto suo aveva già fatto un suo elenco, che comprendeva ad es. asma, cirrosi epatica, cirrosi biliare e molte altre. Per tutti questi soggetti è dovuta solo la quota fissa.

**L'indicazione delle esenzioni** - Ci sembra il caso, a questo proposito, di riportare testualmente il brano della circolare, che fa riferimento anche ad aspetti squisitamente tecnico-burocratici. "I Medici prescrittori hanno il compito di indicare sulla ricetta il tipo di esenzione in ragione esclusivamente della documentazione prodotta dagli assistiti ai quali pertanto è attribuibile, esclusivamente, la responsabilità della documentazione esibita. Resta fermo l'obbligo dei prescrittori di annullare l'apposito riquadro della ricetta

nel caso in cui non indichino alcuna esenzione. Nel caso in cui il tesserino sanitario non sia aggiornato è comunque consentita l'autocertificazione dello stato di esenzione sul retro della ricetta, fatte salve le esenzioni riconducibili esclusivamente alla sfera di competenza del Medico prescrittore (ad es. correlazione di un farmaco ad una determinata patologia, portatori di patologie neoplastiche maligne, pazienti in trattamento con i farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore). Sono altresì autocertificate sul retro della ricetta, secondo le previgenti modalità, le esenzioni connesse ai livelli di reddito (ad es. assistiti di età inferiore a 6 anni o superiore a 65 anni se appartenenti a nuclei familiari con un reddito inferiore a 70 milioni pari a euro 36.151,98). In estrema sintesi - precisa ancora la Regione - il Medico prescrittore, sulla base della documentazione prodotta dall'assistito:

nei casi di esenzione totale bifferà la casella contrassegnata dalla lettera R posta nella zona 7 in alto a destra del ricettario (non è consentita la pluriprescrizione);

Altri aminoglicosidi (nota 55 - bis):

Amikacina  
Gentamicina  
Netilmicina  
Tobramicina

Agonisti selettivi dei recettori 5HT1 (per uso parenterale):

Sumatriptan

Adrenergici ed altri antiasmatici:

Formoterolo + Budesonide  
Ipratropio bromuro + Salbutamolo  
Salmeterolo + Fluticasone  
Salbutamolo + Flunisolide  
Fonoterolo + Ipratropio bromuro  
Beclometasone + Salbutamolo  
Salbutamolo + Nedocromil

Antibiotici:

Cloramfenicolo

Netilmicina

Acido fusidico

Ampicillina

Clortetraciclina

Tetraciclina

Gentamicina

Micronomicina

Antivirali:

Trifluridina

Aciclovir

Idossuridina

Altri antimicrobici:

Ciprofloxacina

Lomefloxacina

Norfloxacina

Ofloxacina

□ nei casi di farmaci correlati a malattie croniche o invalidanti ovvero rare bifferà la casella contrassegnata dalla lettera A nella zona a destra del ricettario (è consentita la pluriprescrizione).

\* negli altri casi di esenzione parziale - fatte salve le esenzioni connesse al reddito - apporrà la sigla "INV" all'interno del riquadro riservato alle esenzioni (non è consentita la pluriprescrizione).

**Pluriprescrizioni** - Dopo aver premesso che "nulla è modificato rispetto alle attuali previsioni sulla pluriprescrizione" la Regione riassume comunque la situazione ricordando che "gli antibiotici in confezione monodose e i medicinali somministrati esclusivamente per fleboclisi sono pluriprescrivibili fino a sei confezioni per singola ricetta, senza barratura sulla casella A", e in questo caso la quota fissa per un numero di confezioni tra 2 e 6 è di 4 euro. Lo stesso discorso vale per i medicinali a base di interferone prescritti a chi è affetto da epatite cronica, mentre per gli analgesici oppiacei utilizzati nella terapia del dolore è consentita, com'è noto, la prescri-

zione a carico del Ssn in un'unica ricetta di un numero di confezioni sufficienti per una terapia di trenta giorni, ed in questo caso i pazienti sono esentati dal pagamento della quota fissa. Nel caso, per il sovrapporsi di diverse condizioni riguardanti uno stesso soggetto, si accumulino più motivi di esenzione (ad esempio un'esenzione per patologia con casella A barrata e un'invalidità di guerra con casella R barrata) "è consentita la pluriprescrizione - fino a tre confezioni - senza alcun onere a carico dell'assistito".

**I generici** - La circolare regionale precisa che la partecipazione alla spesa vale anche per i medicinali non più coperti da brevetto, sia per la quota fissa che per la partecipazione percentuale. Tuttavia la Regione riconosce che "il ciclo distributivo dei farmaci generici non è consolidato e omogeneamente distribuito sul territorio ligure" e inoltre si susseguono indicazioni ministeriali su principi attivi che man mano perdono la copertura del brevetto. In considerazione di queste circostanze "è opportuno assicurare margini di flessibilità e tolleranza".

## Categorie terapeutiche

### con partecipazione al 50 per cento

#### Procinetici (per uso orale):

Alizapride  
Bromopride  
Clebopride  
Domperidone  
Levosulpiride  
Metoclopramide  
Cisapride

#### Altri antiemetici:

Proclorperazina

#### Antipropulsivi:

Loperamide

#### Sostanze antiallergiche, esclusi i corticosteroidi:

#### Acido cromoglicico

#### Corticosteroidi, moderatamente attivi (gruppo II):

Flumetasone  
Triamcinolone  
Idrocortisone  
Alclometasone  
Fluocortin  
Desametasone  
Clobetasone  
Desonide

#### Corticosteroidi attivi (gruppo III):

Diflucortolone  
Diflorasone

Prednicarbato	Corticosteroidi:
Mometasone	Beclometasone
Metilprednisolone	Flunisolide
Fluticasone	Fluticasone
Fluocortolone caproato + Fluocortolone	Mometasone
Fluocortolone caproato + Fluocortolone	Derivati fenotiazinici:
Fluocinolone	Mequitazina
Desossimetasone	Prometazina
Budesonide	Derivati piperazinici:
Betametazone	Cetirizina
Beclometasone	Oxatomide
Fluocinonide	Altri antistaminici per uso sistemico:
Corticosteroidi, molto attivi (gruppo IV):	Loratadina
Alcinonide	Terfenadina
Clobetasolo	Mizolastina
Altri antimicrobici ed antisettici:	Ketotifene
Nifuratel	Fexofenadina
Associazioni fisse estro-progestiniche:	Acrivastina
Etinilestradiolo + Desogestrel	Mebidrolina
Etinilestradiolo + Gestodene	Corticosteroidi, non associati:
Etinilestradiolo + Levonorgestrel	Fluorometolone
Etinilestradiolo + Norgestrel	Formocortal
Preparati sequenziali estro-progestinici:	Idrocortisone
Etinilestradiolo + Gestodene	Desametasone
Etinilestradiolo + Levonorgestrel	Clobetasone
Antigonadotropine e sostanze similari:	Desonide
Danazolo	Antinfiammatori non steroidei:
Antagonisti dei recettori alfa-adrenergici:	Flurbiprofene
Alfuzosina	Ketorolac
Terazosina	Pirossicam
Doxazosin	Diclofenac
Tamsulosina	Corticosteroidi ed antimicrobici in associazione:
Inibitori della testosterone-5-alfa reduttasi:	Betametazone + Sulfacetamide
Finasteride	Betametazone + Cloramfenicolo
Alcaloidi della segale cornuta:	Betametazone + Cloramfenicolo +
Caffeina + Ergotamina	Tetraciclina + Colistimetato di sodio
Diidroergotamina	Betametazone + Cloramfenicolo +
Agonisti selettivi dei recettori 5HT1 (per uso orale):	Rolitetraciclina + Colistimetato di sodio
Sumatriptan	Neomicina + Prednisolone
Zolmitriptan	Formocortal + Gentamicina
Rizatriptan	Fluorometolone + Tetraciclina
Altri antiemetrici:	Fluorometolone + Gentamicina
Pizotifene	Fluocinolone acetone + Neomicina
Benzamidi:	Desametasone + Tobramicina
Amisulpride	Cloramfenicolo + Desametasone
Levosulpiride	Cloramfenicolo + Idrocortisone + Neomicina
Sulpride	Argento vitellinato + Idrocortisone
Tiapride	Antinfiammatori non steroidei e antiinfettivi in associazione:
Sostanze antiallergiche, esclusi i corticosteroidi:	Diclofenac + Gentamicina
Nedocromil	Altri antiallergici:
Acido cromoglicico	Nedocromil
Acido spaglumico	Acido cromoglicico

## ESENZIONI DALLA PARTECIPAZIONE ALLA SPESA FARMACEUTICA

<p style="text-align: center;"><b>SOGGETTI TOTALMENTE ESENTI</b></p> <p>Non è dovuta alcuna quota di partecipazione.</p>	<p style="text-align: center;"><b>SOGGETTI PARZIALMENTE ESENTI</b></p> <p>Non è dovuta la quota (20% - 50%) sui farmaci non essenziali (allegato 1 e 2 del decreto del Ministero della Salute 04.12.2001). E' dovuta la quota fissa: 2 euro a pezzo fino a un massimo di 4 euro a ricetta.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Inv. di guerra militari e civili (titolari di pensione diretta vitalizia) dalla 1° alla 8° cat.</li> <li>■ Inv. per servizio 1° cat.</li> <li>■ Inv. civili al 100%</li> <li>■ Ciechi bioculari</li> <li>■ Inv. del lavoro 1° cat. (da 80% a 100%)</li> <li>■ Ex-deportati da campi di sterminio</li> <li>■ Danneggiati da vaccinazione obbligatoria, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati</li> <li>■ Pazienti in trattamento con i farmaci analgesici oppiacei, nella terapia del dolore di cui all'art. 43, comma 3 bis, D.P.R. 309/90 relativamente alle prestazioni disciplinate della legge 08.02.2001 n. 12</li> <li>■ Tossicodipendenti per la terapia metadonica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▲ Esenzioni per patologia (farmaci correlati)</li> <li>▲ Inv. per servizio dalla 2° alla 8° cat.</li> <li>▲ Inv. civili con invalidità superiore ai 2/3 (dal 67% al 99%)</li> <li>▲ Inv. per lavoro con invalidità superiore a 2/3 (dal 67% al 99%)</li> <li>▲ Ciechi (non assoluti) e sordomuti</li> <li>▲ Portatori di patologie neoplastiche maligne</li> <li>▲ Pazienti in attesa di trapianti</li> <li>▲ Tossicodipendenti residenti in comunità di recupero</li> <li>▲ Inv. per lavoro con invalidità inferiore a 2/3 (infer. a 67%) (farmaci correlati)</li> <li>▲ Infortunati sul lavoro o affetti da malattie professionali</li> <li>▲ Vittime della criminalità organizzata e del terrorismo ◆◆◆◆</li> <li>◆ Assistiti di età inferiore a 6 anni se appartenenti a nuclei familiari con un reddito inferiore a 70 milioni (euro 36.151,98)</li> <li>◆ Assistiti di età superiore ai 65 anni se appartenenti a nuclei familiari con un reddito inferiore a 70 milioni (euro 36.151,98)</li> </ul>

- ▲ Pensionati al minimo di età superiore a 60 anni e loro familiari a carico
- ▲ Pensionati sociali e loro familiari a carico
- ▲ Cittadini con reddito familiare complessivo inferiore a 16 milioni (euro 8.263,31), fino a lire 22 milioni (euro 11.362,05) con il coniuge a carico, incrementato di lire 1 milione (euro 516,46) per ciascun figlio a carico

▲ La tipologia di esenzione è indicata dal Medico prescrittore sulla base della documentazione prodotta dall'assistito.

Qualora il tesserino sanitario non sia aggiornato gli stati di esenzione possono essere, altresì, autocertificati sul retro della ricetta, fatte salve le esenzioni riconducibili esclusivamente alla sfera di competenza del medico prescrittore (ad es.: correlazione di un farmaco ad una determinata patologia, portatori di patologie neoplastiche maligne, pazienti in trattamento con i farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore).

◆ Sono autocertificate sul retro della ricetta le esenzioni legate a situazioni reddituali.

Nei casi in cui il Medico prescrivere un medicinale non coperto da brevetto indicandolo come insostituibile o l'assistito non accetti la sostituzione del medicinale con altro equivalente di minor costo la differenza di prezzo è a carico dell'assistito anche se parzialmente o totalmente esente (con l'eccezione dei pensionati di guerra titolari di pensioni vitalizie).

# Partecipazione alla spesa farmaceutica

## CATEGORIE TOTALMENTE ESENTI

Zona della ricetta destinata all'indicazione dell'esenzione	Tipo di esenzione	Quota di partecipazione a carico dell'assistito							
<p>L'esenzione è indicata dal Medico prescrittore biffando la casella contrassegnata dalla lettera "R" posta nella zona "7" in alto a destra del vigente ricettario.</p> <div data-bbox="683 1238 872 1602" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p style="text-align: center;">Esenzione</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 30%;">A</td> <td style="text-align: center; width: 30%;">Altre</td> <td style="text-align: center; width: 30%;">R</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">Reddito</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px;">Barrare se non utilizzato</td> </tr> </table> </div>	A	Altre	R			Reddito			Barrare se non utilizzato
A	Altre	R							
		Reddito							
		Barrare se non utilizzato							

## Partecipazione alla spesa farmaceutica

### 2. ESENZIONI PARZIALI FARMACI CORRELATI A PATOLOGIE CRONICHE O INVALIDANTI

Zona della ricetta destinata all'indicazione dell'esenzione	Tipo di esenzione	Quota di partecipazione a carico dell'assistito
<p>L' esenzione e la correlazione della prescrizione alla patologia sono indicate dal Medico prescrittore biffando la casella contrassegnata dalla lettera "A" posta nella zona "7" in alto a destra del vigente ricettario.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p style="text-align: center;">Esenzione</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> <input checked="" type="checkbox"/> A Altre         </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> R Reddito         </div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> B Barrare se non utilizzato         </div> </div>	<p>Esenzioni per patologia (farmaci correlati a malattie croniche, invalidanti o rare)            D.M.S. 01.02.1991            D.M.S. 28.05.1999 n. 329            D.M.S.18.05.2001 n. 279</p> <p>E' prevista la pluriprescrizione (max tre conf. per ricetta). La prescrizione non può comunque superare i 60 giorni di terapia.</p>	<p>Il paziente è esente dal pagamento della quota percentuale (20% - 50%).</p> <p>Il paziente corrisponde una quota fissa di <b>2 euro per ogni confezione prescritta</b> fino ad un massimo di <b>4 euro per ricetta</b> (compresi i medicinali non essenziali):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2 euro/una confezione</li> <li>4 euro/due confezioni</li> <li>4 euro/tre confezioni</li> </ul> <p>N.B. In caso di prescrizione di "medicinali non essenziali" si applica la quota in percentuale qualora risulti più favorevole per l'assistito rispetto al pagamento della quota fissa.</p>

# Partecipazione alla spesa farmaceutica - 2. ESENZIONI PARZIALI CATEGORIE PARZIALMENTE ESENTI

Zona della ricetta destinata all'indicazione dell'esenzione	Tipo di esenzione	Quota di partecipazione a carico dell'assistito
<p>L'esenzione è indicata dal Medico prescrittore apponendo la sigla "INV." all'interno del riquadro riservato alle esenzioni.</p> <p>Le esenzioni legate a situazioni di reddito sono autocertificate sul retro della ricetta.</p> <div data-bbox="818 1283 1007 1645" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Esenzione</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Altre</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">INV.</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">R</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Barrare se non utilizzato</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Reddito</div> </div> </div>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Inv. per servizio dalla 2a alla 8a cat.</li> <li>■ Inv. civili con invalidità superiore a 2/3 (dal 67% al 99%)</li> <li>■ Inv. per lavoro con invalidità superiore a 2/3 (dal 67% al 99%)</li> <li>■ Ciechi (non assoluti) e sordomuti</li> <li>■ Portatori di patologie neoplastiche maligne</li> <li>■ Pazienti in attesa di trapianti</li> <li>■ Tossicodipendenti residenti in comunità di recupero</li> <li>■ Inv. per lavoro con invalidità inferiore a 2/3 (infer. a 67%) (farmaci correlati)</li> <li>■ Infortunati sul lavoro o affetti da malattie professionali</li> <li>■ Vittime della criminalità organizzata e del terrorismo</li> </ul> <p>Non è prevista la pluriprescrizione (max due conf. per ricetta).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Assistiti di età inferiore a 6 anni se appartenenti a nuclei familiari con un reddito inferiore a 70 milioni (euro 36.151,98)</li> <li>■ Assistiti di età superiore ai 65 anni se appartenenti a nuclei familiari con un reddito inferiore a 70 milioni (euro 36.151,98)</li> <li>■ Pensionati al minimo di età superiore a 60 anni e loro familiari a carico</li> <li>■ Pensionati sociali e loro familiari a carico</li> <li>■ Cittadini con reddito familiare complessivo inferiore a 16 milioni (euro 8.263,31), fino a lire 22 milioni (euro 11.362,05) con il coniuge a carico, incrementato di lire 1 milione (euro 516,46) per ciascun figlio a carico</li> </ul> <p>Non è prevista la pluriprescrizione (max due conf. per ricetta).</p>	<p>Il paziente è esentato dal pagamento della quota percentuale (20% - 50%).</p> <p>Il paziente corrisponde la quota fissa di 2 euro per ogni confezione prescritta fino ad un massimo di 4 euro per ricetta su tutti i medicinali prescritti (compresi i medicinali non essenziali):</p> <p>2 euro/una confezione 4 euro/due confezioni</p> <p>N.B. In caso di prescrizione di "medicinali non essenziali" si applica la quota in percentuale qualora i risultati più favorevoli per l'assistito rispetto al pagamento della quota fissa.</p>



**A.I.O.T.**

**PROVIDER E.C.M.**

ASSOCIAZIONE MEDICA  
ITALIANA DI OMOTOSSICOLOGIA

Associazione di Studi e Ricerche in Omeopatia

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

## CLINICA OMEOPATICA/OMOTOSSICOLOGICA IN GINECOLOGIA OSTETRICA

*(Corso pratico finalizzato alla formazione professionale continua)*

**Genova**      **Sabato, 4 maggio 2002**

Jolly Hotel Plaza  
Via Martin Piaggio, 11

**Relatore:**      **Dr. Gustavo Riccardo Lai**, Medico Chirurgo, Aiuto Dirigente Divisione  
Ostetrica e Ginecologia, Responsabile del Centro per la Menopausa  
**Specializzazione:** Ginecologia ed Ostetricia

**Orari:**            9.15 - 13.00 / 14.30 - 18.00

**Programma:**

### ***Ginecologia***

- Metodologia clinico/strumentale nelle patologie ginecologiche
- Policistosi ovarica: inquadramento allopatico ed omotossicologico
- Infertilità funzionale: inquadramento diagnostico-terapeutico e monitoraggio
- Patologie del basso tratto genitale: dalla malattia al malato

### ***Ostetricia***

- Anamnesi omeopatica e diagnostica strumentale
- Emesi ed iperemesi del 1° trimestre
- Minaccia d'aborto: short fase luteale, ipertono uterino, distacco amnio/coriale
- Minaccia di parto prematuro: allopatia versus omeopatia/omotossicologia (rischi e benefici).

**La partecipazione è gratuita e riservata ai Medici**

Si prega di voler confermare la partecipazione allo 02/28018217

# Ecm, molti nodi da sciogliere

*La formazione a distanza ancora in fase sperimentale*

In questo ultimo periodo stiamo ricevendo all'Ordine telefonate di colleghi che chiedono informazioni sull'Educazione medica continua. Infatti, da quando è partita, dopo vari rinvii, la fase a regime dal 1 aprile, i Medici si sono resi conto che la questione riguarda anche loro e li riguarderà nei prossimi cinque anni. Da quando iniziamo a parlare di ECM sulle pagine di questo bollettino nel luglio 2000 con l'invito a segnalare le società ed associazioni scientifiche, non troviamo un grosso riscontro: il problema ECM era ancora lontano e i rischi di una formazione obbligatoria non venivano assolutamente

considerati, se non in maniera marginale e da pochi. Nonostante lo scarso interesse da parte dei colleghi "Genova Medica" ha continuato sino a gennaio scorso a fornire informazioni, opinioni, aggiornamenti attraverso articoli dai titoli "ECM, pronto lo slittamento" e "E dopo Cernobbio dubbi più fitti"; nell'editoriale del giugno 2001: "ECM slitta tutto a fine anno"; nel luglio/agosto 2001 con l'articolo "ECM, seconda fase sperimentale"; nel novembre 2001 con gli articoli: "ECM la nebbia si avvicina"; nel dicembre 2001: "ECM un minislittamento (ma non si dice)"; nel gennaio 2002: "ECM si parte,



La **SCUOLA DI OSTEOPATIA - E.I.O.M.** S.r.l sede di GENOVA,  
presso l'Ospedale San Martino - Centro di Biotecnologie Avanzate (C.B.A.)

**organizza corsi di formazione professionale**

**per il conseguimento del Diploma di Osteopata D.O.,**

con durata e programmi comuni alle scuole nazionali del Registro degli Osteopati d'Italia (R.O.I.)  
e alle convenzioni internazionali

- ◆ Ordinamento **"part-time"** di sei seminari di quattro giorni ogni anno per sei anni, aperto a Medici, Terapisti della riabilitazione, Diplomatati I.S.E.F., Massofisioterapisti.
- ◆ Ordinamento **"full-time"**, con frequenza a tempo pieno per cinque anni aperto a studenti con diploma di scuola media superiore (solo sede centrale di Padova)

Il metodo didattico consente l'applicazione pratica dei protocolli analitici e applicativi osteopatici fin dai primi mesi di studio. Tempi e qualità di formazione sono garanzia di completa riconoscibilità professionale in Italia e in Europa.

**Iscrizioni entro il 30 settembre 2002 (numero chiuso)**

**Per informazioni:** European Institute for Osteopathic Medicine (E.I.O.M. S.r.l.)

Scuola di Osteopatia - Segreteria: Via Regia, 73 - 35010 Vigonza (PD)

Telefono: 049.893.47.03 - Telefax: 049.893.45.78 <http://www.eiom.it> e-mail: [info@eiom.it](mailto:info@eiom.it)

ma...a strappi" insieme ad una "Lettera aperta al Ministero della Sanità". Questi articoli che reazioni hanno suscitato? Una e-mail e due telefonate di consenso, nessuna risposta di dissenso, di interesse o di preoccupazione. Ora dobbiamo prendere atto che l'ECM è decollata con molti nodi ancora da sciogliere tra i quali la formazione a distanza, che è tuttora in una fase sperimentale, e il mancato accreditamento dei providers; inoltre, da una recente consultazione della banca dati del sito del Ministero, abbiamo constatato che sono pochi gli eventi accreditati. L'unica certezza è che il Medico ha "l'obbligo" di ottenere questi famigerati crediti. Considerato che, forse, le Regioni dovrebbero avere, almeno in una prima fase, un ruolo chiave nell'aggiornamento, in attesa di un ventilato accreditamento delle società ed associazioni scientifiche entro il 2004, ritengo che sia compito dell'Ordine professionale,

ma anche dovere dell'iscritto essere pronti a vigilare affinché l'educazione continua in medicina non diventi l'ennesima farsa all'italiana: purtroppo, debbo dire che i presupposti non sono rassicuranti. Comunque vada a finire, questo Ordine ritiene che un aggiornamento serio e qualificato debba essere gestito dalle società ed associazioni scientifiche attraverso la collaborazione e il confronto con tutti gli enti ed istituzioni che possono essere coinvolti nelle problematiche dell'aggiornamento (Asl, Università, Regione e Ordini dei Medici). Cari colleghi, dopo aver scritto fiumi di parole sull'ECM, gradiremmo sentire anche la vostra opinione e, pertanto vi invitiamo a farlo poichè solo così, l'Ordine potrà riuscire a difendere e tutelare i diritti, il decoro e la dignità professionale. L'Ordine è a vostra disposizione, potete venire personalmente, telefonare, inviare fax, e-mail.

*Alberto Ferrando - Luca Nanni*

**CONTINUITÀ NELL'ASSISTENZA TERAPEUTICA** - Il 15 maggio alle 19,30 all'istituto Champagnat tavola rotonda organizzata dall'associazione Medici cattolici italiani sezione di Genova e coordinata da Mimmo Angeli direttore del Corriete Mercantile con: G. Andreoli, A. Capasso, P. E. Capra, E. Delfino, M. Pierri, R. Tramalloni, direttori sanitari rispettivamente del Galliera, Ist, San Martino, Asl 3, Villa Scassi, Gaslini.

**LA NASCITA E IL NEONATOLOGO:** esperienze e organizzazione della prima emergenza pediatrica - Questo il tema di un corso regionale di aggiornamento in programma il 18 maggio, ore 8,30 alla Chiesa evangelica valdese di via Assarotti 21, a Genova. L'appuntamento è organizzato dall'unità di neonatologia dell'Ospedale Evangelico Internazionale. Inf.: tel. 010-5522264.

**OMEOPATIA E SIMBOLISMO DEL CORPO UMANO:** La conferenza si terrà nell'Aula Magna dell'Università di Genova sabato 25 maggio (ore 15,00/19,00) e domenica 26 (ore 9,00/19,00). Relatore: dr. Valter Fabbro, coordinatrice: dr.ssa Eleonora Gagliano (cell. 335/8296460). Le iscrizioni devono pervenire entro il 20/5 allo 019/624203.

**AGGIORNAMENTI IN PEDIATRIA** - Mercoledì 15 maggio alle 20,30, nell'Aula Magna dell'Istituto Gaslini, riunione su "Difetti di attenzione con iperattività (Adhd)". Interventi di Ludovica Saccomanni, Teresio Ferrando, Rita Pescini, Enzo D'Alessandro, Vincenzo Nuzzo, Paola Pregliasco, Noemi Boiardi, Alberto Ferrando, Giorgio Lepre. Le riunioni sono organizzate dalla sezione ligure della Società italiana di pediatria in collaborazione con Fimp e Apel.

## Tassa rifiuti: stangata (e ricorso) bis

Il Comune di Genova ha rinnovato per il 2002 la stangata sulla tassa rifiuti per gli studi professionali. Già nel 2000 questi locali (nei quali rientrano quelli medici e dentistici) erano stati inseriti nella categoria 4.1 con parametro di riferimento 3, con tariffa tripla rispetto alle abitazioni, arrivando oggi a € 5,55 al mq. Uno studio di 100 mq. quindi dovrebbe pagare per il 2002 ben 555 euro. Ma non abbiamo intenzione di subire e come già nel 2000, quando si presentò ricorso al Tar contro la delibera comunale (ricorso accolto con sentenza dell'autunno scorso che decise l'annullamento di tali atti) ci opporremo con tutti i mezzi legali. Del ricorso è stato incaricato l'avv. Rusca, via Palestro 2/11, tel. 010 8392241 con il quale si deve prendere contatto. Invitiamo i colleghi ad aderire numerosi **entro il 7 maggio** per dare maggior peso al ricorso. Le spese legali saranno sostenute dall'Ordine che, come già sentenziato dal Tar, è legittimato ad impugnare atti di questo tipo per tutelare le ragioni economiche dei propri iscritti.

**CONFERENZE AL DIMI** - **A maggio, giovedì 9 alle 17,00**, Aula magna, discussione su "25 anni di diversione biliopancreatica nell'evoluzione della terapia chirurgica dell'obesità" a cura di Nicola Scopinaro; **il 16** "Nuovi farmaci donatori di ossido d'azoto e possibile impiego terapeutico" a cura di Alessandro Lechi, Università di Verona; **il 23** "Malattie autoimmuni gravi: nuovi indirizzi immunoablativi e trapiantologici", a cura di Alberto Marmont.

**MEDICINA D'EMERGENZA** - Dal 21 maggio al Dimi inizia un corso di perfezionamento in medicina d'emergenza, con durata semestrale, in riferimento al paziente adulto. Il corso vuole soddisfare le esigenze d'aggiornamento e qualificazione professionale di chi opera o intende operare nel settore. Domande in carta legale da indirizzare al Magnifico Rettore dell'Università di Genova entro il 13 maggio, e da far pervenire al Dipartimento amministrativo di supporto all'attività didattica, servizio formazione, settore VI, piazza dell'Annunziata 6 - 16124 Genova.

## La gestione dell'urgenza in un Dea di primo livello

Il pronto soccorso di un grande ospedale è una ineguagliabile piattaforma di studio e di conoscenza se chi vuol approfondire l'argomento, come dire, "ci mette del suo", nel senso che trae deduzioni e indicazioni che provengono da un'esperienza in prima linea. In questa direzione, di concretezza e grande utilità, va sicuramente il volume "La gestione dell'urgenza in un

Dea di 1° livello" di Roberto Puglisi, appena fresco di stampa. Puglisi, per dieci anni in servizio al pronto soccorso di Villa Scassi a Genova Sampierdarena, ha il merito di aver coordinato il lavoro di ben 82 autori, ciascuno dei quali ha tratteggiato singoli argomenti alla luce soprattutto dell'esperienza sul campo. Ne sono scaturiti così numerosi capitoli dedicati ai vari tipi di urgenza (da quella al centro ustioni alla traumatologica, alla neurologica, alla neonatale e così via, ossia tutte le specialità di un Dea di 1° livello) inquadrati comunque in una visione generale ed in una gestione complessa, senza dimenticare casistica, linee guida e aspetti organizzativi.

a cura di  
**Roberto Puglisi**

**La gestione dell'urgenza  
in un D.E.A. di I livello**



*Erga edizioni*

## NUOVE PROSPETTIVE TERAPEUTICHE NELL'EPATITE CRONICA DA VIRUS B

**L'**epidemiologia dell'infezione da virus dell'epatite B (HBV) è sicuramente cambiata negli ultimi anni.

La vaccinazione dei neonati, dei bambini a 12 anni di età non vaccinati precedentemente e degli adulti a potenziale rischio di infettarsi, ha eliminato la possibile trasmissione materno-fetale del virus ed ha creato una coorte di soggetti immuni dall'infezione. Questa strategia, che ha come obiettivo l'eliminazione della trasmissione dell'HBV, ha portato ad una significativa riduzione di nuovi casi di epatite B. Si è infatti passati da un'incidenza nel 1985 di 12 casi x 100.000 abitanti a quella nel 2000 di 2 casi x 100.000 abitanti (dati forniti dal Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta - SEIEVA) in oltre il 50% dei quali è implicata la trasmissione sessuale.

L'infezione da HBV contratta in età adulta guarisce nella maggior parte dei casi con normalizzazione delle transaminasi e comparsa dell'anticorpo anti-HBs. Tuttavia l'1-2% dei pazienti può sviluppare un'epatite fulminante e circa il 10% un'infezione cronica. Di questi pazienti circa un terzo sarà affetto da epatite cronica con la potenziale progressione a cirrosi ed epatocarcinoma nell'arco di tempo di qualche decennio.

Allo stato attuale la prevalenza media in Italia dei portatori cronici di virus B (HBsAg positività nel siero) è inferiore al 2%; nel mondo si stima che i portatori cronici siano circa 300 milioni. La storia naturale

dell'infezione cronica da virus B può variare drammaticamente tra i vari soggetti. Si possono infatti delineare vari modelli: 1) il portatore cronico sano caratterizzato dalla persistente normalità delle transaminasi senza segni virologici di replicazione virale (HBV-DNA negativo) e di attività di malattia (IgM anti-HBc negativo); 2) il portatore cronico con malattia attiva caratterizzata dal persistente incremento delle transaminasi con segni virologici di replicazione virale (HBV-DNA positivo) e di attività di malattia (IgM anti-HBc positivo); 3) il portatore cronico con malattia remittente caratterizzata dalla fluttuazione delle transaminasi e della replicazione virale con intervalli di tempo anche lunghi di normalità.

Nella pratica clinica quotidiana è fondamentale identificare il portatore cronico di HBV affetto da malattia epatica. Non è infatti sufficiente un reperto biochimico isolato di transaminasi normali per etichettare un portatore come "sano". Il portatore cronico con malattia remittente, subdola e progressiva, potrà essere scoperto solo mediante un periodico monitoraggio biochimico.

La terapia dell'epatite cronica da HBV è ancora un problema aperto. Il suo obiettivo primario è quello di inibire la replicazione virale inducendo quindi una remissione biochimica, espressione di un arresto della progressione dell'epatopatia. L'alfa-interferone impiegato ormai da oltre 10 anni associa all'azione antivirale quella immunomo-

dulatoria che aumenta la clearance degli epatociti infetti. Ad una iniziale remissione in circa il 50% dei pazienti, la risposta sostenuta dopo il ciclo di trattamento si ottiene nel 10-30% dei pazienti. Tuttavia, nonostante questi risultati apparentemente non soddisfacenti, recenti studi italiani e greci hanno dimostrato che l'alfa-interferone riduce la progressione di malattia di 2,5 volte rispetto al paziente non trattato ed inoltre riduce l'incidenza di epatocarcinoma e di morte per epatopatia.

La lamivudina, un nucleoside analogo, già nota per l'impiego nel paziente con infezione da HIV, è stata recentemente introdotta in commercio nella terapia dell'epatite cronica da HBV. Essa inibisce la polimerasi virale impedendo la formazione di virioni. Il farmaco è ben tollerato dai pazienti e ciò è stato dimostrato da studi clinici controllati in cui i profili degli effetti collaterali della lamivudina e del placebo erano pressochè simili. L'efficacia durante terapia è significativa ma il "relapse" alla sospensione si manifesta nella maggior parte dei casi. Il suo impiego è anche esteso nei pazienti con cirrosi in lista per trapianto di fegato nei quali inibisce la replicazione virale e, dopo il trapianto, previene la reinfezione del fegato trapiantato. Il legittimo entusiasmo che ha accolto la lamivudina è parzialmente mitigato dall'evidenza che durante il trattamento possono emergere ceppi virali resistenti che condizionano l'efficacia della terapia. Ciò avviene nel 15-25% dei pazienti dopo un anno di terapia, in circa il 40% dopo 2 anni ed in circa il 50% dopo 3 anni. Fortunatamente nuovi farmaci

antivirali sono in avanzato stadio di sviluppo. L'adefovir dipivoxil (non ancora in commercio), anch'esso nucleoside analogo e potente inibitore della replicazione dell'HBV, mantiene l'efficacia nei ceppi virali divenuti resistenti alla lamivudina per cui la loro associazione dovrebbe fornire una sostenuta efficacia virologica. Un recente studio italiano ha dimostrato che la combinazione di alfa-interferone e lamivudina nella prima fase del trattamento ridurrebbe l'incidenza della resistenza alla lamivudina senza peraltro incrementare la risposta terapeutica. E' in corso di valutazione l'efficacia dei nuovi interferoni "pegilati", più adatti al trattamento "long-term", impiegati da soli o in combinazione con lamivudina.

In conclusione allo stato attuale si possono effettuare alcune riflessioni: 1) nonostante la vaccinazione ed il significativo decremento di nuovi casi di epatite B, esiste ancora un significativo numero di pazienti portatori di HBV affetti da epatite cronica; 2) nel nostro paese l'epatite cronica da HBV è caratterizzata da un particolare quadro virologico e clinico con malattia ad andamento remittente e quindi subdola se valutata superficialmente; 3) individuare un paziente con epatite cronica da HBV permette di ridurre il rischio di sviluppo di cirrosi ed epatocarcinoma attraverso l'impiego di un armamentario terapeutico che si avvia all'ottimizzazione del rapporto costo/beneficio; 4) la lamivudina, in monoterapia o in associazione con l'alfa-interferone si propone come farmaco che arricchisce il potenziale terapeutico dell'epatite cronica da virus B.

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI GENOVA  
Sono in corso sia le richieste di patrocinio presso l'Università degli Studi di Genova, Regione Liguria, Fnomceo, che le procedure di accreditamento da parte della commissione Ecm del Ministero della Sanità

**Corso di aggiornamento "Etica e deontologia nella professione medica"**

Sala convegni, Banco di Sardegna

Palazzo Spinola dei Marmi, Via San Sebastiano, 20 Genova

.....

**Giovedì 16 maggio ore 20.30**

*"Rapporto medico-cittadino"*

dr. Sergio Castellaneta, prof. Piero Micossi  
Moderatore: dr. Enrico Bartolini

**Giovedì 23 Maggio ore 20.30**

*"Informazione e consenso"*

prof. Marcello Canale, dr. Francesco Lalla  
Moderatore: dr. Alberto Ferrando

**Giovedì 30 Maggio ore 20.30**

*"Diritti del morente"*

prof. Franco Henriquet,  
sig.ra Maria Chighine  
Moderatore: Dott. Enrico Bartolini

**Giovedì 6 Giugno ore 20.30**

*"Eutanasia ed accanimento terapeutico"*

prof. Giandomenico Sacco - Padre Luca Bucci  
Moderatore: prof. Emilio Nicola Gatto

**Giovedì 13 Giugno ore 20.30**

*"L'assistenza all'anziano autosufficiente e non negli anni 2000"*

dr.ssa Anna Banchemo, dr. Ernesto Palummeri  
Moderatore: dr. Massimo Blondett

**Giovedì 20 Giugno ore 20.30**

*"Sperimentazione clinica"*

prof. Pietro Crovari, dr.ssa Ivana Valle  
dr.ssa Elena Battistini, dr. Pierclaudio Brasesco  
Moderatore: Dott. Luca Nanni

**Relatori:** **Dott.ssa A. Banchemo** Dirigente del Settore Promozione Sociale e Interventi per la famiglia - Regione Liguria Consigliere d'Amministrazione Istituto Brignole - Genova, **Dott.ssa E. Battistini** Dirigente medico struttura complessa (ex II Livello), Divisione di Pneumologia I.R.C.C.S. Istituto G. Gaslini Genova, **Dott. P. Brasesco** Medico di Medicina Generale, **Padre L. Bucci** Medico Chirurgo, Responsabile Diocesi di Genova Settore Sanità, **Prof. M. Canale** Professore Ordinario, Direttore Istituto di Medicina Legale, Direttore Scuola di Specialità di Medicina Legale Università degli Studi di Genova, **Dott. S. Castellaneta** Presidente Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Genova, **Sig.ra M. Chighine** Presidente Confederazione dei Centri Liguri per la Tutela dei Diritti del Malato - Genova, **Prof. P. Crovari** Professore Ordinario Cattedra di Igiene Università degli Studi di Genova, **Prof. F. Henriquet** Presidente Associazione Gigi Ghirelli, **Dott. F. Lalla** Procuratore Aggiunto della Procura della Repubblica presso il Tribunale di Genova, **Prof. P. Micossi** Assessore alla Sanità Regione Liguria, **Dott. E. Palummeri** Primario Divisione di Geriatria E.O. Ospedali Galliera - Genova, **Prof. G. Sacco** Già Primario Divisione Neurologia E.O. Ospedali Galliera - Genova, **Dott.ssa I. Valle** Dirigente Medico ASL n° 3 Genovese.

**Segreteria Scientifica:** E. Bartolini, A. Ferrando, L. Nanni, G. Sacco. **Segreteria Organizzativa:** Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Genova. Il corso è limitato a 100 partecipanti. Le adesioni dovranno pervenire entro il 14 maggio p.v. alla segreteria organizzativa dell'Ordine dei Medici (via fax al n. 010593558 o via e-mail a: segreteria@omceoge.it).

## ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI GENOVA

In collaborazione con il D.I.M.I. Divisione di Reumatologia Facoltà di Medicina e Chirurgia  
Azienda Ospedaliera Ospedale San Martino e Cliniche Universitarie Convenzionate

### Corso di aggiornamento

#### "VIII CORSO DI REUMATOLOGIA. DILEMMI TERAPEUTICI IN REUMATOLOGIA"

Martedì 14 - 21 - 28 maggio ore 20,30 - Hotel Bristol via XX Settembre. 35 Genova

#### Martedì 14 maggio ore 20.30

*"I glucocorticoidi non andranno in pensione"*

Relatore: prof. Maurizio Cutolo

Interventi preordinati e discussione

#### Martedì 21 maggio ore 20.30

*"Artros: meglio gli analgesici o gli antinfiammatori?"*

Relatore: prof. Marco Amedeo Cimmino

Interventi preordinati e discussione

#### Martedì 28 Maggio ore 20.30

*"Artrite reumatoide quando e come usare i farmaci biologici"*

Relatore: Prof. Bruno Seriole e dr. Alberto Sulli

Direttori e moderatori: prof. Francesco Indiveri Direttore D.I.M.I., prof. Maurizio Cutolo Divisione Reumatologia D.I.M.I.. Relatori: prof. Marco Cimmino Ricercatore Divisione Reumatologia D.I.M.I., prof. Maurizio Cutolo Professore Straordinario di Reumatologia D.I.M.I., prof. Bruno Seriole Ricercatore Divisione Reumatologia D.I.M.I., dr. Alberto Sulli Assegnista Universitario Divisione Reumatologia D.I.M.I..

Le adesioni dovranno pervenire alla Segreteria Organizzativa dell'Ordine dei Medici per iscritto entro e non oltre il 10 maggio p.v. (via fax al n.010/59.35.58 oppure via e-mail: segreteria@omceoge.it). Al termine del Corso verrà rilasciato un attestato di partecipazione.

# Lettere al Direttore



## All'ospedale di Recco c'è un'unità di anestesia

In merito all'articolo comparso sul numero di marzo 2002 di *Genova Medica* "Alle prese con i soliti problemi", desidero fare alcune precisazioni soprattutto per quanto affermato a pagina tre, rigo diciassette, (...due reparti chirurgici a Recco, con anestesia da un'altra parte). All'ospedale Sant'Antonio di Recco, che fa parte della Asl 3 Genovese e che è sede del dipartimento medico chirurgico del Levante genovese, esiste da oltre due anni una unità operativa di anestesia costituita da un dirigente

medico di II° livello e da tre dirigenti medici di I° livello, tutti specialisti in anesthesiologia e ri-anestesia. La nostra attività viene svolta con le unità operative di chirurgia generale ed ortopedia e traumatologia tutti i giorni della settimana, affiancando all'attività di sala operatoria un Servizio ambulatoriale per le visite preoperatorie, per terapia antalgica, ed inoltre attività di consulenza per la Unità Operativa di medicina e per il Pronto soccorso. Un medico anestesista svolge inoltre servizio di pronta reperibilità

nelle ore notturne e nei giorni festivi, garantendo la disponibilità sulle ventiquattro ore. Quanto sopra esposto per meglio precisare l'attività svolta da quattro medici anestesisti che nel corso dell'anno 2001 hanno consentito l'effettuazione di oltre 1800 interventi chirurgici e di circa 1500 prestazioni ambulatoriali.

**Alberto Quarati**

dirigente medico II° livello U.O. anestesia Ospedale di Recco

*Caro collega, ti ringrazio per la doverosa precisazione trasmessa e ti porgo le mie scuse per quanto pubblicato su Genova Medica. Ritenevo che la situazione di qualche anno fa fosse rimasta invariata e solo ora apprendo questo importante cambiamento e me ne compiaccio. Nella speranza che altre problematiche, tra cui quelle ad esempio citate nell'articolo in questione, vengano risolte in senso positivo, ti saluto cordialmente. (S.C.)*



## Dentisti Notizie

A cura di Massimo Gaggero

Da: [www.andi.it](http://www.andi.it)

**18/03/2002: Niente Irap per i dentisti lo dice la CTP di Alessandria!**

**L'**attività dello studio dentistico è esclusa dall'Irap: ciò in quanto non è concepibile un'organizzazione autonoma che prescindia dall'apporto personale del libero professionista-odontoiatra. La sentenza è la 229/06/01 della Commissione Tributaria Provinciale di Alessandria. La valutazione, caso per caso, suggerita dalla Corte

Costituzionale porta ad una unica conseguenza: l'attività odontoiatrica non può mai esercitarsi "a prescindere dall'apporto personale del dentista, che di tale attività ne è l'anima indispensabile e imprescindibile".

**E' possibile per i soci Andi Genova richiedere informazioni in segreteria per il ricorso Irap a cui è ancora possibile accedere.**

### Torneo di calcio per beneficenza

**S**abato 18 giugno si svolgerà presso lo Stadio Carlini di Genova, con inizio alle ore 15,00 il 2° torneo di calcio organizzato dai Lions di San Siro di Struppa. L'incasso della giornata verrà devoluto interamente a favore del "Service nazionale traumi cranici" e al "Service distrettuale banca degli occhi". L'offerta è libera con un contributo minimo di 5 euro. Per informazioni: dr. Faustina Vacca tel. 010/21.70.90 - 335/6776217, presidente del Club Lions.

### Disenso Andi - Colgate









L'Andi, tramite il suo presidente nazionale Amori, ha inviato a tutti i Soci e agli esercenti la professione un modulo di dissenso già predisposto da far pervenire alla "Colgate-Palmolive" critico all'iniziativa "I-denticard". Di tale fatto è stato informato il consiglio dell'Ordine dei Medici e la Commissione odontoiatri.

CIDO

# ASSOCIAZIONE SINDACATI SPECIALISTICA CONVENZIONATA ESTERNA (A.S.S.C.E.)

STRUTTURE PRIVATE ADERENTI - (PROVINCIA DI GENOVA 1998)

L'Associazione è responsabile solo della veste grafica e non dei dati riguardanti le singole strutture.

STRUTTURE PRIVATE	INDIRIZZO E TEL.	PC	Ria	MN	RX	RT	TF	S	DS	T	RM
<b>IST. BARONE</b> Dir. San.: Dr. G. De Lucchi R.B.: Prof. Feraboli Spec.: Radiologia	GENOVA P.sso Ponte Carrega 35/37 010/8367213				✓		✓	✓		✓	✓
<b>IST. BIOMEDICAL</b> certifi. ISO 9002   Dir. San.: Dr. G. Castello Spec.: Rad. Diagn. Dir. Tec.: Day-Hospital D.ssa M. Romagnoli Spec. Derm. Dir. Tec.: D.ssa P. Nava (biologa) Spec.: Igiene Dir. Tec.: Dr. V. Molinari Spec.: Otorinolaringoiatria Dir. Tec.: Dr. S. Schiavoni Spec.: Radiodiagnostica Dir. Tec.: Dr. F. Civera Spec.:Ter. Fis. e Riabilit. Dir. Tec.: Dr. L. Corsiglia Spec.: Cardiologia - Dr. G. Molinari Spec.: Cardiologia Dir. Tec.: Dr. G. Schiavi Spec.: Neurofisiopatologia	GENOVA Via Prà 1/B 010/663351 www.biomedicalspa.com	✓	✓		✓		✓	✓		✓	✓
<b>Poliambulatorio specialistico</b> Dir. Tec.: Dr. S. Venier Medico Chirurgo	GENOVA - PEGLI Via Martiri della Libertà, 30c 010/6982796 Via Teodoro di Monferrato, 58r. 010/6967470 - 6982796										
<b>Punto prelievi</b> Responsabile Dr. S. Vernier Medico Chirurgo											
<b>IST. BIOTEST ANALISI</b> certifi. ISO 9002   Dir. San. e R.B.: Dr. F. Masoero Spec.: Igiene e Med. Prev.	GENOVA Via Maragliano 3/1 010/587088	✓	✓					✓	✓		
<b>IST. CHIROTHERAPIC</b> Dir. Tec. e R.B.: D.ssa A. Zanni Spec.: Medicina Fisica e Riabil. Dr.R. Lagorio Spec. Rad. Med. Dir. Tec.: D.ssa M. Verardo Spec.: Fisioterapia Dir. San.: Dr. G.C. Bezante Cons. Fis.: Dr. M. Dogliotti Spec. Fisioterapia	GENOVA C.so Buenos Aires 11/2 010/562212  Via Macaggi, 25/10 010/5702107 Via S. Desiderio 16 (Ge- Rapallo) - 0185/62621				✓		✓				
<b>IST. Radiologico e T. Fisica CICIO</b> Dir. San. e R.B.: Dr. G. Cicio Spec.: Radiologia	GENOVA C.so Sardegna 40a 010/501994				✓	✓	✓		✓		
<b>IST. EMOLAB</b> Dir. San. e R.B.: Dr.ssa R. Iannone L.D.: Chim. e Microscopia Clinica R.B.: Dr. S. De Pascale Spec. Radiologia	GENOVA Via G. B. Monti 107r 010/6457950 010/6451425	✓	✓		✓			✓	✓		
<b>IST. FIDES</b> Dir. Tec.: Dr. C.E. Scielzo Spec. Medicina Fisica e Riab. Dir. Tec.: D.ssa Caterina Sgarito Spec. Fisioterapia	GENOVA Via Bolzano, 1B 010/3741548 Via G.B. Monti, 9/4 010/4171118 - 6469491				✓		✓				
<b>IST. GALENO</b> Dir. san. e R.B.: D.ssa G. Barberis Biologo Spec.: Igiene or. Lab. R.B.: Dr. A. Caneda Spec. Radiologia Medica Dir. tec.: Dr. E. Gamba Spec. Ter. Fisica e Riabilitaz.	GENOVA P.sso Antiochia 2a 010/319331 010/594409 010/592540	✓			✓	✓	✓	✓	✓		
<b>IST. GIORGI</b> Dir. San. e R.B.: Dr. G. Giorgi Spec.: Rad. Med. Ter.Fis. e Fkt.: D.ssa P. Spigno Spec.: Fisiatria Dir. San. e R.B.: Dr. P. Sconfienza Spec.: Rad. Med. Ter.Fis. e Fkt.: Dr. S. Tanganelli Spec.: Fisioterapia	GENOVA Via XII Ottobre 114B/R 010/592932 Via Vezzani 21r 010/7457474/5	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<b>IST. I.R.O. Radiologia</b> Dir. Tec. e R.B.: Dr. L. Reggiani Spec.: Radiodiagnostica R.B.: Dr. G. Verso Spec.: Reumatologia	GENOVA Via Vannucci, 1/15 010/561530-532184				✓		✓	✓	✓		
<b>IST. ISMAR</b> certifi. ISO 9002   Dir. San. e R.B.: Dr. Ferruccio Costa Spec.: Patologia Clinica ind. gen. e dir. R.B.: Prof. Paolo Romano Spec.: Cardiologia	GENOVA Via Assarotti, 17/1 010/8398478 fax 010/888661	✓	✓					✓			
<b>IST. LAB</b> certifi. ISO 9002   Dir. San.e R.B.: D.ssa P. Aytano Biologo Spec.: Microbiologia	GENOVA Via Cesarea 12/4 010/581181 - 592973	✓	✓					✓			