

Come potete vedere su questo numero del nostro Bollettino "Aesernia Medica", il Consiglio Direttivo, la Commissione degli Odontoiatri ed il Collegio dei Revisori dei Conti del nostro Ordine Provinciale è stato parzialmente rinnovato. Sono state distribuite anche le cariche ordinistiche per il prossimo triennio.

Un caro ringraziamento a tutti i colleghi medici ed odontoiatri che hanno contribuito a darci la loro fiducia (spesso manifestata anche con affetto) in occasione delle recenti elezioni.

Devo però segnalare con rammarico che l'afflusso ai seggi non è stato quello atteso. Evidentemente gli impegni di lavoro per molti, ma anche la pigrizia per altri, non hanno consentito di ricordare un evento che, pur non rientrando tra i doveri del medico e dell'odontoiatra, rappresenta un momento fondamentale per la vita degli Ordini ed anche un impegno deontologico che non può essere disatteso per futili motivi.

Il nuovo Consiglio Direttivo ha già istituito le Commissioni Ordinistiche, sottoposte alla vostra attenzione ed elencate in questo Bollettino, che sono aperte al libero contributo volontario di tutti gli iscritti e che rappresentano la nostra linfa vitale.

È necessario rivendicare con forza in ogni sede istituzionale la presenza ed il ruolo fondamentale dei medici nella programmazione in materia sanitaria. Rimane un mistero sul perché le decisioni della Regione sul Piano Sanitario o quelle della A.S.Re.M. sull'assetto futuro degli ospedali e della medicina del territorio vengano prese senza chiedere almeno un parere consultivo e propositivo agli Ordini provinciali.

Un'altra considerazione è necessaria in merito alle notizie riportate con rilevanza dagli organi di stampa locale. Sembra che la sanità ed i medici di questa regione possano comparire in prima pagina solo se si verificano eventi, a volte purtroppo tragici ma spesso solo strumentalizzati da qualcuno, di "malasanità" che, entro certi limiti, fanno parte dell'accidentale o del fortuito connessi all'esercizio di qualsiasi professione.

Mai una qualche rilevanza ai successi, ben più numerosi, dei nostri medici, che tutti, senza distinzione di ruolo, quotidianamente si dedicano ai pazienti con spirito di abnegazione che travalica i propri doveri istituzionali. Certe inefficienze non possono essere attribuite alle responsabilità dei medici ma alle gravi inadempienze degli amministratori, troppo spesso distratti da altro non sempre conciliabile pienamente con gli interessi dei cittadini.

Consentitemi di accennare a qualcuno dei problemi degli ospedali, di cui ho maggiore competenza, ma il dibattito è aperto ed il nostro Bollettino intende ospitare tutti gli interventi dei nostri iscritti. Non è possibile che la mole di lavoro debba ricadere sulle spalle di pochi operatori superstiti senza rinnovare le piante organiche ormai carenti in tutti i servizi e per tutte le figure professionali. È impossibile lavorare con tecnologie ormai obsolete e che non vengono rinnovate o adeguate ai moderni standard. È impensabile che i costi della sanità continuino a lievitare per spese addirittura voluttuarie o che arrecano ai pazienti solo benefici irrilevanti. Non si può rimodellare la struttura degli ospedali senza un piano prospettico sugli obiettivi da raggiungere.

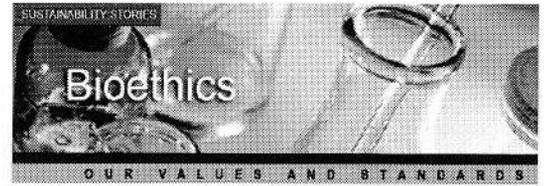
La scusa che mancano i soldi è assolutamente infondata: la razionalizzazione imposta dal governo centrale non vuol dire razionamento delle risorse, ma razionalità delle scelte. Evidentemente a qualcuno manca la competenza tecnica necessaria o un minimo di nozioni sui principi etici che dovrebbero guidare il suo operato. Qualche maligno ipotizza che troppo spesso certe operazioni siano dovute alla disonestà, ma a questo non voglio dare credito. Almeno per ora.

Intanto, sperando che il nostro "privato" possa essere più ricco di soddisfazione, un augurio affettuoso a tutti voi ed alle vostre famiglie per le prossime festività pasquali.

Sergio Tartaglione

BIOETICA E MEDICINA

Principi etici europei



DI GIORGIO BERCHICCI

Nell'ottobre dello scorso anno, durante il meeting autunnale della UEMS, Unione Europea dei Medici Specialisti, che si è tenuto a Copenaghen, sono stati adottati dall'Assemblea Generale i Principi Etici Europei.

Non sfugge la grande importanza di questa notizia, per una serie di motivazioni, alcune delle quali facilmente intuibili (la necessità di offrire delle risposte allo sviluppo tecnologico continuo, l'esigenza di porre sempre più il paziente al centro della relazione medico-paziente, il rinnovato impegno legislativo in funzione del cittadino anche da parte delle istituzioni europee), altre meno immediate (il ruolo delle associazioni mediche europee nei confronti dei principi etici, l'attenzione dell'Europa alla loro azione politica, il ruolo della UEMS nel panorama europeo).

Nessuno mai, prima d'ora, aveva pensato di elaborare, o anche semplicemente di aggiornare, un elenco valoriale che potesse essere osservato e condiviso in tutti i Paesi che aderiscono alla UE: i quattro principi della Bioetica principialista (principio di autonomia del paziente, di benevolenza, di non maleficenza, di equità) sono universalmente da tempo accettati e nessuno li mette in discussione: ad essi sono stati aggiunti la Privacy, il conflitto d'interessi, l'Educazione medica continua (ECM/CPD).

La UEMS, che è stata fondata nel 1958, all'indomani della firma del Trattato di Roma che è dell'Aprile del 1957, è nata proprio per favorire l'armonizzazione della preparazione dello specialista europeo, difendere il suo status professionale, migliorare il suo percorso formativo.

Questa Associazione ha la

vorato con operosità nei suoi ambiti per circa quarant'anni, poi la svolta di qualità con la "scoperta" dell'ECM e la necessità di un percorso di aggiornamento professionale continuo che non è solo un imperativo dovuto all'opportunità di rinfrescare elementi conoscitivi che, dopo soli cinque anni di uscita dall'Università, sono già superati, ma un ben preciso dovere etico nei confronti del paziente oltre che nei propri confronti.

Ecco, quindi, la scelta di fondare una struttura apposita, denominata EACCME, che potesse essere il luogo di sviluppo e di scambio di esperienze educative comuni agli specialisti europei, potesse essere il luogo in cui validare i crediti ottenuti frequentando non solo gli ormai ben noti eventi formativi, ma anche prendendo parte ad occasioni di apprendimento più coinvolgenti che vengono indicati con il nome di Sviluppo Professionale Continuo (CPD) e che consistono nell'Audit clinico, nello studio del risk management, dell'impianto di biblioteche multimediali, di scambi di esperienze cliniche oltre che di pubblicazioni scientifiche indicizzate.

Sul conflitto d'interessi comincia ad esserci una bibliografia piuttosto ampia: non è solo una serie di condizioni in cui il giudizio professionale concernente un interesse primario (come la salute del paziente o la validità di una ricerca scientifica) tende ad essere indebitamente interessato da un interesse secondario (come un guadagno finanziario), ma anche l'occasione di ottenere un vantaggio personale (come nel rapporto di relazione tra alcuni nomi influenti della Medicina e l'industria farmaceutica) e, soprattutto, l'obiettività di interpretazione dei risultati dei

trial clinici. Come è noto a tutti, oggi la battaglia si gioca sul campo dei media, e quindi è veramente difficile per un medico decidere se un'informazione è interamente corretta, o usata per suggerire conclusioni che possono essere sbagliate o, in modo molto sottile, indurre a pensare nello stesso modo in cui desidera l'industria farmaceutica...

Infine, la Privacy, che è un diritto fondamentale del cittadino, riconosciuta nelle apposite leggi proposte ed approvate in tutti i Paesi dell'Unione Europea, ed ha un grandissimo valore etico, potendo risalire alla legge dell'Habeas Corpus emanata in Inghilterra nel 1672: per la prima volta, si concedeva al singolo individuo la proprietà e l'inviolabilità del proprio corpo.

Anche noi che ci occupiamo di Odontoiatria siamo chiamati al rispetto di questi valori, e non tanto perché ormai fanno parte di noi, del nostro modo d'essere (se l'Odontoiatria italiana è ai primissimi posti nel Mondo si deve oltre che alla indubbia preparazione tecnica degli Odontoiatri, alla sensibilità con cui vivono quotidianamente i problemi di rispetto e valorizzazione del cittadino paziente), quanto perché sono gli elementi fondanti di quella che sempre più spesso viene invocata come nuova alleanza terapeutica.



BIOETICA E MEDICINA

La solidarietà e i giovani



L'indifferenza che si manifesta spesso di fronte agli handicap fisici e mentali, deve farci riflettere per affrontare nella maniera adeguata le malattie neurologiche e psichiatriche. L'accoglienza, l'assistenza e la socializzazione rivolta alle persone anziane affette da demenza, sono sicuramente un problema che sempre di più sta interessando la società attuale, che presenta un'aspettativa di vita che tende a dilatarsi ancora.

È fondamentale, pertanto, la diffusione della conoscenza delle malattie. Quest'opera è svolta da associazioni del settore, sorte proprio per difendere i diritti dei malati e portare sostegno alle persone che vedono stravolgere la vita dell'intera famiglia, assistendo i propri cari come nel caso della malattia di Alzheimer. Ci piace citare – tra le tante che in Italia si prodigano per questa patologia, con iniziative, convegni, corsi finalizzati all'assistenza di qualità del malato – l'Associazione Malati Alzheimer e Telefono Alzheimer Umbria (A.M.A.T.A. Umbria), con sede a Perugia, il cui presidente è la Dott.ssa Annalisa Longo, salernitana di origine.

Credo che l'attività di sensibilizzazione debba essere rivolta soprattutto ai giovani, in maniera che si possa creare la consapevolezza che le persone anziane, questi nostri nonni debbano essere aiutati e accuditi durante un periodo della vita così

difficile e irto di ostacoli. I nonni e la loro dolce voglia di abbracciare i nipoti con i loro occhi lucidi, pieni di rughe ci donano freschezza senza niente in cambio. Ci riempiono la vita di storie e di pensieri. Cantano i sogni, colorati di rosa. Hanno fede nella nostra forza, ci ricordano i doveri col loro carico di esempi. Hanno sempre pronto il sorriso per ammansire i duri. Vogliono le nostre carezze più che i nostri doni. Risulta impellente coinvolgere sempre più i giovani, riponendo in essi la speranza per un futuro migliore. Sarete voi con il vostro entusiasmo e coraggio a dire no al suicidio dell'umanità. Siate uniti e utili, premurosi e pazienti, mai egoisti e avidi, per amare la povera gente, non disprezzando i rom, i disadattati, i malati di mente, gli emarginati, condividendo il loro dramma. Aiutate il prossimo, fiducioso, che tende la mano, in cerca d'amore, bisognoso d'affetto. Per tutto questo, la magia della vita è tutta in un semplice gesto d'amore. "Amando salverete il mondo!" – così Raoul Follereau rivolgendosi ai giovani. L'umanizzazione della cura e della salute, i cardini della missione di Papa San Celestino V e di San Camillo De Lellis, e che trovavano spazio già nella Scuola Medica Salernitana, dovrebbero essere ancora oggi alla base dell'attività degli operatori sanitari. Il malato deve essere visto nella sua interezza di mente, corpo, spirito, senza tralasciare l'ambiente in cui vive. È l'intento primario che deve coinvolgere tutte le connotazioni emozionali del medico che si avvicina alla sofferenza dei pazienti col proprio bagaglio di sentimenti, sogni, capacità professionali per confortare sempre, curare spesso, guarire quanto più è possibile.

Antonino Picciano



Omeopatia: è veramente efficace?

Titolo provocatorio per ribadire ancora una volta l'accanimento perpetrato dagli organi d'informazione verso le Medicine Complementari e soprattutto nei confronti dell'Omeopatia. La Medicina Omeopatica, nata circa 200 anni fa ad opera del medico Samuel Hahnemann, utilizza rimedi vegetali, animali, e minerali indirizzati allo stimolo delle difese immunitarie naturali dell'individuo. Prende in considerazione sia gli aspetti anatomico-patologici che quelli ereditari, costituzionali, ambientali, mentali, emotivi. Alcuni mesi fa, la rivista Famiglia Cristiana, ha ospitato le opinioni del farmacologo Silvio Garattini e del prof. Leonello Milani, direttore scientifico de "La Medicina Biologica", sul tema "Omeopatia sì o no". Garattini ha ribadito che «le diluizioni utilizzate nei prodotti omeopatici sono talmente spinte che si accorge che essi non contengono nulla». Ritiene, inoltre, che chi si cura con questi prodotti mette in pericolo la propria salute.

Il Prof. Milani, vice presidente dell'AIOT, pone l'accento sul fatto che molti medici continuano a definire il farmaco omeopatico come "acqua fresca", ignorando i risultati della sperimentazione clinica attuata presso le università, ospedali, istituti di cura e ricerca, pubblicati su riviste internazionali e che comprovano l'efficacia dei rimedi. Il Comitato scientifico dell'AIOT (Associazione Medica Italiana di Omotossicologia) e Guna Editore per fare chiarezza sull'argomento pubblicano, dal 2002, un testo contenente centinaia di lavori scientifici estratti dalla vasta bibliografia omeopatica, selezionando solo le pubblicazioni che rispettino in modo rigoroso i criteri e le metodologie

basate sull'evidenza scientifica (EBM) e la Good Clinical Experimental Practice.

Nella quarta edizione, aggiornata al 2008, vengono analizzati gli studi farmacologici in vitro e in vivo e intra vitam relativi all'attività biologica dei medicinali omeopatici e presi in considerazione gli studi clinici sull'uomo controllati o versus placebo o versus farmaco corrispondente allopatico. Le Banche Dati Internazionali (Medline, Embase, Ovid, Cancerlit, Cinahl, Biosis, British Library, Stock Alert Service, SIGLE, Amed, PubMed) e le principali riviste mediche internazionali (Lancet, Cancer, Microvascular Research, Nature, Neuroreport, Biomedical Pharmacotherapy, Phlebology, Journal of Psychosomatic Research, International Journal of Neurosciences, European Journal of Clinical Pharmacology, Immunopharmacology and Immunotoxicology, Integrated Cancer Therapy, Human Toxicology, Physica, Bulletin of Cancerology, Rheumatologia, Inflammation Research, Experimentia, British Medical Journal, Explore, British Journal of Clinical Pharmacology, Thorax, Annals of Internal Medicine, Pediatrics, Allergologie, ecc.) hanno pubblicato i risultati di sperimentazioni cliniche controllate, metodologicamente attendibili, da cui emerge l'efficacia terapeutica dei farmaci omeopatici in diverse patologie. Gli studi clinici controllati riguardano in ordine decrescente i seguenti Apparatati o Patologie:

1) Apparato Respiratorio (Asma Bronchiale, Bronchite Asmatica, Flogosi Vie Aeree Superiori), Sindromi Influenzali, O.R.L. (Otitis media, Sinusite, Catarro Tubarico, Corizza, Rino-



faringite);

- 2) Apparato Artro-Mio-Fasciale (Artrite Reumatoide, Traumi, Gonartrosi, Emartro, Fibromiosite, Distorsione tibio-tarsica, Lombalgia, Sindrome del Tunnel Carpale, Epicondilitis, Cervicalgia, Crampi Muscolari, Lesioni ai Legamenti Crociati, Conflitto Sub-Acromiale, Coxartrosi Cronica Primaria);
- 3) Allergie (Riniti ed Oculoriniti, Asma Bronchiale Allergico);
- 4) Apparato Gastro-Enterico (Gastrite, Colon irritabile, Colecistite, Ragadi Anali, Diarrea, Vomito, Crampi Gastro-Intestinali);
- 5) Chirurgia, Proflassi, Complicazioni Post-Operatorie (Ileo Dinamico, Infezioni Post-Operatorie, Complicazioni Post-Estrattive, Agitazione Psico-motoria post-operatoria, Algie Post-Tonsillectomia, Ferita Chirurgica, Prevenzione di complicazioni da chemioterapia);
- 6) Ginecologia e Ostetricia



(Leucorrea, Sindrome Premestruale, Dolore - Parto, Travaglio - Parto, Condilomatosi, Menopausa, Emorragie Post-Partum, Infertilità Funzionale, Tossiemia Gravidica);

- 7) Neurologia (Odontonevralgia, Cinetosi, Afasia, Emicrania, Trauma Cranico, Sindrome da Stanchezza Cronica, Deficit di attenzione, Vertigini);
- 8) Malattie della Coagulazione e dell'Apparato Circolatorio (Ematomi, Varici, Filariosi, Emostasi, Insufficienza Cardiaca);
- 9) Dermatologia (Lesioni Cutanee, Piodermite, Ustioni, Verruche Plantari, Dermatite Seborroica, Dermatosi);
- 10) Metabolismo (Obesità, Complicanze dell'Emodialisi, Diabete Mellito, Retinopatia Diabetica);
- 11) Vari (Infezione da HIV, Sepsis, Congiuntivite, Insonnia in età pediatrica, Astenia e Nausea).

Ciò che scaturisce da questa serie di studi è la dimostrazione dell'efficacia dei medicinali omeopatici che non è dovuta, come si vuol far credere da

più parti, all'effetto placebo, rispetto al quale è sicuramente più efficace. In molte malattie il rimedio omeopatico è sovrapponibile alla terapia allopatica e in alcuni casi presenta una superiorità terapeutica. Molto raramente l'omeopatia produce effetti collaterali, risultando spesso meno costosa.

Intanto, assistiamo quotidianamente a campagne sistematiche di discredito dell'omeopatia, accresciutesi soprattutto dopo la metanalisi pubblicata su *The Lancet* nel 2005. Uno studio comparativo, a firma Shang et al., di trial clinici che ponevano a confronto omeopatia, medicina allopatica ed effetto placebo. I risultati, secondo gli autori, decretava la fine senza appello dell'omeopatia. Nel 2008 due articoli - apparsi sul *Journal of Clinical Epidemiology* e su *Homeopathy* - di Ludtke e Rutten e di Rutten e Stolper rianalizzando il lavoro di Shang ne ribaltano completamente le conclusioni per i forti dubbi sui criteri di scelta e di selezione dei lavori inclusi nella review. Nel novembre 2008 L'European Committee for Homeopathy, tramite George Lewith, Professore del Corso di Ricerche sulla Salute - Università di Southampton - UK, ha commentato: «La review non ha fornito indicazioni precise di quali trial siano stati analizzati. Questa non è prassi normale nella valutazione scientifica. Se si assume che l'Omeopatia sia efficace per alcune malattie, ma non per altre o se si cambia la definizione di trial allargato, le conclusioni cambiano. Ciò indica la poca forza delle conclusioni di Shang; non sono affidabili».

Ecco perché diviene sempre più urgente la costituzione di una Commissione presso gli Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri, nell'ambito di un più generale programma di educazione alla salute, con lo scopo di istituire un registro degli esperti nelle MC, di elaborare linee guida, promuovere e vigilare su una

corretta informazione, per meglio illustrare le norme che, a tutela sia del medico che del paziente, e nel pieno rispetto del Codice deontologico, permettano l'utilizzo di tali metodologie mediche, per raggiungere una vera integrazione con la "medicina ufficiale".

Oggi, in realtà, si tende sempre più a utilizzare il rimedio omeopatico anche in associazione con il farmaco convenzionale. Questo spiegherebbe il diffondersi della medicina integrata che rappresenta la giusta evoluzione per la medicina del terzo millennio, che dovrebbe prevedere un cammino comune tra la medicina ufficiale e quella complementare. Bisogna augurarsi che il Parlamento italiano riesca a promulgare, quanto prima, una legge che disciplini il settore delle Medicine Complementari. Un piccolo passo è già stato fatto. L'Assemblea del Senato, nella seduta del 24/06/2008, ha assegnato alla Commissione Igiene e Sanità il Disegno di legge di disciplina delle Medicine Non Convenzionali.

Concludo con le parole pronunciate dal Mahatma Gandhi il 30/08/1936, discutendo della medicina omeopatica riteneva che fosse «il più recente e raffinato metodo per curare i pazienti in modo economico e non violento. Il Governo deve incoraggiarla e promuoverla nel nostro paese. Il Dr. S. Hahnemann fu un uomo di superiore tensione intellettuale e di alti sentimenti umanitari che fece dono all'umanità di questa grande possibilità. Mi inchino dinnanzi al suo valore ed al suo erculeo lavoro».

Antonino Picciano
Esperto in Omeopatia,
Omotossicologia e Medicine
Integrate

Consultato: "La Medicina Biologica" n. 119 gennaio-marzo 2009

PAGINA SINDACALE

Con la TECNOMED anche il Molise entra nel mondo della Cooperazione medica

Comunicato stampa

Da alcuni mesi un gruppo di Medici di famiglia della provincia di Isernia ha dato vita ad una Cooperativa di servizi, la TECNOMED, che vede attualmente iscritti 31 medici.

Si tratta della prima esperienza di questa forma associativa nella regione Molise.

Della Coop il presidente Antonio Tartaglione ci tiene ad evidenziare che «come primo risultato possiamo vantare l'aver offerto ai soci la possibilità di utilizzare nei propri studi personale infermieristico appositamente formato a svolgere compiti di supporto all'attività dei medici di famiglia delle nostre zone, e nel contempo possiamo vantare l'aver offerto un posto di lavoro a tempo indeterminato a due giovani infermieri professionali, destinati ad emigrare al nord, e che da febbraio sono dipendenti della nostra cooperativa. Ora stiamo formando e assumendo dei Collaboratori di Studio e presto potremo dare anche questi a supporto delle attività dei nostri medici. A breve potenzieremo l'attività clinica nei nostri studi con Mini laboratori di analisi e prestazioni in Telemedicina».

La TECNOMED inoltre sta lavorando all'allestimento di progetti nel campo dell'Educazione Sanitaria e della Prevenzione, e si propone come partner per progetti di ricerca e formazione professionale.

Le prime cooperative di medici di medicina generale sono nate a Gatteo (FO) e a Cesena tra il 1993 e il 1994: si tratta, dunque, della forma associativa con più anzianità tra quelle attualmente in funzione. Subito dopo (1996-1998) nascono altre cooperative in Emilia Romagna, Toscana e Lombardia. In Campania, in seguito a un accordo integrativo regionale che prevedeva incentivi per i medici che aderivano, tra il 1999 e il 2000 vengono fondate quasi 40 cooperative mediche.

Nel 1999 un momento di disorientamento quando la Procura di Cremona rinviava a giudizio una decina di esponenti delle più importanti cooperative italiane: capo d'accusa la violazione della privacy per aver messo in rete, a scopo di studio, i dati epidemiologici e prescrittivi dello studio Koiné2, promosso dal CoS su diabete e ipertensione. Poi, dal momento che i dati erano rigorosamente anonimi, tutti gli imputati vengono assolti in istruttoria: ma per tre anni l'incertezza

sull'epilogo della vicenda e la pubblicità negativa su giornali e televisione non giocano a favore delle cooperative mediche.

Le cooperative di medicina generale regolarmente censite in tutta Italia sono 100 con il coinvolgimento di oltre 5.000 medici di famiglia. Aderiscono quasi tutte al CoS, il Consorzio nazionale delle cooperative sanitarie, con sede a Reggio Emilia, e al CMCN, il Coordinamento nazionale Coop Mediche con sede a Benevento, cui aderisce anche la TECNOMED.

Questa nuova forma di cooperazione rappresenta probabilmente la più interessante prospettiva di sviluppo sia per il miglioramento della qualità delle cure primarie sia per il ruolo che queste potrebbero assumere all'interno del servizio sanitario.

Una fotografia di gruppo non è facile. Benché le cooperative siano associazioni giuridicamente riconosciute, l'arco delle attività che possono intraprendere è molto più ampio e indefinito di quello che caratterizza le altre forme associative: ogni cooperativa di medicina generale, di conseguenza, è una realtà a se stante. Ma qualche linea comune può essere individuata.

Informatizzazione degli studi medici: le cooperative con un forte potere contrattuale hanno permesso ai singoli professionisti l'acquisto della strumentazione informatica, l'utilizzazione di server di proprietà e la programmazione di software per la gestione dello studio a prezzi molto contenuti. Alcune cooperative hanno saputo mettere a punto e utilizzare database informatici per la ricerca clinica

Elaborazione di percorsi assistenziali disegnati sulle esigenze di un intero territorio: può valere come esempio il progetto di uno screening mirato ai bisogni degli anziani messo a punto dalla cooperativa Etruria medica con la consulenza di un Istituto di ricerca sulla terza età, l'INRCA di Firenze. Lo screening è basato su un test motorio da somministrare agli assistiti compresi tra i 70 e i 79 anni, non disabili né affetti da deficit cognitivi. Nella fase sperimentale, il test è stato effettuato su 360 assistiti, con risultati promettenti, tanto che si pensa di estenderlo alle altre cooperative toscane e umbre.

Continua da p. 14

L'inserimento delle attività di una cooperativa nel piano di azione della ASL presuppone che i responsabili dell'una e dell'altra condividano obiettivi e metodi di intervento. In linea generale, l'intesa con la ASL può essere considerata come il valore aggiunto delle cooperative e, nello stesso tempo, come il suo punto critico: dal suo sviluppo dipendono probabilmente le prospettive future di questa forma associativa. Di seguito, alcuni degli argomenti in discussione.

Gestione diretta, in tutto o in parte, dell'Assistenza domiciliare integrata: per la cooperativa si tratta di assumere in proprio infermieri e tecnici della riabilitazione, disporre di servizi di segreteria e, prima ancora, pianificare con l'ASL accordi sulla tipologia dei pazienti da seguire e sulla remunerazione del servizio. Per l'Azienda sanitaria l'ADI diventa meno costosa, per i pazienti più personalizzata ed efficace. Un esempio? Quello di Comete, Casalmaggiore (CR), una cooperativa composta da 10 medici e da una pediatra di base che copre complessivamente 13.500 assistiti. Per l'ADI dispone di 4 infermieri e di una segretaria: dopo 6 mesi di sperimentazione il suo modello di assistenza domiciliare integrata si è rivelato in provincia di Cremona come il più efficiente, almeno in termini di diminuzione dei ricoveri.

Elaborazione di percorsi assistenziali comuni con gli specialisti: l'esempio viene dall'aretino. La cooperativa medica Casentino (22 medici di famiglia cui fa riferimento il 90 per cento circa dei cittadini del distretto, circa 30.000) ha messo a punto recentemente, d'accordo con i cardiologi della zona, un percorso comune per seguire lo scompenso cardiaco, con l'obiettivo di ritardare l'ospedalizzazione e mantenere il più possibile il paziente scompensato in classe I e II.

Gestione di centri polifunzionali: accanto ai medici di famiglia, intervengono i tecnici della riabilitazione ma anche gli specialisti sia esterni sia interni all'ospedale: in questo secondo caso, gli specialisti esercitano nel centro l'attività intramoenia.

Definizione e condivisione di progetti operativi per la gestione di strutture residenziali del territorio (RSA e Ospedali di Comunità): lo sviluppo di una rete diffusa di Ospedali di comunità è indispensabile oggi per intercettare sul territorio una crescente domanda di salute evitando sprechi ed in appropriatezze. Nelle Marche sono state proprio le COOP di Medici ad attivare e gestire le prime Residenze Sanitarie Assistite utilizzando i locali di Ospedali dismessi.

I risultati raggiunti

È prematuro fare il punto su un fenomeno molto recente e in piena evoluzione. Ma qualcosa si può già dire.

Il contenimento della spesa: è stato verificato che nei distretti e nelle ASL in cui molti medici di medicina generale agiscono in cooperativa i consumi farmaceutici sono più bassi che altrove. «Ed è ancora più importante», osserva Euro Grassi, presidente del CoS e del Dipartimento nazionale forme associative della FIMMG, «che a questo risultato si sia arrivati attraverso l'elaborazione e la condivisione di linee guida ispirate all'efficacia terapeutica. Ma non si tratta soltanto di questo. La ASL di Reggio Emilia ha recuperato negli ultimi tre anni 80 miliardi di deficit e nello stesso periodo di tempo ha potuto acquistare 54 automezzi e assumere 8 infermieri per garantire l'assistenza anche in località lontane: queste iniziative confermano che sul piano finanziario la ASL è in buona salute». Anche in Regioni diverse dall'Emilia Romagna l'azione cooperativa ha inciso, contenendole, su molte voci della spesa sanitaria: la farmaceutica ma anche l'assistenza domiciliare, la specialistica convenzionata di primo e secondo livello, i ricoveri. «Questi risultati» aggiunge Grassi, «dovrebbero far riflettere. Il sistema, probabilmente, è destinato a tenere economicamente solo se parte delle risorse ora destinate a ospedali e specialistica, circa il 70 per cento del totale, verrà dirottata sulla medicina territoriale. Questa non assorbe oggi più dell'11-12 per cento della spesa complessiva ma bisognerebbe arrivare al 18-19 per cento». Nelle zone dove le cooperative hanno portato a diffondere sul territorio nuovi e più efficaci modelli di cure primarie, i medici di medicina generale con più facilità hanno potuto riappropriarsi del loro ruolo, quello di responsabili del governo clinico del territorio e di organizzatori - o di collaboratori nell'organizzazione - di tutti i livelli di assistenza.

Hanno iniziato a mettere in relazione le competenze di più profili professionali, spingendo il processo assistenziale alla persona verso una dimensione unitaria. Con altre parole si può dire che in alcune situazioni è stato possibile eliminare, nel confronto tra sistema sanitario e cittadini, gran parte dell'intermediazione burocratica, un elemento non solo finanziariamente oneroso ma che finisce con il frammentare e sottrarre efficacia all'intervento clinico. Ciò che conduce a questo traguardo è un processo complesso: inizia di norma negli ambiti geografici più contenuti e definiti e approda soltanto gradualmente nei grandi spazi.

TECNOMED

Società Cooperativa
Via XXIV Maggio 335 Isernia
C.F./ P.IVA 00872900949

Antonio Tartaglione
Presidente

0865 491549 / 328 4547 807

Firmata la pre-intesa

Prima di Natale, a Roma, è stata firmata la **pre-intesa**, un documento che permette ai Medici di Medicina Generale (Assistenza Primaria, Continuità Assistenziale, 118, Medicina dei Servizi), Pediatri di Libera scelta e Specialisti ambulatoriali di percepire gli arretrati dal 01/01/2006 al 31/12/2008 e di porre le basi per il vero rinnovo delle Convenzioni scadute il 31/12/2005.

Purtroppo alla lunga attesa non è seguito un buon accordo: al di là degli arretrati veramente irrisori, ad esempio per la Continuità Assistenziale nel 2006 vi sono solo 10Euro mensili lordi, che verranno pagati a giugno e novembre 2009, non vi è stato il salto di qualità che tutti aspettavamo.

Vi è stato, sì, un aumento del contributo previdenziale, 1,5%, dal 01/01/2008 ma, per l'anno arretrato, viene totalmente detratto dal nostro aumento e non, come doveva essere, 1/3 a noi e 2/3 all'ASL.

Vi è, anche, un raddoppio della quota assicurativa: anche questa viene totalmente detratta dai nostri arretrati senza sapere ancora quali altre garanzie saranno contrattate con l'assicurazione, cioè si aumenta il premio assicurativo senza sapere la contropartita!!!

Tutto ciò è ancora più ridicolo se pensiamo che, a distanza di tre mesi ancora non è stata posta la firma definitiva della controparte per farci prendere i sospirati arretrati.

Ma la riorganizzazione delle Cure Primarie che fine ha fatto?

I grandi investimenti per la Medicina Territoriale che avrebbero dovuto ridurre l'accesso improprio alle cure ospedaliere con notevole risparmio economico sono solo slogan per le campa-

gne elettorali, ma poi, alla resa dei conti, i soldi continuano a fluire verso l'ospedale; in Molise la percentuale delle somme erogate è ancora 55% ospedaliera e 45% territoriale quando è dal 1992 che si raccomanda di destinare il 55% delle risorse al territorio, e alla prevenzione, ed il 45% agli ospedali.

Non voglio parlare di come vengono gestiti male i fondi del SSN, sarà argomento di un altro articolo, ma tornare alla pre-intesa che non dà nessuna risposta alle richieste dei medici.

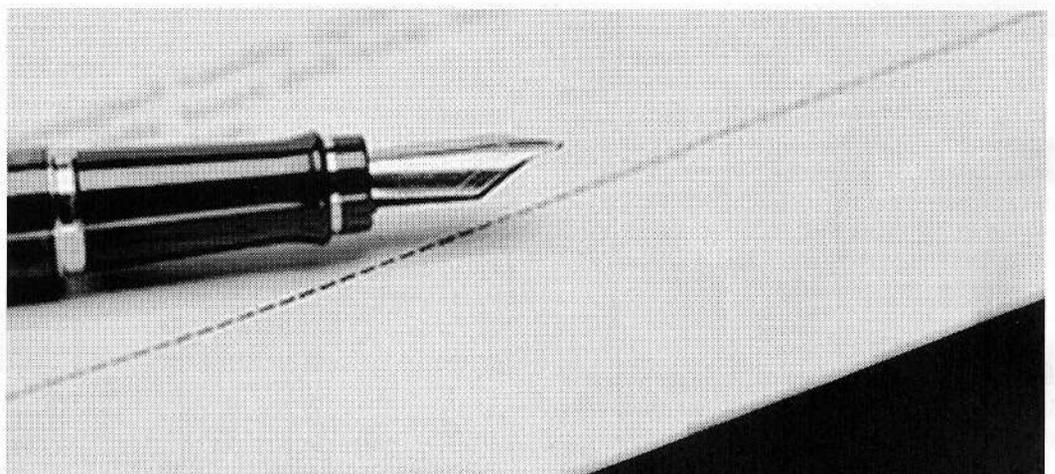
Già nel 2005 non ero d'accordo a firmare una Convenzione che aumentava il carico di lavoro ai medici senza alcun incentivo umiliando sempre più una professione che, ogni anno, la vede in vetta agli indici di gradimento della popolazione italiana.

Purtroppo anche una parte del sindacalismo medico si è sottomessa alla logica politica che si preoccupa solo di economia e non della salute del paziente: la ricetta elettronica o gli ambulatori aperti 24 ore su 24 per 7 giorni la settimana (come i fast-food), non rispondono alle aumentate richieste di salute degli utenti ma ottengono l'unico risultato di abbandonare sempre più il medico di famiglia a sé stesso schiacciato tra il paziente che chiede e lo Stato che non dà.

Spero ancora che in un futuro vicino tutti i protagonisti della galassia sanitaria possano ritrovarsi intorno ad un tavolo e riprendere a parlare di come curare ed assistere i pazienti avendo in mano un fonendoscopio e non la calcolatrice.

In attesa prendiamo la nostra borsa ed andiamo in ambulatorio: buon lavoro a tutti.

Fernando Crudele



Le cifre della preintesa

I contenuti della pre-intesa per la medicina generale del 22.12.08

Figli di un Dio minore

I medici dipendenti hanno ottenuto la rivalutazione del biennio 2006-2007, ancorata all'inflazione programmata del 4,85%, senza contropartite di natura normativa.

La pre-intesa per la medicina generale impone invece ai medici di medicina generale nuovi obblighi e nuove forme organizzate.

Arretrati AP 2006-2007

Euro	Anno	Ass. 500	Ass.1000	Ass.1500
0,25	2006	125	250	375
2,84	2007	1420	2840	4260
	Totale	€1.545	€ 3.090	€ 4.635

Incremento retributivo 2008 AP

Anno 2008	Nuova quota	Vecchia quota	Differenza	Aumenti 650 ass*	Aumenti 1000 ass*	Aumenti 1500 ass
Quota forfett	40,05	38,62	1,43	929,50	1.430,00	2.145,00
Quota >75 anni	20,29	15,49	4,80	312,00	480,00	720,00
Quota < 14 anni	18,95	18,08	0,87	17,40	26,10	39,15
			Tot. anno	1.258,9	1.936,10	2.904,15
			Tot. mese	104,91	161,34	242,01

Incremento voci contributive AP

		650 assist	1000 assist	1500 assist
Retrib. media anno 2008		46.211,90	67.558,10	101.337,15
ENPAM (a carico SSN)	+1 %	462,12	675,58	1.013,37
	+0,36%	166,36	243,21	364,81
	Totale incr contributi	628,48	918,79	1.378,19
	Totale costi aumenti	1.887,38	2.854,89	4.282,34

Facciamo i conti

In realtà il totale degli incrementi, sia retributivi che contributivi, corrispondono al 4,87 della retribuzione calcolata sulle voci del medico singolo senza incentivi.

Le quote per medicina di gruppo e le altre indennità (collab di studio, ind. Informatica) non hanno dunque subito rivalutazione

$$\% = \frac{\text{incrementi/retribuzione med. singolo}}{\text{media}} \times 100 = 4,869\%$$

L'aumento del 4,85% non è calcolato realmente su tutta la retribuzione e comprende anche l'1% in più di ENPAM, che solo formalmente è a carico del SSN.

La realtà

L'incremento retributivo effettivo per l'As-

sistenza Primaria corrisponde in realtà ad una quota percentuale molto minore dell'inflazione programmata

La formula

$$\% = \frac{\text{incrementi retributivi/retribuzione media}}{\text{media}} \times 100 =$$

$$2.904,15 / 98.433,00 \times 100 = 2,95\%$$

Anche la quota ENPAM a carico del medico, che viene trattenuta sulla retribuzione, è stata incrementata dello 0,50%.

L'incremento retributivo reale è quindi ancora più limitato: per 1500 assistiti di 2.397,46 € annue (199,79 €/mese)

Aum. ENPAM	650 assist	1000 assist	1500 assist
€ 0,50	€ 231,06	€ 337,79	€ 506,69

L'incremento retributivo percentuale reale scende dunque al 2,44 % circa la metà di quanto annunciato.

Arretrati CA-EST-MS

	Quota/ora	Incar. 24 ore	Incar. 38 ore
2006	€ 0,08	€ 99,84	€ 158,08
2007	€ 0,91	€ 1.135,68	€ 1.798,16
	Totale	€1.235,52	€ 1.956,24

Aumento CA ed EST

Nuova quota	Vecchia quota	Differenza oraria	Incar. 24 ore	Incar. 38 ore
22,03	20,84	1,19	123,66	195,80
Tot. aumento mensile				

Aumento Med. Servizi

Aumento ora	Incar. 24 ore	Incar. 38 ore
0,99	102,88	162,89

Parte normativa

Il medico svolge la propria attività facendo parte integrante di una **aggregazione funzionale territoriale** di medici di medicina generale di cui all'art. 2 e opera all'interno di una specifica **unità complessa delle cure primarie**

Per ciascun paziente in carico, il medico raccoglie, aggiorna e **trasmette le informazioni all'azienda sanitaria**.

Dal 1° gennaio 2009, il medico di assistenza primaria trasmette alla propria azienda sanitaria le informazioni elementari di seguito specificate:

- richiesta di ricovero per diagnosi accertata, ipotesi diagnostica o problema (indicando se il ricovero è stato suggerito, urgente o programmato, utilizzando l'apposito spazio nella ricetta rossa);

- accesso allo studio medico, con o senza visita medica;

- visite domiciliari.

Il medico aderisce ed utilizza **i sistemi informativi messi a disposizione dalle regioni** secondo modalità e strumenti definiti fra le parti a livello regionale (**tessera sanitaria e ricetta elettronica ex DM 4 aprile 2008**).

Le funzioni ed i compiti previsti dal presente articolo, costituiscono parte integrante dell'ACN e rappresentano **condizioni irrinunciabili** per l'accesso ed il mantenimento della convenzione con il SSN.

SMI non ha firmato la pre-intesa perché ha ritenuto che fosse peggiorativa rispetto alle precedenti convenzioni. Apriamo una larga consultazione per ascoltare la voce dei medici convenzionati.

PAGINA ENPAM

Qui Enpam

Dopo 4 anni, finalmente siamo riusciti, insieme al collega ed amico Ernesto La Vecchia di Campobasso, ad avere un altro incontro nel Comitato Consultivo della Medicina Generale.

Purtroppo in 2 ore non si riesce a trattare tutti i punti dell'ordine del giorno, vi sono questioni che avrebbero bisogno di più approfondimento e risposte esaurienti come la crisi economica ed i mutui per i colleghi.

Le relazioni dei Consiglieri di Amministrazione sullo stato di salute dell'ENPAM sono state rassicuranti e la crisi economica che sta investendo tutto il mondo, per adesso, non ha toccato gli investimenti mobiliari dell'Ente che anche per quest'anno si prevedono in segno positivo seppur inferiore agli anni precedenti. Rimane preoccupante e – ancora non risolto – il problema della "GOBBA" cioè degli anni 2018-2022 quando migliaia di colleghi della Medicina Generale andranno in pensione e non c'è un numero pari di medici che entreranno nel mondo del lavoro invertendo, quindi, il rapporto fra medici contribuenti e medici pensionati.

Si stanno valutando varie ipotesi per affrontare

in tempo utile il problema ma non è facile.

Sempre su nostra richiesta abbiamo affrontato, di nuovo, la questione dei mutui ai medici; una erogazione non direttamente effettuata dall'ENPAM ma tramite alcuni istituti bancari a tassi vantaggiosi non come quelli attuati tuttora in "convenzione".

Anche in questa occasione vi sono state risposte evasive, non congrue «... i medici non pagano...», che ci hanno irritato moltissimo anche perché vi sono strumenti legali per ovviare ad eventuali problemi. In questo ultimo anno di "legislatura" la pressione sul C.d.A. dell'ENPAM sarà ancora maggiore perché le richieste di voi tutte sono giuste e motivate e hanno diritto a risposte esaurienti. Spero di riuscire, entro l'anno, ad organizzare un altro incontro con i vertici dell'ENPAM presso il nostro Ordine per darvi la possibilità di porre direttamente le domande a chi ha il dovere di dare risposte.

Fernando Crudele

PAGINA ENPAM

Strutture accreditate e specialisti esterni

Pubblichiamo integralmente la lettera del Presidente Parodi su questo tema, ritenendo di fare cosa utile per gli interessati.



E.N.P.A.M.

ENTE NAZIONALE
di PREVIDENZA
ed ASSISTENZA
dei MEDICI
e degli ODONTOIATRI

Al Presidente

Roma 27 GEN. 2009

Ai Signori Presidenti
degli Ordini Provinciali
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

LORO SEDI

Caro Presidente,

Desidero con questa nota metterTi al corrente di una situazione che si sta delineando in ordine all'applicazione dell'art. 1, comma 39, della Legge n. 243/2004, il quale - come ben sai - ha istituito in capo alle società professionali mediche e odontoiatriche in qualunque forma costituite e delle società di capitali, operanti in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale, l'obbligo di versare al Fondo Specialisti Esterni gestito dall'ENPAM un contributo nella misura del 2% del fatturato annuo attinente alle prestazioni specialistiche rese nei confronti del medesimo SSN e delle sue strutture operative, senza diritto di rivalsa.

Ebbene, mi è giunta notizia che alcune delle predette società, visti rigettati tutti i ricorsi presentati in opposizione a tale obbligo dinanzi a svariati Tribunali e constatato altresì che la stessa Corte Costituzionale ha dichiarato inammissibile la questione di incostituzionalità della norma prospettata dal giudice di merito, stanno prendendo l'iniziativa di far firmare ai Professionisti una clausola in base alla quale questi ultimi si obbligano ad accollarsi il contributo di cui sopra, versandolo alle società stesse, con cui intrattengono il rapporto contrattuale.

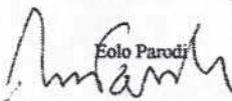
Tale iniziativa è da considerarsi del tutto illegittima, in quanto l'obbligo contributivo, essendo preordinato all'interesse generale e al dovere di solidarietà economica e sociale di cui all'art. 2 della Costituzione, è indipendente dalle prestazioni e prescinde da ogni valutazione di vantaggiosità previdenziale per gli stessi soggetti obbligati. Questi ultimi appartengono, in ragione del loro accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale, alla categoria degli erogatori dei servizi alla salute.

Già dal 2005 la Corte di Cassazione ha espresso il principio per il quale il rapporto intercorre direttamente tra le società accreditate e il S.S.N., e il Tribunale di Venezia ha recentemente confermato che le società indicate dalla Legge, con il loro rapporto di accreditamento, sono parte del sistema sanitario nazionale e dunque sono tenute direttamente ai doveri solidaristici stabiliti dalle norme vigenti.

Le obbligazioni contributive non possono venir "ribaltate" su soggetti diversi da quelli previsti dalla legge: l'imputazione del contributo sui singoli medici si configura, sotto il profilo legale, come evasione di un'obbligazione che incombe direttamente sulle società.

Ti invito pertanto a diffondere le informazioni di cui sopra presso tutti gli iscritti, affinché si rifiutino di sottoscrivere la citata clausola contrattuale che - ribadisco - è del tutto illegittima.

Con i migliori saluti


Eolo Parodi

RF/26.1.2009

AVVISI E NOTIZIE

A CURA DI ALFREDO VOLPACCHIO

Un'indagine SWG sulla percezione del Servizio sanitario nazionale, ha rilevato che per quasi il 40% degli italiani, soprattutto a Sud, il miglioramento dei servizi socio-sanitari, con interventi immediati, deve essere un obiettivo primario per le Regioni. La carenza dei servizi sociali e sanitari è sentita, seppure in misura minore, anche nei piccoli Comuni italiani, dove il 62% dei cittadini sarebbe disposto a pagare più tasse per ricevere un servizio migliore. Considerando tutti i dati, emerge una maggioranza di italiani che pone in testa alla lista di priorità degli investimenti necessari in sanità, quelli per l'assistenza agli anziani, le cure domiciliari e il sostegno a chi assiste i malati in casa. Tra le carenze più gravi della sanità pubblica, indicate dagli intervistati, restano le liste d'attesa che hanno determinato un aumento degli italiani insoddisfatti: il 33% nel 2007 contro il 28% del 2006. In generale, però, il Servizio sanitario nazionale è gradito alla maggioranza dei cittadini, seppure con differenze anche notevoli tra Nord e Sud, dove i cittadini sono molto più scontenti. Un particolare apprezzamento va all'assistenza medica di base, promossa da quasi 7 italiani su 10.



Il Consiglio di Stato ha dichiarato illegittimo l'atto con cui al medico dipendente venivano riconosciute le mansioni superiori svolte ai soli fini giuridici con esclusione dei benefici economici. In presenza di un posto vacante, lo svolgimento delle mansioni primarie da parte di chi si trovi in posizione funzionale intermedia comporta il riconoscimento del relativo trattamento economico, indipendentemente da ogni atto

organizzativo da parte dell'Amministrazione, in quanto non è configurabile l'ipotesi di una struttura sanitaria che rimanga priva dell'organo di vertice responsabile dell'attività esercitata nel suo ambito.



L'esistenza di un'autonoma organizzazione, che costituisce il presupposto per l'assoggettamento ad imposizione dei soggetti esercenti arti o professioni, postula che l'attività abituale ed autonoma del contribuente si avvalga di un'organizzazione dotata di un minimo di autonomia che potenzi ed accresca la sua capacità produttiva; non è invece necessario che la struttura organizzata sia in grado di funzionare in assenza del titolare, né assume alcun rilievo, ai fini dell'esclusione di tale presupposto, la circostanza che l'apporto del titolare sia insostituibile per ragioni giuridiche o perché la clientela si rivolga alla struttura in considerazione delle sue particolari capacità".



La norma che riconosce ai medici convenzionati a tempo indeterminato, i quali si avvalgono della propria autovettura per gli spostamenti per esigenze d'ufficio, il diritto ad un rimborso chilometrico, nonché ad una "adeguata assicurazione del mezzo", va interpretata nel senso che non comprende un obbligo di mero rimborso per le spese assicurative; un tale obbligo infatti viene esplicitamente sancito solo per il costo della benzina, mentre l'utilizzo della locuzione "adeguata" riferito all'assicurazione della vettura esclude la presenza di un analogo specifico obbligo e consente all'ASL di utilizzare

forme di copertura dei rischi differenti, purché comunque idonei a preservare il sanitario dagli eventuali danni a lui derivati dall'uso dello stesso. - previsione ex art 14, lettera E, allegato N, del d.P.R. n. 484 del 1996.



È da ritenersi negligente, secondo una recente sentenza della Corte di Cassazione, la condotta del medico responsabile dell'intervento chirurgico, che proceda al trattamento sulla base della diagnosi comunicata verbalmente in sala operatoria da uno dei partecipanti all'equipe. Non può in sostanza operare nella fattispecie il principio dell'affidamento, risultando che il responsabile dell'intervento nell'affidarsi alla diligenza altrui, ha in realtà violato elementari norme precauzionali, omettendo di porre in essere quella minima attività di riscontro che la situazione concreta avrebbe senza dubbio richiesto.



Tutti gli elementi caratterizzanti il rapporto intercorrente tra il medico convenzionato e il servizio sanitario nazionale escludono di per sé l'esistenza di un'organizzazione autonoma, e non renderebbero necessarie le prove per la verifica dell'esistenza o meno della organizzazione rilevante ai fini dell'assoggettabilità all'IRAP. Il principio di fondo, appare confermare un profilo già tracciato dalla Corte di Cassazione nella sent. n. 25220 del 15.10.2008. Il medico convenzionato svolge il proprio incarico sotto il potere di sorveglianza delle ASL, deve aprire un ambulatorio nella località che gli viene assegnata, non può superare un certo

numero massimo di assistiti, è tenuto ad osservare un orario settimanale di apertura e di esecuzione di visite domiciliari, ha un obbligo di preventiva comunicazione del periodo di ferie e infine gode di un trattamento economico prestabilito. deve aprire un ambulatorio nella località che gli viene assegnata, non può superare un certo numero massimo di assistiti, è tenuto ad osservare un orario settimanale di apertura e di esecuzione di visite domiciliari, ha un obbligo di preventiva comunicazione del periodo di ferie e infine gode di un trattamento economico prestabilito.



Sulla G.U. n.40 del 18/02/08 è stata pubblicata la determinazione degli oneri aggiuntivi derivanti dall'attuazione delle misure previste dagli articoli 11 e 23 del decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 206, ai fini del riconoscimento **delle qualifiche professionali sanitarie.**



Pubblicata sulla G.U. n. 299 del 23/12/08 l'attuazione dell'articolo 50, comma 5-ter della legge n. 326 del 2003, concernente la definizione del contributo procapite annuo da riconoscere ai medici prescrittori convenzionati con il Servizio sanitario nazionale.



In Gazzetta Ufficiale - serie generale - n. 235 del 7 ottobre 2008), pubblicato il testo del decreto-legge 7 ottobre 2008, n. 154 coordinato con la legge di conversione 4 dicembre 2008, n. 189 (in questa stessa Gazzetta Ufficiale alla pag. 5), recante: «Disposizioni urgenti per il contenimento della spesa sanitaria e in materia di regolazioni contabili con le autonomie locali» (G.U. n. 286 del 6 dicembre 2008).



Pubblicato sulla G.U. n. 257 del 03/11/08 il contratto collettivo nazionale di lavoro della dirigenza medico-veterinaria relativa alla dirigenza sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa.



Il Comitato Centrale della FNOMCeO ha deciso che le elezioni per il rinnovo degli organi collegiali della Federazione per il triennio 2009/2011 si terranno nei giorni **6, 7 e 8 marzo 2009**



Assegnati alla Commissione Igiene e Sanità, in sede referente, il testo sulle nuove norme in materia di responsabilità professionale del personale sanitario e il testo riguardante le disposizioni in materia di consenso. Informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario.



Il 1 Febbraio 2009, ha preso vita il primo "Giornale da sfogliare" online delle Commissioni Albo Odontoiatri. Si tratta di una finestra sul web che affronterà, in un'ottica Istituzionale, le problematiche legate alla nostra professione e fornirà gli aggiornamenti sulle attività delle C.A.O. provinciali e della C.A.O. Nazionale. E' nostro intendimento informare tutti e 54.000 iscritti agli albi. Un obiettivo che, per essere raggiunto, non può prescindere da un'ampia e coinvolgente partecipazione dei colleghi, già manifestata in modo entusiastico da molti. Questo l'indirizzo del giornale on-line: www.dentisticao.it



del medico la essenziale valenza di necessario presupposto certificativo per la realizzazione, a carico dell'ente pubblico, dell'interesse del cittadino. Il Ministero del Lavoro, ritenendo applicabile ai medici specializzandi l'aliquota contributiva ridotta, ha sospeso, in attesa

della decisione del Ministero dell'Economia, l'efficacia della circolare INPS 88. La Federazione degli Ordini dei Medici - riunita in seminario a Roma - esprime il suo profondo apprezzamento.

COMITATO DI REDAZIONE

Direttore responsabile
Natalino PAONE

Coordinatore editoriale
Angelo TRABASSI

Comitato di redazione
Giorgio BERCHICCI
Fernando CRUDELE
Alfredo VOLPACCHIO

Segreteria di redazione
Mara IONATA

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente
Dott. Sergio TARTAGLIONE

Vice Presidente
Dott. Angelo TRABASSI

Segretario
Dott. Giorgio BERCHICCI

Tesoriere
Dott. Anna MORCONE

Consiglieri
Dott. Giuseppe ATTADEMO
Dott. Alfredo De RENZIS
Dott. Antonio SANITÀ
Dott. Vilma ZULLO
Dott. Fernando CRUDELE
Dott. Angela GALARDI

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Presidente
Dott. Claudio D'APOLLONIO
Dott. Giuseppina ROCCHIO
Dott. Maria Teresa LA FORZA
Dott. Maria Grazia PIRRAGLIA
(membro supplente)

COMMISSIONE ODONTOIATRI

Presidente
Dott. Mario TESTA
Dott. Giovanni ANGELONE
Dott. Danilo CANÈ
Dott. Laura PROCACCINI
Dott. Giorgio BERCHICCI

VITA DELL'ORDINE

A CURA DI ANGELO TRABASSI

I CONSIGLI DIRETTIVI IN SINTESI

Il 27 novembre 2008, presso la sede dell'Ordine, si è tenuta l'annuale assemblea dei Medici iscritti per l'approvazione del bilancio consuntivo e di quello preventivo.

A seguire si è svolta la cerimonia di Giuramento dei medici iscritti all'Albo dal 29.12.2007 al 6.11.2008 (Di Sandro Stefano, Armenti Concettina, Capulli Stefano, Zarlenga Maria Alida, Fardella Caterina, Zazzaro Carmine, Cuoci Andrea, Scarabeo Carlo, Di Filippo Roberto, Fuoco Gil- da, Bove Maurizio, Falasca Adriana, Procaccini Laura, Cimorelli Emilio, Di Cristinzi Antonio, Cardarelli Angelo). Al termine della cerimonia sono state consegnate le targhe ai medici che hanno raggiunto "40 anni" di laurea: D'Onofrio Elisa e De Vita Gelsomino.

Consiglio direttivo dell'8 gennaio 2009:

presenti: Tartaglione, Testa, Crudele, Berchicci, Sanità, De Renzis, Morcone, Trabassi, Zullo, Procaccini, D'Apollonio.

a) istituzione consulta medici, farmacisti e veterinari per problematiche comuni; per l'Ordine dei Medici di Isernia ne faranno parte Berchicci, Tartaglione S. e Sanità;

b) discussione su problemi riguardanti i lavori di ristrutturazione in corso presso la sede dell'Ordine;

c) iscrizione Albo Odontoiatri: dott. Pietro Barone.

Consiglio direttivo del 5 febbraio 2009:

presenti: Tartaglione S., Testa, Trabassi, Zullo, Berchicci, Attademo, Galardi, Crudele, Morcone, Sanità.

a) insediamento Commissione e relativi presidenti;

b) comunicazione del Tribunale riguardante un iscritto;

c) pubblicazione sul nostro bollettino di lettera dell'ENPAM;

d) confermata nella commissione Diabetologia la dott.ssa Lina Grimaldi;

e) manifesti dell'Ordine solo per il decesso di un collega ma non per quello dei suoi familiari.

SI FORMANO LE COMMISSIONI

Nel Consiglio Direttivo del 5 febbraio c.a., tra gli argomenti all'ordine del giorno c'era quello che prevedeva la costituzione delle Commissioni per l'approfondimento dei temi più attuali che caratterizzano l'attività dell'Ordine.

Nel corso della stessa seduta si è provveduto a nominare i presidenti di suddette Commissioni, che riportiamo qui di seguito: Commissione Bioetica, presidente Giorgio Berchicci; Commissione per l'attività ECM, Anna Morcone; Commissione Intersindacale, Giuseppe Attademo; Commissione Pari Opportunità, Angela Galardi; Commissione Integrazione Ospedale-Territorio, Fernando Crudele e Wilma Zullo; Commissione Stampa e Informatizzazione Ordine, Angelo Trabassi; Commissione Rapporti Istituzionali, Mario Testa; Commissione Medicine non Convenzionali, Antonio Sanità.

Si è stabilito di scegliere i presidenti tra gli stessi componenti del Direttivo al fine di consentire un miglior coordinamento delle attività. Resta implicito che, per una più proficua attività delle stesse, è assolutamente necessario cercare di coinvolgere quanti più colleghi possibile, interessati alle tematiche che ciascuna Commissione si troverà ad affrontare. Pertanto invitiamo i medici che vogliono comunicare la loro adesione a contattare direttamente l'Ordine.

UNA SPIEGAZIONE DOVUTA

Dopo le più che legittime proteste di vari colleghi di Isernia e Provincia per la mancata pubblicazione, da parte dell'Ordine, dei manifesti di partecipazione al lutto che li aveva colpiti per la perdita di qualcuno dei loro cari, nella riunione del Direttivo del 5 febbraio 2009, si è deciso di tornare al comportamento di qualche anno fa e che prevedeva in questi casi la stampa dei manifesti solo nel caso di decesso di un collega e non nel caso la perdita avesse riguardato uno dei propri congiunti.

Ci rendiamo conto che sarebbe stato più giusto continuare a mantenere "allargata" la partecipazione; ma è altrettanto giusto, se non in misura maggiore, garantirla a tutti i medici. Poiché per esperienza ormai consolidata e provata, per diversi motivi che qui sarebbe troppo lungo elencare, non si riesce a garantire un eguale trattamento per tutti i medici, anche quelli dei paesi più sperduti della Provincia, si è deciso (non alla unanimità, a dimostrazione di come siano sofferte certe scelte!) di tornare all'antico, riducendo così drasticamente il rischio di manchevolezze che poi è francamente difficile giustificare.

Approfittiamo dell'occasione per scusarci, esprimendo il nostro più profondo rammarico, con tutti quei colleghi che si sono sentiti discriminati dall'Ordine di appartenenza in un momento certamente non lieto della loro vita.

È ATTIVO IL NUOVO SITO DELL'ORDINE

Informiamo i colleghi che a breve sarà attivo e consultabile il nuovo sito dell'Ordine dei Medici della Provincia di Isernia. La chiave di accesso è: www.omceoisernia.it. Tra le altre novità segnaliamo la presenza dell'Albo dei Medici chirurghi ed Odontoiatri, corretto ed aggiornato rispetto alla versione cartacea che vi abbiamo inviato qualche mese fa. Vi invitiamo a segnalarci

eventuali altre inesattezze o omissioni rilevate, al fine di avere a disposizione un elenco il più aggiornato e corretto possibile. Sono graditissimi, inoltre, suggerimenti tesi a migliorare il più possibile un presidio informatico indispensabile per una informazione puntuale su tutto quello che riguarda la vita del nostro Ordine e le problematiche mediche più in generale.

La posta elettronica certificata diventa un obbligo

In base al decreto legge N°185 del 29 novembre 2008, successivamente convertito in legge N°2 del 28 gennaio 2009, è stata resa obbligatoria per le imprese, i professionisti e le amministrazioni pubbliche, un proprio indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) entro un anno dalla entrata in vigore del D.L. di cui sopra. La posta elettronica certificata è un nuovo sistema attraverso il quale è possibile inviare e-mail con valore legale equiparato ad una raccomandata con ricevuta di ritorno, con attestazione dell'orario esatto di spedizione. Il termine "certificata" si riferisce al fatto che il gestore del servizio rilascia al mittente una ricevuta che costituisce prova legale della avvenuta spedizione del messaggio ed eventuali allegati. Allo stesso modo, il gestore

del destinatario invia al mittente la ricevuta di avvenuta consegna.

Per quanto sopra esposto l'ordine dei medici di Isernia, in sintonia con quello di Campobasso, ha deciso di aderire alla proposta della azienda molisana "ING System S.r.l.", che fornirà al nostro ordine le caselle di posta elettronica certificata, da attivare per i propri iscritti.

È inoltre disponibile, a richiesta degli interessati, la firma digitale da integrare alla posta elettronica certificata.

Ulteriori e complete informazioni sono disponibili all'indirizzo web: www.medicipec.it

Si riportano le principali caratteristiche del servizio offerto:

CARATTERISTICHE TECNICHE

- FORMATO CASELLA
- CAPACITÀ SINGOLA CASELLA
- DIMENSIONE MASSIMA DI OGNI SINGOLO MESSAGGIO
- NUMERO MASSIMO DI DESTINATARI CONTEMPORANEAMENTE ACCETTATI
- DISPONIBILITÀ DEL SERVIZIO
- MODALITÀ D'ACCESSO

nome.cognome@medipec.it

1 Gb

Fino a 30 Mb

50

7 giorni su 7, 24h su 24

web mail client di posta elettronica

COSTI PER OGNI SINGOLA CASELLA PEC

- CASELLA DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC)
- ATTIVAZIONE (UNA TANTUM)
- CONTRATTO

€ 6,00 + IVA (ANNUALE)

€ 1,00 + IVA (5 ANNI)
annuale

COSTI PER OGNI SINGOLA FIRMA DIGITALE

€ 65,00 + IVA (3 ANNI)

COSTO PACCHETTO ING DIGITALPEC

COMPRESIVO DI FIRMA ELETTRONICA + PEC

€ 60,00 + IVA (3 ANNI)

Venafro: il museo archeologico

DI NATALINO PAONE

Venafro è la porta d'ingresso e d'uscita del Molise, a seconda se si viene dal versante tirrenico o dalla costa adriatica. Una posizione che la città detiene sin dall'età antica, come testimoniano i resti di opere d'arte importanti sannitiche e romane.

Rispetto a queste due realtà storiche, il museo archeologico rappresenta la chiave di lettura dell'innesto romano sulla civiltà sannitica, dall'ammodernamento delle strade di raccordo con Napoli e Roma alla nascita della città tutta romana per architettura, arte e servizi: ville con mosaici, teatro d'avanguardia, anfiteatro, statue, acquedotto; quest'ultimo autentico capolavoro d'ingegneria idraulica con partenza dalle sorgenti del Volturmo e percorso di 30 chilometri sempre in equilibrio tra salti e passaggi forzati, anche sotterranei.

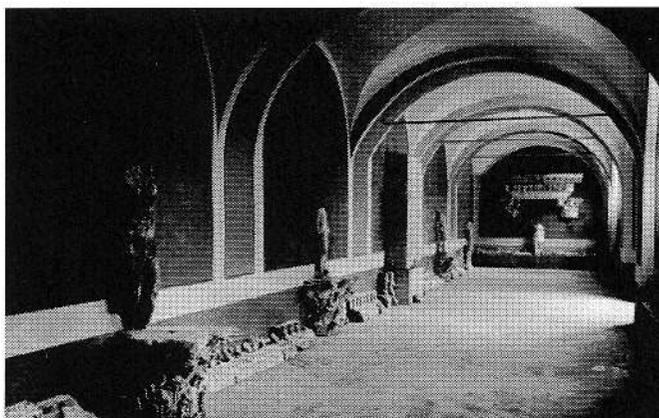
Il museo è curato e gestito dalla Soprintendenza Archeologica per i Beni Architettonici del Molise, ma la città se l'era dato come Museo Civico nel 1931, esponendo nell'ex convento di Santa Chiara collezioni offerte da privati. La guerra e le sue conseguenze lo avevano coinvolto e stravolto: prima rifugio di senza tetto, poi scuola, infine sede S.I.P. Il rilancio venne dopo l'istituzione della ricordata Soprintendenza nel 1971 e la donazione dell'edificio da parte del Comune allo Stato «perché fosse destinato a sede di un nuovo museo statale» (da *Venafro*, a cura Iresmo e Soprintendenza Archeologica del Molise, editore C. Iannone, Isernia 1996).

Il museo è organizzato al piano terra e al primo piano dell'ex convento. Il tema si sviluppa in due sezioni: romana e sannitica.

La visita ha inizio subito dopo l'ingresso, nel chiostro, e prosegue tra piano terra e primo piano.

Chiostro

- Manufatti in pietra con iscrizioni in gran parte riferibili al I secolo e provenienti prevalentemente da necropoli ai lati delle due strade di raccordo della città con la consolare Latina, sia in direzione del Lazio che della Campania (si tratta di produzione locale appartenuta a popolazione non interessata all'arte ufficiale del patriziato romano);



- iscrizione riferita a C. Marius, liberto diventato Augustale, sacerdote destinato al culto di Augusto e della casa imperiale;
- cippo miliare di L. Cornelius Cinna, console nel 127 a.C., che curò la prima sistemazione della via Latina e della rete stradale che si collegava alla stessa.

L'allestimento museale del 1931

Sala 1

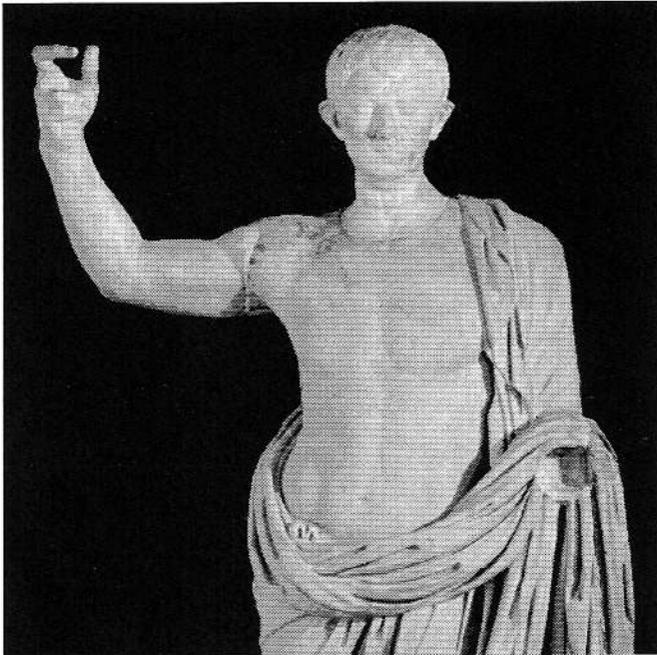
- Editto di Augusto, inciso su pietra, riguardante la normativa d'uso dell'acquedotto romano Sorgenti del Volturmo-Venafro, 30 km circa, 17-11 a.C. (i cippi ricordano la delimitazione della fascia di rispetto dell'opera pubblica della larghezza corrispondente oggi a 2,36 m. per lato);
- villa rustica in territorio di Pozzilli (dall'età imperiale alla tardo-antica), costituita da due nuclei, quello residenziale, con qualche pretesa architettonica, e l'altro ad uso di attività di produzione, con attrezzature (frantoio, torchio, magazzini).

Sala 2

- Statua di Venere, sec. II d.C. (dalla *Guida* del Ministero per i Beni e le Attività Culturali, 2000).
- Statua di Afrodite, d'epoca augustea, con mantello ricadente dietro e chitone che aderisce al corpo in minute piegoline, rivelandone le forme;
- piccolo torso di giovane, prima metà del I secolo d. C.;
- testa femminile appartenuta ad una statua di musa o di Venere, vicina al 100 a.C.

Sala 4

- Materiale del nucleo originario del museo del 1931, fatto di reperti legati alla decorazione del teatro, tra cui le due statue (prima metà del I secolo), già esposte al Museo Nazionale di Napoli, afferenti a personaggi importanti della città.



Grande statua virile.

In basso: *Verlasce* (dalla rivista "Isernia", n.1 gennaio 1989.)

Sale 5 e 6

- Tre semicapitelli corinzi presenti nel nucleo del 1931, il resto recuperato con scavi successivi, mentre nelle vetrine sono in vista terrecotte architettoniche, lucerne, vasi, oggetti d'ornamento, e (salletta 6) statua frammentata seduta, forse musa, proveniente dal teatro.

Sala 7

- Dagli scavi della città antica, affreschi molto belli di III stile della metà del I secolo, lastre architettoniche con mostra di grifi affrontati disposte lungo gli spioventi di un frontone.

Salette 8 e 9.

- Reperti venuti alla luce durante la captazione della sorgente del San Bartolomeo, tra cui anfore, affreschi e, nelle vetrine, oggetti vari come la bella terracotta architettonica con Vittorie e grifi, dei primi tempi dell'impero, bottiglie di vetro, lucerne, vasellame d'uso quotidiano e, in aggiunta, pavimentazioni a mosaico del I secolo a.C.

Sala 10

- Piccola scultura a carattere decorativo di provenienza sconosciuta raffigurante Igea, figlia di Esculapio e divinità salutare, con il simbolo del serpente sacro (97-117 d. C.);

- statuetta proveniente dall'area urbana e raffigurante Ganimede, il giovane troiano portato all'Olimpo da un'aquila per essere il coppiere di Zeus (II secolo d.C.); il culto di Ganimede;

- Venafro è attestata anche nella documentazione epigrafica;

- statua maschile panneggiata, forse Apollo, I secolo a.C., recuperata dalle fondazioni di palazzo Monachetti, a Venafro,



durante i lavori conseguenti al terremoto del 1984.

Sala 11

- Documenti sull'anfiteatro (o *Verlasce*), il monumento più caratteristico di Venafro, di età flavia(?), con parti di scritta d'epoca dedicata alla costruzione finanziata da un membro della *gens Vibia*, una delle famiglie eminenti della Venafro romana.

Sala 12

- Materiale di diverse località del territorio donato allo stato: sarcofago di *Magia Marcellina* e altro materiale con iscrizioni interessanti, tra le quali due dei cippi dell'acquedotto e due della tassa (*vectigal*) dei coloni venafrani (primi tempi della colonia);

- iscrizione di *Marcius Ambitio*, che fece fare a proprie spese la statua equestre di Augusto;

- iscrizione di *Clodia Augenis*, parrucchiera, un rilievo da monumento funerario, con testa elmata e parti di monumenti a tamburo cilindrico, festoni sorretti da putti, fregi a girali.

Sezione preromana

Materiale proveniente dal territorio vicino, oggi nel Comune di Pozzilli.

Si tratta di diverse sale in continuazione sullo stesso piano, da 13 a 17.

Sala 13

- Necropoli preromana, inizio VI e IV secolo a.C., agro di Pozzilli, collegata a un insediamento rurale, (scavate nel 1977-78 110 tombe a copertura di pietre in area attraversata da canale pavimentato in laterizi per scarico di acque di rifiuto);

- vasellame vario, fibule di ferro, di bronzo, ancorette, olle, coppa di bucchero.

Sala 14

- Sepoltura con corredo vario di bucchero nero pesante, prodotto nelle officine di Capua (VI secolo a.C.).

Sala 15

- Corredi di necropoli VI-V secolo a.C. (officine di Capua).

Sala 16

- Corredi di ceramica a vernice nera dei rituali funerari (V secolo a.C.)



Olla sannitica

Sala 17

- Tomba con scheletro umano del IV secolo a.C. proveniente da Pozzilli (cinturone di bronzo che correttamente porta a individuare la figura del guerriero sannita, con la cuspidi di lancia).

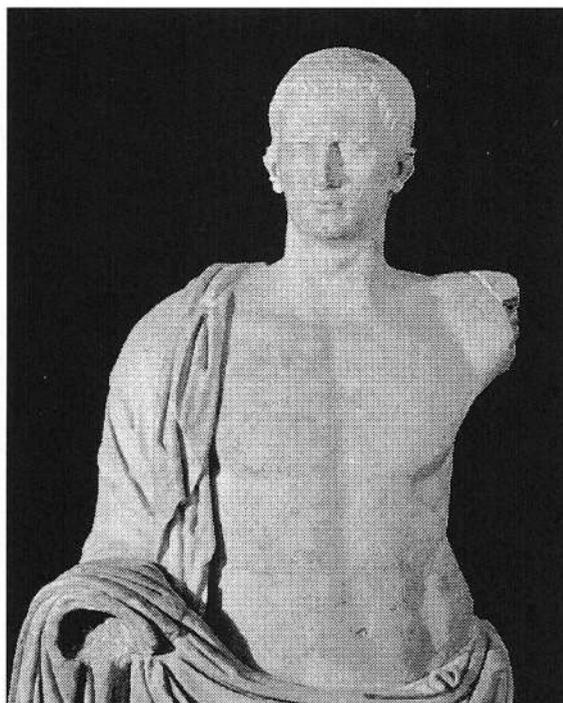
In basso: Grande statua virile

Sala 18

Aula didattica.

Prima di riprendere la via d'uscita, uno sguardo al polittico della Chiesa della SS. Annunziata, prodotto a Nettingham (sec. XV-metà XVI); tra i rari esempi in Italia.

Lungo il corridoio, poi, si impongono vasi e doli medi e grandi di ceramica di un quartiere artigianale di epoca ellenistica dotato di otto fornaci; di contenitori usati probabilmente per raccolta di scorte e di residui di lavorazione.



**Museo archeologico
di Venafro**

**Soprintendenza
Archeologica del
Molise**

Museo Archeologico,
ex Convento di Santa Chiara
Via Garibaldi, 8
Venafro (IS)

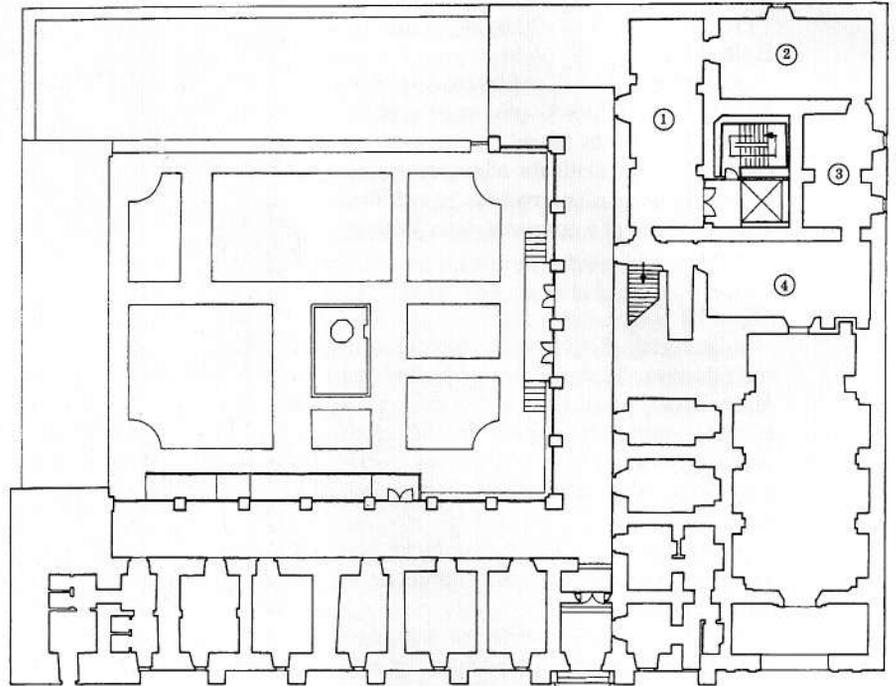
tel.0865 900742

Aperto tutti i giorni
Chiuso il lunedì
per riposo settimanale

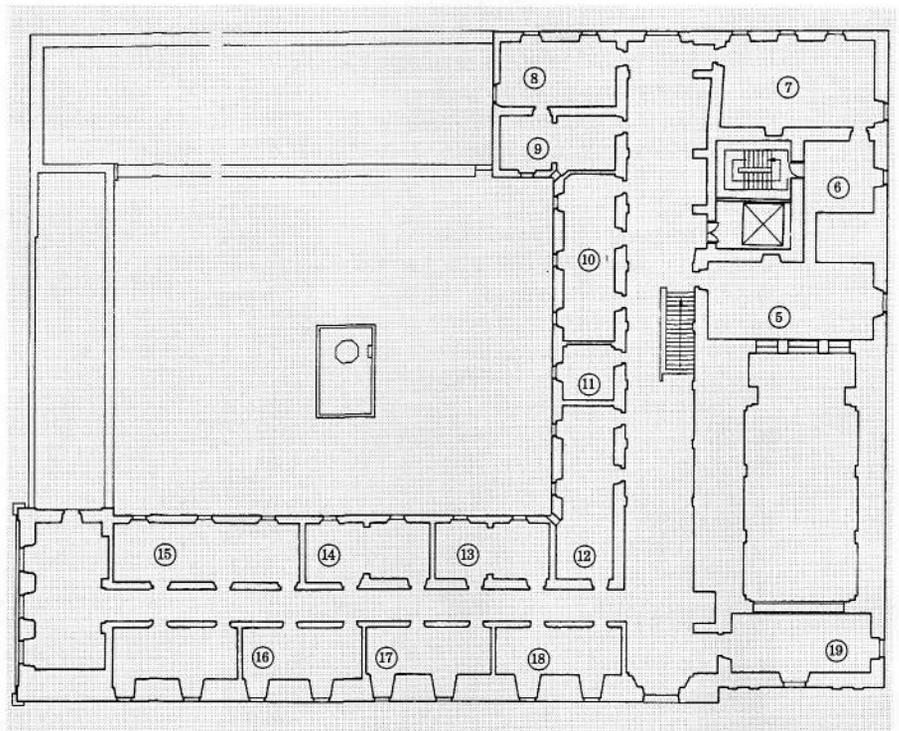
Orari:

Feriali: ore 9,00 -19,00
(orario continuato)
Festivi: 14,00-19,00.

Ingresso, euro 2,00



Piano terra



Primo piano