

**ASSISTENZA INFERMIERISTICA PROFESSIONALE  
24 ORE SU 24**

Prestazioni a domicilio

**SERVIZIO DIURNO E NOTTURNO**

TRATTAMENTO  
PARTICOLARE PER  
INTERVENTI DI  
MEDIA E LUNGA  
DURATA



ASSISTENZA ANZIANI E  
TUTTE LE PRESTAZIONI  
INFERMIERISTICHE  
CONTEMPLATE DALLE  
V.V.LL.

Tel. 010/58.56.70. a Genova in Via XX Settembre, 34/6  
Tel. 0185/32.50.09 a Chiavari in Via Nino Bixio, 24/B



**C.I.D.O.- CENTRO INFERMIERISTICO**

**CENTRO ALLERGIE INTOLLERANZE ALIMENTARI**

Responsabile Dott. G. Napoli

DIAGNOSTICA: - *prick test* - *rast*  
- *test epicutanei* - *test citotossico*  
- *patch test* - *linfocitario*

DIETE DI ELIMINAZIONE E SCATENAMENTO

CHIAMATA GRATUITA  
**NUMERO VERDE**  
**167 - 010197**



**CENTRO ALLERGIE INTOLLERANZE ALIMENTARI**

VIA XX SETTEMBRE, 34/6 - TEL. 010/585.670 - 16121 GENOVA

# GENOVA

M E D I C A

Notiziario di informazione dell'Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri della Provincia di Genova



Anno 2 - N. 4

Luglio 1994

**GESTIRE BENE IL NOSTRO ENPAM**

Regione e medici  
un progetto tutto da bocciare

Lo "scandalo" cardiocirurgia  
Liguria fanalino di coda

Aids, partita  
l'assistenza a casa

494



# DICA 48

In quanto tempo riuscite a farvi dire sì?

Con ACMI, bastano 48 ore.

ACMI vi propone finanziamenti per l'acquisto o la ristrutturazione della casa o dello studio, in tempi brevissimi.

Si possono scegliere finanziamenti a tasso fisso come il prodotto Sinergia, o a tasso variabile, indicizzati alla lira o all'ECU, e con una percentuale di copertura che arriva fino all'80% del valore dell'immobile. Inoltre, grazie anche all'importanza e all'esperienza dei nostri partner sul mercato immobiliare europeo, offriamo mutui persino ventennali, e con tassi d'interesse particolarmente competitivi.

ACMI è l'interfaccia di fiducia tra il settore finanziario e la classe medica, per ottenere i prodotti migliori alle condizioni più convenienti.

 **Acmi** PROGETTI CLASSE MEDICA **SOLUZIONI SUBITO**

Genova: P.zza della Vittoria, 12/22 - Milano: Via Lanzone, 31

Numero verde: 1678 04009

**IST. GIORGI**  
Dir. San. e R.B.: Dr. G. Giorgi  
Spec.: Radiologia Medica

GENOVA  
Via R. Ceccardi 3 - 010/592932  
Via Rossini 4r - 010/441298

**IST. ISMAR**  
Dir. San. e R.B.: Dr. A. Vitali  
Spec.: Igiene Med. Prev.

GENOVA  
Via Peschiera 6  
010/8398478

**IST. LAB**  
Dir. San. e R.B.: D.ssa P. Aytano  
BIOLOGO Spec.: Microbiologia

GENOVA  
Via Cesarea 12/4  
010/581181

**IST. LIGURIA**  
Dir. San. e R.B.: Dr. M. Gandini  
Spec.: Ematologia

GENOVA  
C.so Sardegna 42  
010/517748

**IST. MATARAZZO**  
Dir. San. e R.B.: Dr. G. Matarazzo  
Spec.: Ortopedia

GENOVA  
Via Cantore 30 - 010/415246  
Via Rimassa 51 - 010/592887

**IST. NEUMAIER**  
Dir. San. e R.B.: Prof. F. Neumaier  
L.D.: Radiologia

GENOVA  
Via XX Settembre 5  
010/593660

**CENTRO RADIOLOGICO E FISIOTERAPICO**  
Dir. San. e R.B.: Dr. M. Descovich  
Spec.: Radiodiagnostica

GE - BUSALLA  
Via Chiappa 4  
010/9640300

**IST. RADIOLOGIA RECCO**  
Dir. San. e R.B.: Dr. C. A. Melani  
Spec.: Radiologia

GE - RECCO  
P.zza Matteotti 9  
0185/720061

**IST. ROLLANDI - TMA**  
Dir. San. e R.B.: Prof. A. Rollandi  
Spec.: Radiologia Medica

GENOVA  
c/o V. Salus, Via Montallegro 48  
010/3622923

**IST. SALUS**  
Dir. San. e R.B.: Dr. E. Bartolini  
Spec.: Radiologia Igiene Med. Prev.

GENOVA  
P.zza Dante 9  
010/586642

**IST. SALUS Diagnostica per Immagini**  
Dir. San. e R.B.: Prof. G. Ramella  
L.D.: Radiologia

GENOVA  
Via Peschiera 8  
010/8310498

**IST. STATIC**  
Dir. San.: R.B.: D. ssa T. Quercioli  
Spec.: Fisiokinesiterapia  
R.B.: Prof. R. Ghislanzoni L.D.: Radiologia

GENOVA  
Via XX Settembre 5  
010/543478

**IST. TARTARINI**  
Dir. San. e R.B.: Prof. E. Parodi  
L.D.: Igiene  
R.B.: Dr. A. Picasso Spec.: Radiologia

GE - SESTRI P.  
P.zza Dei Nattino 1  
010/672014

**IST. TECNES Med. Nucleare**  
Dir. San. e R.B.: Dott. F. Romei  
Spec.: Med. Nucleare

GENOVA  
Via XX Settembre 5  
010/565643

**IST. VITTORIA**  
Dir. San. e R.B.: Dr. A. Moizo  
BIOLOGO Spec.: Igiene or. Lab.

GENOVA  
Via Sottoripa 1a  
010/206951

PC	Ria	MN	RX	RT	TF	S	DS	T	RM
			*	*	*		*		
*	*	*	*		*	*	*		
*	*					*			
*	*					*			
			*	*	*		*		
			*		*		*		
			*	*	*		*	*	*
*	*	*	*	*	*	*	*		
			*		*		*	*	*
*	*		*	*	*	*	*		
		*					*		
*							*		

## LEGENDA

PC = Patologia Chimica  
Ria = Radioimmunologia  
MN = Medicina Nucleare in Vivo  
RX = Radiologia Diagnostica  
RT = Terapia Radiante

TF = Terapia Fisica  
S = Altre Specialità  
DS = Diagnostica strumentale  
T = Tomografia Ass. Comp.  
RM = Risonanza Magnetica

RB. = Responsabile di Branchia  
L.D. = Libero Docente  
Spec. = Specialista



ASSOCIAZIONE SINDACATI SPECIALISTICA CONVENZIONATA ESTERNA (A. S. S. C. E.)  
STRUTTURE PRIVATE ADERENTI - (PROVINCIA DI GENOVA 1993)

STRUTTURE PRIVATE

- IST. ALBARO**  
Dir. San. e R.B.: Prof. E. Salvidio;  
L.D.: Pat. Spec. Med. e Met. Clinica  
R.B.: R. De Martini Spec.: Radiologia
- IST. ANALYST**  
Dir. San. e R.B.: D.ssa W. Bianchi  
BIOLOGO Spec.: Igiene or. Lab.
- IST. BARONE**  
Dir. San. e R.B.: Dr. V. Poggi  
di Castellaro Spec.: Radiologia
- IST. BIOMEDICAL**  
Dir. San. e R.B.: D.ssa F. Repossi  
Spec.: Ematologia  
R.B.: Dr. E. Balestra Spec.: Radiologia
- IST. BIO-DATA**  
Dir. San. e R.B.: D.ssa G. Capurro  
BIOLOGO Spec.: Microbiologia
- IST. BIOTEST ANALISI**  
Dir. San. e R.B.: Dr. F. Masoero  
Spec.: Igiene e Med. Prev.
- IST. BIOTEST RADIOLOGIA**  
Dir. San. e R.B.: Dr. C. Gubinelli  
Spec. Radiologia Medica
- IST. CARIGNANO**  
Dir. San. e R.B.: Dr. M. Vignolo  
Spec.: Terapia Fisica - Med. Riabilitativa
- CENTRO SERVIZI MEDICI**  
Dir. San. e R.B.: Dr. V. Foti  
R.B.: Prof. G. Villa Venzano Sp. Radiologia
- IST. Radiologico e T. Fisica CICIO**  
Dir. San. e R.B.: Dr. G. Cicio  
Spec.: Radiologia
- IST. EMOS**  
Dir. San. e R.B.: Dr. G. Vibracci  
BIOLOGO Spec.: Igiene or. Lab.  
R.B. D.ssa P. Stimamiglio  
Spec. Medicina Nucleare
- IST. EMOLAB**  
Dir. San. e R.B.: Prof. E. D'Amore  
L.D.: Chim. e Microscopia Clinica  
R.B.: Dr. G. Gallo Spec. Radiologia
- IST. GALENO**  
Dir. san. e R.B.: D.ssa G. Barberis  
BIOLOGO Spec.: Igiene or. Lab.  
R.B.: Dr. A. Pogliani Spec. Radiologia Medica

INDIRIZZO E TEL.

- GENOVA  
Via P. Boselli 32  
010/3621769
- GE- PONTEDECIMO  
Via Pieve di Cadore 12  
010/7856908
- GENOVA  
P.sso Ponte Carrega 35/37r  
010/8367213
- GENOVA  
Via Sapello 2  
010/664920
- GE - LAVAGNA  
Via Cavour 2  
0185/393670
- GENOVA  
Via Maragliano 2  
010/587088
- GENOVA  
Via Brigata Liguria 3/4  
010/561522
- GENOVA  
P.zza Della Vittoria 12  
010/585927
- GENOVA  
Via De Gaspari, 6  
010/3622448
- GENOVA  
C.so Sardegna 40a  
010/501994
- GENOVA  
Via Caffa 11  
010/3620507
- GENOVA  
Via G. B. Monti 107r  
010/420348
- GENOVA  
P.sso Antiochia 2a  
010/594409

SPECIALITA'

PC	Ria	MN	RX	RT	TF	S	DS	T	RM
*	*		*		*	*	*	*	
*	*					*	*		
*	*		*	*	*	*	*	*	
*			*		*	*	*	*	
*	*				*	*	*	*	
*			*	*	*	*	*	*	
*	*		*	*	*	*	*	*	
*	*		*	*	*	*	*	*	
*	*		*	*	*	*	*	*	

494

S O M M A R I O

Anno 2 - Numero 4 Luglio 1994

**GENOVA**  
M E D I C A

EDITORIALE

**Pag. 2** Gestire bene il nostro Enpam

VITA DELL'ORDINE

**Pag. 5** Un progetto tutto da bocciare

**Pag. 7** Le tante pecche delle Usl

**Pag. 9** Ancora sui "medici migliori"

LEGGI & REGOLE

**Pag. 10** Il medico resta sul treno

**Pag. 11** Un trattamento "obbligato"

UN PO' DI ATTUALITA'

**Pag. 13** Aids, ecco l'assistenza a casa

**Pag. 16** Lo "scandalo" cardiocirurgia

**Pag. 19** "Willy Gregor" al prof. Giuliani

ETICA & PROFESSIONE

**Pag. 18** La psicoterapia ai medici

SCIENZA & MEDICINA

**Pag. 20** TBC, teniamola d'occhio

**Pag. 24** Laboratorio e droghe d'abuso

**Pag. 27** Lettere al Direttore

Notiziario di informazione dell'Ordine  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri  
della Provincia di Genova

**Direttore Editoriale**  
Prof. Franco Henriquet

**Condirettore**  
Dr. Massimo Gaggero

**Direttore Responsabile**  
Dr. Paolo Cremonesi

**Comitato di Direzione**  
Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri di Genova  
**Presidente:** Dr. Sergio Castellaneta  
**Vice Presidente:** Dr. Paolo Cremonesi  
**Segretario:** Dr. Enrico Bartolini  
**Tesoriere:** Dr. Emilio Casabona

**Consiglieri**  
Dr. Stefano Alice  
Dr. Marina Elvira Botto  
Dr. Alfonso Celenza  
Dr. Francesco Pietro Ciliberti  
Dr. Gianbernardo Fusco  
Prof. Emilio Nicola Gatto  
Dr. Enrico Gostoli  
Prof. Franco Henriquet  
Dr. Carlo Mosci  
Prof. Giorgio Odaglia  
Dr. Maria Angela Ramasso  
Dr. Tullio Zunino  
Prof. Giuliano Ricci

**Collegio dei revisori dei conti**  
Prof. Dario Civalieri  
Dr. Gianluigi Bedocchi  
Dr. Massimo Gaggero  
Dr. Marco Cingolani

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

Periodico Mensile Anno 2 - N° 4 Luglio 1994 Tiratura: 8.000 copie - Autorizzazione n. 15 del 26/04/1993  
del Tribunale di Genova - Spedizione in abbonamento postale - Gruppo IV 70% - Redazione e Segreteria:  
Via Corsica, 16/B Genova - Pubblicità: Freeline s.n.c., Via Corsica 16/B 16128 Genova, Tel. 010/582905  
Progetto grafico e impaginazione: Freeline s.n.c. - Stampa: PG2 s.n.c., Via Roma 218 16019 Ronco Scrivia (GE)

Finito di stampare nel Luglio 1994



## GESTIRE BENE IL NOSTRO ENPAM

L'editoriale è fatto di solito di un articolo, che contiene il pensiero dell'Ordine su un argomento importante. Ma le opinioni possono anche trasparire da altri atti: ad esempio da lettere. E qui ne abbiamo proprio un esempio calzante: vi proponiamo infatti due missive che il presidente dell'Ordine Castellaneta ha indirizzato ai vertici dell'Enpam, per trattare di argomenti che non possono non interessare tutti i medici.

**C**aro Parodi, ho appena appreso dal dott. Stefano Alice, delegato dell'Ordine di Genova, i risultati del Consiglio Nazionale, riunito in Roma il 1° luglio u.s., nel corso del quale hai sottoposto all'approvazione il bilancio dell'ente per il 1993, anche se in deficit.

Sappiamo che tale deficit è dovuto al fatto che hai liquidato tanti colleghi, che in massa ne hanno fatto richiesta, per le note vicende legislative riguardanti l'incompatibilità. Hai riconosciuto che la conduzione Enpam è stata fallimentare sotto tutti gli aspetti, furti e corruzione a parte, hai riconosciuto le tue responsabilità come presidente della Fnomceo per tanti anni e di tutti coloro che hanno fatto parte del Consiglio di amministrazione della nostra previdenza a livello nazionale.

Mi riferiscono che hai denunciato alcuni episodi di malcostume, che è lo sport principale

del nostro paese: tutte le gravidanze delle dottoresse diventano a rischio, le valutazioni delle varie commissioni di invalidità sono spesso dubbie, i Colleghi inquieti di nuove case troppo spesso sono morosi ed altre disfunzioni. Bene, non vorrei che ti limitassi alla semplice denuncia, ma che ti assumessi le tue responsabilità nell'eseguire controlli e nel richiamare i vari Ordini ad una maggiore trasparenza e severità. Non devono esistere alibi per nessuno!

L'Enpam deve essere gestito come un'azienda efficiente, nell'interesse di tutti i medici, che pagano fior di quattrini ogni anno.

Sarebbe utile fare un convegno a Genova sulle problematiche della previdenza, nel corso del quale spiegare tante cose ai medici genovesi (come aumentare la pensione del fondo generale, per esempio!)

Aspettiamo anche da anni il collegamento informatico tra la sede romana e le sedi periferiche dell'Enpam, per cui un medico geno-

Ti ringrazio dell'ascolto e ... perdonami, l'unica consolazione della senectus è la totale libertà di parola.

Molti cordiali saluti.

**Franco Cugurra**

P.S. L'Aids si prende in prevalenza per via sessuale o trans-, per i derivati del sangue e per contatto. Le siringhe ormai i tossicodipendenti le comprano sterili.

La risposta di Franco Henriquet è la seguente:

*L'indirizzo ad un uso più esteso del metadone, quale farmaco sostitutivo dell'eroina, è seguito un po' ovunque nel mondo e non è "un'assurdità" di Henriquet scritta su Genova Medica. Sono ormai numerosi i pronunciamenti dell'Oms in questa direzione. Indubbiamente per questo ha anche influito il problema Aids.*

*Uno dei veicoli maggiori per la diffusione dell'infezione da Hiv è l'uso di eroina, che richiede l'iniezione (il buco), abitualmente fatta con siringhe non sterili, già usate da altri tossicodipendenti Hiv positivi. Il prof. Cugurra può dire tutto quello che vuole, ma non può sostenere che questo non avvenga o sia solo minimamente responsabile della diffusione dell'Aids. Comunque nè il Ministero della Sanità, né tantomeno l'Ordine dei medici di Genova possono obbligare i medici a prescrivere il metadone per i tossicodipendenti. Il Ministero della Sanità recentemente ha solo permesso a tutti i medici di prescrivere il metadone per gli stati di tossicodipendenza da eroina, debitamente accertati dalla struttura pubblica (i Sert).*

*Prima di questa disposizione il metadone*

*poteva esser dato solo dai medici delle strutture pubbliche specificamente preposte (Servizi di salute mentale, attualmente i Sert). Ogni medico comunque ha piena libertà di aderire o no a questa possibilità. Per quanto riguarda una maggiore informazione su questi argomenti è ciò che sta svolgendo attualmente l'Ordine dei medici di Genova. In questi corsi si potrebbe anche apprendere che i programmi a scalare del metadone sono ormai superati, perchè generalmente fallimentari e l'utilità del metadone può essere solo data da programmi a lungo termine, definiti di mantenimento; inoltre che l'uso del metadone può essere solo un'arma, tra molte, per aiutare il tossicodipendente da eroina, evitargli la droga da strada con i suoi effetti mortali, la criminalizzazione per gli enormi costi della droga, la grande propagazione della tossicodipendenza per lo spaccio diffuso cui fanno ricorso i tossicodipendenti per procurarsi la dose personale e che diffonde a macchia d'olio il fenomeno.*

*Ciò che comunque sorprende di più e lascia interdetti è la serie di affermazioni di basso livello cui ricorre il prof. Cugurra. Tra queste in particolare quella sui ministri europei che hanno approvato il matrimonio tra "bullici e lesbiche" e quella sulla connivenza tra Henriquet e Pezzuto per il Comune di Genova. Se il prof. Cugurra vuol fare un dibattito o addirittura, come propone, un progetto di legge su questi problemi dovrebbe dotarsi di argomenti migliori.*



un'assurdità e rappresenta un'opinione di Henriquet: le leggi citate derivano dal DM 19/12/90 del famigerato De Lorenzo (nell'interesse di alcune case farmaceutiche) il quale scrive che l'unica cura della tossicomania da oppioidi è il metadone (Art. 1, comma 2). In realtà chi vuole dare sostitutivi non ha che l'imbarazzo di scegliere il meno dannoso.

Comunque ti allego il manifesto di Eolo, esperto in tossicodipendenze, al quale ci si potrà rivolgere.

La seconda lettera è stata scritta quando già la prima aveva, come dire, prodotto qualche effetto. E' infatti in data 16 giugno e dice:

Caro Presidente,  
Emilio Casabona mi ha investito come un ciclone per le mie vedute sui dentisti. Mi ha salvato la vecchia amicizia, ma continuo a ritenere che 22-40 milioni per un impianto siano troppi e noi, a causa dei dentisti e di qualche superchirurgo, siamo malvisti. Tralasciando quanto sopra ribadisco la mia protesta per gli articoli sull'uso obbligato del metadone, basato sulla legge D.19/12/1990 n. 445 (Gazz. Uff. n. 25 del 30/1/91) a firma De Lorenzo (col suo compare Poggiolini) e seguenti norme, credo della Garavaglia. Tutto per favorire Zambon e la Wellcome.

Ho chiesto a Bianca Costa di indire una riunione, con la tua partecipazione, per presentare un progetto di legge, previa abolizione di quanto di competenza sui sostitutivi delle numerose precedenti leggi e legghine, che dica:

1- che il metadone (e gli altri sostitutivi numerosi) non sono una cura, né tantomeno l'unica cura delle tossicodipendenze da eroina;

2 - che se i medici vogliono o debbono prescrivere sostitutivi, possono farlo a loro esclusivo giudizio, scegliendo nella vasta gamma degli stessi (a parte il metadone: Temgesic, la stessa morfina - come in Olanda - codeinici o ossicodone, Talwin etc.). Personalmente io non prescrivo alcun sostitutivo, ma questa malaugurata legge obbliga medici e comunità ad adottare il metadone, in uso dagli anni 70, in pratica droga di stato. Che poi i tossicomani rivedono per comprare eroina scassata. E che non serve a un tubo, né salva dall'Aids. Puoi immaginare il casino che succederà nella farmacie e negli studi dei medici di famiglia se i tossicomani verranno a reclamare il metadone.

In questo momento difendo con perizie due Colleghi del ponente imputati a) di avere prescritto stupefacenti (Tamgesic) per uso non terapeutico(!); b) di non avere prescritto il metadone, cura unica per legge.

Questa buffonata deve cessare.

Circa i riferimenti alla Cee di Henriquet, nel suo articolo, i ministri sono gli stessi che hanno approvato il matrimonio tra bulici e lesbiche. L'OMS è pressata dalla Wellcome, esclusivista mondiale del metadone.

Quanto a Henriquet, dovrete farti raccontare da Raschi come è finito un dibattito a S. Desiderio. Henriquet ha adottato il metadone solo per salvare la maggioranza Pezzuto+compagni in Comune. Lui non ne sa niente. Genova Medica dovrebbe dare ai Medici un sostegno culturale scientificamente valido; eventualmente su un argomento così delicato dovrebbe essere aperto un dibattito, al quale partecipino i medici di famiglia.

vese, recandosi all'Ordine di Piazza della Vittoria, possa conoscere in tempi brevi la sua reale posizione e soprattutto ricevere, sempre in tempi brevi, quanto è di sua spettanza.

Esiste un altro problema gravissimo, di cui inconsciamente il collega dott. Baldizzone ci informa mensilmente su Genova Medica: il ritardo cronico, passivamente subito, con cui le Usl eseguono i versamenti ai fondi speciali Enpam.

Cosa intendi fare, caro Parodi? Rispondimi per iscritto. Ti saluto



La seconda lettera riguarda da vicino i problemi - anche giudiziari - che recentemente hanno coinvolto i vertici dell'ente (il riferimento alla gestione De Lorenzo è puramente intenzionale). Questa comunicazione è stata indirizzata a tutti i presidenti degli Ordini d'Italia e, per conoscenza, al presidente dell'Enpam. Eccone il testo.

"Egregio Collega,  
le vicende dell'Enpam, nostro ente di previdenza, sono note a tutti.  
Sono venute alla ribalta in un momento in cui le inchieste, gli arresti, le denunce per corruzione fiorivano numerose, per cui sulla stampa non si è dato grande rilievo alle malversazioni del Prof. Ferruccio De Lorenzo e di altri consiglieri dell'Enpam, tra i quali, se non vado errato, fu arrestato un medico di Torino, rappresentante della Fimmg. Da allora non si è più saputo nulla, sicuramente l'Enpam è stato un covo di corruzione senza precedenti.

Sono passati due o tre anni, è stato nominato un commissario, nella persona del prof. Eolo Parodi, al quale noi chiediamo, oggi giugno 1994, conto a nome, non solo dei medici genovesi, ma di tutti i medici italiani: quale danno è stato apportato alle casse ed al patrimonio dell'ente dal comportamento di coloro che al vertice dell'ente stesso di previdenza avrebbero dovuto fare l'interesse di tutti?

Come si quantifica questo danno, quanti miliardi sono stati sottratti dalle casse dell'Enpam da questi mascalzoni? Che sorte hanno avuto gli uomini al centro della corruzione? Chi sono gli imputati di tali gravissimi reati? Un altro problema che vorremmo sottoporre all'attenzione dell'amico prof. Parodi e del consiglio di amministrazione dell'Enpam è: perché non si può aumentare la pensione del Fondo Generale dalle attuali scandalose 240.000 lire? E' possibile che la pensione sia rimasta ferma, per oltre 30 anni, a 240.000 lire? Se tale cifra nel 1960, 1961, 1962, poteva avere un significato, oggi con 240.000 lire si fa pochissima strada, al massimo una cena per 4 persone in un locale non certo di lusso. Questi mi paiono i temi da affrontare ed è in questo senso di collaborazione attiva e leale che l'Ordine dei medici promuove e promuoverà un convegno al quale saranno invitati tutti i rappresentanti degli Ordini al fine di invitare i dirigenti dell'Enpam a rispondere senza ambiguità a tali legittime richieste. Nella speranza di avere risposte positive, da parte dei colleghi, presidenti dei vari Ordini, si inviano cordiali saluti".





Per completezza d'informazione - come dicono i giornalisti - ci sembra opportuno pubblicare, sullo stesso argomento, la lettera che il prof. Mario Manfredi, del Dipartimento di scienze neurologiche dell'Università "La Sapienza" di Roma, ha inviato al presidente del suo Ordine, dott. Benito Meledandri, in cui vengono sollevate analoghe lamentele. Dice infatti la lettera:

*"Caro presidente, ho scritto tempo fa all'Enpam, con copia a lei, circa la mia situazione previdenziale, quale esempio della previdenza Enpam a favore di tutti noi medici.*

*Chiedevo due cose:*

*1) per quale motivo la pensione per me prevista allo scadere del 65° anno (L. 299.587) risulta inferiore a quanto mi verrebbe versato, con gli analoghi contributi, da una assicurazione privata;*

*2) se gli ammanchi per i quali è inquisito il prof. Ferruccio De Lorenzo hanno in qualche modo inciso sul patrimonio dell'ente e sul nostro trattamento previdenziale. La risposta dell'Enpam è stata molto evasiva circa il primo quesito. Silenzio assoluto sul secondo. Non ho ricevuto da lei alcuna comunicazione di sostegno a questa mia iniziativa.*

*Le faccio notare invece che il presidente dell'Ordine dei medici di Genova, l'on. dr. Sergio Castellaneta, sta conducendo anche sulla base della mia segnalazione, una serrata polemica con la presidenza dell'Enpam.*

*Mi aspetto da lei una analoga iniziativa, che mostri in maniera concreta l'interessamento dell'Ordine ai problemi pratici di noi medici".*

## BASTA ALL'ABUSIVISMO IN ODONTOIATRIA

L'abusivismo ed il prestanomismo odontoiatrico sono due situazioni di illegalità che vanno a braccetto.

Nelle grandi città, generalmente, l'abusivismo puro, quello dei paesi di campagna, per intenderci, che svolge mille attività: barbieri dentista, meccanico dentista, ecc. come al seguito dei grandi eserciti alle guerre napoleoniche, non esiste più o quasi, ma si fa "aiutare nel coprire" spesso da medici senza scrupoli che credono che "l'arte minore" sia un buon campo di battaglia.

Sono medici giovani e non giovani.

Giovani alle prime armi che credono che con questo temporaneo connubio possano "impratichirsi" alle spalle di ignari pazienti, perché no, anche sbarcare il lunario.

E poi scegliere una volta "falliti come medici" l'odontostomatologia come ripiego. Sono meno giovani, alle volte anche con importanti impegni ospedalieri o universitari ma già "falliti" evidentemente che "arrotondano" svendendo la loro laurea, quella "dell'arte maggiore". Queste situazioni sono insostenibili in un paese civile ed europeo, ma evidentemente non qui in Italia. La mia elezione presso l'Ordine dei Medici di Genova nel direttivo stesso dell'Ordine, spero segni un primo passo per la normalizzazione di queste situazioni, e quella "strana coppia" incestuosa potrà accorgersene prossimamente.

Vorrei ricordare che l'intransigenza non sempre è segno di chiusura mentale, ma al contrario può diventare finalmente lo spiraglio di apertura per la dignità del nostro lavoro e della nostra vita.

**Dott. Emilio Casabona**

in questi mesi dovrebbero indurre, almeno questa è la forte speranza, i medici ad assumere collegialmente un atteggiamento intransigente verso la Regione e le Usl, ovviamente superando gli interessi personali o strettamente settoriali. Atti legislativi o dispositivi nonché comportamenti pesanti e talvolta arroganti delle "gerarchie" impongono una decisa volontà di lotta che, detto chiaramente, fino ad oggi non si è manifestata come fenomeno di massa nel mondo medico.

Da sempre il legislatore nazionale e regionale ignora formalmente, sistematicamente e di fatto i medici.

L'ultimo esempio lo abbiamo sottomano in questi giorni con la legge regionale 361 attinente la riorganizzazione delle Usl quale seguito ai D.L. 502 e 517. Trattasi di un atto impiantato ed avviato anche questa volta trascurando la consultazione dell'organo ufficialmente e giuridicamente rappresentativo dei medici.

Se non si riesce ad attivare civilmente un corretto, normale e routinario rapporto fra Istituzioni: Ordine - Regione e Unità Sanitarie per carenza di volontà della parte pubblica non resta che la "piazza" come sede di manifestazioni e di partecipazione evidente.

La "piazza" non può essere sostituita o surrogata con altre forme di protesta se si vuole evidenziare energia, mobilitazione e voce. Voce di rabbia e di ribellione contro il legislatore che ignora le realtà, contro l'amministratore e l'amministrativo sempre preponderante e prevaricatore nei confronti del principale operatore che è sempre il medico.

Caro Presidente, la concreta azione dell'Ordine riuscirà a convincere le varie-

gate componenti del mondo medico a considerare indispensabile una azione forte e collettiva per indurre Regione ed amministrazioni a cambiare rotta nei nostri confronti? Chi non ricorda come la legge voluta da De Lorenzo aveva avuto, tout court, il plateale assenso di un centinaio di medici di "lignaggio" ben consapevoli della convenienza a tenersi buono il famigerato ministro?

Ti saluto cordialmente.

**Corrado Canestro**

## DENTISTI, METADONE E... TOTALE LIBERTA' DI PAROLA

Dal prof. Franco Cugurra abbiamo ricevuto due lettere. La prima reca la data del 21 maggio, e recita:

Caro Presidente,

grazie di avermi telefonato. Non ti faccio perdere altro tempo, in due righe vorrei solo stimolarti (e non ne hai bisogno) ad uscire dal pluriennale immobilismo dell'Ordine.

Essendo vecchio e quasi in pensione, le mie aspirazioni si riducono all'essenziale:

- scaricare dentisti e C., dall'Ordine, non prima di aver ridimensionato le loro tariffe, fuori della grazia ed impopolari;
- dare corpo veramente alla deontologia professionale, eventualmente condizionante la iscrizione all'Ordine (come in Inghilterra);
- creare un buon comitato scientifico, di riferimento per le prese di posizione dell'Ordine (che in passato ha brillato per la sua assenza);
- nel mio campo specifico: la campagna per il metadone, su Genova Medica, è



## LA FIMMG: "ECCO PERCHÉ NOI NON C'ERAVAMO"

Abbiamo appena ricevuto il n°2/94 di "Genova Medica" e siamo obbligati a fare una precisazione.

Nell'editoriale "Tenersi pronti alla battaglia" è contenuta una inesattezza laddove si afferma "Lunedì 23 maggio alle 15, sono stato con tutti i rappresentanti dei Sindacati medici davanti alla 2ª Commissione regionale (sanità)". In particolare l'inesattezza sta in quel "tutti": infatti la F.I.M.M.G. che è il maggior Sindacato medico della Provincia (oltre seicento iscritti) non c'era. Eravamo stati convocati per telefono e senza che chi convocava sapesse spiegare il motivo della riunione.

Non abbiamo infatti la memoria così corta da non ricordarci uno slogan delle recenti elezioni ordinistiche che diceva "l'Ordine faccia l'Ordine ed i Sindacati facciano i Sindacati" e abbiamo imparato la lezione. Inoltre vorremmo ricordare a chi pare avere interesse a dimenticare così facilmente che le convocazioni si fanno per iscritto e devono essere motivate.

Non si tratta di "formalismi" come, con humor finemente anglosassone, ama definirli il Dr. Castellaneta, tanto è vero che chi ha accettato di essere presente si trova ora indirettamente coinvolto, con questo editoriale, in una proposta di dimostrazione di piazza con la quale si risolveranno certamente tutti i problemi delle categorie mediche.

La F.I.M.M.G. genovese difende i suoi iscritti con concretezza e senza megafoni, le sue iscrizioni sono in aumento, e per giudicare il nuovo Ministro della Sanità aspetta fatti concreti, senza scendere sul

terreno dell'opposizione pregiudiziale.

Con l'occasione ci complimentiamo per la vivacizzazione della rivista e restiamo in attesa fiduciosa di pubblicazione.

Buon lavoro

**Consiglio prov.le FIMMG  
(riunito il 13 giugno '94)**

**Il Segretario: dr. Francesco Prete**

*La lettera del Dr. Prete non fa ben capire se la mancata partecipazione della FIMMG alla riunione indetta dal Presidente dell'Ordine dei Medici della Provincia di Genova del 21/05/1994 e del 23/05/94 sia stata dovuta alla modalità impropria della convocazione o al rifiuto di voler affrontare un tema in una sede non accetta. La necessità del chiarimento non è oziosa, perché nel primo caso si può ovviare facilmente in futuro ed è salva la collaborazione tra FIMMG e Ordine. Nel secondo caso il problema è più serio e occorrerebbe cercare di risolverlo nell'interesse comune. Da parte dell'Ordine c'è la più ampia disponibilità a farlo. Si precisa ancora che telefonicamente sono state date tutte le possibili informazioni relative alle tematiche dell'incontro direttamente al Dr. Prete. Ancora la segreteria della FIMMG ci ha informato che per motivi di lavoro il suddetto collega non poteva partecipare. Resta ignoto il perché non è stato delegato un altro collega rappresentante sindacale.*

### SE LA PARTE PUBBLICA CI IGNORA A NOI NON RESTA CHE LA PIAZZA

Caro Presidente, i tuoi appelli su Genova Medica e soprattutto l'attività dell'Ordine

## VITA DELL'ORDINE

# UN PROGETTO TUTTO DA BOCCIARE

Il ddl 361 della Regione sulle UsI "dimentica" medici e pazienti

**L'**Ordine provinciale dei medici chirurghi e odontoiatri di Genova ha avuto modo di esaminare il disegno di legge della Regione Liguria n. 361 "Disciplina delle Unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere del Servizio sanitario regionale in attuazione del D.L. 30/12/92 n. 502", del quale si tratta in questa nota, con un certo ritardo e mercè l'interessamento del Consiglio stesso, stante il disimpegno informativo della giunta regionale.

Già una prima lettura attenta dell'articolato ha evidenziato la necessità di contestare con immediatezza il disegno di legge nella sua globalità. Infatti questo atto legislativo è apparso come un nuovo strumento di appesantimento burocratico orientato a soddisfare aspirazioni e sistemazioni dell'apparato amministrativo già greve ed oneroso tanto da costituire remora ed ostacolo ad un regolare ed agile funzionamento delle nostre strutture sanitarie.

L'Ordine ha rilevato che nell'atto legislativo non vengono prese nella dovuta considerazione le problematiche inerenti il rapporto fra operatore ed il paziente mentre appare chiaro come la preoccupazione maggiore dell'estensore della legge sia una ricerca di "posti" e sistemazioni per una non ben definita dirigenza. E' altresì convinzione

dell'Ordine che il rapporto fra operatore e paziente debba essere recuperato mediante un'articolazione chiara che valorizzi le qualifiche basilari per una corretta gestione della operatività sanitaria.

A seguito di una preliminare contestazione sulle linee generali del disegno di legge 361, l'Ordine ha fatto pervenire alla giunta regionale tutte le osservazioni in dettaglio formulate sulle indicazioni delle varie espressioni degli operatori medici dei singoli settori quali l'area ospedaliera, i servizi di igiene nonché gli altri servizi territoriali, composte in un unico documento.

Molta attenzione è stata dedicata sulla figura e sui compiti dei direttori generali, dei direttori amministrativo e sanitario e sul punto delicatissimo e non chiarito dei consigli dei sanitari, loro costituzione, durata, composizione, funzione, valore dei pareri espressi che dal disegno di legge non appaiono affatto vincolanti per il direttore generale, come mancano riferimenti alle indispensabili priorità su base epidemiologica quali indispensabili dati che consentano di puntualizzare la densità di certe strutture anche di tipo specialistico nell'ambito degli ospedali e degli ambulatori.

Altresì, tra le lacune dell'atto, è rimarchevole l'assenza di una assegnazione di funzioni propositive ai medici tali da prevedere un



iter breve che consenta di raggiungere direttamente il direttore generale per discutere, senza perdite di tempo, provvedimenti che richiedano decisioni a tempi brevi.

Questa breve nota ha lo scopo di dare una succinta informazione su questo grave problema che è oggetto di grande attenzione da parte dell'Ordine, che si propone di adottare tutte le misure idonee finalizzate ad indurre

la Regione Liguria a prendere in seria considerazione tutte le non poche proposte di emendamenti e tutte le richieste di chiarimenti su quanto è nebuloso e sfumato nel testo del disegno di legge.

Si presume che nei prossimi numeri non dovrebbero mancare ulteriori note esplicative e di cronaca sull'evolversi dell'azione intrapresa.

## LE OSSERVAZIONI GENERALI

Se la nota suesposta può essere considerata un commento sul progetto legislativo 361, ad esso l'Ordine ha dedicato anche un'analisi molto vasta, traducendola in un documento ricco di osservazioni e note. Riservandoci, se lo spazio lo consentirà, di pubblicare anche in uno dei prossimi numeri di "Genova Medica" le osservazioni analitiche, pubblichiamo intanto le osservazioni generali.

1) Mancano tutti i regolamenti

2) E' inserito il principio silenzio/assenso, anche in termini di tempo brevi - Se da un lato consente iter più solleciti, dall'altro consentirebbe di far superare i termini facendo mancare il numero legale (esempio tipico, il consiglio dei sanitari non è in grado di dare parere motivato, ancorché consultivo, e diventa causa di superamento dei termini)

3) Consiglio dei sanitari: il parere consultivo è obbligatorio ma non è chiarito se ciò avviene sulla materia di ogni delibera o solo su ciò che richiede il direttore generale. E poi: sono elettivi ma non si aggiunge nulla di più preciso. Ricordiamo che nella prima ver-

sione del disegno di legge erano presenti anche le figure degli infermieri e dei tecnici. Infine non è chiarita la pariteticità Ospedale / Università

4) Manca ogni principio di priorità su base epidemiologica, unico che consenta di fissare la densità di certe strutture anche di tipo specialistico, nell'ambito degli ospedali e degli ambulatori.

Analogamente manca ogni accenno a possibili criteri correttivi su base medica, interventistica, con possibilità di recupero o no.

5) Il disegno di legge dà l'impressione di una strutturazione ipertrofica, burocratica e paurosamente egemonica.

6) Manca ai medici ogni funzione propositiva (sarebbe indispensabile un meccanismo propositivo medico ad iter breve che arrivi direttamente al direttore generale con obbligo di discuterlo e motivarlo)

7) Valutare attentamente la competenza di medici facenti parte dell'amministrazione specie su scelte economiche.

## Lettere al Direttore

### QUANDO IL PRESIDENTE DELL'ORDINE E' ANCHE PARLAMENTARE

Riceviamo e pubblichiamo:

Sono un medico iscritto a questo Ordine (premetto che sono apartitico e apolitico quindi non ci sono rivalità o antipatie di partiti) e ho constatato con mio grande rincrescimento e disappunto che il nostro Ordine è diventato una succursale della "Lega Nord". Si fanno atti privati (di onorevole) in pubblico ufficio.

Nei lunghi anni che sono iscritto ho visto passare vari presidenti, parlamentari e non, ma non ho mai visto questo "sconcio" di usare la sede dell'Ordine, che poi è la nostra sede, per riunioni e cose varie che esulano dalle pratiche ordinistiche e che sono solo ed esclusivamente politiche.

L'Ordine deve essere al di fuori di ogni politica ed invece, e non è solo una mia opinione ma una voce che circola sempre più insistentemente, una dependance dell'Onorevole Presidente per i suoi impegni politici. E' una vergogna.

So già che questo mio sfogo non servirà a niente, ma almeno i Colleghi del Consiglio sappiano quello che succede e cerchino di rimediare per salvaguardare anche la loro dignità e non permettere di usare l'Ordine per questi "traffici" politici.

Distinti saluti.

(firma illeggibile)

La risposta del Presidente dell'Ordine è la seguente:



*"Sono certo che il Collega, se di Collega si tratta, autore, peraltro anonimo, di simile lettera, oltre che*

*apolitico e apartitico è soprattutto un grandissimo mascalzone e vigliacco, in quanto si nasconde dietro ad un volgare scarabocchio, che vorrebbe contrabbandare come firma.*

*Premesso questo, preciso che l'Ordine dei Medici non può essere diventato una succursale della Lega Nord in quanto mi sono dimesso da tale movimento politico l'8/5/1994 ed attualmente sono un deputato indipendente iscritto al Gruppo Misto della Camera. La mia presenza all'Ordine è limitata ai soli giorni di lunedì e venerdì, essendo a Roma, per dovere d'ufficio, il martedì, mercoledì e giovedì.*

*Nel confermare che in questi giorni il mio impegno è rivolto prevalentemente all'attività ordinistica, è anche vero che dedico la mia attenzione alla "politica", che nel caso specifico non costituisce "atti privati".*

*Di tale mia duplice veste, ordinistica e parlamentare, sono stati resi edotti dal sottoscritto non solo i componenti il Consiglio dell'Ordine stesso, bensì il Procuratore Generale della Repubblica.*

*Sarebbe buona regola non rispondere alle provocazioni anonime, nel caso specifico ritengo doveroso comunicare a tutti gli iscritti, con chiarezza e senza ipocriti infingimenti, la mia attuale situazione di Presidente dell'Ordine e di Parlamentare.*



della metodica deve corrispondere alla richiesta ed al tipo di informazione desiderata. Per scopi epidemiologici si effettua in genere uno screening per l'individuazione del gruppo di sostanze che si desiderano controllare; in queste cose possono essere utilizzate metodiche di elevata sensibilità per limitare al massimo il rischio di falsi negativi. Nel caso di accertamento di uno stato di tossicodipendenza o per il controllo di un trattamento di disassuefazione è necessaria una maggiore affidabilità del risultato analitico.

**INTERPRETAZIONE DEL RISULTATO** - Deve essere ricordato come l'interpretazione del dato deve tenere conto di molti fattori che possono influenzarlo. Tra questi: la quantità di sostanza assunta, il tempo intercorrente tra l'assunzione e il prelievo, la scelta della metodica in relazione al cut-off utilizzato, il tipo di liquido biologico esaminato. Il risultato positivo implica solamente che il soggetto ha assunto la sostanza, ma non fornisce ulteriori informazioni sulla dose, sul momento di assunzione, sulle modalità di uso o di abuso e quindi rimane aperta la domanda sulla dipendenza dalla sostanza; la diagnosi clinica rimane quindi peculiarità del medico specialista tossicologo.

Nel caso invece di risultato negativo rimangono aperti interrogativi quali: la metodica è sufficientemente sensibile ovvero vi è quantità di analita presente ma inferiore al cut-off prescelto, il soggetto ha bevuto molti liquidi in precedenza e ha diluito le urine in modo consistente, il soggetto assume la sostanza saltuariamente ma non l'ha assunta di recente, il soggetto ha sofisticato il proprio campione di urine con acqua od altro o le ha scambiate con altre?

Ricordiamo infine, per una corretta interpretazione del dato di laboratorio, la distinzione che viene fatta in tossicologia analitica fra metodiche di screening e metodiche di conferma. La funzione dei test di screening è di analizzare in modo efficiente un alto numero di campioni con un elevato grado di specificità così da identificare il maggior numero di positivi oltre una determinata concentrazione (cut-off). Infatti per campioni positivi si definiscono quei campioni con una concentrazione di sostanza uguale o superiore al limite o cut-off designato.

I test di conferma eliminano la presenza di risultati falsi positivi aggiungendo una maggiore specificità all'analisi chimica, sempre però intendendo per positivi campioni con valori di concentrazione congruenti ai cut-off utilizzati nei test di screening.

Quindi i test di conferma devono essere più specifici ma almeno altrettanto sensibili dei test di screening.

### **MEDICI E VETERINARI UNA GARA CICLISTICA**

La Uisp - Lega Ciclismo di Modena e il Gruppo Ciclistico Zocca organizzano per domenica 4 settembre a Zocca (Modena) una gara ciclistica riservata ai laureati in medicina e veterinaria (gara nazionale valida per il 2° criterium "Castagna d'Oro"). Il programma di massima prevede l'apertura delle iscrizioni alle 7,30, l'inizio della gara alle 9, alle 11 un convegno medico-sportivo e alle 13 il pranzo gratuito per tutti i concorrenti.

**Per informazioni contattare, nelle ore serali, i numeri 059/98.60.35 (Venturi) o 059/98.70.15 (dott. Montanari)**

## **VITA DELL'ORDINE**

# **LE TANTE PECCHE DELLE USL**

## **Molti interventi per evidenziare situazioni abnormi o irregolari**

**N**el consueto panorama dell'attività "spicciola" dell'Ordine spiccano gli interventi nei confronti delle Usl, che hanno riguardato, oltre a quella di Genova, anche quelle di Savona, Chiavari e La Spezia. Alcune situazioni erano particolarmente pesanti: presunte irregolarità concorsuali; nomine a dirigente i servizi extraospedalieri di persone prive di requisiti; trasferimenti illegittimi. Altre erano situazioni abituali per gli standards di efficienza della burocrazia della nostra Usl: domande di trasferimento rimaste senza risposta; ritardi record nel rilascio di documentazione richiesta a fini pensionistici e nella formalizzazione di incarichi di specialistica ambulatoriale e medicina generale.

Oltre a questi casi, che hanno riguardato singoli colleghi, l'Ordine è intervenuto per denunciare le condizioni vergognose ed antigieniche dei locali della ex Usl n°15, dell'Anatomia Patologica dell'Ospedale S.Martino e dell'Istituto Chiossone, convenzionato per l'assistenza agli anziani, che oltre ad avere strutture fatiscenti ha una grave carenza di personale infermieristico: 50 malati allettati assistiti da un infermiere professionale e due ausiliari.

La carenza di organico è stata motivo di un duro intervento dell'Ordine a favore del reparto di psichiatria dell'Ospedale di

Sampierdarena: i medici sono tre quando dovrebbero essere cinque e si occupano di una corsia con ventidue letti, coprono il pronto soccorso 24 ore su 24 ed effettuano 15 ore settimanali di ambulatorio. In tre casi su cui è intervenuto, l'Ordine, ravvisando ipotesi di reato, ha effettuato segnalazioni all'autorità giudiziaria.

Inoltre un dettagliato esposto alla procura ha riguardato i rischi per la cittadinanza derivanti dalla mancata riorganizzazione della rete ospedaliera della ex Usl n°10 che ha un bacino di utenza di 120.000 abitanti e che comprende oltre ad un abitato urbano ad alta densità di popolazione, a numerose fabbriche e all'autostrada Genova-Milano, anche una zona rurale, montuosa, vasta, con piccoli paesi e case sparse. E' stato segnalato come sia particolarmente mal servita, questa zona, per i casi di urgenza ed emergenza.

Sul fronte della tutela dell'incolumità fisica

### **IN QUATTRO MESI TRATTATI 86 PROCEDIMENTI DISCIPLINARI**

**Si rende noto ai medici iscritti a questo Ordine che dal marzo 1994 si sono trattati n°86 procedimenti disciplinari nei confronti di nostri iscritti, di cui n°43 sono stati definiti.**



dei medici, argomento che ci vede in prima linea dopo l'omicidio avvenuto a Sampierdarena di una psichiatra da parte di un paziente, siamo intervenuti per il caso dei medici necroscopi che si trovano a dover girare di notte in zone - come il centro storico, Principe, Via Gramsci - particolarmente a rischio specie per le colleghe. In questo ultimo mese si sono verificati due episodi di una certa importanza: un collega in servizio di pronto soccorso è stato percosso da un paziente, riportando fratture delle ossa nasali; un collega in servizio di guardia medica a Sampierdarena, chiamato per poter effettuare un T.S.O., è stato minacciato con un cacciavite; attacchi ed insulti numerosi come sempre.

Va registrato un intervento presso i responsabili degli Acquedotti Nicolai e De Ferrari Galliera e dell'Amga attinente la salubrità della rete idrica.

Naturalmente a questa fase di denuncia e protesta dovrà seguire quella propositiva. Ecco il perchè dei numerosi incontri che si tengono all'Ordine quali ad esempio quelli cui hanno partecipato i primari ed i responsabili delle strutture di Pronto Soccorso e quello sulla tutela della salute in carcere, argomento quest'ultimo affrontato prima in sede disciplinare ed ora dal punto di vista medico e sociale: si pensi al problema del sovraffollamento e della promiscuità, ai detenuti tossicodipendenti e sieropositivi, alle turbe psichiche, alla diffusione di malattie quali epatite virale, tubercolosi, all'interferenza dei problemi di sicurezza sulla qualità delle cure.

Per finire ecco le ultime azioni dell'Ordine a tutela dell'immagine del medico e di una corretta informazione sanitaria. E' stata denunciata la Mondadori per la strampalata

iniziativa di pubblicare su "Epoca" la lista dei medici "migliori", siamo in attesa da RAI Uno della cassetta con la registrazione di una trasmissione condotta da Enzo Biagi per valutarne alcune affermazioni sui medici: abbiamo effettuato l'ennesimo esposto alla magistratura nei confronti dei signori Lupano e Colombino che, con articoli redazionali, propagandano dai quotidiani genovesi le loro supposte capacità di cura in campi che dovrebbero riguardare ortopedici, reumatologi, fisiatri. Notiamo con amarezza che questi signori proseguono indisturbati ad usare metodi di propaganda che farebbero immediatamente incorrere qualsiasi medico nei rigori della legge 175/92.

### L'ORDINE VA IN TV

Di problemi ordinistici, della professione medica, del lavoro dei nostri sindacati si sentirà presto parlare anche in televisione. L'Ordine di Genova ha infatti acquistato uno spazio televisivo nella trasmissione "Spazio Aperto" dell'emittente Primo Canale. A partire dal mese di settembre, tutti i martedì dalle 19 alle 19,30 l'Ordine sarà protagonista sul teleschermo. La trasmissione sarà aperta a tutti i sindacati medici, ai quali è stata inviata la relativa informazione (lettera del 28 giugno scorso, prot. 460) ed anche ai singoli colleghi che abbiano argomenti utili da proporre. Le richieste, inoltrate all'Ordine, verranno vagliate dal comitato di redazione, che programmerà le trasmissioni, garantendo l'accesso a tutti coloro che ne faranno richiesta.

sostanze stupefacenti/psicotrope e/o i loro metaboliti.

Durante il periodo di disintossicazione, di riabilitazione drug-free o a base di farmaci sostitutivi amministrati con metodo "scalare" e di "mantenimento", le analisi devono essere periodicamente ripetute su campioni di urina prelevati con cadenza casuale ma almeno bisettimanale.

La specifica significatività della identificazione e/o del dosaggio degli stupefacenti nei liquidi biologici consiste quindi:

- nella verifica ed esclusione dell'uso di sostanze stupefacenti e di un'eventuale dipendenza mista;
- nel contribuire a determinare il grado di abuso e di dipendenza;
- nel controllare se il soggetto in trattamento assuma contemporaneamente altre sostanze stupefacenti e psicofarmaci non previsti dai programmi di trattamento;
- nel contribuire ad identificare la dose terapeutica efficace del farmaco sostitutivo;
- nel verificare il rispetto del contratto terapeutico;
- nel determinare l'efficacia del programma di trattamento.

**METODICHE ANALITICHE** - Il fondamentale presupposto della validità clinica del dato di laboratorio consiste nella sua corretta interpretazione ed è pertanto irrinunciabile il possesso di approfondite conoscenze sui processi metabolico-farmacocinetici delle sostanze stupefacenti/psicotrope da identificare, nonché sui limiti delle tecniche analitiche adottate.

Questi ultimi devono essere conosciuti dal clinico in modo che egli sappia, ad esempio, della impossibilità di stabilire la totale assen-

za di una sostanza psicotropa, dei caratteri di sensibilità, specificità, precisione accuratezza delle tecniche e dei metodi adoperati.

In generale si può affermare che un test analitico deve corrispondere nel modo migliore ad almeno due caratteristiche che sono la sensibilità e la specificità. Per specificità si intende la capacità di un metodo analitico di rilevare con precisione solo l'analita oggetto della determinazione richiesta con l'esclusione di tutte le altre possibili sostanze eventualmente presenti. Per sensibilità si intende la capacità del metodo di misurare la più bassa concentrazione della sostanza e di poterla discriminare con un limite di confidenza accettabile. Vi è normalmente un rapporto inversamente proporzionale fra queste due proprietà.

Concetto che è fondamentale nella comprensione del dato analitico in relazione alla determinazione di sostanze d'abuso è quello di cut-off. Questo è un valore soglia sotto il quale l'analita è considerato negativo ovvero la concentrazione è giudicata ininfluenza. Il cut-off non è la sensibilità del metodo e deve essere sempre superiore ad essa, inoltre si deve sottolineare come il cut-off non sia una caratteristica solo intrinseca al metodo ma sia una scelta operata dal laboratorio sempre in ragione di ottimizzare i parametri di sensibilità e specificità a seconda della natura della domanda analitica. Ad esempio i cut-off potranno variare quando una risposta sia utilizzata a fini epidemiologici oppure medico legali.

Sono a disposizione diverse metodologie di analisi a seconda della finalità analitica (prevalentemente clinico-diagnostica, finalizzata al follow-up terapeutico o ad accertamenti medico-legali). Per tale motivo la scelta



## LABORATORIO E DROGHE D'ABUSO

Come utilizzare al meglio le possibilità e gli accertamenti

Il lavoro che pubblichiamo è stato curato dal dott. Maurizio Repetto, aiuto corresponsabile del II laboratorio di analisi chimico-cliniche e farmaco-tossicologiche della Usl 3 - Genovese (ospedale San Martino), primario dott. Sabatino Milone, per le società scientifiche Aipac, Amcli, Sibioc e Simel.

**R**ientrano nel gruppo "sostanze d'abuso" composti di varia natura con caratteristiche diversificate: non necessariamente con caratteristiche di farmaci (si pensi ai gas propellenti usati nelle preparazioni spray); di origine naturale (cocaina, morfina), semisintetica (eroina), di sintesi (metadone, anfetamina, barbiturici): con effetti farmacologici vari: dagli allucinogeni - psicodislettici agli analgesici, ipnotici, psicostimolanti e con diversa capacità di indurre dipendenza fisica e/o psichica; con ampia variabilità da regione a regione per il carattere di "abuso": sostanze considerate oggetto di abuso in alcune aree non lo sono o lo sono in misura assai ridotta in altre.

La classificazione delle sostanze d'abuso può, perciò, venire fatta secondo diversi criteri: storico (droghe antiche o tradizionali e droghe moderne), preparativo (droghe naturali, di semisintesi, di sintesi), chimico (le sostanze vengono riunite in gruppi secondo similitudini strutturali e funzionali), farmacologico (è legato al tipo di effetti che le

sostanze hanno a livello del SNC), legale (le sostanze vengono classificate in tabelle - in Italia tale classificazione si trova nel DPR 309/1990; il criterio legale è anche quello cui pragmaticamente ci si riferisce più spesso nell'applicazione medica e legale e negli interventi).

**CAMPI DI APPLICAZIONE DEGLI ACCERTAMENTI TOSSICOLOGICI** - Le applicazioni di un accertamento tossicologico in tema di sostanze stupefacenti possono essere a fine di studio epidemiologico, di controllo e repressione o di utilizzazione clinica in casi di intossicazione acuta o cronica voluttuaria. Nella disintossicazione e nella riabilitazione con farmaci l'analisi chimico-tossicologica costituisce l'indispensabile premessa all'inizio e alla continuazione del trattamento. Ragioni psicodinamiche, farmaco-cinetico-metaboliche e di variabilità individuale consigliano che prima dell'inizio del trattamento (qualunque esso sia) si eseguano controlli su almeno 2-3 campioni di urina, ove sussistono maggiori probabilità di identificare le

## ANCORA SUI "MEDICI MIGLIORI"

**D**opo la pubblicazione sul settimanale Epoca di un elenco dei "medici migliori" (argomento del quale si è già occupata Genova Medica) e le iniziative dell'Ordine, su indicazione della Fnomceo, per accertare se i medici citati in quell'elenco avevano in qualche modo partecipato all'iniziativa, il dott. Enrico Corti, di Genova, ha scritto una lettera a "Il Medico d'Italia" dolendosi di quanto l'Ordine di Genova aveva fatto in merito. Il vice presidente dell'Ordine, dott. Paolo Cremonesi, ha ritenuto opportuno di rispondergli, con una missiva della quale riproduciamo il testo.

*"Egregio Dottore, abbiamo preso visione della sua lettera pubblicata su "Il medico d'Italia", n° 20 del 9 giugno u.s. e mi permetto sottoporle alcune annotazioni.*

*"Mi dispiace che Lei si ritenga "non poco amareggiato" del modo con cui la nostra richiesta è stata formulata, quando dovrebbero essere ben altri i motivi che potrebbero amareggiarla.*

*"Tengo comunque a precisare che:*

*1) la Fnomceo ha invitato tutti gli Ordini a convocare i medici interessati per richiedere*

*informazioni sulla loro eventuale adesione o meno all'iniziativa;*

*2) questo Ordine ha ritenuto invece adottare la via epistolare, anziché convocarli, per arrecare meno disagi;*

*3) è stato richiesto di comunicare cortesemente per iscritto, ringraziando e salutando cordialmente.*

*"Credo che tutto questo possa essere più che sufficiente per intrattenere un corretto rapporto tra l'Ordine ed i suoi iscritti.*

*"Se Lei non lo ha ritenuto sufficiente, ce ne dispiace e provvederemo, se sarà necessario, a convocarla, evitandole così la poco gradita comunicazione epistolare.*

*"Infine, tengo a precisarle che quanto richiestole da questo Ordine era necessario per attuare una denuncia alla Procura della Repubblica dei responsabili della rivista Epoca e, nel contempo, escludere qualsiasi tipo di partecipazione all'iniziativa, da parte dei nostri medici."*

**Il V. Presidente  
Dott. Paolo Cremonesi**

### ARRIVEDERCI A SETTEMBRE

Anche "Genova Medica" - come quasi tutte le riviste mediche - sospende le pubblicazioni per il mese di agosto. Il prossimo appuntamento con i colleghi è fissato quindi per il mese di settembre. Buone ferie a tutti.



## LEGGI &amp; REGOLE

## IL MEDICO RESTA SUL TRENO

Il pretore ordina il ripristino dei posti per i medici fiduciari di reparto.

**U**n piccolo sindacato sconfigge Necci. Così un quotidiano ha titolato l'articolo in cui si riferiva della sentenza pretorile che aveva dato torto alle Ferrovie e ragione ai medici di reparto. La sentenza del pretore del lavoro ha, naturalmente, una storia alle spalle. Nell'organico delle Ferrovie sono contemplati circa 600 posti per i medici di reparto e consulenti specialisti. O meglio: erano previsti. Ma poi, si sa, è arrivato il momento dei tagli, delle riduzioni di personale, delle ristruttu-

zioni. In quest'ottica la direzione aziendale aveva con un proprio provvedimento deciso la ristrutturazione dei reparti sanitari, sopprimendo molti settori ed i posti relativi. La sentenza del pretore del lavoro di Genova, cui l'Associazione Nazionale Medici di reparto delle Ferrovie si era rivolta, è stata emessa il 23 aprile scorso, e non lascia spazio a dubbi: infatti "dichiara la antisindacalità del comportamento delle Ferrovie dello Stato ed ordina alla detta società di cessare detta attività e di rimuovere gli effetti".

zi coinvolti sono essenzialmente: servizi di igiene, servizi di medicina di base (distretti), divisioni ospedaliere di pneumologia e di malattie infettive coadiuvati dai servizi diagnostici di radiologia e microbiologia.

② Coordinamento funzionale delle strutture sanitarie. Primo livello: in ciascuna delle cinque Usl dovrà essere costituito un nucleo di riferimento operativo per la tbc. Secondo livello: di coordinamento che conterà dell'osservatorio epidemiologico regionale e della commissione regionale per la tbc.

③ Attivazione dei flussi informativi della sorveglianza epidemiologica volti a dinamizzare tutte le strutture proposte alla assistenza, alla epidemiologia ed al follow-up di pazienti e contatti.

④ Problemi da risolvere. E' importante ricordare che ogni evento di controllo e prevenzione della tbc sarà destinato al fallimento se non verrà garantita la gratuità di tutte le prestazioni preventive, diagnostiche e terapeutiche, ai sensi dell'art. 5 D.M. 1.2.1991. In tale ottica un problema particolare è rappresentato dagli extracomunitari non in regola con il permesso di soggiorno i quali vengono assistiti in maniera non aderente alle vigenti disposizioni sanitarie in tema di ricoveri ospedalieri, prestazioni ambulatoriali, strumentali e di laboratorio. La commissione propone di individuare due strutture genovesi (unità pneumologica territoriale di via Assarotti ed ambulatorio della divisione malattie infettive dell'ospedale Galliera) alle quali potranno essere inviati extracomunitari, nomadi, profughi in caso di sospetta infezione tbc in atto: dette strutture dovrebbero essere autorizzate a prestare gratuitamente attività

diagnostica e terapeutica a tali soggetti.

La commissione regionale per la tbc giudica opportuno che le prestazioni di carattere preventivo vengano inquadrate nell'ambito della produttività ospedaliera e rapportate al progetto obiettivo sub 2 (potenziamento della profilassi e/o delle vaccinazioni non obbligatorie).

La Regione deve promuovere l'organizzazione di corsi di formazione destinati al personale sanitario sul problema della tbc. Questi corsi dovrebbero essere indirizzati ai medici di famiglia per aggiornarli sull'evoluzione epidemiologica della malattia, la necessità di una più attenta vigilanza clinica e sulla nuova organizzazione dei servizi a cui essi devono rivolgersi ed ai medici del servizio pubblico, al fine di renderli informati e partecipi dei nuovi modelli operativi.

## Banco di Chiavari e della Riviera Ligure

## GESTIONI PATRIMONI MOBILIARI

**CHE COSE':** è un servizio offerto dal Banco di Chiavari alla clientela che abbia la necessità di un'assistenza specializzata ed organizzata per la gestione del proprio patrimonio.

**REDDITIVITA':** si tende alla massima redditività mediante un'equa diversificazione degli investimenti e approfittando di tutte le opportunità offerte dal mercato mobiliare.

**SNELLIMENTO OPERATIVO:** Il servizio G.P.M. consente al cliente di evitare le incombenze relative al reimpiego del capitale e delle cedole alle varie scadenze.

**DINAMICITA':** la gestione può provvedere all'impiego della liquidità del cliente o al disinvestimento con la massima tempestività (3 giorni).

**PROFESSIONALITA':** la pluriennale esperienza del Banco nel comparto titoli, permette di operare sulle Gestioni di Patrimoni Mobiliari con un altissimo grado di professionalità.

**INVESTIMENTI PIU' DIVERSIFICATI:** le G.P.M. costituiscono un modo semplice e vantaggioso per diversificare i propri investimenti offrendo la possibilità di operare anche su mercati (Azionario, Valute estere) che richiedono una competenza specifica.

**Banco**  
**di Chiavari**  
e della Riviera Ligure



PER ULTERIORI INFORMAZIONI  
POTETE RIVOLGERVI AL



Da 124 anni,  
la tradizione di servirvi bene.



## SANITARIA GENOVESE

Via S. Lorenzo, 8 - 1° piano

Tel. 292.052 Fax 299.621 - Genova



FETAL DOPPLEX, MULTI DOPPLEX,  
MINI DOPPLEX, AUDIO DOPPLEX



nei paesi a bassa incidenza si concentra nei seguenti gruppi a rischio: soggetti con infezione da Hiv accertata, soggetti con segni rx riferibili a tbc mai trattati, contatti stretti con tbc attiva, soggetti con recente e documentato viraggio tubercolinico (2 anni dall'ultimo test negativo), soggetti con patologie che possono favorire tbc attiva, tossicodipendenti per via venosa ed alcoolisti, immigrati provenienti da aree ad alta incidenza tbc, ospiti di strutture di correzione, ospiti di strutture per lungodegenti, soggetti senza fissa dimora e/o comunità di poveri, rifugiati e baraccati, personale deputato all'assistenza medica in ospedale o in comunità a rischio.

⑦ diagnosi, terapia e follow-up dei casi di malattia: duplice scopo della diagnosi corretta e tempestiva: evitare l'evoluzione anche infausta della malattia e ridurre il numero delle fonti di infezione. Esistono alcuni fattori che possono impedire il realizzarsi di un successo terapeutico: scarsa aderenza ai regimi terapeutici, resistenze del M. tuberculosis ai farmaci (13% dei casi), costo dei farmaci (evidenziato solo nei paesi poveri). Per questi motivi è necessario che il trattamento venga eseguito da centri qualificati.

⑧ misure preventive per il personale ospedaliero e delle comunità (carceri, anziani, tossicodipendenti). Nei reparti ospedalieri e clinici il rischio di tbc è notevolmente differente: il massimo rischio è collegato alle corsie ove sono presenti ammalati di tubercolosi Hiv-positivi; i reparti fisiologici ove sono prevalenti ammalati Hiv-negativi sono decisamente meno a rischio; il rischio è minimo negli altri reparti di degenza. La sorveglianza e profilassi della tbc nel per-

sonale esposto al contagio in ambiente sanitario si basa su:

- profilassi ambientale: i pazienti con tubercolosi accertata o sospetta devono essere messi in camera singola dotata di servizi igienici possibilmente con "pressione negativa" con garantiti sei ricambi di aria/ora per almeno due settimane o alla negativizzazione batteriologica dell'espettorato e/o di altri fluidi biologici; il personale deve indossare mascherine tipo "particular respirator";
- procedure di aerosol, induzione dell'espettorato, broncoscopia, etc. devono essere effettuate in locali appositi.
- protezione del personale di assistenza (legge 14.12.70 n° 1088, dpr 23. 1.75 n° 447): vaccinazione di tutti i cutinegativi addetti ad ospedali, cliniche, ospedali psichiatrici, studenti in medicina.
- emergono nuovi rischi del personale cutinegativo che opera in altre strutture extraospedaliere, quali comunità per extracomunitari, per lungodegenti ed anziani, terapeutiche per tossicodipendenti.

B) Proposte operative per la lotta contro la tbc in Liguria.

① Strutture sanitarie per la lotta contro la tbc. La ripresa del trend epidemiologico ascensionale attuale, attribuibile a fenomeni nuovi quali la disordinata emigrazione del terzo mondo ed il diffondersi della infezione da Hiv, richiede particolare attenzione alla prevenzione ed al controllo della tbc. Il conseguimento degli obiettivi prefissati deve essere raggiunto attraverso l'azione congiunta delle strutture sanitarie esistenti, opportunamente potenziate ed organizzate in gruppi funzionali multidisciplinari. I servi-

## LEGGI & REGOLE

# UN TRATTAMENTO "OBBLIGATO"

**Le disposizioni che impongono gli interventi in casi particolari**

Poiché spesso all'Ordine pervengono richieste di informazioni e precisazioni sulle norme che riguardano trattamenti sanitari obbligatori, riteniamo di far cosa utile ai colleghi riproponendo il testo di due articoli della legge 23/12/78 n. 833 riguardanti questo argomento.

## NORME RELATIVE AL TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO O "RICOVERO COATTO". ART. 33 E 34 LEGGE N. 833 DEL 27/12/78.

### Art. 33

*(Norme per gli accertamenti ed i trattamenti sanitari volontari e obbligatori)*

Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari sono di norma volontari.

Nei casi di cui alla presente legge e in quelli espressamente previsti da leggi dello Stato possono essere disposti dall'autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori, secondo l'articolo 32 della Costituzione, nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura. Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del sindaco nella sua qualità di autorità sanitaria, su proposta motivata di un medico.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari

obbligatori sono attuati dai presidi e servizi sanitari pubblici territoriali e, ove necessari la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato. L'unità sanitaria locale opera per ridurre il ricorso ai suddetti trattamenti sanitari obbligatori, sviluppando le iniziative di prevenzione e di educazione sanitaria ed i rapporti organici tra servizi e comunità.

Nel corso del trattamento sanitario obbligatorio, l'infermo ha diritto di comunicare con chi ritenga opportuno.

Chiunque può rivolgere al sindaco richiesta di revoca o di modifica del provvedimento con il quale è stato disposto o prolungato il



trattamento sanitario obbligatorio. Sulle richieste di revoca o di modifica il sindaco decide entro 10 giorni. I provvedimenti di revoca o di modifica sono adottati con lo stesso procedimento del provvedimento revocato o modificato.

#### Art. 34

*(Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori per malattia mentale)*

La legge regionale, nell'ambito della unità sanitaria locale e del complesso di servizi generali per la tutela della salute, disciplina l'istituzione di servizi a struttura dipartimentale che svolgono funzioni preventive, curative e riabilitative alla salute mentale.

Le misure di cui al secondo comma dell'articolo precedente possono essere disposte nei confronti di persone affette da malattia mentale.

Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi territoriali extraospedalieri di cui al primo comma. Il trattamento sanitario obbligatorio per

malattia mentale può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere. Il provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera deve essere preceduto dalla convalida della proposta di cui al terzo comma dell'articolo 33 da parte di un medico della unità sanitaria locale e deve essere motivato in relazione a quanto previsto nel presente comma.

Nei casi di cui al precedente comma il ricovero deve essere attuato presso gli ospedali generali, in specifici servizi psichiatrici di diagnosi e cura all'interno delle strutture dipartimentali per la salute mentale comprendenti anche i presidi e i servizi extraospedalieri, al fine di garantire la continuità terapeutica. I servizi ospedalieri di cui al presente comma sono dotati di posti letto nel numero fissato dal piano sanitario regionale.

media. Sembra opportuno aumentare l'età in cui misurare l'indice tubercolinico utilizzando a questo scopo lo screening prevaccinale all'epoca dell'arruolamento per i maschi od organizzare uno screening generalizzato al momento della visita di leva (18 anni). Si ritiene utile praticare l'indagine tubercolinica con cadenza biennale a tutti gli addetti professionali soggetti a rilascio di tessera sanitaria, ed estendere il test agli insegnanti ed al personale di comunità infantili.

② organizzazione e criteri di notifica della malattia tbc.

Il sistema attualmente vigente prevede l'obbligo di notifica per tutti i medici pubblici e privati nei seguenti casi: nuovi casi di malattia attiva (tbc contagiosa e non), recidive (modello 15).

Poiché la maggior parte dei nuovi casi di malattia nella nostra regione va incontro a ricovero ospedaliero, si ritiene indispensabile attivare, organizzare e controllare i flussi informativi a partire dall'ospedale (da direzione sanitaria a Usl di residenza del paziente ed all'osservatorio epidemiologico regionale).

③ vaccinazione con Bcg: la legge 1088/70 indica le categorie per cui è obbligatoria la vaccinazione antitubercolare:

- soggetti cutinegativi dal 5° anno di età, figli di tbc o coabitanti con tbc o ex tbc; soggetti cutinegativi, figli di personale di assistenza presso ospedali sanatoriali; soggetti cutinegativi dal 5° al 15° anno di età che si trovano in zone depresse ad alta morbosità tubercolare (indice tubercolinico superiore a 5% a sei anni, corrispondenti alla 1ª elementare); soggetti cutinegativi addetti ad ospedali,

cliniche, ospedali psichiatrici; studenti in medicina, cutinegativi all'atto dell'iscrizione all'Università; soldati, cutinegativi, all'atto dell'arruolamento.

Particolare attenzione deve essere rivolta ai soggetti Hiv positivi: l'OMS raccomanda di non somministrare Bcg a soggetti con segni clinici di Aids adulti o bambini.

④ chemioprolifassi: la somministrazione di isoniazide ai soggetti con infezione tubercolare è uno dei pilastri della prevenzione della tbc. L'isoniazide deve essere somministrata al dosaggio di 10 mg/Kg/die (massimo 300 mg/die) per circa sei mesi; un anno nei soggetti Hiv positivi. Il rischio di epatotossicità da isoniazide, rispetto a quello di contrarre la tbc, controindica il trattamento solo nei soggetti senza fattori di rischio per tbc di età superiore a 35 anni. La chemioprolifassi deve essere preceduta da accertamento radiologico.

⑤ ricerca e trattamento dei contatti: è la più importante attività preventiva. L'approccio deve essere attivo da parte della struttura. Contatti stretti (conviventi): massimo rischio nei due anni successivi all'avvenuta infezione del familiare e/o convivente.

La ricerca attiva dell'infezione va estesa anche ai contatti non stretti se questi ultimi appartengono ai seguenti gruppi a rischio: tossicodipendenti per via venosa, immigrati provenienti da aree ad alta incidenza di tbc, ospiti di strutture di correzione, ospiti di strutture per lungodegenti, comunità di poveri, rifugiati, baraccati senza fissa dimora.

⑥ ricerca attiva dei casi di malattia nei gruppi a rischio. La maggior parte dei casi di tbc

#### ORDINE DEI MEDICI PROVINCIA DI GENOVA

Sede: P.zza della Vittoria, 12/4  
16121 Genova  
Tel. 58.78.46

Orario: dal lunedì al venerdì  
8,30 - 14,30.

#### RITIRATE GLI ATTESTATI

*L'Ordine ricorda che sono in distribuzione da tempo gli attestati del corso biennale di medicina generale D.M.10/10/88. Pertanto si invitano coloro che non hanno ancora provveduto, ad un sollecito ritiro presso la segreteria dell'Ordine dalle 8,30 alle 14,30 dei giorni feriali escluso il sabato.*



## TBC, TENIAMOLA D'OCCHIO

Approvato dalla Regione Liguria il protocollo per la sorveglianza

La giunta regionale ligure ha approvato il 22 aprile scorso il "protocollo operativo per la sorveglianza, la prevenzione ed il controllo della tubercolosi in Liguria". Della commissione medico scientifica chiamata ad elaborare il documento facevano parte il prof. M. De Palma, presidente nazionale A.I.P.O., il dr. B. Faravelli, primario pneumologo dell'ospedale di Sampierdarena, il dr. Quaglia, aiuto servizio fisiopatologia respiratoria - ospedale Pietra Ligure, il dr. De Gaetani, aiuto pneumologo, la dr.ssa P. Ramorino, assistente pneumologo e la dr.ssa Speranza Sensi, responsabile servizio igiene, tutti della Usl. 3; e ancora il dr. G. Romano Spica, responsabile servizio igiene Usl 1, il dr. N. Piersantelli, primario malattie infettive dell'ospedale Galliera, il prof. P. Crovari, responsabile dell'osservatorio epidemiologico - sezione malattie infettive - Istituto di Igiene dell'Università di Genova e infine il prof. P. Crimi, associato di medicina di comunità dell'Istituto di Igiene dell'Università di Genova.

Il dott. Piersantelli ha preparato questa sintesi del protocollo, che volentieri pubblichiamo.

**D**alla metà degli anni '80, in quasi tutti i paesi europei, è stato evidenziato un incremento dei casi di malattia tubercolare.

Nell'ambito della Regione Liguria la commissione organizzativa regionale per la prevenzione ed il controllo della tubercolosi ha ravvisato la necessità di ridefinire le procedure di controllo della malattia.

A) Metodologie operative indispensabili alla sorveglianza.

① organizzazione delle indagini tubercoliniche: test intradermico secondo Mantoux: 5 ut di Ppd introdotti sotto l'epidermide della faccia volare dell'avambraccio: il diametro

dell'indurimento palpabile deve essere misurato in millimetri dopo almeno 48 ore.

Positivo= maggiore di 5 mm di diametro. In caso di positività avviare il paziente ad ulteriori indagini diagnostiche (rx, espettorato). Test per multipuntura: Tine test= + se 2 punte danno infiltrato di 2 mm, ++ se 2 punte confluiscono, +++ confluenza quasi totale, ++++ confluenza completa. Monotest= + da 2 a 3 mm, ++ da 4 a 7mm, +++ superiore a 8 mm.

Sorveglianza epidemiologica: considerato che nel nostro paese l'indice tubercolinico nelle età 5-9 anni è in genere inferiore a 1% si propone di limitare i controlli tubercolinici alla 1ª elementare (per identificare le zone ad alta endemia tubercolare) ed alla 3ª

## AIDS, ECCO L'ASSISTENZA A CASA

Iniziata l'attività affidata all'Associazione Gigi Ghirotti

**D**opo due anni preparatori, contrassegnati da grandi lentezze burocratiche, il 1° giugno scorso è iniziata a Genova l'assistenza domiciliare ai malati di Aids, secondo le norme stabilite dalla legge 135 del settembre 1990. La Regione Liguria ha affidato l'assistenza all'associazione Gigi Ghirotti di Genova, scelta tra nove associazioni di volontariato e del privato sociale che si erano proposte con un proprio progetto. L'assessorato alla sanità, sentito il parere della commissione regionale Aids, ha ritenuto di indicare nell'associazione Gigi Ghirotti l'associazione più idonea a svolgere nella fase iniziale questa sperimentazione. La giunta regionale aveva deliberato l'assegnazione nel luglio 1993, ma l'esecuzione era slittata alla fine dell'anno. L'atto della giunta doveva poi essere tradotto in una convenzione tra Usl e associazione, entro 60 giorni dall'esecutività della delibera regionale. In effetti sono passati ancora sei mesi prima di giungere alla definizione e quindi all'operatività dell'assistenza. Sulla base della convenzione con l'attuale Usl 3 Genovese, l'associazione è impegnata ad assistere a domicilio ogni anno non più di 25 malati, pari ad una media di circa 10 malati in assistenza contemporaneamente. Per ogni giorno di assistenza sarà riconosciuto all'associazione un compenso di 100.000 lire per malato.

### MODALITÀ DI INSERIMENTO NELL'ASSISTENZA DOMICILIARE.

L'inserimento dei malati in assistenza domiciliare può avvenire solo su indicazione dei medici delle tre divisioni di malattie infettive della nostra città (ospedale Galliera, ospedale San Martino e clinica universitaria di malattie infettive presso l'ospedale San Martino) e della cattedra di medicina interna dell'Università di Genova che ricovera malati di Aids. I responsabili delle rispettive divisioni di cura indicano all'associazione i malati ricoverati che ritengono poter avviare all'assistenza domiciliare, nell'osservanza di alcuni indirizzi di fondo previsti negli atti istitutivi dell'assistenza domiciliare. Essi sono:

- il consenso del paziente;
- l'esistenza di un domicilio adeguato all'accoglienza del paziente;
- la presenza di almeno un familiare disponibile all'assistenza a casa e alla collaborazione con l'equipe curante;
- la possibilità, a giudizio dell'associazione, dell'avvio del programma di assistenza domiciliare.

### VERSO CHI PUO' ESSERE RIVOLTA.

I malati eleggibili per l'assistenza domiciliare in linea generale dovranno trovarsi in deter-



minate situazioni di malattia. In particolare sarà rivolta a:

- pazienti in cui, superata la fase acuta di una determinata patologia, è possibile la prosecuzione delle occorrenti terapie a domicilio;
- pazienti affetti da patologie croniche che necessitano di trattamenti continuativi e non sono in grado di recarsi presso l'ospedale;
- pazienti in fase terminale di malattia, cioè con aspettativa di vita di pochi mesi, allettati, non più autosufficienti.

#### CRITERI GENERALI DI FUNZIONAMENTO.

Il medico di una delle divisioni di malattie infettive già indicate segnala all'associazione il malato che ritiene poter avviare all'assistenza domiciliare. Il medico dell'associazione si reca nella divisione per la valutazione dell'effettiva possibilità dell'assistenza domiciliare in ordine anche alla disponibilità ed idoneità del o dei familiari, all'organizzazione degli spazi domiciliari, alle conoscenze circa le attenzioni igieniche da attuare. Questa valutazione può richiedere l'intervento di uno psicologo dell'associazione ed una visita al domicilio. Una volta stabilita, anche da parte dell'associazione, la possibilità dell'assistenza domiciliare, il medico della divisione presenterà un piano di cura, relativo alla specificità della malattia, che sarà affidato per l'attuazione al medico dell'associazione. Il medico dell'associazione formulerà a sua volta un programma di assistenza per i bisogni complessivi del malato e della famiglia, programma che deve tener conto, oltre ai bisogni dell'area sanitaria, anche di quelli psicologici e sociali. Il piano di cura ed il programma di assistenza sono

integrati in un piano di interventi personalizzato che è presentato allo specialista del Sert, indicato dalla direzione della Usl 3 quale proprio referente, per ottenere l'autorizzazione all'inserimento del malato nell'assistenza domiciliare.

L'associazione deve provvedere ad informare il medico di famiglia del malato per il procedimento di avvio dell'assistenza domiciliare, salvo il parere contrario del malato. Si adopererà inoltre per ottenere il massimo coinvolgimento possibile del medico di famiglia per lo svolgimento del programma.

#### PROGRAMMA ASSISTENZIALE

Il programma assistenziale prevede di dedicare mediamente al malato quattro ore di assistenza giornaliera per sei giorni alla settimana. Nell'assistenza sono previste:

- visite del medico dell'associazione, programmate e d'urgenza;
- interventi infermieristici e di supporto psicologico;
- accessi di tipo socio-assistenziale, cui provvedono in larga misura i volontari preparati dall'associazione;
- prestazioni fisioterapiche;
- consulenza di medicina specialistica;
- altri interventi secondo il bisogno (collaboratori domestici, assistente sociale, assistente spirituale).

#### NORME PER TUTELARE LA RISERVATEZZA

La Usl 3 e l'associazione Chirotti applicheranno procedure per la tutela della riservatezza stabilita dalle leggi vigenti nell'interesse del malato. Il paziente sarà sempre identificato attraverso un codice assegnato dall'asso-

## UN PO' D'ATTUALITA'

### “WILLY GREGOR” AL PROF. GIULIANI

#### Prestigioso riconoscimento della Società europea di urologia

Durante la cerimonia inaugurale dell'XI congresso della Società europea di urologia svoltosi a Berlino dal 13 al 16 luglio il prof. Luciano Giuliani, direttore e rifondatore della nuova clinica urologica dell'Università di Genova, è stato insignito della Gold Medal “Willy Gregor”, prestigioso riconoscimento conferito ogni due anni ad un leader dell'urologia europea che si sia particolarmente distinto nel corso della sua carriera per importanti contributi clinici, scientifici ed accademici in ambito europeo ed internazionale.

**S**ono lieto di pubblicare su Genova Medica la notizia del conferimento al prof. Luciano Giuliani da parte della Società europea di urologia della Gold Medal “Willy Gregor”. Sono lieto in quanto ho conosciuto il prof. Luciano Giuliani, appena approdato a Genova nel lontano 1970 in qualità di paziente. La plastica, da lui eseguita al mio disastrato rene sinistro, tiene ancora nonostante siano passati 24 anni precisi. Come sempre accade, quando si tratta di medici o di familiari di medici, il decorso post operatorio non fu dei più tranquilli, credo di aver appreso sulla mia pelle buona parte della patologia urologica: il prof. Giuliani mi

seguì in quella circostanza con perizia ed affettuosa partecipazione.

Non ho dimenticato e non dimenticherò; per questo oggi, in qualità di rappresentante della classe medica genovese, provo orgoglio nel segnalare a tutti i colleghi ed alla pubblica opinione che il nostro iscritto, prof. Luciano Giuliani, è una prestigiosa figura della urologia europea e mondiale. Ho scritto queste due righe di accompagnamento con grande affetto per la persona, senza piaggeria, ma con commozione profonda.

Complimenti, professore, ed auguri per un proficuo lavoro.

*Sergio Castellaneta*



**ETICA & PROFESSIONE****LA PSICOTERAPIA AI MEDICI****Ampsi e Simpsi contro i corsi affidati a non laureati in medicina**

**I**l dott. G. Giacomo Giacomini, presidente dei consigli direttivi dell'Associazione medica per la psicologia e la psicoterapia (Ampsi) e della Società italiana di medicina e psicologia (Simpsi) ha sollevato con l'Ordine di Genova il problema dello svolgimento, da parte di persone non laureate in medicina, di incombenze e attività legate alla diagnosi psicopatologica e alla psicoterapia. E', questa, una "incongruità" (per non dire peggio) contro la quale Giacomini si batte da tempo, allarmato dal fatto che un intero, vasto campo della medicina venga lasciato a chi medico non è.

L'argomento è stato posto all'attenzione del presidente dell'Ordine, Castellaneta, con una lettera in data 17 giugno, nella quale si evidenzia (anche sulla base di documenti allegati) che gli psicologi stanno avanzando verso "l'acquisizione della qualifica di diagnosi, clinica e terapia, che sono di esclusiva pertinenza medica", verso la "conquista, nelle istituzioni pubbliche (Usl e Università) di posizioni apicali di pertinenza medica (primariati, cattedre di insegnamento)" e questo anche attraverso "campagne di disinformazione volte a persuadere il pubblico che le competenze di diagnosi psicopatologica e di psicoterapia spettino allo psicologo non medico".

La lettera del dott. Giacomini chiede che gli

Ordini dei medici intervengano contro questo andazzo, anche con provvedimenti contro i cattedratici che affidano corsi di specializzazione in psicologia clinica a persone non laureate in medicina o che comunque favoriscono queste iniziative.

La lettera del dott. Giacomini all'Ordine fa seguito ad un appello che Ampsi e Simpsi avevano stilato qualche giorno prima, indirizzandolo al presidente del Consiglio dei Ministri, ai ministri di Grazia e Giustizia, dell'Università e Ricerca Scientifica, della Sanità, oltre che a rettori delle Università, ai presidi della facoltà di medicina, agli Ordini e ai sindacati medici.

In esso vengono citate alcune sedi universitarie (Roma, Genova, Milano, Bologna, Padova, Siena) dove già sono stati costituiti corsi di specializzazione in psicologia clinica e psicoterapia cui sono stati ammessi, come discenti, persone non laureate in medicina; si sottolinea che queste operazioni sono state "concertate nel quadro di un patto di lottizzazione clientelare tra i vertici accademici della Sip (società italiana di psichiatria) e della Sips (società italiana di psicologia)" e che ciò concretizza una "promozione istituzionalizzata dell'abusivismo nella professione medica". L'appello si conclude con la richiesta di abolizione immediata di tali corsi.

ciazione già all'apertura della pratica e riservatamente comunicato all'Usl. In seguito si utilizzerà sempre il codice per le comunicazioni scritte e verbali tra Usl e associazione.

**PREPARAZIONE DEGLI OPERATORI**

L'associazione ha svolto corsi di preparazione per i propri operatori sia dell'area tecnica (medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali), sia dei collaboratori domestici e dell'area del volontariato.

Per il volontariato si è impegnata in una campagna promozionale già nei primi mesi dello scorso anno, ottenendo l'adesione di oltre 100 persone.

I corsi di preparazione sono stati ultimati già entro il giugno 1993 e per tutto il tempo intercorso sino ad oggi sono stati svolti incontri per chi era stato preparato e ritenuto idoneo all'assistenza, allo scopo di non perdere la disponibilità, data la lunga attesa per la definizione della convenzione. Purtroppo l'eccessiva lentezza burocratica, sia della Regione, sia della Usl ha portato ad un anno di ritardo sul previsto inizio dell'assistenza e molti volontari inevitabilmente son venuti meno.

Tutti coloro che prestano assistenza ai malati di Aids sono stati portati a conoscenza delle norme necessarie alla prevenzione del contagio del virus Hiv e di altre patologie infettive, tra le quali soprattutto la tubercolosi. Per questa patologia è stata eseguita la cutireazione per la ricerca della eventuale immunità acquisita ed in caso di negatività è stata praticata la vaccinazione antitubercolare.

I volontari dell'associazione sono stati assicurati a norma della vigente legge sul volontariato.

**VALUTAZIONE DELL'ASSISTENZA.**

L'assistenza domiciliare ai malati di Aids nella provincia di Genova è per ora considerata un programma sperimentale. La delibera della Regione Liguria ha pertanto previsto che già alla fine del primo semestre di attività la commissione regionale Aids verifichi l'attività svolta dall'associazione. Nello stesso tempo è previsto che la Usl 3, tramite il competente Sert, effettui gli opportuni controlli presso l'associazione e presso il domicilio degli utenti al fine di accertare il regolare adempimento degli obblighi assunti con la convenzione. D'altra parte non è tutt'oggi disponibile un'analisi dei bisogni dei pazienti con Aids seguiti a domicilio, su cui stimare standard assistenziali precisi.

Sia per la Regione Liguria, sia per l'associazione Ghirotti l'esperienza in corso potrà essere particolarmente utile per definire un più preciso e adeguato modello assistenziale domiciliare per i malati di Aids in fase avanzata.

In termini di costi l'associazione ha già previsto un forte saldo negativo tra la quota che riceverà e le spese che dovrà sostenere. Nei suoi fini istitutivi vi è comunque la terapia del dolore e le cure palliative.

I malati di Aids in fase avanzata rientrano proprio tra i destinatari di assistenza per cui è sorta l'associazione. Tuttavia, in un momento di forte contrazione delle donazioni verso le associazioni di volontariato, un'assistenza eccessivamente onerosa dal punto di vista economico potrebbe pregiudicare l'attività complessiva dell'associazione, un'attività che si rivolge soprattutto al campo dei malati oncologici nelle fasi avanzate.



## LO "SCANDALO" CARDIOCHIRURGIA

La Liguria fanalino di coda per la dotazione di queste strutture

Tra i problemi sollevati dai rappresentanti dei medici al momento del loro incontro con la seconda commissione del consiglio regionale (sanità) e con l'assessore alla sanità prof. Banti (vedasi su *Genova Medica* n. 3 l'articolo "Finalmente in Regione") c'è stato quello della cardiocirurgia.

Le strutture presenti in Liguria sono, come si sa,

decisamente inadeguate alle molte esigenze. A questo proposito il presidente dell'Associazione cardiologica Jacopo Ruffini, dott. Raffaele Griffo, ha inviato al presidente dell'Ordine Castellaneta una lettera, e data l'importanza del tema trattato abbiamo ritenuto di estrapolarla dalle altre per farne un caso a sé. Eccone quindi il testo.

**C**aro Castellaneta, desidero ringraziare l'Ordine per l'interessamento tempestivo sul problema della cardiocirurgia nella nostra regione.

L'audizione dell'Ordine provinciale di Genova ha costituito una circostanza favorevole per portare all'attenzione della II Commissione il gravissimo disagio causato ai cardiologi, ai cardiocirurghi, ma soprattutto ai pazienti dalle difficili condizioni in cui versa la cardiocirurgia di S. Martino, unico polo chirurgico regionale del paziente cardiopatico.

L'associazione Jacopo Ruffini, che ti ricordo è esclusivamente costituita da tutti i primari cardiologi della Liguria e dai direttori delle cattedre e reparti di cardiologia e cardiocirurgia universitarie, si pone non certo come un centro di potere nella disciplina cardiolo-

gica ma solo ed esclusivamente come organo di coordinamento dei servizi espletati dalle varie strutture cardiologiche nel pieno rispetto delle autonomie e competenze degli enti interessati al solo scopo del miglior espletamento del servizio sanitario per la tutela del paziente.

Proprio in virtù di tale compito, l'associazione ha più volte dibattuto in questi ultimi mesi la situazione di grande difficoltà della cardiocirurgia, che può essere efficacemente riassunta in questi pochi numeri:

- 1) fabbisogno cardiocirurgico per i pazienti liguri: almeno 1000 interventi annui (la commissione ad hoc istituita presso il ministero della sanità indica 1300 interventi);
- 2) numero di interventi eseguiti nel 1993 a S. Martino: 513;
- 3) numero di pazienti liguri inviati nel 1993 all'estero a carico del S.S.N.: 374 (con una

spesa complessiva valutabile in circa 10 miliardi di lire);

4) pazienti in lista d'attesa al 20/05/94: 294, che equivale ad una attesa di oltre 6 mesi per ciascun paziente.

La gravità di questi numeri non necessiterebbe di ulteriori commenti, ma vale la pena di puntualizzare alcuni dati:

a) rimane purtroppo non quantificabile il numero di pazienti che muoiono in attesa di intervento;

b) la cardiocirurgia è attualmente al suo massimo operativo nei suoi attuali limiti strutturali (sale operatorie e terapia intensiva post-chirurgica); la sua risposta è sempre eccellente in termini qualitativi (sempre considerati i suoi limiti strutturali) e assolutamente tempestiva per le emergenze. Tutti i ritardi ricadono sui pazienti elettivi, cioè quelli non in emergenza e che sono la grande maggioranza.

c) la struttura cardiocirurgica attuale va profondamente ristrutturata e rimodernata (è vecchia di 15 anni, un'eternità in campo medico);

d) per migliorarne la funzionalità va adeguatamente completata la rete riabilitativa, che consentirebbe un rapido turn-over dei posti letto, così preziosi.

Crediamo, come te del resto, che il problema non sia di competenza di una sola Usl o della futura azienda S. Martino, poiché la struttura è unica in tutta la regione, è di alta specialità e riguarda tutta la Regione Liguria. Nel confermare che l'Associazione Jacopo Ruffini è assolutamente e sempre disponibile sia ad approfondire se necessario, gli aspetti tecnici del problema, sia a valutare con te ulteriori modalità per evidenziare il proble-

ma, ma anche, e soprattutto, a proporre adeguate soluzioni sia nell'immediato (perché il problema è terribilmente urgente) che nel medio periodo, ringrazio ancora per il fattivo interessamento e colgo l'occasione per inviare i miei più cordiali saluti".

Su questo argomento ha scritto anche il direttore della cattedra di cardiocirurgia, prof. Giuseppe Venere, il quale ricorda tra l'altro che "l'unico centro cardiocirurgico operante in Liguria è quello dell'Ospedale San Martino, di cui sono responsabile, forte di due sale operatorie e relativa terapia intensiva, costruite 15 anni fa per 200 interventi / anno, ormai fatiscenti e obsolete in cui da alcuni anni operiamo oltre 500 pazienti / anno". Molto interessanti i confronti. Infatti "a fronte di tanta povertà - prosegue il prof. Venere - in Piemonte sono operanti 7 sale operatorie di recente costruzione e altre 2 sono state finanziate all'Ospedale Mauriziano di Torino. In Lombardia funzionano a pieno ritmo per la cardiocirurgia almeno 16 sale operatorie quasi tutte di costruzione recente o ristrutturate. Nel Veneto sono operanti 12 sale operatorie tutte attrezzate con tecnologie moderne. In Emilia Romagna 6 sale operatorie di recentissima costruzione sono supportate da alcune case di cura private perfettamente attrezzate convenzionate con le divisioni. A noi il fanalino di coda spento.

"Le lamentele per il disagio a lavorare in queste condizioni, gli scontri con l'amministrazione, l'impressione di essere preso in giro, ecc. te le farò conoscere a voce, d'altronde le puoi immaginare".

Pensiamo non ci sia nessun commento da aggiungere.