

ASSISTENZA INFERMIERISTICA PROFESSIONALE A DOMICILIO

ASSISTENZA ANZIANI

Prestazioni a domicilio

SERVIZIO DIURNO E NOTTURNO

IN MANI SICURE



C.I.D.O.
CENTRO INFERMIERISTICO

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

Tel. 0185/50.72.03 a Sanremo in Via XX Settembre 34/4

CENTRO ALLERGIE INTOLLERANZE ALIMENTARI

Responsabile Dott. G. Napoli

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

DIETE DI ELIMINAZIONE E SCATENAMENTO



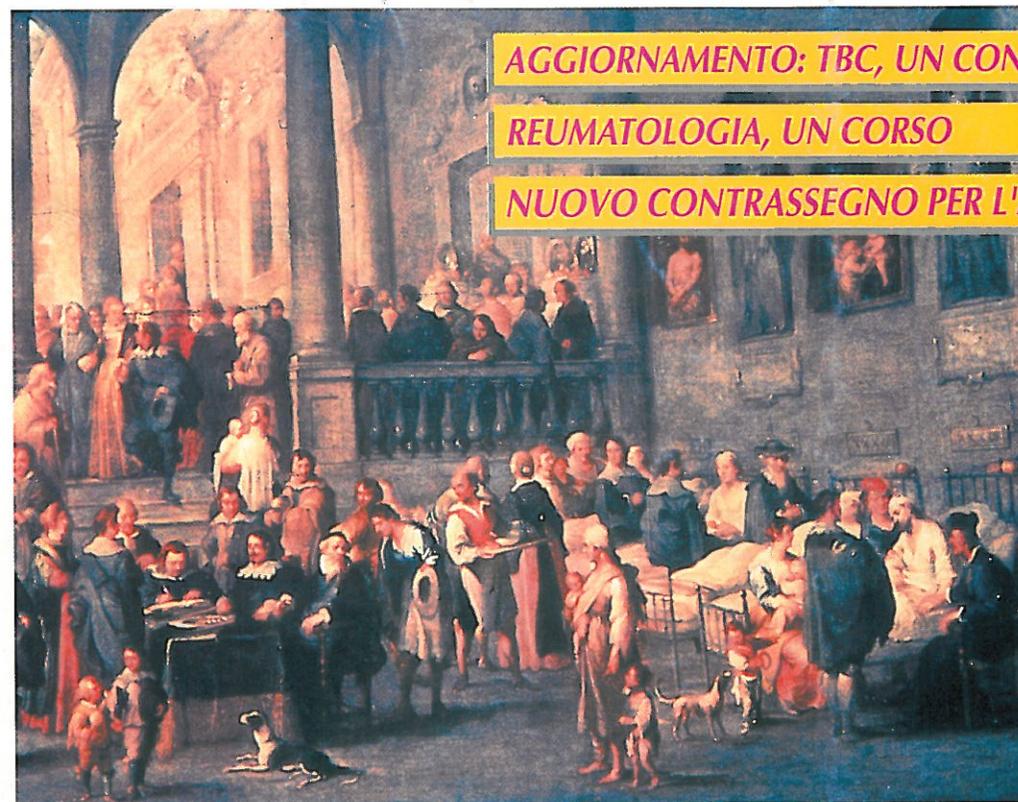
CENTRO ALLERGIE INTOLLERANZE ALIMENTARI

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



AGGIORNAMENTO: TBC, UN CONVEGNO

REUMATOLOGIA, UN CORSO

NUOVO CONTRASSEGNO PER L'AUTO

Anno 3 - N. 1

Gennaio 1995

SANITA', CAMBIANO TUTTI I REFERENTI

La medicina generale
anche senza attestato

Qualità, facile parlarne, ma...

Chi l'avrebbe detto, la colpa
di tutto è dei giovani medici!

1
95

TI CONOSCO MASCHERINA



Cosa c'è dietro la mascherina?

C'è una categoria professionale complessa, con esigenze e problemi specifici. ACMI la conosce molto bene perchè è da 30 anni al suo servizio.

È infatti consulente finanziaria esclusivamente per la classe medica.

È l'interfaccia di fiducia tra il mercato e la Categoria, che seleziona i prodotti, li ottimizza e li propone sotto la propria diretta tutela.

ACMI dispone di una vasta serie di prodotti evoluti, scelti tra i migliori sul mercato italiano ed estero: assicurativi, finanziari, previdenziali e immobiliari, per un'unica, completa risposta alle esigenze dei medici.

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

GENOVA
Via Cantore 30 A - 010/415246
Via Rimassa 51/2 - 010/592887

IST. MORGAGNI
Dir. San. e R.B.: D.ssa B. Semino
Spec. Microbiologia
R.B.: Dr. F.L. Savioli Spec. Radiologia
R.B.: Dr. S. Ferrari Spec. Cardiologia

GENOVA
C.so De Stefanis 1
010/876606-8391235

IST. NEUMAIER
Dir. San. e R.B.: Dr. A. D'Amica
L.D.: Radiologia

GENOVA
Via XX Settembre 5
010/593660

CENTRO RADIOLOGICO E FISIOTERAPICO
Dir. San. e R.B.: Dr. M. Descovich
Spec.: Radiodiagnostica
Resp. Terapia fisica: Dr. N. Ursino

GE - BUSALLA
Via Chiappa 4
010/9640300

IST. RADIOLOGIA RECCO
Dir. San. e R.B.: Dr. C. A. Melani
Spec.: Radiologia
Resp. Terapia fisica: Dr. A. Pognani

GE - RECCO
P.zza Matteotti 9
0185/720061

IST. ROLLANDI - TMA
Dir. San. e R.B.: Prof. A. Rollandi
L. D.: 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
010/6531442

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

GENOVA
Via XX Settembre 5
010/565643

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 1995)**

STRUTTURE PRIVATE

IST. ALBARO
Dir. San. e R.B.: Prof. E. Salvadio;
L.D.: Pat. Spec. Med. e Met. Clinica
R.B.: R. De Martini Spec.: Radiologia

IST. BARONE
Dir. San. e R.B.: Dr. V. Poggi
di Castellaro Spec.: Radiologia

IST. BIOMEDICAL
Dir. San.: Dr. P. Gamberoni
R.B.: D.ssa P. Nava (biologa) Spec.: Igiene
R.B.: Dr. G. Castello 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. Prof. F. Misurale
Spec. Radiologia Medica

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
Dir. tec.: D.ssa F. Chioni Spec. Reumatologia

INDIRIZZO E TEL.

GENOVA
Via P. Boselli 32
010/3621769

GENOVA
P.sso Ponte Carrega 35/37r
010/8367213

GENOVA
Via Prà 1/B
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

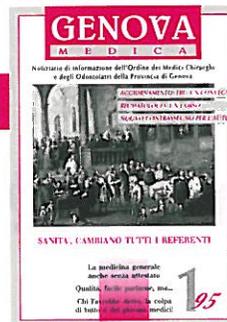
GENOVA
Via Caffa 11
010/3620507

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
*	*		*		*	*	*	*	
			*	*	*	*	*		
*	*		*	*	*	*	*	*	
*									
*	*					*	*		
			*	*	*	*	*		
					*	*	*		
			*	*	*	*	*		
*	*	*	*			*	*		
*	*	*	*	*	*	*	*		



S O M M A R I O

Anno 3 - Numero 1 Gennaio 1995

1
95

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 Civalleri
Dr. Gianluigi Bedocchi
Dr. Massimo Gaggero
Dr. Marco Cingolani

Commissione albo odontoiatri

Presidente: Prof. Giuliano Ricci
Segretario: Dr. Tullio Zunino
Dr. Riccardo Bottino
Dr. Marco Oddera
Dr. Agostino Tel

EDITORIALE

Pagina 2: Il lavoro fatto sarà inutile?

OPINIONI & COMMENTI

Pagina 3: Ora si mettano a testa bassa

Pagina 4: Mancano idee più che i soldi

VITA DELL'ORDINE

Pagina 5: Cambia il contrassegno auto

Pagina 7: Gli sprechi si sprecano

SPIGOLANDO SUI GIORNALI

Pagina 8: Giovani medici, quante colpe!

LEGGI & REGOLE

Pagina 11: "Generica" senza attestato

CRONACA & ATTUALITA'

Pagina 14: Tra medicina e assistenza

Pagina 16: Tbc, un convegno - reumatologia, un corso

POLITICA & SANITA'

Pagina 17: Qualità: facile parlare ma...

NORMATIVA FISCALE

Pagina 19: Quante scadenze da ricordare

SCIENZA & MEDICINA

Pagina 21: La lotta contro il contagio Hiv

PREVIDENZA & ASSISTENZA

Pagina 24: I versamenti dei contributi

Pagina 27: LETTERE AL DIRETTORE

Finito di stampare nel Gennaio 1995

Periodico Mensile Anno 3 - N° 1 Gennaio 1995 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)

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

IL LAVORO FATTO SARA' INUTILE?

I rischi dei cambiamenti a livello governativo e regionale

Il 1994 è passato, è iniziato il 1995 e se è vero, come è vero, che il buon giorno si vede dal mattino, l'anno in corso si annuncia incerto, pieno di difficoltà per la situazione generale e di conseguenza anche per la Sanità. Infatti dopo la crisi prenatalizia del governo, il ministro Costa, con il quale avevamo avviato un certo dialogo collaborativo, non c'è più. Anche se si andasse ad elezioni anticipate in tempi brevi, non sarebbe il governo Berlusconi a gestirle; avremo quindi un nuovo ministro, che potrà fare solo la ordinaria amministrazione. E in un governo con maggioranza diversa, più stabile e duraturo, ci sarà sempre un cambio della guardia alla Sanità. Per la classe medica non è una bella prospettiva in quanto, chissà per quanti mesi, non avremo un punto di riferimento a livello nazionale.

A primavera '95, più o meno inoltrata, ci saranno le elezioni regionali con esito incerto, per cui anche con l'assessore Bertolani non potremo fare programmi a medio o lungo periodo.

Abbiamo, invece, finalmente, i direttori generali che dovranno governare, in piena autonomia e responsabilità personale, le varie Usl e gli ospedali. Abbiamo visto quello che è successo in Lombardia, in Piemonte, ed in altre regioni d'Italia: siamo amareggiati in quanto abbiamo toccato con mano che nulla è cambiato nel mal costume politico ed amministrativo del Bel Paese. In Liguria si è levata qualche voce accusatoria denunciante una spartizione tra buoni amici dei direttori generali: quattro al Pds e quattro al Ppi.

Come Ordine dei medici non ho voluto entrare nella polemica, anche perché lottizzate o no

queste persone dovranno assumersi tutta la responsabilità politica, amministrativa e penale della gestione: in prima battuta offro la leale e collaborativa disponibilità mia e dell'Ordine nella speranza di ottenere quelle risposte che da anni, da decenni aspettiamo.

Qualcuno ha anche avanzato il sospetto che ai neo direttori generali siano state imposte determinate persone come direttori sanitari o amministrativi; in parole povere l'assessore avrebbe detto: "Se vuoi fare il direttore generale ti prendi questo o quello come direttore sanitario o amministrativo". Se questo è vero, noi diciamo "Fatti loro, vedremo come si comporteranno".

Siamo invece preoccupati per il futuro dei "nostri" colleghi, che dipenderanno totalmente dai direttori generali, che (si fa per dire) li hanno scelti; anche a loro l'Ordine raccomanda di non subire passivamente e non avvallare al 100% tutto quello che gli altri vorranno imporre, magari in spregio alle leggi deontologiche che ogni medico deve rispettare!!

Un'ultima raccomandazione vorrei riserVARLA per coloro che nella categoria godono di prestigio e quindi possono esercitare un reale potere: "Evitate comportamenti che possono interessare una magistratura oggi più attenta e più disposta di un tempo ad intervenire, evitate di appoggiare, proporre e sostenere azioni lesive degli interessi legittimi di alcuni, della loro dignità e delle loro possibilità professionali e di carriera". Oggi, per fortuna, sono sempre meno coloro che subiscono passivamente ed in silenzio.

Sergio Castellaneta

E allora questa volta rispondiamo: "Dott. Boni, a lei è rimasto solo il potere e combatte giustamente per quello, a noi è rimasto solo questo lavoro, in cui crediamo, e la rabbia di sentirci dei medici di serie B. Non ci provochi oltre i limiti perché si lotta alla morte quando si lotta per la vita!"

dott. Daniele Gasparotti

Direzione Umi Genova - tel.010/51.53.35

L'ANAAO RIVENDICA MERITI CHE NON HA

Dal dirigente del S.A.L. Medici dott. Giuseppe Mina, riceviamo una lettera che così sintetizziamo:

Caro presidente, ti segnalo che in data 6/12/94, il segretario aziendale dell'Anaa del ospedale San Martino, ha rivendicato meriti che non gli spettano a riguardo della nota vicenda dell'inquadramento al 1° livello della dirigenza medica degli ex assistenti ospedalieri.

Tale inquadramento è stato frutto di una strenua e difficile trattativa durante la quale l'Anaa ha latitato: non ha partecipato alla pubblica assemblea durante la quale è stata programmata la strategia da adottare; era assente quando si è deciso di diffidare le autorità inadempienti; non ha sottoscritto i ricorsi al Tar; non ha compiuto pubblici interventi per perorare realmente la causa sacro-santa degli ex assistenti.

Va notato che il consigliere ministeriale, dott. Verdecchia, sollecitando la Regione Liguria a provvedere all'inquadramento dei medici dipendenti al 1° livello della dirigenza, ha espressamente citato il sottoscritto, dirigente del S.A.L. Medici e non dell'Anaa, a riprova che, anche a livello centrale, i dirigenti sindacali dell'Anaa sono stati latitanti.

Naturalmente quando affermo è suffragato da inoppugnabili prove documentali.

Caro presidente, credo che il dott. Cerri, invece di "questuare" nuove iscrizioni attribuendosi

meriti che certamente non ha, dovrebbe meditare su quanto affermò Alexis De Tocqueville: "La causa effettiva che fa perdere il potere agli uomini politici è che sono diventati indegni di amministrarlo".

dott. Giuseppe Mina

"TRENTA ORE PER LA VITA" RINGRAZIAMENTI ALL'ORDINE

E' con grande piacere che desideriamo ringraziarvi della preziosa collaborazione offerta da codesto Ordine in occasione della manifestazione "Trenta ore per la vita".

Il successo ottenuto durante la diretta televisiva ci è stato confermato dai contributi che ancora oggi stanno pervenendo da tutta Italia. Un successo che desideriamo condividere anche con voi, il cui apporto è stato sicuramente determinante per l'ottima riuscita dell'intera manifestazione. Infatti come voi ben saprete, i traguardi che l'Associazione Italiana Sclerosi Multipla aveva individuato, ovvero il finanziamento di oltre 60 ricerche scientifiche per individuare la causa e la terapia della sclerosi multipla e la realizzazione su tutto il territorio italiano di concrete strutture di assistenza per le persone colpite da questa terribile malattia, sono stati quasi tutti raggiunti.

Se oggi, quindi, esiste una speranza in più per sconfiggere definitivamente la sclerosi multipla e se tutti i 50.000 italiani malati e le loro famiglie possono condurre una vita migliore il merito è anche Vostro.

Grazie!

prof. Mario A. Battaglia
presidente nazionale Aism

Ptca sono in linea con i dati riferiti dalla letteratura internazionale: successo 92% necessità di bypass d'urgenza 1.6%, mortalità 0% nei casi di elezione, 0.5% nei casi in urgenza.

4 - I politici che hanno governato la Regione in passato, la cui competenza non siamo in grado di valutare, hanno comunque dotato la Liguria di strutture di cardiologia interventistica e di cardiocirurgia sufficienti alle necessità della popolazione. E' ovviamente necessario che tali strutture vengano messe nelle condizioni di lavorare al meglio ed è questo il problema principale.

5 - E' privo di fondamento scientifico individuare una relazione diretta tra la più alta mortalità della cardiopatia ischemica in Liguria e la asserita scarsità di procedure di Ptca nella nostra regione.

Pensiamo che sia indispensabile una pronta pubblicazione delle precisazioni sovraespresse per evitare che venga fornita ai medici liguri una informazione distorta e incompleta sulla cardiologia interventistica della nostra Regione. Cordialmente

dott. Fiorenzo Miccioli

coordinatore del gruppo di studio per l'emodinamica dell'Anmco ligure

LA FIMMG DIVENTATA UNA STREGA CATTIVA

"Boni? Chi è costui?" si saranno chiesti manzonianamente i nostri giovani colleghi quando è incominciata la storia che stiamo per raccontarvi! "Il segretario nazionale della Fimmg" è stato risposto. "E cos'è la Fimmg?". "E' la federazione dei medici di medicina generale". E noi, allora, a pensare ad un bel gruppo, che ne so, come quelle associazioni che si formano tra quelli che sono nati nel '44 o che si sono laureati nel '68.

Sì, perché per noi un'associazione di medici di famiglia non avrebbe mai potuto essere sentita come minacciosa.

Ma come! Il medico di famiglia è quello che correva a casa mia quando da bambino avevo la febbre, che era sempre presente quando qualcuno in casa stava male, che mi aveva così colpito da decidere che da grande avrei fatto la sua stessa professione, che appena laureato in medicina mi aveva offerto l'opportunità del mio primo lavoro e che in questo mi era stato vicino come un padre o come un fratello maggiore per dissolvere i dubbi di una preparazione professionale non ancora avvezza a confrontarsi con la realtà dei farmaci e delle esigenze dei pazienti No!

Non potevamo pensare che l'associazione che raggruppa tante brave persone potesse adesso trasformarsi nella strega cattiva di Biancaneve e volere l'estinzione di noi giovani colleghi! C'era qualcosa che non andava!

Non andava il fatto che a capo di questa federazione ci fosse il dott. Mario Boni: chissà se questa persona ha ancora qualcosa a che fare con la Medicina (con la M maiuscola) o se si è trasformato in una specie di eminenza grigia della sanità, scaltra e determinata ad accrescere il proprio potere personale anche passando su tutto e su tutti, tessendo trame nell'ombra, manipolando medici e politici, giocando sporco ogni volta che gli è possibile, infischiodo l'equità, delle normative europee, della deontologia professionale o della semplice solidarietà con i colleghi.

Ma già, forse è proprio qui il punto: noi siamo dei medici, non dei politici; forse la solidarietà la sente nei confronti di questi ultimi e non gli sorregge il minimo rimorso a pensare di impedire il lavoro a 22.000 colleghi dal 1° gennaio del prossimo anno.

Cosa gli può importare che questi medici abbiano aiutato il Ssn ad andare avanti, che abbiano fatto per tanti anni i lavori più rischiosi, per responsabilità, è più malpagati mantenendo sempre la coscienza del proprio ruolo e della propria importanza sociale! "Grazie tante! Non ci servite più!" questo ci sembra di sentirci dire.

OPINIONI & COMMENTI

ORA SI METTANO A TESTA BASSA

Non c'è più l'alibi della provvisorietà per i direttori Usl

E' finalmente finita la stagione degli amministratori straordinari, dei commissari regionali, di quei personaggi che comandavano nella Sanità a titolo provvisorio e senza pieni poteri. Individui che a volte trovavano nella loro precarietà un comodo alibi alle contestazioni dell'Ordine dei medici: si sentivano "uomini con la valigia", autorizzati a "tirare a campare" tra un rinvio e l'altro. Ma ora la giunta regionale ha deciso: abbiamo i nomi, abbiamo i responsabili, finalmente c'è una controparte che non potrà accampare scuse.

Vi diamo idea del clima in cui sono stati scelti. Il giorno successivo alla nomina, vigilia di Natale, così titolava "Il Giornale": "I partiti presidiano gli ospedali. Gli otto direttori delle Usl liguri scelti con i vecchi criteri spartitori".

Già che ci siamo vediamo quali sono i primi propositi dei nuovi manager. Ci aiuta "Il Lavoro", che torna dopo la pausa di Natale titolando: "Parlano i manager nominati dalla Regione al vertice della sanità pubblica. La disfiada degli ospedali" - "Così strapperemo i malati ai privati".

Insomma tra sospetti di lottizzazione e pregiudizi ideologici, così poco manageriali, non c'è molto da gioire.

Ma, per lo meno, il gioco ora è chiaro: la sanità pubblica ha dei capi, che verranno da noi giudicati in base ai risultati raggiunti. La giunta regionale ha la responsabilità politica di averli scelti. A ciascuno il suo!

I MAGNIFICI OTTO

I nomi, naturalmente, sono stati pubblicati con il dovuto risalto dai quotidiani d'informazione, ma ci sembra tuttavia opportuno ricordare - anche se arriviamo buoni ultimi - chi sono i nuovi direttori generali delle Usl e delle aziende ospedaliere della Liguria.

Usl n. 3 - Genovese - Giuseppe Giusti, 52 anni, una lunga carriera amministrativa all'ospedale San Martino alle spalle;

Usl n. 4 - Chiavarese - Domenico Crupi, 44 anni, esperienza come capo personale Usl di Rivarolo e poi a Sampierdarena;

Ospedale San Martino - Paola Pistone, 62 anni, savonese, è stata confermata direttore generale;

Ospedale di Sampierdarena - Davide Amodeo, 45 anni, già direttore amministrativo e capo servizio al personale della Usl di Genova e Valle Scrivia.

Le nomine nella Sanità ligure sono completate poi da Luciano Grasso, 44 anni, già direttore amministrativo dell'ex Usl n. 12 di Genova Centro, alla Usl n. 1 Imperiese; Roberto Cuneo, 49 anni, ingegnere con lunga esperienza in aziende impiantistiche, all'Usl n. 2 Savonese; Gian Luigi Saraceni, 45 anni, già amministratore straordinario dell'ex Usl n. 20, all'Usl n. 5 Spezzino e Ubaldo Fracassi, 49 anni, carriera in diversi ospedali della Liguria, all'ospedale di Pietra Ligure.

MANCANO IDEE PIU' CHE I SOLDI

La vergogna del plus-orario: di meno a tutti senza distinzioni

Anche in questi oscuri scampoli del XX secolo, gli italiani sanno che "nihil sub sole novum": ai rivolgimenti di vertice non corrispondono mai cambiamenti di sostanza, ma si bloccano piuttosto le rare iniziative intraprese.

E allora parliamo del "plus-orario", ingiuria di un contentino contrattuale qualunquista e demente, agganciato solo sulla carta alla progettualità dei servizi sanitari (vedi piani sanitari, progetti-obiettivo, etc.), in realtà distribuito a pioggia su tutte le teste, comprese quelle vuote, di alcuni dipendenti pubblici.

Negli ultimi tempi la Usl 3 Genovese anche di quei pochi soldi paga acconti di acconti, perchè il commissario regionale ha giustamente deciso di rivedere i criteri di assegnazione degli incentivi e della produttività.

Si tratta, infatti, di una voce che incide per svariati miliardi sul bilancio, un viaggio di solo andata per i soldi di tutti che non rendono nè efficienza nè giustizia.

Un esempio per tutti? L'infermiere professionale messo a piantonare un ambulatorio semideserto merita lo stesso incentivo del collega che va a medicare piaghe da decubito al domicilio dei pazienti.

E la sorte dei medici non è migliore!

Tutto ciò accade perché gli incentivi alla produttività nel nostro settore sono assegnati sulla base di valutazioni soggettive, comunque "sulla fiducia", cioè sulla potenziale produttività di un servizio o di una équipe.

Per quanto riguarda la Usl 3, dobbiamo dare atto al dr. Barabino, già passato anche lui nella fitta schiera degli ex, d'aver puntato l'attenzione su questo problema, anch'esso fonte di spreco. Partendo seriamente da un'analisi dei carichi di lavoro e dei progetti-obiettivo più utili, prevedeva una redistribuzione adeguata di questi benedetti soldi.

Ma la poltrona ad orologeria del commissario regionale è saltata per aria sul più bello (si fa per dire): così il dr. Barabino se ne va lasciando tra le molte brutture una delibera con assegnazioni di plus-orario vecchia maniera, qualcosa di meno a tutti: todos peones, anziché todos caballeros. E i sindacati...

E' prevalso ancora il criterio contabile - amministrativo: chissà se il nuovo direttore generale si degnerà di ascoltare i tecnici (Ordine, sindacati, ecc.). Chissà se in futuro la pianteranno di lamentarsi di non avere soldi quando invece non hanno idee? Chissà, se finalmente, ascolteranno un pò meno i vari yes-men travestiti da consulenti e un pò di più quelli che, usandolo ogni giorno, hanno il cervello meno atrofizzato?

La ciliegina sul gelato: i nuovi assunti da un anno non percepiscono il plus-orario e, secondo gli impiegati addetti, dovrebbero seguire personalmente la questione (cioè vagare da un ufficio all'altro a caccia di timbri e certificati).

Ma se questo può e "dovrebbe" farlo un medico, perché non licenziare gli amministrativi che anche per questo erano stati assunti?

"Genova Medica" anch'io desidero raccontarti fatti e sottoporli a una considerazione da proporre all'attenzione dei lettori di questa rivista. Nel dicembre u.s. un uomo di 60 anni viene ricoverato in una Usl di un ospedale cittadino per infarto miocardico; in terza giornata compare shock, sincope, grave deterioramento delle condizioni generali. Rapidamente ed efficacemente i colleghi diagnosticano una rottura di parete libera del cuore e ci trasferiscono il paziente; coronarografia, intervento, riparazione della parete e duplice bypass. Paziente in terapia intensiva post-operatoria circa 6 ore dopo l'inizio dei sintomi, a casa in 7 gg. E così potremmo citare casi di dissezioni aortiche operate nell'arco di 3 ore o di interventi di emergenza per occlusione acuta del tronco comune della coronaria sinistra (cf. Texas H Journal 1993 20:55-9).

Se vogliamo escludere le urgenze, potremmo raccontare di ragazzini con valvole mitrali ricostruite alla perfezione e di pazienti coronarici rivascolarizzati completamente con condotti arteriosi che sono garanzia di durata dell'intervento nel tempo.

La considerazione nasce dall'amarrezza di leggere che un intervento cardiocirurgico sarebbe una "pratica terapeutica ormai corrente in patologia cardiaca, caratterizzata in tutto il mondo e anche in Italia (ma non in Liguria) da alta probabilità di successo e a basso rischio". Eh no, caro direttore, questo è ingiusto e disinformante.

Il problema della cardiocirurgia ligure è nei numeri, non adeguati alla richiesta, per cause di politica sanitaria di cui molto si è discusso e si discute. Ma dal punto di vista tecnico i colleghi e i liguri devono sapere che la cardiocirurgia ligure, grazie alla passione, alla dedizione e all'entusiasmo (a questo punto mi verrebbe da dire immotivato) dei suoi operatori offre le soluzioni più moderne, efficaci e di buon successo quali quelle ottenibili in Italia e nei tanto celebrati santuari della vicina Costa Azzurra (e a volte con risultati ancora migliori

come documentato dai casi che hanno poi necessità delle nostre cure).

Si vuole forse creare il clima favorevole all'"invasione" di specialisti esteri? Caro direttore, la battaglia per migliorare deve continuare a oltranza: ma non accettiamo di apparire sempre all'attenzione di tutti in negativo; i fatti positivi non possono essere disconosciuti.

Con viva cordialità

prof. G.C.Passerone

associato Cattedra Cardiocirurgia Università di Genova
Ospedale San Martino

IL VERO PROBLEMA E' POTER LAVORARE AL MEGLIO

Abbiamo letto la "Lettera al Direttore" inviata dal prof. Carlo Vecchio e pubblicata nel numero di dicembre 1994. Poiché nella lettera vengono espresse alcune considerazioni che riguardano l'attività di angioplastica coronarica (Ptca) nella nostra regione, ci sembrano indispensabili alcune precisazioni che chiariscano la realtà esistente, del tutto diversa dal quadro descritto dal prof. Vecchio.

1 - Per quel che riguarda la disponibilità di procedure nel 1994 il laboratorio di emodinamica della II Divisione cardiologica dell'ospedale San Martino ha effettuato 420 Ptca, mentre il laboratorio della cattedra di cardiologia dell'Università di Genova ne ha effettuato 71. Il totale corrisponde ad una media di 295 procedure per milione di abitanti (501 Ptca, 1.7 milioni di abitanti): il dato della media nazionale è disponibile per il 1993 ed è di circa 175 procedure per milione di abitanti.

2 - La lista di attesa per Ptca in elezione è di circa 2 mesi, mediamente inferiore a quella degli altri centri pubblici del Nord Italia. Va però segnalato che i casi urgenti possono essere trattati in qualunque momento poiché il laboratorio effettua il servizio di pronta disponibilità (50 Ptca in emergenza "fuori orario" nel 1994).

3 - I dati relativi al successo ed al rischio delle

strutture adeguate: i colleghi di tutte le Divisioni di cardiologia della città o di qualsiasi Pronto Soccorso si sarebbero messi in contatto con l'Unità di terapia intensiva coronarica che ho l'onore di dirigere, oppure con quella diretta dal prof. Caponetto o direttamente con gli emodinamisti della 2ª Divisione di cardiologia diretta dal prof. Gatto, quindi sarebbe avvenuto uno dei tanti trasferimenti urgenti e la procedura sarebbe stata eseguita senza alcun ritardo e con gli stessi risultati di quelli della "mitica Miami".

Per maggiore completezza desidero segnalare che nello scorso anno presso il laboratorio di emodinamica della 2ª Divisione di cardiologia sono state eseguite 420 angioplastiche, di cui 50 in urgenza: quindi i cittadini genovesi e liguri, malgrado le loro nefandezze elettorali, ma anche chiunque si trovi a passare per Genova, "hanno le stesse possibilità degli altri italiani in quest'importante ambito della assistenza sanitaria".

Allora, perchè il prof. Vecchio si domanda "...perchè un'angioplastica coronarica o un intervento di cardiocirurgia debbono continuare a rimanere tanto irraggiungibili in questa disgraziata Regione?" Io non saprei rispondere, caro Castellaneta, a questo inquietante interrogativo, visto che la domanda stessa appare priva di fondamento. Sono bene al corrente e vivo giornalmente con amarezza la inequità numerica purtroppo ancora presente degli interventi di cardiocirurgia in Liguria (ma penso che sia disonesto sorvolare sui 600 interventi annuali che vengono eseguiti correntemente) come pure le ancora lunghe liste di attesa, l'espatrio forzato e costoso di circa 400 malati all'anno, (le necessità stimate per la popolazione ligure sono di 1.000 interventi all'anno), ma su questo argomento è sufficiente rileggere la precisa relazione del prof. Henriquet sui numeri precedenti di Genova Medica.

Per chiudere questa mia esternazione sul presunto abbandono totale in cui parrebbero con-

dannati i nostri cittadini (per loro colpa secondo il prof. Vecchio), ti segnalo un recentissimo esempio (l'ultimo di una lunga serie) di come in realtà funzionino oggi la cardiologia e la cardiocirurgia genovese: in data 29/12/94 è stata trasferita d'urgenza dalla Divisione cardiologica dell'ospedale Galliera (all'insaputa del suo primario?) alla Unità coronarica della 1ª Divisione di cardiologia dell'ospedale S.Martino una cittadina genovese di 70 anni colpita da infarto miocardico acuto complicato da quel gravissimo avvenimento che è la perforazione del setto interventricolare: la paziente, visitata da un cardiocirurgo del ns. ospedale, è stata ricoverata in Unità di terapia intensiva coronarica dal 29/12/94 al 2/1/95; avrebbe potuto "tecnicamente" essere operata immediatamente, ma l'esperienza di cardiologia intensiva nonché le gravissime condizioni della paziente, hanno consigliato una "attesa armata" di qualche giorno. In data 3/1/95 la paziente è stata operata felicemente nella cardiocirurgia genovese (correzione del difetto interventricolare e aneurismectomia). In data 6/1/95 la pz. è uscita dalla rianimazione cardiocirurgica e, se qualche santo ci aiuterà ancora, potremo ritrasferirla alla Divisione di cardiologia dell'ospedale Galliera.

Detto questo, per la tranquillità dei cittadini, dei colleghi cardiologi e non, bene o male informati che siano, delle autorità sanitarie regionali e degli ospedali cittadini, ti prometto, anche a nome dei miei collaboratori di S.Martino, che non sarai lasciato solo.

Cordialmente

dott. Emilio Borgo

primario della 1ª Divisione di cardiologia e dell'Unità di terapia intensiva coronarica dell'ospedale S.Martino

MANCANO I NUMERI NON I SUCCESSI

Gentile direttore, in merito alla nota sulla cardiocirurgia comparsa nel numero 8/94 di

VITA DELL'ORDINE

CAMBIA IL CONTRASSEGNO AUTO

Diventa personale e permanente, non più legato alla vettura



N° TESSERA

N° ISCRIZIONE ALBO

Nome

Cognome

Sono in distribuzione presso la sede dell'Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri - piazza della Vittoria 12/4 - i nuovi contrassegni auto. Essi, rispetto alla situazione degli anni passati, hanno subito una sostanziale modifica. Le novità sono sostanzialmente due:

A) i contrassegni saranno da annuali a **permanenti** e ne sarà rilasciato un solo esemplare a iscritto (se qualche collega necessitasse di più contrassegni sarà il Consiglio dell'Ordine, valutata la documentazione opportunamente esibita, a decidere discrezionalmente sulla richiesta);

B) saranno esclusivamente **nominativi** e non più riferiti all'autovettura, per cui dovrà essere trasferito da una autovettura all'altra in caso di utilizzo di più autoveicoli. Infatti, sul contrassegno verrà riportato sul retro il nome e cognome ed il numero di registro e sulla parte esposta il numero di iscrizione all'Ordine provinciale.

L'innovazione comporta qualche piccolo accor-

gimento. Quindi:

- 1) **in caso di vendita della propria autovettura**, l'iscritto dovrà ritirarlo ed esporlo sulla nuova;
- 2) **in caso di smarrimento o furto**, il medico dovrà produrre all'Ordine copia della denuncia inoltrata alle autorità competenti per poterne ottenere uno nuovo;
- 3) **in caso di deterioramento** verrà rilasciato un nuovo contrassegno previa consegna del precedente.

Ai colleghi che, per convenzione o contratto di lavoro, svolgono visite domiciliari ed a quanti, a fronte di documentazione, possono dimostrare di svolgere analoghe attività, saranno consegnati degli appositi contrassegni permanenti per visite domiciliari, che dovranno essere esposti esclusivamente durante tali funzioni con le modalità sopra indicate. Questa modifica nel regime del nostro contrassegno si è resa necessaria per varie ragioni che possiamo così sintetizzare:

- evitare ai colleghi di doversi recare annual-

mente presso l'Ordine per sostituire il contrassegno in scadenza;

- conseguire una economia gestionale, dovuta all'esigenza di non occupare ogni anno una dipendente per l'espletamento della consegna dei contrassegni e bollini annuali;

- responsabilizzare ulteriormente i colleghi dal momento della consegna. I nuovi contrassegni recando le generalità del collega acquistano maggiore valenza al pari del tesserino dell'Ordine;

- consentire, attraverso un accordo di sorveglianza, concordato con il comando di polizia municipale, di attuare un maggiore controllo sul cor-

retto utilizzo del "salvacondotto", il quale avrà un'importanza considerevole se chi lo utilizzerà lo farà in modo adeguato e rispettando quanto previsto dalla normativa del codice della strada. Sottolineiamo, infine, che i contrassegni sono personali e non dovranno essere utilizzati da altre persone, neppure, ovviamente, dai familiari dei titolari.

Ogni abuso comporterà il ritiro immediato di tale contrassegno da parte dei vigili urbani e il nominativo del sanitario sarà segnalato al Consiglio dell'Ordine per eventuali provvedimenti disciplinari.

Emilio Casabona

ATTENZIONE: CON IL '95 "GENOVA MEDICA" DIVENTA L'ORGANO UFFICIALE PER TUTTI GLI ISCRITTI

Cari colleghi, un avvertimento importante: con il nuovo anno la rivista "Genova - Medica" sarà l'organo ufficiale, attraverso il quale l'Ordine dei medici e degli odontoiatri trasmetterà tutte le disposizioni e delibere che saranno assunte e che riguarderanno l'attività di tutti i colleghi. Va infatti tenuto presente che ogni lettera circo-

lare, inviata per posta agli oltre 7500 iscritti, comporta grande lavoro per la struttura ed elevato costo (parecchi milioni). Quindi, cari colleghi, regolatevi di conseguenza: qualora non vi fosse finora pervenuto alcun numero di Genova Medica, o pervenuto in modo discontinuo, è importante segnalare il fatto ai nostri uffici per regolarizzare l'invio.

E PER LA PUBBLICITÀ E' L'ULTIMO AVVISO CHI NON E' IN REGOLA POTRÀ ESSERE COLPITO

Si invitano perentoriamente, per l'ultima volta, i colleghi a mettersi in regola per quanto previsto dalla legge 175/92 in tema di pubblicità (ricettari, biglietti da visita professionali, timbro, carta intestata, targhe, inserzioni su elenchi telefonici e pagine gialle), tenuto conto che le sanzioni, sempre previste dalla stessa legge, consistono nella sospensione da due mesi ad un anno dall'attività professionale: non esistono sanzioni

graduali, tipo la censura o l'avvertimento. Sia ben chiaro a tutti che, trattandosi di una legge dello Stato, questo consiglio dell'Ordine non intende incorrere, per nessun motivo, nel reato di omissione di atti di ufficio; deve obbligatoriamente applicare alla lettera la normativa in vigore. Pertanto si chiede la collaborazione e l'impegno di tutti i colleghi al fine di evitare l'intervento sanzionatorio dell'Ordine nei confronti degli inadempienti.

Lettere al Direttore

Sull'argomento cardiocirurgia, sollevato da una lettera del prof. Vecchio pubblicata sul numero 8/94 di "Genova Medica", abbiamo ricevuto diverse risposte. A parte quella del professor Gatto, consigliere dell'Ordine, che abbiamo "isolato" nelle due pagine precedenti, raggruppiamo qui gli altri interventi, anche se, oggettivamente, alcune considerazioni meriterebbero l'onore di un articolo di fondo.



CARDIOCHIRURGIA, OPINIONI A CONFRONTO

ANCHE A GENOVA SAREBBE ACCADUTO COME A MIAMI

Caro Castellaneta, leggo sul n. 8/1994 di Genova Medica una lettera del prof. Vecchio dal titolo discutibile e dal contenuto inaudito; io non conosco in merito il tuo pensiero, ma immagino quello dei colleghi emodinamisti, sempre disponibili per qualsiasi emergenza, o quello dei cardiocirurghi; da parte mia ritengo grave che in tale lettera siano taciute realtà operative cardiologiche e cardiocirurgiche note a tutti gli addetti ai lavori, genovesi e liguri; ritengo anche grave che tali omissioni esprimano il pensiero di un responsabile di una Divisione cardiologica di un importante ospedale cittadino quale il Galliera, e che tali omissioni siano indirizzate praticamente a tutti i medici della nostra provincia, medici che in maggioranza sono giustificati a non conoscere nei dettagli la nostra specialità. Se alle carenze oggettive della nostra città e della nostra regione aggiungiamo anche la divulgazione di tali allarmanti inesattezze, peraltro poco rispettose di un faticoso lavoro di altri colleghi e del personale tecnico-infermieristico, verrà a mancare quella collaborazione fra medici, Ordine e autorità sanitaria indispensabile a migliorare le nostre strutture. Io non ho da difendere quei politici che in pas-

sato (o anche gli attuali) sono stati, secondo il prof. Vecchio, colpevolmente eletti dai cittadini liguri, ma mi sento in dovere di far conoscere che a Genova, nell'ospedale S.Martino, sono presenti e attive due Divisioni cardiologiche ospedaliere e una universitaria, tutte rigorosamente pubbliche, aperte attraverso i loro ambulatori a qualsiasi cittadino e attivamente collaboranti con il Pronto Soccorso; è bene che tutti i medici di Genova e della Liguria sappiano che nel Monoblocco esistono, fra loro confinanti, una Unità di terapia intensiva coronarica, una sezione di emodinamica, una struttura di cardiocirurgia con annessa un'Unità di terapia intensiva, attive 24 ore su 24: in queste strutture, ed in quella universitaria, vengono regolarmente eseguite da diversi anni e con gli stessi risultati di tutto il mondo, tutte quelle angioplastiche (urgenti o no) che il prof. Vecchio ignora o finge di ignorare.

Da tutte le Divisioni liguri vengono regolarmente inviati pazienti alle nostre cardiologie per tali procedure, i casi più urgenti senza alcuna attesa, quelli meno urgenti con tempi di attesa inferiori a quelli di altre regioni, anche del Nord Italia. Cosa sarebbe accaduto al nostro marittimo se la crisi anginososa invece che negli Usa si fosse verificata a Genova? Non sarebbe successa nessuna delle catastrofi ipotizzate dal prof. Vecchio per mancanza di

con l'Anmco, la Sic e la J. Ruffini abbiamo portato il problema dalla cardiocirurgia ligure in pubblica udienza all'assessore, per ben due volte. Egli si era impegnato a sensibilizzare il futuro direttore generale del San Martino (oggi nominato nella persona della dr.ssa P.Pistone) sul problema della cardiocirurgia affrontandolo quale assolutamente prioritario nella maniera più facilmente realizzabile, cioè aumentare la capacità dell'attuale cardiocirurgia (quattro sale operatorie più 12-14 letti di rianimazione) ritenuta l'operazione più economica anche in prospettiva. In verità pare che pochissimi anni fa la Regione avesse già fatto uno stanziamento per la ristrutturazione della cardiocirurgia, pare oltre tre miliardi (allora sufficienti). Non possiamo essere più precisi sia perchè non eravamo qui all'Ordine sia perchè non abbiamo veste per accedere a certi documenti "riservati". Pare infine che la cifra sia stata girata poi su altri "capitoli" penalizzando così la cardiocirurgia. E qui, "more solito", sarà più facile ottenere notizie e conoscere le cose a singole "persone ben intro-

dotte" piuttosto che a noi come istituzione; nè potremmo permetterci valutazioni di ordine amministrativo che non ci competono. Sappiamo bene che spesso è il passato che condiziona il presente ed il futuro. Da quel passato si potrebbe forse dedurre che i nostri rappresentanti regionali - almeno - non sono stati così sordi alle necessità dei nostri cardiopatici, ma solo intrappolati dalla possibilità - legale o no - di eludere la loro espressa volontà. Aggiungerei infine che qualche volta il presente è condizionato dal futuro prossimo: vogliamo riferirci alla rapidità e chiarezza di impostazione con le quali un gruppo privato sta attuando in Liguria (il tutto sarà pronto in 2-3 mesi) un complesso di cardiocirurgia e di cardiologia interventistica. L'aspetto concorrenziale non si limiterà, pensiamo, alla sola professionalità. Gli aspetti economici, temiamo, avranno il loro peso. Noi non ci opporremo certo ad un efficiente servizio integrativo che miri alla salute della popolazione ligure.

*dott. Emilio Gatto
per il consiglio dell'Ordine*

VITA DELL'ORDINE

GLI SPRECHI SI SPRECANO

Continuano le denunce di colleghi sulla "sanità mangiasoldi"

Il nostri interventi sortiscono qualche effetto: la Regione si affretta a pubblicizzare i risparmi, invero modesti, effettuati; i medici continuano a segnalarci casi di spreco. Citiamone alcuni. La **cardiocirurgia di San Martino**, aperta nel 1983, già sei anni dopo necessitava di una ristrutturazione, che sarebbe costata circa 4 miliardi. Ci si è persi in chiacchiere col bel risultato che ogni anno 700 persone vanno a farsi operare all'estero e che, nel frattempo, le spese di ristrutturazione sono raddoppiate.

All'**ospedale La Colletta** mancano due sale operatorie; il primo progetto è del 1992, l'anno successivo i costi erano già aumentati di 300 milioni. A che punto siamo adesso?

La ex Usl 8 spende 600 milioni ogni 30 mesi per il **convenzionamento Tac**, una cifra con la quale l'apparecchio potrebbe essere già stato acquistato almeno 3 o 4 volte.

Spese di **convenzionamento** ingenti anche per il **servizio di lavanderia**, dopo la chiusura di quella sita presso la ex Usl 9, che serviva tutte le strutture sanitarie del Ponente.

Ci viene segnalato che se nel 1980 fosse stata venduta l'area dell'**ospedale psichiatrico di Pratozanino**, inutilizzabile per il ricovero dei malati in base alla normativa entrata in vigore nel 1978, ci sarebbero state risorse finanziarie sufficienti per l'ultimazione dei lavori all'ospeda-

le Colletta e all'ospedale San Carlo e per la costruzione di strutture alternative al ricovero per i malati di mente. Non si è fatto nulla, Pratozanino ha avuto il disonore delle cronache ove è stato descritto come un lager e lavori ospedalieri sono tuttora in corso.

Ancora inutilizzate le attrezzature della **unità coronarica dell'ospedale di Rapallo**, che resta inattiva nonostante gli 11 letti e una équipe medica-paramedica completa.

Piccolo dal punto di vista delle cifre, ma emblematico, il caso della **Usl di Imperia** che ha speso 9 milioni e mezzo per resistere in giudizio contro una dipendente che esigeva un risarcimento di 3 milioni.

Interessante anche il caso del tritacalcoli da 800 milioni dell'**ospedale di Pietra Ligure** che è stato accettato in comodato d'uso, pratica, come si sa al centro di inchieste giudiziarie, ed ora è inutilizzato in attesa che la Regione esamini la pratica. Segnalate, colleghi, segnalate!

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

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.

PER ULTERIORI INFORMAZIONI
POTETE RIVOLGERVI AL



Banco
di Chiavari
e della Riviera Ligure

**Da 124 anni,
la tradizione di servirvi bene.**

GIOVANI MEDICI, QUANTE COLPE!

Tranquilli, comunque: tutti siamo almeno rei di comparaggio

Trovati finalmente i complici di Francesco De Lorenzo, sono i giovani medici. Lo rivela Gianni Corbi in un articolo intitolato: "La Sanità in appalto", apparso su "La Repubblica" il 27/12/94. Secondo l'illustre editorialista "Il rischio è che i fari del processo De Lorenzo finiscano per illuminare solo una parte dello scandalo lasciando nell'ombra altri sospetti". Quali? Il comodato d'uso e il comparaggio. Come funziona il comparaggio? Ecco la risposta dell'articolista: "Al primario di una clinica importante regali importanti. Al giovane medico il mobilio per arredare lo studio, la macchina di serie, l'apparecchio radiologico. Ai Poggiolini, ai De Lorenzo, e ai loro familiari quadri di Picasso, stampe rarissime, gioielli d'epoca, oltre, naturalmente, assegni, Bot, Certificati di Credito". Eccoci sistemati, cari colleghi, tutti corrotti!

Lasciamo perdere il comodato d'uso, che riguarda gli amministratori Usl, veniamo al "comparaggio": possibile che il giornalista de "La Repubblica" non conosca la normativa che, ormai da anni, impedisce alle case farmaceutiche di "tentare" i medici con premi e regali? Possibile che non sappia che i giovani medici, disoccupati sino a 40 anni, non possono in alcun modo influenzare il mercato del farmaco? Nessuno, poi, regalerebbe loro un apparecchio radiologico il cui uso è notoriamente riservato agli specialisti! L'articolo di Corbi ha creato, inoltre, molte tensioni in famiglia. La macchina ai giovani medici, infatti, di solito la dona il papà; se questi è lettore di Repubblica, è fatale

che cominci a chiedersi come mai al suo figliolo le case farmaceutiche non regalano neanche una agenda!

* * *

Con De Lorenzo la tangente è diventata scientifica. Durissima la requisitoria del pubblico ministero al processo contro l'ex ministro. Rubava anche sull'acqua minerale". Così titolava "Il Giornale" il 28/12/94. Lasciamo la parola all'articolista: "Il tribunale dopo avere respinto una serie di richieste avanzate dai difensori di "Sua Sanità" ha dato ordine al cancelliere di leggere i 97 capi di imputazione che inchiodano De Lorenzo. Per due ore sono stati elencati gli episodi contestati all'ex ministro: associazione per delinquere, corruzione, violazione della legge sul finanziamento pubblico ai partiti, istigazione alla corruzione e false fatturazioni". Una situazione ben diversa, quindi, da quella descritta da Gianni Corbi su "La Repubblica" che sostiene essere De Lorenzo colpevole di comparaggio né più né meno di tutti i medici italiani a cominciare dai giovani! Suggeriamo al collegio di difesa dell'ex ministro di inviare a "La Repubblica" due righe di ringraziamento.

* * *

E' meritevole di commento questo titolo de "Il Secolo XIX" del 29/12/94. "Usl, manager in camice bianco". Magari fosse così! Questo Ordine, che tenta da tempo di restituire

SEMPRE CALDO IL PROBLEMA DELLA CARDIOCHIRURGIA

Interviene il prof. Gatto, per conto dell'Ordine, in risposta al prof. Vecchio

Caro Vecchio, l'episodio da cui prende spunto la tua lettera conferma come funziona - senza eccezioni - la medicina negli Usa, ove il rapporto è rigorosamente privato o assicurativo-privato. Come è noto, tutte le Società di navigazione, per il loro personale navigante, aderiscono a questo sistema assicurativo-assistenziale, in tutto il mondo - ciò che consente fortunatamente quanto tu descrivi. E' quanto accade anche in Italia: un intervento in casa di cura privata è attuabile negli stessi brevissimi termini di cui ha goduto il suddetto signore. In quello Stato, potenza economica, esistono però anche 35 milioni di americani poveri che non possono permettersi alcuna assistenza medica, mentre in Italia, da oltre mezzo secolo, tutto il sistema assistenziale è a carico dello Stato e delle Regioni (e per quanto riguarda l'ospedalizzazione lo resta). Tanto per rimarcare certe differenze, è di questi giorni lo schiaffo che una stragrande maggioranza elettorale ha inflitto ai Clinton, il cui indirizzo sociale prioritario era dare l'assistenza medica a tutti i cittadini statunitensi! Sì, è vero che per qualche aspetto specialistico singoli settori della Sanità italiana offrono meno rispetto alla sanità di qualche altro paese, ma ciò avviene perché in un determinato momento, molto lontano, in quei settori è stata privilegiata la qualità più che la quantità basandosi su precise previsioni statistiche ed in virtù di impieghi di capitale che avrebbero avuto un futuro garantito; in virtù cioè di preliminari accordi economici che la Sanità pubblica italiana ha preferito subire e non ha mai voluto prendere in considerazione per l'interno.

La Liguria, specie quella occidentale, ha vissuto per lungo tempo una situazione di eccezione, in grazia degli "E112" e degli "IM". Questo ha fatto sì che il problema fosse meno sentito. Ora che si stringono i cordoni della borsa, ora che la lira è svalutata, mille nodi vengono al pettine. La Liguria ha una cardiocirurgia che lavora al top e

non può produrre allo stato attuale, più di 550/600 interventi all'anno. Le Ptca, procedure interventistiche non cardiocirurgiche ma cardiologiche, in Liguria nel 1994 sono state 491 (di cui 420 nell'emodinamica della II° Divisione di cardiologia e 71 nell'emodinamica della cardiologia universitaria) corrispondenti a 295 procedure per milione di abitanti, là dove la media nazionale (nel 1993) è stata di 175 procedure per milione di abitanti. Non ci pare quindi che la Liguria sia carente in questo settore assistenziale. E' corretto ed umano far sapere, a tutti i colleghi che ci leggono, che quota parte dell'insufficienza quantitativa della cardiocirurgia genovese è dovuta sia all'accesso di altre regioni (leggi Sud) sia al fatto che quasi la metà degli interventi cardiocirurgici è costituito da quelli eseguiti in emergenza, interventi cioè eseguiti tutti immediatamente in tempi di assoluta garanzia (sotto l'egida del servizio pubblico; non in rapporto assicurativo-privatistico come fu sicuramente il marittimo di Miami). Questi pazienti che il rischio lo stanno correndo veramente in quel momento (situazione ben diversa da quelli che il rischio lo corrono in teoria o statisticamente) ovviamente passano avanti agli interventi di elezione, in lista di attesa. Lo stesso dicasi per le emergenze di cardiologia interventistica: coronarografie d'urgenza e Ptca eseguite di notte o di giorno festivo sono ben oltre le duecento all'anno (corrispondono in parte alle emergenze cardiocirurgiche). Questo è uno degli elementi che consente a questa attività "pubblica" un'ottima immagine associata alla necessaria "economicità" di cui purtroppo in questo momento siamo obbligati a tener conto.

Vista la chiusura della lettera ci pare che certe osservazioni vadano continuate essenzialmente in Regione, "ambiente-dominus" delle responsabilità economico-gestionali; e pertanto responsabile anche della priorità delle scelte. Noi,

AGGIORNAMENTO E STATO DEI VERSAMENTI CONTRIBUTIVI AI FONDI SPECIALI ENPAM DA PARTE DELLE UNITA' SANITARIE LOCALI

Situazione fino al 31 dicembre 1994

(a cura di Manlio Baldizzone)

USL	FONDO AMBULAT. E MEDICI SERVIZI	FONDO GENERICI E PEDIATRI	FONDO SPECIALISTI CONV. ESTERNI
N.2 Savonese (per tutta la Liguria)			DICEMBRE '94
Ex Usl 11 Samp.na	NOV. - DIC. - XIII ^{93*} (saldo anno 1993)		
N. 3 Genovese	NOV. - DIC. '94	OTT. - NOV. '94	
N. 4 Chiavarese	SET. - OTT. '94	GIU. - LUG. - AGO. '94	

NOTA: * A chiarimento dei colleghi, si ricorda che, anche per la ex Usl n. 11, come per tutte le altre ex Usl di Genova, dal gennaio '94 tutti i versamenti contributivi al Fondo ambulatoriale sono stati regolarmente effettuati dalla Usl n. 3 Genovese la quale, come è riscontrabile dal presente prospetto e da quello precedente, è in regola con tutto il 1994.

TORNEO DI CALCIO - L'Associazione genovese arbitri è intenzionata ad organizzare un torneo a undici giocatori tra gli appartenenti ai vari Ordini professionali della provincia. Tutti coloro che sono interessati sono invitati a darne comunicazione - solo via fax al n. 593.558 - Ordine dei medici di Genova - nel più breve tempo possibile. L'organizzazione del torneo è solo in fase preliminare e mancano al momento ulteriori informazioni.

CRAL MEDICI - Tra le iniziative che il Cral Medici di Roma ha in programma per l'inverno e la prossima primavera figurano settimane bianche in Italia, Francia, Svizzera e Austria a prezzi particolarmente vantaggiosi, gite nelle più importanti città d'Europa, crociere su navi della Costa Crociere. Informazioni: via Lanciani 4 - 00162 Roma, tel.06/86.07.891.

ai medici il compito che spetterebbe loro nella gestione della Sanità, avrebbe vinto una battaglia. Non è così. Non c'è nessun camice bianco tra i managers. Ci sono, questo sì, parecchi impiegati Usl ma nessun medico. Come già nel caso della nomina del presidente del consiglio di amministrazione del Gaslini è prevalsa una concezione secondo la quale nelle aziende sanitarie è prioritario l'aspetto amministrativo rispetto a quello medico. Eppure la realtà sanitaria è ben più complessa e la sempre maggior tecnologizzazione degli ospedali, ad esempio, fa dubitare che saper applicare la gestione a budget e l'analisi dei costi sia la caratteristica principale da ricercarsi nei cosiddetti managers. Per ora si è privilegiata la competenza contabile finendo così per effettuare la scelta nell'ambito della "vecchia guardia" della Sanità.

Lo scorso giugno proponemmo di cassare i nomi di coloro che hanno passato di semplici impiegati o funzionari di vari enti e affermammo che solo la competenza specifica dei medici può ottenere risultati che non sono stati ottenuti fino ad ora. Osservammo, inoltre, che a nessuno verrebbe in mente di affidare la direzione di uno stabilimento petrolchimico ad uno psicologo, a nessuno verrebbe in mente di affidare il comando di una nave ad un laureato in legge, a nessuno verrebbe in mente di affidare una banca ad un filosofo; al potere politico, però, è parso normale affidare la direzione di una azienda ospedaliera ad un avvocato, ad un commercialista, ad un sindacalista o ad altre persone totalmente incompetenti nella materia. Da allora ad oggi la situazione non è molto cambiata: altro che managers in camice bianco!

* * *

Da "Il Giornale" del 3/1/95 - Scoperto, o meglio smascherato, il rigoroso criterio con cui la Regione Lombardia ha selezionato i nuovi managers delle Usl: 14 della Lega, 23 del Ppi, alcuni del Pds e così via. Non lamentiamoci

però di queste nuove giunte post-Tangentopoli! I loro predecessori ingurgitavano a piene mani montagne di denaro pubblico; loro almeno hanno imparato il galateo ed il bottino se lo dividono a bocconi.

* * *

Da "Il Secolo XIX" del 29/12/94: "La Sanità di nuovo sottotiro: mancano in troppi durante le ferie. Costa a caccia di assenteisti. Il ministro non trova nessuno neanche per fare gli auguri".

Poi nell'articolo sono specificati gli enti dove si sono registrate assenze sospette: ufficio medico - legale presso la direzione generale dei servizi di medicina sociale del Ministero della Sanità; Ispels, uffici romani della Cri. Insomma l'assenteismo era soprattutto in casa di Costa. Verrebbe voglia di dirgli: "Medice cura te ipsum"! Ma è un altro il consiglio che sommestamente ci sentiamo di dargli. Rifletta: soprattutto per quanto riguarda il suo Ministero erano certe presenze (De Lorenzo, Poggiolini, ecc.) più che le assenze di oggi a preoccupare e, dopo tutto, è meglio andare sui giornali per assenteismo che non per associazione a delinquere.

Comunque, per rincuorare il ministro, gli auguri glieli facciamo noi: a nome dei medici che hanno trascorso le festività di turno negli ospedali e nei Pronto Soccorso, che lo hanno fatto quest'anno così come lo faranno dopo che questi avrà lasciato la carica; aggiungiamo gli auguri dei medici di base che, l'anno scorso, nella notte di San Silvestro, videro cambiare la normativa che regola la prescrizione dei farmaci, successivamente modificata altre quattro o cinque volte; tanti auguri anche da chi ha passato queste notti svolgendo turni nel servizio di Guardia Medica e che ancora non sa se il 1995 sarà un anno di disoccupazione.

Auguri, insomma, da tutti noi che siamo presenti e abbiamo ben presenti i nostri problemi, irrisolti.

* * *

Non poteva mancare in questo nostro vagabondare per giornali "Il Medico d'Italia". Dell'articolo di fondo di Danilo Poggiolini ci è piaciuto il titolo: "I giovani hanno ragione". Ragione, s'intende, a lamentarsi della loro condizione di disoccupati. Dopo aver esaminato le cause della situazione ed aver affermato che bisogna trovare la soluzione si arriva al punto: cosa chiede la Fnomceo? Di aprire le trattative per il rinnovo della convenzione in medicina generale. Ottima cosa, per carità, ma non capiamo bene quale sia la proposta per i giovani, a parte passare la "patata bollente" ai protagonisti di quella trattativa, cioè i sindacati dei medici di base e il ministro. E la Fnomceo? Comunque l'articolo ci è piaciuto, anche perchè riconosce

il sacrosanto diritto dei medici abilitati entro il 31/12/94 a rimanere nelle graduatorie di medicina generale ed è già qualcosa.

Condividiamo anche questo titolo: "Decidendo di sopprimere la Guardia Medica non si aiuta la Sanità ad uscire dalla crisi. Va affrontata anche con la parte politica, la urgente e grave questione della "plethora medica". Sì, meglio tardi che mai, meglio un titolo così, 19 giorni prima che entri in vigore la normativa che abolisce la Guardia Medica, che niente. Del resto fino a poco tempo fa circolava il progetto che voleva il medico di medicina generale gestore del budget per il servizio di Guardia Medica, con rischi di subappalto nei confronti del medico precario, che sono assolutamente da evitare.

Fa piacere, insomma, vedere la Federazione che, pian pianino, si sposta nelle posizioni genovesi.

Ci lascia perlessi, invece, il seguente sottotitolo: "La privatizzazione della Sanità aggraverà il problema della disoccupazione giovanile", col quale viene sintetizzato l'intervento del vice presidente Dario Caselli. Ecco, quindi, che il nemico dei giovani sarebbe la privatizzazione! Peccato che la disoccupazione medica, al contrario, sia cresciuta man mano che lo Stato rendeva più forte la sua presenza nel settore e che il fenomeno della plethora medica si sia sviluppato in un periodo in cui le idee liberiste non erano molto in voga.

Guardate a che affermazioni conducono i pregiudizi ideologici! Ci sembra il caso di ripeterlo: noi non vediamo per la Sanità italiana alcun serio progetto politico, né di tipo privatistico, né di tipo statalista, vediamo semplicemente la Sanità allo sbando, sempre più regolata da leggi farraginose e con risorse economiche sempre minori. Comunque, se il settore privato dovesse svilupparsi o offrire prospettive di lavoro, saremmo ben contenti e continueremmo a difendere la dignità e il decoro dei medici tutti, sia che lavorino nel pubblico che nel privato.

za della prestazione sanitaria. Purtroppo le precauzioni universali non sono sempre adottate perché oggi si fa troppo conto sugli antibiotici e si è molto ridotto il livello di guardia contro le infezioni ospedaliere in generale.

LE INFEZIONI OSPEDALIERE

Secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità l'incidenza delle infezioni ospedaliere è del 6.8% dei pazienti ricoverati, con un valore assoluto di circa 600.000 casi di infezioni e una mortalità annua di 30.000 persone. Le infezioni ospedaliere non risparmiano alcun settore di degenza, pur essendovi incidenze diverse da reparto a reparto. Paradossalmente i reparti di malattie infettive non sono i più colpiti, anche con riferimento a patologie virali gravi, quali epatite e Aids, proprio perché in questi reparti si vive in costante allarme e si pongono quindi in atto con grande attenzione tutte le possibili misure di profilassi.

VIRUS A CONFRONTO

Due epidemiologi londinesi, Timothy Davidson e Allen Mersh, hanno rilevato che a fronte di una trentina di casi in tutto il mondo di sieroconversione all'Hiv, segnalati fino al 1993 in personale sanitario, ben 11 chirurghi su centomila contraggono annualmente l'epatite B

dai loro pazienti. Il rischio di infezione da Hbv dopo contatto tra sangue e sangue o sangue e mucosa è circa del 20%. Decisamente più basso è invece il rischio conseguente all'esposizione professionale per l'Hiv, stimato generalmente tra 50 e 100 volte inferiore rispetto a quello di contrarre l'epatite B. Giuseppe Ippolito, responsabile dell'Unità operativa Aids dell'ospedale Gaspare Spallanzani di Roma, ha svolto un ruolo determinante nell'individuazione delle misure di prevenzione anti-Hiv. Egli afferma, sulla base di una serie di studi su circa 4000 operatori sanitari accidentalmente esposti all'Hiv in tutto il mondo, che si può valutare inferiore allo 0,5% il rischio conseguente a una singola esposizione professionale. Per esposizione professionale si intende essere entrati in contatto con materiale contaminante secondo modalità che possano far ritenere possibile la trasmissione dell'infezione, cioè attraverso una via parenterale. Per l'Italia in particolare su circa 1200 operatori sanitari che hanno avuto, o ritenuto di avere, questa esposizione professionale, il tasso di conversione è stato dello 0,2%. Si consideri che l'esposizione professionale presenta un rischio di contagio potenzialmente molto superiore a quello tra paziente e paziente in ambiente ospedaliero.

Franco Henriquet

RISPONDE IL MINISTRO COSTA: PRESTO GLI ESAMI PER LE IDONEITÀ PRIMARIALI

Dopo tre mesi dalla richiesta dell'Ordine, il ministro della Sanità Raffaele Costa ha finalmente risposto sul problema delle idoneità primariali precisando che "è stato già predisposto il decreto ministeriale previsto dall'art.17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, come modificato del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 che regola i nuovi esami di idoneità nazionale all'esercizio delle funzioni di direzione, anche sulla base

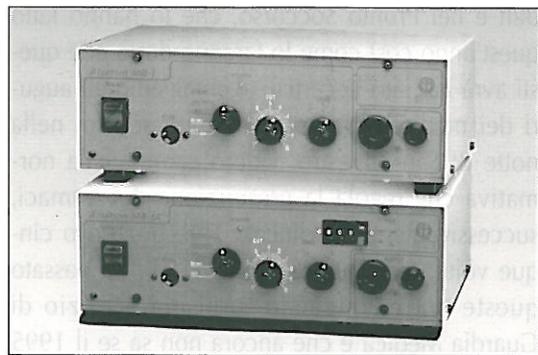
di quanto stabilito dalla apposita commissione costituita presso il Ministero della Sanità circa i criteri generali per la predisposizione e la valutazione delle prove di esame. Tale provvedimento è stato inviato al Consiglio superiore di Sanità per il prescritto parere di competenza. Confido pertanto di poter indire in tempi brevi gli esami di idoneità nazionale così come disciplinati dalla nuova normativa".

SA.GE. SA.GE.

SANITARIA GENOVESE

Via S. Lorenzo, 8 - 1° piano

Tel. 292.052 Fax 299.621 - Genova



**ELETTROBISTURI E
DIATERMOCOAGULATORI ELETTRONICI,
CON TEMPORIZZATORE**

perché il virus dell'Aids non si trasmette per via aerea e non sopravvive nell'ambiente esterno.

TRASMISSIONE DELL'HIV

Per combattere le infezioni occorre ovviamente conoscerne le specifiche modalità di diffusione, onde mettere in atto i provvedimenti più idonei. Nel caso dell'infezione da Hiv in ambito ospedaliero la trasmissione può solo avvenire attraverso il sangue e altri liquidi biologici quali il liquor, i versamenti delle sierose (peritoneo, pleura, pericardio, sinovie), il liquido amniotico; liquido seminale e secrezioni vaginali sono notoriamente le fonti di contagio ordinario della via sessuale. Altri liquidi biologici, quali la saliva, urina, lacrime, secrezioni nasali, sudore, possono contaminare solo se contengono sangue. Per avere l'infezione, il liquido contaminante deve entrare nel torrente circolatorio dell'organismo. La cute integra rappresenta quindi una barriera sicura contro il contagio, ciò non toglie che si debba avere la massima cura per evitarne il contatto diretto con i liquidi biologici potenzialmente contaminanti. Il personale di assistenza si proteggerà con guanti, camici, mascherine. La prevenzione da malato a malato si attuerà fondamentalmente, secondo quanto già ricordato, con l'accurata pulizia e corretta disinfezione di quanto è stato usato

dalla persona sieropositiva e dovrà essere riutilizzato; quanto invece non riusabile dovrà essere smaltito secondo le specifiche procedure previste dalle norme di legge già citata.

LE PRECAUZIONI UNIVERSALI

I più efficaci provvedimenti per il controllo dell'infezione da Hiv, in occasione di ogni prestazione sanitaria ed in ogni ambiente, sono comunque gli stessi provvedimenti standard che devono essere attuati per il controllo delle infezioni in generale, cioè quelli noti come "precauzioni universali". Si sa che l'Hiv ha gli stessi modi di trasmissione dell'epatite B, ma con una notevole differenza, in quanto l'Hiv è molto meno infettivo. La conseguenza è che il controllo delle infezioni a protezione dall'epatite B proteggerà a maggior ragione dall'Hiv. E' errato ritenere che lo screening dei pazienti in ospedale e la adozione delle misure precauzionali solo verso i pazienti Hiv - positivi, o positivi per altri patogeni, possa costituire una efficace prevenzione dal contagio, sia per gli operatori sanitari, sia per i pazienti stessi ricoverati in ospedale. Non è infatti possibile identificarli tutti poiché c'è un "periodo finestra" di durata fino a sei mesi, durante il quale c'è una falsa negatività. Vi sono poi situazioni nelle quali lo screening non è possibile a motivo dell'urgen-

INQUADRAMENTO NEL LIVELLO DIRIGENZIALE FINALMENTE IL VIA DELLE USL

A seguito della circolare emessa dall'assessorato alla Sanità della Regione Liguria, indirizzata ai commissari ed ai sub-commissari delle Usl ed aziende ospedaliere, finalizzata all'applicazione dell'art. n° 19 del D.L. n. 517, finalmente sia il sub-commissario regionale dell'ospedale San Martino, dott.ssa Paola Pistone, con delibera n° 2639 del 15/12/94, sia il commissario regionale della 3a Usl Genovese, dott. Mauro Barabino, con delibera n° 3519 del 29/12/94, sia il com-

missario regionale della Usl n° 4, dott. Angelo Oliveri, con delibera n° 1610 del 14/12/94, hanno dichiarato l'inquadramento del personale medico già appartenente al 10° livello ed al 9° livello del ruolo sanitario, a decorrere dall'1/1/94, nel 1° livello dirigenziale. I direttori generali delle rimanenti Usl della Regione Liguria si sono attivati al fine di adottare lo stesso provvedimento. Non resta che sperare che ciò avvenga al più presto.

LEGGI & REGOLE

"GENERICA" SENZA ATTESTATO

Consentito l'esercizio ai medici abilitati entro il 31 dicembre '94

Alcune categorie di medici possono esercitare l'attività di medicina generale anche se non possiedono l'attestato di formazione (quello previsto dagli articoli 1 e 2 del decreto legislativo 8 agosto '91, n. 256). Ma quali sono queste categorie? Risponde al quesito il decreto 15 dicembre '94 del ministro della Sanità, Costa, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 303 del 29 dicembre dello scorso anno: sono tutti i medici abilitati all'esercizio professionale entro il 31 dicembre '94. Data l'importanza dell'argomento - la decisione tra l'altro era molto attesa - pubblichiamo testualmente il decreto in questione.

IL MINISTRO DELLA SANITA'

Visto il decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 256, concernente l'attuazione della direttiva n. 86/457/CEE relativa alla formazione specifica in medicina generale;
Visto, in particolare, l'art. 2 del richiamato decreto legislativo n. 256 che prevede che dal 1° gennaio 1995 il possesso dell'attestato di formazione in medicina generale costituisce titolo

necessario per l'esercizio della medicina generale nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, fatti salvi i diritti acquisiti all'esercizio di detta attività;

Considerato che alcune categorie di soggetti ai quali è stato riconosciuto il diritto all'esercizio dell'attività indipendentemente dal possesso dell'attestato sono state già individuate per legge;

Considerato che l'art. 6, comma 4, dello stesso decreto legislativo n. 256 prevede che la individuazione e l'identificazione di ulteriori categorie sono effettuate, nel rispetto della richiamata direttiva comunitaria, con decreto del ministro della Sanità;

Considerato che i corsi biennali per il conseguimento dell'attestato di formazione specifica in medicina generale, previsti dall'art. 1 del decreto n. 256, sono stati attivati solo nel corso del secondo semestre del corrente anno;

Considerato che i requisiti per l'accesso all'esercizio della medicina generale, in base alle convenzioni stipulate ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono allo stato i seguenti: iscrizione all'albo professionale e non aver compiuto il cinquantesimo anno di età;

Ritenuto conseguentemente che sussiste, per tutti coloro che sono in possesso dei predetti requisiti alla data del 31 dicembre 1994, il diritto acquisito a poter esercitare l'attività di medico di medicina generale nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, con i limiti e le modalità previsti dalle convenzioni di cui all'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e all'art. 8,

(il testo segue a pag. 13)

“ENORME SODDISFAZIONE” ESPRESSA DALL’UMI PER IL DECRETO SULLA MEDICINA GENERALE

L’Umi (Unione medici indipendenti) ha accolto “con enorme soddisfazione” il decreto che riconosce a tutti i laureati ed abilitati entro il 31/12/94 il diritto acquisito ad esercitare la medicina generale nell’ambito del Ssn. E, al proposito, ha diffuso una nota in cui “esprime un vivo ringraziamento al nostro presidente ed a tutto l’Ordine che ha contribuito, con il suo particolare interessamento, all’emanazione del suddetto decreto”. Questo è un primo passo per risolvere, se pur parzialmente, il problema occupazionale giovanile medico - sostiene il comunicato - anche grazie ad una partecipazione che si spera sempre più numerosa.

Dice ancora la nota: “Ricordiamo a tutti gli interessati i problemi riguardanti la Guardia Medica

e la medicina dei servizi di cui l’attuale normativa prevede lo smantellamento al momento del rinnovo delle convenzioni. E’, pertanto, di fondamentale importanza l’interessamento di tutta la categoria per evitare la perdita di numerosi posti di lavoro che renderebbe ancora più critica la nostra situazione”.

In quest’ottica l’Umi affronterà le problematiche riguardanti i posti limitati nelle scuole di specialità ed il blocco delle assunzioni in ospedale, e comunica che per informazioni ci si può rivolgere a: dott.ssa Baroni, tel. 010/24.70.677 - 019/50.30.62; dott.ssa Lombardi, tel. 010/41.64.36; dott.ssa Savarro, tel. 010/21.18.40; dott. Gasparotti, tel. 010/51.53.35; dott. Pardini, tel. 0187/97.16.23, La Spezia.

DURANTE IL TIROCINIO LE DOTTORESSE-MADRI HANNO DIRITTO AD ASSENTARSI PER GRAVIDANZA

Il ministero della Sanità ha risposto in data 22 dicembre ‘94 ai quesiti sollevati da alcuni assessorati regionali sulla possibilità di applicazione, nei confronti delle dottoresse che partecipano in qualità di tirocinanti al corso di formazione in medicina generale, della legge 31/12/71 n. 1204 sulla tutela delle lavoratrici madri. La circolare ministeriale ricorda innanzitutto che “l’art. 11 dei decreti ministeriali 29/9/1992 e 09/10/1993, al comma 3, prevede l’interruzione, per gravidanza, del corso di formazione, con l’obbligo da parte dell’interessata, di completare il corso medesimo nel biennio successivo”. Inoltre “con circolare in data 16/04/1992 n° 900 US/AG. 18/91, in relazione ad una richiesta di parere avanzata sullo stesso argomento” il ministero aveva ribadito il principio, derivante dalla sentenza della Corte costituzionale n° 17/1987, per il quale “è riferibile anche alle tirocinanti del corso di formazione l’applicazione della disciplina relativa alla legge suindicata sulla tutela delle lavoratrici madri”.

Pertanto, - sottolinea la circolare - “è permessa l’astensione per il periodo facoltativo, nonché per le due ore di allattamento, a coloro che ne faranno richiesta, previo recupero dei periodi formativi in cui andranno a cadere le assenze”. Per quanto riguarda invece la possibilità di effettuare le sostituzioni nell’ambito della medicina convenzionata, durante la sospensione del corso per gravidanza, il ministro sostiene che “la risposta non può che essere negativa, in quanto la concessione, da parte di un ente di un periodo di astensione dal lavoro, previsto dalla normativa di cui sopra, comporta il mantenimento di un rapporto giuridico, con i conseguenti obblighi derivanti da esso.

SCIENZA & MEDICINA

LA LOTTA CONTRO IL CONTAGIO HIV

Quali sono le precauzioni da adottare nelle strutture sanitarie

Il 29 luglio dello scorso anno un articolo sui quotidiani d’informazione rese noto un esposto alla Procura della Repubblica di Genova per un fatto di discriminazione verso una donna Hiv positiva che partorì alla clinica ostetrica dell’Università di Genova. Era stata ravvisata la discriminazione perché la donna partorì in una sala parto specificamente riservata alle partorienti sieropositive. Il direttore della clinica disse di aver preso il particolare provvedimento per la salvaguardia delle partorienti non Hiv positive. Spiegò che la sala parto, dopo il parto di una donna sieropositiva, doveva restar chiusa per un tempo più lungo di quello occorrente per una normale disinfezione, il che ne avrebbe perciò impedito la pronta disponibilità in ogni momento. Il provvedimento fu espressamente assunto per la salvaguardia delle partorienti, non per quella del personale di assistenza, per il quale le norme di protezione del contagio ed il rischio stesso del contagio non cambiano, sia che il parto avvenga in una sala parto comune od in una riservata.

NORME DI PROTEZIONE

Le norme di protezione dal contagio Hiv nelle strutture sanitarie sono state oggetto di un decreto del ministero della Sanità del 28 settembre 1990, immediatamente successivo alla legge nazionale sull’Aids del giugno dello stesso anno. Nel decreto ministeriale sono ovviamente previste, oltre alle misure di protezione di barriera per gli operatori sanitari, anche quelle che devono impedire il contagio da paziente a paziente. Tutti i presidi riutilizzabili

dopo l’uso devono essere immersi in un disinfettante chimico di riconosciuta efficacia sull’Hiv, successivamente lavati e infine sterilizzati. Se la sterilizzazione in autoclave od ossido di etilene non è tecnicamente possibile si deve ricorrere ad agenti chimici. E’ strettamente necessario attenersi a queste norme in ogni ambiente ove si effettuano prestazioni sanitarie perché ovunque può capitare di trattare pazienti Hiv positivi noti e non noti, oltre a molti altri pazienti portatori di agenti patogeni diversi. Non si può nemmeno pensare di poter duplicare ogni servizio ospedaliero (sale operatorie, sale parto, sale di medicazioni, eventuali altri servizi) per riservare il duplicato ad uso esclusivo dei sieropositivi. Se vi è questa possibilità e si realizza non si deve ritenere sia un fatto discriminante; occorre però che questo tipo di organizzazione non faccia scendere il livello di guardia contro le infezioni negli altri ambienti ove si svolgono le prestazioni sanitarie comuni. L’obbligo di decontaminazione con disinfettanti attivi sull’Hiv e la loro sterilizzazione è per tutto lo strumentario che venga a contatto con mucose e parti interne dell’organismo. Non vi sono indicazioni mirate per quanto attiene all’ambiente ove si opera (attrezzature fisse, pareti, pavimenti, mobili). Per queste parti è necessario e sufficiente adottare la pulizia e disinfezione secondo la pratica generale da seguire negli ambienti ospedalieri. Innanzitutto la pulizia meccanica per togliere ogni fonte visibile di contaminazione (sangue, liquidi diversi), quindi detersione con sostanze disinfettanti chimiche attive contro agenti patogeni di ogni tipo. Non sono necessarie nebulizzazioni ambientali

ze pericolose ecc.) e per i medici che siano esposti personalmente al rischio di contrarre malattie o lesioni causate dai raggi X e da sostanze radioattive deve essere effettuata l'autoliquidazione del saldo del premio assicurativo Inail dell'anno precedente. Contestualmente lo stesso saldo dovrà essere versato unitamente all'acconto dovuto per l'anno in corso, mediante il servizio postale o bancario.

* **28 FEBBRAIO** - i medici datori di lavoro sono tenuti a consegnare ai propri dipendenti i modelli 101 e 102 inerenti le somme corrisposte e le ritenute effettuate nell'anno precedente.

* **5 MARZO** - deve essere pagata a mezzo di bollettino di conto corrente postale N. 22099006 intestato all'Ufficio del registro la tassa di concessione della partita Iva. Gli estremi del bollettino devono essere riportati nella dichiarazione Iva. Coloro i quali sono esonerati dalla presentazione della dichiarazione devono spedire all'Ufficio Iva competente la parte la parte del bollettino che riporta l'attestazione di pagamento.

* Entro la stessa data i medici che hanno optato per le liquidazioni trimestrali e che nell'ultimo trimestre dell'anno precedente hanno effettuato operazioni imponibili Iva devono procedere alla liquidazione ed al pagamento della relativa imposta.

* **15 MARZO** - i medici che nell'anno precedente hanno effettuato operazioni imponibili Iva devono procedere alla liquidazione ed al pagamento della relativa dichiarazione.

* **31 MARZO** - deve essere corrisposta l'imposta di pubblicità dai medici che espongono targhe al di fuori dei portoni.

* **3 MAGGIO** - e così 3 agosto e 3 novembre: termine per le liquidazioni trimestrali Iva e relativi versamenti concernenti rispettivamente il primo, il secondo ed il terzo trimestre dell'anno per i soggetti di cui alla casistica descritta alla scadenza del 5 marzo.

* **31 MAGGIO** - deve essere versato il saldo dell'Irpef e della tassa sulla salute dovute per l'anno precedente ed il primo acconto per l'anno in corso.

* **30 GIUGNO** - termine ultimo per la presentazione della dichiarazione dei redditi modello 740.

* Entro lo stesso termine deve essere presentata l'eventuale dichiarazione ai fini dell'imposta comunale sugli immobili nel caso in cui siano intervenute variazioni rispetto al precedente periodo di imposta.

* Sempre al 30 giugno scade il termine per procedere al pagamento del 90% dell'imposta comunale sugli immobili Ici relativa all'anno precedente. Il versamento deve essere effettuato a mezzo bollettino di conto corrente postale intestato al Comune nel quale è ubicato l'immobile soggetto all'imposta.

Ancora a fine giugno scade il termine per presentare la dichiarazione annuale dell'imposta comunale imprese arti e professioni Iciap al competente dem Comune e per pagare il conseguente tributo.

* **31 OTTOBRE** - i medici datori di lavoro devono presentare il modello 770 (dichiarazione dei sostituti di imposta per le ritenute e per i versamenti effettuati nel corso dell'anno solare precedente).

* Entro la stessa data i medici datori di lavoro devono consegnare ai propri dipendenti la copia dei modelli 01/M inerenti le retribuzioni loro corrisposte durante l'anno precedente. Entro lo stesso termine deve essere eseguita la debita denuncia all'Inps sui modelli 01/M e 03/M.

* **30 NOVEMBRE** - è il termine ultimo per procedere all'autotassazione d'acconto dell'Irpef e della tassa sulla salute.

* **20 DICEMBRE** - è il termine ultimo per effettuare il pagamento della seconda rata dell'imposta comunale sugli immobili Ici corrispondente al saldo dell'imposta dovuta per l'intero anno.

* **27 DICEMBRE** - scade il termine per il pagamento dell'acconto Iva per il mese di dicembre o per il quarto trimestre, ovviamente per quei medici che hanno posto in essere operazioni imponibili Iva.

(a cura dello Studio Associato Giulietti)

comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni; Vista la direttiva n. 86/547/CEE ed in particolare l'art. 7 che dispone in ordine ai diritti acquisiti; Ritenuto conforme alla disciplina della direttiva n. 86/457/CEE tale riconoscimento; Ritenuto, pertanto, di individuare nei medici che conseguono l'abilitazione professionale entro il 31 dicembre 1994 una ulteriore categoria che ha diritto ad esercitare in qualità di medico di medicina generale nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, fermo restando l'obbligo della iscrizione all'albo professionale ed il possesso degli altri requisiti previsti dalle convenzioni stipulate ai sensi dei richiamati art. 48 della legge n. 833/1978 e art. 8 del decreto legislativo n. 502/1992;

Decreta:
Art. 1

Indipendentemente dal possesso degli attestati di formazione di cui agli articoli 1 e 2 del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 256, tutti i medici abilitati all'esercizio professionale entro il 31 dicembre 1994, hanno diritto ad esercitare l'attività professionale di medico di medicina generale nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, con i limiti e le modalità previste dalle convenzioni stipulate ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e dell'art. 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni.

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 15 dicembre 1994

Il Ministro: COSTA

QUANDO SCATTA PER I MEDICI L'OBBLIGO DELLA DENUNCIA

Si informano i signori colleghi che il T.U. delle leggi sanitarie del 1935, all'art. 103, lettera e), prevede l'obbligatorietà di informare le Usl dei fatti che possono interessare la sanità pubblica.

E' difficile indicare tutte le situazioni che danno luogo al predetto obbligo, ma è ovvio che esso si riferisce prevalentemente a situazioni contrarie ai principi dell'igiene, ancorché non necessariamente in contrasto con espresse norme, tali da costituire un pericolo per la salute pubblica, anche indipendentemente da situazioni di danno già verificatesi: difettoso funzionamento di impianti igienici, pericolo di inquinamenti, esalazioni tossiche e nocive, insalubrità degli ambienti di lavoro, difettosa conservazione di alimenti o commercio di sostanze alimentari che possono essere nocive, mancata adozione di misure profilattiche ecc.

L'obbligo illustrato sottolinea opportunamente quell'aspetto dell'attività medica che attiene alla funzione sociale della medicina per la tutela della salute del singolo e della collettività, in quanto non vi è medico che non sia tenuto a collaborare con i tecnici preposti alla sanità pubblica.

Nell'adempiere l'obbligo di informare tempestivamente la Usl dei fatti che possono interessare la sanità pubblica, il medico deve tener conto delle finalità, se non esclusivamente almeno prevalentemente profilattiche, della segnalazione e del fatto che non potrà in alcun caso ravvisarsi violazione del segreto professionale per le modalità con cui le relazioni stesse vengono fatte e per le qualità delle persone a cui sono dirette.

TRA MEDICINA E ASSISTENZA

Da Pegli l'esempio di un Centro socio-sanitario d'avanguardia

Il "Centro socio - assistenziale sanitario pegliese" è un organismo di volontariato attivo dal 1992 sul territorio del Ponente genovese a favore di bisognosi, anziani, handicappati. Il Centro è una realtà gestionalmente e operativamente polivalente, nell'ambito di un coordinamento integrato di servizi specifici o già resi da altre associazioni ed enti locali per un'attenzione globale alle persone in stato di necessità, che, rivolgendosi al Centro, potranno così essere indirizzate alla pronta soluzione dei loro problemi. Numerosi sono i volontari che hanno dato la disponibilità di un po' del loro tempo a servizio degli altri e che, incontrandosi periodicamente, hanno contribuito anche alla loro qualificazione tecnica ed allo sviluppo strutturale ed organizzativo del Centro, articolato in tre ambiti: sociale, assistenziale e sanitario, ciascuno dei quali è presieduto da un coordinatore e animato da vari gruppi di volontari, sempre in costante aumento.

L'attività si svolge in locali appositamente realizzati o ristrutturati presso la parrocchia S.M. Immacolata di Pegli: un moderno poliambulatorio, locali ad uso sociale, culturale, ricreativo ed amministrativo, nonché una palestra e spazi all'aperto. Il tutto si riferisce, per un opportuno e doveroso coordinamento, ad una segreteria, operativa tutti i giorni con personale tecnico e amministrativo.

Nel corso dei tre anni di funzionamento del Centro si è cercato di ampliare sempre le prestazioni e mirare il più possibile gli interventi verso le aree di maggior bisogno e rischio sociale: in particolare è stato condotto uno studio statistico

sui bisogni di un campione rappresentativo della popolazione anziana pegliese, e sul suo esito sono stati adeguati e corretti i programmi delle attività.

Dal punto di vista sociale, attraverso una serie di iniziative di animazione a cadenza bisettimanale, è offerto non solo e comunque un punto di incontro cui fare riferimento costante, ma anche un modo per valorizzare le potenzialità culturali, manuali ed espressive degli anziani: in particolare sono stati attivati tre laboratori per il recupero delle tradizioni delle varie forme di linguaggio, del dialetto e della musica, sullo stile dell'Università della terza età. La partecipazione complessiva alle attività sociali, in costante aumento, ha superato nel 1994 le cinquemila presenze diurne.

Per la parte assistenziale funziona presso il Centro un "punto di ricezione" di segretariato sociale, per problemi patronalistici e fiscali, ma soprattutto i volontari rispondono alle numerose richieste di compagnia e di accompagnamento degli anziani parzialmente non autosufficienti e di assistenza domiciliare a bambini cerebrolesi, malati terminali e di Aids e disabili, mentre cercano di intervenire, con un supporto caritativo, sui problemi più impellenti di chi è nel bisogno. Si sono registrate nel 1994 oltre tremila prestazioni in questo settore, con uno sviluppo particolare dell'assistenza ai cerebrolesi e della tutela caritativa.

Nell'ambito sanitario infermieri, medici e specialisti volontari offrono un reale supporto alla medicina di base del territorio, senza sovrapporsi, ma anzi, ponendosi come strumento a

QUANTE SCADENZE DA RICORDARE!

Promemoria degli appuntamenti del medico con obblighi e imposte

All'inizio di un nuovo anno, riteniamo utile che il medico contribuente abbia una chiara ed immediata visione degli impegni ai quali deve far fronte in relazione ai principali obblighi fiscali e previdenziali che, allo stato attuale, su di lui incombono. Le prime date, naturalmente, sono già superate al momento in cui questo numero di "Genova Medica" giunge ai lettori, ma vengono riportate egualmente in quanto, come si può vedere, si tratta di scadenze ricorrenti.

* **15 GENNAIO** - e così entro il 15 di ogni mese successivo - devono essere versate le ritenute di acconto effettuate sugli stipendi dei propri dipendenti nel mese precedente. Il pagamento può avvenire agli sportelli del concessionario della riscossione (esattoria); o mediante conto corrente postale intestato all'esattoria stessa; o mediante delega bancaria, utilizzando la modulistica approvata con decreti ministeriali 30 dicembre 1993.

* **18 GENNAIO** - e così entro il 18 di ogni mese successivo - per i medici che hanno effettuato prestazioni soggette ad Iva e non hanno optato

per la liquidazione trimestrale, deve essere calcolata e versata l'Iva relativa al mese solare precedente. Il pagamento non ha luogo nel caso l'importo viene riportato a debito nel mese successivo. Il versamento deve essere effettuato a mezzo delega bancaria.

* **20 GENNAIO** - e così entro il 20 di ogni mese successivo - i medici datori di lavoro devono procedere entro tale data alla presentazione della denuncia delle retribuzioni con il modello DM10/2 ed al versamento dei contributi relativi al mese solare precedente usando presso un istituto bancario lo stesso modello.

* **18 FEBBRAIO** - e così per il 18 aprile, il 18 giugno, il 18 settembre e il 18 novembre - scade il termine per il pagamento della rata di imposte iscritte a ruolo e notificate con cartella di riscossione. Il pagamento deve avvenire agli sportelli del concessionario della riscossione (esattoria) utilizzando l'apposita distinta di versamento.

* **20 FEBBRAIO** - per i medici datori di lavoro i cui dipendenti siano sottoposti a rischio assicurativo (utilizzo apparecchiature elettriche o sostan-

UN SERVIZIO DI CONSULENZA FISCALE E MEDICO-LEGALE

Un'interessante e importante iniziativa è stata avviata dall'Ordine in favore dei propri iscritti. Presso la sede di Piazza della Vittoria 12 potranno infatti essere contattati - ma esclusivamente previa prenotazione presso la segreteria dell'Ordine, tel. 587846 - consulenti per problemi fiscali, legali e medico legali. Attenzione: i consulenti forniranno un parere esclusivamente verbale. La formalizzazione e l'istruzione di successive pratiche che riguardano singoli medici saranno a carico dell'iscritto, il quale potrà avvalersi di un qualsiasi consulente di sua fiducia.

dati strumentali - limite, specie quando l'alternativa è rappresentata da una interventualità maggiore. In letteratura viene citato il caso del monitoraggio elettronico fetale in travaglio di parto, ove un malinteso ma reale connubio tra lettura strumentale, rischio professionale e garanzie per la buona riuscita della prestazione, ha indotto un aumento della interventualità chirurgica anche in parti a rischio minimo. Altrettanto si può dire in altre specialità, quando "in condizioni equivalenti" si contrappongono diversi tipi di scelte interventuali (mediche o chirurgiche che siano). Possono emergere dubbi quando il tipo di intervento viene soppesato e deciso anche nella prospettiva dell'impegno operativo e del costo, piuttosto che delle garanzie a lungo termine. Qualunque tipo di intervento medico è motivato quando si è certi che può essere portato a termine correttamente, concetto che comprende la compliance psichica e fisica del malato anche di fronte ai problemi logistici nonché l'agevole percorribilità dell'iter terapeutico nelle sue tappe successive; infine la valutabilità del risultato in termini dimostrabili ancorché non aritmetici. In particolare vengono citate in positivo quelle situazioni morbose ove è noto il limite qualitativo della risposta terapeutica nel singolo paziente; ovvero il limite percentuale dei pazienti "responders". Positivo è infatti aver ottenuto un risultato clinico, pur non completo, che sia tuttavia quello atteso come massimo ottenibile (in un paziente che apprezza il risultato in termini di qualità di vita). E' altrettanto positivo ottenere il risultato terapeutico voluto nella totalità dei pazienti "responders", ancorché solo il loro (che, a regola, dovrebbero essere identificati preliminarmente). I nostri interventi dovranno attuarsi all'insegna dell'efficienza. Le prestazioni prescelte dovrebbero essere quelle che, a parità di risultato, costano meno (la valutazione dei costi è però calcolo largamente complesso, comprendente anche i costi generali). Ma valutarle, per questo solo carattere, mi pare limitativo.

Giudicata l'efficienza del prodotto bisogna promuovere e valutare l'efficacia dell'intervento, della prestazione. Nel "codice" industriale l'efficacia si definiva inizialmente come persistenza della risposta ottimale del prodotto. Oggi il concetto si è evoluto, allargato e si identifica con la disponibilità totale, pre e post-collocazione del prodotto; tale da facilitare collaborazione nella scelta, come la pronta assistenza; meglio ancora offrire un prodotto che non abbia bisogno di assistenza.

In medicina l'efficacia è la totalità e la persistenza del risultato con un follow-up non impegnativo, trascurabile o del tutto superfluo a basso costo di controllo, senza recidive né complicanze mediche, ad impegno farmacoterapeutico minimo. Cosa facile a dirsi, pesantissima invece nella sua corretta attuazione. Quasi irrealizzabile. Analisi di tipo individuale, con tante variabili (tipo della malattia di base - morbosità concomitanti, età del paziente, tipo di lavoro ed abitudini di vita; obblighi e ritmi terapeutici) diventano improponibili senza un gigantesco sforzo organizzativo su cui possano basarsi.

Computerizzazione di cartella clinica personale con programmi omogenei, adeguatamente estesi per dati clinici, tenuti ben aggiornati e proposti in maniera aggiornabile il tutto trasferibile in tempo reale via fax tra i diversi ospedali e centri ambulatoriali principali sono proposte di non poco conto, basilari, forse solo preliminari.

Anche altri aspetti della qualità sono di difficile applicazione: l'appropriatezza dell'intervento, ad es., entra in rotta di collisione con le responsabilità medico-legali.

L'aver dimostrato che il tot per cento di un certo esame (esempio, RX al Pronto Soccorso; o altri esami strumentali o di laboratorio) si poteva considerare superfluo (a posteriori) può dar voce e coraggio ad un responsabile amministrativo, ma sicuramente fa storcere il naso ai medici direttamente interessati ed alle loro società assicuratrici.

Emilio Gatto

disposizione, per attuare e sostenere, ad esempio, la terapia che ciascun medico curante assegna al suo paziente e del cui svolgimento viene relazionato: terapia iniettoria ed infusoria e monitoraggio della pressione arteriosa e della glicemia rappresentano, insieme alla consulenza medica di orientamento giovanile, coniugale e geriatrico, il fulcro delle prestazioni offerte, che rispetto alle quasi duemila dell'anno precedente sono notevolmente aumentate nel corso del 1994.

Diversificate ed articolate sono inoltre le iniziative di "consulenza e prevenzione sanitaria" che il centro offre, nell'ottica di rendersi strumento poliedricamente utile nell'intricato mondo della sanità e nell'indispensabile dimensione dell'educazione sanitaria, con incontri per giovani, adulti, anziani; campagne di informazione e prevenzione anche con le scuole; stages per operatori sanitari. E' recente poi lo sviluppo della dimen-

sione riabilitativa, con la donazione al Centro di un modernissimo sistema dinamometrico computerizzato per l'isocinetica, che sta per entrare in funzione sia a vantaggio della rieducazione funzionale degli atleti e dei traumatizzati, che soprattutto degli anziani con sequenze neurologiche o ortopediche.

Tutti i servizi naturalmente sono gratuiti, senza alcun corrispettivo tra questi ed eventuali offerte che pervengono al Centro che si autofinanzia proprio sulla base della generosità dei cittadini. Naturalmente il senso più completo di questo sostegno resta la disponibilità al volontariato, che chiunque è in grado di poter offrire a servizio degli altri.

Paolo Petralia

*medico responsabile del Centro Sas Pegliese
P.zza S.M. Immacolata, 1 - 16155 Genova Pegli
Fax 010/684108 - Tel. 010/680069*

UN AMBULATORIO PER PREVENIRE IL RISCHIO - SUICIDIO

Dal prossimo mese di marzo inizierà la sua attività, presso gli ambulatori della Clinica psichiatrica, all'interno dell'ospedale di San Martino, l'attività ambulatoriale del Centro per lo studio e la prevenzione del suicidio, di cui è responsabile il prof. Carlo Bacconcini. Viene così ampliata la sfera di attività di un'iniziativa avviata circa due anni fa, che ha dimostrato la sua validità nell'affrontare una patologia tanto drammatica quanto a volte misconosciuta.

La Liguria ha il triste primato dei suicidi nelle statistiche italiane, primato che è probabilmente destinato a permanere, dato il costante aumento dell'età media della popolazione della nostra regione, considerando che l'isolamento affettivo, proprio di quella fascia d'età, è visto come uno degli elementi più importanti nella "predittività" dell'evento suicidiario. Ma accanto al fattore età,

molto importante, sia nell'anziano che nell'adolescente (dopo Aids e incidenti stradali il suicidio è la causa principale di morte tra i giovani) un altro elemento va considerato: il rischio di suicidio attraversa tutte le patologie mentali e non è specifico degli stati depressivi.

In vista dell'inizio dell'attività ambulatoriale del Centro il prof. Bacconcini ha indirizzato una lettera ai medici di base, segnalando l'iniziativa e chiedendo che essi indirizzino alla struttura i pazienti che possono presentare un quadro clinico tale da far presumere la messa in atto di un gesto autosoppressivo.

L'orario del nuovo servizio ambulatoriale sarà il seguente: lunedì dalle 11 alle 13 e dalle 14 alle 16, mercoledì dalle 11 alle 13. Per eventuali informazioni si possono contattare i numeri (010) 35352202 - 3537665.

CONVEGNO: "LA TUBERCOLOSI OGGI"

Genova, sabato 25 febbraio 1995 - ore 9.00

PROGRAMMA

Saluto del presidente dell'Ordine dei medici di Genova
dott. Sergio Castellana

Moderatori:

Mario De Palma, presidente Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri
Sandro Mirabelli, Primario Pneumologia Ospedali di Imperia

Relatori

Giovanni De Gaetani, Referente dell'attività Pneumologica territoriale: *Regione Liguria Presente e Futuro*

Paolo Crimi, Professore Associato di Medicina di Comunità, Istituto Igiene Medicina Preventiva, Università di Genova: *Epidemiologia e prevenzione della tubercolosi*

Ornella Soro, Biologo Coadiutore Istituto di Microbiologia, Università di Genova: *Diagnostica di Laboratorio*

Franco Sartoris, Istituto di Radiologia, Università di Genova: *Diagnostica per Immagini della TBC polmonare*

Angela Cinquegrana, Primario 2^a Divisione Pneumologia, Ospedale San Martino: *Quadri Clinici Attuali*

Discussione - Coffee Break

PARTE SECONDA

Giovanni Arturo Rossi, Primario Pneumologia Ospedale Gaslini: *TBC dell'infanzia*

Nicolò Piersantelli, Primario Malattie Infettive Ospedale Galliera: *TBC e AIDS*

Ada Maria Cotella, Aiuto Pneumologia Ospedale Sampierdarena: *Interventi di prevenzione*

Davide Pelucco, Primario 1^a Divisione Pneumologia Ospedale San Martino: *Terapia*

Bruno Faravelli, Primario Pneumologia Ospedale Sampierdarena - Responsabile Gruppo Studi TBC A.I.P.O.: *Protocollo A.I.P.O. per il controllo della TBC - Ruolo del medico di famiglia e dello specialista*

Discussione

Per ogni relazione è prevista la durata di 15'.

Per informazioni rivolgersi alla Segreteria dell'Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Genova - Piazza della Vittoria, 12/4
Tel. 58.78.46 - dalle ore 9 alle ore 14

STARHOTEL PRESIDENT - CORTE LAMBRUSCHINI, 4 - GENOVA

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI GENOVA
SEZIONE LIGURE DELLA SOCIETA' ITALIANA DI REUMATOLOGIA D.I.M.I. CATTEDRA DI REUMATOLOGIA

AGGIORNAMENTI IN TEMA DI MALATTIE REUMATICHE

Genova, 9-16-23 marzo 1995 - ore 20.30

GIOVEDI' 9 MARZO

Apertura del Corso: Saluto del presidente dell'Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Genova
dott. Sergio Castellana

Ore 20.30: Artrite e artrosi: sinonimi o contrari? (prof. S. Accardo)

Ore 21.00: Infezioni e artrite (dott. M. Cutolo)

Ore 21.30: Discussione

GIOVEDI' 16 MARZO

Ore 20.30: Fattore reumatoide = artrite?

Valutazione critica di alcuni esami di laboratorio in reumatologia (dott. M. A. Cimmino)

Ore 21.00: Moderne indagini strumentali in Reumatologia (dott. B. Seriola)

Ore 21.30: Discussione

GIOVEDI' 23 MARZO

Ore 20.30: Il dolore vertebrale: patologia frequente dalle molte cause (Prof. M. Viara)

Ore 21.00: Discussione

Informazioni generali: il corso è gratuito, articolato in 3 incontri (dalle 20.30 alle 22.00), limitato a 100 medici partecipanti; al termine del corso verrà rilasciato un attestato di partecipazione; per essere ammessi al corso occorre inviare via fax la propria adesione entro il 5 marzo. L'accettazione delle domande avverrà secondo l'ordine cronologico d'arrivo.

Inviare la domanda a: Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Genova Piazza della Vittoria, 12/4 - Fax 010/59.35.58

POLITICA & SANITA'

QUALITA', FACILE PARLARNE MA...

Sette parametri da considerare: a quali dare la prevalenza?

Definire il concetto di qualità è premessa logica ed indispensabile per applicarla e valutarla: cioè fare cose giuste, nel modo giusto, per offrire quel che gli altri si aspettano. La definizione è astratta; come sempre la realtà sottende combinazioni di tanti attributi, soggettivi ed obbiettivi, non sempre documentabili e quantificabili aritmeticamente, che partecipano in misura diversa a caratterizzare e qualificare una prestazione.

La dinamica nosografica e tecnico-strumentale, altre variabili quali l'aderenza degli uomini all'avanzamento culturale e la soggettività dell'ambiente, rendono i punteggi di giudizio quanto mai incostanti ed equivoci. Non ultimo il fatto che a vario titolo sono coinvolti singolarmente nel giudicare il medico, il paziente, l'amministratore, i quali a volte non recepiscono, non soppesano e quindi non misurano le ragioni e le esigenze degli altri due giudici. Pongo queste premesse in negativo non perchè io ritenga che uno non comprende il lavoro dell'altro; ma perchè sono le finalità cui ognuno deve mirare in grazia delle sue funzioni che tenderanno a farli divergere anche nel momento dell'accordo finale. Il timore è che possa prevalere, "ope legis" l'aspetto pecuniario.

La letteratura isola sette caratteristiche che contribuiscono a definire la qualità:

A) Efficacia attesa: conoscere i limiti cui può giungere l'intervento nel momento e con le condizioni cliniche ed ambientali in cui si attua;

B) Efficacia pratica: risultati in realtà ottenuti, da compararsi con quelli "attesi";

C) Competenza tecnica: modalità di applicazio-

ne dell'intervento, alias capacità professionale (quanto pesa nella valutazione B contro A?)

D) Accettabilità: l'aderenza fisica e psicologica del paziente (su questo gioca l'ambiente e la figura degli operatori sanitari);

E) Efficienza: raggiungere il risultato col minor costo possibile; più facile in una casistica standard; in realtà non è possibile generalizzare, troppi escono dalla fascia "standard";

F) Appropriatazza: reale utilità di quell'intervento sul singolo paziente per quella malattia. Richiede ovviamente molta esperienza clinica; donde la necessità del "confronto" e la figura del "dirigente" - si noti quanto questo punto è legato al precedente con un filo "professionale";

G) Adeguatezza e accessibilità: la possibilità di fare veramente l'intervento che ci si propone (reale esistenza delle condizioni ambientali che lo consentono e soprattutto che garantiscono il follow-up).

Riepilogando, in altri termini, colui che interviene lo deve fare per sua consolidata esperienza (C), quando sa che è utile (A) (fare quindi solo ciò che è sicuramente e valutabilmente utile), facendo il possibile per farlo nel modo migliore (B) e cercando di raggiungere il risultato con il minor costo possibile (E). Naturalmente bisogna valutare preliminarmente l'attuabilità (G) dell'iter interventuale per quella malattia (valutazioni il più delle volte multiparametriche) su coloro che ne hanno veramente bisogno (F) e che sanno apprezzare l'intervento (D).

Le affermazioni contenute in queste "tavole", "sollecitano" la figura professionale; l'esperienza clinica non dovrebbe mai lasciarsi sopraffare da