



CASA DI CURA
VILLA MONTALLEGRO

Direttore Sanitario:
Prof. Renzo Bonanni
Specialista e Libero Docente in Igiene



Via Monte Zovetto, 27 - 16145 Genova
Tel. 010/35.311 - Fax 010/35.31.397

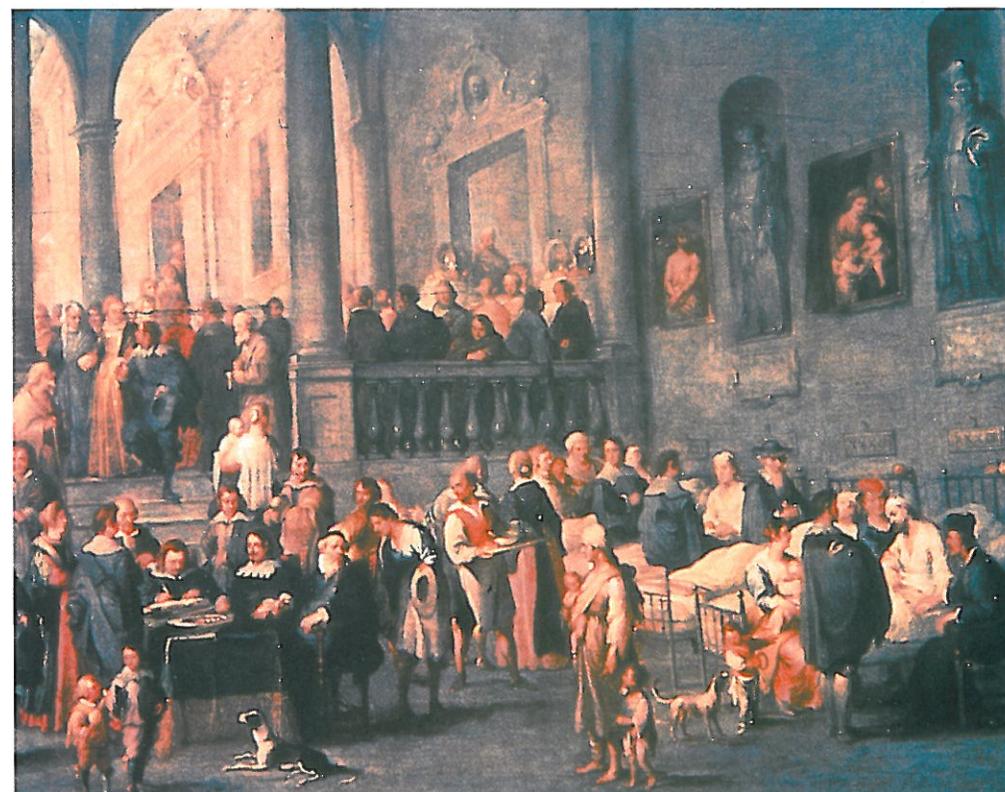
Numero Verde
167-417398

Sito Internet: WWW.MONTALLEGRO.IT
e-mail: clienti@montallegro.it

GENOVA

M E D I C A

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



Anno 6 - N. 9

Settembre 1998

All'interno "Dentisti Notizie"

LA DISCIPLINA "IMPANTANATA"

Pensioni Enpam: contributi, supplementi
fondi speciali, ecco tutte le novità

Il rilancio dell'ospedale a domicilio

Attenzione alla compilazione delle ricette

998

Non ci OCCUPIAMO di medicina. Ma di MEDICI.

Impegno, competenza, attenzione costante: queste le cure che quotidianamente un medico dedica ai suoi pazienti. Le stesse che da sempre ACMI dedica alla tutela degli interessi assicurativi, previdenziali, finanziari e immobiliari della classe medica. Con la stessa esperienza, perché ACMI è nata trentotto anni fa proprio con questa missione. Con la stessa professionalità, perché opera scegliendo prodotti appositamente realizzati dalle più importanti società di ogni settore. Oggi, con la consulenza della SIMASS Servizi Assicurativi, ACMI ha scelto di affidarsi a uno dei maggiori gruppi italiani - la SAI - che, attraverso le sue società SIS e VITASÌ, ha perfezionato una serie di coperture assicurative pensate per essere la risposta più adeguata al bisogno di sicurezza dei medici, per la famiglia, la professione, la casa, l'auto, la salute e la previdenza pensionistica. Una terapia esclusiva e personalizzata da assumere su consiglio di un consulente ACMI.

Numero Verde
1678-04009



SIMASS
SOLUZIONI FINANZIARIE E ASSICURATIVE



ACMI Piazza della Vittoria, 12/22 16121 Genova tel. 010-581004 - Via Lanzone, 31 20123 Milano tel. 02-86455434/8
Riviera San Benedetto, 96/A 35129 Padova tel. 049-8721414
INTERNET: <http://www.vol.it/acmi> - Address posta: simass@mbx.vol.it - aacmi@mbx.vol.it

	PC	Ria	MN	RX	RT	TF	S	DS	T	RM
IST. LAB Dir. San.e R.B.: D.ssa P. Aytano Biologo Spec.: Microbiologia	*	*					*			
IST. MANARA Dir. San. e Dir. Tec.: Dr. M. Manara Spec. Radiologia Medica Dir. Tec.: Dr. E. Manara Spec. Radiologia Medica				*		*	*	*		
IST. MORGAGNI Dir. San. e R.B.: D.ssa A. Lamedica Biologo Spec.: Patologia Clinica R.B.: Dr. F.L. Savioli Spec. Radiologia R.B.: Prof. G. Lamedica Spec. Cardiologia	*			*	*		*			
IST. NEUMAIER Dir. San. e R.B.: Prof. Luigi Robert Spec.: Radiologia				*	*	*		*		
CENTRO RADIOLOGICO E FISIOTERAPICO Dir. San. e R.B.: Dr.ssa Barbara Fanti Spec.: Radiodiagnostica Resp. Terapia fisica: Dr. Armando Tagliavacche				*		*		*		
IST. RADIOLOGIA RECCO Dir. San. e R.B.: Dr. C. A. Melani Spec.: Radiologia Resp. Terapia fisica: Dr. A. Pognani				*		*		*		
IST. SALUS Dir. San. e R.B.: Dr. E. Bartolini Spec.: Radiologia Igiene Med. Prev.	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
IST. STATIC Dir. San.: R.B.: D. ssa T. Quercioli Spec.: Fisiokinesiterapia R.B.: Prof. R. Lagorio L.D.: Radiologia				*		*		*		
IST. TARTARINI Dir. San. e R.B.: Prof. E. Parodi L.D.: Igiene R.B.: Prof. E. Balestra L.D.: Radiologia	*	*		*	*	*	*	*		
IST. TECNES Med. Nucleare Dir. San.: D.ssa Barbera Spec.: Med. Nucleare			*					*		

ISTITUTI NON CONVENZIONATI USL	PC	Ria	MN	RX	RT	TF	S	DS	T	RM
LABORATORIO ALBARO Dir. San. e R.B.: Prof. E. Salvidio L.D.: Pat. Spec. Med. e Met. Clinica R.B.: L. De Martini Spec.: Radiologia	*	*		*		*	*	*	*	
ISTITUTO IL BALUARDO Dir. San.: Dr. L. Parodi R.B.: Prof. D. Fierro Spec.: Radiologia R.B.: Dr.ssa C. Ivaldi Spec.: Reumatologia R.B.: Dr. G. Bavastro Spec.: Cardiologia				*		*	*	*	*	*
IST. BIOTEST RADIOLOGIA Dir. San. e R.B.: Dr. C. Gubinelli Spec. Radiologia Medica				*	*		*			

LEGENDA: PC = Patologia Clinica, TF = Terapia Fisica, RB. = Responsabile di Branca
Ria = Radioimmunologia, S = Altre Specialità, L.D. = Libero Docente, MN = Medicina Nucleare in Vivo
DS = Diagnostica strumentale, Spec. = Specialista, RX = Radiologia Diagnostica, T = Tomografia Ass. Comp.,
RT = Terapia Radiante, RM = Risonanza Magnetica

LA DISCIPLINA IMPANTANATA

Occorre sveltire i lavori della Commissione centrale di Roma

Il 17 luglio u.s. abbiamo partecipato con i Presidenti degli Ordini d'Italia ad un Seminario di Studio sulle modalità da seguire nell'istruzione e nella conduzione dei procedimenti disciplinari al fine di uniformare il comportamento di tutti gli Ordini in questa delicata materia: convocazione, audizione del Medico, accompagnato dall'Avvocato, dalla mamma, dalla moglie o dal marito...

Iniziativa lodevole questa, da perseguire al fine di evitare che il tanto, troppo lavoro delle Commissioni di disciplina venga vanificato da ricorsi, basati unicamente su vizi di forma e non di sostanza. Purtroppo, con l'aumento vertiginoso e costante delle denunce dei cittadini alla Magistratura, sono altrettanto vertiginosamente aumentati i procedimenti disciplinari, che spesso sfociano in sanzioni per i nostri Colleghi, anche in considerazione della loro inerzia e passività difensiva, che quasi sempre li porta a rifiutare il dibattito in aula, nel corso del quale potrebbero far valere le loro buone ragioni. Svolgiamo a Genova una intensa attività disciplinare, che impegna non solo il Consiglio ma soprattutto gli uffici: le sentenze adottate vengono sistematicamente contestate con ricorsi alla Commissione

Centrale. Fin qui poco male, il problema è che tale Commissione, insediata con oltre sei mesi di ritardo, essendo come al solito romana, funziona poco, ragion per cui i ricorsi si accavallano con il bel risultato che il Consiglio non può portare a termine il proprio lavoro. Come tutti gli uffici che si rispettino della stramaledetta burocrazia italiana, le pratiche si accavallano, le pile di fascicoli crescono e le posizioni dei singoli rimangono in sospeso per anni.

E' giusto tutto questo? Credo proprio di no: sarebbe necessario o aumentare la funzionalità della Commissione Centrale oppure decentrarne i poteri con l'istituzione di Commissioni a livello regionale al fine di sveltire i ricorsi ed impedire che si paralizzino il tutto. Nel mentre si svolgevano i lavori a questo interessante seminario è piombato il Ministro Bindi, la quale ha straparlato per oltre 1 ora senza che nessuno potesse contestarle la genericità e contraddittorietà delle affermazioni da Lei fatte, in quanto, terminato il suo sproloquio, la signora ha abbandonato la scena, applaudita purtroppo da metà dei presenti. Si spera comunque che la Federazione predisponga una guida come promesso e che questa venga inviata a tutti gli Ordini.

PRIVACY, CERTIFICATI D'ISCRIZIONE SOLO DI PERSONA

Ricordiamo ai colleghi che, per rispetto delle nuove disposizioni sulla privacy dei dati personali, l'Ordine dovrà rilasciare i certificati d'iscrizione solo al diretto interessato, oppure a persona che sia

in possesso di una specifica delega scritta e munita di un documento proprio e dell'iscritto. I colleghi sono pregati di considerare che l'iniziativa è dovuta, appunto, all'osservanza della nuova legge.

sante portare l'attenzione in particolare sul conteggio numero di Medici, numero di dentisti per 1.000 abitanti. Di seguito riporto succinto ed incompleto elenco dell'argomento in questione.

PAESE	MEDICI PER 1.000 ABITANTI	DENTISTI PER 1.000 ABITANTI
EUROPEO		
Grecia	4.3	0.9
Spagna	3.8	0.2
Austria	3.6	0.1
Germania	3.5	0.7
Belgio	3.5	0.7
Portogallo	2.9	0.1
Danimarca	2.6	1.0
Francia	2.6	0.7
Svezia	2.5	0.6
Finlandia	2.5	0.6
Olanda	2.5	0.6
Regno Unito	2.2	0.4
Lussemburgo	2.1	0.5
Irlanda	1.4	0.3
Italia	1.1	0.2

Sono rimasto notevolmente sorpreso nel constatare che questi dati, presumo "ufficiali ed attendibili" visto l'ente commissionatore, pongono l'Italia agli ultimi posti in merito al numero di Medici. Anche i dentisti non sono poi così numerosi rispetto alle medie europee.

Naturalmente mi sono posto alcune domande.

- A cosa dobbiamo imputare questa discordanza di dati?

- E' possibile che esistano differenze così vistose fra le statistiche promosse dal Governo Italiano e i dati comunemente noti e diffusi dai mezzi di informazione e anche dai nostri giornali?

- E' possibile che il Governo Italiano e il Parlamento Europeo effettuino indagini statistiche così poco serie da fornire dati totalmente irreali e fantasiosi?

- Esiste forse una "differenza interpretativa" nei termini di "Medico" e "Dentista" fra Europa ed Italia?

- Buon ultimo...è possibile che i dati siano inconfutabili e che l'Italia sia realmente il fanalino di

coda in termini di "numero di Medici per abitanti" rispetto alle medie europee?

Paolo Pedrazzi

Lo stupore del Collega Pedrazzi è anche il nostro, in quanto in Italia il rapporto Medico-abitante è uno dei più alti d'Europa. Infatti abbiamo sempre saputo che nel nostro Paese tale rapporto è di 1/180-190 per abitante, il che giustifica pienamente la difficoltà di inserimento nel mondo del lavoro professionale dei neolaureati in Medicina e Chirurgia, dentisti compresi. S.C.

Mi associo allo stupore, infatti per quanto riguarda i dentisti, presumo che in questo calcolo siano stati considerati solamente i laureati in odontoiatria che sono ancora una piccola percentuale. Ricordo infatti che tutti gli esercenti l'odontoiatria (medici specialisti + medici abilitati secondo la L.409 + laureati in odontoiatria) ammontano a più di 46.000 in Italia e pertanto la densità corretta è di circa 1 dentista ogni 1.200 abitanti, 0.83 per 1.000 abitanti (percentuale che nella nostra provincia sale purtroppo a 1 ogni 650 abitanti circa, 1.54 per 1.000 abitanti).

Massimo Gaggero

Presidente Associazione Dentisti Genova

IL NOSTRO BIGLIETTO DA VISITA PER CRAIG

Craig Shergold è un bambino di sette anni che è ammalato di cancro in fase terminale.

Ha espresso il desiderio, tramite il make a wish foundation, di essere incluso nel guinness book of world records tenendo la più grande raccolta di biglietti da visita di medici e dentisti.

Craig ti sarebbe molto riconoscente se gli potessi inviare il tuo biglietto da visita all'indirizzo riportato qui di seguito: **CRAIG SHERGOLD**

c/o children's make a wish foundation

312 Center East, Atlanta - Georgia 30346 - U.S.A.

che, spesso si aprono nuovi problemi più avanzati e complessi. Tutto sommato, nel pensare a questi 20 anni di riforma psichiatrica, da Medico non basagliano, giudico il percorso fatto evolutivo e positivo. Con varie pecche: l'asfissiante (al limite del comico) politicizzazione di molti psichiatri, specie negli anni '80, l'attuale inadeguatezza locativa di alcuni SPDC e SSM (in via di rapido risanamento), la lentezza del decollo di strutture pubbliche per pazienti bisognosi di ricoveri protratti (ma se ne apriranno 2 entro i prossimi due mesi) sono le cose all'ordine del giorno e del contenzioso con le varie amministrazioni. Ritengo però che tanti altri servizi e reparti sanitari siano in situazioni ben più difficili e siano animali da minori possibilità di sviluppo e di evoluzione.

Anche il Sert, composto da personale nel complesso preparato e motivato e a parer mio, ben diretto, vive, certo, dei momenti di difficoltà. Alcune di queste difficoltà sono l'espressione di una impasse ideologica nazionale (proibizionismo/anti-proibizionismo) che si riflette in una legislazione contraddittoria e confusiva che rende non facile l'adozione di linee coerenti ed efficaci di intervento (prescrizione di oppiacei, strumenti idonei alla riduzione del danno, ecc.). Altre difficoltà di questi due servizi nascono da problematiche che non appartengono né alla psichiatria, né al Sert in particolare, né alla Sanità in generale, ma le attraversano e le coinvolgono in maniera impropria, ma allo stato delle cose, inevitabile (e così il servizio di psichiatria dell'ospedale Galliera non supporta e sopporta in modo improprio le contraddizioni del centro storico malgrado tutto? E i servizi psichiatrici non la nuova povertà che esprime i propri bisogni derivati dall'iniziale crisi del welfare laddove ci può essere una minor resistenza? una minor resistenza? Problemi gravi e drammatici che investono e interessano le scelte politiche nazionali (difendere i già tutelati e forse essere distratti dai bisogni delle persone fuori del ciclo lavorativo). Caro Sergio, credimi, gli operatori della salute mentale e del Sert che operano

sul fronte caldo dell'emarginazione e auto-emarginazione abbisognano della solidarietà dei colleghi dell'Ordine, non della loro stigmatizzazione. Certo, hai ragione, **necesse est enim ut evenlet scandala**, ma non in modo estemporaneo e un pò fenomenologico, ma individuando le problematiche specificamente psichiatriche, quelle sanitarie, quelle culturali e socio-economiche. Su tutto, ovviamente, si può discutere, criticare, dissentire in modo, mi auguro, documentato e nella corralità delle opinioni e con il confronto fra gli operatori. Fin d'ora ti dichiaro la mia completa disponibilità ad organizzare con l'Ordine e tutti i colleghi momenti di approfondimento e discussione su quei specifici problemi che sembreranno più urgenti e bisognosi di approfondimento e verifica.

Mimmo Maura - Psichiatra

SORPRESA! I MEDICI ITALIANI NON SONO PIU' IN ESUBERO!

Dopo aver vissuto per anni nella certezza di far parte di una categoria inflazionata per eccesso di numero e con rassegnazione aver subito i disagi che comporta l'appartenere ad una "massa di esubero"...o quasi, scopro che da un'indagine condotta per conto del Governo Italiano (Ministero del Tesoro) e del Parlamento Europeo, l'Italia appare agli ultimi posti in classifica nel rapporto numero di Medici per migliaio di abitanti.

Mi riferisco ad un programma informativo contenuto in un floppy disk, che è stato distribuito insieme con il quotidiano "La Repubblica" nel Luglio 1997, in occasione dell'unione monetaria europea.

Il programma era intitolato: "Un dischetto per l'Europa-UEM '97". Esso contiene note informative sulle tappe storiche fondamentali che hanno portato all'unione monetaria europea. Vengono riportate inoltre alcune misure statistiche, risalenti al 1991 ed elaborate dalla società Eurostat, che fanno riferimento alla qualità di vita, al costume, al livello di cultura generale e scolastica presenti nei singoli paesi della Comunità. Ritengo interes-

IN PRIMO PIANO

ATTENTI ALLE PRESCRIZIONI

I controlli hanno evidenziato irregolarità e inadempienze

A seguito di controlli effettuati dalla Usl n.3 Genovese sulle prescrizioni farmaceutiche, sono emerse numerose irregolarità ed inadempienze prescrittive che hanno cagionato sanzioni amministrative e segnalazioni alla Procura della Repubblica nonché alla Corte dei Conti nei confronti, per ora, dei Medici di famiglia. Pertanto, si raccomanda da parte di tutti i Medici prescrittori, in possesso di ricettario regionale, un'attenta redazione delle prescrizioni farmaceutiche ed in particolare:

- corretta compilazione della prescrizione per quanto riguarda il numero di matricola dell'assistito;
- adeguato e corretto utilizzo dello spazio riservato all'esenzione ticket (per esempio l'epatite cronica con colestasi - nota 2 - dà diritto alla prescrizione di UDCA su ricettario regionale ma

non va barrata nessuna esenzione né tantomeno è valida la pluriprescrizione - 6 pezzi su un'unica ricetta);

- la pluriprescrizione consente un numero di pezzi fino ad un massimo di 3 mesi di cura. Per cui il farmaco "antipertensivo", ad esempio, che viene prescritto ad un esente per patologia, non necessariamente può essere ospitato in numero di 6 pezzi per ricetta;

- scrupoloso rispetto di tutte le norme Cuf.

- non conviene prescrivere nello stesso giorno più ricette di uno stesso farmaco allo stesso paziente in quanto si può incorrere nella **pluriprescrizione**.

Per ulteriori informazioni è a disposizione il consigliere dell'Ordine, delegato per la medicina generale, dott. Massimo Blondett.

E LA REGIONE RICORDA : "FARMACI DI FASCIA C PRESCRITTI SOLO SUL RICETTARIO PRIVATO"

Sull'argomento dell'"utilizzo improprio da parte dei Medici convenzionati del ricettario standardizzato" la Regione Liguria, con una lettera a firma dell'assessore alla Sanità, Bertolani, ha richiamato l'attenzione dei direttori delle Asl, degli ospedali, degli Ordini dei Medici e farmacisti: "Sono pervenute a questa amministrazione - recita la circolare - segnalazioni circa l'utilizzo improprio del ricettario standardizzato da parte dei Medici convenzionati con il Ssn per la prescrizione di farmaci di fascia "C". In riferimento a

quanto sopra si coglie l'occasione per rammentare ai sig.ri Medici l'esatta osservanza delle norme di cui all'art. 1, comma 4 del decreto legge 20 giugno 1996 n.323, convertito nella legge 8 agosto 1996, n.425. Con il decreto sopramenzionato è stato disposto che i Medici prescrittori possono utilizzare il ricettario regionale solo per effettuare prescrizioni di farmaci erogabili a carico del Ssn mentre le prescrizioni non erogabili a carico del Ssn devono essere formulate sul ricettario privato del sanitario.

“Corre l'obbligo rammentare - prosegue la comunicazione - che in relazione a quanto disposto dalla legge 425/96, le prescrizioni di medicinali, in regime di Servizio sanitario nazionale, non conformi alle condizioni e limitazioni previste dai provvedimenti della Commissione Unica del farmaco, sono da porre a carico dei Medici prescrittori. Fermo quanto sopra le aziende, nell'esercizio del potere di vigilanza loro assegnato, debbono operare al fine di un

corretto contenimento della spesa farmaceutica onde evitare un'illegittimo dispendio di risorse economiche.

“Si invitano i sigg. direttori generali delle aziende sanitarie locali - conclude la lettera della Regione - a voler provvedere alla trasmissione delle relazioni trimestrali previste dal 4° comma art.1 della 425/96 al fine di consentire le opportune verifiche sulla corretta gestione della spesa farmaceutica”.

TRASPORTO IN AMBULANZA, L'INTESA PREVEDE UNA DIAGNOSI CIRCOSTANZIATA DEL PAZIENTE

In merito al comunicato Fimmg pubblicato sul n.4/98 riguardante il trasporto in ambulanza ed alla lettera del dott. Ciappina sul n.7-8/98, desideriamo precisare la nostra posizione sperando di chiarire definitivamente l'equivoco. Le associazioni di Medici di medicina generale, sorte nel nostro territorio provinciale ormai da qualche anno, con scopi culturali, informativi ed organizzativi e non sindacali, avevano instaurato sin dall'inizio del 1996 una sorta di tacito accordo con la Asl 3 che prevedeva un incontro mensile, del tutto informale, con il dirigente della medicina di base, al fine di scambiare e diffondere utili informazioni sulle modalità di attuazione ed interpretazione delle norme burocratiche (note Cuf, registro Usl, ecc.) e su quant'altro complicava la nostra professione. Nel febbraio '97, in contemporanea alla nostra riunione mensile e del tutto casualmente, era in corso, in un'altra sede di corso Gastaldi, un incontro ufficiale tra la Asl 3 e tutti i rappresentanti delle pubbliche assistenze per la firma di uno specifico protocollo relativo al trasporto in ambulanza. In forma del tutto amichevole e senza nessuna veste sindacale e senza nessun impegno da parte nostra, ci è stato chiesto un parere su quanto già definito tra Asl e Croci di vario colore, nè tanto meno ci è stata richiesta una sottoscrizione dell'accordo da parte delle

associazioni di medicina generale.

Ad un rapido esame del documento era scomparso l'obbligo di scrivere la famigerata frase “paziente non deambulabile”, causa di tutte le discussioni sul piano sindacale deontologico, bensì era richiesto solo di riportare la diagnosi clinica del paziente, come del resto noi Medici di medicina generale avevamo a suo tempo proposto. Pertanto intendiamo qui precisare che nella diagnosi circostanziata è implicita la condizione di trasportabilità in ambulanza (semprechè venga vagliata da un Medico funzionario che sappia interpretare la diagnosi). Si ribadisce che a norma di DPR 484/96, che supera “ope legis” le disposizioni aziendali, la prescrizione non deve prevedere la dicitura “non deambulabile”. Questo nostro generico e verbale assenso al documento Asl - Anppaass non poteva nè doveva essere interpretato dalla Asl alla stregua di un accordo sindacale, sottoscritto (?) dalla Fimmg, ma solo come atto di buona volontà da parte delle associazioni di medicina generale per soddisfare le esigenze dei nostri pazienti. Da allora gli utili incontri Asl-associazioni sono stati inopinatamente sospesi, e non da parte nostra.

Angelo Canepa

Associazione Medici di medicina generale, Sestri P.-Cornigliano

radicolari approssimali dei molari - Le fratture radicolari: una patologia emergente! - Gli Ufo in Odontoiatria”

SABATO 31 - ALIERO - Starhotel, Ge. ore 9.00 - “La chirurgia implantare nei casi semplici e complessi”, prof. Daniel Buser

ISTITUTO GIANNINA GASLINI, GENOVA

APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE AL BAMBINO DISABILE: ASPETTI ODONTOSTOMATOLOGICI ED INTERNISTI COLLEGATI

nell'ambito della Scuola Internazionale di Scienze Pediatriche dell'Istituto G. Gaslini e con il Patrocinio della SIOH.

Per informazioni o iscrizioni telefonare al n.010/5636.324/326/461/554

GIOVEDÌ 22 E VENERDÌ 23 OTTOBRE - ORE 9.00 - 18.00

Lettere al Direttore

A PROPOSITO DI SERT...

Caro Sergio, ti scrivo come amico e come partecipante della commissione dell'Ordine della psichiatria e delle tossicodipendenze, in riferimento al tuo editoriale apparso sul numero di luglio-agosto di “Genova Medica”. Denunciare, non nascondere per citare il titolo del tuo intervento, è un invito che mi trova del tutto d'accordo: spesso per non disturbare “manovratori” e avere in cambio benevolenza e facilitazioni di carriera, molti Medici, specie dirigenti o aspiranti tali, hanno svolto il loro lavoro in modo collusivo e in piena correttezza con pratiche politico-amministrative distorte, dimenticando che il nostro interlocutore privilegiato è solo il paziente. Ben venga quindi una funzione di documentazione, critica e protesta discreta nella forma e inflessibile nella sostanza, svolta dall'Ordine: in questo senso concordo con la linea del tuo editoriale. Anche sulla necessità di superare la logica dei piccoli ospedali e di concentrare le forze su quelli a dimensioni tali da permettere il raggiungimento di standard di efficienza tecnica accettabili il tuo pensiero è del tutto condivisibile.

Dove dissento invece è sul tuo giudizio nei confronti dei servizi di salute mentale e del Sert che

tu giudichi, il primo frutto di una “riforma completamente fallita” e il secondo “scandalosa struttura”. La riforma psichiatrica non è fallita dove è stata applicata e finanziata, in alcune Regioni semplicemente non è stata completata; in altre appena avviata.

Nella nostra Regione, seppur con qualche ritardo, penso che le cose nel complesso funzionino e al posto di due manicomi con 2.000 malati che raccoglievano ogni tipo di patologia (da quella senile agli esiti di cerebropatie infantili, da quella psichiatrica agli etilisti cronici e poi ogni genere di emarginazione sociale) si sono creati servizi ospedalieri e ambulatoriali diffusi sul territorio e dotati di équipes terapeutiche più numerose e tecnicamente efficienti. Strutture private convenzionate si sono affiancate al servizio pubblico creando un'alternativa assistenziale estremamente utile. Certo, come in tutte le cose i punti di crisi ci sono e sono stati ripetutamente rilevati. Ma noi sappiamo che ogni volta che un assetto sanitario si evolve e si superano alcune arretratezze arcaiche,





UNO DI NOI, UGUALE A NOI

Omaggio a Riccardo Cetina, il collega ucciso in Croazia

Quando muore un dentista famoso si fa quasi una gara per scriverne l'epitaffio. Questa estate è morto Riccardo Cetina mentre si viveva la vacanza nella ex Jugoslavia, in Croazia. Non era un dentista famoso. Ma era di Genova, era uno di noi. Io non lo conoscevo. Ma ne ho visto la targa per anni, in Corso Europa, tutte le mattine, nell'andare al mio studio. Mi teneva quasi compagnia, nel faticoso tragitto verso il lavoro, era uno di noi.

E' stato ucciso dalla polizia. Non era andato d'accordo con un ristoratore, può darsi che fosse stato anche un pò maleducato. Era uno straniero, un maleducato.

Lo hanno ucciso. Era uno di noi.

Anni fa aveva avuto una strana avventura nel nord Africa, con la polizia. Forse non ci sapeva tanto fare con la polizia. Ed era maleducato. I dentisti sono tutti uguali. Qualcuno è maleducato. Qualcuno è disonesto. Qualcuno non paga le tasse. Lui ha pagato per tutti. E' stato ucciso dalla

polizia. La polizia è tutta uguale. Tutto, dovunque, è tutto uguale. Uguale. Uguale sarebbe morto dovunque. Uguale era uno di noi. Uguale ognuno di noi potrebbe essere ucciso dovunque ed in ogni momento. I dentisti non sono eroi. Lo Stato lo sa. Dovunque lo Stato lo sa. Anche il nostro lo sa. Riccardo Cetina non era un eroe. Era uno di noi. Ci si sono messi in cinque per ammazzarlo, in cinque con la divisa. In cinque poliziotti. Se fosse stato un eroe lo avrebbero ammazzato lo stesso, perchè quelli sono dei duri, non guardano in faccia a nessuno. Solo che ci si sarebbero messi in quindici. In divisa.

Uguale, il mondo è tutto uguale.

E noi, ognuno di noi, è uguale a Lui.

Addio Riccardo. L'Andi di Genova rende omaggio a Te e alla Tua triste sorte.

Ed io, Giorgio Magnano, Ti seguo nel disprezzo dei vigliacchi Tuoi assassini.

*Giorgio Magnano
AndiGenova*

PROGRAMMA CULTURALE DI OTTOBRE

SABATO 3 - C.O.L. (Cenacolo Odontostomatologico Ligure) - Congresso annuale "Interazione tra aggressione batterica e sovraccarico funzionale nella genesi della malattia parodontale: il valore della terapia protesica"

SABATO 10 - SIE-SPE Argomento: "IV Giornata endodontica piemontese", sede : Centro Congressi Unione Industriale - Via Fanti, 17 Torino

VENERDI' 16 - Dott. Giorgio Magnano - 1° Incontro del Corso di Gnatologia in cinque incontri, "Anatomia e fisiologia dell'ATM e muscoli masticatori" - "Movimenti della mandibola"

SABATO 24 - ANDI GENOVA Dott. Franco Lasagni, 4° ed ultimo incontro: Di tutto un pò!: "Le carie

L'OSPEDALE VA DAL MALATO

La "domiciliazione ospedaliera" tema annuale dell'Aidm

Nell'anno in corso ricorre il 50° anniversario della solenne proclamazione dei diritti dell'uomo da parte dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite a Parigi; il tema proposto dall'Associazione Italiana Donne Medico "Ospedale a domicilio: perchè?", si inserisce opportunamente in tale celebrazione.

Alle soglie del Duemila dobbiamo essere consapevoli del fenomeno che coinvolge tutta la popolazione mondiale: l'allungamento della vita, se da un lato può essere una conquista, dall'altro crea multiformi e complessi problemi. In questo quadro, oltre agli anziani, sono da considerare anche gli handicappati e le persone sole: essi necessitano di un'assistenza quotidiana che diventa sempre più drammatica quando sopraggiunge la malattia. La chiusura dei manicomi ha ulteriormente aggravato i problemi assistenziali sia dal punto di vista economico, sia da quello della ricettività ospedaliera.

L'assistenza non può quindi ritenersi conclusa con l'ospedalizzazione, ma deve proseguire anche al domicilio del malato stesso. Nel nostro paese il primo esempio di assistenza domiciliare risale al 1924, quando la Lega italiana per la lotta contro i Tumori proponeva, in un articolo

del suo statuto, di "disciplinare l'assistenza ospedaliera e di provvedere a quella domiciliare dei carcinomatosi incurabili".

Varie sono le ragioni che inducono, in alcuni casi, a proporre la permanenza nel proprio domicilio, preferenziale a qualsiasi tipo di ricovero. In primo luogo la necessità di tutelare l'integrità psichica del malato: l'ospedale, per il distacco dall'ambiente familiare, porta il paziente ad un continuo progressivo degrado, a un indebolimento delle proprie capacità psichiche. Altro importante aspetto di interesse socio-sanitario della deospedalizzazione, oltre ai contenuti psichici e morali sopraelencati, è l'effettivo contenimento della spesa pubblica. Importante e non secondaria per l'attuazione dell'assistenza domiciliare è poi la riscoperta dei significati e dei valori fondamentali della famiglia, che infatti assume un ruolo primario contro l'emarginazione, la solitudine, il bisogno, la malattia.

L'assistenza domiciliare può essere attuata solo se esistono determinate condizioni: un ambiente idoneo e confortevole dove il malato o l'anziano non autosufficiente possono soggiornare in condizioni igieniche; prestazioni mediche e infermieristiche che si effettuino costantemente; impiego di apparecchiature adeguate per i casi

PREVENZIONE TUMORI MASCHILI, LA DONNA FIGURA CENTRALE

Madre, moglie, compagna, sorella, amica: la donna avrà la prerogativa di sensibilizzare l'uomo a sottoporsi a misure preventive spesso trascurate. Per questo sarà lei la figura centrale della campagna che, in occasione della "settimana europea della lotta contro il cancro", dal 5 all' 11 ottobre, sarà dedicata alla prevenzione dei tumori maschili. In questo contesto la donna Medico assume un'importanza particolare.

che necessitano di particolari interventi e soprattutto, là dove esista, la presenza di famigliari disposti ad occuparsi del "loro malato". Qualora dovesse subentrare la necessità di interventi chirurgici o del supporto di apparecchi inamovibili, anche l'assistenza domiciliare potrà essere integrata, con appena un minimo di disagio, a brevi ricoveri in ospedale. Per rendere veramente efficiente l'assistenza domiciliare è fondamentale individuare vari gruppi ai quali sarà più opportuno destinarla: l'età pediatrica, l'età geriatrica, pazienti affetti da particolari patologie.

Considerando l'età pediatrica, il bambino si adatta con difficoltà alla vita ospedaliera, specialmente per degenze di media e lunga durata. Il distacco dalla madre può influire in modo negativo sul suo sviluppo psicosomatico, tanto che in certi casi si può arrivare a una refrattarietà alle terapie. L'ospedalizzazione a domicilio dovrebbe essere attuata per bambini che richiedono assistenza regolare e continua, in caso di malattie croniche e severe come le malattie metaboliche, l'enzimopatie, le nefropatie croniche, le cardiopatie congenite scompensate o per bambini con patologie meno importanti ma a carattere di cronicità: ipotrofie, rachitismo, stati carenziali.

L'ospedale a domicilio diventa veramente insostituibile quando si tratti di assistere anziani soli, cagionevoli, ma con una parziale autosufficienza. E' noto, infatti, come la maggior parte degli anziani desideri rimanere nel proprio ambiente e come un minimo cambiamento provochi sempre uno stato di disagio e degrado con obnubilamento delle facoltà mentali sfociando, talvolta, in azioni imprevedibili e drammatiche.

Tra i pazienti affetti da particolari patologie, il malato oncologico è il primo da considerare. Fino a pochi anni fa l'area assistenziale di questo paziente si identificava con l'ospedale, ritenuto il luogo più adatto per qualsiasi tipo di cura. Oggi il malato colpito da malattia neoplastica è spesso cosciente della sua affezione e il recupero del proprio ambiente, la vicinanza dei famigliari

potrà dargli energie nuove sino alla ripresa, sia pure parziale, della consueta attività. Persino la visione della morte, che spesso in ospedale assume aspetti drammatici, può essere affrontata con maggiore serenità.

Il personale coinvolto nel servizio dell'ospedale a domicilio dovrà essere composto sia da sanitari (medici, infermieri, psicologi, terapisti e ausiliari) che da volontari con un'adeguata preparazione impartita da esperti per soddisfare le esigenze del malato, chiarire le problematiche e le prospettive assistenziali con le quali dovranno quotidianamente confrontarsi. Il volontario, inoltre, deve autoesaminarsi per capire se è in grado di sopportare tutte le difficoltà che lo attendono: se è preparato ad accostarsi alle realtà più dure con equilibrio e serenità.

Nel nostro paese l'assistenza domiciliare è stata oggetto di attento interesse da parte delle autorità competenti, con leggi e regolamenti, man mano che le iniziative sporadiche si consolidavano e prendevano forma di organizzazione. Nel decennio tra il 1970 e il 1980 si è attuata una progressiva emanazione di normative regionali che consideravano i vari aspetti di questo tipo di assistenza. Appaiono privilegiate le funzioni di significato sociale. Sotto il profilo sanitario le leggi prevedono i modi di erogazione di cure primarie che assumono talvolta il carattere di trattamenti complessi, come nei dializzati e negli emofilici, impartendo specifiche direttive e considerando anche l'apporto del volontariato (vedi legge Regione Liguria 7 giugno 1980, n.5).

L'assistenza a domicilio diventa veramente efficiente quando vi sia un contributo valido di volontariato non più limitato a mera funzione sociale, ma che possa essere anche di aiuto ai famigliari in caso di prestazioni sanitarie come la dialisi, le cure all'emofilico, le terapie del paziente oncologico.

Fino al 1997 è stato attuato dalla Regione Liguria un intervento di aiuto domiciliare per anziani che prevede l'impiego di associazioni di volontariato, regolarmente iscritte agli albi regionali, in

AVETE FATTO BENE AD ASPETTARE.

Adesso da noi potete avere il massimo.



**VENITE
A PROVARLA!**

ENFANT TERRIBLE 206



PEUGEOT

CASIROLI

C O N C E S S I O N A R I A

PEUGEOT

CONDIZIONI ESCLUSIVE PER GLI ISCRITTI ALL'ORDINE DEI MEDICI

AUTO SOSTITUTIVA E SERVIZIO A DOMICILIO

GENOVA - VIA AVIO 33 R - TEL. 010/6468425

* PREZZO CHIAVI IN MANO, IVA INCLUSA, ESCLUSA A.P.I.E.T.

FREELINE

Misure di profilassi per esigenze di sanità pubblica**VARICELLA - Classe di notifica: II**

Periodo di incubazione	Periodo di contagiosità	Provvedimenti nei confronti del malato	Provvedimenti nei confronti di conviventi e di contatti
Da 2 a 3 settimane, abitualmente 12/13 giorni. Il periodo di incubazione può essere prolungato in caso di soggetti con alterazione dell'immuno-competenza o sottoposti ad immunoprofilassi passiva.	Da 5 giorni prima a non più di 5 giorni dopo la comparsa della prima gittata di vescicole. Il periodo di contagiosità può essere prolungato in caso di soggetti con alterazione dell'immuno-competenza o sottoposti ad immunoprofilassi passiva.	<u>Isolamento domiciliare</u> per almeno 5 giorni dalla comparsa della prima gittata di vescicole con restrizione dei contatti con altri soggetti suscettibili, in particolar modo donne in stato di gravidanza e neonati. In caso di ricovero ospedaliero <u>isolamento stretto</u> in considerazione della possibilità di trasmissione dell'infezione a soggetti suscettibili immunodepressi.	Nessuna restrizione per la frequenza scolastica o di altre collettività. In caso di ricovero ospedaliero dei <u>contatti</u> , per altre cause, è indicata la separazione per un periodo di 10/21 giorni, prolungato a 28 giorni in caso di somministrazione di immunoglobuline specifiche, dall'ultimo contatto con un caso di varicella. Vaccinazione dei soggetti ad alto rischio di complicanze da infezione con virus V-Z secondo le indicazioni della Circolare n° 8 del 10 marzo 1992.

Misure di profilassi per esigenze di sanità pubblica**TUBERCOLOSI - Classe di notifica: III**

Periodo di incubazione	Periodo di contagiosità	Provvedimenti nei confronti del malato	Provvedimenti nei confronti di conviventi e di contatti
Circa 4/12 settimane dall'infezione alla comparsa di una lesione primaria dimostrabile o della positività del test alla tubercolina. L'infezione può persistere allo stato latente per tutta la vita; il rischio di evoluzione verso la tubercolosi polmonare e/o extrapulmonare è massimo nei primi due anni dopo la prima infezione.	Fintanto che i bacilli tubercolari sono presenti nell'escreato e in altri fluidi biologici. La terapia antimicrobica con farmaci efficaci determina la cessazione della contagiosità entro 4-8 settimane.	<u>Isolamento respiratorio</u> in stanze separate e dotate di sistemi di ventilazione a pressione negativa per i soggetti affetti da tubercolosi polmonare, fino a negativizzazione dell'escreato. <u>Precauzioni per secrezioni/drenaggi</u> nelle forme extrapulmonari. <u>Sorveglianza sanitaria</u> per almeno 6 mesi. In caso di scarsa compliance alla terapia, di sospetta farmacoresistenza, o di condizioni di vita che possono determinare l'infezione di altre persone in caso di recidiva è indicato il controllo diretto dell'assunzione della terapia antitubercolare.	<u>Sorveglianza sanitaria di conviventi e contatti stretti</u> per la ricerca di altri casi di infezione o malattia. Esecuzione di test alla tubercolina con successiva radiografia del torace dei casi positivi e, in caso di negatività, ripetizione del test a distanza di 2/3 mesi dal momento della cessazione dell'esposizione. Chemioprophilassi nei <u>contatti stretti</u> cutipositivi; questa è, altresì, indicata per i contatti cutinegativi ad alto rischio di sviluppare la malattia.

stretto rapporto con l'ospedale. In applicazione del decreto legislativo 502 n.15 del 28 maggio 1992 per un progetto di "ospedalizzazione territoriale", la Regione Liguria partirà a ottobre, con il contributo di un miliardo e mezzo del ministero della Sanità e un autofinanziamento di quattro miliardi, per un "ospedale territoriale" ad altissima valenza sanitaria e ad alta integrazione socio-sanitaria. Dall'ottobre 1992 l'ospedale Galliera sta portando avanti una sperimentazione di ospedalizzazione domiciliare per pazienti

anziani affetti da patologie acute, sotto la guida e con l'organizzazione del reparto di geriatria. Per l'attuazione dell'ospedale a domicilio possiamo prendere come esempio la vicina Francia, nella quale questo servizio è già realtà da molto tempo ed è presente presso le strutture pubbliche. La gestione è a regime misto, tra pubblico e privato; alcuni ospedali gestiscono questo tipo di servizio insieme ad associazioni non a scopo di lucro, specializzate nei servizi sociali. Altri ospedali offrono l'attività domiciliare soltanto in fun-

GIA' AL LAVORO CON ENTUSIASMO E VOLONTA' LE 'NUOVE' DONNE-MEDICO GENOVESI

Un'associazione femminile di Medici in epoca di pari opportunità è un'assurdità? La risposta delle donne medico è decisa: no, la preparazione, la conoscenza della materia, l'attaccamento alla professione sono indubbiamente uguali, ma c'è una differenza di genere, quello femminile, che pone problemi più complessi: famiglia, figli, carriera, a cui le donne medico non debbono rinunciare. C'è poi un altro fattore insito nella natura femminile: l'attitudine secolare delle donne al "prendersi cura", che dovrebbe agevolare l'avvio sulla strada dell'umanizzazione della Sanità. E' anche tenendo conto di queste considerazioni che il nuovo consiglio direttivo della sezione di Genova dell'Aidm "Renata Vignolini" inizia il suo lavoro. Ricordiamo com'è costituito l'organismo, che si è insediato lo scorso 1° luglio: presidente è la dott.ssa Maria Clemens Barberis, via Avio 2/5,

16151 Genova, tel. e fax 010/413379; vice presidente dott.ssa Maritza Robertelli, via Batt 18, 16145 Genova, tel. 010/3623252; segretaria dott.ssa Rosa Zaccanti, via dei Sansone 11/8, 16128 Genova, tel. 010/580779; tesoriera dott.ssa Livia Opatowski, via San Lorenzo 21/26, 16123 Genova, tel. 010/2473045; consigliere dott.ssa Luisa Centanaro, via Molteni 1, 16151 Genova, tel. 010/463529. Come linee generali del programma le donne medico quest'anno vorrebbero parlare del disagio visivo, uditivo e della deambulazione con relazioni aperte al pubblico (ottobre, gennaio e marzo) e poi organizzare riunioni su temi proposti dalle socie sia in campo sanitario che legislativo, previdenziale ecc. Il nuovo direttivo si rivolge in particolare alle giovani leve: da esse si attendono contatti, proposte, nuove adesioni (la presidente Maria Clemens Barberis è anche consigliere dell'Ordine).

APPUNTAMENTO IL 27 OTTOBRE SULLE DISABILITA' VISIVE

L'impegno delle donne medico genovesi si concretizzerà già il prossimo 27 ottobre alle 17,30 nella sala conferenze di Palazzo Spinola dei Marmi, via San Sebastiano 20, in una conferenza a carattere divulgativo sulle disabilità visive. Parleranno la dottoressa Carmen Burtolo, ricercatrice dell'Università e specialista in oftalmologia e chirurgia oculare, su "Disabilità visive, nuove tecniche semeiologiche e nuovi approcci terapeutici" e l'ortottista Vivi Marchese, assistente in oftalmologia dell'ospedale di Villa Scassi, su "Problemi visivi della terza età nella vita quotidiana".

zione della patologia (neoplasie, Aids, autismo, geriatria, problemi neurologici, malattie polmonari) o della situazione socio-famigliare dei pazienti (indigenza, alcoolismo, ragazze madri, tossicodipendenza). Vi sono poi delle organizzazioni private ma convenzionate con la Sanità pubblica che svolgono solamente attività di ospedale a domicilio. In ogni caso il personale coinvolto in questi servizi è composto sia da sanitari (Medici, infermieri, psicologi, terapisti e ausiliari) che da volontari.

Il programma nazionale dell'Aidm per il nuovo anno sociale si basa principalmente sull'umanizzazione negli ospedali che prevede tavole rotonde, convegni, corsi per infermieri e per Medici con la partecipazione di Medici, psicologi, religiosi, sociologi. Figura centrale di questo progetto è la Donna-Medico, che per le sue innate qualità può veramente assumere un ruolo determinante. Come finalità concreta del suddetto programma vorremmo promuovere l'attuazione dei cosiddetti "convalescenziari". Sempre riferendoci alla Francia, nella quale da tempo esisto-

no tali organismi, tracciamo un quadro della loro organizzazione: i pazienti, specie se chirurgici, dimessi dagli ospedali indipendentemente dall'età, vengono ospitati per un determinato periodo in queste strutture, così da acquistare una vera e propria autonomia. Ogni dipartimento (equivalente alla nostra provincia) ne ha almeno una; possono essere pubbliche o private e ciascuna di esse è specializzata nel "recupero" mirato di una determinata patologia.

Ci sembra che questo tipo di ricovero, ancora assente in Italia, possa dare modo al paziente, sia che viva solo o in famiglia, di superare i momenti più critici della malattia e recuperare le forze perdute. Da tenere presente che i tagli dei posti letto e le degenze abbreviate (previste dal nostro ordinamento sanitario) non permettono al paziente, specie se solo, di riacquistare le forze per una completa autonomia, al momento della dimissione.

Maria Luisa Santi

Presidente nazionale Aidm

RIFIUTI DEGLI STUDI MEDICI, IL REBUS CONTINUA E' IL MINISTERO CHE DEVE INDICARE LE ESCLUSIONI

Rifiuti degli studi medici, ovvero uno dei tanti pasticci burocratico-legislativi con cui i colleghi si trovano a confrontarsi. Parliamo in particolare degli studi dei Medici di famiglia: i rifiuti che in essi si producono sono rifiuti speciali, e quindi soggetti a tutta una serie di complicazioni per il loro smaltimento? La disciplina al momento non è chiara: la risposta dovrebbe essere positiva, però l'inserimento di questi rifiuti nella categoria degli "speciali" non è accompagnata attualmente da sanzioni, per cui è nebuloso anche dire a quali conseguenze va incontro il Medico che tratta i rifiuti del proprio studio come normale spazzatura. Anche la speranza di risolvere il problema almeno a livello locale, con una piccola apertura nel futuro regolamento del servizio di nettezza urbana genovese, è andata per ora delu-

sa. Il dott. Giuseppe Costa, consigliere comunale, insieme ad altri aveva proposto un emendamento che, dove il regolamento prevede una disciplina particolare per i rifiuti generati da "attività sanitarie" inserisse le parole "con esclusione degli studi medici", ma la proposta non è passata in quanto - è stato eccepito - il ministero della Sanità deve ancora esprimersi in merito alle sostanze pericolose e non nocive. A questo punto sembra proprio che la speranza di evitare questa altra ondata di inutile burocrazia sia affidata al ministero: da esso devono venire le esclusioni attese, e le organizzazioni di categoria non dovrebbero quindi farsi sfuggire l'occasione per attivarsi, farsi sentire e far accogliere le proprie ragioni. Non mancheremo di tenere informati i colleghi dell'esito finale della vicenda.

PROSEGUIAMO LA PUBBLICAZIONE DELLE LINEE DI PROFILASSI PER LE PRINCIPALI MALATTIE INFETTIVE, EMESSE RECENTEMENTE DAL MINISTERO DELLA SANITÀ. LE INDICAZIONI PRECEDENTI SONO STATE PUBBLICATE SU "GENOVA MEDICA" DI MAGGIO E LUGLIO SCORSI.

Misure di profilassi per esigenze di sanità pubblica

SCARLATTINA - Classe di notifica: II

Periodo di incubazione	Periodo di contagiosità	Provvedimenti nei confronti del malato	Provvedimenti nei confronti di conviventi e di contatti
Da 1 a 3 giorni.	Da 10 a 21 giorni dalla comparsa dell'esantema nei casi non trattati e non complicati. La terapia antibiotica (con penicillina o altri antibiotici appropriati) determina cessazione della contagiosità entro 24/48 ore.	<u>Isolamento domiciliare</u> per 48 ore dall'inizio di adeguata terapia antibiotica. <u>Precauzioni per secrezioni e liquidi biologici</u> infetti per 24 ore dall'inizio del trattamento antibiotico. In caso di ricovero ospedaliero <u>disinfezione continua</u> di secrezioni purulente e degli oggetti da queste contaminati.	<u>Sorveglianza sanitaria di conviventi e contatti stretti</u> (inclusi compagni di classe ed insegnanti) per 7 giorni dall'ultimo contatto con il caso, ed esecuzione di indagini colturali (tamponi faringei) nei soggetti sintomatici. L'esecuzione sistematica di tamponi faringei è indicata nelle situazioni epidemiche ed in quelle ad alto rischio (più casi di febbre reumatica nello stesso gruppo familiare o collettività ristretta, casi di febbre reumatica o di nefrite acuta in ambito scolastico, focolai di infezioni di ferite chirurgiche, infezioni invasive da streptococco emolitico di gruppo A).

LEBBRA - Classe di notifica: III

Periodo di incubazione	Periodo di contagiosità	Provvedimenti nei confronti del malato	Provvedimenti nei confronti di conviventi e di contatti
Da alcuni mesi a decine di anni.	L'infettività viene persa, nella maggior parte dei casi, entro 3 mesi dall'inizio di un trattamento continuo e regolare con dapsona o clofazimina o entro 3 giorni dall'inizio del trattamento con rifampicina.	<u>Isolamento da contatto</u> per i pazienti affetti da lebbra lepromatosa; non sono necessarie misure di <u>isolamento</u> per le altre forme di lebbra. Restrizione dall'attività lavorativa o scolastica fino a permanenza dello stato di infettività.	<u>Sorveglianza clinica</u> mediante esame immediato e successivi esami periodici di <u>conviventi</u> ed altri <u>contatti stretti</u> , ad intervalli non superiori a dodici mesi, per almeno 5 anni dall'ultimo contatto con un caso infettivo.

PROFILASSI MALARIA, PRECISAZIONE MINISTERIALE

Con riferimento alla circolare ministeriale n.14, prot.400.3/8 C.M.7003, dell'11 novembre 1997, "Linee guida per la prevenzione ed il controllo della malaria", il ministero della Sanità ha precisato che nel paragrafo "Farmaci per la profilassi antimalarica", l'associazione pirimetamina-sulfamidico deve intendersi esclusivamente come

scorta da utilizzarsi a scopo terapeutico, al pari della meflochina, nella zona B delle aree malariche. Questa indicazione - aggiunge il ministero - trova conferma nella dettagliata esposizione sull'eventuale autotrattamento riportato nel paragrafo "Autotrattamento in caso di malaria" della medesima circolare.

anni non deve superare i 100 mg. La somministrazione di amantadina deve essere accompagnata da un attento monitoraggio per l'individuazione di eventuali eventi avversi in persone con precedenti di episodi convulsivi, con insufficienza epatica, insufficienza cardiaca, ipotensione. La somministrazione contemporanea di antistaminici ed anticolinergici può aumentare l'incidenza di reazioni avverse a carico del sistema nervoso centrale.

ATTIVITÀ DI SORVEGLIANZA

L'obiettivo 2 "Contrastare le principali patologie" del Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000 propone, tra gli obiettivi tendenziali per la prevenzione delle malattie infettive e dell'Aids, il raggiungimento di una copertura di vaccinazione antinfluenzale pari ad almeno il 75% della popolazione di età superiore a 64 anni. Il supporto legislativo al raggiungimento di tale obiettivo è fornito dall'articolo 1, comma 16bis, della legge 23 dicembre 1994, n.724, che prevede l'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria per le vaccinazioni di comprovata efficacia. Si rimanda inoltre alla circolare n.13 del 6 giugno 1995, emanata in applicazione del Piano Sanitario Nazionale 1994-1996, per quanto riguarda l'invito ad includere le vaccinazioni facoltative, tra cui l'antinfluenzale, nei rispettivi Piani Sanitari Regionali.

Si sottolinea la necessità di avviare per tempo le procedure necessarie per una tempestiva attuazione della profilassi antinfluenzale e si confida nella collaborazione affinché anche nella prossima stagione venga attuata la sorveglianza epidemiologica sulla circolazione dei virus influenzali, avvalendosi del sostegno dei Laboratori, Istituti universitari ed Enti che fanno parte della rete di monitoraggio coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità.

Si raccomanda di monitorare l'andamento delle operazioni vaccinali adoperandosi, per quanto possibile e attraverso i canali ritenuti più opportuni quali Medici di famiglia e farmacisti, per otte-

nere dati sull'utilizzazione del vaccino antinfluenzale anche al di fuori delle strutture pubbliche. Nell'allegato alla circolare è, inoltre, riprodotto lo schema per la rilevazione dei dati statistici relativi all'andamento della vaccinazione antinfluenzale, che dovranno essere inviati al Ministero della Sanità in forma **aggregata per Regione**.

Si richiama la lettera circolare 400.2/26V/1961 del 23 marzo 1995 per ciò che concerne la segnalazione di reazioni indesiderate alle vaccinazioni, per le quali potrà essere utilizzata la scheda riportata come allegato 2 alla circolare (per ragioni di spazio questi allegati non possono essere pubblicati su "Genova Medica" - n.d.r.).

Fabrizio Oleari

Direttore del Dipartimento


SA.GE.

SANITARIA GENOVESE
Via S. Lorenzo, 8 - 1° piano
Tel. 24.73.052 Fax 24.72.621 - Genova



FETAL DOPPLER, MULTI DOPPLEX
MINI DOPPLEX, AUDIO DOPPLEX

ASSISTENZA INFERMIERISTICA PROFESSIONALE A DOMICILIO

ASSISTENZA ANZIANI

IL PRIMO CENTRO IN LIGURIA

PRESTAZIONI A DOMICILIO

SERVIZIO DIURNO

E NOTTURNO

IN MANI SICURE

CONVENZIONATA CON CIVICARD



C.I.D.O.

CENTRO INFERMIERISTICO

**PRESENTE IN LIGURIA CON 5 CENTRI
E IN PIEMONTE CON 1 CENTRO A VERCELLI.**

Tel. 010/58.56.70. a Genova in Via XX Settembre, 34/6

PREVIDENZA & ASSISTENZA

ENPAM, NOVITA' NEGLI "SPECIALI"

Partono importanti modifiche per i Fondi di categoria

Nei mesi scorsi ci siamo occupati, su questo bollettino, e a più riprese, del nuovo regolamento del Fondo Generale Enpam e delle sue successive modifiche.

Crediamo, ora, di fare cosa gradita ai colleghi occupandoci, naturalmente in forma sintetica, delle recenti e recentissime modifiche ai regolamenti dei Fondi Speciali (Ambulatoriali, Generici Pediatri e Guardia Medica, spec. Convenzionati Esterni).

Trattasi di modifiche numerose e importanti con decorrenza da date diverse, per cui, per renderle più chiare possibili, le divideremo in due gruppi distinti secondo, appunto, tali date.

DAL 1° GENNAIO 1998

PER TUTTI I FONDI:

- Abolizione dell'acconto a 65 anni di età;
 - Riduzione delle liquidazioni in capitale al 15% della pensione maturata, se tale liquidazione consente, come già prima, di assicurare una pensione residua non inferiore al doppio del minimo Inps che, per il '98, è di L.18.140.200 annue.
 - Modifica delle tabelle delle percentuali di maggiorazione e di riduzione della pensione per coloro che cessano dal servizio rispettivamente dopo o prima dei 65 anni di età.
- Tuttavia per chi, al 31/12/'97, aveva già superato di uno o più anni i 65 anni d'età, la quota parte della maggiorazione della pensione sarà calcola-

all'influenza, anche in assenza di condizioni mediche predisponenti. La somministrazione del vaccino antinfluenzale è considerata sicura in qualsiasi fase della gravidanza, tuttavia, in assenza di condizioni mediche predisponenti che rendano imperativa la vaccinazione antinfluenzale, questa può essere differita, per maggior sicurezza, all'inizio del terzo trimestre di gravidanza. La vaccinazione antinfluenzale non è controindicata nelle donne che allattano.

REAZIONI INDESIDERATE AL VACCINO ANTINFLUENZALE

Gli effetti collaterali riferiti più frequentemente dopo somministrazione di vaccino antinfluenzale consistono in dolore, eritema, tumefazione nel sito di inoculo.

Altre reazioni indesiderate riferite con frequenza, soprattutto in persone mai vaccinate in precedenza, consistono in malessere generale, febbre, mialgie, con esordio da 6 a 12 ore dalla somministrazione della vaccinazione e della durata di 1 o 2 giorni.

Segnalate anche reazioni allergiche a tipo ipersensibilità immediata (orticaria, angioedema, asma), soprattutto in persone con ipersensibilità nota alle proteine dell'uovo o ad altri componenti del vaccino.

Sono stati riferiti dopo vaccinazione antinfluenzale altri eventi avversi quali trombocitopenia transitoria, nevralgie, parestesie, disordini neurologici. La correlazione causale tra la somministrazione di vaccino antinfluenzale e tali eventi non è stata dimostrata. In particolare, non è stata dimostrata l'associazione tra i vaccini antinfluenzali correntemente in uso e l'insorgenza di sindrome di Guillain Barrè.

CHEMIOPROFILASSI ANTINFLUENZALE

E' possibile l'impiego di farmaci ad azione antivirale per la profilassi ed il trattamento delle infezioni da virus influenzali. Dei due farmaci con azione nota in questo campo, amantadina e rimantadina, soltanto la prima è commercializzata in Italia, con specifiche autorizzazioni per

l'impiego per la profilassi e la terapia dell'influenza.

La chemioprolifassi **non** è un sostituto della vaccinazione antinfluenzale; essa andrebbe consigliata a quei soggetti ad alto rischio di complicazioni da influenza in cui la somministrazione del vaccino sia controindicata.

Poichè la amantadina non interferisce con la risposta anticorpale, essa può essere consigliata anche a persone ad alto rischio di complicazioni che non abbiano ancora ricevuto il vaccino al momento dell'inizio dell'epidemia influenzale; la chemioprolifassi fornisce in questi casi una protezione passiva nel tempo necessario per la produzione di anticorpi.

La somministrazione deve iniziare prima o immediatamente dopo l'esposizione a contagio e protrarsi per non meno di 6-7 giorni.

I dosaggi raccomandati sono i seguenti:

Bambini da 1 a 9 anni	5 mg/Kg/die fino ad un massimo di 150 mg, suddivisi in due dosi giornaliere
Bambini da 10 a 13 anni	200 mg/die suddivisi in due dosi giornaliere (2 cpr al dì)
Adulti fino a 64 anni	200 mg/die suddivisi in due dosi giornaliere (2 cpr al dì)
Adulti ≥ 65 anni	fino ad un massimo di 100 mg/die suddivisi in due dosi giornaliere

CONTROINDICAZIONI E PRECAUZIONI

L'impiego dell'amantadina è controindicato in caso di ipersensibilità nota al prodotto, in caso di gravidanza accertata o presunta, in caso di età inferiore a 1 anno.

Nei pazienti con insufficienza renale è opportuno procedere ad una riduzione del dosaggio dell'amantadina in caso di clearance della creatinina inferiore a 50 mL/min. con sospensione immediata del trattamento in caso di manifestazioni di fenomeni di accumulo o altri eventi avversi.

A causa del declino della funzione renale con il progredire dell'età, il quantitativo giornaliero di amantadina nelle persone di età superiore a 65

I VERSAMENTI DELLE ASL DELLA PROVINCIA DI GENOVA AI FONDI SPECIALI ENPAM

Situazione al 31 agosto 1998 - a cura di Manlio Baldizzone

A.S.L.	AMBULATORIALI e MED. dei SERVIZI	GENERICI e PEDIATRI	GUARDIA MEDICA	MEDICI del TERRITORIO	SPECIALISTI CONV. ESTERNI
<u>N. 3 Genovese</u>	GIUGNO '98	MARZO E APRILE '98	MARZO '98 e ARRETR. '97 APR./MAG. '98	MAR./APR. e MAGGIO '98	FEBBR. /MAR.'98 (Dpr 120) MAR./APRILE '98 (Dpr 119)
<u>N. 4 Chiavarese</u>	MAG./GIU. '98	MAR./APRILE e MAGGIO '98	MAR./APRILE e MAGGIO '98	==	MAGGIO '98 (Dpr 120)

Nota - L'ospedale San Martino ha versato al Fondo "Guardia Medica" i contributi relativi ai mesi di mar., apr., magg. e giu. '98.

da 3 anni a 12 anni	split o sub-unità	1 dose (0,50 ml), ripetuta a distanza di almeno 4 settimane per bambini che vengono vaccinati per la prima volta.
oltre 12 anni	intero, split o sub-unità	1 dose (0,50 ml)

Poichè la maggior parte della popolazione è stata, con tutta probabilità, infettata dai virus influenzali A(H3N2), A(H1N1) e B nel corso degli ultimi anni, **una sola dose di vaccino antinfluenzale** è sufficiente per i soggetti di tutte le età, con esclusione dell'età infantile. Per i bambini al di sotto dei 12 anni di età, mai vaccinati in precedenza, si raccomanda la somministrazione di due dosi, appropriate per l'età, di vaccino antinfluenzale a distanza di almeno quattro settimane.

Il periodo ottimale per l'avvio delle campagne di vaccinazione antinfluenzale è, per la nostra situazione climatica e per l'andamento temporale mostrato dalle epidemie influenzali, quello autunnale (**dalla metà di ottobre fino alla fine di novembre**). Il vaccino antinfluenzale va somministrato per via intramuscolare ed è raccomandata l'inoculazione nel deltoide per tutti i soggetti di età superiore a 12 anni e nella faccia anterolaterale della coscia nei bambini e nei lattanti.

Il vaccino antinfluenzale può essere somministrato contemporaneamente ad altri vaccini, sia pediatrici che per l'età adulta, utilizzando sedi corporee e siringhe diverse.

Il vaccino antinfluenzale deve essere conservato a temperature comprese tra +2°C e +8°C, e non deve essere congelato.

CONTROINDICAZIONI E PRECAUZIONI

Il vaccino antinfluenzale non dovrebbe essere somministrato a persone con ipersensibilità alle proteine dell'uovo o ad altri componenti del vaccino, a meno di una attenta valutazione dei benefici in confronto ai possibili rischi e tenendo

conto della possibilità di ricorrere alla chemioprofilassi con agenti antivirali (amantidina) in caso di effettiva necessità.

La vaccinazione antinfluenzale deve essere rinviata in caso di manifestazioni febbrili in atto. Affezioni minori delle prime vie aeree non controindicano la somministrazione del vaccino.

Persone con alterazioni dell'immunocompetenza per effetto di trattamenti immunosoppressori possono rispondere in maniera non ottimale alla vaccinazione antinfluenzale, pertanto sarebbe opportuno, quando possibile, differire la vaccinazione finchè non sia trascorso almeno un mese dall'interruzione del trattamento. Il trattamento con cortisonici per uso locale o per uso sistemico a basso dosaggio non costituisce un motivo per differire la vaccinazione antinfluenzale.

La condizione di sieropositività per Hiv non costituisce di per sé una controindicazione alla somministrazione della vaccinazione antinfluenzale. Nei soggetti Hiv positivi con bassi valori di linfociti T CD4+, la somministrazione del vaccino potrebbe non evocare una risposta anticorpale a titoli considerati protettivi. Una seconda dose di vaccino in questi soggetti non migliora la risposta anticorpale in modo sostanziale.

Non sono stati dimostrati incrementi sostanziali della replicazione virale, deterioramento della conta dei linfociti T CD4+ e progressione verso l'Aids in persone Hiv positive sottoposte a vaccinazione.

Manifestazioni di ipersensibilità immediata, o reazioni di tipo neurologico in seguito ad una somministrazione di vaccino rappresentano controindicazione assoluta a successive dosi dello stesso vaccino; non costituisce invece controindicazione il dato anamnestico di precedenti effetti indesiderati in sede locale.

Lo stato di gravidanza non costituisce controindicazione alla somministrazione del vaccino antinfluenzale; alcuni studi suggeriscono inoltre che le donne nel terzo trimestre di gravidanza, o nelle prime fasi del puerperio, possano essere a maggior rischio di serie complicazioni in seguito

ta con le vecchie tabelle per il periodo antecedente il 31/12/97 e con le nuove per il periodo dal 01/01/98, fatto salvo sempre il trattamento di maggior favore.

- Modifica delle tabelle dei coefficienti di moltiplicazione della pensione annua diretta per ottenere, in conversione, la liquidazione in capitale.

- Le domande di invalidità devono essere presentate entro il 65° anno di età come per il Fondo Generale (e non entro il 70°). Ciò significa che tra il 65° e il 70° anno di età non è più riconosciuta alcuna invalidità, equiparando, per questa evenienza, i Fondi Speciali alla normativa del Fondo Generale.

PENSIONI DI ANZIANITÀ (coloro che vanno in pensione prima di compiere i 65 anni di età, che danno diritto alla pensione di vecchiaia). In tema di accesso ai trattamenti di anzianità, anche l'Enpam ha dovuto adeguarsi all'art.59, commi 6 e 8 della legge n.449 del 27 dicembre 1997, ossia occorrono o 40 anni di contribuzione senza vincolo di età, ovvero 35 anni di contribu-

zione con 58 anni di età e 30 anni di laurea (dal primo gennaio '98 al 31 dicembre 2000 sono sufficienti 57 anni di età) con l'applicazione, per tutti, delle cosiddette "finestre di uscita" aumentate di 4 mesi dal 01/01/98 al 31/12/2000.

Su tale argomento si rimanda il lettore su quanto è già stato pubblicato su "Genova Medica" n.5/98 a pag.8, confermando che, per coloro che hanno maturato i 40 anni di anzianità contributiva (compresi eventuali anni riscattati) nel 1997 o nel 1° trimestre 1998 non si applica lo slittamento di 4 mesi delle finestre di uscita. Tuttavia, nel conteggio dei periodi contributivi, per raggiungere i requisiti per le prestazioni di anzianità, si cumulano non solo i periodi contributivi, non coincidenti, maturati presso tutti i Fondi Speciali, ma anche quelli presenti sulla "quota B" del Fondo Generale.

DAL 1° GENNAIO 1999

GENERICI E PEDIATRI E SPEC. CONV. ESTERNI

- Riduzione del tasso di interesse sulle rate dei

PER IL SUPPLEMENTO DI PENSIONE ORDINARIA PRESENTARE LA DOMANDA ENTRO DICEMBRE

Attenzione, ci sono novità importanti per i pensionati del Fondo generale Enpam che abbiano superato i 65 anni. Infatti in sede di prima applicazione del nuovo regolamento del fondo generale Enpam, i pensionati ultrasessantacinquenni, che contribuiscano alla quota B del Fondo con il versamento del 2%, perchè ancora esercitano la libera professione sanitaria, possono presentare domanda all'Enpam, entro e non oltre la data del 31 dicembre 1998, per ottenere un primo supplemento di pensione ordinaria. E' bene non dimenticarsi di farlo, perchè trascorso tale termine, in base al regolamento di cui sopra, la domanda stessa potrà essere presentata soltanto a distanza di almeno tre anni dall'anno di riferimento della relativa contribuzione e, successivamente, dopo tre anni dalla data di decorrenza del precedente supplemento.

Il supplemento di pensione decorrerà dal mese successivo alla presentazione della domanda, che dovrà essere inviata a:

Fondazione Enpam - Area della Previdenza - Servizio prestazioni - Fondo Generale - Via Torino, 38 00184 Roma - compilando un apposito modulo inviato dall'Enpam e ritirabile presso l'Ordine dei Medici.

Quanto sopra è particolarmente importante per i colleghi che nel 1997 hanno versato il suddetto contributo obbligatorio del 2% sul reddito del 1996 e che, successivamente, quest'anno hanno chiesto l'esonero dal contributo stesso divenuto facoltativo. Anche costoro, per ottenere il supplemento di pensione ordinaria, relativo all'anno 1997, dovranno presentare domanda all'Enpam, come sopra, entro e non oltre il 31 dicembre '98.

M. B.

riscatti dall'attuale 10 al 5%. **Ciò avrà effetto con decorrenza immediata e l'Enpam provvederà anche da subito a riconteggiare, sulla base del nuovo tasso**, tutte le posizioni già accese con riferimento al capitale residuo ed al numero di rate mancanti al completamento del piano precedentemente fissato.

- Elevazione del limite di età per presentare le domande di riscatto da 50 a 65 anni d'età. Il pagamento del riscatto deve, però, essere completato entro il 65° anno di età o prima della decorrenza della pensione, fatta eccezione per i casi di invalidità e premorienza.
- Inserimento nei periodi riscattabili degli anni del corso di formazione in medicina generale.

FONDO AMBULATORIALI

Il calcolo dell'importo da corrispondere a titolo di riscatto viene modificato passando dall'attuale, fondato sul contributo medio per un'ora di servizio settimanale e l'impegno orario tenuto, ad un calcolo fondato sulla riserva matematica (v. regolamento).

- Elevazione da 7 a 10 anni dell'anzianità contributiva al Fondo richiesta per la presentazione della domanda di riscatto.

- Limitazione a 10 anni del massimo periodo riscattabile di attività anteriore all'inizio della contribuzione al Fondo medesimo (riscatti pre-contributivi).

TUTTI I FONDI

- Il pagamento rateale dei riscatti deve avvenire in un numero di anni pari a quelli da riscattare aumentati del 50%, ma completato entro il 65° anno di età e, comunque, prima di percepire la pensione. In pratica, non è più ammesso il pagamento delle rate residue dei riscatti, a mezzo di una trattenuta del 20% sulla pensione mensile, fatta eccezione per le pensioni di invalidità e ai supersiti.

- Anticipazione della decorrenza della rivalutazione annuale delle pensioni, secondo le variazioni del costo della vita (Istat), al 1° gennaio di ogni anno, anziché dal 1° luglio come avveniva sino ad oggi.

- Viene garantito, al compimento dei 65 anni, un trattamento pensionistico ordinario a tutti i soggetti cessati dal servizio prima del 65° anno d'età che possano contare su almeno 15 anni di contribuzione o che vengano successivamente riconosciuti invalidi. In caso contrario viene loro

- 3) soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo;

- 4) personale di assistenza o contatti familiari di soggetti ad alto rischio;

- 5) bambini reumatici soggetti a ripetuti episodi di patologia disreattiva che richiede prolungata somministrazione di acido acetilsalicilico e a rischio di sindrome di Reye in caso di infezione influenzale.

Sono disponibili vaccini a base di virus inattivati intero e vaccini sub-virionici che possono a loro volta presentarsi sotto forma di:

- split-virus vaccini, costituiti da particelle virali disgregate e purificate;

- vaccini contenenti soltanto gli antigeni di superficie emoagglutinina e neuroaminidasi. Questi ultimi vaccini sono da preferire per l'immunizzazione di bambini e di soggetti che abbiano presentato evidenti fenomeni di reazione in occasione di precedenti vaccinazioni con vaccino antinfluenzale intero.

Poiché i vaccini antinfluenzali contengono solo virus inattivati o parti di questi, non possono essere responsabili di infezioni influenzali.

Le persone vaccinate dovrebbero essere ragguagliate sul fatto che, particolarmente nella stagione fredda, infezioni respiratorie e sindromi di tipo influenzale possono essere provocate da molteplici agenti batterici e virali, nei cui confronti il vaccino antinfluenzale non può avere alcuna efficacia protettiva.

DOSAGGIO E MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE

Lo schema raccomandato per la vaccinazione antinfluenzale è il seguente:

Età	Vaccino	MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE
da 6 mesi da 35 mesi	split o sub-unità	1/2 dose (0,25 ml) ripetuta a distanza di almeno 4 settimane per bambini che vengono vaccinati per la prima volta

E IN BREVE IN BREVE

medicina omeopatica, riservato ai laureati in medicina e chirurgia. Il corso si terrà nell'aula magna del monoblocco chirurgico, in via De Toni 2 a San Martino, al sabato e alla domenica, con orario 15-19 (il sabato) e 9-13 e 15-19 la domenica. Per il 1998 le date sono 26 e 27 settembre, 24 e 25 ottobre, 28 e 29 novembre, 12 e 13 dicembre. Altre informazioni al tel. 0335-8296460.

MEDICI DEL PONENTE - Il calendario del corso di aggiornamento per l'autunno- inverno prevede: 8 ottobre "Il Medico di famiglia e la donna in menopausa", relatore il dott. Pinto, primario ginecologo di Voltri; 5 novembre "Aspetti medico legali della medicina generale", relatori il prof. Marcello Canale, docente universitario e il dott. Remo Soro, Medico legale; 3 dicembre "Manifestazioni somatiche delle malattie psichiatriche e manifestazioni psichiatriche delle malattie somatiche", relatori prof. Maura, capo dipartimento di salute mentale a Voltri e dott. Sergio Venezia, psichiatra; 11 febbraio '99 "Piccola chirurgia nello studio del Medico di famiglia", relatore dott. Schenardi primario chirurgo di Voltri. Le serate sono in programma alle 20,30 all'hotel Sirenella, P.zza Lerda, 4 - Voltri. Informazioni dott. Giovanni Filippo Bignone, tel. 661991.

PRIMARIO EMERITO - Con delibera del direttore generale dell'ospedale di San Martino, su proposta del collegio dei primari, la prof.ssa Angela Cinquegrana e il prof. Fortunato Rizzo sono stati nominati primari emeriti.

CIVITEL - In collaborazione con l'IRC (Italian Resuscitation Council) Civitel organizza il **6/7/8 novembre 1998** il corso di A.C.L.S. Advanced Cardiac Life Support - provider con istruttori certificati I.R.C. per 15 laureati in Medicina e Chirurgia. Verrà rilasciato un attestato valido per il curriculum professionale. Per informazioni: dr. Federico Patrone tel.010/585670 (orario ufficio) oppure 0330/546621.

E ARRIVANO I RUOLI SUPPLETIVI ENPAM LA PRIMA RATA VA GIÀ PAGATA A SETTEMBRE

Ai primi di settembre l'Enpam ha diffuso una circolare in cui è detto che "a seguito dell'approvazione da parte dei ministeri vigilanti del nuovo regolamento del Fondo di previdenza generale, notificata all'Enpam con nota del 16 marzo 1998, sono state attivate dall'ente le prescritte procedure per l'emissione del ruolo suppletivo relativo al nuovo importo della contribuzione minima obbligatoria, pari a L. 1.875.000 per il corrente anno, dovuto - in base alla nuova normativa - da tutti gli iscritti, che dal 1° gennaio

1998 hanno compiuto il 40° anno di età. Di conseguenza - specifica la nota - oltre ai contributi iscritti nel ruolo principale (contributo previdenziale + L. 102.000 per contributo di maternità), già in riscossione dal mese di aprile, dovrà essere versato in un'unica soluzione entro il mese di settembre ovvero in due rate, di cui la prima sempre nel corrente mese e la seconda nel prossimo mese di novembre, anche il contributo iscritto nel ruolo suppletivo: L. 867.000 per coloro che versano il contributo ordinario; L.

- antigene analogo al ceppo A/Sydney/5/97 (H3N2)
 - antigene analogo al ceppo A/Beijing/262/95 (H1N1)
 - antigene analogo al ceppo B/Beijing/184/93
 Le quantità antigeniche standardizzate per ciascun ceppo vaccinale dovranno, come stabilito dal gruppo ad hoc sulla biotecnologia e farmacologia della commissione dell'Unione Europea, contenere una quantità di emagglutinina pari a 15 microgrammi per ceppo e per dose di vaccino antinfluenzale, con limite fiduciario inferiore di 12 ug.

RACCOMANDAZIONI SULL'IMPIEGO DEL VACCINO ANTINFLUENZALE

La vaccinazione rimane il mezzo più efficace per prevenire questa malattia, per la quale non è al momento disponibile alcun efficace presidio terapeutico che non si limiti ad effetti sintomatici. Anche senza considerare le ricadute di questa malattia in termini di morbilità e spesa sanitaria, all'influenza sono associate serie complicanze, qualora si verificano superinfezioni batteriche;

essa inoltre è responsabile di un eccesso di mortalità nelle categorie di soggetti maggiormente a rischio in ragione dell'età avanzata o della preesistenza di condizioni morbose predisponenti. Le categorie di soggetti cui i servizi territoriali di prevenzione dovranno offrire la vaccinazione antinfluenzale sono le seguenti:

- 1) soggetti in età infantile ed adulta affetti da:
 - a) malattie croniche debilitanti a carico dell'apparato respiratorio, circolatorio, uropoietico;
 - b) malattie degli organi emopoietici;
 - c) diabete ed altre malattie dismetaboliche;
 - d) sindromi da malassorbimento intestinale;
 - e) fibrosi cistica;
 - f) altre malattie congenite o acquisite che comportino carenze o alternata produzione di anticorpi;
 - g) patologie per le quali sono programmati importanti interventi chirurgici;
- 2) soggetti al di sopra di 65 anni di età;

riconosciuta, sempre al compimento del 65° anno d'età, la liquidazione dei contributi versati con l'interesse composto del 4,5% annuo;

- Per il trattamento ai superstiti dell'iscritto cessato dal servizio anteriormente al compimento dei 65 anni e successivamente deceduto, viene richiesto il possesso di 5 anni di anzianità contributiva per aver diritto ad una pensione. In caso contrario verranno restituiti, contributi, come sopra;

- In caso di nuovo matrimonio del coniuge superstite, viene riconosciuta a questi una liquidazione "una tantum" di un assegno di importo pari a due annualità della sua quota di pensione.

fattori: il rapido mutare degli scenari economici esterni, l'omogeneizzazione fra loro delle discipline delle varie gestioni secondo quanto già ripetutamente espresso dalle autorità di vigilanza, e, infine, il giusto riferimento al nuovo regolamento del Fondo Generale, recentemente totalmente riformato non solo nei suoi contenuti ma nella sua stessa architettura strutturale.

PRESTO CI SARANNO LE PENSIONI MENSILI

Una buona notizia è stata data al recente congresso della Federspev, la Federazione pensionati e vedove - svoltosi nello scorso mese di maggio a Scalea. Il dirigente dell'area della previdenza, dr. Giovanni Viviani Troso, ha comunicato che anche l'Enpam, in un prossimo futuro, corrisponderà le pensioni mensilmente, anziché a bimestri posticipati come avviene attualmente. Ne prendiamo atto con soddisfazione.

La riduzione dell'indennità in capitale è anche legata alla congiuntura economica dei Fondi

gravati, per il passato, da una considerevole spesa per prestazioni in capitale e può costituire uno strumento correttivo utile per i futuri esborsi in vista di una riduzione dell'età pensionabile dei Medici convenzionati ed il ventilato passaggio alla dipendenza di parte degli specialisti ambulatoriali. Inoltre accentua, giustamente, il carattere previdenziale dell'Ente, come voluto

OSSERVAZIONI E CONCLUSIONI

Come i colleghi comprenderanno, tutte le modifiche di cui sopra si sono rese necessarie per tre

1.263.000 per i soggetti che versano il contributo ridotto. Si fa presente infatti che, sulla base delle disposizioni contenute nel nuovo regolamento del Fondo, anche per i soggetti che sino al 1997 avevano goduto della contribuzione ridotta di Lire 612.000, l'importo da versare nel 1998, tra ruolo principale e suppletivo è stato fissato in Lire 1.875.000 lire.

"Tuttavia - aggiunge la circolare - ai sensi della delibera del comitato direttivo dell'Enpam n.32 del 23 aprile 1998, l'importo della contribuzione minima obbligatoria è stato ridotto da L. 1.875.000 indicizzate a L. 1.008.000 indicizzate. All'atto dell'approvazione ministeriale, previ-

sta in tempo utile per la predisposizione dei ruoli relativi al 1999, occorrerà quindi riportare retroattivamente il contributo alla misura effettivamente dovuta, con un conseguente credito per l'iscritto di L.867.000.

"Per l'anno 1999 - conclude l'Enpam - l'importo dovuto da parte di questi iscritti sarà pari a L. 1.026.000 (risultante dalla cifra base di L. 1.008.000 indicizzata all'1,8%) dalle quali dovrà essere abbattuto il credito contributivo sopra citato; il ruolo dovrà quindi riportare la differenza fra le voci, pari a L. 159.000, più ovviamente il contributo di maternità di L. 102.000 annue, dovuto da tutti gli iscritti al Fondo generale".

IN BREVE IN BREVE IN BREVE IN BREVE IN BREVE IN BREVE IN BREVE

POSTI INPS - Varie commissioni provinciali Inps - Ordini dei Medici segnalano carenze nelle liste speciali dei Medici di controllo. Nel dettaglio: un posto in provincia di Ancona, circoscrizione di Fabriano (domande alla sede Inps di Ancona, segreteria della direzione, piazza Cavour 21 - 60121 Ancona, entro il 30 settembre), un altro posto sempre in provincia di Ancona ma per la circoscrizione di Senigallia (domande allo stesso indirizzo, ma il termine stavolta scade il 31 ottobre); due posti nella lista unica della provincia di Piacenza (domande alla sede Inps - piazza Cavalli 62 - 29100 Piacenza, entro il 30 settembre) e sette in provincia di Treviso, e precisamente quattro a Conegliano, uno ciascuno a Montebelluna, Oderzo e Pieve di Soligo. Per queste ultime possibilità inviare le domande alla sede Inps di viale Trento e Trieste 6, 31100 Treviso, entro il 31 ottobre.

CONGRESSO DI NEUROLOGIA - Nei giorni 11 e 12 dicembre prossimi a Genova, al Palazzo del Principe - in piazza del Principe 4 - si terrà il congresso "International workshop on stroke in the young", organizzato dal Dipartimento di scienze neurologiche e di neuroriabilitazione dell'Università di Genova, che sarà presieduto dal prof. C. Gandolfo. Secondo il programma preliminare, nel pomeriggio del venerdì 11, alle 17, dopo la cerimonia di benvenuto è prevista l'introduzione di C. Loeb e relazioni di G. Devuyst e J. Bugousslavsky, di M.G. Bousser e di N.M. Bornstein. Il giorno successivo parleranno S. Bertolini, U. Armani, G. Regesta, R. Cerone, P.M. Mannucci, A. Carolei, C. Gandolfo, C. Fieschi e M. Rasura, J. Amarenco e, al pomeriggio, le relazioni saranno tenute da M. Kaps, G.P. Anzola, M. Del Sette, G. Gnecco, P. Nencini, D. Inzitari e A. Seneghini. Per informazioni tel. 010/3537040.

OMEOPATIA - Sono state definite le date di effettuazione del 1° corso triennale teorico-pratico di

dall'autorità vigilante e dopo la privatizzazione dell'ente stesso, che, per legge, deve garantire il pagamento delle pensioni attuali e future e avere bilanci attivi per un congruo numero di anni. D'altra parte, in questi ultimi anni, stante il fortissimo calo degli interessi passivi bancari, si è constatato che la grande maggioranza degli interessati, all'atto della cessazione dal servizio, ha optato, volontariamente, per la scelta della pensione a differenza di ciò che accadeva diversi anni fa quando era privilegiata la scelta del capitale, specie da parte di coloro che già potevano godere di una pensione come dipendenti. La riduzione del tasso di interesse dal 10 al 5% sui pagamenti rateali dei riscatti, ora uguale per tutti i Fondi, è certo una buona cosa, ma si tenga presente che esso è soggetto alla misura del tasso di interesse legale, che può essere annualmente modificato con decreto del ministro del Tesoro, in relazione all'andamento dei mercati finanziari. Pertanto l'Enpam effettuerà un ricalcolo di tutti i piani di ammortamento in corso, ad ogni variazione del saggio legale. Infine, per certe voci di variazioni dei regola-

menti, l'ente ha dovuto uniformarsi alle disposizioni di legge come abbiamo riferito nei capitoli sopra esposti.

E' stato trattato l'argomento delle modifiche ai regolamenti dei Fondi Speciali, come abbiamo già detto, in modo sintetico per informarne i colleghi. Per più dettagliate e particolareggiate questioni, ad esempio sulla ricongiunzione dei contributi versati da altri istituti previdenziali sui Fondi in oggetto, ovvero se si desidera un maggiore ampliamento dei punti qui trattati, si rimanda il lettore alla lettura dei regolamenti, quando saranno integralmente pubblicati dall'Enpam con tutti i nuovi aggiornamenti.

Concludendo, ci preme qui rilevare che le modifiche oculatamente apportate non danneggiano, se non lievemente, la categoria dei Medici convenzionati con il Ssn, tenuto conto anche degli aumenti dei compensi di questo ultimo triennio, ma fanno sì che l'Enpam, rimanendo sempre uno dei migliori enti previdenziali, sia posto in grado di assicurare, anche per il futuro, delle buone pensioni ai suoi iscritti delle leve più giovani, che permarranno in servizio ancora per più anni.

"SCUOLA DI AGOPUNTURA CINESE"

CORSO QUADRIENNALE

RISERVATO AI LAUREATI IN MEDICINA E CHIRURGIA, ORGANIZZATO DALLA ASSOCIAZIONE MEDICINA IN COLLABORAZIONE CON L' UNIVERSITÀ DI NANCHINO, RICONOSCIUTA DALL'OMS, CHE - DOPO L' ESAME DEL TERZO ANNO - RILASCIATA IL

CERTIFICATO DI QUALIFICAZIONE IN AGOPUNTURA

IL CORSO INIZIA IL 14 NOVEMBRE 1998 E SI ARTICOLA SU OTTO FINE-SETTIMANA ALL'ANNO E 60 ORE DI TIROCINIO CLINICO DAL SECONDO E TERZO ANNO.

ASSOCIAZIONE MEDICINA, VIALE BLIGNY 29, 20136 MILANO
TEL. - FAX 02/58320790

L'INFLUENZA IN ITALIA

I primi segni di attività influenzale della stagione 1997-98 sono stati riscontrati tra la fine di dicembre 1997 e l'inizio del mese di gennaio 1998, con conferma di numerosi casi di influenza A(H3N2) nelle città di Firenze, Genova, Milano, Modena, Parma. I ceppi isolati a Firenze e Modena provenivano da casi manifestatisi nell'ambito di focolai locali. A Genova e Modena sono stati confermati anche casi sporadici di influenza B.

L'attività influenzale è aumentata a partire dalla fine di gennaio, fino a raggiungere l'acme alla fine di febbraio, con isolamenti di virus A e B anche a Roma e Perugia. A Roma è stato isolato anche il primo ceppo influenzale A(H1N1), sottotipo che nel complesso ha mostrato una circolazione molto limitata nella stagione 1997-98.

INFLUENZA AVIARIA AD HONG KONG

Nel mese di maggio 1997 ad Hong Kong è stato isolato, da un bambino in seguito deceduto per complicazioni respiratorie, un ceppo virale appartenente al sottotipo A(H5N2), noto dal 1961 come responsabile di influenza aviaria. Successivamente, dal mese di novembre al dicembre 1997, ad Hong Kong sono stati confermati laboratoristicamente altri 17 casi di influenza A (H5N1), 6 dei quali letali. Dal 28 dicembre 1997 all'aprile 1998 non sono più stati osservati altri casi di questa influenza né ad Hong Kong né altrove. Le indagini epidemiologiche condotte nella Regione Amministrativa Speciale di Hong Kong (che hanno incluso tra l'altro la ricerca attiva di casi nei contatti di pazienti) hanno documentato la presenza di concomitanti epidemie di influenza aviaria A(H5N1) negli allevamenti avicoli. I risultati dello studio caso-controllo hanno evidenziato nella visita di allevamenti infetti nei sette giorni precedenti l'inizio della sintomatologia il principale fattore di rischio nella genesi dei casi umani; sono stati inoltre confermati i dati che depongono per una inefficiente trasmissione interumana dell'infezione. L'Organizzazione

Mondiale della Sanità sta monitorando accuratamente la possibile diffusione di ceppi A(H5N1) ed incoraggia lo sviluppo e la caratterizzazione di ceppi virali di riferimento per una eventuale produzione di vaccini specifici ma, al momento, ritiene che la situazione non giustifichi l'emanazione di specifiche raccomandazioni per la produzione di un vaccino A(H5N1) per l'uso nella popolazione generale.

CARATTERISTICHE ANTIGENICHE DEGLI ISOLAMENTI

PIU' RECENTI

I ceppi A(H3N2) isolati nella Regione delle Americhe, in Asia, in Oceania ed in Europa hanno mostrato una correlazione antigenica sia con A/Wuhan/359/95 che con A/Sydney/5/97. Anche due ceppi virali isolati a Genova si sono dimostrati simili, dal punto di vista antigenico, alla variante A/Sydney/5/97, che ha mostrato di divenire predominante in molte zone nel proseguo della stagione influenzale 1997-98. I ceppi A(H1N1) isolati nel corso della passata stagione influenzale sono apparsi simili, dal punto di vista antigenico, sia ad A/Bayern/7/95 che ad A/Beijing/262/95; questa variante è stata riscontrata soprattutto negli isolamenti effettuati in Asia, Africa, Europa, America del Nord.

I ceppi di virus influenzale B isolati in Africa, America, Asia, Europa ed Oceania sono risultati simili dal punto di vista antigenico a B/Beijing/184/93 e a B/Harbin/7/94. Soltanto in Cina ed in Giappone i virus isolati sono risultati essere maggiormente simili a B/Beijing/243/97 (a sua volta correlato al precedente ceppo di riferimento B/Victoria/2/87).

COMPOSIZIONE DEL VACCINO ANTINFLUENZALE

PER LA STAGIONE 1997-98

Sulla base dei riscontri epidemiologici e sierologici sopra accennati, e in conformità con le raccomandazioni diramate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'emisfero settentrionale, il vaccino antinfluenzale da utilizzare per la prossima campagna 1998-99 sarà un vaccino trivalente contenente i seguenti antigeni: →

L'INFLUENZA DIETRO L'ANGOLO

Predisposto anche per quest'anno un vaccino trivalente

Ritorna l'autunno, e con l'autunno l'influenza. E' proprio questo, anzi, il periodo migliore per una sua profilassi. Riteniamo quindi interessante pubblicare, pressochè per intero, la nota che il ministero della Sanità ha diffuso su questo argomento, con le raccomandazioni del caso.

CENNI SULL'EPIDEMIOLOGIA DELL'INFLUENZA

L'influenza costituisce un serio problema epidemiologico per la sua ubiquità, contagiosità, la variabilità antigenica dei virus influenzali, l'esistenza di serbatoi animali e le possibili gravi complicanze. Essa rappresenta, in Italia, la terza causa di morte per patologia infettiva, preceduta da Aids e da tubercolosi.

L'INFLUENZA NEL MONDO

NEL PERIODO OTTOBRE 1996 - SETTEMBRE 1997

La stagione influenzale 1996-97 ha mostrato caratteristiche di maggiore intensità nell'emisfero settentrionale, con epidemie in vari Paesi, piuttosto che in quello australe. I ceppi di virus influenzali isolati più comunemente sono stati del sottotipo A(H3N2), che hanno predominato nettamente negli ultimi tre mesi del 1996, e del tipo B. Gli isolamenti di stipiti virali appartenenti al sottotipo A(H1N1) sono stati nel complesso rari. L'attività del virus B è aumentata a partire dal mese di gennaio 1997; in molti Paesi dell'emisfero settentrionale, in cui il periodo epidemico è cominciato tra gennaio e febbraio 1997, l'attività influenzale è stata sostenuta contemporaneamente o in rapida successione dal

tipo B e dal sottotipo A(H3N2). Un simile schema di progressione è stato osservato anche nell'emisfero australe.

L'INFLUENZA IN EUROPA E NEL MONDO NEL PERIODO OTTOBRE 1997 - APRILE 1998

Tra il mese di ottobre 1997 e l'inizio della primavera 1998 l'attività influenzale è stata osservata praticamente in tutti i continenti. Tra ottobre e dicembre 1997 l'influenza si è manifestata sotto forma di focolai limitati e casi sporadici in molti Paesi dell'emisfero settentrionale, quando l'attività era ancora in corso in quello australe.

Attività influenzale diffusa è stata registrata nell'America del Nord ed in alcuni Paesi dell'Asia già all'inizio di gennaio 1998, mentre in Europa l'influenza è stata osservata con frequenza a partire dalla fine di gennaio in poi.

L'attività influenzale è stata sostenuta principalmente dal sottotipo A(H3N2), responsabile di epidemie in gran parte dei paesi europei, Italia compresa. Influenza di tipo A(H3N2) è stata segnalata anche da Federazione Russa, Canada, Marocco, Hong Kong, Repubblica di Corea.

L'incidenza dell'influenza A(H1N1) è stata invece sporadica, con più frequenti isolamenti di stipiti appartenenti a questo sottotipo negli Stati Uniti d'America, in Israele e Svezia e rari casi segnalati da altri Paesi asiatici ed europei. Focolai di influenza da virus B sono stati individuati nella Cina settentrionale a partire dal gennaio 1998 e casi sporadici di questa influenza sono stati segnalati anche da vari Paesi europei, tra cui l'Italia, dagli Usa e da alcuni paesi africani.

CAPITANIO, "PADRE" DI TANTI BIMBI CHE NON SAREBBERO MAI NATI

Poche settimane fa se ne è andato il prof. Luigi Capitanio, grande medico ginecologo. Per ricordarlo pubblichiamo questo addio da parte di una collega, mamma di un bambino che non sarebbe mai nato.



La sua vita si è dissolta in un secondo, lasciandoci increduli, feriti, quasi traditi. Da collega ho sempre seguito con interesse i suoi successi in un campo affascinante ma arduo, delicato e ricco di incognite perché, forse più di altri campi, in un indefinito equilibrio tra l'essere e il non essere. Non ero pronta, però, a leggere questa drammatica notizia su di lui; aveva ancora tante cose importanti da fare, che noi tutti aspettavamo si realizzassero.

Negli anni '70, entusiasta studentessa di medicina, ero rimasta affascinata dalle lezioni del prof. Pescetto sulla fisiopatologia della riproduzione; le sue parole mi avevano comunicato una illimitata e forse sproporzionata fiducia nelle possibilità della medicina moderna. Non immaginavo allora che solo qualche anno più tardi avrei sperimentato di persona da paziente, questa volta, queste stesse potenzialità terapeutiche.

Così anch'io come migliaia di aspiranti madri angosciate e sfiduciate sono approdata nello studio del prof. Capitanio trascinandomi dietro una spaventosa pila di cartelle cliniche e documentazione di esami, risultato di cinque infruttuosi anni di indagini e trattamenti, raccolti con l'ossessiva meticolosità del tipico paziente-medico.

Non c'è stato bisogno di molte spiegazioni, era come se lui sapesse già tutto. Mi è subito sembrato molto serio, estremamente onesto, disponibile, rassicurante, ma forse eccessivamente otti-

mista. Eppure involontariamente sono rimasta contagiata dalla carica magnetica dei suoi occhi e sono diventata ottimista anch'io.

Mi sono imbarcata per la terza volta nell'inquietante avventura-tortura del Gift... e ha funzionato! Il prof Capitanio ha lasciato senz'altro un'impronta indelebile nell'ambiente universitario ma, ancora di più, nella vita di tante donne che senza di lui non sarebbero mai diventate madri. E' stato capace di abbinare le capacità tecniche di un grande Medico ad una sensibilità e disponibilità così accentuate da permettersi di ottenere tanti successi in pazienti di solito difficili da trattare.

Ai suoi collaboratori lascia un'eredità importante. Nonostante gli ostacoli burocratici è riuscito a creare un'equipe di alto livello, della quale era molto orgoglioso. Non sarà un compito facile, andare avanti senza l'entusiasmo e la tenacia del suo sorriso, ma sono sicura che i suoi collaboratori riusciranno a non tradire i suoi sogni, perché lui ha dedicato tanto della sua vita a questo obiettivo, e soprattutto perché ci sono ancora tante madri angosciate che aspettano che i loro piccoli angeli diventino dei bambini veri.

MALATI VERI E MALATI FINTI

Garbata polemica tra il centro di tutela del malato e l'Ordine

La polemica non è freschissima, nel senso che trae origine da un articolo pubblicato su "Genova Medica" nel novembre del '97, quindi quasi un anno fa. Ma poichè verte su argomenti sempre attuali riteniamo interessante proporla ai nostri lettori, che potrebbero trovarci motivi di riflessione certamente non superati. La signora Maria Chighine Massidda, presidente della Confederazione dei Centri liguri per la tutela dei diritti del malato, ha dunque scritto a "Genova Medica" a metà dello scorso mese di giugno, facendo riferimento a un articolo intitolato "Medicopoli o pazientopoli" di sette mesi prima. Ma lasciamo a lei la parola.

Abbiamo letto con interesse l'articolo "Medicopoli o pazientopoli" apparso sul n.11 di "Genova Medica" scritto da un gruppo di Medici di Genova Cornigliano. Siamo d'accordo che tutti i comportamenti illeciti sono da biasimare, ma diverso è il grado del "peccato".

"La maggior cultura (laurea) dei Medici rispetto ai propri pazienti della zona li porta certamente ad una maggiore e piena consapevolezza dell'illecito che stanno commettendo. Inoltre il Medico è delegato dal Servizio sanitario a stabilire cosa la comunità deve spendere a favore del paziente per guarirlo od alleviarne la situazione. Ha un rapporto fiduciario con il servizio sanitario nazionale e quindi con tutta la comunità.

"La consapevolezza per la prescrizione del farmaco a nome del nonno esente o per la concessione del grado di invalidità è soprattutto del Medico che è delegato ad espletare con scienza e coscienza il compito di prescrivere costi a carico della comunità. Lo stesso dicasi per i certificati di malattia rilasciati a lavoratori che chiaramente vogliono "bigiare".

"Questo non per assolvere il paziente medio italiano, che a volte tende a ricorrere a furbizie spesso illecite, ma per mettere la mancanza su un piano diverso. Per moralizzare la situazione si deve partire prima da un corretto comportamento del Medico che deve educare il proprio assistito. Le altre accuse fatte al paziente nell'articolo possono essere vere, ma conseguenti al grado di rapporto Medico/assistito".

Così ha risposto il presidente dell'Ordine: "Ho letto il suo commento al "pezzo" pubblicato sul bollettino n.11/97 a firma di alcuni Medici di medicina generale di Sestri e Cornigliano. Lei sa quanto la stimi per la sua attività e per l'impegno che profonde a favore del malato. Presuntuosamente credo che la stima sia reciproca e, pertanto, mi permetto di fare alcune mie considerazioni in merito al suo scritto.

"Intanto devo affermare che probabilmente le è sfuggito il vero end-point dell'articolo in questione: ritengo infatti che lo scopo dei redattori fosse quello di sottolineare come, da parte dei mass-media, e fors'anche di una certa magistra-

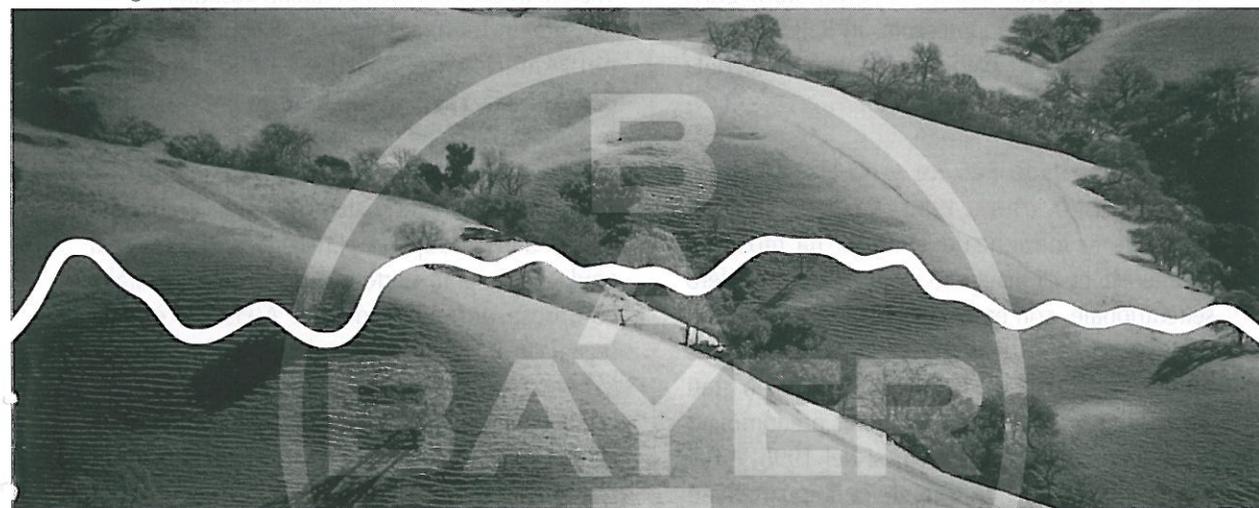
tura, sia invalso l'uso di sbattere il mostro in prima pagina identificando, spesso, il mostro con il Medico. Ora, se è pur vero che nella categoria esistono colleghi certamente rei (ma in quale ceto sociale non ne esistono?), è anche vero che, oggi, il Medico (di qualsivoglia comparto) opera in condizioni di indubbia difficoltà (sia burocratica - avviluppato com'è da norme, leggi, leggine sempre più limitative della potestà di curare - sia ambientale: è del luglio scorso la notizia che uno dei più grandi e prestigiosi ospedali europei, l'Umberto I di Roma, è stato sotto sequestro giudiziario per valutarne l'idoneità igienica).

"Pertanto, torno a ripetere, l'obiettivo dell'articolo, credo, era quello di porre l'accento sulla tendenza a colpevolizzare unilateralmente il Medico che, non sempre, ha colpe dirette. Il rilievo sui cittadini, pare di capire, è stato fatto per evidenziare come sia necessaria una omogeneità di comportamento nei confronti dell'accertato reo.

"Nella fattispecie io non concordo con lei quando giustifica meno il laureato nei confronti del

meno colto. Forse che se una mela viene rubata da un ingegnere o un Medico questi è più colpevole rispetto al ladro analfabeta? Io capisco che certe figure sociali hanno un dovere deontologico ed etico nei confronti del singolo e della comunità, ma chi ruba una mela è indipendentemente dal titolo di studio un ladro! E chi froda lo Stato (leggi falsi invalidi) altrettanto.

"Infine mi risulta che lei abbia un ruolo di forte responsabilità nella Confederazione ligure per la tutela dei diritti del malato. Ma di malati, in quell'articolo, proprio non si parlava. Anzi! Si parlava di "finti malati". Da un rilievo statistico emerge che il 3 luglio u.s., in occasione di Francia-Italia, gli studi dei Medici di famiglia erano semideserti. Che le partite della Nazionale guariscano la gente? A meno che lei non voglia cambiare la denominazione della Confederazione aggiungendo in calce...del malato e del finto malato. Oppure continui ad occuparsi come sempre ha fatto così alacramente e con profitto e dedizione solo dei malati. Con affetto e stima".



Glucobay®
acarbose

Bayer
Linea Bayropharm



Dep. Min. San. in data 29.03.1996