



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

Sito Internet: www.montallegro.it
e-mail: clienti@montallegro.it

Numero Verde
800-417398

Anno 7 - N. 4 - Aprile 1999 Periodico Mensile - Autorizzazione n. 15 del 26/04/1993 del Tribunale di Genova - Sped. in A.P. - 45% - Filiale di Genova

GENOVA M E D I C A

ORGANO UFFICIALE DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI
E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI GENOVA



ORDINE, UN ANNO DI BATTAGLIE

4⁹⁹

◆ **COME CALCOLARE
DA SOLI
LA PENSIONE**

◆ **NON DIMENTICARE
IL RISPETTO
PER I COLLEGI**

◆ **PER IL LATTANTE
È MEGLIO DORMIRE
SU UN FIANCO?**

ALL'INTERNO "DENTISTI NOTIZIE"

A casa? Stanno tutti bene.

*Chi si occupa della salute degli altri
conosce l'importanza della sicurezza e della tranquillità.*

*Sa che prevenire
è il modo migliore per risolvere i problemi.*

*Tutte le garanzie Acmi sono pensate
per proteggere quello che è importante
nella vita professionale e privata di un medico.*

*E la polizza malattia Acmi, per esempio,
è stata giudicata la migliore sul mercato
dalla stampa specializzata.*

**Perché chi si occupa della salute degli altri
deve stare bene.**



Piazza della Vittoria 12/22 - 16121 Genova - tel. 010/581004
Via Lanzone, 31 - 20121 Milano - tel. 02/86455434
Riviera S. Benedetto 96/A - 35100 Padova - tel. 049/8721414
Internet <http://www.simass.it/acmi>
e-mail: acmi@simass.it

Numero Verde
1678-04009

	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.: Prof. L. Morra Spec.: Radiodiagnostica medica Resp. Terapia fisica: Dr. M. Piscopello				*		*		*		
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.: Dr.ssa M. Clavarezza 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				*	*		*			

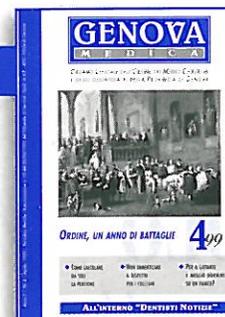
LEGENDA: PC = Patologia Clinica, TF = Terapia Fisica, RB. = Responsabile di Branchia
Ria = Radioimmunologia, S = Altre Specialità, L.D. = Libero Docente, MN = Medicina Nucleare in Vivo
DS = Diagnostica strumentale, Spec. = Specialista, RX = Radiologia Diagnostica, T = Tomografia Ass. Comp.,
RT = Terapia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

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

STRUTTURE PRIVATE ADERENTI - (PROVINCIA DI GENOVA 1998)

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

STRUTTURE PRIVATE	INDIRIZZO E TEL.	SPECIALITA'									
		PC	Ria	MN	RX	RT	TF	S	DS	T	RM
IST. BARONE Dir. San.: Dr. F. Pellegrini R.B.: Dr. G. Sconfienza	GENOVA P.sso Ponte Carrega 35/37r 010/8367213				*		*	*	*		
IST. BIOMEDICAL Dir. San.: Dr. L. Corsiglia R.B.: D.ssa P. Nava (biologa) Spec.: Igiene R.B.: Dr. G. Castello Spec.: Radiologia	GENOVA Via Prà 1/B 010/663351	*	*		*		*	*	*	*	*
IST. BIOTEST ANALISI Dir. San. e R.B.: Dr. F. Masoero Spec.: Igiene e Med. Prev.	GENOVA Via Maragliano 3/1 010/587088	*	*					*	*		
IST. CHIROTHERAPIC Dir. Tec. e R.B.: D.ssa A. Zanni Spec.: Medicina Fisica e Riabil. Dr. V. Poggi Di Castellaro Spec. Radiologia Medica	GENOVA C.so Buenos Aires 11/2 010/562212				*		*				
Dir. Tec.: Dr. M. Dogliotti Spec.: Fisiocinesiterapia e Ried. Neuromotoria Ortopedia e Traumatologia	Via Macaggi 25/10 010/5702107						*				
Dir. San.: Dr. G.C. Bezante Cons. Fis.: Dr. M. Dogliotti Spec. in Fisioterapia	Via S. Desiderio 16 (Ge- Rapallo) 0185/62621						*				
IST. Radiologico e T. Fisica CICIO Dir. San. e R.B.: Dr. G. Cicio Spec.: Radiologia	GENOVA C.so Sardegna 40a 010/501994				*	*	*		*		
IST. EMOLAB Dir. San. e R.B.: Dr.ssa R. Iannone L.D.: Chim. e Microscopia Clinica R.B.: Dr. S. De Pascale Spec. Radiologia	GENOVA Via G. B. Monti 107r 010/6457950 010/6451425	*	*		*				*	*	
IST. FIDES Dir. Tec.: Dr. Marco Scocchi Spec. Medicina Fisica e Riab. Dir. Tec.: D.ssa Caterina Sgarito Spec. Fisioterapia	GENOVA Via Bolzano, 1B 010/3741548 Via G.B. Monti, 9/4 010/417118 - 6469491						*		*		
IST. GALENO Dir. san. e R.B.: D.ssa G. Barberis Biologo Spec.: Igiene or. Lab. R.B.: Dr. A. Caneda Spec. Radiologia Medica Dir. tec.: Dr. E. Gamba Spec. Ter. Fisica e Riabilitaz.	GENOVA P.sso Antiochia 2a 010/319331 010/594409 010/592540	*			*	*	*	*	*	*	
IST. GIORGI Dir. San. e R.B.: Dr. G. Giorgi Spec.: Radiologia Medica	GENOVA Via Ceccardi 3 - 010/592932 Via Vezzani 35r - 010/7457474/5				*	*	*	*	*		
IST. I.R.O. Radiologia Dir. Tec. e R.B.: Dr. L. Reggiani Spec.: Radiodiagnostica R.B.: Dr. G. Verso Spec.: Reumatologia	GENOVA Via Vannucci, 1/15 010/561530-532184				*		*	*	*		
IST. ISMAR Dir. San. e R.B.: Dr. Ferruccio Costa Spec.: Patologia Clinica ind. gen. e dir. R.B.: Prof. Paolo Romano Spec.: Cardiologia	GENOVA Via Assarotti, 17/1 010/8398478 fax 010/888661	*	*					*			



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

Direttore Editoriale

Dr. Corrado Canestro

Direttore Responsabile

Dr. Sergio Castellana

Comitato di Redazione

Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Genova

Presidente: Dr. Sergio Castellana

Vice Presidente: Prof. Emilio Nicola Gatto

Segretario: Prof. Giandomenico Sacco

Tesoriere: Dr. Anna Maria Gandolfo

Consiglieri

Dr. Maria Clemens Barberis

Prof. Dante Bassetti

Dr. Massimo Blondett

Dr. Gianbernardo Fusco

Prof. Riccardo Ghio

Dr. Maurizio Giunchedi

Prof. Claudio Giuntini

Dr. Luca Icardi

Dr. Giuseppe Mina

Dr. Luca Nanni

Prof. Giovanni Regesta

Dr. Marco Oddera

Dr. Gabriele Perosino

Collegio dei revisori dei conti

Prof. Fernanda De Benedetti

Dr. Antonio Bianchini

Prof. Giulio Cesare Peris

Dr. Alberto Ferrando

Commissione albo odontoiatri

Presidente: Dr. Tullio Zunino

Segretario: Dr. Stefano Bovone

Dr. Marco Oddera

Dr. Gabriele Perosino

Prof. Giuliano Ricci

Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Genova: Piazza della Vittoria 12/4 - 16121 Genova - Tel. 010.58.78.46 - 54.33.47

Fax 59.35.58 - Sito Internet: www.erga.it/ordmedge - E-mail: ordmedge@erga.it

Periodico Mensile Anno 7 - n° 4 - Aprile 1999 - Tiratura 8.000 copie - Autorizzazione n.15 del 26/04/1993 del Tribunale di Genova
Spedizione in abbonamento postale - Gruppo IV 45% - Redazione e Segreteria: Via Corsica, 16/B Genova - Pubblicità, progetto grafico e impaginazione: **Freeline s.n.c., Via Corsica 16/B 16128 Genova, Tel. 010/58.29.05 fax 010/59.09.06** - Coordinamento redazionale: Estro S.r.l. Via Fiasella, 12 Genova, Tel.010/56.10.81 - fax 010/56.10.81 Stampa: PG2 s.n.c., Via Roma 218 16019 Ronco Scrivia (Ge)

APRILE

S O M M A R I O

Anno 7 - Numero 4 Aprile 1999

IN PRIMO PIANO

Pagina 2: L'Ordine lotta, ma è solo

Pagina 4: La statistica di un anno di lavoro

ETICA & PROFESSIONE

Pagina 6: Più rispetto per i colleghi

Pagina 7: Il testo del protocollo dell'Ordine

CRONACA & ATTUALITA'

Pagina 9: Caro Ministro, perché non la Viacard sanitaria?

PREVIDENZA & ASSISTENZA

Pagina 15: Rivalutati redditi e contributi

Pagina 16: Come calcolare da soli la pensione

SCIENZA & MEDICINA

Pagina 19: Il lattante: meglio su un fianco?

LEGGI & REGOLE

Pagina 25: Cambiano le professioni sanitarie e arrivano nuove norme sulla pubblicità

VARIE

Pagina 13: Cure palliative, qualcosa si muove

Pagina 28: Sondaggio sulla procreazione assistita

P. 31 DENTISTI NOTIZIE

Finito di stampare nel mese di aprile 1999

L'ORDINE LOTTA, MA E' SOLO

La preoccupata relazione del presidente all'assemblea

Tanti motivi di preoccupazione, qualche ragione di soddisfazione, lo sconforto di fronte ad una categoria che, nella sua stragrande maggioranza, punta più a coltivare il proprio orticello che a salvare i principi di coerenza e di coesione di fondo, dando prova di sostanziale assenteismo e indifferenza. E' un aspetto deterioro della professione che, per quanto forse radicato, non va taciuto, ed anzi deve essere denunciato con forza. Basti considerare che nel '98 il presidente ha ricevuto 240 colleghi, e che all'assemblea c'erano circa 200 persone. Lo ha notato Sergio Castellaneta, presi-

dent e n t e dell'Ordine, introducendo la sua relazione all'assemblea annuale degli iscritti, tenutasi la sera del 31 marzo scorso alla sala Quadrivium. Una situazione, quella del "menefreghismo" che va comunque messa in conto, e che non deve assolutamente intaccare la volontà dell'Ordine di affrontare con piena determinazione i problemi che gli vengono sottoposti. Così è accaduto nell'anno trascorso, come già nel passato, e così - ha assicurato Castellaneta - accadrà ancora, almeno finché ci sarà questo presidente e questo Consiglio: "Il presidente deve resistere e impegnarsi, non può certo passare il tempo a piangere". Il problema è solo quello che si spende cento per ottenere cinque, e che con maggiore partecipazione si otterrebbe senz'altro di più. Anche se motivi di sconforto nero ce ne sono a bizzeffe.

"Forse la categoria è abituata a lamentarsi a tutto spiano, ma la situazione attuale stravolge e minaccia l'essenza stessa della professione". L'indifferenza predominante dei colleghi spiega anche perché l'Ordine è costretto spesso a ricorrere alla via giudiziaria, lunga e defaticante: un'azione sindacale sicuramente sarebbe più rapida e incisiva, ma richiede la partecipazione

"LA META' PIENA DEL BICCHIERE"

All'assemblea dell'Ordine dopo la relazione del presidente Castellaneta ha preso la parola il tesoriere, Anna Maria Gandolfo, che ha illustrato le varie cifre dei bilanci consuntivo e preventivo (approvati poi a maggioranza). Ma ha speso anche qualche frase per ricordare che "oltre alla metà vuota del bicchiere c'è anche la metà piena". Rappresentata dai diversi centri che funzionano egregiamente, dal personale il più delle volte attento, volenteroso e diligente (una particolare menzione per i dipendenti dell'Ordine), da tutti quei Medici che, al di là di ogni retorica, lavorando in umiltà e silenzio, lontani dai riflettori, salvano delle vite umane. E danno concretezza allo "slogan" coniato dal consigliere dell'Ordine prof. Sacco: "Il Medico è la medicina".

DENTISTI NOTIZIE



"ANALISI DELLA CIRCOLARE MINISTERIALE 295/E SULLE METODOLOGIE DI VERIFICA DEGLI STUDI ODONTOIATRICI" EFFETTUATA DURANTE L'ASSEMBLEA STRAORDINARIA ANDI GENOVA DEL 29/3/99 - DICITURA PARCELLE"

Si comunica che nell'affollata Assemblea Straordinaria Andi Genova del 29/3/99, oltre alla Elezione dei delegati per l'Assemblea Nazionale Ordinaria, si è analizzata insieme al Consulente fiscale dr. Merli, **la circolare ministeriale 295/E sulle nuove metodologie di verifica dei nostri studi.**

Fra le varie considerazioni emerse, ce n'è una molto importante che reputiamo necessario comunicare a tutti i colleghi anche a quelli non presenti in Assemblea e anche a quelli non iscritti al sindacato.

Il nostro Consulente, insieme al nostro delegato nazionale dr. Oriana, avallando, la nostra "linea sindacale" (peraltro comune in gran parte d'Italia) ha ulteriormente consigliato, **nell'ottica dell'omogeneità comportamentale della categoria, di continuare da parte nostra ad emettere fatture con dicitura generica** (nonostante la circolare ministeriale 295/E indichi invece la specificazione della stessa, ribadendo l'efficacia della risoluzione ministeriale n.111 E del 9/5/95).

La dicitura pertanto consigliata è la seguente: **"Ciclo di cure (o prestazioni) specialistiche odontostomatologiche di conservativa o protesiche o parodontali o chirurgiche od ortodontiche, etc."**

Tale dicitura rispetta la natura, la qualità e la quantità dei servizi forniti. Inoltre si ricorda di apporre sulla fattura la già comunicata dicitura riguardante la legge sulla Privacy 675/96.

Tutto ciò in ottemperanza a:

a) al nostro codice deontologico (art. 13) ed al conseguente rispetto **del segreto professionale** (art.622 C.P.)

b) alla legge sulla Privacy n.675/96

Il nostro codice e la citata legge hanno priorità rispetto ad una circolare o ad una risoluzione ministeriale.

Inoltre vi è una sentenza della Commissione Tributaria di Sassari favorevole a questa interpretazione che pertanto conforta questa linea operativa.

NOTIZIE IN BREVE

LA SALUTE DELLA DONNA TRA SCIENZA, MASS-MEDIA E DIVULGAZIONE - E' questo l'argomento scelto dall'Associazione ginecologi consultoriali liguri (Agicol) come filo conduttore del quarto congresso regionale, in programma il 7 e l'8 maggio all'Auditorium E.Montale (teatro Carlo Felice) di Genova. Il programma del congresso - che ha il patrocinio dell'assessorato alla Sanità della Regione e dell'Ordine dei Medici - contempla l'apertura nel pomeriggio di venerdì 7 con i consueti saluti e la relazione introduttiva del dott. S. Viglino, e a seguire esposizioni di C.G. Fava, D. Diena, N. Ragni, P.L. Venturini, D. Dodero, I. Baldaro Verde, M. Caniglia, R. Rossi. Nella seconda sessione, la mattina di sabato 8, parleranno E. Cevasco, S. Viglino, G. Siri, S. Costantini, G. Guglielminetti, C. Maltese, M.T. Marchese e M. Cornia.

AGGIORNAMENTO IN FLEBOLOGIA - La sezione ligure della Società italiana di flebologia organizza per sabato 8 maggio, all'Hotel Villa Pagoda di Genova Nervi, il 7° incontro di aggiornamento regionale, unitamente al 3° congresso interregionale ligure-tosco-piemontese-sardo. In programma una dozzina di relazioni scientifiche, tenute da clinici di notorietà nazionale. Il meeting è organizzato con il patrocinio dell'Ordine dei Medici di Genova. Per informazioni tel. dott. Giorgio Forgiore, 010-504015, segreteria organizzativa 010-3991390. La partecipazione è gratuita.

CONFERENZE AL DIMI

Il Dipartimento di medicina interna e specialità mediche dell'Università organizza le conferenze clinico-scientifiche, ogni giovedì alle 17, presso l'Aula Magna dell'Università. Ecco il programma dei prossimi appuntamenti: 29 aprile - "Autoimmunità ed epatiti croniche" - Prof. Francesco Bianchi (Bologna) - Proponente: Scuola di specializzazione in gastroenterologia ed endoscopia digestiva. In maggio: 6 - "Pancreatiti acute" - Prof. Giorgio Cavallini (Verona) - Proponente: Scuola di specializzazione in gastroenterologia ed endoscopia digestiva; 13 - "Storia naturale delle epatiti croniche virus corralate" - Prof. Paolo Gentilini (Firenze) - Proponente: Scuola di specializzazione in medicina interna; 20 - "L'uso corretto dei corticosteroidi in reumatologia" - Prof. Gian Piero Pasero (Pisa); 27 - "Terapia dell'epatocarcinoma" - Prof. Luigi Buscarini (Piacenza) - Proponente: Scuola di specializzazione in gastroenterologia ed endoscopia digestiva.

SA.GE. 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**

ne corale, o quanto meno consistente, dei colleghi, che invece latitano. Purtroppo qualche risultato si è ottenuto. E' finito, ad esempio, lo scandalo dei primari a scavalco (chiamati cioè contemporaneamente alla guida di due reparti di ospedali diversi, anche distanti tra di loro), ed è cessata, in diversi casi, la preoccupante abitudine di aziende ospedaliere di inserire nei turni di guardia al pronto soccorso Medici con le specializzazioni più diverse, per cui un dermatologo, ad esempio, si trovava ad affrontare emergenze ortopediche (ma per risolvere questo problema è stata di fondamentale aiuto l'iniziativa di alcuni Medici oculisti di Sampierdarena, che hanno reso una dichiarazione per così dire di "inadeguatezza professionale" avvertendo di non essere in grado, data la loro specializzazione, di sopperire alle emergenze di un pronto soccorso). Castellaneta ha anche richiamato un problema

che, come tutti ricorderanno, è stato un cavallo di battaglia dell'Ordine genovese: quello dell'intramoenia e dell'obbligo per gli ospedalieri di scegliere entro il 1° luglio se fare attività privata all'interno o all'esterno degli ospedali. Il ritardo delle strutture pubbliche nel predisporre adeguati spazi per l'attività privata è stato ora aggirato dal ministro della Sanità, il quale ha previsto la possibilità di fare attività intramoenia anche negli studi privati. Ma tutto, comunque, è passato nella quasi totale indifferenza della categoria. E nella colpevole assenza della Federazione.

Un tasto, questo della Fnomceo, sul quale Castellaneta ha particolarmente insistito, ricordando anche quanto accaduto a Montecatini, in occasione della redazione del testo del nuovo codice deontologico. Stava passando - con l'assenso della Federazione - il principio che il Medico debba improntare l'atto medico al rispet-

RICORDIAMOLI COME SE FOSSERO ANCORA TRA NOI

Ecco l'elenco dei colleghi scomparsi nel '98, ricordati da Castellaneta all'inizio dell'assemblea dell'Ordine: Carlo Barbieri, Giacomo Basso, Giuseppe Bersani, Vezio Berutti Bergotto, Franco Borghetti, Carlo Brignole, Maurizio Buscaglia, Gianluigi Capitano, Salvatore Caponnetto, Enrico Eugenio Ludovico Caprile, Ferdinando Carpineti, Girolamo Cicio, Alberto Cionci, Luigi Conzi, Giuseppe Corradi, Giuseppe Cosmelli, Pier Giovanni Costa, Laura Cristofoli, Emilio Dallorso, Giuseppe De

Miglio, Pierluigi Devoto, Giuseppe Di Paola, Alfredo Fenocchietto, Evaristo Antonio Ferraresi, Giovanni Ferretto, Roberto Firpo, Domenico Fossati, Giovanni Franceschi, Ottavio Galeazzo, Andrea Garattini, Davide Ghiglino, Giorgio Ghiron, Giovanni Gialanella, Mario Gianelli, Lotario Gramegna, Alessandro Guffanti, Giuseppe Le Boffe, Augusto Maggiolo, Bruno Materni, Giovanni Merello, Luigi Meus, Leopoldo Montanari, Adriano Musso, Probo Neri, Sergio Onorato, Claudio Orsini, Cosmo Paccione,

Ildebrando Pasceri, Elio Perasso, Giuseppe Piccardo, Gino Pini, Michele Piva, Grazia Maria Podestà, Ugo Quadri, Giovanni Ramella, Vincenzo Repetto, Erminia Rivera, Angelino Roncallo, Luigi Santacroce, Guido Savigni, Andrea Scopesi, Francesco Siliato, Alessandro Soliano, Gaetano Spinelli, Giuseppe Tavella, Nario Trasino, Giovanni Battista Travi, Nicola Trojano, Mario Vespier, Tullo Vitali, Silvio Vitriolo, Luigi Volta. Degli iscritti all'albo odontoiatri è mancato Riccardo Cetina.

triche - specie se effettuate in Consultorio - ecc.) però la maggior parte delle prestazioni richiede la "cruna dell'ago" del medico di M.G. Ed allora perché, caro (sempre si fa per dire) Ministro non inventiamo una viacard sanitaria A SCALARE che alzi la sbarra dello studio (non l'ambulatorio - altrimenti c'è il busillis dello smaltimento dei rifiuti speciali) del medico di casa?

Se ogni accesso presso ridetto studio scalasse una quota da definire dalla viacard lo sa quanti cittadini (questa volta sì che li possiamo chiamare con questo termine in quanto non tutti gli astanti di una sala d'attesa del medico di M.G. sono malati) in meno accederebbero allo studio medico?

Sa quanti pensionati dopo aver fatto la pennichella pomeridiana ed aver prelevato il nipotino dall'asilo si fermerebbero a contemplare (sempre con spirito critico, per carità) gli scavi e i lavori stradali anziché andarsi a scaldare (d'inverno) o a chiacchiere

con l'assistente di studio (se non esiste c'è sempre l'ultimo numero di Panorama) del medico di famiglia? L'"indiretta" insegna: è meglio di qualsiasi antibiotico o antiflogistico. In epoca di indiretta (ormai obsoleta) o a ferragosto o il martedì grasso (c'è il rischio di essere spruzzati di schiuma da barba) i cittadini (...) sono quasi tutti guariti.

Ed allora, Ministro, se il ticket lo mettiamo *alla fonte* (decida lei quanto) e comunque a beneficio dello Stato e non certo del medico, lo sa quanti sarebbero contenti?

I pazienti che, pagato subito il dazio, non dovrebbero pagarlo poi in farmacia o in ospedale o nei presidi Usl o altrove.

I farmacisti che potrebbero così dedicarsi a fare cose più pertinenti alla loro istruzione che non a fare i semplici commessi di negozio o impiegati riscuotitori dello Stato. Gli specialisti sia ambulatoriali sia ospedalieri non dovrebbero più controllare se il paziente è in possesso della faticosa rice-

vuta del pagamento ticket prima di effettuare la visita.

I medici di famiglia, almeno credo, che (con la sala d'attesa popolata al 50% rispetto ad oggi) potrebbero dedicarsi di più alla clinica e, speriamo sempre meno, alla burocrazia, comunque di persone veramente bisognose di consulenza (anche psicologica e sociale) del medico (per altri problemi ...i preti non li hanno ancora aboliti).

I direttori generali delle Usl che potrebbero adibire tutti gli operatori ora impiegati ad affari legati al ticket, ad altre mansioni più utili all'azienda ed al cittadino (anche medico).

Gli stessi riscuotitori che vedrebbero esaltata, forse, in altre mansioni la loro professionalità al di fuori della mera riscossione di proventi.

Certo ci sarebbe da affinare le procedure: quanto far pagare la Viacard Sanitaria? Come comportarsi con gli esenti? Si potrebbe pensare a prezzi diversificati in base al reddito e/o all'esenzione.

confronto della frequenza della Sids in una casistica di lattanti tenuti tutti in posizione supina (o tutti su un fianco) con la frequenza della Sids in una casistica, della stessa nazione, di lattanti tenuti tutti proni; ma oggi ciò sarebbe delittuoso.

Nell'ultima edizione del 1996 del diffusissimo "Nelson Textbook of Pediatrics", nel capitolo di J. Herbst sul reflusso gastro-esofageo viene sottolineato che, mentre "molti lattanti hanno un reflusso di grado lieve ("minor"), altri dall'1 su 300 all'1 su 1000, presentano un cospicuo reflusso con complicazioni"; e viene consigliato, per prevenirle, che i lattanti più piccoli nel sonno siano tenuti proni. Alla Sids è dedicato un semplice accenno, senza alcun suggerimento.

Nel capitolo sulla Sids di C.E. Hunt, viene riferito che la fre-

quenza della Sids negli Usa negli ultimi anni è diminuita sensibilmente, essendo di circa 1,3 su 1000 lattanti, il 40% dei quali però viene ancora tenuto prono; si aggiunge che la posizione prona è decisamente da bandire come dimostra la "caduta" della Sids fino allo 0,4-0,5 per 1000 lattanti in alcune statistiche (di altre nazioni) nelle quali solo il 3-10% dei lattanti viene tenuto prono; si segnala che la "campagna" per la prevenzione della Sids negli Usa è decisamente a favore della posizione sul fianco o di quella supina. Vi è un semplice accenno alla esistenza di altre cause di morte nel lattante: non è citato neppure il reflusso gastro-esofageo.

Anche numerosi altri autori (e associazioni e istituzioni) che attualmente o da parecchi anni

in molte nazioni si occupano esclusivamente o quasi di Sids e concludono senza alcuna incertezza che la posizione prona è da abbandonare, non prendono posizione a favore dell'una o dell'altra delle due rimanenti posizioni: accettano che il pediatra scelga o la posizione supina o quella su un fianco.

Io seguito a ritenere che, se consideriamo entrambi i problemi, è meglio scegliere la posizione sul fianco (cercando di "fissarla" con qualche accorgimento) e preferibilmente sul fianco destro, per non "schiacciare" l'emitorace sinistro, che ha minor spazio disponibile per il respiro, essendo occupato dal voluminoso cuore del lattante.

Rolando Bulgarelli

già direttore della Clinica pediatrica "Gaslini" dell'Università di Genova.

PRIMARI OSPEDALIERI - E' stato recentemente costituito il nuovo direttivo regionale dell'Anpo (Associazione nazionale primari ospedalieri) che risulta così formato: presidente onorario Fortunato Rizzo, primario emerito malattie infettive ospedale San Martino, presidente Giuseppe Romagnoli, primario chirurgia pediatrica ospedale San Paolo di Savona, vice presidenti Giuseppe Cannella, primario nefrologia e dialisi San Martino, e Bruno Faravelli, primario pneumologia ospedale Sampierdarena, segretario Mario Pilade Parodi, primario medicina ospedale Gallino di Genova Pontedecimo e tesoriere Nicolò Piersantelli, primario malattie infettive dell'ospedale Galliera.

al rischio relativo della posizione prona rispetto alla supina: 13,9 (95% CI 8,2-24 nella succitata indagine di Oyen et al.). Ho letto pure il recentissimo commento, su Quaderni ACP (1998; 5:1), su un caso, impressionante, descritto su Arch Dis Child (1998; 78:481), di morte di un lattante addirittura in un "centro per la Sids" nel quale era stato messo a dormire sul fianco. Indubbiamente la letteratura sui rapporti tra Sids e posizione del lattante si è molto ampliata in questi ultimi anni, pur essendo giustificato ammettere che non tutto è stato chiarito. E secondo il prof. Bulgarelli, prima

di porre la parola fine su questo argomento e abbandonare del tutto la posizione laterale, sono necessarie altre indagini particolarmente su un eventuale aumento dei casi di morte da rigurgito a causa della posizione supina, e per una maggiore precisazione del grado di pericolosità per Sids della posizione sul fianco, anche dopo averla resa più stabile tramite particolari accorgimenti.

Restiamo in attesa. E forse ne riparleremo assieme, il prof. Bulgarelli ed io, ancora su questa rivista, tra non molto tempo.

Alberto Ferrando

Associazione Pediatri extraospedalieri Liguri (APEL)

"ruotano", sono più numerosi (rapporto 5:1) quelli che assumono la posizione supina che quelli che arrivano alla prona (cit. da Willinger e collaboratori, 1994).

L'AAP concludeva che i pediatri debbono decidere sulla posizione "considerando rischi e benefici": e aggiungeva addirittura che il reflusso gastro-esofageo ("con sintomi"), e particolari anomalie delle vie aeree superiori possono far preferire la posizione prona nel sonno.

Dall'analisi della letteratura pediatrica risulta evidente che quei pediatri che si occupano prevalentemente di puericultura e di gastroenterologia hanno molto maggiore timore del reflusso gastro-esofageo dei lattanti rispetto a quei pediatri che si occupano (eventualmente solo in un dato periodo)

prevalentemente di Sids. E sono molto discordanti:

a) i dati sulla frequenza delle complicazioni e delle morti per reflusso gastro-esofageo, che alcuni autori, al contrario di molti altri, ritengono rare. Ed è da sottolineare che le poche statistiche che si sono occupate anche di questo pericolo recentemente, cioè dopo che si è consigliata, giustamente, la posizione supina per prevenire la Sids, si sono basate su casistiche che inserivano, senza precisarne le percentuali, sia la posizione supina che quella sul fianco, spesso preferita alla supina negli Usa e in altre nazioni;

b) i dati sulla frequenza della Sids prima della "campagna" del 1992: la massima è del 4 e la minima è dello 0,08 su 1000 lattanti (quest'ultima deriva dall'unica statistica naziona-

le italiana, del 1987, che sembra poco attendibile);

c) i dati sulla percentuale della Sids rispetto al totale delle morti nel primo anno di vita, dopo il periodo neonatale. Anche negli Usa e "nelle nazioni più industrializzate i dati sulla mortalità nei lattanti sono ottenibili con difficoltà", ha sottolineato perfino l'"Annual Summary" nella sua ampia relazione del 1996 per il 1995;

d) i dati sulla entità della diminuzione - per altro complessivamente indiscutibile - della Sids in seguito alla "campagna" contro la posizione prona. Questa posizione entra tuttora in percentuale piuttosto alta in parecchie casistiche degli ultimi anni utilizzate per le statistiche sulla diminuzione della Sids: la conclusione più sicura sarebbe quella derivante dal

la mettono del tutto al bando anche oggi. Segnala che anche nell'indagine più ampia a nostra conoscenza gli autori, Oyen et al. ("Combined effects of sleeping position and prenatal risk factors in sudden infant death syndrome. The nordic epidemiological Sids study". Pediatrics 1997; 100:613), concludono che "la posizione sul fianco ha un rischio di Sids superiore a quello della posizione supina", ma, ritenendo che la pericolosità della posizione sul fianco dipenda da una rotazione verso la prona durante il sonno, segnalano che probabilmente si possono ottenere vantaggi se i familiari "fissa-

no" la posizione sul fianco facendo estendere verso l'avanti l'arto superiore corrispondente".

Analoghi suggerimenti hanno dato la AAP, nel 1996 e, da parecchi anni, il prof. Bulgarelli, ed altri.

Io sono riuscito anche a reperire la recentissima pubblicazione di Scragg RK, Mitchell EA ("Side sleeping position and bed sharing in the Sids" Ann Med 1998). In questa indagine il rischio relativo della posizione sul fianco rispetto a quella supina è stato calcolato essere di 2.02 (95% CI 1,68-2,43), perciò certamente notevole sebbene molto inferiore

Non vado oltre caro Ministro. Altrimenti che fanno i suoi consulenti? C'è il pericolo che se suggerisco tutte le soluzioni si dedichino sempre più a burocratizzare l'attività di noi professionisti della medicina.

Chissà che altra diavoleria m'inventerebbero. Andrebbe certamente a finire che anziché ad un corso di aggiornamento, circa che so, il diabete, dovremo iscriverci ad un aggiornamento di note C.U.F., registro Usl, budget (se ne guardi bene signor ministro, altrimenti l'indiretta non sarebbe più un solo remoto ricordo). Se lo Stato ci abilita all'esercizio della professione non si mettano paletti oltreconfine.

Si revisioni semmai l'esame di Stato, lo si faccia più selettivo. Ma una volta ottenuta la patente e conferita la fiducia non si deve sminuire la professionalità di chi ha ottenuto l'imprimatur di Palazzo all'esame di Stato. Si perseguano i lestofanti, si castigano o sanzionino gli accertati imprudenti, imperiti e negligenti; ma gli altri li si fac-

cia lavorare secondo scienza e coscienza. Non c'è bisogno dei percorsi diagnostici e terapeutici, delle linee guida; il medico serio aggiornato, già li/le segue per coscienza professionale senza bisogno che qualcuno glielo imponga.

Revochi pure la convenzione a chi dimostratamente ed al cospetto della garanzia dell'Ordine professionale abbia dimostrato imperizia, negligenza ed imprudenza; ma non faccia di tutte le erbe un fascio, signor Ministro: legando le mani a chi con sacrificio e volenterosamente lavora con abnegazione e coscienza oltreché con scienza a beneficio dei cittadini. E l'Euro lo faccia spiegare da qualcun altro! Ché noi dobbiamo fare altre cose per la salute del popolo italiano.

E noi, cari colleghi, stiamo uniti. Facciamo un fronte unico ed unito alle avversità di circostanza. Evitiamo i dissidi tra i compartimenti: siamo tutti nella stessa barca. Ad ognuno il suo compito. Rispettiamo il proto-

collo ordinistico relativo alle prescrizioni pubblicato sul n° 2/97 di questo bollettino e qui richiamato. Prestiamo attenzione nel momento in cui redigiamo un certificato di qualsiasi genere. A livello ordinistico, recentemente abbiamo dovuto occuparci sempre più di colleghi che non hanno rispettato la normativa relativa alle prescrizioni durante il follow-up ambulatoriale e di colleghi che, qualche volta infiocchiati dagli stessi assistiti, hanno redatto certificati (di ogni genere) quanto meno discutibili.

Questa stressante e faticosa attività dà il peso della nostra debolezza.

A proposito signor Ministro: qualora dovessi veder applicata la mia idea di Viacard Sanitaria pretenderò un sostanzioso copyright: sull'aspetto economico tralasciamo (ne parleremo in altra sede) ma un miglior modo di poter esercitare la professione, questo si signor Ministro, lo pretenderò.

Massimo Blondett

FARMACI "REVOCATI" - Un recente decreto del ministero della Sanità ha revocato l'autorizzazione alla messa in commercio di due farmaci contenenti il principio attivo "amineptina", giudicando - sulla scorta dell'opinione espressa dalla Cuf - che essi presentino uno sfavorevole rapporto rischio-beneficio. Si tratta del "Survector 100", 20 compresse da 100 mg, della ditta Eutherapie, rappresentata in Italia dall'Istituto Farmacobiologico Stroeder, e del "Maneon", 20 compresse da 100 mg, della ditta Monsanto Italiana. Le due aziende - che hanno rinunciato all'autorizzazione precedente - hanno avuto due mesi di tempo, e cioè in pratica fino ai primi di aprile, per il ritiro definitivo dal mercato delle due specialità.

**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

IL SONNO DEL LATTANTE

**GENOVA
MEDICA**

zione completamente o quasi completamente prona (facendo eccezione solo per i casi di rigurgito o di vomito frequenti e cospicui); che si debba essere meno favorevoli che in passato alla posizione su un fianco con anche lieve rotazione verso una lieve pronazione, e a maggior ragione meno favorevoli alla posizione su un fianco con ulteriore discreta pronazione fino ad un angolo di 45°; e che - fino a quando non risulterà con sicurezza che la posizione supina, che è certamente utile nella prevenzione della Sids, è in minor grado svantaggiosa nella prevenzione della morte per reflusso gastro-esofageo si debba seguire ad essere favorevoli anche alla posizione su un fianco.

Quali sono i suggerimenti della "American Academy of Pediatrics" (AAP), che, grazie al suo prestigio, forse ha contri-

buito più di tutti a valorizzare l'importanza dei rapporti tra Sids e posizione nel sonno?

L'AAP nel 1992 ha sì, raccomandato che venga abolita la posizione prona, risultante, già nel 1987, una delle cause principali della Sids (sebbene attraverso meccanismi solo in parte conosciuti), ma ha consigliato sia la posizione supina sia quella su un fianco. Nel dicembre del 1996 è ritornata sull'argomento confermando che di regola la posizione prona non deve essere accettata e che sia la supina che quella su un fianco sono molto meno pericolose, ma segnalando anche che una pubblicazione della Nuova Zelanda (1994) e una del Regno Unito (1996) avevano riferito che nella posizione sul fianco la frequenza della Sids era leggermente maggiore ("slightly greater") che in quella supina. Aggiungeva pure che la causa

di tale differenza era molto probabilmente da attribuire al fatto che i lattanti posti sul fianco hanno maggior tendenza a "ruotare", fino alla posizione prona; e che, perciò, se il pediatra sceglie la posizione sul fianco deve anche consigliare che il braccio corrispondente venga tenuto esteso verso l'avanti.

Analogo suggerimento fu dato dal "Nordic Epidemiological Sids Study" (Oyen e coll.) delle nazioni scandinave nel 1997 e da vari autori nel 1998. (Allo stesso scopo io avevo consigliato, nell'edizione del 1985 del mio libro di puericoltura, di "mettere un cuscino davanti e uno dietro al torace del lattante tenuto sul fianco" o di "fare infossare un poco il materassino nella parte che sorregge il tronco"; ma è utile anche tenere flessi gli arti inferiori). E' da aggiungere che tra i lattanti che, posti sul fianco,

reflux". Faure C. et al. Arch. Pediatr 1996; Vandeplass Y et al. Eur. J. Pediatr 1997); e la posizione prona può ancora essere considerata nei prematuri affetti da disturbi respiratori (la saturazione di O₂ è più alta in posizione prona) e nei bambini con alcune anomalie delle vie respiratorie sup., come la sindrome di Pierre Robin. Il prof. Bulgarelli è a conoscenza dei dati epidemiologici recenti della letteratura mondiale che segnalano che anche la posizione sul fianco rappresenta un fattore di rischio di Sids, ma ha timore che

l'abbandono sistematico anche della posizione sul fianco con accettazione esclusiva della supina per prevenire quanto più possibile la Sids, possa portare ad un aumento dei casi di morte per asfissia per Rge, casi che, in base anche alla sua esperienza, sono divenuti molto più rari rispetto ad alcuni decenni or sono, cioè dopo che fu bandita, nel lattante, la posizione supina. Ritiene quindi che si debba seguire ad indagare anche sul grado della pericolosità della posizione laterale, e sottolinea che parecchi ricercatori non

degli autori di testi di clinica pediatrica, di puericultura, di neonatologia: essi hanno consigliato, per il sonno del lattante, la posizione su un fianco, oppure su un fianco con anche lieve o discreta (fino a un angolo di 45°) rotazione verso il basso per ottenere una lieve o discreta pronazione. Sono meno numerosi gli autori che, ancor più timorosi del reflusso gastro-esofageo, hanno consigliato che il lattante venga posto in posizione prona, completamente o quasi. Essa è ancor più utile, nella prevenzione dei danni da reflusso gastroesofageo (ed in alcune nazioni, compresi gli Usa, per molti anni è stata la più diffusa, ancor più di quella sul fianco), ma anche in passato è stata ritenuta da parecchi altri non priva di pericoli, potendo provocare direttamente la morte per asfissia, a causa della ostruzione della bocca e

delle narici per opera di un soffice guanciaie: e qui il discorso si avvicina a quello sulla Sids!

Rivelano un grande timore del reflusso gastro-esofageo anche gli autori che consigliano posizioni certamente utili in questa prevenzione ma molto scomode e difficilmente mantenibili nel sonno: ad esempio che il lattante venga tenuto verticale, in ortostatismo, oppure in posizione semiseduta o seduta.

A quanto mi consta, nessuno, in questo settore della pediatria, è stato favorevole alla posizione supina.

La grande maggioranza dei pediatri, anche in Italia, si è attenuta a questi suggerimenti, come pure è scritto nell'articolo dello scorso dicembre, quando è precisato che una recente pubblicazione, del 1998 ha segnalato che, su 100 pediatri intervistati in una regione del nostro paese sulla posizione

da fare assumere al lattante nel sonno, 22 hanno risposto che non davano consigli, ma, degli altri 78 consigliavano la posizione sul fianco 59, quella prona 15 e in quattro la posizione supina.

E certamente questi suggerimenti sono stati utili, portando ad una notevole riduzione della mortalità per reflusso gastro-esofageo tanto da farli applicare dai pediatri per decenni, almeno fino ad ora, pur in assenza, purtroppo, di una precisa indagine statistica nazionale su tale mortalità.

Cosa si può concludere oggi, dopo le recenti, certamente importanti, conclusioni sui rapporti tra posizione del lattante nella culla e frequenza della Sids?

In attesa di ulteriori indagini statistiche su entrambi i problemi, il mio parere è che si debba essere ancora più contrari che in passato alla posi-

misure di precauzione sono rappresentate da incentivazione dell'allattamento materno, abolizione del fumo, evitare temperature ambientali elevate.

D'accordo pure che anche in bambini con reflusso gastro-esofageo sintomatico e di grave entità la posizione prona, dovendosi tenere conto del rapporto tra beneficio per il Rge e rischio di Sids, dovrebbe essere limitata a pochissimi casi, resistenti a terapia dietetica e medica (vedasi anche "Sleeping position, prevention of Sids and gastroesophageal

CURE PALLIATIVE, QUALCOSA SI MUOVE

Qualcosa si sta forse muovendo, a livello di Sanità pubblica, per quanto riguarda le cure palliative ai malati terminali. O, almeno, ci sono ora le basi perché si faccia davvero qualcosa per lenire le sofferenze di una categoria di malati particolarmente delicata. La Gazzetta Ufficiale ha infatti pubblicato la legge che dà il via all'istituzione di strutture apposite: starà poi naturalmente all'apparato darvi esecuzione (l'esperienza insegna che, nel campo sanitario, davvero tra il dire e il fare c'è in mezzo un mare di disorganizzazione, incapacità e inciampi politici). Riportiamo comunque, testualmente, stralci della legge che interessano più da vicino i Medici. Si tratta del decreto legge 28 dicembre 1998, n. 450, convertito nella legge 26 febbraio 1999 n. 39. Dice l'art. 1: "Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto il ministro della Sanità ... adotta un programma su base nazionale per la realizzazione, in ciascuna regione e provincia autonoma, in coerenza con gli obiettivi del piano sanitario nazionale, di una o più strutture, ubicate nel territorio in modo da consentire un'agevole

accessibilità da parte dei pazienti e delle loro famiglie, dedicate all'assistenza palliativa e di supporto prioritariamente per i pazienti affetti da patologia neoplastica terminale che necessitano di cure finalizzate ad assicurare una migliore qualità della loro vita e di quella dei loro familiari". La legge aggiunge poi, al punto 2, che successivamente saranno stabiliti "i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture" in questione. Il punto 3 stabilisce che "le regioni e le province autonome presentano al ministero della Sanità, nei termini e con le modalità previste nel decreto ministeriale di adozione del programma di cui al comma 1, i progetti per l'attivazione o la realizzazione delle strutture conformi alle indicazioni del programma medesimo e tali da assicurare l'integrazione delle nuove strutture e dell'assistenza domiciliare con le altre attività di assistenza sanitaria". A tali progetti deve essere allegato un piano della regione o della provincia autonoma che assicuri l'integrazione dell'attività delle strutture con le altre attività di assistenza.

L'ASSISTENZA A DOMICILIO DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE TUMORI

Dal 1985 opera la "ANT" (Associazione nazionale tumori), un ente morale sorto con lo scopo di assistere, soprattutto a domicilio, i malati oncologici. Nata a Bologna, la Ant ha gradualmente esteso la propria attività in altre regioni italiane, arrivando nel '94 anche a mettere piede in Albania. In queste settimane i dirigenti dell'Ant hanno diffuso una statistica sulla loro attività. L'Associazione nazionale tumori ha anche stilato una tabella che riporta la sede dei tumori primitivi. A fianco la triste classifica (la prima cifra è quella del numero dei casi, la seconda la percentuale):

APPARATO GASTROENTERICO	7.384	31%
APPARATO RESPIRATORIO	5.163	22%
TUMORI AL SENO	2.498	11%
APPARATO GENITALE	2.317	10%
APPARATO URINARIO	1.555	7%
TUMORI EMATOLOGICI	809	3%
SISTEMA NERVOSO	741	3%
TUMORI TESSUTI MOLLI, OSSA	613	3%
TUMORI TESTA COLLO	612	3%
TUMORI GHIANDOLE ENDOCRINE	84	0,4%
TUMORI DI ORIGINE INCERTA	1.746	7%

LA QUINTA "GIORNATA DEL RESPIRO"

Torna anche quest'anno la "Giornata del respiro", la manifestazione che l'Aipo (Associazione italiana pneumologi ospedalieri), in collaborazione con Federasma, organizza ormai da cinque anni per promuovere l'informazione sulle possibilità di prevenzione, diagnosi e terapia precoce delle malattie respiratorie, specie quelle di rilevanza sociale. Le malattie respiratorie, benché spesso, nell'opinione pubblica, siano quasi dimenticate, in realtà sono in aumento. Secondo le statistiche, infatti, quasi una persona su cinque, tra gli assistiti dei Medici di famiglia, presenta sintomi respiratori, e ogni anno dieci italiani su mille sono ricoverati per questi problemi. E ancora: il 10% della popolazione è affetto da bronchite cronica ed il 5% da asma. Aspetti particolari riguardano la Liguria, in cui 15 abitanti su centomila, ogni anno, si ammalano di tbc (e quindi, in totale, circa trecento persone) mentre la nostra regione registra la più alta incidenza nazionale di mesoteliomi. Il programma della quinta "Giornata del respiro", organizzata per sabato 15 maggio, prevede che nella nostra regione nove centri pneumologici aprano le porte al pubblico: i Medici e il personale saranno a disposizione per dare informazioni utili a prevenire, diagnosticare e curare i danni

broncopolmonari e per mostrare il funzionamento delle apparecchiature per lo studio dell'apparato respiratorio.

Ed ecco l'elenco dei centri regionali che parteciperanno alla "Giornata del respiro".

A Genova: Ospedale San Martino, Divisione di pneumologia, tel. 010-5552333 (responsabile prof. David Pelucco); Università, Clinica di malattie dell'apparato respiratorio e allergologia, Dimi, tel. 010-3538931 (prof. Giorgio Walter Canonica); Ospedale di Sampierdarena, U.O. pneumologia, tel. 010-4102294 (dott. Bruno Faravelli); Ospedale La Colletta di Arenzano, Divisione pneumologia, tel. 010-9134159 (dott. Andrea Quaglia); ASL 3 Genovese, Servizio territoriale pneumologico, via Assarotti 35, tel. 010-3447512711 (dott.ssa Paola Ramorino); ASL 4 Chiavarese: Ospedale di Sestri Levante, Divisione pneumologia, tel. 0185-488881 (dott. Luigi Calcagno). La Spezia: Ospedale Sant'Andrea, sez. Felettino, Divisione di pneumologia, tel. 0187-533637 (dott. Pier Aldo Canessa). Pietra Ligure: Ospedale Santa Corona, Divisione pneumologia, tel. 019-6230237 (dott. Paolo Zino). Imperia: presidio ospedaliero Imperia-Costarainera, tel. 0183-91524 (prof. Sandro Mirabelli).

BORSE DI STUDIO CRISTINA BASSI - L'"Associazione Cristina Bassi" contro le

leucemie acute dell'adulto, con la collaborazione della Fondazione Cassa di Risparmio di Genova e Imperia, bandisce anche quest'anno il concorso per due borse di studio a favore di medici e biologi che desiderino ampliare le loro ricerche nel campo delle leucemie presso centri all'avanguardia situati all'estero. L'importo di ciascuna borsa è di 25 milioni lordi. Il concorso è aperto solo a candidati residenti o domiciliati in Liguria, attivi nei settori della onco-ematologia, oncologia, genetica molecolare e affini. I candidati - oltre agli altri documenti di rito - dovranno presentare un progetto di ricerca clinica o di laboratorio utile all'avanzamento dell'esperienza italiana nel campo delle leucemie. Scadenza del termine 1 giugno, altre informazioni al tel. 010/384255.

IL LATTANTE: MEGLIO SU UN FIANCO?

Il letto, su "Genova Medica", l'articolo: "Una posizione giusta previene la morte improvvisa del bimbo". E' un articolo interessante e certamente utile. Anch'io ritengo opportuna la "campagna" che viene attuata anche a Genova contro la Sids ("Sindrome della morte improvvisa del lattante") e particolarmente contro la posizione prona nel sonno del lattante, posizione che, ormai con certezza, risulta essere una delle cause principali della sindrome. E l'articolo in questione sottolinea giustamente che, in base ai dati più recenti, se i lattanti ven-

gono messi a dormire in posizione supina, la frequenza della Sids nel sonno si riduce almeno del 50%. E' da sottolineare però un altro problema, anch'esso collegato alla posizione da scegliere durante il sonno, che nel lattante occupa quasi tutto il tempo tra un pasto e l'altro. Il problema è quello del rigurgito, o del vomito, che si verifica spesso nei lattanti (in molte statistiche

Il professor Bulgarelli, già direttore della clinica pediatrica universitaria, interviene sul tema sollevato in un articolo del dicembre scorso: "Positive le campagne di informazione, ma certe acquisizioni conservano ancora la loro validità".

oltre il 30%) specialmente nei primi mesi, un po' più spesso negli allattati artificialmente. La causa, come tutti i pediatri sanno, consiste in un reflusso gastro-esofageo, per immaturità anatomica o semplice disfunzione del cardias, e dello sfintere esofageo inferiore. Nel lattante, in consequen-

za della aerofagia, notevole anche nel lattante al seno, si forma durante la suzione una cospicua "bolla gassosa gastrica", e quest'aria viene espulsa dopo la poppata, spesso tramite la peristole e la contrazione del diaframma. Ma per la ragione sopracitata viene spesso espulsa anche una discreta o notevole quantità di latte, che dall'esofago può arrivare al faringe. E se il lattante è

supino, il latte rigurgitato o vomitato penetra talvolta dal faringe al laringe, e può arrivare fino ai polmoni: ne possono derivare morte per asfissia acuta o broncopolmoniti.

A causa di questo pericolo io, purtroppo con conoscenza diretta, analogamente a molti altri pediatri, specialmente alcuni decenni orsono, di parecchi casi di morte per asfissia, ho sempre consigliato, anche nelle mie lezioni e nelle varie edizioni del mio testo di puericoltura, che il lattante subito dopo il pasto venga tenuto quasi verticale e poi venga posto, nel lettino, su un fianco,

eventualmente con lieve rotazione per indurre una lieve pronazione, allo scopo di facilitare l'espulsione del latte dal faringe in cavità orale e poi all'esterno.

Ad identiche o ad analoghe conclusioni, per prevenire questi pericolosi, talvolta tragici, eventi in caso di rigurgito o di vomito, sono giunti in passato e anche recentemente, in Italia e all'estero, la maggior parte

PUBLINFORMAZIONE

S.E.N.B. (Società europea di nutrizione biologica)

I.N.R.C. (International nutrition research center)

INVITANO I SIGG. MEDICI AL SEMINARIO:

NUOVE TECNICHE NELLA GESTIONE DEL SOVRAPPESO

**Le grandi possibilità offerte dal MAP (Son Formula®)
in dietologia, nel fitness e nei dismetabolismi**

Genova - Giovedì 29 Aprile 1999

Jolly Hotel Plaza - Via Martin Piaggio, 11

ORARIO: 20.00 - 23.00

RELATORE:

Prof. M. Lucà Moretti

Direttore del Programma di Ricerca sulla Nutrizione Umana dell'Associazione Medica Interamericana (Usa)
Direttore del Programma di Ricerca Nutrizionale dell'International Nutrition Research Center (Usa)

PROGRAMMA:

- Presentazione ed introduzione • Cenni di Scienza della Nutrizione • Rieducazione nutrizionale del paziente • Valutazione biologica ed energetica delle proteine nelle diete • Revisioni critiche ed aggiornamenti • Aminoacidi: la scoperta del MAP (Master Aminoacid Pattern - Composizione Ideale di Aminoacidi), le sue concrete applicazioni cliniche e possibilità future • Il SON e gli atleti - alterazioni del comportamento alimentare nello sportivo • Il SON ed il processo di invecchiamento • Il SON e la gestione del peso • Trattamento e prevenzione dell'obesità.

LA PARTECIPAZIONE AL CORSO E RISERVATA AI MEDICI ED E GRATUITA.

**Per ulteriori informazioni o per confermare la propria presenza
contattare la segreteria organizzativa:**

Guna S.r.l. - Via Palmanova, 71 - 20132 Milano - Tel.02/28018208

..... *P*REVIDENZA & *A*SSISTENZA

RIVALUTATI REDDITI E CONTRIBUTI

Le tabelle utili per calcolare da soli la pensione

Come stabilito nel nuovo regolamento del Fondo generale Enpam, che riguarda tutti i medici e gli odontoiatri iscritti all'Albo, con l'anno in corso 1999 è scattata la rivalutazione dei contributi e dei redditi da essi derivanti sia per la quota A) che per la quota B).

Mentre i contributi vengono rivalutati secondo l'indice Istat, i redditi, da essi derivanti, per ambedue le quote A e B vengono rivalutati in base a determinati coefficienti, variabili ogni anno in base al 75% dell'indice Istat relativo.

Ciò con decorrenza dal 01/01/1998. Invece, solo per la quota B, dal 1990 al 1997 compreso, viene applicato l'indice Istat, al 100 % per i redditi derivanti da contributi obbligatori e al 75 % per quelli derivanti da contributi facoltativi, che dal 1998 come è risaputo, sono stati soppressi. Pubblichiamo, pertanto, qui a parte la tabella di rivalutazione dei redditi, edita dall'Enpam, valida per l'anno 1999 che interessa, quindi, coloro che andranno in pensione nel corso dell'anno.

ANNO DI RIFERIMENTO CONTRIBUTI	COEFFICIENTI DI RIVALUTAZIONE AL 100% QUOTA B (CONTR. OBBL.)	COEFFICIENTI DI RIVALUTAZIONE AL 75% QUOTA A E QUOTA B DAL 1/1/98
1958		14,6694
1959		14,7303
1960		14,3492
1961		13,9515
1962		13,2860
1963		12,3757
1964		11,6997
1965		11,2276
1966		11,0123
1967		10,8012
1968		10,6657
1969		10,3819
1970		9,8900
1971		9,4306
1972		8,9436
1973		8,1240
1974		6,8440
1975		5,8755
1976		5,0761
1977		4,3374
1978		3,8862
1979		3,3926
1980		2,8449
1981		2,4360
1982		2,1297
1983		1,8846
1984		1,7279
1985		1,6108
1986		1,5326
1987		1,4762
1988		1,4178
1989		1,3455
1990	1,3771	1,2825
1991	1,2941	1,2203
1992	1,2277	1,1706
1993	1,1782	1,1335
1994	1,1336	1,1003
1995	1,0760	1,0568
1996	1,0356	1,0265
1997	1,0180	1,0135
1998		1,0000
1999		1,0000

I colleghi che andranno in pensione quest'anno (65 anni di età) potranno calcolarsi la pensione da soli tenendo conto di quanto abbiamo scritto e ricordando che sul reddito medio annuo rivalutato va applicata la percentuale totale risultante dalla somma delle percentuali applicate ad ogni anno di contribuzione, cioè l'1,75%. Solo per la quota A, sino al '97, l'1,10%.

Il reddito medio annuo rivalutato si ottiene divi-

dendo il reddito complessivo rivalutato per il numero di anni di contribuzione. Poiché con il nuovo regolamento sono sufficienti 5 anni di contribuzione per maturare il diritto alla pensione, riteniamo utile un piccolo esempio.

Partiamo quindi dal 1989 e consideriamo un collega che ha contribuito al Fondo sia con la quota A sia con la quota B e che vada in pensione il 30 giugno 1999 al 65° anno di età.

ANNO	CONTR.	REDDITO	QUOTA A		QUOTA B		REDDITO RIV. TO		
			OBBLIGATORIA	FACOLTATIVA	TAB. COEFF. RIV	REDDITO RIV. TO			
			CONTR.	REDDITO	CONTR.	REDDITO	100%	75%	QUOTA A + QUOTA B
1989	1.008.000	8.064.000						1,3455	10.850.112
1990	1.008.000	8.064.000						1,2825	10.342.080
1991	1.008.000	8.064.000	6.250.000	50.000.000			1,2941	1,2203	9.840.499 + 64.705.000
1992	1.008.000	8.064.000	7.000.000	56.000.000	3.000.000	24.000.000	1,2277	1,1706	9.439.718 + 96.845.600
1993	1.008.000	8.064.000	7.500.000	60.000.000	3.000.000	24.000.000	1,1782	1,1335	9.140.544 + 97.896.000
1994	1.008.000	8.064.000	7.800.000	62.400.000	3.000.000	24.000.000	1,1336	1,1003	8.872.819 + 97.143.840
1995	1.008.000	8.064.000	8.000.000	64.000.000			1,0760	1,0568	8.522.035 + 68.864.000
1996	1.008.000	8.064.000	7.500.000	60.000.000			1,0356	1,0265	8.277.696 + 62.136.000
1997	1.008.000	8.064.000	5.500.000	44.000.000			1,0180	1,0135	8.172.864 + 44.792.000
1998	1.875.000	15.000.000	6.000.000	48.000.000				1,0000	15.000.000 + 48.000.00
1999	937.500	7.500.000	3.500.000	24.000.000	(6 mesi)			1,0000	7.500.000 + 24.000.000
TOT.	11.884.500	95.076.000	59.050.000	468.400.000	9.000.000	72.000.000			105.958.367 + 604.382.440

Per ottenere il reddito medio annuo rivalutato, poichè trattasi di un periodo, nel caso portato ad esempio, di 10 anni e 6 mesi di attività per la quota A e 8 anni e 6 mesi per la quota B, si avrà:

quota A $105.958.367 : 10,50 = 10.091.273$

quota B $604.382.440 : 8,50 = 71.103.816$

reddito medio annuo rivalutato

Per calcolare la pensione spettante al 30 giugno 1999 si calcola:

Per la quota A, l'1,10 % per ogni anno fino al 1997 ($1,10\% \times 9 = 9,9\%$);

Per la quota B, l'1,75 % per ogni anno fino al 1997 ($1,75\% \times 7 = 12,25\%$);

Per ambedue le quote A e B dal 1998 l'1,75 % per ogni anno ($1,75\% \times 1,50 = 2,625$)

Pertanto: **quota A** $10.091.273 \times 12,525\% = L. 1.263.932$

quota B $71.103.816 \times 14,875\% = L. 10.576.693$

Totale pensione annua lorda $L. 11.840.625 : 12 = L. 986.719$ mensili lorde.

Quanto abbiamo fin qui esposto riguarda i colleghi che vanno in pensione nel corso dell'anno 1999 avendo raggiunto i 65 anni di età.

Tuttavia, consigliamo coloro che andranno in pensione nel 2000, o anche negli anni successivi, di conservare questo articolo perchè esso sarà sempre valido, per i prossimi anni. Si tenga, però, presente che l'unità tabella, relativa ai coefficienti

L.1.909.000 (anzichè 1.875.000) per effetto della variazione dell'indice Istat pari al +1,8 %, registrato a fine luglio 1998, e a L.1.026.000 (anzichè L.1.008.000) per coloro che usufruiscono della contribuzione ridotta. Per i medici fino a 30 anni di età L.269.000 (anzichè 264.000); per quelli di età tra i 30 e 35 anni L.538.000 (anzichè 528.000); per coloro con età compresa

di rivalutazione, varierà ogni anno, mentre la procedura e le percentuali da applicare al reddito medio annuo rivalutato, per calcolarsi la pensione, saranno sempre identiche a quelle qui esposte. Sarà cura dell'Enpam comunicare ogni anno la nuova tabella dei coefficienti di rivalutazione.

Infine, come abbiamo detto all'inizio di questo articolo, confermiamo che, per effetto della rivalutazione, il contributo obbligatorio per la quota A nel 1999 è salito, per gli ultraquarantenni, a

tra i 35 e 40 anni L.1.026.000 (anzichè 1.008.000)

Per concludere, anche tutte le pensioni già in godimento, vecchie e nuove, hanno avuto dal 1° gennaio 1999 l'aumento percentuale in base al 75% dell'indice ISTAT, pari per quest'anno, all'1,35% ($1,8 \times 75\% = 1,35$) sul lordo.

Tale aumento del 75% dell'indice Istat avverrà, d'ora innanzi, ogni anno nel mese di gennaio.

Manlio Baldizzone