



EMERGENZE: FARE COSE SERIE
E NON CERCARE CAPRI ESPRATTORI

2001

• NUOVE INIZIATIVE
PER IL MEDICO
DENTISTA (ALCANTARA)

• RIFORMAZIONE
DEI CONTI
DENTISTI (CANTARELLI)

ALL'INTERNO "DENTISTI NOTIZIE"

S O M M A R I O

Anno 9 - Numero 2 Febbraio 2001

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

Direttore Editoriale

Dr. Corrado Canestro

Direttore Responsabile

Dr. Sergio Castellaneta

Comitato di Redazione

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

Presidente: Dr. Sergio Castellaneta

Vice Presidente: Prof. Emilio Nicola Galto

Segretario: Prof. Giandomenico Sacco

Tesoriere: Dr. ssa Maria Clemens Barberis

Consiglieri

Dr. Enrico Bartolini

Prof. Dante Bassetti

Dr. Massimo Blondett

Prof. Giorgio Chiozza

Dr. Alberto Ferrando

Dr.ssa Anna Maria Gandolfo

Prof. Riccardo Ghio

Prof. Claudio Giuntini

Dr. Giuseppe Mina

Prof. Giovanni Regesta

Dr. Emilio Casabona

Dr. Gabriele Perosino

Collegio dei revisori dei conti

Prof. Fernanda De Benedetti

Dr. Antonio Bianchini

Prof. Giulio Cesare Peris

Dr. Luca Nanni

Commissione albo odontoiatri

Presidente: Dr. Emilio Casabona

Segretario: Dr. Stefano Bovone

Dr. Massimo Gaggero

Dr. Gabriele Perosino

Dr. Marco Oddera

EDITORIALE

Pagina 2: *La vera urgenza? Fare cose serie*

IL PROBLEMA EMERGENZA

Pagina 2: *Il comunicato-denuncia dell'Ordine*

Pagina 4: *Serve un approccio globale*

Pagina 5: *La "Guardia" non è un P.S. a domicilio*

LE "NOSTRE" LINEE GUIDA

Pagina 7: *Consulenze ortopediche sotto tiro*

LEGGI E REGOLE

Pagina 9: *Sanatoria per i "provvisori" - Testo G.U.*

Pagina 12: *Circolare regionale sul contratto Medici di base*

CRONACA E ATTUALITA'

Pagina 13: *Attività della Federazione sul territorio*

Pagina 22: *Alzheimer, le regole regionali*

Pagina 24: *Periti legali, siate cauti nei giudizi*

AGGIORNAMENTO

Pagina 20: *Il Dimi per i Medici di base*

VARIE Pag. 19/25

P. 28 LETTERE AL DIRETTORE

P. 30 DENTISTI NOTIZIE a cura di M. Gaggero

Finito di stampare nel mese di febbraio 2001

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 9 - n° 2 - Febbraio 2001 - 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: Silvia Folco, Via Corsica 16/B 16128 Genova, Tel. e fax 010/58.29.05 - Coordinamento redazionale: Estro Srl via Fiasella, 12 Genova, Tel.010/56.10.81 - fax 010/54.52.175 Stampa: Grafiche G.&G. Del Cielo snc, Via G. Adamoli, 35 - 16141 Genova.

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

LA VERA URGENZA? FARE COSE SERIE

Non è possibile incolpare solo e sempre i Medici!

Il tragico evento della morte della giovane donna affetta da asma in quel di Cornigliano ha condotto alla fulminea

rimozione dalle responsabilità dirigenziali di due colleghi responsabili del servizio di emergenza (118) e del servizio di medicina di base preposto alla guardia medica. Tale evento, che tante

discussioni ha provocato nel mondo sanitario e non, ripropone in maniera drammatica e preoccupante la responsabilità del Medico, di primo e secondo livello, nell'inefficienza organizzativa e gestionale dei servizi, non solo di

quelli legati all'emergenza. Infatti troppo spesso primari di reparto, dirigenti di servizi lamentano carenza di mezzi e di personale

che non consente l'erogazione di prestazioni in regime di sicurezza, di efficienza e di immediatezza della risposta: tali lamentazioni si sono concretizzate in più occasioni in esposti alla procura, alla direzione generale

e sanitaria delle aziende, all'assessorato alla Sanità della Regione, al presidente della giunta regionale, all'Ordine dei Medici.

Risposte: nessuna.

La Procura interviene ad incidente avvenuto

**I COLLEGGI DEVONO ORMAI
ESSERE DETERMINATI ED OPPORSI
AGLI AMMINISTRATORI
SE NON FORNISCONO TUTTI I MEZZI
PER IL BUON FUNZIONAMENTO
DEI REPARTI**

L'ORDINE: DA MOLTO TEMPO DENUNCIAMO INVANO DISORGANIZZAZIONE E INEFFICIENZE

E' ancora vivo, probabilmente, in tutti noi, il ricordo dello sventurato caso della ragazza genovese morta per un attacco d'asma mentre veniva trasportata all'ospedale di Alessandria dopo che – secondo le cronache dei giornali – negli ospedali della nostra città non si era trovato un letto in un reparto di rianimazione. Una vicenda che ha tenuto banco per diversi giorni sui mezzi d'informazione, e che ha indotto il massimo responsabile della Sanità della Regione Liguria ad un provvedimento drastico e rapido. Ma, come spesso accade, certi interventi

sembrano destinati più a "soddisfare la piazza" che a far vera giustizia: e soprattutto la scure si abbatte quando si avverano i tristi eventi da troppo tempo temuti da chi segue e conosce davvero situazioni critiche, per le quali invano si è chiesto di provvedere.

In altre parole: basta sfogliare "Genova Medica" per vedere quante volte abbiamo denunciato le lacune, le carenze organizzative, le anomalie di certi "pronto soccorso" esistenti solo sulla carta: ma solamente quando gli allarmi trovano riscontro nei fatti si fa qualcosa (magari nella direzione sbagliata),

con l'invio di un "avviso di garanzia" ai soli Medici coinvolti direttamente o indirettamente nella vicenda; gli assessori, i direttori generali e sanitari, pur riconoscendo la necessità di un loro intervento, che viene sempre rinviato, si trincerano dietro le esigenze del bilancio, scaricando così sulle fragili spalle dei colleghi ogni responsabilità penale, deontologica e disciplinare interna alle aziende di appartenenza. L'unica istituzione che ha sempre risposto al "grido di dolore" dei colleghi è stato l'Ordine dei Medici, che ha ripetutamente invitato i primari a non limitarsi alla semplice denuncia, che non li manleva aprioristicamente dalle loro responsabilità, ma a sospendere quelle attività da loro ritenute a rischio. Alla luce di quanto avvenuto vogliamo mettere in guardia i colleghi, soprattutto ospedalieri, a

non soggiacere passivamente, come è avvenuto per il passato, alle voglie degli amministratori politici e non, ma a rivendicare con forza il loro diritto ad avere a disposizione tutti, ripeto tutti, i mezzi necessari al buon funzionamento dei reparti: solo in questo caso potranno e dovranno pagare di persona, altrimenti saremo noi Medici a chiedere la testa di coloro che per esigenze di bilancio, seppur comprensibili, continuano a lesinare le risorse necessarie.

Egregio assessore e collega, se i soldi dello Stato non ti bastano chiudi i pronto soccorso ed i reparti a rischio: non ti sarà consentito lasciare l'attuale situazione e poi, a delitto avvenuto, andare alla ricerca di un capro espiatorio in camice bianco.

Sergio Castellaneta

all'unico scopo di soddisfare l'opinione pubblica. E' questo il senso del comunicato che l'Ordine dei Medici ha emesso sul doloroso caso che abbiamo ricordato, e che è stato inviato a tutti i giornali. Data l'importanza e la delicatezza dell'argomento, ne riportiamo il testo. Il consiglio dell'Ordine, dunque, "ricorda di avere da gran tempo ripetutamente sottolineato, con estrema fermezza, sia in pubbliche dichiarazioni del suo presidente che in ufficiali relazioni di commento agli svariati piani sanitari regionali, la grave situazione di disorganizzazione dell'emergenza sul territorio: in particolare l'esistenza di troppi pronto soccorso soltanto virtuali in quanto carenti di personale qualificato". A questo proposito il consiglio "ricorda, tra l'altro, ripetuti interventi dell'Ordine, presso le autorità competenti e la procura, finalizzati ad escludere alcune improprie figure mediche specialistiche dai turni di guardia generale presso alcuni pronto

soccorso cittadini". Il comunicato passa poi ad indicare aspetti, per così dire, propositivi. Il consiglio infatti "come sempre dichiara la propria completa disponibilità ad una totale collaborazione con l'assessorato alla Sanità della Regione Liguria in una costruttiva gestione programmatoria regionale, con la partecipazione di tutte le categorie mediche, in particolare con gli anestesisti rianimatori, al fine di evitare il ripetersi di situazioni la cui tragicità non richiede commenti; censura la frettolosa rapidità con cui, dopo esplicite rigide posizioni fulmineamente anticipate ai media, l'assessorato ha emanato il noto provvedimento di esautorazione dei responsabili medici del servizio del 118 e della guardia medica: infatti questo consiglio ritiene quanto meno improbabile che in così breve tempo dall'evento sia stato possibile realizzare un completo ed esauriente accertamento di tutta la catena di responsabilità politiche, gestionali e mediche



URGENZE, SERVE UN APPROCCIO GLOBALE CON INTERVENTI POLITICI E AMMINISTRATIVI

Una organizzazione del sistema di urgenza-emergenza deve coinvolgere la classe medica, amministrativa e politica nella sua globalità. Non si può demandare la responsabilità dell'urgenza al Medico o ad una singola categoria medica né si debbono sottrarre le responsabilità politiche nella gestione, programmazione e finanziamento.

Un approccio globale deve vedere coinvolte tutte le figure mediche e la collaborazione di figure non mediche anche se il ruolo più importante va dato alle scelte "politiche" che possono determinare il successo o l'insuccesso di un'iniziativa attraverso il razionamento della spesa o il mantenimento di strutture non

conducente alle tragiche conseguenze finali. Questo consiglio si augura pertanto che, alla fine, il tutto non si riduca alla strumentale configurazione di alcuni capri espiatori". Il comunicato prosegue affermando che "pur avendo partecipato con un suo componente all'istruzione di una sommara indagine, essendo venuto a conoscenza dell'esautorazione dei sunnominati Medici per presumibile negligenza o imperizia, il consiglio dell'Ordine si riserva, nella sua piena autonomia di valutazione della deontologia professionale, di iniziare un accertamento ordinistico dell'effettivo livello di operatività organizzativa e tecnica del Centro regionale dell'emergenza" ed infine "invita ancora una volta tutti i Medici genovesi operanti in strutture sanitarie a notificare all'Ordine le eventuali carenze strutturali ed organizzative che, non consentendo al sanitario di operare adeguatamente, costituiscono fattore di rischio".

idonee o obsolete. Sintetizzando, i "livelli" principali del sistema di urgenza-emergenza possono essere:

1. PREVENZIONE ED EDUCAZIONE

Riguarda il Medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta attraverso interventi di educazione e prevenzione come la prevenzione degli incidenti, l'educazione del paziente affetto da patologie che potrebbero, potenzialmente, derivare in emergenze (asma, diabete, coronaropatie ecc.). Tale intervento educativo può essere prestato dal Medico curante al singolo assistito "a rischio" per qualche patologia ma può essere più efficace se svolto o rafforzato in ambienti di "comunità" (scuole, ambiente di lavoro) attraverso una integrazione tra sanitario e sociale.

Appare utile disporre di "linee guida" validate da società o associazioni scientifiche, che permettano di offrire consigli uniformi per determinate patologie.

2. INTERVENTO SUL LUOGO DELL'EMERGENZA E TRASPORTO AL PRONTO SOCCORSO.

Un'efficace ed efficiente sistema deve essere in grado di prestare interventi "salva vita" sul luogo dell'evento per cui è necessario un sistema organizzato che raggiunga il paziente rapidamente e sia in grado di effettuare sul luogo interventi di rianimazione di base e sia, inoltre, in grado di trasportare rapidamente il paziente presso una struttura idonea per la patologia da cui è affetto.

Tale sistema è basato sul servizio del 118 che deve trovare un adeguato aiuto e supporto dal servizio di guardia medica o, se preferite, di continuità assistenziale. A tal proposito non bisogna evidenziare che tale servizio ha una

carezza cronica di Medici, andrebbe incentivato economicamente e principalmente formato da Medici preparati alle problematiche dell'urgenza con corsi di formazione obbligatori e non come "sostituti" dei mmg in periodi festivi o notturni (a Genova non abbiamo Medici disponibili per la guardia medica, basta dire che i Medici reperibili non sono pagati se non effettuano il servizio). Comunque il sistema di continuità assistenziale era nato per offrire prestazioni a pazienti quando il Medico curante non è in attività e quindi non un servizio per l'emergenza anche se poi deve effettuare, in base alle chiamate, prestazioni di urgenza.

3. PRONTO SOCCORSO

Esistono dei pronto soccorso che non dispongono di adeguate risorse professionali, logisti-

che e strumentali (p. es. Medico di guardia medica che deve prestare assistenza anche per le urgenze interne, Medico di guardia medica senza adeguata preparazione o specializzazione, magari specialista in Orl e oculistica obbligato dalla direzione a fare i turni al Ps, assenza di un anestesista in guardia attiva ma solo reperibile, assenza di posti letto di terapia subintensiva e intensiva, assenza di apparecchiature come tac, rmn, ecc.).

Tali pseudo pronto soccorso dovrebbero essere utilizzati come servizi di "primo soccorso" per patologie lievi-medie mentre è necessario concentrare le risorse in pochi ma ben attrezzati veri pronto soccorso adeguatamente dotati di Medici con competenze specifiche, strutture e strumentazioni.

Inoltre è necessario evitare che i pronto soccorso vengano intasati con la richiesta di pre-

E C'E ANCHE UN ANCESTRALE FRAINTESO: LA "GUARDIA" NON E' UN PRONTO SOCCORSO A DOMICILIO

In merito alla problematica dell'emergenza, emersa in questi giorni, io ritengo che una buona responsabilità nel disservizio sia da ascrivere ad un ancestrale frainteso. Quello di identificare la guardia medica con un servizio di urgenza-emergenza inteso come servizio di pronto soccorso a domicilio del paziente. La guardia medica, invece, è nata per sostituire l'attività del Medico di medicina generale durante le ore in cui, contrattualmente, quest'ultimo non esercita l'attività. E non dimentichiamoci che il mmg non ha, istituzionalmente, compiti di urgenza emergenza. Egli fa visite in ambulatorio ed ha tempo entro la mezzanotte per effettuare la visita domiciliare se richiesta entro le 10 del mattino.

Altrimenti può, addirittura, effettuarla entro le

12 del giorno successivo. Questo aspetto, spesso dimenticato nelle discussioni di questi giorni, configura bene l'attività del mmg e, di riflesso, del collega della guardia medica che, come ripeto, non è altro che il Medico di medicina generale durante le ore non contrattuali per quest'ultimo.

Orbene, il fatto che le ore di servizio della guardia medica (scusate se la chiamo ancora così) coincidano con la notte, i festivi o i prefestivi ha fatto sì che si individuasse il collega addetto a questo settore come un Medico di pronto soccorso "sui generis". Ciò favorito anche dal fatto dell'uso, invalso, dell'organizzazione dell'intervento della guardia medica come si trattasse di una necessità urgente. L'abitudine, il radicarsi, quindi, di certi comportamenti automatici, ha trasformato il

stazioni improprie (ogni anno assistiamo alle immagini del ps di S. Martino intasato dall'epidemia di influenza con interventi dei carabinieri per trovare dei posti letto). Una idea, forse l'unica, può essere quella di affiancare ai Ps delle strutture ambulatoriali che valutino le patologie (o non patologie) più banali (i cosiddetti codici bianco e verde).

Esempi di questo tipo sono già in atto in varie città, attuati attraverso la collaborazione tra Medici di medicina generale, pediatri ed ospedale.

Infatti si può integrare il personale sanitario dedicato al ps/acc. con Medici di medicina generale o pediatri (presso i pronto soccorso pediatrici) in maniera di rispondere in modo ottimale alle aumentate richieste di prestazioni quando i mmg e i Pls non sono in servizio (dalle 20 alle 8 dei giorni feriali e dalle ore 10 dei giorni prefestivi alle ore 8 dei feriali

successivi). Tali unità verranno utilizzate per una migliore funzionalità del ps. Gli accessi in ps verranno selezionati con il criterio della gravità della patologia da unità infermieristiche, aggiuntive all'organico, addestrate al TRIAGE (mediante compilazione della cartella infermieristica). I codici di maggiore gravità (rosso e giallo) verranno gestiti in locali idonei con tecnologie adeguate dai Medici dell'emergenza. I codici verdi (urgenze differibili) e bianchi (non urgenze) verranno gestiti in locali attigui dagli specialisti con contratto annuale.

4. SERVIZI DI RIANIMAZIONE

Necessità di disporre di posti letto di terapia sub intensiva.

5. FORMAZIONE, VERIFICA E CONTROLLO DI QUALITÀ

Da applicare a tutti gli attori descritti, alle strutture e alle strumentazioni.

Alberto Ferrando

Medico di assistenza primaria per le ore notturne o festive o prefestive, in un Medico dell'emergenza. Da qui l'impreparazione specifica, qualche volta il disservizio ecc., ecc..

Ma tutto nasce dall'equivoco che la guardia medica dovrebbe solo essere il Medico di famiglia di notte o di festa.

Si è cercato di ovviare a questo fraintendimento con l'istituzione del 118 che, certamente, ha colmato un vuoto con una organizzazione e con personale ad hoc ma che tutt'ora, forse, corre il rischio di rappresentare un motivo di confusione

Per quanto attiene i "piccoli" pronto soccorso ritengo che non debbano essere smantellati.

Sarebbe sufficiente attribuire loro l'unico ruolo che possono avere affidatogli dai limiti di attrezzature e numericamente di personale, quello di rappresentare valvole di sfogo per codici meno che rossi al fine di lasciare liberi i

pronto soccorso attrezzati per servire urgenze congruenti.

Certo questa riflessione apre la problematica, allora, della necessità di un adeguato e competente filtro che consenta di avviare i codici giusti alle strutture giuste.

Perchè io non ritengo che l'accentramento ad ogni costo sia la soluzione dei mali della Sanità.

Io ritengo, invece, che sia giusto che ogni quartiere debba avere una struttura sanitaria che consenta di accettare la maggior parte delle emergenze e di stabilizzarle, così come è giusto, invece, che le emergenze più gravi debbano essere di competenza di strutture adeguate. Solo quando avremo la capacità di poter essere puntuali e precisi nello smistamento della casistica allora potremo dire di aver in gran parte risolto il problema.

Massimo Blondett

CONSULENZE ORTOPEDICHE “SOTTO TIRO”

Pochi casi inappropriati, ma alcuni settori possono essere migliorati

Le nostre “Linee guida” sono dedicate questo mese ai più comuni problemi emergenti da una rassegna critica, effettuata dal Partners Community Health Care (PCHI), delle modalità d’effettuazione delle richieste di consulenza ortopedica.

In questa revisione non è stato possibile reperire casi di prestazioni ortopediche risultanti chiaramente inappropriate; soltanto alcune di esse sono apparse alquanto discutibili. Tuttavia, alcuni settori dell’organizzazione sono risultati passibili di miglioramento o, quanto meno, tali da giustificare l’adozione di strategie alternative. La lista è la seguente:

◆ **Eccessivo uso di costosi “fans”** e di inibitori Cox-2, comprendente anche la loro utilizzazione in pazienti in cui in precedenza non era mai stato tentato un trattamento con dosi elevate di un comune fans. E’ importante che i consulenti ortopedici riconoscano che gli inibitori Cox-2 non sono dotati di un’azione antalgica più elevata dei comuni fans, e quindi non dovrebbero essere utilizzati come farmaci di prima scelta.

◆ **Casi di “richiesta di consulenza specialistica veloce”** per pazienti affetti da algie al

collo, schiena e ginocchio. Tali richieste sono indubbiamente motivate dal desiderio dei medici generali di fornire ai propri pazienti un servizio veloce, migliorandone così l’indice di gradimento. In svariati casi di questo tipo, i pazienti migliorano prima di essere visitati dall’ortopedico, e questo fa pensare che sarebbe forse stato più utile adottare una strategia di attesa (prima di richiedere la consulenza), onde valutare l’eventuale efficacia di un breve trattamento con comuni fans, particolarmente nel caso di comuni lomalgie.

**ALCUNE SITUAZIONI
POTREBBERO RISOLVERSI SENZA CONSULTO,
SEMPLICEMENTE CON UN PO’
DI PAZIENZA. È A VOLTE ANCHE
UNA RADIOGRAFIA E’ DI TROPPO**

◆ **L’effettuazione della risonanza magnetica** in situazioni in cui è improbabile l’indicazione ad un intervento chirurgico: ad esempio, nel banale caso del ginocchio di un paziente che chiara-

mente non necessiterà di alcuna terapia chirurgica.

◆ **L’effettuazione di radiografie** in casi in cui appare del tutto improbabile che tale procedura possa condurre ad una variazione della scelta terapeutica. Purtroppo, sembra che molti ortopedici richiedano le lastre “di routine”, ancor prima di visitare il paziente.

◆ **La sottoutilizzazione dei reumatologi.** Ci sono pazienti con problemi molto probabilmente più di tipo reumatologico che ortopedico - ad es., soggetti giovani con gonalgia

gia bilaterale. Molti Medici generali hanno imparato ad avvalersi dei reumatologi nello stesso modo in cui utilizzano i cardiologi. L'utilizzazione delle consulenze di questi specialisti medici contribuisce ad istruire i Medici generali alla corretta identificazione dei pazienti necessitanti un intervento chirurgico, chiarendo inoltre le possibili alternative alla terapia chirurgica.

◆ **La determinazione della velocità di conduzione dei tronchi nervosi** costituisce un esame costoso, di non frequente utilità nella scelta della terapia. Molti chirurghi attualmente praticano interventi sulle sindromi del tunnel carpale in pazienti in cui i dati clinici sono fortemente diagnostici (in particolare, tipica ed indiscutibile ipostenia ed ipotrofia muscolare selettive della parte della muscolatura tenere innervata dal mediano, con perfetta congruità della sintomatologia sensitiva, n.d.r.).

◆ **La fasciite plantare** è una delle cause più frequenti di algie del piede nei soggetti adulti, ed una sindrome che i Medici generali dovrebbero probabilmente imparare a trattare da soli. Un segno cruciale per la diagnosi è una dolorabilità localizzata evocabile attraverso la dorsiflessione passiva forzata da parte dell'esaminatore delle dita del piede, allo scopo di tendere la fascia plantare, con

successiva palpazione effettuata con il pollice od indice dell'altra mano lungo tutta la fascia, dal calcagno alla parte anteriore del piede. In tal modo si possono localizzare punti particolarmente dolorabili, sede di eventuali successive infiltrazioni. Gli esami di laboratorio non sono utili in questi casi: i markers infiammatori sono infatti normali.

Anche le radiografie sono inutili, a meno che il paziente non migliori con un tradizionale trattamento medico conservativo, il che generalmente avviene, anche se talora in alcuni mesi.

(PCHI ringrazia i dottori John Colby e Stuart Mushlin del "Brigham and Women's Hospital" per l'aiuto fornito nella revisione delle cartelle cliniche).

.....
Nota dell'editore: questa "newsletter" è stata concepita con mera finalità educativa esclusivamente indirizzata al personale medico professionistico. Non deve essere considerata plausibile, nel trattamento del singolo paziente, se non è accompagnata dall'esercizio del libero giudizio da parte del Medico curante.

Per informazioni su Partners Health Care System, potete mandare una e-mail od un fax al dott. Massimo Ferrigno (e-mail: mferrigno1@partners.org; fax 0185/293316 web page: www.partners.org).

LA DIFFICILE TERAPIA DEL DISTURBO SESSUALE

Il 20 gennaio u.s., si è tenuto a Genova, presso lo Starhotel President un convegno sul tema "Sessualità e terapie», argomento di grande interesse scientifico e di evidente attualità.

Il convegno è stato organizzato, dal punto di vista scientifico, dal C.I.R.S.- Centro Interdisciplinare per la Ricerca e la Formazione in Sessuologia- con sede in

Genova. La relazione introduttiva è stata svolta dalla prof. Jole Baldaro Verde che ha sottolineato come il disturbo sessuale sia la spia di una identità sessuale immatura, confusa o "ferita" e come sia necessario, per il sessuologo, il Medico o lo psicologo, conoscere il processo di "costruzione" dell'identità sessuale stessa. Soltanto in questo modo è possibile formulare una diagnosi eziologica corretta e

SANATORIA PER I “PROVVISORI”

Uscita la legge per sistemare le “discipline diverse” e gli incarichi

Sulla Gazzetta Ufficiale dell' 8 gennaio scorso è stata pubblicata la legge 29 dicembre 2000 n.401 intitolata “Norme sull'organizzazione e sul personale del settore sanitario”. Data l'importanza dell'argomento riteniamo utile pubblicare per intero il testo della legge.

ART. 1

(Passaggio di area o di disciplina del personale del Servizio sanitario nazionale).

1 In sede di prima applicazione ed entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, il personale appartenente alla dirigenza medica del Servizio sanitario nazionale che alla stessa data, con formale atto di data certa emanato dal legale rappresentante dell'ente, risulti in

**PREVISTI TEMPI STRETTI (SEI MESI)
PERCHE LE AZIENDE REGOLARIZZINO
LE SITUAZIONI DEI MEDICI . AMMISSIONI
IN SOPRANNUMERO - MA NON SUBITO -
AL CORSO DI MEDICINA GENERALE**

servizio da almeno due anni, in un posto di area o disciplina diversa da quella per la scegliere la strategia terapeutica più idonea. Diventa dunque fondamentale, come ha messo in evidenza nel secondo intervento il dott. Rosario Sisto, una accurata indagine anamnestica, che esplori tanto il versante biologico che quello psicologico della sessualità del paziente, senza trascurare il contesto culturale e sociale in cui egli ha vissuto e vive. Soltanto acquisendo elementi da queste tre fondamentali fonti sarà possibile individuare la strategia terapeutica più idonea. Che può

quale è stato assunto, è inquadrato, a domanda, senza ulteriori aggravii di spesa, con la medesima posizione funzionale nell'area o nella disciplina nella quale ha esercitato le funzioni. Ai fini dell'inquadramento il direttore generale delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale è tenuto a verificare, previa consultazione con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge,

la permanenza dei fabbisogni che avevano determinato l'impiego del personale nell'area o nella disciplina diversa da quella per la quale era stato assunto, disponendo, nel contempo, fermo restan-

do l'organico complessivo, la modifica delle piante organiche conseguente ai passaggi di

prevedere anche l'uso di farmaci o , se necessario, di presidi chirurgici. Sull'importanza di una corretta diagnosi eziologica è tornato, nel successivo intervento, il dott. Roberto Todella che, partendo da un caso di impotenza erettile, ha fornito un esempio di “terapia sessuologica integrata”. Tale modello di terapia ha operato sia sul biologico, attraverso la prescrizione di un idoneo presidio farmacologico (Viagra), che sulla sua mappa cognitiva sessuale fornendo interpretazioni e correggendo

area, con soppressione del posto lasciato libero nell'area o disciplina di provenienza.

ART. 2.

(Disposizioni in materia di medici incaricati provvisori e di personale laureato del Servizio sanitario nazionale).

1 Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le aziende unità sanitarie locali ed ospedaliere, compresi i policlinici universitari, e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) sono autorizzati, nell'ambito delle risorse finanziarie disponibili per le spese del personale del Servizio sanitario nazionale e nei limiti di quanto previsto dall'articolo 39, comma 18, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, e successive modificazioni, a bandire concorsi, nei limiti delle dotazioni organiche definite ed approvate e nel rispetto dei principi desumibili dall'articolo 6 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni, con una riserva fino al 50 per cento dei posti a favore del personale sanitario laureato cui sia stato conferito un incarico provvisorio, ai sensi dell'articolo 9 diciassettesimo comma, della legge 20 maggio 1985, n. 207. I concorsi sono effettuati secondo le modalità stabilite dal regolamento emanato con decreto del

Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997 n. 483.

2. La riserva di cui al comma 1 opera a favore dei soggetti i quali, anche in carenza della specializzazione nella disciplina richiesta dal citato regolamento emanato con decreto del Presidente della Repubblica n. 483 del 1997, nei cinque anni precedenti la data di entrata in vigore della presente legge abbiano prestato servizio, per un periodo complessivo non inferiore a sedici mesi e a titolo di incarico provvisorio nella predetta disciplina, presso aziende unità sanitarie locali ed ospedaliere, compresi i policlinici universitari, o presso gli IRCCS.

3. Il titolo di specializzazione in psicoterapia, riconosciuto, ai sensi degli articoli 3 e 35 della legge 18 febbraio 1989 n. 56, come equipollente al diploma rilasciato dalle corrispondenti scuole di specializzazione universitaria, deve intendersi valido anche ai fini dell'inquadramento nei posti organici di psicologo per la disciplina di psicologia e di Medico o psicologo per la disciplina di psicoterapia, fermi restando gli altri requisiti previsti per i due profili professionali.

4. Le disposizioni di cui all'articolo 28 del decreto legislativo 3 febbraio 1993 n. 29, come sostituito dall'articolo 10 del decreto legislativo 29 ottobre 1998, n. 387, si applicano anche al

“errori cognitivi”. A questo si sono aggiunti esercizi specifici mutuati dalla tecnica di “sessoterapia corporea”, con una particolare attenzione agli aspetti relazionali del vissuto sessuale, coinvolgendo la partner in alcune sedute di terapia. In merito alle specifiche tecniche terapeutiche il dott. Marco Del Ry ha parlato nel suo intervento della “sessoterapia immaginativa», uno strumento originale da lui elaborato e perfezionato sulla base di studi preesistenti. La terapia si basa sull'uso dell'im-

maginario come “strumento e luogo” di cambiamento e di guarigione e un “codice simbolico” come linguaggio. Le immagini, che vengono proposte al paziente, preventivamente posto in stato di profondo rilassamento, permettono la rappresentazione tanto dei contenuti coscienti del paziente stesso, quanto di quelli inconsci, arrivando a permettere al paziente di capire vedendo. Notevoli anche gli interventi della dott.ssa Genny Ferasin e dell'urologo dr. Antonio Casarico.

comparto della sanità. In sede di prima applicazione di tali disposizioni, nel rispetto di quanto stabilito dall'articolo 39, comma 18, della legge 27 dicembre 1997, n.449, e successive modificazioni, e, comunque, non oltre tre anni dalla data di entrata in vigore della presente legge, nei concorsi per l'accesso alla qualifica di dirigente dei ruoli amministrativo, tecnico e professionale del Servizio sanitario nazionale, il 50 per cento dei posti disponibili è riservato ai dipendenti delle aziende sanitarie che bandiscono il relativo concorso i quali siano in possesso di diploma di laurea, provengano dalla ex carriera direttiva della stessa azienda, ovvero siano stati assunti tramite concorso per esami in qualifiche corrispondenti, e abbiano maturato un'anzianità di nove anni di effettivo servizio nella predetta carriera o qualifica. I posti riservati sono attribuiti attraverso concorso per titoli di servizio professionali e di cultura integrato da colloquio.

ART. 3.

(Corsi di formazione specifica in medicina generale).

1. I laureati in medicina e chirurgia iscritti al corso universitario di laurea prima del 31 dicembre 1991 ed abilitati all'esercizio professionale sono ammessi a domanda in soprannumero ai corsi di formazione specifica in medicina generale di cui al decreto legislativo 8 agosto 1991 n. 256. I medici ammessi in soprannumero non hanno diritto alla borsa di studio e possono svolgere attività libero-professionale compatibile con gli obblighi formativi.

ART. 4

(Attribuzione di mansioni superiori).

1. A parziale deroga di quanto disposto dal decreto legislativo 17 marzo 1995, n. 230, al personale medico già inquadrato nel nono

livello al 31 dicembre 1995 nelle unità operative di anestesia e rianimazione, radiodiagnostica, radioterapia, medicina nucleare e neurologia, non provvisto del diploma di specializzazione in anestesia e rianimazione, radiodiagnostica, radioterapia e medicina nucleare, sono attribuite mansioni peculiari del dirigente di primo livello, inquadrato nel decimo livello e munito del diploma di specializzazione nelle predette discipline.

ART. 5.

(Personale che svolge attività di ricerca presso l'Istituto superiore di sanità).

1. Per potenziare l'attività di ricerca nel campo sanitario, l'Istituto superiore di sanità si avvale, fino al 31 dicembre 2001, del disposto di cui all'articolo 5, comma 27, della legge 24 dicembre 1993, n. 537; per le assunzioni a tempo determinato, non rinnovabili, è fissato il limite del 20 per cento della dotazione organica complessiva. Gli oneri per le assunzioni a tempo determinato sono posti, per il 50 per cento, a carico degli ordinari stanziamenti di bilancio già preordinati allo scopo e, per il restante 50 per cento, a carico dei finanziamenti derivanti dai programmi e dai progetti di ricerca.

ART. 6.

(Regime previdenziale per i dirigenti della guardia medica e della medicina dei servizi).

1. Il comma 13 dell'articolo 72 della legge 23 dicembre 1998, n. 448, si applica anche ai medici addetti alle attività di guardia medica ed alla medicina dei servizi di cui al regolamento emanato con decreto del Presidente della Repubblica 14 febbraio 1992, n. 218, ed all'accordo reso esecutivo con decreto del Presidente della Repubblica 22 luglio 1996, n. 484, inquadrati nel primo livello dirigenziale del ruolo sanitario.



ART. 7.

(Corso di specializzazione in medicina del lavoro).

1. Il Ministero della sanità, nell'ambito dell'attività di programmazione di cui al decreto del Ministro della sanità 22 luglio 1998, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 227 del 29 settembre 1998, provvede ad aumentare il numero dei posti disponibili nel corso di specializzazione in medicina del lavoro, in modo che il numero degli specialisti sia tale da coprire le carenze territoriali nella funzione di medico competente.

ART. 8.

(Scuole di specializzazione)

1. Il numero di laureati appartenenti alle categorie dei veterinari, odontoiatri, farmacisti, biologi, chimici, fisici, psicologi iscrivibili alle scuole di specializzazione post-laurea è determinato ogni tre anni secondo le medesime

modalità previste per i medici dall'articolo 35 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n.368, ferma restando la rilevazione annuale del fabbisogno anche ai fini della ripartizione annuale delle borse di studio nell'ambito delle risorse già previste.

**CORSO DI MEDICINA GENERALE
SOLO IN FUTURO I “SOPRANNUMERO”**

In riferimento alla legge 29 dicembre 2000 n.401 che pubblichiamo qui sopra, e in particolare all'art.3, una circolare del Ministero della Sanità del 31 gennaio precisa che l'ammissione in soprannumero al corso biennale di formazione in medicina generale non può riguardare il corso 2000 - 2002, già iniziato o comunque regolamentato, ma solo quelli futuri, con regole da emanare.

CONTRATTO MEDICI DI BASE, LE NOVITA'

Pubblichiamo la seconda parte della circolare della Regione dedicata ai principali punti del nuovo accordo per i medici di base (la prima parte è stata pubblicata sul n. 1/2001)

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Criteri generali

L'articolo 48 comma 1 stabilisce che la continuità assistenziale fa parte delle attività distrettuali ed il comma 2 ne prevede l'estensione nella fascia oraria 10.00 - 14.00 dei giorni prefestivi.

Attribuzione degli incarichi

Per quanto concerne il conferimento degli incarichi vacanti gli aspetti più significativi riguardano:

a) la titolarità da almeno 2 anni (e non più 12 mesi) di incarico a tempo indeterminato

- nell'ambito di provenienza della Regione che ha pubblicato gli incarichi vacanti e da almeno 3 anni in altra Regione;

b) la soppressione dell'obbligo triennale di residenza e di iscrizione all'albo professionale nella provincia in cui concorrono per i trasferimenti di medici titolari di incarico in altra Regione;

c) i trasferimenti possibili nei limiti di un terzo dei posti disponibili, con approssimazione dei quozienti all'unità più vicina;

d) l'attribuzione di 15 punti (anziché 20) ai Medici che concorrono per graduatoria, residenti da almeno due anni nella Regione;

e) la cancellazione del Medico che accetti, l'incarico dalla graduatoria, ai fini dell'attribuzione degli incarichi di continuità assistenziale che abbiano a riferimento tale

Federazione delle associazioni territoriali un anno ricco di proficua attività'

La Federazione delle associazioni territoriali dei Medici di medicina generale tiene fede al suo programma, che è quello non di rappresentare un collegamento di facciata fine a se stesso, ma di porsi come ente sensibile alle varie istanze che nascono dalla "base", coordinandole e rispondendo quindi, per quanto possibile, alle attese del Medico e delle varie associazioni locali. La testimonianza si è avuta nelle ultime settimane dello scorso anno, con due iniziative culturali che hanno riscosso adesioni e interesse. A bordo della "Majestic" si è svolto il primo congresso provinciale, articolato in tre sessioni, che hanno messo a fuoco alcuni dei problemi che maggiormente "stressano" il Medico di medicina generale nella sua quotidiana attività. Gli inter-

venti del procuratore generale della Repubblica dott. Meloni e dei colleghi medici legali Lomi e Castiglione Gianelli hanno contribuito non solo a delineare con chiarezza i limiti dell'imputabilità del Medico, ma anche a definire con precisione i comportamenti da seguire e gli errori in cui non incorrere per evitarla.

Le colleghe Miolo e Cordano hanno invece approfondito i vincoli imposti alla prescrizione farmaceutica, con un aggiornamento "in tempo reale" rispetto alle novità legislative che regolano la materia.

I dati in loro possesso, tra l'altro, relativi ai costi delle prescrizioni "incongrue" hanno ridimensionato drasticamente le responsabilità ed il peso del Medico di medicina generale, specie se confrontato con altri prescrittori. Il prof.



graduatoria regionale;

f) la decadenza dall'incarico di provenienza per il Medico che concorra per trasferimento all'assegnazione di un incarico vacante al momento dell'accettazione.

Massimali

L'articolo 50 comma 1 prevede un plus orario di 4 ore settimanali, la relativa disciplina è rimessa alle determinazioni degli accordi regionali. In attesa degli accordi il compenso aggiuntivo continua ad essere corrisposto secondo i criteri di cui all'articolo 17 comma 1 lettera d) del Dpr 41/91 e cioè con il tetto massimo di 104 ore mensili.

Compiti del Medico

Oltre ai compiti obbligatori di continuità assistenziale è prevista la possibilità di effettuare, nell'ambito dell'intervento, le prestazioni aggiuntive di cui al nomenclatore tariffario

(allegato D), retribuite con il corrispettivo ivi stabilito. I Medici di continuità assistenziale possono partecipare alle attività previste dagli accordi regionali ed aziendali, per le quali possono essere previste quote variabili aggiuntive.

Sostituzioni e incarichi provvisori

La previsione dell'articolo 55 comma 7, che per sostituzioni superiori a sei mesi nell'anno, salvi i casi espressamente contemplati, consente all'azienda l'eventuale risoluzione del rapporto con il titolare dell'incarico, va intesa nel senso che l'anno si riferisca agli ultimi 12 mesi consecutivi, anche se riferiti ad anni solari diversi.

Assicurazione contro i rischi

Viene estesa anche ai danni subiti per raggiungere le sedi dei Comitati o rientrare dalle stesse.

Deferrari ha poi fugato il timore che le linee guida diagnostico-terapeutiche recentemente varate si possano risolvere in ulteriori limitazioni dell'autonomia di ciascuno: al contrario ne ha rimarcato la funzione di traccia nei confronti della pratica quotidiana. Il congresso non ha potuto affrontare altri argomenti di grande importanza, come la nuova organizzazione funzionale della Asl 3, i rapporti tra i Medici di medicina generale e gli specialisti, ospedalieri e ambulatoriali. Per questo è intenzione della Federazione organizzare in un futuro non troppo lontano un tavolo di lavoro con tutte le figure che possono trovarsi a collaborare attorno ad un ipotetico "paziente comune" (senza dimenticare, tuttavia, che già oggi con telefo-

no, fax, postaordinaria o elettronica e buona volontà si possono evitare ai malati disagi inutili, di cui spesso e con ragione essi si lamentano). Un'altra iniziativa ha riguardato un incontro-lezione magistrale con il prof. Luzzato, nuovo direttore scientifico dell'Ist, durante il quale il relatore ha esposto con affascinante concretezza i risultati delle sue ricerche sul rapporto genetica-oncogenesi. La disponibilità manifestata a coinvolgere tutta la struttura da lui diretta in una più stretta collaborazione con il Medico di medicina generale prefigura positivi sviluppi nella gestione comune del paziente oncologico.

*Enrico Salomone - Addetto Stampa
Federazione Reg.le Medici di Med. Generale*

EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

Generalità e campo di applicazione

Nelle more della realizzazione delle disposizioni di cui all'articolo 8 comma 1 bis dei D. Lgs. 229/99, che prevede il passaggio alla dipendenza, l'organizzazione dell'emergenza sanitaria territoriale viene realizzata in osservanza della programmazione regionale esistente ed in coerenza con le norme del Dpr 27.3.1992 e dell'Atto di intesa Stato Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza.

Individuazione ed attribuzione degli incarichi

Per l'attribuzione dei turni vacanti, si evidenziano gli aspetti più significativi :

- a) previsione di trasferimenti interregionali per Medici titolari da almeno tre anni di incarico a tempo indeterminato;
- b) titolarità da almeno due anni e mezzo di incarico a tempo indeterminato per i trasferimenti in ambito regionale;
- c) possibilità di trasferimenti fino alla concor-

renza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda con arrotondamento all'unità più vicina.

d) applicazione ai Medici che concorrono per graduatoria del seguente ordine di priorità:

- Medici già incaricati a t.i. per la continuità assistenziale presso la stessa Azienda;
- Medici già incaricati a t.i. per la continuità assistenziale presso altra Azienda della Regione, con preferenza per quelli residenti da almeno un anno nell'ambito dell'Azienda;
- Medici inseriti nella graduatoria regionale, con preferenza per quelli residenti da almeno un anno nell'ambito dell'Azienda.

e) attribuzione di 15 punti (anzichè 20) ai Medici che concorrono per graduatoria se risiedono nella Regione da almeno due anni;

f) cancellazione dalla graduatoria regionale per il Medico che accetta un incarico, ai fini dell'assegnazione di altri incarichi che abbiano a riferimento tale graduatoria;

g) decadenza dall'incarico precedente in caso del conferimento dell'incarico ad un Medico che abbia concorso per trasferimento.

E PER IL 2001 UN PROGRAMMA INTENSO

Nel programma della Federazione Medici del territorio vi sarà un corso di aggiornamento multidisciplinare (gastroenterologico, neurologico, cardiologico ed endocrinologico), di durata annuale, omogeneo per ogni singola associazione e già accreditato presso il ministero della Sanità. Si procederà anche all'aggiornamento sulle "nuove" note Cuf, in collaborazione con le unità operative "medicina di base" e "farmaceutica" della Asl 3 (sfruttando ancora una volta la pazienza e la precisione delle colleghe C. Cardano e N. Miolo puntiamo ad evitare in futuro lo "stress da convocazione", sanzioni e rimborsi che hanno caratterizzato il recente passato della medicina generale genovese). In marzo intendiamo focalizzarci sulla presentazione del nuovo accordo collettivo nazionale, con particolare riguardo ai doveri del Medico di medicina generale, allo sviluppo della medicina in associazione, all'informatica applicata alla nostra professione, cercando di cogliere i miglioramenti che a quest'ultima potrebbero derivare da una futura connessione con la rete Asl della provincia di Genova. Ultima (ma solo cronologicamente) arriverà la seconda edizione del convegno provinciale - programmato per novembre - che "a grande richiesta" si svolgerà sulla terra ferma.

Enrico Salomone

Massimale orario

L'articolo 64 comma 2 stabilisce che l'Azienda può eccezionalmente conferire incarichi provvisori, per un massimo di mesi 8 non rinnovabili, per 38 ore settimanali ovvero a tempo parziale per 24 ore settimanali.

Compiti del Medico di emergenza e libera professione

L'articolo 65 comma 1 precisa i compiti che il Medico incaricato svolge con retribuzione a quota fissa oraria mentre il comma 2 prevede compiti che il Medico può essere chiamato a svolgere sulla base di appositi accordi regionali o aziendali. Rispetto al Dpr 484/96 è espressamente previsto che il Medico incaricato di emergenza sanitaria territoriale possa svolgere attività di coordinamento e riferimento interno ed esterno al servizio nelle centrali operative, interventi di assistenza e soccorso avanzato su mezzi attrezzati ad ala fissa o rotante.

Il comma 3 stabilisce che il Medico dell'emergenza possa svolgere ulteriori compiti previsti da accordi regionali, compresi quelli di formazione e aggiornamento di personale non medico e la partecipazione a progetti formativi di educazione sanitaria della popolazione in materia di emergenza. I compensi per tali attività sono definiti dagli accordi regionali.

Il Medico di emergenza territoriale può svolgere attività libero professionale al di fuori degli orari di servizio senza recare pregiudizio al corretto svolgimento dei compiti previsti dalla convenzione.

Idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza

Al fine di esercitare l'attività di emergenza i Medici devono essere in possesso dell'attestato di idoneità, rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione. L'allegato P al Dpr 270/2000 contiene uno schema di linee guida per i corsi di idoneità all'emergenza.

INFORTUNIO A BORDO, MODALITÀ DI ASSISTENZA AVANZATA - Su questo tema il 9 marzo alla sala dei capitani di Palazzo San Giorgio a Genova è previsto un Workshop organizzato dalla Guardia costiera ausiliaria. La partecipazione è gratuita. Inf.: segr. scient. dott. Galuppi, tel. 010 2644261.

MORTE DI SABATO, IL MEDICO CURANTE PUO' COMPILARE LA SCHEDA ISTAT

Prendo spunto dall'articolo "Quando la morte vien di sabato", pubblicato a pag. 23 di "Genova Medica" dello scorso mese di dicembre, e devo fare alcune doverose precisazioni legislative, di cui probabilmente l'estensore dell'articolo dott. Pallavicino non è a conoscenza. Il regolamento di polizia mortuaria all'art. 1 stabilisce effettivamente che "nel caso di decesso senza assistenza medica la denuncia della presunta causa di morte è fatta dal medico necroscopo". Il dott. Pallavicino però, interpretando tale enunciato erroneamente, sostiene che "qualunque Medico chiamato al capezzale di un defunto a redigere l'apposita scheda di morte, se non ha assistito personalmente al decesso, obbligatoriamente deve redigere

solo il certificato di constatazione di morte; a ogni altra constatazione e certificazione di legge deve provvedere, nei tempi e nei modi previsti, il Medico necroscopo". Il dott. Pallavicino non richiama a tale proposito la circolare ministeriale interpretativa del regolamento di polizia mortuaria, diramata dal ministero della Sanità il 24 giugno '93, in cui si precisa che per "assistenza medica" deve intendersi la conoscenza da parte del Medico curante del decorso della malattia, indipendentemente dal fatto che il Medico fosse presente o meno al momento del decesso. Quindi, a differenza di quanto detto nell'articolo, il Medico curante, se è a conoscenza di patologie che possano, in scienza e coscienza, aver causato verosimilmente il decesso,

Sostituzioni, incarichi provvisori, reperibilità

Ai sensi dell'articolo 67 comma 1 il Medico impossibilitato ad assicurare l'attività durante il turno previsto, qualora non sia in grado di comunicarlo tempestivamente all'Azienda, deve contattare il responsabile della centrale operativa affinché quest'ultimo provveda alla sostituzione. Il comma 3 prevede una nuova durata massima per gli incarichi provvisori nella misura di mesi 8. Il comma 4 prevede la possibilità di istituire punti di emergenza sanitaria territoriale per particolari esigenze dovute a flussi turistici o specifiche istanze sperimentali, mediante il conferimento di incarichi provvisori della durata massima di mesi 6 non rinnovabili. I commi 7 e 8 prevedono innovazioni relative all'organizzazione dei turni presso le centrali operative ed introducono la reperibilità domiciliare di 12 ore per garanti-

re assenze impreviste dei Medici incaricati dei turni di lavoro. Per la retribuzione dei turni di reperibilità eccedenti il numero di 4 mensili devono essere stipulati appositi accordi regionali. Trattamento economico, riposo annuale, assicurazione contro i rischi derivanti dall'incarico. L'innovazione principale dell'articolo 68 è il riconoscimento ai Medici dell'emergenza di un periodo annuale di astensione obbligatoria dal lavoro per riposo, pari a 21 giorni lavorativi, da fruire per 11 giorni a scelta del Medico e per 10 giorni su indicazione dell'Azienda. Tale disposizione ha applicazione a partire dall'anno 2000. La copertura assicurativa è estesa agli infortuni subiti in occasione dello svolgimento di attività intra-moenia ed ai danni subiti per raggiungere le sedi di comitati o commissioni previsti dall'accordo o rientrare dalle stesse.

deve compilare unicamente la scheda Istat, denunciando in tal modo al sindaco la malattia che, a suo giudizio, sarebbe stata la causa di morte. Il Medico necroscopo non può fare la scheda Istat in quanto, generalmente, non è a conoscenza delle patologie da cui era affetto in vita il defunto, non avendolo avuto in cura personalmente. In pratica, in assenza della scheda Istat, il Medico necroscopo, così come qualsiasi altro Medico che non ha avuto in cura il defunto, chiamato dalle Forze dell'ordine sul luogo del decesso, potrà fare soltanto una constatazione di decesso "per cause clinicamente non accertabili" e mettere la salma a disposizione dell'autorità giudiziaria. Quest'ultima deciderà se eseguire un'autopsia giudiziaria, nominando un perito medico-legale, o rilasciare il nulla osta alla sepoltura. Si ricorda a tale proposito che in caso di rilascio immediato del nulla osta, la salma, sempre in assenza della scheda Istat con le presunte cause di morte, dovrà comunque essere sottoposta ad un riscontro diagnostico secondo l'art. 37 del regolamento di polizia mortuaria al fine di stabilire le cause della morte. Il Medico necroscopo dovrà infine eseguire la visita necroscopica obbligatoria per legge tra le 15 e le 30 ore dalla morte del soggetto, ai fini dell'accertamento della realtà della morte.

Marcello Canale

Pubblichiamo con piacere le precisazioni del prof. Canale in merito all'articolo "Quando la morte vien di sabato" pubblicato a pagina 23 del n.12/2000 di "Genova Medica", rilevando la constatazione che l'intervento del prof.

Canale evidenzia implicitamente un vuoto legislativo. Infatti a seguito di quanto esplicitato, dovendo il modulo Istat essere redatto dal Medico che conosce l'iter anamnestico - patologico che ha condotto all'exitus, che non può che identificarsi nel Medico di famiglia e non certo nella figura del Medico necroscopo, il problema nasce quando il decesso avviene in orari (dalle dieci del prefestivo alle otto del feriale) in cui, istituzionalmente e contrattualmente, il Medico di medicina generale non svolge attività professionale convenzionata. La continuità assistenziale è garantita da figure professionali che, nella fattispecie, sono nelle stesse condizioni del Medico necroscopo per quanto attiene le conoscenze dell'anamnesi patologica prossima e remota del deceduto. Pertanto le precise puntualizzazioni del prof. Canale aprono viepiù il problema di chi deve redigere i moduli Istat nei prefestivi e festivi, da cui il titolo dell'articolo del dr. Pallavicino: "Quando la morte vien di sabato".

Last but don't least: se è vero come è vero che la salma non può essere tumulata priva del faticoso modulo (o meglio, dovrà essere sottoposta a riscontro diagnostico per stabilire le cause di morte), quanto dovrà giacere (ovvero quale articolato iter dovrà sostenere) durante i "ponti lunghi" come per esempio quello dello scorso Natale?

Massimo Blondett

N.B. Su questo argomento, in effetti controverso e aperto a dubbi di vario genere, "Genova Medica" conta di pubblicare presto un nuovo definitivo intervento chiarificatore.

S.C.

GUARDIE MEDICHE NOTTURNE - La comunità terapeutica "Il Montello" che ha sede a Serravalle Scrivia (Alessandria) ricerca personale medico per effettuare turni di guardia notturna. Per informazioni tel. 0143/65358 e chiedere della dottoressa Morrone o dr.ssa Meo.



AIOT
ASSOCIAZIONE MEDICA
ITALIANA DI OMOTOSSICOLOGIA
Associazione di Studi e Ricerche in Omeopatia

L'A.I.O.T., Associazione Medica Italiana di Omotossicologia, in collaborazione con l'A.M.I.D.E.A.V. (Associazione Medica Italiana di Elettroagopuntura sec. Voll), nell'ambito delle proprie attività didattiche, promuove dei:

Gruppi di studio su:

DIAGNOSI DELLE INTOLLERANZE ALIMENTARI TRAMITE EAV

e

LINEE GUIDA PER LA TERAPIA

Il **Gruppo di Studio** è incentrato sulla pratica e sull'acquisizione della manualità necessaria al corretto svolgimento del Test.

Il modello di lavoro appreso consentirà all'allievo di operare da subito sui pazienti.

Dato il taglio eminentemente pratico delle giornate di lavoro, saranno a disposizione degli allievi alcune apparecchiature per EAV; i sigg. Medici che già possiedono tali apparecchiature, sono pregati di portarle con sè al corso.

GENOVA

c/o Jolly Hotel Plaza - Via Martin Piaggio, 11

Sabato, 3 marzo 2001 ore 9,15 - 13,00/14,30 - 13,00

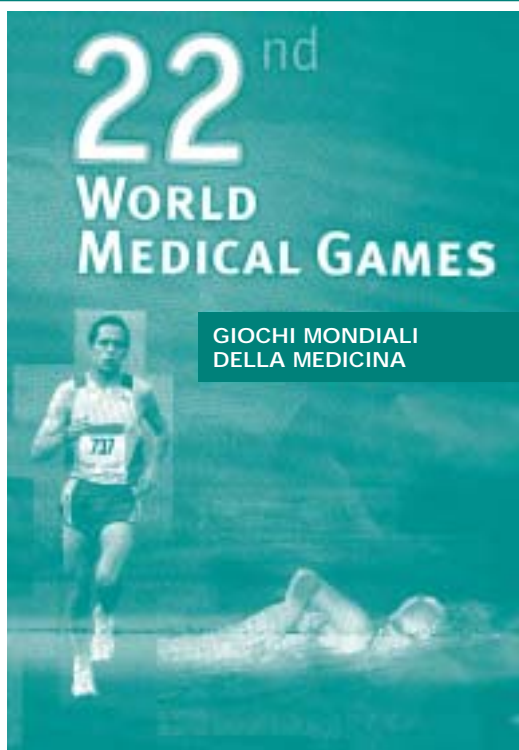
Domenica, 4 marzo 2001 oer 9,15 - 13,00

Relatore: dr. G. Di Tullio, Specialista in Scienze dell'alimentazione, Igiene e Medicina Preventiva, Docente della Scuola di Omeopatia, Omotossicologia e Discipline Integrate, Docente A.M.I.D.E.A.V.

Il Gruppo di Studio è a numero chiuso; si prega pertanto di comunicare la propria adesione alla Segreteria organizzativa: Tel.02/28018.208 - Fax 02/2822234.

A GIUGNO I GIOCHI MONDIALI DELLA MEDICINA

E' già in pieno movimento la macchina organizzativa della XXII edizione dei Giochi Mondiali della Medicina, che quest'anno sono in programma ad Evian (Francia) dal 23 al 30 giugno. Saranno ben 26 le discipline sportive in cui i Medici potranno cimentarsi con colleghi di tutto il mondo. Un simposio internazionale consentirà anche un aggiornamento professionale sulla medicina e fisioterapia dello sport. Negli anni scorsi la delegazione genovese è sempre stata numerosa e ha raccolto molti allori. Per informazioni sull'organizzazione e sul programma, sistemazione logistica ecc. rivolgersi a Giovanni Giovannini, delegato JMM per l'Italia, tel. 0572/770547.



Preparazioni magistrali e stupefacenti

Le preparazioni magistrali a base di norpseudoefedrina e di norefedrina sono a tutti gli effetti sostanze stupefacenti, e quindi devono essere utilizzate con le norme e cautele previste dal Dpr 309/90, vale a dire che devono essere dispensate solo dietro presentazione di ricetta speciale ministeriale (art. 43 del decreto). Lo sottolinea una nota del ministero della Sanità, in risposta ad alcuni quesiti avanzati sulla possibilità di spedizione di tali sostanze. La norpseudoefedrina, denominata anche catina, e la norefedrina, detta anche fenilpropanolamina (stereoisomero della norpseudoefedrina) sono inserite nella tabella 1 delle sostanze stupefacenti e psicotrope e pertanto soggette alla speciale disciplina dettata dal suddetto decreto.

RITIRARE I DIPLOMI - La registrazione in Comune del diploma di abilitazione all'esercizio della professione sanitaria è stata abolita dalla legge 24/11/2000 n.340, che ha abrogato i commi 2°, 3° e 4° dell'art. 100 del testo unico sulle leggi sanitarie. Una nota del Comune di Genova invita gli interessati a ritirare i diplomi giacenti presso l'Ufficio Igiene in via Fiasella 3/6.

POSTI INPS - Quattro posti sono vacanti in provincia di Sondrio, e precisamente uno nel capoluogo, uno nell'ambito di Morbegno e Chiavenna e due nell'ambito di Tirano e Bormio. Le domande, con tutta la documentazione di legge, vanno indirizzate entro il 31 marzo alla sede provinciale Inps - Ufficio prestazioni temporanee - Via xxv aprile 5, 23100 Sondrio.

INIZIATIVE DEL DIMI PER I MEDICI DI BASE

Il Dimi – Dipartimento di medicina interna dell'Università – sta intensificando gli sforzi per consolidare i rapporti con i Medici di medicina generale, programmando una serie di incontri e ammettendo un certo numero di questi colleghi alla "frequenza" presso i propri laboratori.

Per quanto riguarda i seminari di aggiornamento, l'elenco degli appuntamenti più vicini comprende: martedì 27 febbraio, dalle 21 alle 23, incontro sulle tireopatie (casi clinici e raccomandazioni), per la conduzione dei professori Bagnasco e Mariani e del dott. Stimamiglio; martedì 27 marzo, sempre dalle 21 alle 23, "malattie infiammatorie croniche intestinali", conduttori Bignone, De Cata, Indiveri, Lusardi, Menardo, Menichini e Savarino; martedì 10 aprile, stesso orario

serale, "gestione ambulatoriale del paziente con insufficienza renale", conduttori De Ferrari, Monti e Pontremoli.

Per quanto riguarda invece la frequenza, premesso che gli interessati debbono contattare la segreteria del Dimi (tel. 010-3537923 oppure 3538653), queste sono le possibilità. Servizio di endoscopia digestiva, piano terra gastroenterologia (Dimi), un Medico per volta il mercoledì e giovedì dalle 10 alle 12 (prestazioni: colonscopia, ESD scopia, ricerca HP, medico di riferimento prof. Mansi, tel. 010-3538993); laboratorio-ambulatorio di cardiodiagnostica, pad. 3 di San Martino, due Medici per volta, il venerdì dalle 10 alle 12 (studio della funzionalità cardiaca, ecocardio, ecostress, medico di riferimento prof. Lotti, tel. 010-3537820); servizio di citofluorimetria clinica, terzo piano laboratori, medico di riferimento dott. Setti tel. 010-3537988, due Medici per volta il martedì e giovedì dalle 11 alle 13 (studio delle sottopopolazioni cellulari del sangue e del midollo); ambulatorio monitoraggio ipertensione arteriosa, pad. 3 del San Martino, riferimento prof. Lotti, due Medici per volta il martedì dalle 10 alle 12; day hospital reumatologia, piano terra Dimi, (protocolli terapeutici in reumatologia, artrocentesi, infiltrazioni, riferimento dott. Serio, tel. 010-3538609), due Medici il mercoledì dalle 10 alle 12; servizio di videocapillaroscopia, piano terra del Dimi, medico di riferimento dott. Sulli, tel. 010-3538617 (studio del microcircolo nelle vasculopatie e nelle connettiviti), due Medici per volta il mercoledì e giovedì dalle 14,30 alle 16.

Per endoscopia digestiva, citofluorimetria clinica e videocapillaroscopia è stato chiesto l'accreditamento al ministero della Sanità.

E continuano le conferenze

Parallelamente all'attività in favore dei Medici di medicina generale, di cui riferiamo qui sopra, il Dimi continua anche in quest'anno nella tradizione delle sue conferenze clinico-scientifiche, previste nell'aula magna, il giovedì alle 17.00. Il programma delle conferenze più vicine prevede: 1° marzo "Fisiopatologia del microambiente osseo e riflessi applicativi in oncologia clinica" (Alberto Angeli, ordinario di medicina interna di Torino); 8 marzo "Addensamento polmonare in paziente con connettivopatia" (Andrea De Maria, associato di malattie infettive dell'Università di Genova e Bruno Serio, ricercatore dello stesso ateneo); 15 marzo "Gli anticorpi anticitoplasma leucocitario nelle vasculiti" (Renato Sinico, dirigente medico ospedale San Carlo di Milano).

CORSO DI FORMAZIONE E INFORMAZIONE SANITARIA

La confederazione dei Centri liguri per la tutela dei diritti del malato promuove annualmente dei corsi di informazione sanitaria per aggiornare i suoi soci e dare alle associazioni di volontariato operanti nel settore socio sanitario la possibilità di svolgere con maggiore competenza il proprio lavoro. I corsi si svolgono al pomeriggio del sabato - con inizio alle 15 - al padiglione Viggliola dell'ospedale San Paolo di Savona. Gli appuntamenti più vicini sono: 24 febbraio, relazione della dott.ssa M. Piraldo, assistente sociale dell'Asl 2, su "Compiti del servizio socio-sanitario, a chi è rivolto, i confini tra sociale e sanitario" e del dott. M. Oliveri, primario radiologo dell'Asl 2, su "Ruolo del servizio di radiologia, in particolar modo per immagini, e sua valenza diagnosti-

ca"; 3 marzo, il dott. G.C. Pallanca e la dott.ssa Apicella, responsabili rispettivamente dell'ufficio relazioni pubbliche e dell'ufficio qualità dell'Asl 2, parleranno su "la carta dei servizi e la partecipazione dei cittadini al miglioramento della qualità", mentre l'avv.to L. Vecchiato, legale della confederazione, parlerà del diritto all'informazione e della tutela del cittadino. Alla fine Maria Chighine, presidente della confederazione, trarrà le conclusioni finali. Sempre su questo tema la confederazione informa di aver attivato, con il contributo della Fondazione Carige, un sito Internet, utile sia per segnalare quesiti o sporgere reclami che per leggere le disposizioni legislative regionali e nazionali relative alla salute. Il sito è raggiungibile all'indirizzo: www.tutela-del-malato.it.

GLI APPUNTAMENTI DELL'AMMEG

L'AmmeG (Associazione dei Medici di medicina generale di Sestri Ponente e Cornigliano) ha messo a punto il programma del corso di aggiornamento per l'anno in corso, che prevede una serie di riunioni da tenersi al martedì nella sala "Mauro Calcagno" in via Chiaravagna 54, a Sestri Ponente, alle 20,30. Gli impegni più vicini sono: 20 febbraio "Emergenze cardiologiche", relatore Angelo Camerieri; 20 marzo "Anemie sideropeniche", relatore Carlo Venzano; 11 aprile "Occlusioni intestinali", relatore Luigi Cogolo. Per saperne di più: direttore del corso Ferruccio Pesenti, tel. 010-6532222, segreteria scientifica Massimo Blondett, tel. 0333-4061960 e Angelo Canepa, tel. 010-6448736.

OMEOPATIA COME E QUANDO

Il "Nobile collegio omeopatico" ha organizzato una serie di 8 serate, presso l'aula chirurgica del Monoblocco di San Martino sul tema "Come e quando omeopatia: interconnessione tra medicina generale e specialistica". Gli incontri sono previsti di giovedì dalle 20.30 alle 22.30. Al termine del corso, gratuito, verrà rilasciato un attestato di partecipazione. Date previste: 22 e 29 marzo, 5, 12, 19 e 26 aprile, 3 e 10 maggio. Nella prima serata il direttore didattico Valter Fabbro presenterà il corpo docente e spiegherà programma e finalità del corso. Inviare domanda di iscrizione - su foglio di ricettario - per fax entro il 19 marzo al tel. 019.624203. Informazioni: Eleonora Gagliano, tel. 0335.8296460.

ALZHEIMER, LE REGOLE REGIONALI

Una circolare fa il punto dopo la prima serie di incontri con i responsabili

Il “progetto Cronos” contro il morbo di Alzheimer procede secondo le tappe a suo tempo prefissate. Nella seconda metà del mese di gennaio scorso la Regione ha diffuso una circolare in cui ha fatto il punto della situazione, dopo una serie di incontri con i responsabili delle unità valutative ed i referenti individuati dalle Asl della Liguria. Pensiamo di fare cosa utile riassumendo quanto è emerso da questi incontri.

Ammissione e prima fase - Le “Uva” (Unità valutative Alzheimer) sono identificate nel territorio al fine di garantire il coordinamento tra le competenze specialistiche per la diagnosi

della patologia, il Medico di medicina generale e i servizi di assistenza domiciliare. Presso queste strutture deve quindi essere possibile effettuare una precisa diagnosi, seguire nel tempo il paziente, in collaborazione con il

Medico di medicina generale, ed effettuare la dispensazione dei farmaci nella prima fase del protocollo.

Per garantire una continuità nel controllo è sconsigliabile una migrazione tra una unità e l'altra. I pazienti

possono scegliere liberamente l'unità di riferimento, dalla quale ricevono le prime quattro confezioni gratuite di farmaci (terapia per quattro mesi)

Esami diagnostici - La circolare regionale sot-

*I FARMACI SONO EROGATI
TRAMITE LA PRESCRIZIONE DEL MEDICO
DI MEDICINA GENERALE
SULLA BASE DEL PIANO TERAPEUTICO
DEFINITO DALLE “UVA”.*

INTEGRAZIONE SU STRUTTURE E RIFERIMENTI

Sull'argomento Alzheimer la Regione ha anche diffuso una nota integrativa che aggiorna l'elenco delle strutture idonee ad effettuare la diagnosi e dei punti di riferimento a cui possono rivolgersi gli interessati per avere informazioni ed indicazioni operative. Alle indicazioni già diffuse – e pubblicate su “Genova Medica” dello scorso dicembre – vanno aggiunti tra le strutture che possono fare la diagnosi il

servizio di neurofisiopatologia dell'Università di Genova (a San Martino) e il Dipartimento di salute mentale – servizio psichiatrico di diagnosi e cura – del Galliera. Tra i punti per informazioni sono stati aggiunti l'ambulatorio di geriatria del Galliera, in corso Mentana 10 – tel. 010-5634391, l'unità operativa di neurologia dell'ospedale di Sestri Ponente e a La Spezia l'ufficio relazioni con il pubblico dell'Asl 5.

tolinea che "quando si presenta all'Uva un paziente che ha già effettuato gli esami clinico-diagnostici non è necessario, per l'inserimento del paziente al piano di monitoraggio, rifare tutto il percorso diagnostico, ma è sufficiente effettuare una valutazione della presenza della malattia e del livello di gravità". L'esenzione dal ticket per la diagnostica può essere applicata solo quando è stata effettuata una diagnosi di Alzheimer.

Reazioni avverse - Nel caso si riscontrino, esse devono essere riportate nella scheda delle visite successive, ma questa segnalazione non sostituisce la solita segnalazione delle reazioni avverse ai medicinali.

Compilazioni schede pazienti - Le schede dei pazienti compilate presso l'Uva vanno poi inviate ai referenti Asl di competenza, i quali provvederanno ad allestire l'archivio delle schede raccolte e contestualmente a compilare ed inviare al Dipartimento per la valutazione dei medicinali e la farmacovigilanza e al Dipartimento della Regione le schede riepilogative quadrimestrali.

MODALITÀ PRESCRITTIVE.

Nella seconda fase del protocollo di monitoraggio - sottolinea la Regione - i farmaci sono erogati tramite la prescrizione del Medico di medicina generale sulla base del piano terapeutico definito dalle Uva. A questo proposito la circolare ricorda che il decreto 20 luglio 2000 ha previsto la riclassificazione dei medicinali a base di "Donepezil cloridrato" e "Rivastigmina" in classe A su diagnosi e piano terapeutico da effettuarsi da parte delle Uva, e che la fornitura è soggetta a prescrizione specialistica. Ne consegue che le Uva sono tenute a predisporre il piano terapeutico (redatto o ricofermato in occasione di ciascuna visita) e a compilarlo in tre copie, una per il paziente, la seconda per il Medico di medi-

cina generale, la terza da trasmettere, in analogia alle schede di inizio trattamento e visite successive, alle Asl di residenza dei pazienti. I pazienti inseriti nella sorveglianza potranno ricevere i farmaci necessari a totale carico del Ssn solo se essi saranno prescritti dal Medico di medicina generale su ricettario regionale, con la specifica dicitura "progetto Cronos" (altrimenti restano a carico del paziente).

Altre indicazioni regionali riguardano poi le farmacie ed i servizi farmaceutici delle Asl con disposizioni sulla concedibilità dei farmaci, sulla acquisizione dei piani terapeutici e sugli adempimenti di Asl e farmacie nei riguardi della Regione che tiene le fila del "Progetto Cronos".

La terza fase dell'iniziativa dovrebbe partire al mese di maggio.



*OTOSCOPI, OFTALMOSCOPI,
DIAGNOSTICA TASCABILE*

SA.GE. SA.GE.

SANITARIA GENOVESE

Via Vito Vitale, 26 - Genova

Tel. 010/5220296 Fax 010/5450733

PERITI LEGALI, SIATE CAUTI NEI GIUDIZI!

Consentitemi, cari colleghi, di sollevare un problema insolito: quello dei Medici "in lite" tra loro quali consulenti in vicende giudiziarie. Sappiamo che il tasso di litigiosità nel nostro paese è molto elevato. Si fanno quindi molte cause, e in molte di esse è necessaria la presenza di consulenti medico-legali, chiamati ad assistere il giudice, oppure ad affiancare le parti.

Ne siamo lieti per i colleghi, che esercitano in tal modo un ruolo di importanza fondamentale per la Giustizia.

Il problema nasce quando nelle relazioni medico-legali si leggono giudizi poco simpatici, diciamo così, nei confronti di altri periti o delle persone oggetto della perizia. In questi casi il ricorso all'Ordine dei Medici è automatico, con richiesta di valutazione deontologica delle affermazioni contenute nei documenti e conseguente pretesa di apertura di procedimento disciplinare nei confronti del reo. Tale situazione, già di per sé spiacevole, viene esasperata quando sono in conflitto, ad esempio,

due coniugi entrambi Medici, l'un contro l'altro armati per separazione e affidamento dei figli, assistiti a loro volta da medici legali, psicologi, psichiatri e via dicendo. In queste circostanze il ricorso all'Ordine dei Medici non serve a nulla, ed è proprio un atto che andrebbe evitato: il Consiglio, infatti, non può, per ovvie ragioni, entrare nel merito delle valutazioni contenute nelle perizie, e al limite dovrebbe nominare una commissione di tre esperti (uno per l'Ordine e gli altri due per le parti) con l'incarico di fare una "perizia sulla perizia". Un compito defatigante che, tra l'altro, dovrebbe essere svolto sotto la guida di un magistrato, e non del presidente dell'Ordine. Ma ne varrebbe la pena?

Ci sembra molto sensato, quindi, rivolgere un appello ai colleghi medici legali: sulle persone in genere, e specialmente nei riguardi degli altri periti, non esprimete giudizi o valutazioni formulati in modo che possano indurre gli "offesi" a presentare esposti all'Ordine per una valutazione deontologica. **S.C.**

SPECIALIZZANDI: CONTRATTO SOLO NEL 2001

Anche per l'anno accademico 2000-2001 le scuole di specialità continueranno a funzionare con il vecchio regime delle borse di studio (disattendendo le aspettative degli specializzandi): infatti entrerà in vigore solo per l'anno accademico 2001-2002 il provvedimento legislativo 4894 che ha stanziato 106,175 miliardi per il 2000, 128,232 per il 2001, 128,550 per il 2002 e per gli anni successivi. Tali fondi si andranno ad aggiungere ai 172,5 miliardi annui del fondo di rotazione ed ai 315 miliardi annui dal fondo sanitario nazionale e serviranno per coprire la spesa dovuta all'entrata in vigore del contratto di formazione lavoro per i Medici specializzandi, sancito con il decreto legislativo 368/99. Il ddl 4894 recita inoltre che "il numero dei contratti stipulabili ed i correlati trattamenti economici dovranno essere fissati nei limiti delle risorse finanziarie complessivamente disponibili ogni anno". Il ministero dell'Università sta anche lavorando sulle modalità dell'esame di ammissione alle scuole di specialità: l'ipotesi è quella di una prova in data unica con graduatoria nazionale. L'Associazione medici specializzandi e specialisti di Genova (Amspes) ha un sito internet curato con la collaborazione del dr. Lucio Marinelli, l'indirizzo è: www.goecities.com/amspes. **Cesare Massone - Matteo Basso**

LUIGI DE CECCO, CATTEDRATICO ED "AMICO"

Si è spento in silenzio il 2 dicembre 2000 il prof. Luigi de Cecco, già ordinario di clinica ostetrica e ginecologica dell'Università di Genova dal 1975. Gigi era nato a Lanciano ed era approdato a Genova nel 1952 all'inizio del V anno di medicina. Di Luigi de Cecco, cattedratico, avrebbero dovuto parlare i suoi colleghi ed allievi, io desidero ricordare soltanto il "Manuale di clinica ostetrica e ginecologica" scritto in collaborazione con G. Pescetto e D. Pecorari, sul quale si sono formati migliaia di studenti in Italia. La sessuologia italiana deve molto al prof. de Cecco.

Con Willy Pasini e Giorgio Abrahan organizzò e diresse a Santa Margherita ligure il primo corso superiore di formazione in sessuologia clinica per medici e psicologi. Promosse l'istituzione a Genova dei primi consultori dove i ginecologi si sono rivelati uno dei pilastri di questa istituzione.

E' stato, con il prof. Giulio Giordano e con la

sottoscritta direttore dei primi e unici corsi interdisciplinari di perfezionamento in sessuologia effettuati a Genova dal 1987 al 1990/91. Desidero ora ricordare il Gigi amico. Potrei dire a questo riguardo tante cose di lui, ma preferisco raccontare quella più cara al mio cuore. Era la notte dell'ultimo dell'anno 1976; ero ricoverata perchè da lui operata di isterectomia; ero sola e profondamente triste per aver perduto all'improvviso mio marito poco tempo prima. Gigi si sedette accanto al mio letto mi prese la mano e, dimentico della festa che lo aspettava, stette seduto accanto a me fino al momento in cui mi addormentai. Addio Gigi, spero che con me, almeno i nostri compagni di corso ti ricorderanno.



Jole Baldaro Verde

MEDICI LEVANTE, NUOVO DIRETTIVO

L'Associazione dei Medici di medicina generale di Quarto, Quinto, Nervi e Bogliasco ha rinnovato i propri organi direttivi per il triennio 2001-2003. Presidente è stata eletta Paola Mangini, vice presidente Luciano Lusardi (con delega ai rapporti con la Federazione e l'Ordine), segretario Luigi Ramò, tesoriere Giuseppe Marini, consiglieri Giovanni Vannati, Augusto Marchesi (con delega ai rapporti con la Simg), Emilio Pagano, T. Giorgio Giordano (rapporti con l'Asl) e Sergio Montefusco (delega per i rapporti con la Fimg). Inf. tel. 010-3471097.

ABOLITE LE MARCHE ENPAM

La legge 23/12/2000 n.388 concernente "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (cosiddetta finanziaria)" all'art.145 comma 65 prevede: "E' abrogato l'art.11 della legge 21 febbraio 1963 n.244". Detto articolo stabiliva "Per i certificati che non siano, ai sensi di legge, rilasciati gratuitamente, il richiedente è tenuto a versare, oltre all'onorario stabilito per la visita o la prestazione chirurgica, l'importo di L.500 per l'applicazione sul certificato, a cura del Medico, di "una marca di previdenza di uguale valore". Dal 1/1/2001, pertanto, sui certificati siano essi rilasciati gratuitamente o a pagamento, non si deve applicare la cosiddetta marca Enpam.

GLI ELETTI NEI COMITATI CONSULTIVI DEGLI AMBULATORIALI

Ecco i risultati delle elezioni per la nomina dei componenti dei comitati consultivi per la medicina specialistica ambulatoriale che si sono svolte il 10 gennaio scorso presso i vari Ordini della regione.

COMITATO ZONALE DI IMPERIA

EFFETTIVI

Giuseppe De Felice, Gabriella Badino, Salvatore Di Giovanni

SUPPLENTI

Anna Maria Ognibene, Roberto Pessina, Marco Raineri

COMITATO ZONALE DI SAVONA

EFFETTIVI

Caterina Panconi, Eugenio Lanfranco, Antonio La Rocca;

SUPPLENTI

Paolo De Santis, Goffredo G. Quadri, Pia Valentini

COMITATO ZONALE DI LA SPEZIA

EFFETTIVI

Tiziana Fagà, Bruno Tarabella, Vincenzo Smorto

SUPPLENTI

Luisa P. Candela, Liliana Costa, Flavia Pedroni Menconi

COMITATO ZONALE DI GENOVA

EFFETTIVI

Giuseppe Ramorino, Piero De Micheli, Franco Burlando

SUPPLENTI

Alfredo Faure, Giovanni Costa, Rita Gnotta

COMITATO CONSULTIVO REGIONALE

EFFETTIVI

Rosa Anna Bisio, Giuseppe De Felice, Eugenio Lanfranco

SUPPLENTI

Massimo Angeletti, Nadia Grillo, Enrico Rumaneddu

PEDIATRIA - Ecco le prossime riunioni di aggiornamento organizzate dall' Associazione Pediatri Extraospedalieri Liguri (Apel - presidente: Alberto Ferrando) e dalla Società Italiana di Pediatria (Sip, presidente: Aldo Iester). Per iscrizioni telefonare allo 010 5636553. **14 Marzo:** 20,30 Aula Magna del Gaslini: *La sindrome del "Burn-out" da stress: ovvero la perdita di motivazione da routine del pediatra*,. Relatori: T. Ferrando, F. Masnata, F. Bagnasco. **30 Marzo:** 20,30 presso l'Ordine dei Medici: *Urgenze ed emergenze infettivologiche pediatriche*, relatore: S. Ratto, animatori: G. Semprini, N. Boiardi, S. Scalisi. Per iscriz.: fax allo 010 593558 o e-mail (aferrand@tin.it).

GLI ELETTI NEI COMITATI CONSULTIVI DEGLI AMBULATORIALI

Ecco i risultati delle elezioni per la nomina dei componenti dei comitati consultivi per la medicina specialistica ambulatoriale che si sono svolte il 10 gennaio scorso presso i vari Ordini della regione.

Comitato zonale di Imperia: EFFETTIVI - Giuseppe De Felice, Gabriella Badino, Salvatore Di Giovanni; SUPPLEMENTI - Anna Maria Ognibene, Roberto Pessina, Marco Raineri.

Comitato zonale di Savona: EFFETTIVI - Caterina Panconi, Eugenio Lanfranco, Antonio La Rocca; SUPPLEMENTI - Paolo De Santis,

Goffredo G. Quadri, Pia Valentini. **Comitato zonale di La Spezia:** EFFETTIVI - Tiziana Fagà, Bruno Tarabella, Vincenzo Smorto; SUPPLEMENTI - Luisa P. Candela, Liliana Costa, Flavia Pedroni Menconi. **Comitato zonale di Genova:** EFFETTIVI - Giuseppe Ramorino, Piero De Micheli, Franco Burlando; SUPPLEMENTI - Alfredo Faure, Giovanni Costa, Rita Gnotta. **Comitato consultivo regionale:** EFFETTIVI - Rosa Anna Bisio, Giuseppe De Felice, Eugenio Lanfranco; SUPPLEMENTI - Massimo Angeletti, Nadia Grillo, Enrico Rumaneddu.

PEDIATRIA - Ecco le prossime riunioni di aggiornamento organizzate dall' Associazione Pediatri Extraospedalieri Liguri (Apel - presidente: Alberto Ferrando) e dalla Società Italiana di Pediatria (Sip, presidente: Aldo Iester). Per iscrizioni telefonare allo 010 5636553. **14 Marzo:** 20,30 Aula Magna del Gaslini: *La sindrome del "Burn-out" da stress: ovvero la perdita di motivazione da routine del pediatra*,. Relatori: T. Ferrando, F. Masnata, F. Bagnasco. **30 Marzo:** 20,30 presso l'Ordine dei Medici: *Urgenze ed emergenze infettivologiche pediatriche*, relatore: S. Ratto, animatori: G. Semprini, N. Boiardi, S. Scalisi. Per iscriz.: fax allo 010 593558 o e-mail (aferrand@tin.it).

LETTERE AL DIRETTORE



CHIRURGI VASCOLARI SENZA GRADUATORIA FORSE C'E' SPAZIO PER UN RICORSO

Vorrei sottolineare l'assurda mancanza di una graduatoria provinciale specialistica ambulatoriale presso la Asl per i Medici specialisti in chirurgia vascolare, e così sensibilizzare i colleghi interessati a presentare eventuale ricorso (sono a disposizione al tel.0329/4259132).

Poichè non esiste una graduatoria provinciale per gli specialisti in angiologia e angiologia-chirurgia vascolare, non è previsto nemmeno l'inserimento nell'attività ambulatoriale degli specialisti nella "sola" chirurgia vascolare (risulta essere una branca affine all'angiologia, per cui non dà ai sensi dell'art.8 C Dpr 500/96 titolo all'inclusione).

Eppure è riconosciuta a questa specializzazione una preparazione europea e, oltre che medica, anche chirurgica, radiologica (angiografie e chirurgia radiologica) e strumentale (ecocolor, doppler).

Ormai da sei anni presento domanda di inserimento nella graduatoria in questione e tutti gli attestati utili ai fini della votazione senza acquisire alcun punto in merito. Tuttavia in caso di ferie e/o malattie di Medici specialisti, titolari di incarico a tempo indeterminato nella branca di angiologia, si provvede in casi di estrema

urgenza con l'utilizzo di Medici sostituti, ovviamente chirurghi vascolari, e con il trattamento economico dei sostituti nella medicina dei servizi, designati direttamente dai titolari (per conoscenza e/o amichevolmente) discriminando così altri colleghi.

Desidero anche sottolineare, a conferma di quanto citato, che più volte ho eseguito privatamente (e non solo il sottoscritto) indagini strumentali ecocolor-doppler a pazienti già sottoposti a visita angiologica presso l'Asl e poi inviati altrove per l'esecuzione dell'esame di cui sopra con richiesta scritta (forse le Asl non sono fornite di ecografi-doppler? non credo).

In un'epoca in cui si ottengono (chi più chi meno) in "corto circuito" pseudo specializzazioni in medicina interna (vedi il corso di formazione in medicina generale che "regala" sette punti in graduatoria) ed in medicina d'urgenza ed anestesia e rianimazione (vedi il corso in emergenza sanitaria territoriale) collochiamo giustamente anche gli specialisti in chirurgia vascolare al loro posto.

Va bene e fa bene il sindacalismo, ma senza per questo arrivare a dimenticare il buon senso e l'attenzione per tutti.

C. Capolongo

PEDIATRA E NEONATOLOGO PER L'ASSISTENZA AI NEONATI

Mi riferisco all'articolo comparso su "Genova Medica" di dicembre sulla circolare del Ministero della Sanità che riferisce alcune precisazioni sul "progetto obiettivo materno-infantile" relativo al piano sanitario nazionale '98/2000 (D.M. 24 aprile 2000).

La neonatologia è nata molti anni fa e certamente non mi dilungo su questo argomento, ma come "vecchia" neonatologa, che ha vissuto gli inizi di questa avventura insieme e grazie alla prof. Pantarotto, posso dire che l'intento primo è sempre stato la salvaguardia assoluta della salute del neonato e del benessere psicofisico della diade madre-bambino, anche ai tempi in cui il bambino era chiamato "prodotto del concepimento".

Si può così immaginare come sia sempre stata importante la preparazione ultra specialistica del personale a questo preposto sia medico che infermieristico, anche attraverso corsi interattivi di aggiornamento (vedi corsi di rianimazione, di allattamento, ecc), e come la responsabilità del benessere del bambino sia sempre stata del Medico neonatologo che può e sa

Sono pienamente d'accordo con il commento alla circolare ministeriale del 9 novembre scorso riguardante le figure professionali che devono coordinare le cure al neonato (circolare e commento sono comparse sul numero di dicembre di "Genova Medica"). Sembrerebbe quasi che la demagogia e forse il desiderio di rendersi gradito a potenti lobbies in vista delle prossime elezioni abbia accecato il ministro tanto da fargli perdere di vista le finalità dell'attività medica: prevenzione e cura.

La prevenzione si applica a tappeto su tutta la popolazione di neonati che, proprio in quanto tali, non hanno stampigliato in fronte "neonato

intervenire in ogni momento con strumenti idonei. La collaborazione con il personale non medico è stretta e la sua preparazione è altamente qualificata: un team integrato e ben articolato nei suoi interventi.

La nostra realtà è questa e i risultati a tutt'oggi ottenuti sono assolutamente confortanti e sono la conferma della adeguatezza del nostro lavoro. Ben vengano figure professionali diverse ma solo dopo assicurazioni della preparazione specialistica, offrendo corsi di aggiornamento, peraltro già in atto, ma comunque sempre sotto stretto controllo neonatologico e attraverso preciso lavoro di coordinamento che nulla toglie alle abilità delle singole figure professionali.

Il progetto di salute a cui si riferisce il decreto ministeriale non può prescindere da queste assicurazioni perché solo così potremo mantenere le prerogative di benessere del bambino e dei genitori in "sala parto" e per il loro futuro.

Daniela Lo Bello

Medico neonatologo dell'Unità operativa neonatologia, ospedale San Martino di Genova, pag.10.

sano" e quindi di pertinenza non medica o "neonato patologico" e quindi di pertinenza medica. E' pertanto ovvio che ai giorni nostri sia il Medico pediatra o neonatologo colui che coordina figure professionali peraltro preziose e insostituibili per l'assistenza a tutti i neonati. Sono certo che con più autorevolezza e pertinenza le Società Italiane di pediatria e di neonatologia esprimeranno le perplessità e il disagio dei pediatri e dei neonatologi per questa nota ministeriale più generatrice di confusione e amarezza che chiarificatrice.

Enrico Giunta

DENTISTI NOTIZIE



IL CONGRESSO SCIENTIFICO NAZIONALE ANDI A GENOVA

Il 2 e 3 marzo 2001 si terrà a Genova ai Magazzini del Cotone il Congresso Scientifico Nazionale Andi. Sarà un congresso bellissimo ed interessante, con un programma aperto a tutto il settore odontoiatrico e che coinvolgerà tutti gli aspetti della nostra professione tanto è vero che l'Andi lo organizza assieme ad ANTLO, ANCAD, ODI E SIDO.

Avremo quindi **un programma culturale che prevede anche alcune relazioni in comune** con gli Odontotecnici, poi il congresso si sdoppierà per consentire ad ogni categoria di svolgere il suo programma precipuo.

Ci sarà **un programma dedicato alle Assistenti** alla poltrona, che si svolgerà come un vero e proprio "congresso nel congresso". Nella giornata di sabato verrà presentato il Programma Culturale che la SIDO ci ha proposto e che è un vero e proprio **"super meeting ortodontico"**. Non dimentichiamo i "precorsi" del venerdì, con relatori che sono dei "mostri" e che sapranno aggiornarci e stimolarci sulle ultimissime in odontoiatria.

Di grande rilievo, con la partecipazione di colleghi anche di altre branche (pediatri, allergologi, medici di base, ecc.), **si terrà una Tavola Rotonda sulla prevenzione aperta anche alla cittadinanza** nella quale si darà il più ampio risalto all'importanza della prevenzione cercando risonanza anche attraverso i media. **Ci sarà un'importante mostra mer-**

ceologica dove avremo l'opportunità di vedere, toccare, provare proprio tutto quello che il mercato ci propone di più nuovo ed interessante. La scommessa per questo congresso è: "Dimmi ciò che cerchi: qui c'è".

Vi aspettiamo quindi numerosi a questo appuntamento che rilancia Genova nell'orbita Nazionale anche in campo culturale, nell'attesa di una "Liguria Odontoiatrica 2002" con i "fuochi d'artificio!"

VI Premio Andi 2000 per meriti scientifico culturali.

Il Premio Andi 2000 per meriti scientifico culturali è andato quest'anno al **dr. Giorgio Magnano** per la pubblicazione di un suo libro sulla gnatologia, argomento tanto ostico quanto appassionante per molti professionisti. Titolo del libro: **"Il disordine cranio-mandibolare esteso"**. Alla cena degli "auguri natalizi" ha partecipato un gran numero di soci ed il nostro Presidente ordinistico Sergio Castellaneta.

Nel stessa serata abbiamo approfittato per **presentare ai nostri soci Jeff Onorato**, Campione mondiale di sci nautico disabili, il quale ha potuto illustrare il suo nobile progetto **"Fly for Life"** dedicato all persone diversamente abili che si vogliono avviare allo sport, del quale Andi Genova è sponsor.

Gabriele Perosino - Segretario Culturale

CORSO DEL DR. GIANCARLO PESCARMONA PER IL COI "FATTIBILITÀ E PREDICIBILITÀ IN IMPLANTO-PROTESI"

Si terrà sabato 31 marzo alle ore 9.00, presso lo Starhotel President in Corte Lambruschini 4 a Genova, il corso di "Fattibilità e predicibilità in impianto-protesi" tenuto dal **Dott. Giancarlo Pescarmona**.

Programma:

- Ore 8,30: Iscrizione e registrazione dei partecipanti
- Ore 9,00: Inizio dei lavori
- Ore 10,30: Coffee-break
- Ore 12,45: Pausa
- Ore 13,30: Ripresa lavori
- Ore 15,00: Pausa
- Ore 17,00: Domande e risposte

Al termine consegna degli attestati di partecipazione

Argomenti: Diagnosi di fattibilità, Approccio chirurgico, Mucosa aderente, Problema occlusale, La scelta tra protesi fissa e rimovibile, Mesostruttura per stabilizzare la protesi totale, Analisi e discussione dei casi clinici.

Le quote di iscrizione serviranno a finanziare

un progetto odontoiatrico con finalità umanitarie in Brasile (Stato dell'Acre).

QUOTA DI ISCRIZIONE E MODALITÀ

DI PAGAMENTO: la quota di iscrizione è di

L.150.000 ed è esente IVA, detraibile ai sensi dell'art. 13 del D.L. 4/12/97 n. 460.

Per il pagamento inviare un assegno non trasferibile intestato a "COI-ONLUS" tramite raccomandata alla Segreteria Andi Genova.

Prenotazione obbligatoria entro venerdì 23 marzo 2001 inviando la scheda di adesione alla Segreteria Organizzativa Andi Genova, P.zza della Vittoria, 14/28 - GENOVA - Tel. 010/581190 Fax 010/591411.



VII GIORNATE LIGURI ODONTOSTOMATOLOGICHE

Si svolgerà il 7 aprile il VII convegno annuale degli odontostomatologi liguri dal titolo "L'implantologia nel 3° Millennio: Nuove prospettive terapeutiche in campo protesico ed ortodontico".

L'incontro, organizzato dal Dipartimento Testa Collo dell'ospedale San Martino, primario dr. Mario Zola, si terrà a Genova al Centro Biotecnologie Avanzate. Nell'ambito dei lavori dedicati a nuove prospettive nel campo dell'implantologia osteointegrata interverranno i dottori Per Engstrand D.D.S. (Goteborg) e

B. Giuliano Maino (Vicenza) particolarmente dedicati ed informati sulle nuove tecniche terapeutiche nel capo della osteointegrazione, rispettivamente in campo protesico ed ortodontico.

Segreteria Organizzativa: U.O. Odontostomatologia tel.010 5552084 - Fax 010 555677, e-mail:odonto@smartino.ge.it.

L'iscrizione è libera e gratuita, si chiede di confermare alla segreteria organizzativa, mediante fax o e-mail la propria partecipazione.