

S O M M A R I O

Anno 9 - Numero 4 Aprile 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

L'ASSEMBLEA DELL'ORDINE

Pagina 2: Un Ordine più "collaborativo"

VITA DELL'ORDINE

Pagina 3: Il commosso ricordo per chi non c'è più

Pagina 4: La preoccupazione per il caos dell'ECM

Pagina 4: Boccata la mozione sulla psicoterapia

IN PRIMO PIANO

Pagina 5: Medici, arriva il part-time

CRONACA & ATTUALITA'

Pagina 11: La "formazione medica continua"

Pagina 18: Ammi: perchè?

Pagina 20: Mucca pazza, le norme per la notifica

LEGGI & REGOLE

Pagina 14: Oppioidi più facili

Pagina 14: Un primo passo nella direzione giusta

VARIE Pag. 23/24

P. 17 NAVIGANDO IN INTERNET

P. 25 LETTERE AL DIRETTORE

P. 29 DENTISTI NOTIZIE a cura di M. Gaggero

Finito di stampare nel mese di aprile 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° 4 - Aprile 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

UN ORDINE PIU' "COLLABORATIVO"

Castellaneta: "Lavoreremo con la Regione, a condizione che..."

Un Ordine non solo critico, ma anche collaborativo e pronto a dare indicazioni e suggerimenti a chi governa la Sanità. Queste sono le "nuove" caratteristiche dell'ente ordinistico emerse dalla relazione che il presidente Castellaneta ha tenuto all'assemblea ordinaria annuale degli iscritti, svoltasi il 29 marzo scorso alla sala del Quadrivium. Cosa è accaduto, rispetto ai tempi in cui l'Ordine poteva solamente riversare attacchi e critiche all'assessorato regionale alla Sanità? Lo ha proprio spiegato Castellaneta: "Il nuovo assessore alla Sanità della Regione ci ha scritto, informandoci che vuole "governare" coinvolgendo gli Ordini. E noi naturalmente abbiamo accettato di buon grado di dire la nostra, anche se questo significa maggior dispendio di tempo e di energie per una struttura

che non è dimensionata per questi compiti". Delegati dell'Ordine sono stati quindi inseriti in varie commissioni di studio insediate dalla Regione, come quella sulle emergenze, sulle prestazioni sanitarie per i livelli assistenziali e riorganizzazione della rete ospedaliera.

Inoltre l'Ordine è stato delegato dalla Regione alla nomina dei componenti le commissioni concorsuali. Tuttavia Castellaneta è stato chiaro: "La nostra collaborazione continuerà finchè riscontremo che ha risultati positivi; se dovessimo accorgerci che la partecipazione dell'Ordine viene utilizzata per far passare in modo indolore decisioni che non condividiamo torneremo su posizioni di contrapposizione critica. Noi, insomma, siamo disposti ad assumerci le nostre responsabilità, ma vogliamo essere messi nella condizione di lavorare al meglio". Come esempio negativo il presidente ha citato l'episo-

*SE LA COLLABORAZIONE CHIESTA
DA VIA FIESCHI SI RIVELASSE
UN ESCAMOTAGE PER FAR PASSARE
PROVVEDIMENTI NON CONDIVISI
L'ORDINE TORNERÀ "ALL' OPPOSIZIONE"*

L'ATTIVITÀ DELL' ORDINE IN CIFRE

SITUAZIONE AL 31 DICEMBRE 2000

Iscritti al solo albo dei Medici	7599
Di cui iscritti anche all'albo odontoiatri (di cui iscritti nell'elenco speciale degli ordinari universitari a tempo pieno 305)	386
Iscritti al solo albo odontoiatri	230
Iscritti anche all'albo dei medici chirurghi	386
Nuove iscrizioni nel 2000	132
Trasferimenti ad altri Ordini	52
Totale iscritti	7829
Convocati dall'Ordine	36
Provvedimenti disciplinari	32
Avvertimenti	3
Censure	4
Sospensioni dalla professione	9

dio accaduto qualche mese fa a Cornigliano, in cui una giovane vittima di un attacco d'asma era morta senza poter ricevere per tempo adeguate cure: "Anche allo scopo di soddisfare l'opinione pubblica è stato emanato un fulmineo provvedimento di esautorazione dei Medici dirigenti di servizi di emergenza e questo non ci sta bene". Sempre su questo argomento - che da tempo è ricorrente nei commenti dell'Ordine sulla situazione sanitaria ligure - è stata indicata quale potrebbe essere la soluzione indicata dall'ente ordinistico: raddoppiare il numero delle automediche sul territorio (attualmente sono solo tre in tutta la provincia di Genova), chiudere i piccoli ospedali, dove vi sono dei pronto soccorso "finti" (hanno orari limitati, mancano di attrezzature adeguate, non c'è presenza di un anestesista-rianimatore), mettere a bordo dell'automedica un Medico che abbia fatto un'apposita specializzazione anziché mandare allo sbaraglio giovani Medici che cercano solo (giustamente) di realizzare i loro primi guadagni. Certo, tutto questo ha un costo: ma non è compito dell'Ordine fare i conti con le lire, esso deve dare indicazioni che guardino

ad una maggiore efficienza della Sanità, alla dignità della professione e, in definitiva, ad una maggiore tutela del cittadino. L'aspetto economico, comunque, è stato ancora tirato in ballo da Castellaneta per un raffronto con le regioni vicine. "Quasi quotidianamente riceviamo, per esempio da Piemonte o Lombardia, offerte di lavoro per Medici di guardia: ebbene, il trattamento è molto superiore rispetto a quello praticato in Liguria, così come sono sensibilmente maggiori in altre regioni gli stipendi degli ospedalieri. Perché deve esistere questa discriminazione?" Il risultato è che l'anno scorso oltre 50 Medici sono "emigrati" verso lidi più ospitali.

Altri punti toccati dalla relazione sono stati la professione extramoenia (non rilasciare la ricevuta per attività extramuraria nel proprio studio costituisce truffa al Ssn e non più solo illecito fiscale); l'educazione continua in medicina - cosiddetta Ecm - per la quale l'unica cosa sicura è la confusione (per i corsi dell'Ordine non sono stati rilasciati finora crediti formativi, anche perché la risposta negativa e priva di motivazione è arrivata comunque dopo che i corsi erano già stati fatti); la



IL COMMOSSO RICORDO PER CHI NON C'E PIU'

A ll'inizio dell'assemblea il presidente dell'Ordine Castellaneta ha espresso un commosso ricordo per i Medici scomparsi. Ricordiamoli anche noi: Carlo Baconcini, Andrea Basso, Sergio Bistarini, Severino Boni, Aldo Botticelli, Elena Burgio, Ilaria Caldani, Egidio Cappelli, Giulio Castrati, Gerardo Cecchi, Renzo Centofanti, Alfredo Codino, Vincenzo De Angelis, Luigi De Cecco, Giovanni Vincenzo De Gaetani, Mauro Di Massimo, Luigi De Scalzi, Roberto Davi, Maria Teresa Ferrari, Antonino Ferretti, Ugo Ferri, Nicola Franconieri, Romolo Frati, Paolo Gamberoni, Pietro Garipoli, Vittorio Giampalmo, Aurelio Giovacchino Giovannacci, Clemente Impennati, Enrico Mangiante, Anna Lisa Mariani, Ennio Meloni, Nicolò Pietro Minuto, Giuliano Naitana, Maria Cristina Nasta, Aldo Olcese, Nilo Osto, Pietro Paolo Ostuni, Franco Pellegrini, Giovanni Pende, Francesco Podestà, Andrea Razzi, Mario Remorino, Giorgio Resta, Marcello Scursatone, Gabriele Tallarico, Loredana Tasso, Lorenzo Toscano, Gio Batta Traverso, Giorgio Vanni, Gianluigi Venturi, Luigi Zamperin, Tullio Zunino.

“medicina alternativa” e la pubblicità in tv, argomenti sui quali dovrebbe essere la Federazione a darsi da fare per arrivare a risposte chiare e valide per tutti come per la mutualità volontaria per la quale ha presentato ricorso al Tar contro la decisione dell'Antitrust. Tutte questioni non da poco, che investono il Medico ma soprattutto la qualità della prestazione, e quindi la garanzia per il paziente. “Sono infatti convinto - ha detto

concludendo Castellaneta - che se dovessero passare le idee della libera pubblicità e della libera tariffa sarà un pericolo per il Medico ma soprattutto per il cittadino”.

La parola è poi passata al tesoriere Maria Clemens Barberis che ha letto la sua relazione (già anticipata su “Genova Medica” di marzo). Bilancio consuntivo e bilancio preventivo sono poi stati approvati a maggioranza - 4 contrari.

La preoccupazione per il caos dell' ECM

La maggior parte degli interventi ha riguardato il problema dell'Ecm.

Ne hanno parlato Strada (mancano i criteri per l'accreditamento, e poi se è obbligatorio perché lo dobbiamo pagare noi?), Ghisaura (mettere insieme 50 crediti all'anno significa un'ora alla settimana di corso, chi ce la fa?), Campisi (la fase dell' Ecm è sperimentale fino a giugno, ma per i corsi di specializzazione in ambito universitario non ci saranno crediti, e quindi ci sarà un'ingiusta discriminazione), Bottari (se i corsi dell'Asl saranno obbligatori è lei che deve dare i 50 crediti all'anno, senno dove li prendiamo?), Benedicenti (è tutto l'insegnamento della medicina che cambia, tra

qualche anno vi saranno lauree a vario indirizzo, che porteranno addirittura a 45 tipi diversi di laurea in medicina), Ferrando (sull'Ecm si sta creando un carrozzone pauroso che non esiste in nessuna parte al mondo, e se si chiede qualche chiarimento a Roma sistematicamente non rispondono). Altri interventi hanno riguardato i timori di qualche Medico che opera nel centro storico in vista del G8: pare che gli studi avranno seri problemi, perché il sanitario stesso non potrà accedervi se non con uno speciale pass (e i pazienti che venissero da altre zone non si sa come farebbero a passare). L'Ordine, per quanto possibile, seguirà il problema.

Bocciata la mozione sulla psicoterapia

Un altro argomento sollevato all'assemblea dell'Ordine - per la verità non nuovo, visto che viene riproposto tutti gli anni - è stato quello del riconoscimento dell'attività psicoterapeutica da parte dell'Ordine degli specialisti in “psicologia clinica”. Giacomo Giacomini e Vincenzo Marino hanno infatti presentato una lunga mozione d'ordine, articolata in ben 21 punti, in cui, dopo aver esposto una serie di rilievi (dalla presunta illegittimità di detti corsi al rifiuto del presidente Castellaneta di tener conto di tali contestazioni già mosse in passato, fino all'omissione nei verbali dell'assemblea dell'Ordine dello scorso anno della parte relativa a questo argomento), si esprimeva “sfiducia nei confronti dell'attuale gestione dell'Ordine dei Medici” chiedendo una serie di adempimenti rifiutati in passato. La mozione è stata respinta a maggioranza, con 4 voti favorevoli dei dottori Giacomini e Marino (e 2 deleghe) e 1 astenuto (con il voto favorevole dei soli proponenti).

MEDICI, ARRIVA IL PART-TIME

Con la pubblicazione sulla G.U. diventano effettivi gli “impegni ridotti”.

Anche se “contingentata” e sottoposta a diversi vincoli, la possibilità per Medici e veterinari del Ssn di accedere al part time è finalmente una realtà. Con il crisma della pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale (del 6 marzo scorso) è infatti entrato in vigore il contratto collettivo nazionale integrativo, che si occupa appunto dei “rapporti di lavoro con impegno ridotto”. L'accordo non è stato sottoscritto da alcuni dei sindacati medici che avevano preso parte alle trattative, ma questi sono aspetti sindacali che non influiscono sulla sua applicabilità. Poiché si tratta, almeno a giudicare dalle richieste di informazioni che arrivano all'Ordine, di una possibilità molto attesa dai Medici, riteniamo opportuno pubblicare il testo di questo accordo, quantomeno per le parti che più da vicino interessano i camici bianchi.

Art. 2

Accesso al regime ad impegno ridotto

1. Nei casi in cui risultino comprovate particolari esigenze familiari o sociali il dirigente con rapporto di lavoro esclusivo può chiedere l'accesso ad un regime di impegno orario ridotto.

2. In via indicativa i casi del comma 1 sono tutti riconducibili alle ipotesi di assistenza ai figli sino agli otto anni di età, ai parenti di cui agli articoli 89 e 90, comma 2, del decreto del Presidente della Repubblica n. 384/1990 ed ai gravi motivi individuati dal regolamento interministeriale del 21 luglio 2000, n. 278, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale - serie generale - n. 238 dell'11 ottobre 2000, emanato ai sensi dell'art. 4, comma 2 della legge n. 53/2000.

3. L'accesso al regime di impegno ridotto - anche per quanto attiene la decorrenza - è concordato dall'azienda con il dirigente inte-

ressato, con le procedure di cui all'art. 13, comma 12, del contratto collettivo nazionale di lavoro 8 giugno 2000, entro quindici giorni dalla ricezione della domanda, nella quale deve essere specificato il mantenimento del rispetto al rapporto di lavoro esclusivo. Il dirigente informa il direttore o responsabile della struttura di appartenenza dell'avvenuto accesso all'impegno ridotto.

4. L'azienda ammette i dirigenti all'impegno ridotto in misura non superiore al 3% della dotazione organica complessiva dell'area dirigenziale di cui al presente contratto in atto vigente, incrementabile in presenza di idonee situazioni organizzative o gravi documentate situazioni familiari sopraggiunte dopo la copertura della percentuale di base, di un ulteriore 2% massimo. La percentuale è arrotondata per eccesso per arrivare comunque all'unità e va ripartita dall'azienda entro trenta giorni dall'entrata in vigore del presente contratto - di norma - tra le varie discipline in



modo equilibrato al fine di evitare disservizi, dandone informazione ai soggetti di cui all'art. 10, comma 2, del contratto collettivo nazionale di lavoro dell'8 giugno 2000.

5. Qualora il numero delle richieste ecceda i contingenti fissati viene data la precedenza:

- ai dirigenti che assistono il coniuge, o il proprio convivente, o parenti sino al primo grado, portatori di handicap non inferiore al 70%, ovvero in particolari condizioni psicofisiche o affetti dalle patologie più gravi o anziani dichiarati non autosufficienti;
- ai genitori con figli minori, in relazione al loro numero anche correlato allo stato di salute degli stessi e, in caso di parità, con riferimento alla minore età.

6. In prima applicazione della disciplina di cui al presente contratto le domande per l'accesso all'impegno ridotto possono essere presentate nei quindici giorni immediatamente successivi a quelli del comma 4.

Art. 3

Orario di lavoro del dirigente con impegno ridotto

1. L'orario di lavoro settimanale del dirigente può essere ridotto da un minimo del 30% ad un massimo del 50% della prestazione lavorativa di cui all'art. 16, comma 2, del contratto collettivo nazionale di lavoro 8 giugno 2000. In ogni caso, la somma delle frazioni di posti ad impegno ridotto non può superare il numero complessivo dei posti di organico a tempo pieno.

2. L'impegno ridotto può essere realizzato:

- a) con articolazione della prestazione di servizio ridotta in tutti i giorni lavorativi (equivalente al tempo parziale orizzontale);
- b) con articolazione della prestazione su alcu-

ni giorni della settimana, del mese, o di determinati periodi dell'anno (equivalente al tempo parziale verticale), in misura tale da rispettare la media della durata del lavoro settimanale prevista per il tempo parziale nell'arco temporale preso in considerazione (settimana, mese o anno);

c) con combinazione delle due modalità indicate nelle lettere a) e b).

3. In presenza di particolari e motivate esigenze il dirigente può concordare con l'azienda ulteriori modalità di articolazione della prestazione lavorativa che contemperino le reciproche esigenze nell'ambito delle fasce orarie individuate con le procedure di cui all'art. 4, in base alle tipologie del regime orario giornaliero, settimanale, mensile o annuale praticabili presso ciascuna azienda tenuto conto della natura dell'attività istituzionale, degli orari di servizio e di lavoro praticati e della situazione degli organici nelle diverse discipline. La modificazione delle tipologie di articolazione della prestazione del comma 2 e di quelle concordate in base al presente comma, richiesta dall'azienda o dal dirigente, avviene con le procedure dell'art. 2, comma 3.

4. L'accesso al regime di impegno ridotto non può essere richiesto per periodi inferiori ad un anno; il rientro al regime pieno può essere anticipato - su richiesta del dirigente o dell'azienda - al cessare delle ragioni che lo hanno determinato, con le procedure di cui all'art. 2, comma 3, che devono tener conto delle esigenze organizzative dell'azienda.

5. In rapporto alla durata dell'impegno ridotto del dirigente, l'azienda - su richiesta del responsabile della struttura - valuta la possibilità di ricorrere ad assunzioni a tempo deter-

minato, ai sensi dell'art. 1, comma 59, della legge n. 662/1996, a condizione che la somma delle frazioni di orario rese utilizzabili e corrispondenti al completamento del tempo pieno, consentano la relativa disponibilità organica ai sensi dell'art. 6, comma 1, del decreto legislativo n. 61/2000.

6. Non è consentito l'accesso al regime di impegno ridotto ai dirigenti che siano titolari di incarico di direzione di struttura complessa ovvero semplice che non sia articolazione interna di struttura complessa, ai sensi dell'art. 20, comma 1, lettera f), punto 18-bis, della legge n. 488/1999.

Art. 4.

Trattamento economico-normativo dei dirigenti ad impegno ridotto

1. Nell'applicazione degli istituti normativi previsti dal presente contratto, tenendo conto della ridotta durata della prestazione e della peculiarità del suo svolgimento, si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni di legge e contrattuali dettate per il rapporto di lavoro a tempo pieno, ivi compreso il diritto alla formazione.

2. Il dirigente con rapporto di lavoro ad impegno ridotto di tipo orizzontale, previo suo consenso, può essere chiamato a svolgere prestazioni di lavoro supplementare di cui all'art. 1, comma 2, lettera e) del decreto legislativo n. 61/2000, nella misura massima del 10% della durata di lavoro concordata riferita a periodi non superiori ad un mese e da utilizzare nell'arco di più di una settimana.

Il ricorso al lavoro supplementare è ammesso per specifiche e comprovate esigenze organizzative o in presenza di particolari situazioni di difficoltà organizzative derivanti da con-

comitanti assenze di personale non prevedibili ed improvvise.

3. Le ore di lavoro supplementare sono retribuite con un compenso pari alla retribuzione oraria maggiorata di una percentuale pari al 15%. I relativi oneri sono a carico del fondo di cui all'art. 51 del contratto collettivo nazionale di lavoro 8 giugno 2000.

4. Il dirigente con rapporto di lavoro ad impegno ridotto di tipo verticale può effettuare prestazioni di lavoro straordinario nelle sole giornate di effettiva attività lavorativa entro il limite massimo individuale annuo di venti ore.

5. Le ore di lavoro supplementare o straordinario di cui l'azienda - previo consenso del dirigente - chieda occasionalmente lo svolgimento in eccedenza rispetto ai commi 3 e 4 sono retribuite con un compenso pari alla retribuzione oraria maggiorata di una percentuale del 50%. Anche tali ore non possono superare il limite del comma 4.

6. Il trattamento economico, anche accessorio, dei dirigenti con rapporto di lavoro ad impegno ridotto è proporzionale alla prestazione lavorativa, con riferimento a tutte le competenze fisse e periodiche, ivi compresa l'indennità integrativa speciale, la retribuzione individuale di anzianità, l'indennità di specificità medica e l'indennità di rischio radiologico ove spettante, corrisposte al dirigente con rapporto di lavoro ad impegno pieno appartenente alla stessa posizione di incarico. L'indennità di esclusività è percepita per intero.

7. La retribuzione di posizione, ferma restando la componente fissa e quanto stabilito al comma 6, è rideterminabile dalle parti - azienda e dirigente - in misura proporzionale all'impegno ridotto e, comunque, in ragione



dell'eventuale mutamento dell'incarico conseguentemente assegnato. Per i dirigenti ai quali sia stata applicata l'equiparazione di cui all'art. 3 del contratto collettivo nazionale di lavoro dell'8 giugno 2000, secondo biennio economico, la riduzione della parte variabile della retribuzione di posizione deve comunque garantire, sommata alla parte fissa attribuita dal citato articolo, una quota pari a L.7.940.000 corrispondente alla parte fissa dell'ex X livello del decreto del Presidente della Repubblica n. 384/1990, quale risultante dall'ultima decorrenza della tabella allegata 1 al contratto collettivo nazionale di lavoro del 5 dicembre 1996, secondo biennio economico.

8. La contrattazione integrativa, nelle materie ad essa demandate, stabilisce i criteri per l'attribuzione ai dirigenti ad impegno ridotto dei trattamenti accessori collegati al raggiungimento dei risultati nonché di altri istituti non collegati alla durata della prestazione lavorativa ed applicabili anche in misura non frazionata e non direttamente proporzionale al regime orario adottato.

9. Al ricorrere delle condizioni di legge, al dirigente ad impegno ridotto sono corrisposte per intero le aggiunte di famiglia.

10. I dirigenti ad impegno ridotto di tipo orizzontale hanno diritto ad un numero di giorni di ferie pari a quello dei dirigenti a tempo pieno. I dirigenti ad impegno ridotto di tipo verticale hanno diritto ad un numero di giorni di ferie e di festività soppresse proporzionato alle giornate di lavoro prestate nell'anno ed il relativo trattamento economico è commisurato alla durata della prestazione giornaliera. Per il tempo parziale verticale analogo criterio di proporzionalità si applica anche per le altre

assenze dal servizio previste dalla legge e dai contratti collettivi nazionali di lavoro, ivi comprese le assenze per malattia. In presenza di impegno ridotto verticale, è comunque riconosciuto per intero il periodo di astensione obbligatoria dal lavoro previsto dalla legge n.1204/1971, anche per la parte non cadente in periodo lavorativo ed il relativo trattamento economico, spettante per l'intero periodo di astensione obbligatoria, è commisurato alla durata prevista per la prestazione giornaliera; il permesso per matrimonio, l'astensione facoltativa, i permessi per maternità e i permessi per lutto, spettano per intero solo per i periodi coincidenti con quelli lavorativi, fermo restando che il relativo trattamento economico è commisurato alla durata prevista per la prestazione giornaliera. Nell'impegno ridotto di tipo verticale il preavviso si calcola con riferimento ai periodi effettivamente lavorati.

11. I dirigenti possono accedere all'impegno ridotto solo dopo i primi sei mesi dall'assunzione.

12. I dirigenti ad impegno ridotto di tipo orizzontale o verticale non possono svolgere servizio di pronta disponibilità. L'attività libero professionale intramuraria, comunque classificata, è sospesa per tutta la durata dell'impegno ad orario ridotto.

13. Al dirigente che rientra dall'impegno ridotto viene ripristinato l'intero trattamento economico del comma 6 nonchè la retribuzione di posizione minima contrattuale ove fosse stata oggetto di riduzione ed è, comunque, fatto salvo il ripristino da parte dell'azienda dell'incarico precedentemente ricoperto.

14. Per tutto quanto non disciplinato dalle clausole del presente contratto, in materia di

rapporto di lavoro con impegno ridotto si applicano le disposizioni contenute nel decreto legislativo n. 61/2000.

..... omissis

**Art. 6
Incompatibilità**

1. E' previsto il recesso per giusta causa nei confronti del dirigente con regime ad impegno ridotto che violi il rispetto del rapporto di lavoro esclusivo svolgendo attività libero professionale extramuraria.

2. In tal caso si applicano le procedure previste dall'art. 36 e seguenti del contratto collettivo nazionale di lavoro 5 dicembre 1996.

**Art. 7.
Norma transitoria**

1. Le disposizioni di cui al presente contratto si applicano ai dirigenti ai quali le aziende a seguito di pronunce giurisdizionali o per interpretazione dell'art. 1, comma 59 della legge n. 662/1996, abbiano già consentito l'accesso all'impegno ridotto esclusivamente per motivi familiari o sociali riferiti ai casi rientranti tra quelli previsti dal presente contratto.

A tale scopo i dirigenti devono dichiarare all'azienda la propria necessità entro quindici giorni dall'entrata in vigore del presente contratto, ai fini della conferma del rapporto ad impegno ridotto.

2. Il rapporto ad impegno ridotto, in caso di sua conferma ai sensi del comma 1, deve essere adeguato dal punto di vista normativo e del trattamento economico al presente contratto entro un mese dalla sua entrata in vigore.

3. Qualora il rapporto con impegno ridotto non corrisponda ai criteri del presente contratto, il dirigente interessato dovrà rientrare ad impegno pieno entro quindici giorni dalla comunicazione effettuata dall'azienda ai sensi del comma 1.

4. Il numero dei rapporti ad impegno ridotto confermati ai sensi del presente articolo grava sulla percentuale prevista dall'art. 2, comma 4.

5. Qualora i rapporti ad impegno ridotto siano stati a suo tempo consentiti per l'esercizio dell'attività libero professionale, essi sono soggetti alla disciplina dell'art. 44 e seguenti del contratto collettivo nazionale di lavoro dell'8 giugno 2000.

..... omissis

LA DISFAGIA NEL PAZIENTE NEUROLOGICO

E' questo l'argomento di un convegno regionale dell'associazione italiana di dietetica e nutrizione clinica, che è in programma il 12 maggio prossimo con inizio alle 8,30 al Castello Boccanegra nell'ospedale di San Martino. Gli interventi verterranno sulla disfa-

gia nella realtà ospedaliera, l'inquadramento fisiopatologico, la valutazione clinico-strumentale, il ruolo dell'infermiere professionale, la nutrizione naturale ed artificiale ed infine la gestione nel territorio del paziente disfagico. Per iscrizioni fax 010/5556850.

INTERNET - La Federazione delle associazioni territoriali dei Medici di medicina generale di Genova ha aperto un proprio sito web: www.Giofil.it/offline/440318b.htm.

Anche il Sumai regionale si è dotato di un proprio indirizzo di posta elettronica; il sindacato dei Medici ambulatoriali può essere raggiunto con l'e-mail: mail@sumailiguria.it.

Come comportarsi di fronte a un medicinale difettoso

Un decreto del ministro Veronesi - emesso il 27 febbraio scorso - dà indicazioni ai Medici sul comportamento da tenere se trovassero un medicinale con difetti o contenente corpi estranei.

In questo caso - ma anche se ricevessero una segnalazione in tal senso da un privato cittadino - gli operatori sanitari devono "innanzitutto salvaguardare l'integrità del confezionamento del prodotto medesimo ovvero, nel caso quest'ultimo sia stato manomesso per l'impiego, operare una chiusura provvisoria che assicuri la conservazione del prodotto nello stato di fatto in cui è stato rilevato".

Gli operatori sanitari devono dare immediata comunicazione di quanto avvenuto al Ministero della Sanità, attraverso la compilazione di un modulo appositamente predisposto che, per comodità dei colleghi, riproduciamo qui a parte. Il campione di medicinale oggetto della segnalazione va inviato all'Istituto superiore di Sanità, ma solo se integro: non deve essere inviato, invece, se non fosse integro o contenesse corpi estranei identificabili a vista.

COMUNICAZIONE RINVENIMENTO DI DIFETTI O PRESENZA
DI CORPI ESTRANEI NEI MEDICINALI PER USO UMANO

(Da compilarsi a cura dell'operatore sanitario che ha rilevato il problema o che ha ricevuto la segnalazione da parte di un privato cittadino)

Ministero della sanità
Dipartimento per la valutazione dei medicinali
e la farmacovigilanza - Ufficio V - Via Civiltà Romana, 7 -
Telefax 06/59943365 - 00144 ROMA EUR

Struttura o sanitario segnalante (1).....
.....medicinale (2).....
Officina di produzione.....
Lotto n.....scadenza.....
Difetto o corpo estraneo riscontrati (3).....
Al momento del rinvenimento la confezione era integra (4) SI NO
Attualmente la confezione è integra (4) SI NO
Presenza di altre confezioni dello stesso
lotto presso la struttura segnalante (4) SI NO
Persona da contattare per ulteriori informazioni:.....
TelefonoTelefax.....

Firma.....
....., li.....

- (1) Indicare la denominazione della struttura o del sanitario segnalante con relativo indirizzo, recapito telefonico e telefax.
(2) Indicare, oltre alla denominazione, anche l'eventuale titolare A.I.C., la forma farmaceutica, il dosaggio e la confezione.
(3) Descrivere in modo più dettagliato possibile il problema riscontrato.
(4) Barrare la voce che interessa.

Progetto Cronos, "inopportuna" la pluriprescrizione

E' "inopportuna" la pluriprescrizione dei farmaci utilizzati nel progetto Cronos contro il morbo di Alzheimer. Lo rileva una nota del ministero della Sanità "girata" a Medici e strutture interessate dalla Regione Liguria. Nella circolare viene chiarito che la pluriprescrizione dei farmaci utilizzati nel progetto Cronos, a totale carico del Ssn (Aricept, Memac, Exelon, Prometax) non sarebbe in accordo con le finalità e l'organizzazione del progetto medesimo, che ha come

aspetto rilevante la sorveglianza continua del paziente da parte del Medico di medicina generale, nonché la valutazione della terapia, in termini di compliance, effetti indesiderati e miglioramento della sintomatologia. "E' pertanto auspicabile - conclude la circolare - che il paziente venga visitato dal Medico di medicina generale con regolarità e che il Medico possa confermare o, eventualmente, rivedere, in collaborazione con le unità di valutazione Alzheimer, la terapia impostata".

LA “FORMAZIONE MEDICA CONTINUA”

Ma continuano soprattutto la confusione e l'incertezza del Medico

L'organo ufficiale della Fnomceo sul n.1 -Gennaio 2001, in terza pagina, all'interno di un articolo dal titolo: **“Finanziaria 2001: spesa sanitaria a rischio”** a proposito di formazione continua recita: “I soggetti pubblici e privati che chiedono alla Commissione Nazionale il loro accreditamento per le attività formative sono tenuti a versare preventivamente un contributo che varia da 500 mila a cinque milioni, secondo criteri che saranno fissati in un D.M. Sanità, su proposta della Commissione”.

La formazione del Mmg., a tutt'oggi, è regolata, sostanzialmente, da due normative (che si embricano): l'A.C.N. che, all'art.8 disciplina l'aggiornamento obbligatorio e la formazione permanente del Mmg. e lascia alle Regioni, di concerto con le Società Scientifiche di Brancha e i Sindacati firmatari dell'Acn in accordo con gli ordini professionali, il compito di programmare, di anno in anno, la formazione del Medico di medicina generale anche sulla base di indirizzi nazionali.

La normativa relativa all'E.C.M. per la quale, nel triennio a partire dall'1/1/2001, il Mmg deve acquisire 150 crediti formativi (pur con il beneficio di inventario che, per i primi sei mesi - e cioè fino al 30 giugno 2001 - i

“punti” saranno considerati “virtuali” al fine di consentire alla Commissione preposta una sorta di “assessment”).

Ora, da quanto sopra esposto, può evincersi l'eventualità che i due percorsi proseguano paralleli ed indipendenti.

E cioè che vengano promosse iniziative di aggiornamento secondo quanto stabilito dalla

Commissione regionale in ottemperanza all'art.8 del Dpr 270/2000 per le quali iniziative, viene segnalato, è stato chiesto l'accREDITAMENTO secondo anche i dettami dell'E.C.M. (ma è opportuno ricordare

che la richiesta sic et simpliciter, non prevede automaticamente una risposta positiva).

Cosiccome continuano a fiorire iniziative che, invece, si collocano in ambito E.C.M. (con tanto di crediti).

Per cui, il Mmg si viene a trovare in una posizione di estrema incertezza: da una parte la Asl (3 Genovese, per esempio,) lo sollecita (per iscritto) a prenotarsi la data di iniziative di aggiornamento che rispecchiano i dettami dell'art. 8 del D.P.R. 270/2000 e per le quali è stato chiesto anche l'accREDITAMENTO al Ministero (in questi giorni, al momento di andare in stampa, - forse - la risposta); dall'altra è subissato di iniziative (autoctone e non) che vantano crediti ministeriali necessari

*DA UNA PARTE GLI INVITI DELL'ASL
ALL'AGGIORNAMENTO
OBBLIGATORIO, DALL'ALTRA INIZIATIVE
CHE VANTANO (SOLO SULLA CARTA)
I CREDITI MINISTERIALI*



al famoso "cumulo" triennale di 150 punti. Considerando, poi, che per le prime iniziative attivate in questo scorcio di anno 2001 ancorché virtuali, i punti assegnati appaiono sotto-misura rispetto alle aspettative dei più (ancorchè senza parametri di riferimento), il nostro Medico di famiglia, la propria famiglia se la dovrebbe scordare perché dovrebbe partecipare ad una messe tale di incontri di aggiornamento (E.C.M. e non) da impegnare gran parte del tempo extra ambulatorio in iniziative culturali. Allora è bene tentare di fare chiarezza: il comma 4 del citato art. 8 recita: "il Medico di medicina generale partecipa alle iniziative formative programmate ed organizzate dalle Regioni sulla base degli obiettivi formativi di interesse nazionale individuati

dalla "Commissione nazionale per la formazione continua" e degli obiettivi formativi di specifico interesse regionale definiti dalle Regioni stesse. Ora, al momento, non risultano bene esplicitati "gli obiettivi formativi individuati dalla Commissione nazionale per la formazione continua" nè risulta essersi riunita entro il 31.12.2000 la Commissione Regionale per l'aggiornamento al fine di delineare gli obiettivi formativi "di specifico interesse regionale" (fior da fiore). E se tali obiettivi dovessero, invece, essere attribuiti a quanto contenuto nel Piano Sanitario Regionale, beh! v'è da dire che, attualmente, è ancora a livello di linee di indirizzo per la redazione di un Piano Sanitario Regionale".

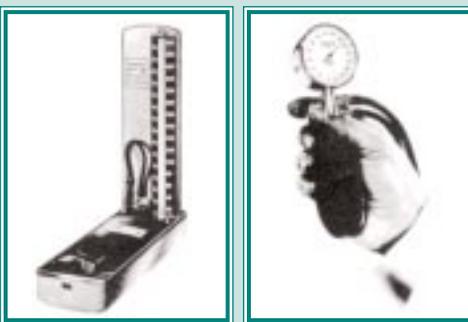
Infine, dal comma 5 del ridetto art. 8 si evincerebbe che "al Medico di medicina generale sono assegnati crediti formativi secondo i criteri definiti dalla Commissione Nazionale per l'aggiornamento".

(Allora sarà un meccanismo automatico?).

Ma, al momento di andare in stampa, a non tutti i corsi organizzati, per es., dalla Asl 3, è stata comunicata - dalla Commissione Nazionale per l'aggiornamento - l'entità dei crediti assegnati.

Chi avrà organizzato, ab inizio, iniziative secondo l'art. 8 dovrà documentare pure l'assegnazione di crediti formativi secondo l'ECM (è questa, a mio parere, la soluzione del "busillis": accreditare secondo i criteri ECM i corsi organizzati secondo l'art. 8) se non vorrà ritrovarsi con le aule vuote od occupate soltanto da quei Medici che sono ancora frastornati dal guazzabuglio dell'aggiornamento.

Massimo Blondett



SFIGMOMANOMETRI
PERFECT - ANEROID - ERKAMETER
SIMPLEX - FONENDOSCOPI

SA.GE. SA.GE.

SANITARIA GENOVESE
 Via Vito Vitale, 26 - Genova
 Tel. 010/5220296 Fax 010/5450733

OPPIOIDI PIU' FACILI

Pubblicata la legge che semplifica l'impiego dei farmaci analgesici

La prescrizione dei farmaci oppiacei è diventata meno complicata dal febbraio scorso, da quando è stata approvata la legge 8 febbraio 2001 n. 12, intitolata appunto "Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore". Vediamo quali sono le novità, sulla scorta anche di una comunicazione della Federazione inviata agli Ordini

per evidenziare i punti principali.

La legge in questione - pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 41 del 19 febbraio - modifica il decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990 n. 309, e riguarda buprenorfina, codeina, diidrocodeina, fentanyl, idrocodone, idromorfone, metadone, morfina, ossicodone e ossimorfone. Essa prevede che le ricette siano compilate in

Un primo passo nella direzione giusta

La legge 12/01 rappresenta un passo importante nella direzione di un trattamento più umano e scientificamente più aggiornato del dolore severo. Può essere interpretata come un primo passo nella direzione giusta, quella di rendere più facile per i pazienti che sono in condizioni cliniche di dolore severo, ricevere le cure necessarie per il loro stato, e quindi la semplificazione delle norme restrittive fin qui vigenti di prescrizione degli oppioidi, che sono e restano il pilastro di quei trattamenti. La nuova legge cade come un elemento di novità in un contesto altamente caotico: è il primo passo che si auspica possa rappresentare l'avvio del cambiamento nel settore.

Per essere pienamente efficace altre misure devono seguire quali, ad esempio, la commercializzazione dei farmaci necessari non ancora presenti in Italia, la produzione di nuove preparazioni medicinali di morfina orale a

rapido rilascio (uno sciroppo con questa formulazione sarà commercializzato a breve) e la questione dei costi a carico del paziente. Sarà necessario ancora molto lavoro per rendere operante e ben praticabile la legge, e probabilmente anche ulteriori passaggi legislativi. Purtroppo i legislatori hanno voluto escludere la terapia della tossicodipendenza da oppioidi dalle innovazioni previste per la prescrizione di oppioidi nella terapia del dolore, discriminando così ancora una volta i tossicodipendenti e i Medici che li curano.

E' bene rilevare, comunque, che con questa legge non entrano in discussione le politiche sulla droga, il proibizionismo, l'antiproibizionismo, ma solo le modalità di gestione medica di un problema, quello del dolore severo dovuto a motivi clinici, attraverso i farmaci oppioidi. La nuova legge, dunque, individua un gruppo di dieci farmaci oppioidi per i quali dispone di una "modalità prescrittiva semplifi-

duplice copia a ricalco per i farmaci non forniti dal Ssn ed in triplice copia a ricalco per i farmaci forniti dal Ssn su modello predisposto dal Ministero della Sanità, completato con il timbro personale del Medico. La prescrizione di tali farmaci può comprendere fino a due preparazioni per cura di durata non superiore a 30 giorni e la ricetta deve contenere l'indicazione del domicilio e il numero di telefono professionali del Medico.

Inoltre i Medici sono autorizzati ad approvvigionarsi di tali farmaci con autorizzazione e "ad approvvigionarsi, mediante autorizzazione, a detenere nonché a trasportare la quantità necessaria di sostanze di cui alle tabelle I, II, III previste dall'art. 14 del dpr

309/90 per uso professionale urgente". Copia dell'autoricettazione deve essere conservata per due anni a cura del Medico, che deve anche tenere un registro delle prestazioni effettuate. Entro 90 giorni dall'entrata in vigore della nuova legge il Ministero della Sanità stabilirà forma e contenuto dei ricettari idonei alla prescrizione dei farmaci in questione; nell'attesa potranno essere impiegate le ricette ministeriali speciali già in possesso degli Ordini. Le ricette che prescrivono medicinali che possono determinare, con l'uso continuato, stati tossici o possono comportare comunque rischi particolarmente elevati per la salute hanno validità di trenta giorni e non più di dieci come in precedenza.

cata" così riassumibile:

- introduzione di un più semplice ricettario a ricalco in luogo di quello madre-figlia fin qui in uso;
- prescrivibilità per trenta giorni anziché per soli otto giorni;
- possibilità di scrivere in ricetta due preparazioni o dosaggi anziché uno solo;
- autorizzazione per il Medico di avere stupefacenti autoricettati in borsa per uso di pronto soccorso.

La legge non considera l'esigenza di una maggiore disponibilità di oppioidi per il trattamento del dolore, come esiste in altri paesi del mondo occidentale, e la gratuità della loro dispensazione quali farmaci di utilità primaria. Nella pratica clinica è essenziale avere numerose alternative farmacologiche, per superare problemi connessi a sensibilità individuali e per la frequenza di effetti collaterali indesiderati.

Nell'elenco dei farmaci ammessi alle "modalità prescrittive semplificate" ve ne sono tre

non disponibili nella farmacopea italiana (idromorfone, idrocodone, ossimorfone) e un quarto (l'ossicodone) sta scomparendo dal mercato per motivi commerciali.

Questo è un problema che dovrà risolvere la decretazione. Nel campo della spesa a carico del malato la legge non ha introdotto alcun cambiamento. Molti dei preparati previsti dalla legge sono preparati galenici magistrali e come tali a totale carico del malato.

La legge 12/01 discrimina il trattamento dei tossicodipendenti da oppioidi, che viene esplicitamente escluso dalle "modalità prescrittive semplificate". Per il fatto stesso di essere escluso da tali modalità, e di non essere contemplato nella regolamentazione della consegna a domicilio, il trattamento con oppioidi dei tossicodipendenti che ne presentano l'indicazione viene reso più problematico.

I Medici impegnati nel trattamento dei tossicodipendenti saranno costretti a prescrivere con maggiore difficoltà dei loro colleghi che trattano il dolore severo.



Con l'esclusione del trattamento delle tossicodipendenze dai benefici della prescrizione semplificata, il trattamento con metadone viene declassato ad una posizione inferiore, con la evidente deliberata intenzione di mantenerne difficile la prescrizione, anziché semplificarla come sarebbe necessario.

Il fatto abnorme è che quanto riconosciuto per una categoria di pazienti e per i Medici che li curano non è ammesso per altri pazienti con una patologia che richiede gli stessi farmaci.

La realtà è che la discriminazione dei trattamenti per la tossicodipendenza riflette lo stigma sulle persone tossicodipendenti, ritenute evidentemente più soggetti dediti a infrangere la legge che pazienti da curare, e anche sui Medici che trattano tali pazienti, ritenuti per legge incapaci di valutare se e quanto la prescrizione che essi emettono possa essere male utilizzata da un loro cliente.

Discriminare un tipo di pazienti, oltre che contro la buona pratica medica, è contro l'etica del rapporto Medico-paziente e contro la costituzione, che all'art. 3 recita "tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali". Resta comunque lecita, nel trattamento della tossicodipendenza da oppioidi, la possibilità del Medico, compreso quello di medicina generale, di prescrivere metadone ai tossicodipendenti attraverso ricetta speciale (ricettario "giallo" a madre-figlia predisposto dal ministero e distribuito dagli Ordini dei Medici) fino a otto giorni, come già previsto dall'art. 43 del dpr 309/90: con mezzo indelebile, con cognome nome e residenza dell'ammalato, con la dose segnata in tutte lettere e l'indicazione del modo e dei tempi di somministrazione, recante data, firma, indirizzo e numero

telefonico del Medico.

La prescrizione deve essere limitata ad una sola preparazione o ad un solo dosaggio: è la "vecchia maniera", senza modalità semplificate, ma si può ancora fare.

Resta inoltre ancora in piedi la possibilità dei servizi pubblici per le tossicodipendenze (Sert, dipartimenti per le dipendenze patologiche) di "affidare" il dosaggio prescritto di metadone ai soggetti in trattamento secondo i criteri terapeutici più appropriati ai fini della migliore procedura di riabilitazione dei soggetti loro affidati. Purtroppo è rimasto in vigore anche un aspetto decisamente negativo per il medico, che avremmo voluto veder abolito.

Resta infatti in vigore l'art. 83 del dpr 309/90, che considera l'eventuale errore tecnico del Medico (classificato come "prescrizione abusiva") alla stregua dello spaccio e come tale punito (da otto a vent'anni).

L'art. 83 minaccia anche il Medico di medicina generale che sia ritenuto, da un magistrato inquirente poco attento, autore di prescrizioni abusive. Questo è accaduto a Medici di Sert, anche a seguito di prescrizioni che solo per incompetenza o disinformazione si potevano ritenere abusive.

Sia chiaro che non si rivendica qui l'impunità per gli errori dei Medici, ma la necessità di spezzare la ingiusta identificazione tra un errore professionale ed un reato come lo spaccio: l'art. 83 va abolito, e lo spaccio resterà comunque punito dall'art. 73 del dpr 309/90 senza bisogno di individuare una specifica fattispecie per Medici e veterinari.

Gian Paolo Guelfi

(con il ringraziamento dell'autore al dott. Claudio Blengini di Cuneo, alla dott.ssa Maria Grazia Fasoli (Brescia) e al prof. Franco Henriquet di Genova per la loro collaborazione)

NAVIGANDO IN INTERNET



A cura di Massimo Blondett

L'ACCREDITAMENTO DEI MEDICI DI FAMIGLIA

Anche i professionisti in prospettiva dovranno al pari delle strutture complesse passare il vaglio degli accreditamenti, come sancisce la recente riforma sanitaria introdotta con la 229/1999. La creazione di un sistema di accreditamento professionale è allo stesso tempo più semplice di quello relativo alle strutture (ospedali, laboratori, ecc.) e più complesso. E' più semplice in quanto il professionista, nel caso specifico il Medico di famiglia, opera adoperando, per così dire, prevalentemente la sua professionalità. E, cioè, facendo ricorso alle sue competenze e al modo di far medicina cui è stato educato e socializzato.

E' più difficile in quanto è arduo misurare la "professionalità" e la sua "performance" in un contesto ove il Medico si trova "da solo" davanti al paziente. In ospedale, invece, è il contesto organizzativo e la presenza costante dei "pari" (i colleghi) ad agevolare l'esercizio della professionalità.

E' quindi inevitabile che anche per i Medici di famiglia si arrivi ad un sistema di accreditamento multiforme: da un lato si dovrà "certificare" la competenza ed, a questo proposito, funzionali saranno i programmi di educazione e formazione continua già avviati; dall'altro non si potrà rinunciare a valutare i profili organizzativi, di processo e di sicurezza in cui i Medici operano (e, cioè, gli studi singoli o associati o in rete, ecc.).

INVESTIMENTI IN SANITÀ: E LA MEDICINA DI FAMIGLIA?

Sono in arrivo i miliardi previsti dalla Finanziaria 1999 (legge 448/1998) per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani. Si tratta di circa 4000 miliardi complessivi (2400 previsti dalla Finanziaria, 1382 di cofinanziamento locale, più varie), da distribuire tra i progetti fatti pervenire alla Commissione di valutazione.

Quelli selezionati dovranno essere approvati dalla Conferenza unificata Stato-Regioni-Città. Gli investimenti saranno utilizzati soprattutto per le strutture complesse, per l'ammodernamento edilizio, tecnologico ed informatico.

Alcuni progetti prevedono, però, di finanziare anche i servizi territoriali e tra questi la medicina di famiglia. Si citano a proposito i seguenti: Torino (circa 280 miliardi tra cui sono previsti investimenti per lo sviluppo dei servizi territoriali e per il trattamento a domicilio del paziente); Genova (238 miliardi, tra cui una parte per l'organizzazione distrettuale); Perugia (89 miliardi tra cui si prevede anche l'organizzazione dei servizi territoriali); Potenza per 76 miliardi. Questi finanziamenti giungono a proposito in quanto tutta l'infrastruttura del Ssn ne ha bisogno. L'attesa era, però, che, data l'importanza che si attribuisce al territorio e alla medicina di famiglia, più numerosi fossero i progetti orientati anche verso il finanziamento di questa componente del servizio.

AMMI: PERCHÉ'?

Care amiche, mogli di Medico, ci siamo finalmente lasciate alle spalle il grigiore invernale, anche se in questo periodo l'Ammi (Associazione Mogli Medici Italiani) non è rimasta inattiva.

Il 2 Marzo u.s. infatti, presso la Circostrizione VIII - Medio Levante, sono stati consegnati ai partecipanti al "Corso di Assistenza alla Persona" gli attestati nazionali di Operatore socio - sanitario. Il 20 marzo abbiamo visitato il Planetario presso l'Istituto Nautico, con la magistrale guida del prof Restivo. Il 3 aprile abbiamo organizzato una "Tombola di beneficenza" come formula per l'adozione a distanza di uno o più bambini. Il 7 aprile si è svolto il convegno "Le sfide della Bioetica" in Oncologia e Medicina, patrocinato dal Comune di Genova (Circostrizione VIII - Medio Levante) in collaborazione con l'Ist e con l'Ammi. Perché ancora scriviamo su queste pagine? Ovvio - direte voi - per suscitare curiosità fattiva in chi ancora non conosce la nostra Associazione, che valorizza e tutela il nostro ruolo di "moglie di Medico". L'Ammi, infatti, è nata proprio per essere al fianco della classe medica e di supporto ad essa, per una corretta informazione sanitaria attraverso conferenze e dibattiti. Perché non approfondire? Sappiate che il primo martedì di ogni

mese (ore 15 - 17) le socie si riuniscono in amicizia presso l'Ordine dei Medici, per comunicazioni, programmi e suggerimenti.

Visto il successo ottenuto, verrà ripetuto il "Corso di computer per principianti" e chi desidera parteciparvi, dovrà inviare la sua domanda di iscrizione entro il 1° giugno 2001. Sempre a giugno verrà organizzata con i Lions una gita ai giardini di Villa Hanbury (Ventimiglia).

Come suggerisce l'Ammi Nazionale, vogliamo spendere una parola in più per l'Onaosi (Opera Nazionale Assistenza Orfani Sanitari Italiani), ente poco conosciuto che invece è stato di grande aiuto a molte famiglie di Medici. L'Onaosi, oltre a case-famiglia per Medici anziani, desidera aprirsi non solo agli orfani, ma anche a tutti i figli dei Medici, per vacanze al mare o in montagna. Chi è interessato deve fare domanda all'ente stesso, con minima spesa. Per qualsiasi informazione, rivolgetevi alla nostra presidente, signora Anna Maria Gimelli, (tel. 010-315346).

Ringraziamo ancora una volta la redazione tutta, che con grande sensibilità ci permette di esprimere i nostri valori e rendere visibile il nostro operato. A tutti loro e a Voi tutte, alle vostre famiglie, un augurio cordialissimo di Buona Pasqua. **Margherita Celenza**

PEDIATRIA - Ecco le prossime riunioni di aggiornamento organizzate dall'Associazione Pediatri Extraospedalieri Liguri (presidente Alberto Ferrando) e dalla Società Italiana di Pediatria (SIP - Presidente Aldo Iester). Per iscrizioni tel. 010 56 36 553. **27 Aprile:** ore 20,30 - 23,30 presso l'Ordine dei Medici di Genova "Gastroenterologia pediatrica" relatore: dott. A.Barabino, animatori: dott. Giorgio Conforti, Alberto Ferrando - **16 Maggio:** ore 20,30 Aula Magna dell'Istituto G.Gaslini "La protezione dei bambini alle radiazioni. Nuove metodologie della diagnostica per immagini nelle patologie del torace, clinica e diagnostica per immagini", relatori: prof. Paolo Tomà, dott. Mauro Odone, dott.ssa Noemi Boiardi. - **25 maggio:** ore 20,30 - 23,30 sede dell'Ordine, "Dietologia pediatrica", relatore: dott. Paolo Fiore, animatori: Carlo Ravazzoni, Gian Piccolo.

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI GENOVA

in collaborazione con

COLLEGIO MEDICO LEGALE GENOVESE

“Aspetti clinici e medico-legali delle lesioni della cuffia dei rotatori”

mercoledì 16 maggio, ore 20.30

Sala convegni, Banco di Sardegna - Palazzo Spinola dei Marmi, Via San Sebastiano, 20 Genova

Saluto del Presidente dell'Ordine di Genova
e del Collegio Medico Legale Genovese

Introduzione all'argomento

Clinica - prof. Ferdinando Priano (professore a contratto presso la clinica ortopedica dell'Università di Genova)

Diagnostica - prof. Franco Rosso (resp. diagno-

stica per immagine e direttore sanitario Casa di Cura Villa Montallegro), **dr. Armando Gambaro** (direttore tecnico ist. diagnostica T.M.A.)

Aspetti medico-legali - prof. Hermann Recine (primario emerito medicina legale e/o osp. Galliera)

Discussione

bayer

MUCCA PAZZA, LE NORME PER LA NOTIFICA

L' allarme "mucca pazza" si è tradotto in nuove disposizioni delle autorità sanitarie per la sorveglianza della malattia di Creutzfeldt-Jakob. Questa malattia, appartenente al gruppo delle encefalopatie spongiformi subacute, è conosciuta, nella sua forma classica, da diversi anni.

E' malattia neurodegenerativa ad esito letale, si può presentare in tre forme epidemiologiche (forma sporadica, forma familiare e forma iatrogena) e la conferma diagnostica è possibile, al momento, soltanto mediante esami istologici sull'encefalo. Negli ultimi anni è stata riscontrata in alcuni paesi europei una variante della malattia di Creutzfeldt-Jakob, che sembra trasmessa all'uomo da animali colpiti da

encefalopatia spongiforme del bovino (BSE), epidemia in atto nel Regno Unito dalla prima metà degli anni '80. Il Ministero della Sanità ha ora deciso di includere tali eventi nell'elenco delle malattie infettive e diffuse.

Per quanto riguarda il Medico, il primo adempimento riguarda la notifica: è stato infatti predisposto un apposito modulo che pubblichiamo a parte, insieme agli indirizzi dei destinatari. Il ministero ha anche dato delle "coordinate" per individuare, attraverso la descrizione clinica, quali possono essere i casi da notificare. La malattia di Creutzfeldt-Jakob è caratterizzata da esordio insidioso, con sintomi psichici quali ansia, irritabilità, depressione, riduzione delle capacità intellettive e di memoria, alterazione della personalità, distur-

bi del linguaggio ed altre anomalie delle funzioni centrali superiori, con progressione, entro poche settimane o mesi, verso demenza ad evoluzione rapidamente progressiva; possono essere presenti in coordinazione dei movimenti, mioclonie, spasticità, mutismo. Sono assenti febbre ed alterazioni liquorali, il tracciato elettroencefalografico presenta, nella maggior parte dei casi, un aspetto caratteristico con complessi periodici ad alto voltaggio. La sindrome di Gerstmann-Straussler-Scheinker ha esordio in età relativamente gio-

vanile (quarta o quinta decade), preminenza di segni cerebellari, atassia progressiva, demenza ad evoluzione più lenta e decorso della durata di diversi anni. Nella variante della Creutzfeldt-Jakob derivata dalla BSE la

presentazione clinica, almeno nelle fasi iniziali, è di tipo francamente psichiatrico, con ansia, depressione, tendenza al ripiegamento su se stessi ed altre alterazioni del comportamento con progressione verso anormalità neurologiche franche; entro poche settimane o alcuni mesi dall'inizio della sintomatologia si instaura sindrome cerebellare progressiva, con instabilità, difficoltà della deambulazione, atassia. Nelle fasi finali sono presenti demenza e miocloni. Presentazioni cliniche meno frequenti comprendono disestesie degli arti e del viso (sensazioni di viscosità della pelle), corea e, nello stadio avanzato, segni piramidali. L'EEG non mostra le alterazioni osservabili nella maggior parte dei casi della forma classica.

*IL MINISTERO HA INCLUSO I CASI
DI MALATTIA DI CREUTZFELDT - JACOB
NELL'ELENCO DELLE MALATTIE INFETTIVE,
CON PARTICOLARI
ADEMPIMENTI PER IL MEDICO*

Ministero della Sanità

Dipartimento della Prevenzione
Ufficio III
(Malattie infettive e profilassi internazionale-OEN)
Via Sierra Nevada 60. 00144 Roma,
fax 06/59944242-4320
e-mail: dpv.oemi@sanita.it

Istituto Superiore di Sanità

Laboratorio di Virologia
Registro Nazionale della Malattia di Creutzfeld - Jakob
e Sindromi Correlate
Viale Regina Elena 2999 - 00161 Roma
fax 06/49903012
e-mail pocchia@iss.it

Regione Liguria

Assessorato Sanità
Servizio Igiene Pubblica e Veterinaria
Via D'Annunzio, 64 - 16121Genova
Fax: 010/5485692
da Lun. a Ven. sino ore 13 e-mail: igiene.pubblica@regione.liguria.it

**Osservatorio Epidemiologico Regionale
per le malattie infettive**

c/o Istituto Igiene Università di Genova
Via Pastore, 1 16132 Genova
Fax: 010/505618

SCHEDA PER LA SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA DELLA MALATTIA DI CREUTZFELDT-JAKOB

Iniziali del paziente:

medico segnalatore:

indirizzo dell'ospedale:

tel.....fax.....e-mail.....

Codice Paziente (riservato ISS):

numero cartella clinica
data di nascita del paziente/...../.....
Comune e Provincia di nascita:
Comune e Provincia di residenza:
data di esordio della malattia:
(Mese/anno)
sintomo di esordio:

segnalare la presenza di:

- disturbi psichiatrici nelle prime fasi della malattia SI NO
- decadimento intellettivo-demenza SI NO
- miocloni SI NO
- segni piramidali SI NO
- segni extrapiramidali SI NO
- segni cerebellari SI NO
- segni visivi SI NO
- mutismo acinetico SI NO
- crisi epilettiche SI NO
- parestesie/disestesie SI NO
- EEG caratteristico* SI NO

*(complessi trifasici periodici punta onda, 1-2 c/s. Questo tracciato compare nella maggior parte dei pazienti con malattia di Creutzfeldt-Jakob. Può essere assente nelle fasi iniziali o terminali della malattia. Qualora l'EEG non fosse tipico, si consigliano ripetute e prolungate registrazioni)

Altri esami strumentali effettuati**

TC SI NO RMN SI NO PET SI NO SPECT SI NO

****allegare eventuali referti**

Familiarità per la malattia SI NO

Fattori di rischio ***

(*** esempi: registrazioni EEG con elettrodi corticali, interventi neurochirurgici, terapia con ormone della crescita di tipo estrattivo, impianto di dura madre, trapianto di cornea)

Professioni esercitate dal paziente.....

Reclusorio di Fossano - La casa di reclusione di Fossano (Cuneo) ha urgente necessità di trovare quattro Medici per coprire il servizio di guardia medica per i reclusi. Il servizio si svolge dal lunedì al sabato dalle 15 alle 24 e la domenica e festivi dalle 8 alle 24, e viene compensato con 33 mila lire lorde orarie. Altre informazioni: dott.ssa Gabriella Turco, sanitario incaricato dell'istituto, tel. 0172-635791, interno 236, dalle 9 alle 12.

Ortopedia a Brescia - Per un importante ospedale privato convenzionato ad orientamento ortopedico riabilitativo della città di Brescia la Selforim - società di ricerca di personale - cerca un fisiatra e un geriatra, per attività di reparto, poliambulatorio e strumentale. Si offre contratto di libera professione e - promette la società di selezione - assistenza nella sistemazione logistica. Per informazioni tel. 031-576142 oppure inviate il curriculum, comprensivo dell'autorizzazione al trattamento dei dati, a: Selforim, via F.lli Recchi 7/a - 22100 Como.

Riabilitazione a Como - Per un ospedale privato convenzionato della provincia di Como, ad indirizzo ortopedico-riabilitativo, si cercano un fisiatra ed un neurologo. Ulteriori informazioni sulla struttura sono reperibili sul sito www.selforim.it. Inform.: Selforim, tel. 031- 576142.

Cercasi a Brescia - Un ospedale privato polifunzionale convenzionato di Brescia cerca, tramite la Selforim, 2 urologi e un fisiatra o un neurologo con buona pratica di elettromiografia. Anche in questo caso si offre contratto di libera professione con importanti incentivi. Per avere informazioni il numero è quello della Selforim, 031-576142.

Centri tennis - Per il funzionamento estivo dei Centri federali di tennis, dove vengono ospitati giovani dai 7 ai 15 anni, provenienti da tutte le regioni italiane, l'Associazione sportiva "Luigi Orsini" ricerca un certo numero di giovani Medici. Le località dove funzionano i centri federali sono Pievepelago, Serramazzone e Sestola in provincia di Modena, Brallo di Pregola (Pavia), Lizzano in Belvedere (Bologna), Cavareno (Trento) e Castel di Sangro-Roccaraso (L'Aquila). Per informazioni su periodo, trattamento e altre indicazioni tel. 06-3220192.

Posti Inps - E' stata individuata la carenza di un posto nella lista dei Medici di controllo di Ancona - Circoscrizione di Fabriano. Domande, entro il 31 maggio, a Inps - Segreteria di direzione - Piazza Cavour 21 - 60121 Ancona.

Altri due posti sono disponibili nelle liste dei Medici di controllo Inps della provincia di Lodi. Inviare domanda entro il 31 maggio a sede Inps - Aree prestazioni a sostegno del reddito - Via C. Besana 4 - 26900 Lodi.

Anche in provincia di Mantova sono da coprire dei posti nelle liste Inps, esattamente sei. Le domande in questo caso vanno inviate all'Inps, ufficio relazioni esterne, viale Fiume 3/5 - 46100 Mantova, sempre entro il 31 maggio.

Borsa di studio - Il Sert dell'Asl 2 Savonese, nell'ambito della costituzione di un nucleo operativo alcolologico, indice una borsa di studio triennale per laureati in medicina e chirurgia. Per informazioni tel 019-84041 dott.ssa Moretto.

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

PUBBLICITÀ SANTARIA - La competenza per l'autorizzazione della pubblicità concernente le case di cura private e i gabinetti mono o polispecialistici è dei Comuni: lo ribadisce una circolare della Regione, la quale osserva che "la legge 175/92 aveva già attribuito alla competenza dei Comuni le autorizzazioni per la pubblicità delle professioni sanitarie e delle professioni sanitarie ausiliarie" ed è "logico e rispondente ai principi di efficienza ed economicità attribuire ad un unico soggetto le competenze in materia di pubblicità sanitaria senza ulteriori distinzioni tra l'esercizio della professione in studio o in strutture".

Medici sportivi - L'Associazione medico sportiva di Genova ha rinnovato i propri organi direttivi per il quadriennio 2001-2004. Sono risultati eletti: presidente Giorgio Piastra, consiglieri Mauro Casaleggio, Alfredo Delpino, Mauro Ferrari, Luca Ferraris, Francesca Sadowski, Giovanni Maria Vassallo, probiviri Gian Luigi Doglio, Monica Lazzaretti e Luigi Podestà.

Medici cattolici - La sezione di Genova dell'Amci (Associazione Medici Cattolici Italiani) ha allestito un proprio sito Internet. L'indirizzo è: <http://www.geocities.com/amci-ge/>. Il direttivo dell'Amci Genova è formato da Carlo Mosci presidente, Maria Pierina Ferrando segretario, Bianca Maria Santolini tesoriere, Paolo Mombelloni e Tomaso Germinale consiglieri, mentre past-president è Remo Soro.

CONVEGNO AIDS - Al Centro di biotecnologie avanzate di Genova è in programma, dal 3 al 5 maggio prossimo, un congresso internazionale trilaterale (Italia, Francia e Spagna) sul tema "Aids e riproduzione". Per informazioni: Dipartimento di ostetricia e ginecologia dell'Università di Genova, tel. 010-3537710.

PATOLOGIA VERTEBRALE - Una giornata di aggiornamento in patologia vertebrale è stata organizzata a cura dell'A.Li.Co. (Associazione ligure per lo studio e la cura della patologia della colonna vertebrale) per sabato 26 maggio, all'hotel Jolly Marina nel porto Antico di Genova sui temi "patologia degenerativa del segmento di moto vertebrale" e "la scoliosi dall'adolescente all'adulto".

DISCIPLINE EQUIPOLLENTI - Sulla G. U. del 9 gennaio scorso è stato pubblicato il decreto ministeriale del 27 dicembre 2000, che ha introdotto una piccola modifica alle tabelle delle "equipollenze" per il personale dirigenziale del ruolo sanitario del Ssn. Al n. 13 vigente "Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza" è stata inserita tra le scuole equipollenti la fisiopatologia respiratoria e la fisiopatologia e fisiochinesiterapia respiratoria".

INFORMAZIONI ENPAM - Le richieste telefoniche all'Enpam riguardanti i modelli Cud - Redditi 2000 non arriveranno più direttamente all'ente di previdenza, ma saranno "filtrate" da un call center esterno, che risponderà al numero verde 8000.46.641. Pertanto ogni richiesta dei titolari di pensione, che domanderanno un duplicato del modello Cud o chiarimenti su di essi dovranno appunto essere fatte per telefono al numero 8000.46.641.

LETTERA ALL'UNIVERSITÀ SUGLI INCARICHI DI "PROF"

Sul problema dell'utilizzo del titolo di "prof" il presidente dell'Ordine Castellaneta ha scritto una lettera al preside della facoltà di medicina dell'Università di Genova, Marinari.

"Desidero richiamare alla sua attenzione - dice la lettera - l'annoso problema riguardante il nullaosta pubblicitario del titolo di professore a contratto che questo Ordine rilascia ai sanitari che ne fanno richiesta per il timbro, carta intestata, targa, ecc. ai sensi della legge 175/92.

"L'utilizzo di tale titolo, attribuito da codesta Università, sta suscitando vibrante proteste da parte di coloro che ritengono assurdo concedere il titolo di professore per un insegnamen-

to annuale che potrebbe decadere l'anno successivo in caso di mancato rinnovo. A tale proposito - prosegue Castellaneta - faccio presente che molti colleghi a cui sono state attribuite le funzioni di professore a contratto per lo svolgimento di insegnamenti presso le varie scuole di specialità per l'anno accademico... non hanno provveduto a comunicare a questo Ordine il rinnovo del contratto. Pertanto ritengo opportuno che codesta Università - conclude la lettera - si faccia carico di trasmettere ai nostri uffici un elenco aggiornato degli insegnamenti attribuiti nonchè le successive variazioni al fine di evitare inutili polemiche, che, guarda caso, sono provocate prevalentemente dagli universitari".

CONFERENZE AL DIMI - Ecco gli appuntamenti più vicini (ore 17, Aula Magna) nel programma di aggiornamento del Dimi: **3 maggio** "*Leucemia mieloide cronica; una crisi blastica precoce*", presenta Ivana Pierri, Università di Genova.

10 maggio "*Nefropatia diabetica: lezioni dalle biopsie renali*" presenta Paola Fioretto, dell'Università di Padova; **17 maggio** "*Linfoma non Hodgkin trasformato trattato con trapianto di midollo allogenico e condizionamento non mieloablativo*" presenta Alberto Ballestrero, ospedale San Martino; **24 maggio** "*Immunoterapia della infezione da Hiv*" presenta Adriano Lazzarin dell'ospedale San Raffaele di Milano.

Ospedale senza medicine

Per quanto si sente dire, non è certo la prima volta che accade: le farmacie ospedaliere rimangono a corto di medicinali, ed i ricoverati - o chi per loro, naturalmente - sono costretti a procurarsi quanto serve nelle farmacie esterne. E' solo uno degli aspetti della disorganizzazione dell'assistenza sanitaria che lo Stato passa ai cittadini (e speriamo che non vengano a dire che anche questo è colpa dei Medici!). Ma questa situazione, oltre a causare un ingiusto disagio agli assistiti e ai loro famigliari, può esporre anche i camici

bianchi a conseguenze spiacevoli.

Siamo di fronte, infatti, ad un illecito, che come tale dovrebbe essere sanzionato, sia dal punto di vista penale che deontologico. Sono aspetti che sono ben evidenziati in una lettera che il presidente dell'Ordine, Castellaneta, ha inviato al direttore sanitario di San Martino, in relazione ad un caso concreto. "Un Medico del reparto di ortopedia dell'ospedale di San Martino, recita la missiva - ha invitato il parente di un paziente ricoverato presso il suddetto reparto a recarsi dal Medico di

medicina generale per la prescrizione di un farmaco da somministrare in ospedale in quanto le scorte del servizio farmaceutico si stavano esaurendo.

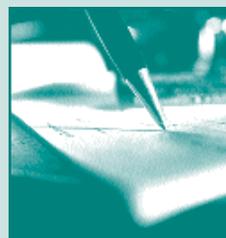
Al di là del costo e della natura del farmaco, si fa presente che l'accettazione da parte del Medico di una tale illecita richiesta compor-

terebbe per il Medico stesso sanzioni di natura penale e deontologica.

Si prega pertanto ancora una volta - dice Castellaneta concludendo la lettera - di segnalare ai responsabili dei vari reparti ed ai Medici di non adottare un simile comportamento".

PAZIENTI DEMENTI - "I disturbi comportamentali dei pazienti dementi": è questo il tema di un congresso organizzato, per il prossimo 5 maggio, all'aula magna della scuola infermieri del Galliera, dal Gruppo geriatrico genovese. Si parlerà di inquadramento nosologico delle demenze, disturbi psicologici e comportamentali associati, terapia farmacologica e interventi non farmacologici. Informazioni alla segreteria scientifica (dott. Claudio Ivaldi) tel. 010-255107.

LETTERE AL DIRETTORE



118 e rianimazione, un rapporto difficile

Si è parlato tanto, forse troppo, dei trasferimenti dei pazienti nelle rianimazioni; qualcuno continua a parlarne, spesso quando è assente chi potrebbe contraddirlo. Penso di poter dire anche la mia. I Medici, pubblici dipendenti, non devono servirsi dei giornali e della televisione per reclamizzarsi, per prevenire obiezioni e contemporaneamente accusare, facendosi intervistare. Non è vero che i posti in rianimazione "saltano fuori" a seconda di come vengono richiesti e di come viene esposto il caso urgente, sempre drammatico. Il 118 non dispone in tempo reale del numero dei letti liberi nelle rianimazioni. Quale valore può avere la risposta del 118? I numeri forniti al 118 dalle rianimazioni sono esatti o vengono riservati dei

letti che possono "saltar fuori"?. Anche in questo caso quale valore può avere, la risposta del 118? Dal giorno immediatamente successivo al recente drammatico episodio, noto che è diventato più semplice reperire posti nelle rianimazioni genovesi. Quante telefonate deve fare un anestesista che è impegnato in un RCP ed in un ACLS al pronto soccorso, sacrificando tempo prezioso per il paziente? Spero che la Commissione sull'emergenza voglia anche servirsi dell'esperienza degli anestesisti che operano negli ospedali privi di rianimazione, valutando la realtà nelle quale lavorano.

*Amedeo Venturini
primario del servizio di anestesia e rianimazione
dell'ospedale Micone di Sestri Ponente*

CARDIOLOGI, OCCORRE LAVORARE INSIEME

Genova si sta risvegliando; ce lo dicono i dati nazionali ed internazionali dell'economia e del turismo. Anche in campo medico la presenza di Genova sta forse tentando di acquistare un certo rilievo, nonostante le inveterate diatribe interne ed i soliti giuochi di scacchiera. In particolare per il settore cardiologico lo sforzo di coordinamento da tempo inaugurato in sede locale e regionale fra le tre associazioni scientifiche A.N.C.E., A.N.M.C.O. e S.I.C. (espressioni fino ad ora distinte dei cardiologi operanti sul territorio e nei reparti ospedalieri ed universitari) sta portando ad una intesa operativa, specialmente nell'ambito della formazione continua rivolta sia ai cardiologi che ai medici di famiglia. Anche nell'area della prevenzione primaria e secondaria -che è ormai, per generale riconoscimento, il fulcro della futura salute pubblica e dell'auspicata riduzione della spesa sanitaria - le tre associazioni stanno ponendo le premesse per un'azione comune.

In questo sforzo la nostra regione è all'avanguardia, nel tentativo di superare l'assurda divisione che da anni si verifica in sede nazionale, non scevra di intolleranze reciproche.

Tuttavia stenta ad essere pienamente acquisita la consapevolezza che solo lavorando tutti assieme i cardiologi, sia del territorio che del settore ricovero, potranno acquistare una completa capacità operativa, dal momento che ognuna delle due parti occupa, con competenze diverse e senza rispettive priorità, una porzione del controllo cardiologico della popolazione, con l'indispensabile affiancamento dei Medici di medicina generale.

Infatti istituzionalmente il cardiologo ospedaliero interviene nel momento della fase acuta della malattia ed ha competenza ed attrezzature spe-

cifiche per superarla; ma prima e dopo la dimissione nonché per tutto il tempo della sua vita il cardiopatico affida il monitoraggio della malattia ai cardiologi del territorio ed al suo Medico di famiglia. Ne deriva la necessità che le tre figure professionali operino in stretta connessione con una rete di interscambio continuo.

In questo clima di auspicata collaborazione è suonata come nota ripetitivamente monocorde la riunione organizzata a Genova il 3 marzo scorso dall'Associazione nazionale dei cardiologi ospedalieri, volta all'attivazione di una rete di defibrillatori per prevenire la morte improvvisa da arresto cardiaco. Infatti, nonostante il titolo del convegno fosse "Defibrillazione precoce intra ed extra ospedaliera", tutte le relazioni erano state affidate esclusivamente a Medici ospedalieri. L'interessante iniziativa meritava certamente una più ampia base di supporto organizzativo, coinvolgendo anche i cardiologi territoriali, che vivono a contatto continuo con la realtà extraospedaliera.

Già in un recente passato per uno studio epidemiologico sullo scompenso cardiaco in Liguria si era caduti nella stessa dimenticanza.

Ma questa volta esisteva un motivo di più per coinvolgere i cardiologi extraospedalieri: ed era il precedente, a tutti noto, che questi ultimi avevano preso accordi con la Regione Liguria per una campagna contro la morte improvvisa fin dal 1997. Era stata eseguita un'indagine conoscitiva, volta alla sua prevenzione, in provincia di Savona, coinvolgendo i Medici di medicina generale e le strutture ospedaliere. La fase successiva prevedeva - e tuttora prevede - l'estensione alla provincia di Genova ed a tutto l'ambito regionale. In qualche cassetto dell'assessorato alla Sanità giace ancora un fascicolo con un

preciso modello operativo, in attesa di finanziamento, con poche speranze, considerato l'insuperabile sordità assessoriale. Quanto sopra non vuole essere una rivendicazione di primogenitura su di un argomento così scottante come quello della morte improvvisa per arresto cardiaco, che in Liguria interessa, se non erro, circa millecinquecento persone all'anno; ma vuol essere invece un ulteriore invito, rivolto a tutti i cardiologi, a camminare su due gambe: quella ospedaliera e quella extraospedaliera.

L'illusione che possa reggersi tutto su una gamba sola, come la gru di Chichibio di boccaccesca memoria, non può reggere alla realtà delle cose. Basterà battere le mani, come nella famosa favola, per risvegliarci dal sonno della ragione e far scendere la gamba che manca dal suo nascondiglio di piume? O ci rassegniamo ancora a raffigurare la cardiologia come un'anatra ostinatamente zoppa per la miopia di alcuni suoi "importanti" esponenti?

Silvano Fiorato

E' IL MEDICO IL VERO RESPONSABILE DEL PARTO

Per ovviare alla confusione che potrebbe derivare dalla fumosità d'alcune circolari ministeriali relative al coordinamento del personale paramedico d'assistenza al neonato, vorrei fare alcune considerazioni in conformità alle raccomandazioni del recente Progetto Obiettivo Materno Infantile (D.M. del 24 aprile 2000).

Negli ultimi anni si è andata affermando la tendenza ad una demedicalizzazione e ad un recupero della "naturalità" del parto.

Questa tendenza, se significa sperimentazione (nel rispetto dei requisiti di sicurezza) di più fisiologici approcci al travaglio, maggior considerazione dell'intimità della coppia, coinvolgimento attivo di entrambi i genitori, non può che essere valutata in termini positivi da tutti gli operatori del settore, siano essi Medici e non Medici.

E' necessario tuttavia che non si traduca in un difetto d'assistenza. Se si considera che (secondo i dati della letteratura) la probabilità di dover effettuare una rianimazione neonatale sfugge ai più sofisticati sistemi di monitoraggio del travaglio e del parto nel 20% circa dei casi, è evidente che per ogni parto deve essere contemplata la presenza preventiva del pediatra-

neonatologo o, comunque, di un Medico esperto in rianimazione primaria neonatale.

L'arricchimento del bagaglio tecnico e culturale del personale paramedico (infermiere/i professionali, ostetriche, vogliatrici d'infanzia) è obiettivo di notevole rilevanza e da perseguire con tenacia, ma in nessun modo la responsabilità di discriminare tra patologia e fisiologia e quindi tra intervento terapeutico e non intervento, potrà essere demandata a figura professionale che non sia quella del Medico su cui tra l'altro gravano le implicazioni medico-legali connesse ad una non corretta gestione dell'emergenza.

In ambiente ospedaliero e più in generale nell'ambito di strutture pubbliche l'assenza del neonatologo al parto non può essere risultato di una scelta più o meno motivata da considerazioni "filosofiche" o da mode culturali, ma tutt'al più essere conseguenza di una contemporanea doppia emergenza e/o di carenze d'organico.

E' comunque da considerare come una grave lacuna cui ovviare con la massima tempestività.

P. Moscatelli

Presidente Sezione Ligure della Società Italiana di Neonatologia

MA UN ORDINE PUO ESSERE “INEFFICACE”?

Qualche anno fa inviai una lettera, in cui mostravo i miei dubbi sugli attuali Ordini dei Medici e sulla loro inefficacia (a volte dettata dalla mancanza di leggi) e sulla loro utilità stessa. Visto come stanno andando le cose fui facile profeta, anche perché i nostri colleghi in Parlamento - che sono quasi la maggioranza - ben si guardano dal sostenere e dal fare approvare la legge di riforma. Altro argomento di quella lettera era l'Enpam: dopo lo sperpero di denaro, le badilate di soldi prelevate un po' da tutti, l'incosciente utilizzo degli appartamenti ed il "fattore Ligresti", ed infine la conclusione in bolla di sapone della ponderosa risultanza della Corte dei Conti, si parlava di una ripresa del nostro ente.

Però il 17 febbraio scorso, in un incontro organizzato dall'Ordine dei Medici alla Spezia, dopo i vari "bla bla" di Parodi e C., la conclusione è stata: la pensione del medico di medicina generale a 65 anni, dopo 35 anni di contribuzione, nella ipotesi di aver iniziato il rapporto nel '95 (data della nuova aliquota) sarà il 45% dello stipendio, fatte salve le diverse situazioni reddituali e quindi contributiva di ciascuno. Non è mortificante? Allora devono i Medici aumentare le contribuzioni? Ai colleghi pensionati al 49% facciamo intravedere lo scadimento del loro tenore di vita quando uno dovrebbe godersi la sudata pensione? Allora io avevo avanzato una ipotesi: meglio l'Inps.

Cosa mi potete dire adesso?

Vincenzo Marino

Non siamo d'accordo circa l'"inefficacia" ed "utilità" degli Ordini, e per convinzione più che per spirito di parte e/o ruolo istituzionale. Come si fa

a dire che gli Ordini sono "ineffiaci"? L'Ordine di Genova, senza voler citare addirittura la Fnomceo, è intervenuto con fermezza sulla questione libera professione intramoenia, tanto da veder denunciato il sottoscritto dall'allora ministro della Sanità Rosy Bindi, tanto da dover essere convocati a Roma tutti i consiglieri genovesi per essere "uditi" disciplinarmente dal presidente nazionale. Ed alcuni risultati relativi al decoro della professione (libera) intramoenia certamente sono stati ottenuti.

Cosa dire poi delle decine di provvedimenti disciplinari espletati mensilmente nei confronti di colleghi che hanno violato il codice deontologico? Con ciò ribadendo il concetto che l'Ordine non è una corporazione protezionistica a tutti i costi nei confronti degli iscritti, ma funziona anche e soprattutto a salvaguardia dell'etica comune e quindi, in primis, del cittadino. Che dire ancora degli interventi in merito alla salvaguardia della dignità, ma soprattutto della impunitività del Medico, oggi vieppiù sottoposto a vessazioni dei media, della stessa opinione pubblica, della parte pubblica, del terziario in senso lato? Che dire, cioè, dell'impegno - di tutto il Consiglio - affinché il Medico intensifichi la propria attenzione nel non cadere in ambiguità comportamentali (professionali), in comportamenti superficiali facilmente preda di provvedimenti sanzionatori derivanti da parte pubblica (vedasi sanzioni in ambito prescrittivo per inadempimenti delle note Cuf), quando non da parte giudiziaria.

Ma soprattutto ricordo l'"efficacia" del nostro Ordine in ambito programmatico, culturale ed organizzativo grazie alla sua partecipazione a tutti i "consessi" in cui si discute e si decide di Sanità. A questo proposito voglio ricordare che

questo Consiglio ha approfittato (non senza un immaginabile dispendio energetico - voglio sottolineare che tutte le nostre attività e presenzialismi sono assolutamente volontari dal punto di vista economico a discapito, ovviamente, del nostro tempo libero e/o professionale) dell'occasione offerta dall'assessore Micossi di partecipare attivamente alle riunioni in cui si discute di organizzazione dei servizi (vedasi il recente "impeachment" sull'emergenza), ma anche alle riunioni in cui vengono formulate linee guida (obtorto collo) cliniche e professionali. Per non parlare dei concorsi (vedasi i più recenti per l'accesso al biennio di formazione in medicina generale e per il passaggio alla dipendenza dei Medici della medicina dei servizi e della continuità assistenziale) in cui il rappresentante dell'Ordine è sempre garante del rispetto dell'equità e della deontologia.

Non dico poi, nel dettaglio, quanto fa (ed è utile,

quindi) l'Ordine in ambito di aggiornamento professionale. E' presente nella commissione regionale per la formazione permanente e l'aggiornamento professionale del Medico di medicina generale, valuta attentamente i patrocini per tutte le iniziative di aggiornamento in ambito provinciale per garantirne l'affidabilità e, last but not least, promuove ed organizza iniziative culturali sue proprie.

Per quanto riguarda l'Enpam non mi ritengo particolarmente esperto di questa materia; ma poiché, come è spesso suo costume, il dott. Marino si permette di usare espressioni non proprio riguarde nei riguardi di altri colleghi, trasmetto la sua lettera al prof. Eolo Parodi, presidente dell'Enpam, il quale sarà sicuramente in grado di rispondere puntualmente a quanto scritto, sotto la sua responsabilità, dal dott. Marino stesso.

S.C.

DENTISTI NOTIZIE



REAZIONI DELL'ORDINE SUL NUOVO PROFILO DELL'ODONTOTECNICO

Caro Collega, già da tempo il Ministero della Sanità, su mandato di una legge dello Stato, la 502/92, sta provvedendo all'inquadramento professionale di alcune categorie di supporto al ruolo medico, che storicamente in questo paese sono rimaste in situazioni ambigue. A tale proposito, questo Ordine ritiene opportuno fornirTi alcune

precisazioni in merito al famigerato "profilo dell'odontotecnico" che è alla firma, con le modalità note e sfavorevoli alla classe medica e odontoiatrica.

Gli interessi della categoria non sono stati difesi di fronte ad una volontà "politica" di ingenerare una totale "deregulation", per favorire il libero mercato e la concorrenza.



L'attuale stesura prevede che l'odontotecnico, nel nostro futuro, avrà un dottorato (v. laurea breve) nell'ambito della Facoltà di Medicina e la possibilità "sotto il controllo e sotto la responsabilità del Medico-odontoiatra abilitato, di poter svolgere tutte le manovre incruente atte a rilevare e ad ottimizzare il manufatto su misura, anche direttamente sul paziente". Pertanto ne consegue che l'odontotecnico potrà "mettere le mani in bocca al paziente", solo con il consenso e sotto il responsabile controllo dell'odontoiatra!! Tutto ciò ci allarma enormemente, non per una pura e mera difesa corporativistica ma ben consci della possibile crescita esponenziale dell'abusivismo e del prestanomismo che tanti problemi ha creato alla nostra professione.

Come nota di "colore" vorremmo ricordarTi che in Italia esercitano, oltre che ai 15.000 abusivi, 50.500 Dentisti, e sembrerebbe in previsione una sanatoria per "sanare" coloro che "avendo ottenuto il Diploma da Odontotecnico.prima del...". Tale ipotesi ci ripropone le annose problematiche non ancora risolte della Legge 471/88.

Mentre Ti scriviamo sono ormai poche le spe-

ranze di poter far naufragare questo insano progetto. Nulla possiamo contro la cecità della Federazione che, divorata da lotte intestine, preferisce incedere in altisonanti proclami e mettere la testa sotto la sabbia; nulla possiamo contro la prepotenza delle lobbies del Commercio e del Confartigianato, di sinistra o di destra che siano, le quali, essendo un formidabile serbatoio di voti, sono in grado di esercitare una pressione forte sui politicanti governativi di qualsiasi colore.

Per i motivi suesposti, Ti invitiamo a praticare una sorta di "obiezione di coscienza" nei confronti di questa norma che, se approvata, darebbe un forte impulso all'abusivismo, da sempre una piaga aperta della professione odontoiatrica: infatti se non sarai disposto a controllare e ad assumerTi la responsabilità dell'operato dell'odontotecnico, allo stesso non sarà consentito svolgere l'attività contemplata dalla legge in questione.

Sergio Castellaneta

Presidente dell'Ordine di Genova

Emilio Casabona

Pres. Comm. Odont. Ge - Pres. FROMCeO

Proposta per un corso di deontologia per odontoiatri laureandi o neolaureati

Da tempo in ambiente odontoiatrico si avverte la necessità di una puntualizzazione sulla deontologia.

Sono molteplici le cause di questa urgenza, tra cui ad esempio la differente formazione universitaria che non ha dato basi omogenee deontologiche (da un libero accesso a tutti i laureati in medicina ad un numero quasi programmato di laureati in odontoiatria).

Ma anche le difficoltà ambientali di sovrannumero, di calo demografico hanno, da una parte accresciuto la sensibilità della categoria come dimostra il successo dell'Andi (grazie alla capace direzione), dall'altra ha portato a zona a rischio i rapporti tra i colleghi, e con le assicurazioni, ecc.

Come la Presidenza del nostro Ordine dei Medici ha già fatto con le Sue continue pub-

blicazioni sulla Deontologia, ritengo sia giunto anche da parte della Commissione degli Odontoiatri contribuire in prima persona su questo vitale aspetto. Stimolato dalle recenti esperienze di un corso ad hoc, istituito dall'Ordine degli Avvocati di Genova obbligatorio da seguire nella fase di praticantato riterrei opportuna un'analoga iniziativa anche per gli Odontoiatri.

Dopo essermi incontrato con l'Avv. Garaventa per informazioni sui particolari del loro corso, penso possa essere fatta una proposta di un corso specifico per laureandi, o neolaureati in modo da fornire nel tempo una preparazione omogenea alla futura classe odontoiatrica, e fornire anche, con un'opportuna divulgazione, uno spunto di riflessione e di verifica alla classe attuale.

CARATTERISTICHE DEL CORSO

- Corso di 4-5 lezioni obbligatorie prima dell'iscrizione all'Ordine
- Frequenza obbligatoria - che comporta l'organizzazione di due cicli per dare la pos-

sibilità di recupero

MATERIE DEL CORSO

- Deontologia come somma di regole che disciplinano la professione con alla base l'etica e l'etichetta, che è l'educazione del rispetto verso il prossimo.
- Deontologia verso i pazienti
- Deontologia verso i colleghi
- Deontologia verso la Società con particolare attenzione per il grosso problema dell'odierna spinta alla codificazione esasperata in tutti i campi- medico legale o assicurativo
- Cenni di materia previdenziale: Enpam
- Cenni di materia fiscale

DOCENTI DEL CORSO

Sicuramente colleghi di provata esperienza Ordinistica in campo medico ed odontoiatrico che possano testimoniare la reale concretezza degli argomenti trattati.

Stefano Bovone

*Segretario Commissione Odontoiatri
Ordine di Genova*

Terapia funzionale intercettiva oltre il 2000? Il Bionator di Balters

Si terrà a Genova venerdì 11 e sabato 12 maggio un corso sulla "Terapia funzionale intercettiva oltre il 2000? Il Bionator di Balters". Organizzatore del corso il dr. Franco Poggio, relatore nazionale ed internazionale sui più diversi argomenti di odontoiatria (ortodonzia funzionale e fissa, pedodonzia intercettiva, endodonzia) tra i quali i corsi di terapia funzionale col Bionator alla Case Western Reserve University nell'Ohio e alla Tokyo Medical and Dental University, nonché autore di diverse pubblicazioni. Il corso si terrà

all'Eurodent, via Lungobisagno Dalmazia, 71/3-4, Genova. Prenotazione obbligatoria alla segreteria organizzativa Andi, entro l'8 maggio. Per informazioni tel. 010.58 11 90.

Elezioni Andi nazionali

Si svolgeranno a Roma il 26-27-28 Aprile p.v. le elezioni nazionali Andi. Emilio Casabona è candidato alla tesoreria e fa parte della squadra guidata da Paolo Amori (Presidente), Enrico Indelli (Vicepresidente), Roberto Callioni (Segretario sindacale nazionale), Giuseppe Sfregola (Segretario culturale nazionale), Fabrizio Turrini (Vice-presidente).