

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

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

S O M M A R I O

Anno 9 - Numero 10 Ottobre 2001

EDITORIALE

Pagina 2: *Antitrust e Tar, che confusione!*

IN PRIMO PIANO

Pagina 3: *Alla ricerca di nuove economie*

MEDICI & BUROCRAZIA

Pagina 6: *Scuola, sport e certificati*

MEDICI & GIUSTIZIA

Pagina 8: *Il pediatra deve andare a domicilio anche per tranquillizzare i genitori*

LEGGI & REGOLE

Pagina 11: *Note Cuf, i centri per i piani terapeutici*

LE NOSTRE LINEE GUIDA

Pagina 17: *Bronchite, antibiotici inutili*

MEDICINA & PREVENZIONE

Pagina 19: *L'influenza dietro l'angolo*

CRONACA & ATTUALITA' Pag. 14/15/25/27

P. 27 RICERCA DI MEDICI

P. 28 LETTERE AL DIRETTORE

P. 29 DENTISTI NOTIZIE a cura di M. Gaggero

Finito di stampare nel mese di ottobre 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° 10 - Ottobre 2001 - Tiratura 8.000 copie - Autorizz. 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, 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

ANTITRUST E TAR, CHE CONFUSIONE!

Sulle mutue private i giudici castigano Fnomceo e Ordini

I talia, patria del diritto. Del diritto e del rovescio - dice qualcuno. L'allusione ad uno stato di incertezza, di confusione e di imprevedibilità balza prepotente di fronte alla sentenza del Tar del Lazio sui rapporti mutue private/Ordini dei Medici. Ripercorriamo brevemente la vicenda. Di fronte a intese che contemplavano spesso prezzi stracciati e nessun rispetto delle regole ordinistiche (tra queste ad esempio elenchi aperti e tariffari minimi, tanto per citare qualche punto), diversi Ordini sono scesi in campo, non respingendo il principio in sé ma fissando comunque dei paletti. Genova già nel '96 dettò 4 condizioni: elenchi "aperti", rispetto del minimo ordinistico, non predeterminabilità della tariffa e conservazione del rapporto diretto Medico-paziente (no al terzo pagatore). Anche la Federazione diffuse delle "linee guida" indicando sostanzialmente le stesse condizioni. Una grossa organizzazione assistenziale privata presentò però ricorso all'Antitrust, sostenendo, sulla base di norme dell'U.E., che i limiti fissati da Ordini e Federazione violavano il principio di libera concorrenza. E l'Antitrust accolse l'istanza, affermando che i Medici svolgono attività di impresa, liberi quindi di fissare tariffe a piacimento e di farsi concorrenza; alla Federazione

**C'È DA RIMANERE
SCONCERTATI DI FRONTE
A DECISIONI CHE PARIFICANO
I MEDICI ALLE IMPRESE
IN REGIME DI CONCORRENZA**

fu anche inflitta una multa. Prima dell'estate il Tar del Lazio - cui la Fnomceo e due Ordini si erano rivolti - ha confermato la decisione dell'Antitrust, eliminando la multa alla Fnomceo ma mantenendo ferma la sostanza della delibera dell'Antitrust. Devo confessare il mio sconcerto e la mia limitatezza mentale: non riesco a capire perché da una parte ci qualificano come "imprese" ma dall'altra ci impediscano, per esempio, di mettere alla porta dello studio una targa delle dimensioni che vogliamo (e guai a pensare alla pubblicità); vorrei che qualcuno mi spiegasse che figura rappresenta un Medico ospedaliero che faccia anche attività extra-moenia (che sarà mai, un "dipendente-impresa"?); sono sconcertato di fronte alla prospettiva di un "liberi tutti" al di fuori di ogni ragionevole controllo, che porterebbe solo al detrimento della qualità della prestazione. La verità è piuttosto che, anche per questi aspetti, l'attività del Medico e la stessa professione medica sono costrette alla confusione totale, in balia di organismi che praticano tutto meno che la volontà di capire la nostra realtà ed i nostri problemi, nell'attesa che in un sussulto di dignità (ahimè, solo ipotetico) la categoria torni a governare se stessa. Con tanti saluti a Tar, Antitrust e via dicendo.

Sergio Castellaneta

ALLA RICERCA DI NUOVE ECONOMIE

Il “patto di stabilità” limita di fatto anche le prescrizioni

Sulla Gazzetta Ufficiale - e precisamente sul n. 218 del 19 settembre scorso - è approdato, in forma di decreto legge (ufficialmente il n. 347 del 18 settembre 2001) il contenuto dell'accordo tra Stato e Regioni approvato l'otto agosto scorso, e che contiene una serie di misure tutte indirizzate al contenimento della spesa sanitaria. Le disposizioni abbracciano vari argomenti, non tutte sono produttrici di effetti immediati, in quanto richiedono per essere tradotte in pratica atti successivi, ma sicuramente sono importanti sia per gli amministratori della Sanità pubblica che per i Medici. Più che proporre pari pari il testo della Gazzetta Ufficiale cerchiamo di addentrarci nel suo contenuto e sfrondandolo delle parti di minore importanza o utili solo a fini burocratici, cerchiamo di evidenziare i punti salienti, soprattutto per quanto tocca i Medici. Una novità importante riguarda la prescrizione dei farmaci: il Medico che prescrive un farmaco che abbia prezzo superiore a quello del generico corrispondente può apporre sulla ricetta un'indicazione secondo la quale il farmacista non può sostituire il farmaco prescritto con un medicinale uguale avente prezzo più basso: in questo caso il farmacista deve consegnare al paziente esattamente il farmaco

prescritto, ma l'assistito pagherà la differenza di prezzo tra il farmaco generico e quello più costoso prescritto.

A parte riproduciamo per intero l'art. 7 del decreto legge che regola questa materia.

Altre disposizioni che riguardano il Medico sono quelle che riguardano il numero massimo di confezioni prescrivibili per singola ricetta:

tre pezzi, e comunque per una terapia non superiore a sessanta giorni, sei pezzi per antibiotici monodose o farmaci da somministrare per flebo, oppiacei in numero sufficiente per trenta giorni di

terapia. Anche qui, comunque, pubblichiamo, a parte il testo della disposizione di legge, che è l'art.9. Diamo ora solo un'occhiata alle altre disposizioni che, come abbiamo detto all'inizio, interessano più da vicino gli amministratori della Sanità.

All'art. 1 si dice, per esempio, che il complesso delle spese correnti delle Regioni in materia di Sanità per il 2002 non potrà superare gli impegni già stanziati per il 2000 con un aumento del 4,5 per cento; l'art. 2 pone tra l'altro l'accento sull'obbligo delle Regioni di attivare sistemi centralizzati per gli acquisti e realizzare un osservatorio regionale dei prezzi in materia sanitaria, arrivando ad un vero e proprio monitoraggio continuo di prescrizioni

*IL DECOLLO DEI FARMACI GENERICI
FISSATO AL 1° NOVEMBRE.
UN MASSIMO DI TRE PEZZI
PER RICETTA E
60 GIORNI DI TERAPIA*

mediche farmaceutiche, specialistiche ed ospedaliere. le Regioni inoltre - art. 3 - devono adottare uno standard medio di dotazione di 5 posti letto ogni mille abitanti, di cui uno per mille riservato alla riabilitazione e alla lungodegenza post-acuzie. In caso di disavanzi di gestione "accertati o stimati" le Regioni devono introdurre, secondo l'art. 3, misure correttive che possono consistere in

compartecipazione alla spesa da parte degli assistiti "inclusa l'introduzione di forme di corresponsabilizzazione dei principali soggetti che concorrono alla determinazione della spesa" (e qui ci sarebbe forse da drizzare le orecchie: ciò vuol dire, che potrebbe essere "multato" il Medico che prescrive troppo?). La spesa per l'assistenza farmaceutica a carico del Ssn non potrà superare, dal 2002, il

Art. 7 - Prezzo di rimborso dei farmaci di uguale composizione

"1. A decorrere dal 1° novembre i medicinali non coperti da brevetto aventi uguale composizione in principi attivi, nonché forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio, numero di unità posologiche e dosi unitarie uguali, sono rimborsati al farmacista dal Ssn fino alla concorrenza del prezzo più basso del corrispondente farmaco generico disponibile nel normale ciclo distributivo regionale, sulla base di apposite direttive definite dalla Regione.

2. Il medico nel prescrivere i farmaci di cui al comma 1, aventi un prezzo superiore al minimo, può apporre sulla ricetta adeguata indicazione secondo la quale il farmacista all'atto della spedizione della ricetta non può sostituire il farmaco prescritto con un medicinale uguale avente un prezzo più basso di quello originariamente prescritto dal medico stesso.

3. Il farmacista, in assenza di indicazione di cui al comma 2, dopo aver informato l'assistito, consegna allo stesso il farmaco avente il prezzo più basso, disponibile nel normale ciclo distributivo regionale, in riferimento a quanto previsto nelle direttive regionali di cui al comma 1.

4. Qualora il medico apponga sulla ricetta l'indicazione di cui al comma 2, con cui ritiene il farmaco prescritto insostituibile ovvero l'assistito non accetti la sostituzione proposta dal farmacista, ai sensi del comma 3, la differenza fra il prezzo più basso ed il prezzo del farmaco prescritto è a carico dell'assistito".

Art. 9 - Numero di confezioni prescrivibili per singola ricetta

"1. Fermo restando quanto previsto dal comma 12 dell'art. 85 della legge 23/12/'00 n.388, la prescrizione dei medicinali destinati al trattamento delle patologie individuate dai regolamenti emanati ai sensi dell'art. 5, comma 1, lettere a) e b), del decreto legislativo 29/04/'98 n.124, è limitata al numero massimo di tre pezzi per ricetta; la prescrizione non può comunque superare i sessanta giorni di terapia. Sono abrogati il comma 6 dell'art. 1 del D.L. 30 maggio 1994, n.325 convertito, con modificazioni, dalla legge 19/7/'94 n.467, nonché il primo e il secondo periodo del comma 9 dell'art. 3 del decreto legislativo 29/04/'98 n.124. Limitatamente ai medicinali a base di antibiotici in confezione monodose e ai medicinali somministrati esclusivamente per fleboclisi è confermata la possibilità di prescrizione fino a sei pezzi per ricetta, ai sensi dell'art. 9, comma 1, della legge 23/12/'94 n. 724. Per i farmaci analgesici oppiacei, utilizzati nella terapia del dolore di cui alla legge 8/02/'01, n. 12, è consentita la prescrizione in un'unica ricetta di un numero massimo di confezioni sufficienti a coprire una terapia massima di 30 giorni".

13 per cento della spesa sanitaria complessiva (art. 5), ed entro due mesi dalla data di entrata in vigore del decreto la Cuf è chiamata, secondo l'art. 6, a fare uno sfrondamento dei farmaci rimborsabili: infatti dovrà "individuare i farmaci che, in relazione al loro ruolo non essenziale, alla presenza fra i medicinali concedibili di prodotti aventi attività terapeuti-

ca sovrapponibile ed un migliore rapporto tra costi e benefici possono essere totalmente o parzialmente esclusi dalla rimborsabilità". Ciliegina sulla torta: anche la Regione, se l'andamento della spesa farmaceutica andasse a sfiorare può decidere la stessa cosa. Ed il cittadino, insomma, verrebbe chiamato a metter mano al portafoglio.

Ma nonostante il patto lo sfioramento c'è già stato

Il precedente patto di stabilità risale all'agosto del 2000.

Nonostante il patto stabilisse come contenere la spesa sanitaria, circostanziando i doveri dello Stato e delle Regioni, nel 2000 si è ugualmente prodotto un deficit di circa 8000 miliardi.

Le Regioni sostengono che il deficit deriva in larga parte da una sottostima del Fondo sanitario nazionale e che se di un vero patto si deve parlare, lo Stato deve fissare con maggiore esattezza l'ammontare delle risorse che servono a far funzionare il Ssn.

L'8 agosto di quest'anno è stato siglato il nuovo patto. Lo Stato riconosce che il problema deriva anche, ma non solo, da una sottostima del Fondo, delibera di colmare parte del deficit del 2000 (circa un terzo) e di fissare la dimensione del Fondo per il prossimo futuro (138.000 miliardi per il 2001; 144.000 per il 2002; 150.000 per il 2003 e 156.000 per il 2004).

Punti qualificanti del nuovo patto sono due. Le risorse assegnate devono servire per erogare uno specifico pacchetto di assistenza (livelli essenziali). La percentuale del Pil, assegnata al Fondo, deve inoltre essere tendenzialmente pari al 6%.

Ma i Medici di famiglia sono lasciati al margine

Il nuovo patto di stabilità contiene aspetti di carattere generale, riguardanti l'assetto e il finanziamento del Ssn nel suo insieme. Altre questioni riguardano invece misure specifiche. Tra queste alcune fissano gli impegni di competenza delle "parti". Lo Stato fissa le regole, definisce il pacchetto dell'assistenza da erogare e mette le risorse stimate come necessarie.

Le Regioni si impegnano a controllare la spesa e ad operare con efficienza. Ricevono, inoltre, la piena potestà in materia di organizzazione dei servizi a livello locale.

Non è poca cosa, se si considera che tale libertà potrebbe essere usata per architettare una macchina organizzativa diversa da Regione a Regione. Le misure specifiche riguardano però, quasi esclusivamente, il settore ospedaliero (riduzione dei posti letto, nuove regole per il contratto di lavoro dei dipendenti, la mobilità del personale, l'autonomia delle Regioni nell'attribuire lo status di "azienda" agli ospedali oggi gestiti dalle Asl, ecc.).

Sarebbe stato opportuno, invece, che anche le problematiche della medicina di famiglia fossero inglobate nello specifico nel patto, in quanto è operativamente correlato alla attività dei Medici di famiglia.

(da Internet - a cura di Massimo Blondetti)

SCUOLA, SPORT E CERTIFICATI

Sono ben definiti i casi in cui il documento va rilasciato gratis

G iungono in questi giorni varie lamentele all'Ordine da parte di pediatri e di cittadini per quanto riguarda il rilascio di certificati per attività sportiva in ambito scolastico. Riportiamo il testo di un documento, elaborato d'accordo con i sindacati dei Medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta (Fimp) per chiarire la normativa esistente e, conseguentemente, i soli casi in cui il Medico è tenuto a rilasciare, a titolo gratuito, la certificazione per attività sportive non agonistiche. Ecco il contenuto della nostra lettera, che può servire anche come promemoria ai colleghi.

"In materia sanitaria sono stati pubblicati i Dpr 270 e 272 del 28 luglio 2000 (G.U. del 02.10.2000). Nel merito delle certificazioni relative alle attività sportive e motorie, parascolastiche e/o extracurricolari, si ritiene che le citate norme possano chiarire e semplificare la complessità della materia. In particolare l'allegato H del Dpr 272/00 definisce l'obbligatorietà e gratuità della certificazione per l'idoneità all'attività sportiva non agonistica per:

A) Le attività parascolastiche e le attività svolte tramite i P.O.F. (piani offerte formative) solo per le attività svolte in orario extracurricolare, con partecipazione attiva e responsabile

dell'insegnante, finalizzate alla partecipazione a gare e campionati.

B) la sola partecipazione alle fasi dei Giochi Sportivi Studenteschi oltre la fase di istituto e precedenti la fase nazionale.

Sono quindi escluse le scuole elementari, dove le manifestazioni sono limitate alla fase di istituto, hanno carattere educativo formativo e mai competitivo.

"In conclusione in base al Dpr 270 e 272/00 non sono necessarie certificazioni di alcun tipo per: attività curriculari di educazione fisica nelle scuole di I e II grado, attività curriculari di educazione

motoria nella scuola primaria, attività parascolastiche extracurricolari programmate ed inserite nel P.O.F in preparazione di Giochi sportivi studenteschi, attività parascolastiche extracurricolari programmate ed inserite nel P.O.F che non rientrino nel paragrafo A di cui sopra, eventuali attività per i Giochi sportivi studenteschi (o manifestazioni analoghe) per la scuola elementare.

"Si ricorda che:

1. Il certificato in oggetto va rilasciato gratuitamente solo agli alunni che possono esibire all'atto della richiesta dichiarazione firmata dall'autorità scolastica competente (preside o direttore didattico) attestante il loro inserimento in una precisa attività parascolastica con le

ESCLUSE LE ELEMENTARI, NELLE CLASSI SUPERIORI - CON RICHIESTA DEL PRESIDE - IL CERTIFICATO E' PREVISTO PER ATTIVITÀ IN ORARIO EXTRACURRICOLARE O GIOCHI STUDENTESCHI

caratteristiche di cui sopra, iscrizione ai Giochi della Gioventù e/o ai campionati studenteschi;

2. Le suddette richieste devono essere formulate su apposito modulo individuale per ogni alunno, che dovrà essere compilato in ogni sua parte e riportare timbro originale della scuola e firma del preside o direttore didattico;

3. Non è quindi possibile consegnare agli alunni moduli di richiesta con firme ciclostilate, fotocopiate e/o apposte mediante timbri e sui quali siano fatte modifiche, aggiunte e/o acclusi allegati. Inoltre tali stampati non devono essere parzialmente compilati o in bianco.

4. I moduli di certificazione vanno considerati come corrispondenza tra il Medico e la direzione didattica, per cui è opportuno che tali moduli siano conservati presso le segreterie

delle scuole e non circolino nelle palestre o strutture sportive. Nell'evenienza in cui il certificato venga destinato ad altri scopi rispetto a quelli che dovranno con precisione riportarsi nella richiesta, il Medico pediatra sarà legittimato a procedere giudizialmente sia in sede penale che civile;

5. Tale certificazione non potrà essere richiesta più di una volta nell'anno scolastico;

6. Qualora non vengano rispettate, anche solo in parte, le modalità sopra riportate il Medico non è tenuto al rilascio della certificazione ex decreto ministeriale 28/2/1983;

7. Qualsiasi altra certificazione richiesta al di fuori della normativa in oggetto sarà rilasciata dal Medico, sul proprio ricettario personale, a tariffa libero professionale".

Alberto Ferrando

ANTHROS & IATRIA

Associazione Scientifica Internazionale per la ricerca,
lo studio e lo Sviluppo delle Medicine Antropologiche
Accademia Europea per le Discipline di Frontiera

Organizza a Genova

CORSO DI FITOTERAPIA GENERALE E CLINICA - ANNO 2001-2002

Finalità del corso. Fornire nozioni e correlati pratici di Botanica, Fitochimica, Farmacognosia, Tossicologia, Meristemoterapia, Aromaterapia, Legislazione ed applicazioni cliniche suddivise per apparati.

Sede. Istituto Italiano di Bioetica. Piazza Verdi 4/4 - Genova.

Orari. Sabato 9-13 / 14.00-18; domenica 9-13.

Destinazione. Il corso è riservato ai laureati in Medicina e chirurgia, Odontoiatria, Veterinaria, Biologia, oltre che agli studenti nei medesimi corsi di laurea.

Formazione E.C.M. (Educazione Continua in Medicina). A seguito della vigente normativa in materia di formazione obbligatoria, il corso è stato accreditato presso il Ministero della Sanità per il riconoscimento dei crediti formativi ECM.

Direzione. Direttore didattico: dr. Antonello Sannia, medico chirurgo - Direttore organizzativo: dr. Edilio Lancellotti, farmacista.

Ai corsisti di entrambe le sezioni del corso, verrà assegnata una tesina da presentare alla fine delle lezioni.

Il migliore lavoro verrà premiato con una borsa di studio e con la pubblicazione sulla rivista dell'associazione.

Segreteria. Informazioni ed iscrizioni verranno curate dal dr. Edilio Lancellotti

16145 - Genova, via Pirandello 16/3 tel. e fax 010 311453 / 010 8392831 / 333 6546464 e-mail: edilance@libero.it

Il giudice: il pediatra deve andare a domicilio “anche per tranquillizzare i genitori”

Può un pediatra evitare di andare a compiere una visita domiciliare a un bimbo con la febbre, limitandosi a dare alla madre consigli e indicazioni per telefono? Sarebbe di no: almeno questa è la conclusione che si trae dalla vicenda che si è svolta tempo fa in Toscana, e che è approdata recentemente alle aule della Cassazione. La storia inizia nel 1998, quando una madre telefona allarmata al proprio pediatra raccontando che il proprio figlioletto di tredici mesi

ha la febbre a 38,5 e chiedendo una visita a domicilio. Il Medico si limita invece a dare alcuni consigli per telefono, dicendosi disponibile ad una visita in caso di aggravamento. Dopo qualche tempo la signora presenta un esposto all'Ordine dei Medici di Pistoia, che prende in esame la pratica e commina al pediatra la sanzione dell'avvertimento. Ma l'interessato non ci sta: dapprima presenta ricorso, che però viene respinto, e poi si rivolge alla Corte di Cassazione. Ma la sentenza

Gruppo
Omeopatico
Dulcamara

Scuola Ufficiale della F.I.A.M.O.

Federazione Italiana delle Associazioni dei Medici Omeopatici

Membro della Liga Medicorum Homeopatica Internationalis (L.M.H.I.)
aderente alla Società Italiana di Omeopatia (S.I.O.)

associato a Istituto de Altos Estudios Homeopaticos
"J.T. Kent" - Buenos Aires

L'ASSOCIAZIONE GRUPPO OMEOPATICO DULCAMARA

organizza il

"XVI CORSO TRIENNALE DI TEORIA E PRATICA DELLA MEDICINA OMEOPATICA"

con il patrocinio della LMHI (Liga Medicorum Homeopatica Internationalis)

L'associazione Gruppo Omeopatico Dulcamara organizza dal 1983 corsi triennali di teoria e pratica della medicina Omeopatica così articolati: un primo anno in cui vengono esposti concetti fondamentali di filosofia omeopatica, teoria, tecnica, uso del repertorio e studio dei principali rimedi omeopatici, e 2 anni successivi in cui, oltre a continuare una rigorosa esegesi della dottrina, vengono affrontati i principali problemi di ordine teorico e pratico che si incontrano nello svolgimento della professione. Verranno utilizzati anche supporti audiovisivi e video relativi a casi clinici.

E' previsto un quarto anno di perfezionamento.

Le linee programmatiche a cui si ispira il corso sono conformi ai programmi consigliati dall'ECH (European Committee for Homeopathy), sulla falsa riga dei corsi istituiti dalla facoltà di Medicina Omeopatica dell'Università di Londra. Il corso, con durata triennale, è aperto a laureati e studenti degli ultimi 2 anni in Medicina e Veterinaria. Al termine del III anno di corso, previo superamento di una prova d'esame, verrà rilasciato un diploma dell'associazione della F.I.A.M.O. Al termine del IV anno verrà rilasciato un diploma di perfezionamento in medicina omeopatica.

Sito: www.dulcamara.org e-mail: info@dulcamara.org
mangini@village.it

STRUTTURA DEL CORSO:

è articolato in 9 week-ends per un totale di

140 ore ogni anno, con i seguenti orari:

Sabato: mattino ore 9.00 - 13.00

pomeriggio ore 14.30 - 19.30

Domenica mattino ore 9.00 - 13.00

SEDE DEL CORSO:

Via Corsica, 19A - cancello - 16128 Genova

PER INFORMAZIONI:

tel.010/570.29.88 - 56.54.58

fax 010/553.10.67

dalle ore 14.00 alle 18.00

ANNO ACCADEMICO 2001/2002

non gli è favorevole. Il ricorso faceva soprattutto perno sul fatto che la convenzione che regola i rapporti per la medicina pediatrica di base (dpr 613/96) dispone che la visita domiciliare deve essere compiuta "qualora ritenuta necessaria secondo la valutazione del pediatra". Secondo la Cassazione, invece, non è stato contestato al Medico di aver violato le regole contenute nella convenzione della pediatria, ma piuttosto "di aver tenuto una condotta in violazione di quanto prescritto dall'art. 3 del codice deontologico che, regolando il comportamento di tutti coloro che sono iscritti all'albo di categoria, prescinde da specifici accordi di diversa natura che, come tali, non possono influenzare il comportamento cui sono tenuti tutti i sanitari per effetto del codice deontologico". Ossia: il pediatra aveva violato il dovere di portare sollievo alla sofferenza del paziente, tenendo presente che "la salute deve essere intesa come benessere fisico e psichico" mentre nel caso concreto il Medico "non era riuscito a percepire il bisogno di assicurazione dei genitori del piccolo paziente, che dalla visita domiciliare sarebbe stato soddisfatto".



Non ci occuperemmo neppure di questa vicenda, forse, se non fosse che in essa è possibile cogliere l'origine genetica - sanzionata addirittura dal massimo organo giudiziario italiano - di una deformazione concettuale, neppure troppo latente, che considera il camice bianco non un professionista dell'arte medica, il tramite tra la società e le sue esigenze di salute (come dovrebbe essere, almeno in linea di principio) ma il bidello del sistema sanità, incaricato di dispensare pilloline o sorrisi, supposte o pacche sulle spalle, qualsiasi cosa, insomma, che serva non tanto a

scacciare la malattia ma a confortare il malato e a convincerlo di star bene. Sicchè il Medico che osa - come tutti gli altri cittadini - andare in ferie è additato come colui che abbandona i suoi malati e adesso, ce lo dice la Cassazione, dovremo andare a casa del bambino malato ogni qualvolta lo richiedano non tanto le sue condizioni ma piuttosto le inquietudini ed i timori dei genitori. Viene il dubbio: ci considerano dei pediatri o un ansiolitico gratuito a domicilio? **A.F.**

Ricette senza visita solo a pazienti conosciuti

Ecco un esempio fresco fresco di come l'informazione in materia sanitaria sia molte volte travisata dai media. Ai primi d'ottobre telegiornali e titoli di quotidiani (con qualche eccezione) hanno "sparato": rischia il carcere chi rilascia ricette senza visitare il paziente. C'era di che far sobbalzare sulla sedia molti Medici. In realtà, leggendo bene la sentenza, il caso è stato ridimensionato, tanto da far dire al presidente Fnomceo che "si è trattato di una tempesta in un bicchiere d'acqua" e a Falconi, segretario generale della Fimmg, che "nel caso concreto non si può che essere d'accordo con i giudici". Ma cosa è accaduto, dunque? La Cassazione ha confermato la condanna ad un Medico abruzzese (cinque mesi) per aver firmato delle ricette a persone ignare delle prescrizioni e a cui i farmaci non servivano (l'interessato ha detto di aver agito così perché le prescrizioni erano state fatte originariamente dal Medico a cui lui era subentrato nello studio). Vale quindi sempre il principio - contenuto all'art. 36 della convenzione per la medicina generale - che il Medico può prescrivere farmaci a pazienti che lo richiedono se essi sono già stati visitati in precedenza.

**A.I.O.T.****PROVIDER E.C.M.**ASSOCIAZIONE MEDICA
ITALIANA DI OMOTOSSICOLOGIA

Associazione di Studi e Ricerche in Omeopatia

LA PERIARTRITE SCAPOLO-OMERALE, LA COXARTROSI

*Clinica Omotossicologica e Osteopatia**(Corso pratico finalizzato alla formazione professionale continua)***Genova** **Sabato, 10 novembre 2001**

Jolly Hotel Plaza

Via Martin Piaggio, 11

Relatore: **Dr. G. Fratoni**, Medico Chirurgo, Responsabile Didattico del Corso di Osteopatia e Chiropratica**Orari:** 9.15 - 13.00 / 14.30 - 18.00

- Programma:**
- Il concetto di postura e le alterazioni posturali
 - Nozioni di catena ascendente e catena discendente
 - Biomeccanica posturale normale e patologica
 - Ruolo e limiti della terapia manuale nelle patologie osteoarticolari acute e croniche
 - Osteopatia e Omotossicologia: un binomio vincente
 - Etiopatogenesi della coxartrosi primaria e della periartrite scapolo omerale dal punto di vista biomeccanico e omotossicologico
 - **Pratica**
 - Elementi di radiologia funzionale
 - Test di funzionalità del cingolo pelvico scapolare
 - Manipolazione e mobilizzazione del cingolo scapolare e pelvico
 - Clinica Omotossicologica
 - Omeomesoterapia della spalla e dell'anca

La partecipazione è gratuita e riservata ai Medici

Si prega di voler confermare la partecipazione allo 02/28018217

Al termine di ogni evento, è prevista la compilazione di un questionario di verifica sull'apprendimento e della scheda di valutazione E.C.M.

I CENTRI PER I PIANI TERAPEUTICI

Indicazioni della Regione per la prescrizione di farmaci con nota Cuf

Come i Medici ben sanno, la prescrizione di alcuni farmaci contrassegnati dalle note Cuf è consentita solo su diagnosi e piano terapeutico dei centri specializzati universitari o delle Asl individuati dalle regioni. La Regione Liguria ha emesso recentemente un decreto per individuare tali centri, che sono raccolti nella tabella che pubblichiamo qui a parte. Lo stesso decreto della regione contiene alcune indicazioni operative, secondo le quali i centri dovranno effettuare la diagnosi, predisporre il piano terapeutico, nel quale dovranno essere indicati oltre ai dati anagrafici dell'assistito (compreso codice fiscale e codi-

ce regionale) la specialità medicinale prescritta, la posologia, la durata del trattamento, la data di compilazione, il timbro e la firma del Medico prescrittore; dovranno inoltre rilasciare copia del piano terapeutico al paziente, trasmetterne una copia ai servizi farmaceutici delle Asl di residenza dell'assistito e attivare il registro Usl (solo per le note 8, 12 e 39).

I Medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta potranno prescrivere i farmaci con la nota Cuf in presenza e nel rispetto dei piani terapeutici redatti dai centri specializzati, e dovranno riportare sulla ricetta l'indicazione specifica della nota, controfirmandola.

Centri specializzati universitari o di aziende sanitarie per il rilascio di diagnosi e piano terapeutico (Note Cuf - decreto M.S. 22/12/2000)

Principi attivi	Nota	Unità organizzativa	Registro Usl
Epoetina alfa Epoetina beta (*)	12	Ematologia/Immunologia Medicina interna, Nefrologia e dialisi Oncologia, Pediatria Pneumologia, Radioterapia	SI
Filgrastim Lenograstim Molgramostim	30	Centro trapianti Ematologia/Immunologia, Malattie infettive Medicina interna, Oncologia, Pediatria, Pneumologia, Radioterapia	NO
Interferoni alfa-2a e alfa-2b ricombinanti Interferone alfa naturale alfa-n.3 (leucocitario)	32	Dermatologia, Ematologia, Gastroenterologia Malattie infettive, Medicina interna Oncologia, Pediatria, Urologia	NO
Interferone n-1 linfoblastoide	32	Ematologia, Gastroenterologia Malattie infettive, Medicina interna Oncologia, Pediatria	NO

Principi attivi	Nota	Unità organizzativa	Registro Usi
Interferone alfacon-1 Interferone beta Peg - interferone alfa - 2b	32	Gastroenterologia Malattie infettive Medicina interna, Pediatria	NO
Lamivudina	32 bis	Gastroenterologia, Malattie infettive Medicina interna	NO
Fluossimesterone, Metiltestosterone Testosterone, Esteri del testosterone	36	Endocrinologia, Medicina interna Pediatria, Urologia	NO
Somatropina (deficit di GH in età evolutiva)	39	Centri già individuati (**)	SI
Somatropina (deficit di GH in età adulta)	39	Centri già individuati (**) Endocrinologia	SI
Lanreotide Octreotide	40	Endocrinologia, Gastroenterologia Medicina interna, Oncologia, Pediatria	NO
Buserelina, Goserelina Leuprorelina, Triptorelina	51	Chirurgia, Endocrinologia Ginecologia e ostetricia, Medicina interna Oncologia, Pediatria, Urologia, Radioterapia	NO
Interferone beta 1a ricombinante Interferone beta 1b ricombinante	65	Centri individuati con D.M. 5 febbraio 1996 pubblicato su G.U. n.83 del 09.04.1996 e successive integrazioni	NO
Follitropina alfa ricombinante Follitropina beta ricombinante Menotropina, Urofollitropina	74	Endocrinologia Ginecologia e ostetricia Urologia	NO

(*) limitatamente ad emodonazione in ambito ospedaliero

(**) con deliberazione di G.R. n.2911 del 15.06.1989 e successive modifiche ed integrazioni.

Centri specializzati universitari o di aziende sanitarie per il rilascio di diagnosi e piano terapeutico (allegato 2 - provvedimento M.S. 22/12/2000)

Principi attivi	Strutture complesse
Tretionina	Ematologia, Medicina interna, Oncologia, Pediatria
Mesna	Medicina interna, Oncologia, Urologia
Sevelamer	Nefrologia e dialisi
Modafinil	Neurologia
Ganciclovir - Foscarnet - Pentamidina	Centro trapianti, Ematologia/immunologia, Malattie infettive, Medicina interna
Tacrolimus	Centro trapianti, Medicina interna

Dornase alfa	Centro per la fibrosi cistica (*)
Deferossamina	Centri per la talassemia, Ematologia/immunologia, Medicina interna
C1 inibitore, complesso protrombinico umano, complesso protrombinico antiemofilico umano attivato, Desmopressina, Fattore VII di coagulazione nat. Fattore VIII di coagulazione nat. e ric., Fattore IX di coagulazione nat. e ric. Fibrinogeno umano liof., Immunoglobulina anti-D (Rh).	Centri ematologici
Gonadorelina	Endocrinologia, Pediatria, Urologia
Clozapina	Dipartimenti di salute mentale, Psichiatria
Olanzapina, Risperidone, Quetiapina	Dipartimenti di salute mentale, Neurologia, Psichiatria

(*) Individuato con D.G.R. n.4248 del 17.07.1994.

Bayer

Riassegnate le borse di studio all'Università

Con due decreti usciti il 10 e l'11 luglio scorsi il ministero dell'Università ha rivisto l'assegnazione delle borse di studio per le scuole di specializzazione di medicina (anno accademico 2000-2001), assegnando inoltre dei posti aggiuntivi e soprannumerari.

Ricordiamo che l'elenco originario delle assegnazioni è stato pubblicato su "Genova Medica" di luglio-agosto. All'Università di Genova sono state assegnate 6 borse in tossicologia medica invece di 3; i posti in soprannumero sono inoltre uno (tra i dipendenti del Ssn o convenzionati) in allergologia e immunologia clinica, 29 in anestesia e rianimazione (18 dall'Università, uno per dipendenti di enti non convenzionati e 10 del Ssn o di enti convenzionati), 8 in cardiologia (1 universitario, 1 extracomunitario, 1 dipendente da ente non convenzionato e 5 dipendenti dal Ssn o ente convenzionato), 1 in chirurgia dell'apparato digerente (dipendente Ssn), 7 in totale in chirurgia generale (1 dipendente dal Ssn per la prima scuola, 1 universitario per la seconda scuola e altri 5 dipendenti del Ssn per la terza scuola), 3 per chirurgia toracica (1 universita-

rio e 1 dipendente Ssn alla prima scuola e 1 altro dipendente Ssn alla seconda scuola), 3 in chirurgia vascolare (2 dipendenti dal Ssn e 1 esterno), 5 in ematologia (4 universitari e 1 esterno), 1 "esterno" in gastroenterologia, 1 dipendente Ssn in genetica medica, 1 dipendente Ssn in igiene e medicina preventiva, 3 dipendenti Ssn per le malattie dell'apparato respiratorio, 1 dipendente Ssn per le malattie del lavoro, 1 dipendente Ssn e 1 esterno per medicina dello sport, lo stesso - e quindi 2 - per medicina interna.

Le assegnazioni "soprannumerarie" sono completate da 1 posto (dipendente Ssn) in medicina nucleare, 1 esterno in medicina tropicale, 1 dipendente Ssn in neurochirurgia, 1 esterno in neurofisiopatologia, 3 dipendenti Ssn in oncologia, 6 a ortopedia e traumatologia (5 universitari, 1 esterno), 1 universitario alla prima scuola di pediatria, 1 dipendente Ssn in psichiatria, 1 altro in psicologia clinica, tredici a radiodiagnostica (8 universitari, 1 dipendente Ssn e 4 esterni), 1 esterno a scienze dell'alimentazione, 1 altro esterno a tossicologia medica e infine 1 dipendente Ssn per la scuola di specializzazione in urologia.

Le prossime conferenze scientifiche al Dimi

Prosegono, con inizio alle 17 del giovedì, all'Aula Magna, le conferenze clinico scientifiche del Dimi, il Dipartimento di medicina interna e specialità mediche dell'Università. Ecco gli appuntamenti più vicini: 8 novembre "L'epatocarcinoma, problematiche cliniche e terapeutiche", conferenza di Roberto Testa, associato di gastroenterologia dell'Università di Genova; 15 novembre introduzione sulla "Sindrome da ipertensione arteriosa polmonare" di Vittorio Grassi, ordinario di medicina interna dell'Università di Brescia, e "Nuove acquisizioni in tema di ipertensione arteriosa polmonare: strategie terapeutiche" di Nazzareno Galiè dell'ospedale Sant'Orsola di Bologna; 22 novembre introduzione sulla "Cardiopatía ischemica", di Antonio Barsotti, ordinario di cardiologia dell'Università di Genova, "Infiammazione e cardiopatía ischemica" di Sergio Chierchia, primario 2ª divisione di cardiologia del San Martino e "Varianti genetiche e cardiopatía ischemica prematura" di Stefano Bertolini, professore di medicina interna dell'ateneo genovese.

Continuità assistenziale, accordo in Regione

La battaglia per arrivare ad un trattamento più dignitoso dei Medici impegnati nella continuità assistenziale (alla quale ha partecipato anche l'Ordine, con numerose sollecitazioni alla Regione) è arrivata in porto. O quantomeno c'è stato un risultato, che può anche essere considerato il primo gradino sulla strada di una completa rivalutazione di queste posizioni.

Il 7 giugno scorso in Regione, in un incontro tra i rappresentanti delle Aziende sanitarie locali e quelli delle organizzazioni sindacali di parte medica sono stati concordati alcuni punti sull'organizzazione del servizio e al trattamento economico dei Medici incaricati, in

applicazione del dpr 270/2000.

In particolare si è definito il pagamento di un compenso di 50 mila lire lorde per un turno di reperibilità di 12 ore; le aziende dovranno organizzare i turni con l'attivazione di un numero di Medici reperibili pari almeno al numero degli ambiti istituiti presso ciascuna azienda.

Il compenso per la reperibilità viene riconosciuto e corrisposto anche nel caso in cui il turno si trasformi in servizio attivo di continuità assistenziale.

Si è concordato inoltre in pagamento del compenso aggiuntivo su tutte le ore di servizio effettivamente svolte.

Due incontri sulla risonanza magnetica a Villa Spinola

Accura della Tma (Tecnologie mediche avanzate) e della Casa di cura Villa Montallegro sono in programma due conferenze scientifiche di aggiornamento che si svolgeranno a Villa Spinola (via Filippo Corridoni 5) alle 20,30. Saranno precedute, alle 19,45 da un aperitivo di benvenuto. Nella prima conferenza, che si terrà giovedì 25 ottobre, Domenico Montanaro, del servizio di neuroradiologia del Policlinico Santa Chiara di Pisa, parlerà di "Tecnica di diffusione con risonanza magnetica nello studio dell'encefalo"; il 15 novembre il tema sarà "La risonanza magnetica nello studio dei vasi arteriosi", a cura di Giovanni Gandini, direttore dell'istituto di radiologia dell'Università di Torino.

ISTITUTO MILLER

Genova

SCUOLA QUADRIENNALE DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA COGNITIVA E COMPORTAMENTALE

*Riservata a laureati in Medicina e Chirurgia e
Psicologia iscritti ai relativi albi professionali*

*Riconosciuta dal Ministero dell'Università e
della Ricerca Scientifica e Tecnologica
(D.M. del 20.03.98)*

Iscrizioni:

previo colloquio di selezione

Segreteria:

via Cipro 4/4 16129 Genova (feriali h. 15/18)

tel. 010/5707062 fax 010/5962049

e-mail: istituto.miller@libero.it

A.A. 2001/2002

BRONCHITE, ANTIBIOTICI INUTILI

Sembrano preferibili i broncodilatatori, che migliorano i sintomi

Bronchite acuta non complicata: è il momento di fare una campagna contro l'uso eccessivo degli antibiotici.

La "tosse" è una delle ragioni più frequenti per cui i pazienti statunitensi vanno dal dottore, e troppo spesso, quando la diagnosi è bronchite acuta, vengono prescritti antibiotici.

Questa diagnosi normalmente si riferisce ad adulti, per altro in buona salute, con un disturbo respiratorio acuto

che dura 1-3 settimane, in cui la tosse rappresenta il problema principale e per il quale è stata esclusa la possibilità che si tratti di polmonite.

Antibiotici vengono prescritti nel 70-90%

delle visite ambulatoriali per questo motivo. Questo è causa di un aumento dei costi e della prevalenza di organismi resistenti, senza alcun beneficio per i pazienti.

Tuttavia, nella maggior parte dei casi, la bronchite acuta è dovuta a virus e gli studi clinici non hanno mai dimostrato alcun beneficio con l'uso di antibiotici in pazienti adulti con bronchite acuta. In effetti è più probabile che questi pazienti traggano vantaggio dall'uso di broncodilatatori, che si sono dimostrati utili nel migliorare i sintomi in tre studi controllati randomizzati di pazienti che soffrivano di bronchite acuta.

La bibliografia su questo ed altri aspetti della

bronchite acuta è stata raccolta in un eccellente articolo su *Annals of Internal Medicine* (2000;133:981-991). I punti fondamentali di interesse pratico di questo articolo sono:

1. Virus respiratori sembrano essere la causa della grande maggioranza dei casi di bronchite acuta non complicata.

2. L'infezione con bacillo della pertosse è presente nel 10-20% degli adulti con tosse che

dura più di 2-3 settimane. Non è possibile distinguere clinicamente i casi con pertosse da quelli senza pertosse in adulti che hanno ricevuto il vaccino contro la pertosse da piccoli.

3. Un'ipersensibilità bronchiale transitoria sembra essere la causa principale della fastidiosa tosse della bronchite acuta.

4. La maggior preoccupazione nel valutare adulti che si presentano con una tosse di tipo acuto, ed in cui non ci siano altre condizioni patologiche o asma non ancora diagnosticata, è assicurarsi che questi pazienti non abbiano la polmonite.

Nel caso che non ci siano anomalie dei segni vitali (ad esempio, una frequenza cardiaca > 100 battiti al minuto, una frequenza respiratoria > 24 respiri al minuto, ed una temperatura corporea-orale > 38 C), le probabilità che si tratti di polmonite sono basse.

**LA MAGGIOR PREOCCUPAZIONE
DI FRONTE AD ADULTI
CON TOSSE ACUTA
E' ASSICURARSI CHE
NON ABBIANO LA POLMONITE**



5. Studi randomizzati con controlli-placebo hanno dimostrato che l'uso inalatorio di albuterolo diminuisce la durata della tosse in adulti con bronchite acuta non complicata.

6. Altri studi hanno mostrato che l'uso degli antibiotici per la bronchite acuta può essere ridotto attraverso l'informazione diretta sia ai Medici che ai pazienti.

Questa diminuzione dell'uso degli antibiotici non è associata ad un aumentato utilizzo dei servizi sanitari, nè ad un maggior numero di visite mediche, nè a maggior insoddisfazione da parte dei pazienti.

Si prega di leggere l'articolo menzionato qui sopra per un esame completo dell'evidenza a

sostegno dei punti citati.

Ricordiamo ai colleghi che questa "newsletter" è stata concepita con mera finalità educativa esclusivamente indirizzata al personale medico professionale. 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).

Amal

Associazione Scientifica
per la Ricerca e lo Sviluppo della
Medicina Tradizionale Cinese
e delle Bioterapie

ORGANIZZA A GENOVA IL CORSO QUADRIENNALE DI

AGOPUNTURA

Riservato a laureati in Medicina e Chirurgia, Odontoiatria e Veterinaria

Ciascun anno si articola in 6 seminari (un week-end al mese) per un totale di **90 ore di lezione**. Il quarto anno sarà di approfondimento e particolare attenzione sarà dedicata alla pratica manuale. La Scuola, facente parte della **F.I.S.A. (Federazione Italiana Scuole Agopuntura)** si avvale per l'insegnamento di un corpo docenti tra i più qualificati ed esperti nella Medicina Tradizionale Cinese in Italia e all'Estero.

La Scuola è gemellata con l'Università di Shanghai ed altre Università Cinesi, per cui i partecipanti al Corso che lo desiderano possono usufruire di un ulteriore approfondimento pratico della durata di tre settimane in Cina.

Il passaggio da un anno di Corso al successivo è subordinato al superamento di un esame scritto e di un colloquio. Al termine del quarto anno, dopo compilazione e discussione di una tesi, **verrà rilasciato il diploma di medico Agopuntore riconosciuto dalla F.I.S.A.** Il programma è svolto secondo le indicazioni delle principali Facoltà di Medicina Tradizionale Cinese e della FISA, aderendo alle direttive della Comunità Europea.

IL 1° ANNO DEL CORSO AVRÀ INIZIO IL 26 GENNAIO 2001

A completamento di ogni anno si terranno seminari su aspetti paralleli alla M.T.C. che permetteranno agli allievi di approfondire anche altri argomenti legati al mondo della medicina non convenzionale.

Parte integrante del Corso sarà il Congresso Nazionale di Agopuntura che L'AMAL organizzerà come ogni anno e che prevede la partecipazione dei più importanti rappresentanti dell'Agopuntura in Italia ed in altre nazioni europee, fornendo così un panorama assai ampio sull'Agopuntura in Occidente.

*Per ulteriori informazioni: AMAL Via David Chiossone 6/1 - 16123 Genova
Tel: 010/2471760 - 010/2471820 (ore 9.30 - 13.00), e-mail: amalnato@libero.it*

L'INFLUENZA DIETRO L'ANGOLO

E' la terza causa di morte per patologia infettiva, dopo Aids e Tbc

In vista della stagione invernale e del prevedibile ritorno dell'influenza pubblichiamo il testo quasi completo della nota che il Ministero della Salute ha diffuso recentemente sull'argomento, facendo il punto sulla sua diffusione e sul vaccino (composizione e campagna profilattica) disponibile quest'anno.

L'influenza costituisce un serio problema epidemiologico per la sua ubiquità, contagiosità, la variabilità antigenica dei virus influenzali, l'esistenza di serbatoi animali e le possibili gravi complicanze.

Poiché i suoi sintomi sono simili a quelli di altre malattie, il termine "influenza" viene spesso impropriamente attribuito ad affezioni delle prime vie aeree, di natura sia batterica che virale; ciò porta a minimizzare l'importanza di questa infezione come causa di morbosità e mortalità.

Va sempre ricordato che l'influenza rappresenta ancora, in Italia, la terza causa di morte per patologia infettiva, preceduta soltanto da Aids e da tubercolosi, e che nel corso di epidemie estese il tasso d'attacco dell'infezione può variare dal 5% ai 30%, con conseguenti importanti ripercussioni negative sull'attività lavorativa e sulla funzionalità dei servizi di pubblica utilità, in primo luogo quelli sanitari.

La prevenzione dell'influenza rientra tra gli obiettivi di salute indicati dal piano sanitario nazionale 1998-2000 nel contesto dell'obiettivo Il "Contrastare le principali patologie" ed oggetto di attenzione nella proposta di piano sanitario nazionale per il triennio 2001-2003, ancora in itinere.

Nel piano 1998-2000 era stato proposto come target operativo alle Regioni il raggiungimento di coperture vaccinali pari ad almeno il 75% nella popolazione di età superiore a 64 anni, allo scopo di ridurre l'incidenza dell'influenza nella categoria di persone mag-

giormente a rischio per l'insorgenza di complicazioni; a seguito di ciò la vaccinazione antinfluenzale è stata inclusa dal piano nazionale vaccini 1999-2000 tra le priorità a breve termine.

**PARTONO LE VACCINAZIONI.
ANCHE PER QUEST'ANNO
IL VACCINO E' TRIVALENTE.
QUALI SONO I PAZIENTI PER I QUALI
E' CONSIGLIATA LA PROFILASSI**

L'influenza nel mondo nel periodo ottobre 1999 - settembre 2000.

Nella stagione 1999-2000 l'attività influenzale è stata da moderata ad intensa nell'emisfero settentrionale, con epidemie in molti paesi, mentre nell'emisfero meridionale l'attività è stata meno intensa.

L'attività influenzale è cominciata generalmente tra ottobre e novembre, raggiungendo l'apice in corrispondenza dell'ultima settimana di dicembre, con leggero anticipo rispetto alla



stagione precedente. Prima della fine del mese di gennaio 2000 la maggior parte dei paesi ha segnalato epidemie che sono poi continuate fino al mese di marzo.

I ceppi appartenenti al sottotipo A(H3N2) sono stati predominanti, con co-circolazione, nel corso delle epidemie, di ceppi appartenenti al tipo B; tuttavia, nell'emisfero meridionale, in cui picchi di attività sono stati registrati tra marzo e settembre, è stato osservato un aumento degli isolamenti di A(H1N1).

L'influenza in Europa e nel mondo nel periodo ottobre 2000 - aprile 2001.

A partire dal mese di ottobre 2000 attività influenzale da moderata a lieve è stata segnalata un pò ovunque nel mondo, con isolamenti di virus A(H1N1), A(H3N2) e B da casi sporadici nell'emisfero meridionale mentre, in quello settentrionale, l'attività iniziata nella terza settimana di novembre è aumentata fino

a raggiungere l'apice a dicembre per poi continuare fino alla fine di febbraio-inizio di marzo. Focolai di influenza A(H1N1) sono stati segnalati dal Nord America, da Iran e Giappone in Asia, e dalla maggior parte dei paesi dell'Europa occidentale e centrale, tra cui l'Italia. Isolamenti sporadici di virus del sottotipo, A(H1N1) sono stati segnalati anche da alcuni paesi africani, asiatici e dell'Oceania. I virus influenzali del tipo B sono stati dominanti in Canada, Portogallo, Slovenia ed hanno co-circolato con i ceppi A(H1N1) negli Stati Uniti d'America, in alcuni paesi asiatici ed in gran parte dei paesi dell'Europa occidentale e centrale, tra cui l'Italia. Nell'emisfero settentrionale sono stati segnalati focolai epidemici "fuori stagione" (periodo maggio-settembre) sia da virus A che da virus B in persone partecipanti a crociere ed altri viaggi turistici.

LA REGIONE RILANCIA LA VACCINAZIONE

“Influenza, per evitarla basta vaccinarsi, pensaci”. All'insegna di questo slogan la Regione ha organizzato un convegno incentrato sugli aspetti liguri del problema. A guidare i lavori, dopo l'introduzione del direttore del Dipartimento della Sanità della Regione, Francesco Guiducci, il prof. Pietro Crovari, il quale, ripercorrendo i dati degli ultimi anni, ha indicato come il numero dei cittadini liguri che si sono ammalati di influenza sia oscillato dalle 50 alle 145 mila unità, in un "periodo di crisi" che si aggira tra le sei e le 11 settimane.

La Liguria è stata la prima a darsi una rete di sorveglianza ed è all'avanguardia anche nella profilassi: l'epoca ideale sarebbe proprio questa, dal 15 ottobre al 15 novembre. Speranza Sensi, dirigente del servizio di igie-

ne pubblica e veterinaria della Regione, ha sottolineato come la svolta si sia avuta nel '97, con il coinvolgimento dei Medici di medicina generale, e nel '99 con la partecipazione dei pediatri di libera scelta.

Con il sistema dei "Medici sentinella", poi, si riesce a monitorare il 3% della popolazione, e quest'anno si dovrebbe arrivare al 75% di vaccinati tra i soggetti a rischio. La trasmissione telematica dei dati facilita di molto il controllo del fenomeno, tant'è vero che - come ha detto Giancarlo Icardi, del Dipartimento di Scienze della Salute dell'Università - già al martedì sono disponibili, attraverso il sito Internet della Regione, i dati della settimana precedente. Angelo Santi, Medico di famiglia, e Mario Fiscella, pediatra di libera scelta, hanno portato le rispettive esperienze di

L'influenza In Italia

I primi casi della stagione 2000-2001, con isolamento di ceppi appartenenti al sottotipo A(H1N1) sono stati confermati a partire dall'ultima settimana di dicembre; i ceppi isolati sono risultati essere simili a quelli già circolanti in altri paesi europei.

L'attività influenzale è stata localizzata fino alla terza settimana del mese di gennaio 2001, per manifestarsi poi in forma epidemica dalla settimana seguente alla ottava settimana del 2001, per declinare costantemente a partire dall'undicesima settimana (metà marzo); l'apice dell'attività epidemica è stato osservato in corrispondenza della sesta settimana del 2001.

I dati forniti dal sistema di sorveglianza epidemiologica e virologica dell'influenza, attivato mediante il protocollo operativo concordato in sede di conferenza permanente per i rapporti

tra Stato, Regioni e Province autonome indicano che, nel complesso, nella stagione autunno-invernale passata, l'attività dell'influenza, valutata sulla base delle segnalazioni di sindromi simil-influenzali da parte dei Medici sentinella partecipanti al sistema di sorveglianza, è stata meno intensa rispetto a quella osservata nella stagione autunno-invernale 1999-2000. In quella era stato registrato, in corrispondenza della seconda settimana del 2000, un'incidenza pari a 13 casi per 1000 assistiti. Nella stagione 2000-2001, l'incidenza massima, osservata in un periodo più inoltrato dell'anno, è stata di 5,57 casi per 1000 assistiti, con un decremento di circa il 56% rispetto al picco osservato nella stagione precedente. La fascia di età maggiormente colpita è stata, come nelle passate stagioni, quella da 0 a 14 anni, in cui è stata osservata un'incidenza massima di 21,8 casi per 1000

"Medici sentinella"; soprattutto il secondo ha rimarcato che la maggior parte dei casi influenzali riguarda l'età pediatrica, e le cifre portate dimostrano che gli anni più a rischio sono quelli dai tre ai sei anni (ma la vaccinazione dei bambini è comunque da riservare a casi particolari) Roberto Gasparini, del Dipartimento di Scienze della Salute dell'Università, ha riferito i risultati di uno studio teso a quantificare i danni, diretti e indiretti, dell'influenza. Intanto risulta che, mediamente, nelle comunità di anziani il 60% degli ospiti prende l'influenza, e degli ammalati il 25% sviluppa gravi conseguenze; per quanto sia difficile avere dati precisi, sembrerebbe che nei soggetti vaccinati ci sia un 50% in meno di complicanze.

E' stata tentata anche una quantificazione economica che, tenendo conto dei vari fattori in gioco, porterebbe ad una spesa media di

58 mila lire in un anno per un soggetto vaccinato e di 281 mila per un non vaccinato. Eliano Delfino e Alessandra Bertone, rispettivamente delle Asl 3 Genovese e Asl 5 Spezzino hanno portato l'esperienza delle loro realtà, mentre il prof. Tommaso Barreca, responsabile della cattedra di medicina d'urgenza dell'Università, ha riferito come negli ultimi anni si registri un aumento dell'età anagrafica dei ricoverati per influenza e complicanze derivate, ma di pari passo diminuisca la durata media del ricovero.

Francesco Prete, segretario della Fimmg Liguria, ("le nuove forme di organizzazione dei Medici di base possono aiutare le campagne di vaccinazione") e Alberto Ferrando, pediatra, presidente dell'Associazione pediatri extra ospedalieri ("serve una buona opera di divulgazione e comunicazione") hanno chiuso il convegno.

assistiti, mentre nei soggetti di età pari o superiore a 65 anni l'incidenza è stata nel complesso molto bassa, con valore massimo di 1,46 casi per 1000 assistiti. Nella classe di età 15-64 anni l'incidenza massima, osservata sempre nella sesta settimana del 2001, è stata di 4,74 casi per 1000 assistiti.

Questi dati possono essere interpretati sia come effetto della parziale immunità derivante dalle ripetute esposizioni delle persone adulte ed anziane a ceppi virali influenzali circolanti nelle precedenti stagioni ma anche come effetto dei crescenti livelli di copertura vaccinale antinfluenzale nella parte più anziana della popolazione. Complessivamente, al 18 aprile 2001, erano stati isolati e/o identificati circa 200 ceppi virali influenzali, di cui 1 appartenente al sottotipo A(H3N2), 128 al sottotipo A(H1N1) e 14 al tipo B.

Caratteristiche antigeniche degli Isolamenti più recenti

Con i test di inibizione dell'emoagglutinazione (HI), la maggior parte dei ceppi virali influen-

ziali del sottotipo A(H1N1) isolati sono risultati essere strettamente correlati, dal punto di vista antigenico, al ceppo A/Nuova Caledonia/20/99 mentre ceppi simili ad A/Bayern/7/95 sono stati identificati solo occasionalmente.

I ceppi del sottotipo A(H3N2), che hanno circolato in misura molto minore rispetto alle stagioni precedenti, sono risultati essere strettamente correlati ad A/Mosca/10/99 ed a A/Panama/2007/99.

La maggior parte dei virus del tipo B sono risultati essere strettamente correlati a B/Sichuan/379/99, mentre pochi ceppi, isolati nella Regione Amministrativa Speciale di Hong Kong, sono risultati essere simili a B/Shandong/7/97.

Composizione del vaccino antinfluenzale per la stagione 2001/2002

Sulla base dei riscontri epidemiologici e sierologici riguardanti la circolazione di virus influenzali nella passata stagione, ottenuti grazie alla rete per la sorveglianza ed il controllo

SCUOLA DI AGOPUNTURA CINESE

Corso quadriennale riservato ai laureati in Medicina e Chirurgia, organizzato dall'Associazione MediCina (aderente alla F.I.S.A.) in collaborazione con l'Università di Nanchino che - dopo l'esame del terzo - rilascia il Certificato di Qualificazione in Agopuntura.

Il Corso inizia nel novembre 2001 e si articola su otto fine-settimana all'anno e 60 ore di tirocinio clinico.

dell'influenza, che si estende in 82 paesi del mondo, ed in conformità con le raccomandazioni diramate dall' Organizzazione Mondiale della Sanità per l'emisfero settentrionale, il vaccino antinfluenzale da utilizzare per la prossima campagna 2001-2002 è un vaccino trivalente contenente i seguenti antigeni: antigene analogo al ceppo A/Mosca/10/99 (H3N2); antigene analogo al ceppo A/Nuova Caledonia/20/99 A (H1N1); antigene analogo al ceppo B/Sichuan/379/99.

Le quantità antigeniche standardizzate per ciascun ceppo vaccinale dovranno, come stabilito dal gruppo ad hoc sulla biotecnologia e farmacologia della Commissione dell'Unione Europea, contenere una quantità di emoagglutinina pari a 15 microgrammi per ceppo e per dose di vaccino antinfluenzale, con limite fiduciario inferiore di 12 µg.

N.B. Per la produzione di vaccini possono essere usati, in alternativa ai ceppi indicati dall'Oms, ceppi che garantiscono una migliore resa in coltura quali: il ceppo vaccinale A/Panama/2007/99, analogo ad A/Mosca/10/99; B/Johannesburg/5/99 e B/Victoria/504/2000, analogo a B/Sichuan/379/99.

Raccomandazioni sull'impiego del vaccino antinfluenzale

La vaccinazione rimane il mezzo migliore, in termini di costo-efficacia e costo-beneficio, per prevenire l'influenza. Anche senza considerare le ricadute di questa malattia in termini di morbilità e spesa sanitaria, all'influenza sono associate serie complicazioni, qualora si verificano superinfezioni batteriche; essa inoltre è responsabile di un eccesso di mortalità nelle categorie di soggetti maggiormente a rischio in ragione dell'età avanzata o della preesistenza di condizioni morbose predisponenti. Il ricorso all'ospedalizzazione per il

trattamento di forme influenzali, anche non complicate, in persone anziane, comporta serie ripercussioni sulla ricettività dei reparti di medicina, con possibili disfunzioni operative nelle procedure di accettazione dei pazienti. La vaccinazione antinfluenzale, in particolar modo nelle persone anziane, ma anche nelle persone di tutte le età che desiderano prevenire la malattia e contribuire all'interruzione della catena epidemiologica dell'infezione, determina sostanziali riduzioni della morbosità. In accordo con gli obiettivi specifici indicati dalla pianificazione sanitaria nazionale e con il perseguimento di obiettivi di riduzione della morbosità per influenza e delle sue complicanze, le categorie di soggetti cui i servizi territoriali di prevenzione dovranno offrire la vaccinazione antinfluenzale sono le seguenti:

- 1) **soggetti al di sopra dei 64 anni**
- 2) **soggetti in età infantile ed adulta affetti da:**
 - a) malattie croniche debilitanti a carico dell'apparato respiratorio, circolatorio, uropoietico;
 - b) malattie degli organi emopoietici;
 - c) diabete ed altre malattie dismetaboliche;
 - d) sindromi da malassorbimento intestinale;
 - e) fibrosi cistica;
 - f) altre malattie congenite o acquisite che comportino carente produzione di anticorpi;
 - g) patologie per le quali sono programmati importanti interventi chirurgici
- 3) **soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo**
- 4) **personale di assistenza o contatti familiari di soggetti ad alto rischio**
- 5) **bambini reumatici soggetti a ripetuti episodi di patologia disreattiva che richiede prolungata somministrazione di acido acetilsalicilico e a rischio di Sindrome di Reye in caso di infezione influenzale.**

Per la vaccinazione antinfluenzale sono disponibili vaccini a base di virus interi inattivati e vaccini sub-virionici, con o senza adiuvanti.

I vaccini sub-virionici possono a loro volta presentarsi sotto forma di:

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

Poiché i vaccini antinfluenzali contengono solo virus inattivati o parti di questi, non possono essere responsabili di infezioni influenzali. Le persone vaccinate dovrebbero essere ragguagliate sul fatto che, particolarmente nella stagione fredda, infezioni respiratorie e sindromi di tipo influenzale possono essere provocate da molteplici agenti batterici e virali, nei cui confronti il vaccino antinfluenzale non può avere alcuna efficacia protettiva.

(1 - continua)

RICONOSCIMENTO AD UN RICERCATORE GENOVESE - In occasione del convegno "Sclerosi multipla: il momento della diagnosi" tenutosi a Roma, è stato assegnato il Premio Rita Levi Montalcini al ricercatore che più si è distinto nel campo della ricerca sulla sclerosi multipla nell'ultimo anno, in base al giudizio di ricercatori internazionali. Il premio è stato assegnato ex-aequo al dr. Massimo Filippi dell'ospedale San Raffaele di Milano per i suoi studi di risonanza magnetica ed al dr. Antonio Uccelli del Dipartimento di scienze neurologiche e della visione dell'Università di Genova per l'importante contributo dato alla ricerca internazionale con le sue ricerche atte a delucidare, nel modello sperimentale, i meccanismi patogenetici della malattia. Al collega Uccelli, iscritto all'Ordine di Genova, sincere e sentite congratulazioni.

LA QUALITÀ IN NEUROLOGIA - E' questo il tema di un convegno organizzato dalle sezioni liguri della Società italiana di neurologia e Società dei neurologi, neurochirurghi e neuroradiologi ospedalieri, e che è in programma giovedì 22 novembre, alle 15, al Jolly Hotel Marina del porto antico di Genova. Dopo la presentazione del convegno, tenuta da G. Regesta, sono in programma relazioni di N. Falcitelli ("La qualità del servizio in ospedale"), P. Micossi ("L'accreditamento istituzionale delle attività sanitarie"), S. Castellaneta ("Il ruolo dell'Ordine dei Medici nel controllo della qualità"), G. Cosenza ("L'ospedale azienda tra efficienza e qualità dell'assistenza"), P. Tanganelli ("Criteri valutativi della qualità in neurologia"), G.L. Mancardi ("Qualità della ricerca e qualità dell'assistenza"); una tavola rotonda concluderà la giornata.

ARCHIVI MAGNETICI, NON SERVE LA COMUNICAZIONE - I Medici non devono più inviare all'Autorità per la privacy le comunicazioni relative al possesso di archivi magnetici. Lo fa presente una nota della Federazione, sollecitata proprio dal Garante per la protezione dei dati personali. L'art. 43 comma 1 della legge 31 dicembre 1996 n. 675 - precisa la circolare - ha abrogato tale adempimento, per cui la denuncia non deve più essere inviata al ministero degli Interni né tantomeno al Garante. "La legge 675/86 ha previsto difatti, al comma 7, la notificazione del trattamento dei dati personali - che è cosa diversa dalla denuncia degli archivi magnetici, e comunque, ai sensi del comma 5 ter, lettera F) i liberi professionisti iscritti in albi o elenchi professionali, qualora utilizzino i dati per le sole finalità strettamente collegate all'adempimento di specifiche prestazioni sono esonerati anche da quest'ultimo obbligo".

Convegno sulla comunicazione in medicina

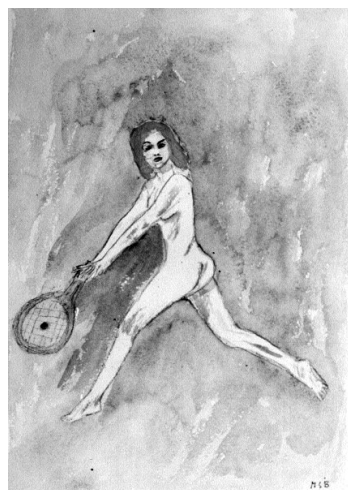
La Federazione delle Associazioni territoriali dei Medici di medicina generale organizza il secondo convegno regionale dal titolo "La comunicazione in medicina tra deontologia e realtà: attualità e prospettive" che si svolgerà sabato 10 novembre a bordo della motonave Majestic, ormeggiata al terminal traghetti Grandi Navi Veloci (ponte Assereto). In apertura, alle 9, è prevista la presentazione di M. Blondett e F. Gianfrate, seguiranno relazioni di R. Giusto sul rispetto deontologico, di L. Lusardi sulla professione che cambia, di G. Valiakas, E.A. Moja e D. Inghilleri sulle strategie per una comunicazione efficace. Seguirà una tavola rotonda su "La realtà genovese", moderata da F. Mereta con la partecipazione di E.

Salomone, F. Prete, C. Troise, R. Bisio, E. Delfino e, in fine mattinata, "Opportunità e prospettive del Ssn se Medici di medicina generale e specialisti collaborano", coordinatore F. Guiducci e partecipanti A. Santi, G. Martiny, L. Grasso. Alle 14,45 è prevista la tavola rotonda su "Linee guida per disciplinare i rapporti tra Medici dei vari comparti", moderata da S. Castellaneta e con la partecipazione di S. Venezia, A. Saccarello, G. De Ferrari, G. Regesta, A. Gianelli Castiglione. Il convegno sarà chiuso dalle considerazioni finali di M. Blondett. Le auto dei partecipanti saranno sistemate nel garage della nave. Le adesioni dovranno pervenire all'Ordine dei Medici entro il 30 ottobre, via fax (010/593558) alla signora Belluscio.

CELIACHIA E RICERCA - Presso i Magazzini del Cotone il 25 novembre p.v., si terrà, alle ore 9, il convegno regionale dell'Associazione Celiachia. Tema del convegno "Celiachia e ricerca, realtà di oggi e prospettive future". Relatore prof. Corazza del Dipartimento di gastroenterologia dell'Università di Pavia.

L'attività della commissione culturale dell'ordine

Tra le varie commissioni dell'Ordine c'è anche quella che si occupa della cultura. Essa è diventata ufficiale all'inizio dell'anno, con tanto di delibera del Consiglio, che ha riconosciuto la "commissione culturale dell'Ordine dei Medici e degli odontoiatri della provincia di Genova". Il suo scopo principale è quello di evidenziare tutte quelle forme di arte che possono rendere meno pesante il lavoro quotidiano del Medico e ne fanno parte Fernanda De Benedetti, Silvano Fiorato, Leopoldo Gamberini ed Edoardo Guglielmino. La commissione vanta al proprio attivo, finora, la presentazione di libri vari, poesie e romanzi di colleghi; giovani Medici hanno tenuto un apprezzato concerto ed un Medico musicologo ha rievocato la figura di Giuseppe Verdi. In programma c'è ora, per mercoledì 31 ottobre, alle 16, nel salone del Banco di Sardegna in via San Sebastiano, la presentazione del libro "Erasmus da Rotterdam" di Emilio Gatto; presenterà Cesare Viazzi.



Sopra: Coppa Davis 1899 - 1999, dipinto di Egidio Pallavera (museo dello sport di Genova).

Cambia il certificato di assistenza al parto

Cambia il "certificato di assistenza al parto", ossia il documento che serve a rilevare dati e notizie in occasione di ogni nascita, per trarne indicazioni utili non solo a fini puramente statistici ma anche per i risvolti sanitari. Il regolamento che disciplina il nuovo certificato è contenuto nel decreto del ministero della Sanità 16 luglio 2001 n. 349, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale 218 del 19 settembre, e intitolato "Modificazioni al certificato di assistenza al parto, per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi di nascita, alla nati-mortalità ed ai nati affetti da malformazioni".

Il nuovo certificato è composto da varie sezioni, una per l'acquisizione di dati generali, la sezione A per le informazioni socio-demogra-

fiche sui genitori, la sezione B per informazioni sulla gravidanza, la sezione C per notizie sul parto e sul neonato, la sezione D per informazioni sulle cause di nati-mortalità e la sezione E sulla eventuale presenza di malformazioni. Il certificato deve essere redatto entro dieci giorni dalla nascita dall'ostetrica o dal Medico che ha assistito al parto o dal Medico responsabile dell'unità operativa in cui è avvenuta la nascita per le sezioni A, B e C ed a cura del Medico accertatore per le sezioni D ed E. In caso di nascita a domicilio o comunque fuori da un istituto di cura pubblico o privato il certificato va consegnato dall'ostetrica o dal Medico che ha assistito al parto, entro dieci giorni, alla Usl competente per il luogo dove è avvenuto l'evento.

MEDICI LEVANTE - L'Associazione Medici Genova Centro Levante ha rinnovato il consiglio direttivo che risulta ora così composto: Gianfranco Scasso presidente con delega per i rapporti con l'Ordine, Pierclaudio Brasesco vice presidente (delega per i rapporti con le società scientifiche e i sindacati, Valter Borreani segretario, Gemma Baldari tesoriere; consiglieri Roberto Castagnaro (rapporti con la Asl), Paolo Olivari, Eugenia Giacalone, Valeria Messina, Roberto Todella, Carlo Proietti e Gianluigi Bafico.

RIMBORSO MARCHE ENPAM - Ricordiamo ai Medici che avessero ancora delle marche Enpam - abolite dalla legge finanziaria del 2001 - che il 31 dicembre scade improrogabilmente il termine per presentarle all'Ordine per il rimborso.

RICERCA DI MEDICI RICERCA DI MEDICI RICERCA DI MEDICI RICERCA

MEDICINA IPERBARICA IN ISLANDA - Il servizio di medicina subacquea ed iperbarica dell'ospedale nazionale ed universitario di Reykjavik, in Islanda, ricerca un Medico chirurgo con buona conoscenza dell'inglese. Si offre un periodo di formazione retribuito, contratto annuale di aiuto ospedaliero rinnovabile per quattro anni. Il servizio prestato viene riconosciuto in Italia. Informazioni: dott. Calcedonio Gonzales, tel. 3488745639.

MEDICI INPS - Un posto per medico di controllo è libero in provincia di Treviso, per l'agenzia di Oderzo. Domande entro il 31 ottobre a sede Inps - viale Trento e Trieste 6 - 31100 Treviso.

AVIS GENOVA - La sezione Avis di Genova è alla ricerca di Medici disposti ad effettuare prelievi sulle raccolte di sangue con autoemoteca. Chi fosse interessato può contattare gli uffici dell'Avis, tel. 010-355861 oppure 010-355617 per ulteriori informazioni.

“Assicuropoli” posizioni diverse per singoli Medici

Quando si parla della vicenda nota con il nome di “Assicuropoli” si è portati a pensare ad un unico procedimento penale in cui le responsabilità dei singoli vengono unitariamente valutate dal medesimo organo giudicante. Le diverse strategie difensive e l'intervento di più giudici, hanno determinato uno scenario ben diverso, connotato dal proliferare dei fascicoli processuali e, correlativamente, dei provvedimenti con cui sono state definite le posizioni dei Medici coinvolti. Pertanto, la circostanza che ad oggi si sia

proceduto disciplinarmente nei confronti di alcuni soltanto di questi ultimi non va addebitata certamente ad una volontà discriminatoria del consiglio, ma ad altri motivi:

- non tutti i colleghi coinvolti nella vicenda hanno patteggiato;
- vi sono stati ricorsi in Cassazione;
- l'Autorità Giudiziaria ha mancato, in più occasioni di trasmettere tempestivamente le sentenze definitive.

LETTERE AL DIRETTORE



La legge sugli Ordini è ormai vecchia, ma la Federazione fa quello che puo'

Il presidente della Federazione, Giuseppe del Barone, ha risposto a Castellaneta, che lo aveva coinvolto con una sua lettera - inviata anche, pressochè identica, al ministro della Salute - nel problema della inadeguatezza della vecchia legge istitutiva degli Ordini (vedi “Genova Medica” di settembre, a pag. 3) e del funzionamento della commissione centrale. Pubblichiamo la risposta che ci è pervenuta.

Ho letto con attenzione la tua nota del 13 agosto, piena di sagge considerazioni. Per quel che riguarda il disegno di legge n. 2818 in cui si parlava di modificare la vecchia legge istitutiva degli Ordini, esso è rimasto lettera morta più per incuria della classe politica che non per man-

canza di solleciti da parte della Fnomceo, che comprendeva allora e comprende adesso come certi provvedimenti, quello dell'Antitrust in primis, siano legati al mantenimento di una legge che sa di antichità. Non ti è certo nuovo il fatto che per trattare più compiutamente l'argomento è stata creata

un'apposita commissione di studio e posso assicurarti che sia con il vivo della voce che per iscritto ho sollecitato l'allora ministro Veronesi e l'attuale ministro Sirchia sull'argomento, perché ho sempre considerato estremamente biasimevole il fatto che la convocazione per le elezioni degli Ordini costi agli Ordini stessi cifre spropositate per inutili raccomandate da rinnovarsi in caso di non raggiungimento del numero legale.

Sono anche io contrario - prosegue la lettera di Del Barone - ai comunicati che sanno di stereotipia e che lasciano il tempo che trovano. Non posso però non considerare che, dopo aver scritto e prospettato gli argomenti, ben poco resta da fare ad un presidente che è pieno di buona volontà, ma che può solo chiedere un percorso preferenziale per il disegno di legge in oggetto, correndo il rischio di non ottenerlo qualora si trovasse di fronte ad

un discorso fra sordi.

Per quanto riguarda la commissione centrale, pur condividendo in linea di massima quanto da te affermato, è molto difficile preservare l'autonomia disciplinare degli Ordini quando mi si dice in maniera continua e sicuramente esagerata che la commissione stessa è presieduta da un magistrato di chiara fama, che svolge il suo compito in maniera intemerata ed efficace.

Posso solo confermarti che ho parlato, e lo farò nuovamente, con i componenti la ricordata commissione di nomina Fnomceo, affinché tutelino i provvedimenti adottati dagli Ordini nel nome, ovviamente, del rispetto della legge, della verità e delle eventuali attenuanti. In conclusione possono dirti che la buona volontà è tanta, ma che qualche volta contro la forza la ragione non vale.

Giuseppe del Barone

DENTISTI NOTIZIE



ARRIVA IL DECRETO SULLA PROVA ATTITUDINALE PER "REGOLARIZZARE" GLI ESCLUSI DALLA "409"

Sono state pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale del 5 ottobre 2001, 4° serie speciale n.79 le modifiche del decreto ministeriale concernente la procedura per la prova attitudinale, prevista dall'art.1, commi 1

e 3, del decreto legislativo 13 ottobre 1998, n. 386, per l'iscrizione all'albo degli odontoiatri. Nel decreto si definiscono le modalità della "prova attitudinale" approvata dalla UE che "consiste in un corso di formazione che si



conclude con una verifica finale". Questo corso si terrà presso 12 sedi universitarie (Bari, Bologna, Cagliari, Chieti, Firenze, Milano, Messina, Napoli, Padova, Palermo, Roma, Torino). Il corso avrà frequenza obbligatoria per un monte ore minimo di 360 ore di cui 180 di teoria e 180 di pratica, per un periodo massimo di sei mesi.

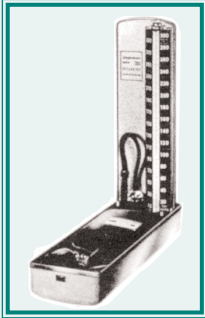
La formazione pratica potrà essere effettuata anche presso sedi odontoiatriche pubbliche o altre sedi diverse dalla sede universitaria nella quale viene frequentata la parte teorica, previ opportuni protocolli d'intesa.

Presso ciascuna sede universitaria, sede del corso, verrà costituita una commissione composta da un rappresentante del ministero della Salute, uno dell'Istruzione universitaria e Ricerca, un responsabile della sede universitaria, due della Fromceo e due dirigenti odon-

toiatrici del Ssn. La commissione valuterà la prova finale che consiste nella presentazione e discussione di una tesi relativa alla soluzione di un caso clinico ed in un colloquio su elementi di deontologia professionale.

Se "bocciati" si potrà ripetere l'esame una sola volta presso la stessa sede universitaria. Nulla è innovato rispetto le disposizioni del decreto dei ministeri della salute e dell'Università e ricerca 19 aprile 2000, modificato il 18 sett. 2000. Coloro che hanno presentato istanza di partecipazione alle prove attitudinali secondo i citati decreti potranno scegliere la sede del corso indirizzando una raccomandata all'Ordine.

La commissione albo odontoiatri di Genova si sta prodigando, nell'ambito dei ritardi applicativi per definire chi debba sostenere gli oneri di tali prove attitudinali, per far sì che venga ampliato il numero delle sedi universitarie, introducendone altre (vedi Genova) a quelle già definite, almeno per quello che riguarda i capoluoghi di provincia.



**OTOSCOPI, OFTALMOSCOPI,
DIAGNOSTICA TASCABILE**

SA.GE. SA.GE.

SANITARIA GENOVESE

Via Vito Vitale, 26 - Genova

Tel. 010/5220296 Fax 010/5450733

4° Corso "Master" per assistenti

Si terrà sabato 24 novembre alle ore 9 nella sede dell'Eurodent, via Lungobisagno Dalmazia, 7/3-4 a Genova Staglieno, il 4° corso "Master" dal tema "Progetto prevenzione", relatori: dr. Giovanni Liuzzo e Paolo Patrucco. Ecco gli argomenti della giornata: Cosa è l'igiene orale oggi; cosa è la prevenzione oggi; ruolo dell'assistente nell'impostazione di un protocollo di prevenzione; comunicare la prevenzione; analisi delle tecniche di igiene orale e loro utilizzo nella pratica quotidiana; mantenimento del paziente trattato. Iscrizioni: entro il 22 novembre. Per informazioni: Segreteria Andi, 010/589011.

UN INNOVATIVO INTERVENTO IMPLANTOPROTESICO

Il prof. Paolo Pera, titolare della cattedra di protesi dentaria, con una lettera all'Ordine è tornato su un intervento di riabilitazione implantoprotesica innovativo, praticato qualche mese fa, e riferito in termini non completamente esatti da organi di stampa. L'occasione per riprendere l'argomento è stato il controllo praticato a due mesi di distanza dall'intervento, che ne ha confermato la perfetta riuscita. Per motivi di spazio siamo costretti ad abbreviare un po' la lettera, e di questo ci scusiamo con i lettori e con il mittente.

L'intervento è stato realizzato nel reparto universitario che svolge attività clinica in regime di conto terzi, con tariffario approvato dagli organi accademici, senza alcuna convenzione con l'azienda ospedaliera del San Martino. Nella scelta della metodica implantare si è deciso di utilizzare uno tra i marchi leader nel settore per ricerca scientifica e follow up, ritenendo che l'utilizzo di una componentistica di eccellenza sia non solo un obbligo professionale ma rappresenti una doverosa tutela se si opera in strutture pubbliche.

Nell'ambito di questa metodica abbiamo avuto l'opportunità di utilizzare, tra i primi in Italia e con soddisfazione come primo istituto universitario, il "Branemark Novum", un sistema da pochi mesi proposto alla professione che presenta alcuni aspetti innovativi nel trattamento riabilitativo della mandibola edentula. Il sistema è finalizzato a fornire al paziente una protesi definitiva fissa il giorno stesso dell'installazione degli impianti e si avvale di componenti chirurgici e protesici prefabbricati. La novità non è sicuramente rappresentata dal carico immediato degli impianti, che da anni è utilizzato in altri sistemi con successo, ma dalla possibilità di ottenere una protesi fissa definitiva "one-day delivery".

L'intervento chirurgico, svolto in anestesia locale combinata con sedazione e.v., è durato circa tre ore, la procedura protesica e di laboratorio ha consentito di consegnare la protesi nel tardo pomeriggio.

I principali aspetti innovativi della metodica sono la riduzione a tre del numero degli impianti utilizzati rispetto ai cinque - sei di norma necessari nella riabilitazione fissa implantare tradizionale, la riduzione della durata del trattamento, l'utilizzazione di componenti protesiche prefabbricate con caratteristiche metallurgiche standardizzate, la riduzione al minimo dell'intervento dell'odontotecnico. Inoltre vengono ridotti i costi attraverso una semplificazione del sistema.

Gli svantaggi della metodica, oltre alle normali controindicazioni all'implantologia, sono la notevole durata della procedura chirurgica, la necessità di una equipe multidisciplinare (chirurgo orale, anestesista, protesista, odontotecnico) e l'esigenza di una accurata pianificazione logistica.

Questi limiti rendono attualmente più facilmente applicabile tale tecnica in strutture pubbliche (universitarie, ospedaliere) che in ambulatori odontoiatrici privati.

Paolo Pera