



Genova Medica



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

Editoriale

Quale futuro senza
solidarietà tra i medici?

In primo piano

Risk management: l'ASL 3
ci racconta la sua esperienza

Notizie dalla C.A.O.

Da "Fondo Dentisti"
a "Fondo Sanità"

Note di diritto sanitario

Le responsabilità
del chirurgo estetico

Medicina & normativa

La medicina e la sacralità
della persona

N° 1 Gennaio 2008



Genova Medica

Bollettino dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Genova

GENOVA MEDICA

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

Direttore responsabile

Enrico Bartolini

Comitato di redazione

Alberto Ferrando
Massimo Gaggero
Roberta Baldi
Andrea Stimamiglio

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente

Enrico Bartolini

Vice Presidente

Alberto Ferrando

Segretario

Giovanni Regesta

Tesoriere

Maria Proscovia Salusciov

Consiglieri

Maria Clemens Barberis
Giuseppina F. Boidi
Luigi Carlo Bottaro
Alberto De Micheli
Riccardo Ghio
Claudio Giuntini
Luciano Lusardi
Gemma Migliaro
Gian Luigi Ravetti
Benedetto Ratto
Andrea Stimamiglio
Giorgio Inglese Ganora
Marco Oddera

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Presidente

Matteo Basso

Effettivi

Maurizia Barabino
Aldo Cagnazzo

Supplente

Maurizio Giunchedi

COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI

Elio Annibaldi **Presidente**

Massimo Gaggero **Segretario**

Giorgio Inglese Ganora
Paolo Mantovani
Marco Oddera

Editoriale

- 2 Quale futuro senza solidarietà tra i medici?

In primo piano

- 3 Risk management: l'ASL 3 ci racconta la sua esperienza

Vita dell'Ordine

- 8 Le delibere delle sedute del Consiglio

Note di diritto sanitario

- 10 Discrezionalità del Direttore generale nel conferimento dell'incarico di direzione di struttura complessa

- 11 Le responsabilità del chirurgo estetico

Cronaca & attualità

- 13 Finanziaria 2008: cosa cambia nella sanità

- 18 Notizie dalla FROMCeOL

Medicina & normativa

- 20 Obbligo di referto: le nuove direttive

- 22 Corsi & Convegni

- 23 Recensioni

Medicina & cultura

- 24 La medicina e la sacralità della persona

Lettere al direttore

- 26 Psicoterapia: lettera aperta ai colleghi

- 28 **Notizie dalla C.A.O.** a cura di M. Gaggero

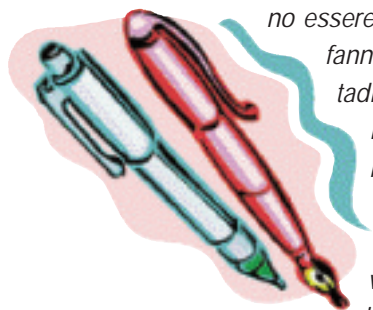
Periodico mensile - Anno 16 n. 1 gennaio 2008 - Tiratura 8.950 copie - Autorizz. n.15 del 26/04/1993 del Trib. di Genova. Sped. in abb. postale - Gruppo IV 45%. **Raccolta pubblicità e progetto grafico:** Silvia Folco - tel. e fax 010/58.29.05 - **Stampa:** Grafiche G.&G. Del Cielo snc, Via G. Adamoli, 35 - 16141 Genova. **In copertina:** Henry Jules Jean Geoffroy "Giorno di visita in ospedale" 1889. **Finito di stampare nel mese di gennaio 2008.**



Quale futuro senza **solidarietà tra i medici?**

Assistiamo sempre più frequentemente ad una diffusione mediatica della salute. La Salute fa "audience" e nell'arco degli anni sono aumentate trasmissioni e fiction sul tema. Basta vedere il successo delle serie "E.R." e "Dr. House", il numero e la frequenza di trasmissioni televisive, gli articoli apparsi sulla stampa e i quesiti Internet posti dai cittadini. Questo nuovo aspetto della comunicazione, tutto sommato, può essere positivo se queste trasmissioni rispettano principi di correttezza nell'informazione e se le risposte alle molteplici domande vengano fornite da professionisti competenti in materia.

Non è positivo, invece, quando questi strumenti di informazione diventano mezzi per esternare conflittualità all'interno della categoria medica. Se da un lato è doveroso difendersi da quelli che possono essere considerati attacchi alla professione, dall'altro i modi ed i termini usati fanno, spesso, passare dalla ragione al torto quei colleghi che danno al cittadino un'immagine distorta di tutta la categoria professionale.



Ho sempre appoggiato le rivendicazioni sindacali, e in diverse occasioni mi sono pronunciato pubblicamente sullo sconcio delle disattese applicazioni contrattuali e su come oggi sia diventato sempre più difficile "essere medici", ma non accetto, ad alcun titolo, che si possa in modo vergognoso dissacrare un sistema del quale non solo ne siamo parte integrante, ma anche artefici.

Oramai questo genere di "far televisione e stampa" è entrato nelle nostre case, è diventato un modo sociale di comunicare, un mezzo per far valere i propri diritti che non vengono più trattati nelle aetiche e spoglie aule di giustizia, ma in accoglienti studi televisivi dove si arriva più direttamente al cuore dello spettatore e a far sentire la propria voce al mondo intero.

Non possiamo essere solidali con chi non rispetta le Istituzioni, con chi si serve dei media per risolvere problemi personali senza alcun rispetto per i colleghi che sono stati chiamati in causa pubblicamente senza nessuna possibilità di replica, se non quella di alimentare ulteriormente una sterile ed inutile polemica "da bottega".

Ci sono senz'altro oggettive responsabilità determinate anche dalla "politica", ci sono direttori generali probabilmente scomodi, situazioni anche alle volte poco chiare, ma ritengo che gli articoli apparsi recentemente abbiano ingenerato nel cittadino l'idea di avere una classe medica inefficiente ed impreparata.

Alcuni colleghi sicuramente non condivideranno questo mio pensiero e me ne dispiace, ma spero che l'amplificazione delle notizie dei giorni scorsi sia dovuta al fatto che, forse, la "macchina" è sfuggita di mano e non si è ponderato l'eventuale scempio che poteva avere sull'intera categoria.

Basta quindi con le accuse reciproche, con la denigrazione del Collega, con la prevalenza della fede politica sulla solidarietà professionale. Non dimentichiamoci l'art. 58 del nostro Codice di Deontologia Medica che stabilisce che il rapporto tra medici deve ispirarsi ai principi di corretta solidarietà, di reciproco rispetto e di considerazione dell'attività professionale di ognuno.

Cerchiamo di ricordarlo sempre!!

Enrico Bartolini

Risk management: l'ASL 3 ci racconta la sua esperienza

La Commissione Risk management (componenti: A. Cagnazzo, M. Leone, A. Molinelli, E. Nardelli, M. Paccione, F. Ventura) sta proseguendo la sua attività di raccolta di informazioni riguardanti i programmi di Risk management nelle strutture della provincia di Genova.

Pubblichiamo di seguito la relazione della dr.ssa Bruna Rebagliati coordinatrice dell'Unità di gestione del rischio e del dr. Davide Amodeo direttore della U.O. Affari generali entrambi della ASL 3 Genovese.

Unità di gestione del rischio

L'ASL 3 Genovese, in coerenza con le indicazioni del Piano sanitario nazionale 2006-2008, con le disposizioni regionali e con il proprio Atto aziendale ha inteso promuovere il governo clinico quale processo sistematico di identificazione, valutazione e trattamento dei rischi attuali e potenziali, per il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni sanitarie e della salvaguardia di alti standard sanitari, del miglioramento delle performance professionali del personale e per garantire la sicurezza del paziente, sicurezza basata anche sull'apprendere dall'errore.

L'Unità di gestione del Rischio (U.G.R.) dell'ASL 3 Genovese è stata istituita con deliberazione del direttore generale n.566 del 23/05/2007.

Il piano di attività 2007-2009 dell'U.G.R. è stato definito nel rispetto delle indicazioni regionali e delle priorità ritenute indispensabili per perseguire una sempre maggiore sicurezza per i pazienti; sono stati individuati gruppi di lavoro interdisciplinari specifici per la compiuta realizzazione degli obiettivi prefissati.

Una particolare attenzione è stata rivolta alla programmazione dell'attività formativa aziendale che progressivamente coinvolgerà tutto il personale dell'Azienda (circa 5000 dipendenti) attra-

verso differenti moduli formativi.

Già nel mese di ottobre sono stati avviati i corsi di formazione avanzata per i componenti dell'U.G.R., i direttori di SS.CC. e i dirigenti infermieristici (che partecipano ai percorsi sperimentali) mentre è prevista la partecipazione di tutto il personale al corso di base FAD ed al corso avanzato che verrà effettuato direttamente all'interno delle singole UU.OO.

Al fine di dare un supporto "continuo" ai professionisti, sia per mantenere viva l'attenzione sul tema (cosa segnalare, come, ecc.), sia per dissipare dubbi di carattere tecnico che per fornire, in maniera immediata, tutta la documentazione approvata e le procedure elaborate dai gruppi di lavoro si è deciso di attivare una sezione dedicata alla gestione del rischio sul sito intranet aziendale.

L'incident reporting nell'ASL 3 genovese: l'errore come fonte di apprendimento

L'incident reporting è la modalità di raccolta volontaria, anche anonima, delle segnalazioni, in modo strutturato, su eventi indesiderati o quasi eventi (near miss). Esso fornisce una base di analisi per la predisposizione di strategie e azioni di miglioramento per prevenire il riaccadimento di tali episodi in futuro; attraverso le schede di segnalazione degli errori e dei "quasi errori" si possono, infatti, raccogliere una serie di informazioni fondamentali per tracciare il percorso che ha permesso il verificarsi dell'evento avverso. Per l'attivazione all'interno dell'ASL 3 Genovese del sistema di incident reporting, è stata predisposta, sulla base delle indicazioni della Regione Liguria, una **Scheda di segnalazione spontanea di evento**, integrativa dei sistemi di segnalazione già esistenti a livello

aziendale con sperimentazione all'interno di UU.OO. pilota e successiva estensione all'intera Azienda.

La scheda terapeutica unica

“Gli eventi avversi dovuti ad errori in corso di terapia farmacologica sono la causa di danno più frequente nei pazienti ospedalizzati. Uno studio realizzato in 1116 ospedali statunitensi nel 2001 ha evidenziato che gli errori di terapia si verificano nel 5% circa dei pazienti ricoverati in un anno. Questi eventi “Adverse Drug Event” (ADE), prevenibili ed evitabili, vanno differenziati dalle reazioni avverse ai farmaci “Adverse Drug Reaction” (ADR), legate al farmaco stesso e che vengono rilevate e valutate mediante le attività di farmacovigilanza nazionali, regionali ed aziendali. (Ministero della Salute - Raccomandazione n. 7 - settembre 2007).

La scheda unica di terapia, eliminando la fase di trascrizione/interpretazione, riduce da subito il rischio di errore. Inoltre, la procedura già in uso presso alcune U.O. e a breve estesa a tutti i contesti della ASL 3 regola la fase di prescrizione e somministrazione entrando nel merito anche della terapia autogestita, della terapia all'occorrenza e della terapia a giorni alterni.

Implementazione ed il monitoraggio continuo delle attività di cui alle raccomandazioni ministeriali

Al fine di adottare compiutamente le raccomandazioni sviluppate dal Ministero della salute per alcune condizioni cliniche ad elevato rischio di errore si è proceduto con l'individuazione di specifici gruppi interdisciplinari che hanno portato all'elaborazione di procedure applicative indispensabili non solo per la loro compiuta

adozione ma anche per garantire il monitoraggio di tutte le attività ad elevato rischio di errore da parte dell'U.G.R.

L'identificazione del paziente

L'esecuzione di una procedura clinico assistenziale su un paziente diverso da quello programmato, rappresenta una gravissima carenza organizzativa di tutto il sistema e di grave disattenzione da parte dell'operatore sanitario.

Già da diversi anni l'Azienda ha definito l'utilizzo del braccialetto identificativo per alcune particolari tipologie di pazienti, ora si intende estendere il sistema a tutti i pazienti afferenti alle strutture aziendali.

La procedura di identificazione del paziente, in corso di attuazione, è finalizzata ad evitare l'errore di identificazione dello stesso nello svolgimento di tutte le attività cliniche, è riferita in particolare ed è strettamente correlata con le procedure:

- 1** - prescrizione e somministrazione dei farmaci;
- 2** - trasfusioni di sangue ed emoderivati;
- 3** - corretta identificazione del paziente nell'esecuzione di interventi chirurgici.

E' in fase di elaborazione la procedura per la sperimentazione del braccialetto identificativo con barcode all'interno di uno degli S.S.O.O. dell'Azienda con l'obiettivo di definire il modello che dovrà essere successivamente, ma in tempi brevi, esteso all'intera Azienda.

L'analisi delle problematiche scaturenti dal contenzioso

Sono state oggetto di accurata analisi e revisione clinica le segnalazioni di contenzioso in essere con l'Azienda.

Il lavoro frutto della collaborazione preziosa dell'U.G.R. con l'U.O. di Medicina legale e dell'U.O. Affari Generali dell'Azienda ha consentito di valutare la necessità di interventi succes-

sivi di Audit e RCA sulle problematiche evidenziate apportando indubbi vantaggi per la gestione del rischio all'interno dell'Azienda.

Le campagne per la sicurezza dei pazienti

Contestualmente alle attività sopra descritte si è deciso di procedere con la realizzazione di campagne per la sicurezza dei pazienti su temi specifici e circoscritti ma comunque altamente significativi per la sicurezza dei pazienti e per i quali esistono, in letteratura, soluzioni consolidate di prevenzione efficace.



Mani pulite

In tema di gestione del rischio le infezioni associate all'assistenza sanitaria giocano un ruolo di primo piano perché sono frequenti, hanno un elevato impatto clinico ed economico e perché sono evitabili con l'adozione di misure di provata efficacia.

Le recenti linee guida elaborate dai Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e dall'OMS e recepite da Ministero della Salute, riaffermano quanto già ampiamente assodato in letteratura: **“le mani pulite sono il singolo fattore più importante nel prevenire la diffusione di patogeni e la resistenza agli antibiotici nelle strutture sanitarie. L'igiene delle mani**

riduce l'incidenza delle infezioni ospedaliere”. Nonostante la provata efficacia e la semplicità della misura preventiva, la compliance degli operatori alle raccomandazioni sull'igiene delle mani rimane estremamente bassa in tutto il mondo per ragioni organizzative, logistiche, strutturali, di inadeguata leadership/bassa priorità attribuita al problema, di carenza di tempo e risorse/elevato carico di lavoro, di scarse conoscenze/competenze degli operatori.

Sulla base di quanto sopra gli obiettivi che la campagna “mani pulite” si propone di raggiungere, (tenendo anche conto di interventi di provata efficacia già sperimentati in altri contesti internazionali e nazionali), sono i seguenti:

- migliorare l'aderenza degli operatori alle raccomandazioni sull'igiene delle mani al fine di ridurre le infezioni associate all'assistenza sanitaria;
 - implementare Linee Guida CDC/OMS recepite dal Ministero della Salute: elaborazione procedura aziendale;
 - formare/aggiornare il personale con particolare riferimento al frizionamento delle mani con soluzione alcolica;
 - predisporre materiale educativo/informativo da affiggere nei reparti come “reminder” di buona pratica;
 - predisporre materiale educativo/informativo per il sito intranet e formazione nei reparti.
- Tutto il materiale sarà disponibile sul sito intranet aziendale con informazione capillare a tutto il personale e si provvederà a fornire un feed back agli operatori sul miglioramento della compliance.

Prevenzione delle cadute dei pazienti

I cambiamenti demografici e/o l'invecchiamento della popolazione associati all'aumento delle malattie croniche hanno posto all'attenzione dei

sistemi sanitari il tema "cadute accidentali" come uno dei più comuni e seri problemi che le persone anziane devono affrontare. In un'ottica di Gestione del rischio va evidenziato che le cadute sono considerate uno degli indicatori di "sicurezza delle cure" dall'OCSE e dall'AHRO (Health care quality indicators project. Patient safety data systems in the OECD - 2007)

Gli obiettivi del progetto cadute sono i seguenti:

- quantificare e analizzare il fenomeno cadute in tutti i contesti degenziali ASL al fine di disporre di una base dati per avviare un progetto di prevenzione;
- revisionare l'attuale scheda di segnalazione per consentire un monitoraggio completo e accurato del fenomeno;
- selezionare e sperimentare uno strumento validato per l'individuazione dei pazienti a rischio;
- elaborare/adattare una checklist per la valutazione dei rischi ambientali;
- attuare interventi di prevenzione delle cadute sulla base dei rischi individuati;
- formare/sensibilizzare il personale sulla problematica in oggetto;

E' stata elaborata la procedura "segnalazione caduta accidentale" - con revisione della scheda di segnalazione ed analizzata la letteratura in materia (linee guida AHRQ e NICE). Inoltre la procedura include l'utilizzo di un supporto informatico, appositamente realizzato, per l'inserimento dei dati provenienti dai reparti da parte delle DD.MM.OO.

E' prevista la sperimentazione di uno strumento validato per l'individuazione dei pazienti a rischio di caduta, il monitoraggio con l'adozione di eventuali interventi correttivi e la successiva estensione alle altre realtà operative.

Progetto TAO:

le persone in terapia anticoagulante orale - revisione e miglioramento del processo di lavoro a

livello dei servizi distrettuali

Il progetto è in corso di implementazione con l'obiettivo di migliorare la gestione della terapia anticoagulante per le persone afferenti ai servizi territoriali attraverso:

- meccanismi di integrazione/coordinamento tra servizi ospedalieri, MMG, servizi di laboratorio e servizi distrettuali;
 - interventi educativi per sviluppare strumenti di autocura/autogestione da parte dei pazienti e loro familiari;
 - individuazione di criteri per il monitoraggio dell'INR al fine di razionalizzare gli accessi e ridurre i tempi di attesa per i prelievi a domicilio.
- Il progetto coinvolge una platea molto vasta di utenti (circa 3500) di cui il 40% effettua il controllo INR a domicilio in quanto non autosufficiente.

Nel 2007 è stata completata la formazione degli operatori che, oltre alla cornice teorica sul tema ha incluso la revisione del processo di lavoro e l'elaborazione di un opuscolo educativo per i pazienti. Gli interventi previsti per il 2008 sono:

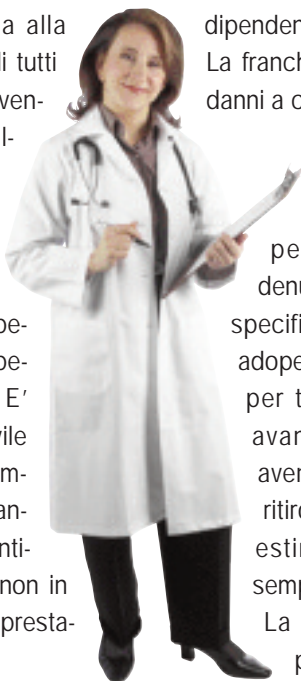
- ◆ conferenze in ogni distretto con i MMG, operatori distrettuali, ospedalieri e del laboratorio analisi per una formalizzazione del processo di lavoro con particolare riferimento a criteri condivisi e basati sulle evidenze scientifiche di monitoraggio dell'INR;
- ◆ sedute settimanali in ogni distretto di educazione terapeutica a piccoli gruppi di pazienti e/o familiari con supporto di materiale informativo/educativo.

Aspetti assicurativi

L'ASL n.3 Genovese dispone di una polizza assicurativa per la responsabilità civile derivante dallo svolgimento della propria attività istituzionale comprendente tutte le attività accessorie, complementari connesse e collegate, preliminari e conseguenti alle principali.

La garanzia assicurativa è estesa alla responsabilità civile professionale di tutti i dipendenti e/o collaboratori (convenzionati e non convenzionati) a qualsiasi ruolo appartenenti, ivi compresi i sanitari non alle dipendenze, di cui l'ASL si avvalga nell'esercizio della sua attività, nonché alla responsabilità personale di ogni operatore, frequentatore o volontario operante per conto dell'Asl stessa. E' altresì inclusa la responsabilità civile derivante all'Azienda per danni commessi da medici occasionali, tirocinanti e borsisti e dagli allievi che frequentano corsi di formazione, o volontari non in rapporto di dipendenza per l'attività prestata presso l'Asl.

La garanzia assicurativa comprende tra l'altro i danni derivanti da dolo, colpa grave, la responsabilità civile derivante dall'attività libero-professionale intramoenia dei medici e degli altri



dipendenti autorizzati, ovunque svolta.

La franchigia è prevista esclusivamente per i danni a cose e non per quelli a persone.

Nel caso di instaurazione di un procedimento penale a carico del D.G. o dei dipendenti o delle altre persone garantite, per un sinistro denunciato sulla polizza assicurativa, una specifica clausola impegna la Società ad adoperarsi nella misura massima possibile per tacitare le richieste di parte civile avanzate dal danneggiato o dai suoi aventi diritto, allo scopo di agevolare il ritiro dell'eventuale querela penale, con estinzione del relativo procedimento, sempre che non sia procedibile d'ufficio.

La Compagnia è impegnata inoltre a proseguire nella difesa sia dell'Assicurato che di tutte le persone alle quali è riconosciuta tale qualifica, fino all'esaurimento del grado di giudizio in corso al momento della tacitazione della parte lesa.

Conclusioni

Il problema della sicurezza dei pazienti è un problema rilevante in termini numerici, economici ed etici. La gestione "strutturata" del Rischio Clinico richiede, innanzitutto, una profonda conoscenza quali-quantitativa delle insufficiente attive e latenti del sistema, degli errori degli eventi avversi e di quelli evitati. Una gestione efficace del rischio clinico presuppone che tutto il personale sia a conoscenza del problema, che sia incoraggiata la segnalazione degli eventi e che si presti attenzione ai reclami ed al punto di vista dei pazienti.

L'esperienza in atto, all'interno della nostra Azienda, è stata sviluppata al fine di consentire, a tutti gli operatori di sviluppare la consapevolezza del problema del rischio clinico, favorendo la cultura della sicurezza che considera l'errore come fonte di apprendimento e come fenomeno organizzativo evitando la colpevolizzazione del singolo.

Occorre creare (ed è il lavoro che stiamo cercando di fare) un clima di fiducia dove sia davvero possibile imparare dai propri errori attuando i principi della **learning organization**, da più parti invocato a livello internazionale e non solo in ambito sanitario.

I primi riscontri in merito al sistema di gestione del rischio adottato hanno evidenziato le potenzialità del progetto soprattutto in relazione alla maggiore consapevolezza degli operatori sul problema della sicurezza dei pazienti e sulla grande opportunità di miglioramento offerta dal sistema organizzativo attivato.

Le delibere delle sedute del Consiglio

Riunione del 27 novembre 2007

Presenti: E. Bartolini (*presidente*), A. Ferrando (*vice presidente*), G. Regesta (*segretario*), M. P. Salusciev (*Tesoriere*). *Consiglieri:* M. C. Barberis, G. Boidi, L. Bottaro, A. De Micheli, C. Giuntini, R. Ghio, L. Lusardi, M. Oddera, B. Ratto, G. L. Ravetti, A. Stimamiglio. *Componenti cooptati:* M. Gaggero, E. Annibaldi. *Assenti giustificati:* G. Migliaro, G. Inglese Ganora. *Revisori dei conti:* M. Basso, M. Barabino, A. Cagnazzo, M. Giunchedi. *Componenti cooptati:* Mantovani.

Movimento degli iscritti (27 novembre 2007)

ALBO MEDICI - Nuove iscrizioni

Stanislav Beniaminov, Bettina Juliana Bauer

Per trasferimento: Antonio Puccetti (da Lu.), Claudio Stach (da Sv.), Gioconda Zenaida Taddei (da Sp.), Alessandra Bidone (da Al.), Silvia Pilia (da Nu.), Mauro Dulbecco (da Im.), Simona Negri (da Pi.).

CANCELLAZIONI - Per trasferimento: Anna Molinari (ad Al.), Alberto Pullè (ad Im.). **Per rinuncia:** Antonio Pastorino, Francesca Bertamino. **Per decesso:** Andrea Cichero, Pietro Galluzzo, Alberto Linares, Lidia Poggi, Romano Rathschüler, Piero Vigone.

ALBO ODONTOIATRI - Nuove iscrizioni

Alberto Siri. **Per trasferimento:** Salvatore Antonio Maria Puletto (da Cz.), Silvia Pilia (da Nu.).

CANCELLAZIONI - Per trasferimento: Tiziana Marfè (conserva iscrizione all'Albo medici). **Per decesso:** Aldo Farolfi.

Questioni amministrative - Il Consiglio delibera i necessari assestamenti al bilancio di Previsione 2007, approva alcuni provvedimenti amministrativi e procede a ratificare alcuni impegni di spesa. Inoltre approva il Regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari in attuazione del D.lgs. 196/2003

Pubblicità sanitaria - Il Consiglio approva l'attuazione delle Linee Guida di indirizzo sull'informazione della pubblicità sanitaria.

Medicine non convenzionali - Il Consiglio delibera di prorogare di 12 mesi (scadenza 30 novembre 2008) la pubblicità sanitaria per le medicine non convenzionali

Il Consiglio concede il patrocinio:

- Corso di aggiornamento 2008 "Il soccorso in Emergenza", Genova 4-11-18-25 marzo e 2-8-15-22-29 aprile;
- 9° Convegno A.L.U. "Ipertrofia prostatica benigna - esperienze a confronto", Genova 26/01/'06;
- Convegno "Non solo Cuore - Opinioni a confronto", Genova 25 e 26 gennaio;
- Congresso Nazionale AIUG 2007, Genova dal 22 al 24 novembre.

"Genova Medica" si colora

Da quest'anno "Genova Medica" diventa ancora più bella! La redazione, in accordo con il Consiglio dell'Ordine, ha deciso, infatti, di utilizzare la quadricromia anche nelle pagine interne della rivista. Sperando che il cambiamento venga gradito, ringraziamo tutti i lettori che in questi anni ci hanno sostenuto dimostrandoci di apprezzare il nostro lavoro. Un particolare ringraziamento ai nostri collaboratori che, con precisione e solerzia ci inviano ogni mese articoli, materiale e segnalazioni che vanno ad arricchire la rivista. Ci scusiamo, invece, per il ritardo con cui la rivista arriva, talvolta, nei vostri studi: purtroppo, nonostante gli sforzi della redazione nel realizzare la rivista in tempi rapidi, scontiamo sempre più spesso i disagi causati dalla poca efficienza delle Poste Italiane!

Buona lettura a tutti!

La redazione

Riunione 21 dicembre 2007

Presenti: E. Bartolini (*presidente*), A. Ferrando (*vice presidente*), G. Regesta (*segretario*), M. P. Salusciev (*tesoriere*).
Consiglieri: M. C. Barberis, G. Boidi, C. Giuntini, G. Migliaro, B. Ratto, G. L. Ravetti, A. Stimamiglio. *Assenti giustificati:* L. Bottaro, A. De Micheli, R. Ghio, L. Lusardi, G. Inglese Ganora, M. Oddera. *Revisori dei Conti:* M. Basso, M. Barabino, A. Cagnazzo, M. Giunchedi. *Componenti cooptati:* M. Gaggero, E. Annibaldi, Mantovani.

Questioni amministrative - Il Consiglio delibera sgravi esattoriali per il decesso di due medici, l'alienazione di apparecchiature obsolete e prende atto delle spese deliberate dal Presidente relative ad abbonamento riviste.

Il Consiglio concede il patrocinio a:

■ Convegno nazionale "La prevenzione del carcinoma della cervice uterina. Il ruolo della vaccina-

zione per la salute della donna: realtà e prospettive future", Genova 31 gennaio, 1 e 2 febbraio.

**Movimento degli iscritti
(21 dicembre 2007)****ALBO MEDICI - Nuove iscrizioni**

Per trasferimento: Paola Fontana (da Im.), Maria Maddalena Ricca (da Im.), Massimiliano Ricci (da Sp.), Ines Maria Grazia Piroddi (da Nu.), Elena Rossi (da Bg.).

CANCELLAZIONI - Per trasferimento

Elisabetta Perna (a Tn.), Vittoria Crosca (a Me.).

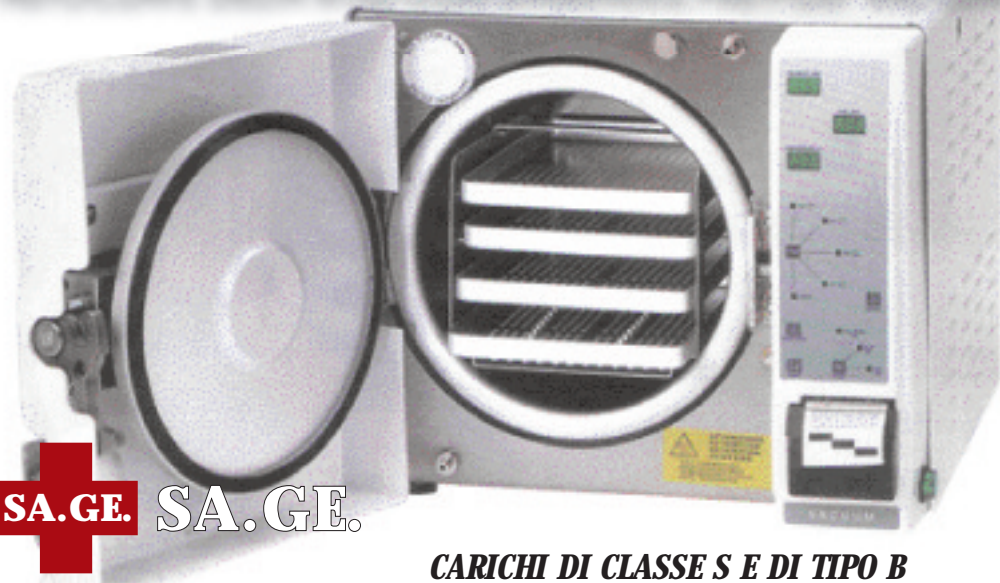
Per rinuncia: Franco Carta, Maura Lodi, Fabio Baschieri Novelli, Paola Robutti, Paolo Pellerano.

Per decesso: Mario De Caro, Carlo Frola.

ALBO DEGLI ODONTOIATRI - Nuove iscrizioni

Nicola Guiducci, Carolyne Pauly, Filippo Cilento, Salvatore Zaminga, Roberto Gianazza, Matteo Ferraris, Valeria Lorenza De Bernardi.

CANCELLAZIONI - Per rinuncia: Silvia Pilia.

INSERZIONE PUBBLICITARIA**AUTOCLAVE DELTA RT50 CON STAMPANTE PRE-POST VACUUM****CARICHI DI CLASSE S E DI TIPO B****SA.GE. Articoli Sanitari**

Via Vito Vitale, 26 - 16143 Genova Tel. 010/5220296 Fax 010/5450733

Discrezionalità del Direttore generale nel conferimento dell'incarico di direzione di struttura complessa

La recentissima sentenza n. 23480/07 della Cassazione civile, Sezione lavoro offre interessanti spunti giuridici riguardo una problematica che, come è noto, è stata oggetto di vivaci dispute. La vertenza era sorta a seguito di un **ricorso proposto da un dirigente medico, volto ad ottenere l'annullamento dell'atto con cui il Direttore generale di un'ASL aveva conferito ad altro collega l'incarico di direttore di una struttura complessa**. La Corte, in prima battuta, ha riproposto quel consolidato orientamento giurisprudenziale (si vedano in particolare le ordinanze rese dalla Corte di cassazione a Sezioni unite 27 gennaio 2004, n. 1478 e 8 novembre 2005, n. 21593), che devolve al Giudice ordinario, e non già a quello amministrativo, la giurisdizione nella materia. Secondo il Supremo collegio, infatti, **nella disciplina per il conferimento dell'incarico di direttore di struttura complessa non è presente alcun elemento idoneo a ricondurre la stessa ad una procedura concorsuale**, ancorchè atipica. Ciò, in quanto la commissione prevista dall'art. 15 ter D.L.vo 502/1992 non attribuisce punteggi, nè forma una graduatoria, limitandosi invece a predisporre un elenco da sottoporre al Direttore generale.

I giudici, parimenti, hanno ritenuto inidonea ad attribuire natura concorsuale al procedimento in esame, la circostanza che del conferimento dell'incarico debba essere dato preventivo avviso da pubblicare nella "Gazzetta Ufficiale".

Svolta questa premessa, la Corte ha posto l'accento sul carattere essenzialmente fiduciario

della scelta effettuata da parte del Direttore generale. Scelta che trova un adeguato bilanciamento nella responsabilità manageriale di quest'ultimo ai sensi dell'art. 3 comma 1 quater D.L.vo 502/1992.

In altri termini, se il legislatore ha attribuito al Direttore generale la responsabilità della gestione complessiva dell'azienda ospedaliera, non è pensabile che allo stesso possa venire negata una potestà discrezionale, peraltro circoscritta ai nominativi riportati nell'elenco, nella scelta di colui che verrà chiamato a svolgere un ruolo di non poco momento ai fini dell'attuazione degli obiettivi definiti nel piano programmatico e finanziario aziendale.

Nel solco di tale approccio valutativo, **la Corte di cassazione è, quindi, giunta ad affermare che il Direttore generale, nella stesura dell'atto di conferimento dell'incarico, non ha alcun dovere di motivazione comparativa fra i diversi aspiranti**.

In tal caso, l'Autorità giudiziaria non potrà che limitarsi ad un controllo sull'osservanza delle procedure di legge. Qualora, al contrario, l'atto di nomina del prescelto fosse accompagnato dalle indicazioni delle specifiche ragioni che hanno indotto a preferirlo rispetto agli altri, il sindacato giurisdizionale sulla motivazione del provvedimento risulterà, comunque, circoscritto. Ed invero, secondo i Giudici del supremo Collegio l'indagine sulla legittimità della motivazione dovrà riferirsi esclusivamente al rispetto dei criteri di correttezza e buona fede (si veda sul punto anche Cassazione civile, Sezione lavoro, n.13858/2004).

Sulla scorta delle suesposte argomentazioni, la Corte ha rigettato il ricorso del dirigente medico, condannandolo al pagamento delle spese in favore dell'ASL e del collega nominato direttore della struttura complessa.

Avv. Alessandro Lanata

Le responsabilità del chirurgo estetico

Prof. avv. Lorenzo Cuocolo

Università commerciale

"Luigi Bocconi", Milano

Studio Legale Cuocolo, Genova

Si potrebbe discutere a lungo sulla correttezza metodologica di distinguere tra medico e medico, a seconda delle specialità esercitate. Fatto è, però, che gli orientamenti giurisprudenziali spesso si caratterizzano in modo peculiare a seconda che abbiano ad oggetto l'attività di un chirurgo, di un ginecologo, di un odontoiatra o di altri ancora.

Una delle categorie più "sfortunate", nel senso che è spesso posta al centro del mirino, è quella dei chirurghi estetici. Si badi che la "sfortuna" non deriva solo dalla frequenza delle controversie che sorgono a seguito di interventi estetici, ma soprattutto dalle regole particolari che la giurisprudenza ha stabilito per tali interventi.

Un primo punto, di centrale importanza, riguarda **la distinzione tra "obbligazioni di mezzi" e "obbligazioni di risultato"**. Sembra questione da avvocati, ma l'inquadramento dell'attività del chirurgo estetico nell'una o nell'altra catego-

ria porta a responsabilità assai diverse fra loro.

Di norma le obbligazioni che i medici assumono nel momento in cui iniziano a curare un paziente sono obbligazioni di mezzi: ciò significa che il sanitario ha esclusivamente l'obbligo di prestare la propria opera nel modo migliore possibile e secondo criteri di perizia e diligenza qualificate. Se queste condizioni vengono rispettate, il medico non potrà essere chiamato a rispondere per gli esiti delle sue cure, anche qualora questi siano sfavorevoli.

Alcuni giudici, tuttavia, hanno introdotto distinzioni striscianti, modificando i caratteri della responsabilità di alcuni particolari medici. Con riferimento ai dentisti, ma soprattutto ai chirurghi estetici, si è infatti affermato che l'obbligazione da essi assunta non sia di mezzi, ma di risultato. **Il medico, in altre parole, non dovrebbe solo adoperarsi con le sue migliori capacità per curare il paziente, ma dovrebbe ottenere il risultato da questi desiderato.**

L'impostazione, che pure non trova unanimi vedute nella giurisprudenza, può a prima vista sembrare condivisibile. È vero,

infat-

ti, che

c'è qualcosa di diverso tra un intervento d'emergenza in un pronto soccorso e un intervento per ritoccare le labbra di una signora capricciosa. Ma quanto c'è di diverso? E, inoltre, la chirurgia estetica non si riduce ad un vezzo o ad un vizio, essendo numerosi gli interventi volti a migliorare la funzionalità del corpo del paziente. E infine non si deve scordare che la salute, nella sua accezione più moderna e completa, dev'essere intesa come stato di benessere fisico e psichico, pertanto anche un intervento meramente estetico può incidere sullo stato di salute di un paziente.

L'orientamento che "declassa" gli interventi di chirurgia estetica ad obbligazioni di risultato sembra dunque più il frutto di una valutazione emozionale e superficiale che non di un'analisi ponderata. Ciò non significa, tuttavia, che non debba essere tutelato il paziente che non riesca ad ottenere il risultato sperato. Ma, a ben riflettere, la prospettiva



con cui guardare al problema è un'altra, cioè quella della completezza dell'informazione fornita al paziente. Per gli interventi a mera finalità estetica, infatti, il rischio è che il paziente scelga di "acquistare" un intervento come può scegliere



di acquistare un abito nuovo visto a catalogo. La verità, però, è che non esistono "cataloghi" per gli interventi estetici che mostrino risultati certi e "acquistabili": ogni intervento è diverso da un altro e ogni paziente ha le sue peculiarità che possono portare l'attività del chirurgo ad esiti diversi. Per questo motivo assume un'importanza centrale il consenso informato. Il chirurgo estetico, dunque, deve supplire alla (possibile) superficialità con cui il paziente

si reca da lui, e deve informarlo di tutte le possibili conseguenze dell'intervento. La giurisprudenza francese, inoltre, ha distinto sin dall'inizio degli anni Novanta i risques normaux dai risques exceptionnels. Solo le conseguenze imprevedibili non comportano responsabilità per il medico. Tutti i rischi prevedibili, ancorché non desiderati, debbono essere preventivamente illustrati al paziente e questi li deve accettare. Altrimenti, il medico

invece, è la prestazione e - in certi casi - l'attitudine del paziente. Ciò, insieme al rischio di una lesione della sfera psichica del paziente, impone al chirurgo estetico una scrupolosa attenzione nell'illustrazione dell'intervento e dei possibili esiti. In questi casi, dunque, è tanto più consigliabile che il consenso informato venga espresso in forma scritta, non su moduli prestampati, ma in calce a relazioni personalizzate per il singolo paziente.

invece, è la prestazione e - in certi casi - l'attitudine del paziente. Ciò, insieme al rischio di una lesione della sfera psichica del paziente, impone al chirurgo estetico una scrupolosa attenzione nell'illustrazione dell'intervento e dei possibili esiti. In questi casi, dunque, è tanto più consigliabile che il consenso informato venga espresso in forma scritta, non su moduli prestampati, ma in calce a relazioni personalizzate per il singolo paziente.

INSERZIONE PUBBLICITARIA



Ges
LAB
□ □ □

Dall'accettazione al referto Dall'esigenza all'idea

Passi Organizzazione e Sistemi S.r.l.

Azienda di informatica per le strutture medico-sanitarie

800-688623

Via Cassini 12/F/R 6 - 16149 Genova fax 0106465611 - www.osi-ge.com - info@osi-ge.com

Finanziaria 2008: cosa cambia nella sanità

Riportiamo alcune disposizioni di interesse sanitario contenute nel testo della finanziaria 2008 (Legge n.244 del 24/12/2007).

Più risorse per l'assistenza sanitaria ai cittadini e per il contratto del personale del Ssn.

Il Fondo sanitario nazionale per finanziare i livelli essenziali di assistenza passa dai 97,040 miliardi del 2007 ai 101,457 miliardi di euro del 2008. Con un incremento di 4,417 miliardi rispetto al 2007 e di 10,434 miliardi rispetto al 2006. Nella quota sono compresi anche i fondi per i rinnovi contrattuali del personale e per garantire una migliore erogazione delle prestazioni assistenziali a tutti i livelli e in tutti i servizi sanitari, dall'ospedale, alla medicina di famiglia e specialistica, per l'assistenza domiciliare e per la farmaceutica.

Finanziamenti per la costruzione di nuovi ospedali, servizi e per nuove tecnologie.

Forte rilancio degli investimenti strutturali nell'edilizia sanitaria con lo stanziamento di 3 miliardi di euro per l'ammodernamento delle strutture sanitarie, la costruzione di nuovi ospedali e servizi territoriali, il rinnovo delle tecnologie mediche, la messa in sicurezza delle strutture e la realizzazione di residenze sanitarie per gli anziani. In tutto, quindi, 3 miliardi in più rispetto al 2007 e 6 in più rispetto al 2006. Ai fini della tutela dell'ambiente e del risparmio energetico, per tutte queste opere è previsto che gli stanziamenti siano subordinati a verifiche sull'adozione di misure significative di efficienza energetica e di produzione di energia da fonti rinnovabili e di risparmio idrico.

Abolito il ticket sulle ricette per la diagnostica e le visite specialistiche.

Viene abolito il ticket di 10 euro sulle ricette per

le prestazioni di diagnostica e per le visite del medico specialista.

Vaccino contro il cancro alla cervice uterina.

Aumentano i finanziamenti alle Regioni (+ 30 milioni di euro), per la rapida esecuzione della vaccinazione gratuita contro il virus HPV responsabile del cancro della cervice uterina. Questa nuova vaccinazione pubblica, la prima efficace contro il cancro, sarà garantita ogni anno a oltre 250 mila ragazze italiane.

Danni da trasfusioni, vaccini e talidomide.

Sono stati stanziati 180 milioni di euro annui a partire dal 2008 (che si aggiungono ai 100 già previsti per il 2007) per il risarcimento dei danni subiti a seguito di trasfusione, vaccinazioni e sindrome da talidomide.

Cure palliative, unità di risveglio dal coma, terapia intensiva e screening neonatali.

Nell'ambito dei fondi per l'edilizia sanitaria e il potenziamento dei servizi, la finanziaria vincola:

- 150 milioni di euro per la realizzazione di strutture residenziali e per l'assistenza domiciliare dedicate alle cure palliative;
- 100 milioni per il potenziamento delle "unità di risveglio dal coma";
- 7 milioni per il potenziamento e la realizzazione di nuove unità di terapia intensiva neonatale;
- 3 milioni per gli screening neonatali per patologie metaboliche ereditarie.

Assistenza alle persone non autosufficienti.

Sale a 400 milioni di euro la dotazione del *fondo per la non autosufficienza* destinato all'assistenza ai malati non autosufficienti e bisognosi di assistenza continuativa.

Assorbimento dei medici precari.

E' previsto che i medici e gli altri dirigenti sanitari del SSN con contratti o incarichi di lavoro precari possano far valere gli anni di servizio prestati, come titolo ai fini dell'assunzione a tempo

indeterminato. Fino ad oggi, infatti, anche un periodo di servizio di diversi anni a carattere precario non aveva alcun riconoscimento tra i titoli valutabili ai fini dell'assunzione.

Più soldi per i giovani ricercatori.

Per combattere la "fuga dei cervelli" nella ricerca, sale dal 5 al 10%, per un totale di circa 81 milioni di euro, la quota di finanziamenti riservata ai ricercatori sanitari "under 40".

La gestione dell'ECM passa all'ASSR

La gestione dei programmi di educazione continua in medicina rivolti a tutto il personale sanitario per l'aggiornamento e la formazione post laurea passa all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (ex ASSR). Con questo trasfe-

rimento si chiude la fase sperimentale avviata nel 2001 che ha visto lo svolgimento di oltre 350 mila eventi formativi.

L'assistenza sanitaria ai detenuti passa al SSN.

Tutte le funzioni sanitarie svolte dal dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e da quello della giustizia minorile del Ministero della giustizia vengono trasferite al SSN.

Si completa così il riordino della medicina penitenziaria avviato con la legge 230 del 1999.

Collocamento fuori ruolo dei docenti universitari

A decorrere dal 1° gennaio 2008 il periodo di fuori ruolo dei professori universitari precedente la quiescenza è ridotto a due anni accademici e coloro che alla medesima data sono in servizio come professori nel terzo anno accademico fuori ruolo sono posti in quiescenza al termine dell'anno accademico; dal 2009 è abbreviato a un solo anno e dal 2010 è abolito.

Salute e sicurezza dei lavoratori.

Vengono stanziati ulteriori 50 milioni di euro per il potenziamento delle attività di prevenzione e

Contribuenti minimi

Con la Legge Finanziaria 2008 è stato introdotto il nuovo regime fiscale naturale per i contribuenti minimi.

Sono interessate le persone fisiche esercenti attività di impresa, arti o professioni che hanno avuto nel periodo di imposta precedente, o presumono di avere, le seguenti caratteristiche: ricavi o compensi non superiori a 30mila euro; assenza di cessioni all'importazione; assenza di spese per lavoro dipendente o collaboratori; spese per acquisto di beni strumentali non superiori, nel triennio precedente, a 15mila euro.

Il regime di contribuente minimo non si applica a chi partecipa a società o associazioni. Il regime fiscale naturale si basa su alcune semplificazioni: esclusione della rivalsa Iva e della detraibilità Iva sugli acquisti; esonero dall'obbligo di tenuta dei registri Iva; esonero dall'Irap; applicazione di un'imposta sostitutiva ai fini Irpef, con aliquota al 20% sulla differenza fra ricavi e costi valutati per cassa; esclusione dagli studi di settore.

Coloro che rientrano nei requisiti di cui sopra, possono adottare fin dal 1° gennaio 2008 il regime di contribuente minimo, senza necessità di alcuna comunicazione preventiva. In questo caso, considerato che il professionista che adotta il regime di contribuente minimo non può addebitare l'Iva in fattura, nei casi di prestazioni che invece sarebbero assoggettate ad Iva (per esempio prestazioni medico-legali), dovrà indicare in fattura il solo compenso, senza Iva, e la dicitura: "operazione effettuata ai sensi dell'articolo 1, comma 100, della legge finanziaria per il 2008".

Per ulteriori informazioni, consultare il testo della Circolare esplicativa dell'Agenzia delle Entrate n. 73/E del 21/12/2007, disponibile sul sito www.omcego.org.

contrasto degli incidenti e delle malattie professionali sui luoghi di lavoro. Questi fondi andranno a finanziare i nuovi programmi di formazione e prevenzione previsti dalla nuova legge delega sulla salute e la sicurezza del lavoro, approvata l'agosto scorso.

Farmaci e prescrizioni.

■ Per la prima volta, venendo incontro alle richieste delle associazioni di volontariato, è prevista la possibilità di utilizzazione, da parte delle ASL, delle RSA o di organizzazioni non lucrative, di medicinali ancora in corso di validità non utilizzati dal malato (deceduto o che ha abbandonato la terapia) al quale erano destinati.

■ E' previsto il divieto di prescrivere medicinali non registrati in Italia (o registrati, ma con una diversa indicazione terapeutica) se non siano disponibili almeno i dati favorevoli derivanti da sperimentazione clinica di fase II.

■ Si stabilisce, inoltre, che l'efficacia di un farmaco non registrato, ai fini del suo inserimento nell'elenco speciale che ne consente la prescrizione a carico del SSN, quando manchi una valida alternativa terapeutica tra i farmaci regolarmente in commercio, deve essere oggetto di una specifica valutazione da parte dell'AIFA.

Sanità integrativa: l'assistenza odontoiatrica e ai malati non autosufficienti diventa obbligatoria per ottenere i benefici fiscali.

Per ottenere i benefici fiscali previsti dalle norme, i fondi sanitari integrativi dovranno erogare obbligatoriamente anche le prestazioni odontoiatriche e quelle per i pazienti non autosufficienti. Sarà un decreto del Ministero della Salute a stabilire il "pacchetto" minimo di prestazioni obbligatorie. E' poi prevista l'estensione alle mutue territoriali delle norme sulla deducibilità ai fini fiscali dei contributi versati, già in vigore per i fondi sanitari di origine contrattuale; in ambedue i casi la deducibilità viene ora condizionata alla fornitura di prestazioni integrative

Retroattività dell'IVA sulle prestazioni medico-legali

All'art. 80 comma 1 *la finanziaria 2008 stabilisce "Al fine di armonizzare la legislazione italiana con la normativa comunitaria, le prestazioni professionali specifiche di medicina legale sono assoggettate al regime ordinario dell'imposta sul valore aggiunto a decorrere dal periodo d'imposta 2005".*

Questa disposizione pone definitivamente la parola fine al contenzioso intrapreso dalla Agenzia delle Entrate nei confronti dei medici per il recupero dell'imposta antecedente il 2005 (e cioè dal 2003 al 2005). Come molti di voi sono a conoscenza, l'Agenzia delle entrate pretendeva che i medici pagassero l'IVA "evasa" durante tutto il periodo che andava dalle delibere della Comunità europea (2003) a quello del recepimento delle stesse da parte dell'Agenzia delle entrate (Circolare del 28.01.05). In altri termini: siccome il Governo e l'Agenzia delle Entrate erano stati inadempienti relativamente al recepimento della normativa comunitaria, si cercava di scaricare l'onere economico sulle spalle dei medici legali e dei medici di medicina generale (relativamente alle certificazioni medico-legali).

rispetto a quelle fornite dal SSN.

Altre misure previste

■ Stanziamento di 700.000 euro per potenziare la capacità di controllo e verifica della rete di trapiantologia da parte dei Centri regionali per i trapianti.

■ Conferma dei contratti di lavoro a tempo determinato stipulati sulla base delle convenzioni della Croce Rossa Italiana.

■ Nuove linee guida per l'appropriatezza nel campo dell'assistenza protesica.

■ Istituzione presso il Ministero della Salute del registro dei "dottori in chiropratica" dove saranno iscritti i possessori del diploma di laurea magistrale in chiropratica o titolo equivalente. L'iscrizione è condizione indispensabile per poter esercitare la professione sia nell'ambito del SSN, che in forma privata.

Riposo giornaliero per il personale sanitario

Il diritto a undici ore di riposo consecutivo ogni ventiquattro ore è disapplicato per il personale del ruolo sanitario del SSN, per il quale si fa riferimento alle vigenti disposizioni contrattuali in materia di orario di lavoro, nel rispetto dei principi generali della protezione della sicurezza e

della salute dei lavoratori.

Accesso alla specializzazione

Possono partecipare al concorso per l'accesso alle scuole di specializzazione mediche sia i laureati in medicina e chirurgia, che gli studenti iscritti al corso di laurea in medicina e chirurgia ai quali manchi soltanto la laurea. I laureandi che superano il concorso, però, possono essere ammessi alle scuole di specializzazione solo se hanno conseguito la laurea e l'abilitazione per l'esercizio dell'attività professionale entro la data di inizio delle attività didattiche delle scuole di specializzazione.

Durata graduatorie concorsi

Le graduatorie dei concorsi per il reclutamento del personale presso le amministrazioni pubbliche rimangono in vigore per tre anni dalla data di pubblicazione. Rimangono in vigore i periodi inferiori previsti dalle leggi regionali.

Adozioni e affidamenti

Sono state abolite le differenze di previsioni normative tra adozioni nazionali e internazionali colle-

Bonifici bancari

L'ABI ha comunicato che dal 1° gennaio 2008 per effettuare il bonifico è necessario il codice Iban. Il codice IBAN è il codice internazionale di identificazione del conto corrente, necessario per realizzare le operazioni bancarie nei 31 paesi che fanno parte dell'area dei pagamenti in euro. L'Iban in Italia si compone di 27 caratteri: tutti i numeri e le lettere che identificano il paese, la banca, lo sportello e il numero di conto di ciascun cliente. Si può rilevare dal proprio estratto conto.

Finanziaria 2008 e decreto fiscale**Art. 3-bis - Disposizioni in materia di accesso alle prestazioni creditizie agevolate erogate dall'Inpdap.**

1. All'articolo 2 del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 7 marzo 2007, n. 45, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) il comma 1 è sostituito dal seguente:

1. I dipendenti in servizio ed i pensionati di cui all'articolo 1 possono iscriversi alla Gestione unitaria delle prestazioni creditizie e sociali di cui all'articolo 1, comma 245, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, con obbligo di versamento dei contributi nelle misure previste dall'articolo 3, previa comunicazione scritta all'Inpdap della volontà di adesione";

b) il comma 2 è sostituito dal seguente:

2. Per i lavoratori ed i pensionati aderenti alla

gestione credito Inpdap l'iscrizione decorre a partire dal sesto mese successivo alla data di entrata in vigore della presente disposizione".

Art. 29. - Contributi alla Fondazione Onaosi

1. Nelle more della riforma della fondazione Onaosi finalizzata a rendere omogenea la sua disciplina a quella degli enti assistenziali e previdenziali concernenti le libere professioni, al fine di ottemperare al disposto della sentenza n. 190 del 5 giugno 2007 della Corte costituzionale, il contributo obbligatorio dovuto alla Fondazione ONAOSI da tutti i sanitari dipendenti pubblici, iscritti ai rispettivi ordini professionali italiani dei farmacisti, dei medici chirurghi e odontoiatri, dei veterinari, nel rispetto dei principi di autonomia affermati dal decreto legislativo 30 giugno 1994, n. 509, è determinato dal consiglio di amministrazione della Fondazione in modo da

gate all'età. Il congedo di maternità per le adozioni è di 5 mesi e nelle adozioni internazionali può essere fruito anche prima dell'ingresso in Italia del minore per i giorni trascorsi all'estero. Negli affidamenti il congedo di maternità di 3 mesi è

2008: tassazione pensioni

Ricordiamo che le ritenute Irpef sui trattamenti di pensione Inps e Inpdap saranno operate sulla base delle disposizioni contenute nella legge 27/12/2006, n. 296 (finanziaria 2007) e secondo i criteri illustrati con la circolare n. 15 del 16/03/2007 dell'Agenzia delle entrate e che la tassazione congiunta per i titolari di più trattamenti pensionistici erogati da Enti diversi prevista dall'articolo 8 del decreto legislativo 2/9/1997, n. 314, verrà operata in misura "proporzionale", secondo le modalità previste dalla circolare n. 57 del 22/12/2003 dell'Agenzia delle entrate.

assicurare l'equilibrio della gestione e la conformità alle finalità statutarie dell'ente rapportandone l'entità, per ciascun interessato, ad una percentuale della retribuzione di base e all'anzianità di servizio.

2. Degli stessi criteri di cui al comma 1 tiene conto il consiglio di amministrazione della Fondazione ONAOSI nel procedere alla rideterminazione dei contributi dovuti dai sanitari ivi indicati, per il periodo compreso dal giorno successivo alla data del 20 giugno 2007 di pubblicazione della sentenza n. 190 del 5/6/2007 della Corte costituzionale a quella di entrata in vigore del presente decreto.

2-bis. La riforma di cui al comma 1 assicura la continuità delle prestazioni in essere, l'individuazione di ulteriori prestazioni assistenziali a favore dei contribuenti in condizioni di vulnerabilità, la separazione tra le funzioni di indirizzo, i compiti di gestione amministrativa, finanziaria e tecnica

usufruibile nei primi 5 mesi dall'affidamento.

Genitori e part-time

La legge di riforma del welfare prevede che in caso di richiesta del lavoratore o della lavoratrice, con figlio convivente di età non superiore agli anni tredici o con figlio convivente portatore di handicap venga riconosciuta la priorità alla trasformazione del contratto di lavoro a tempo pieno a tempo parziale.

Onorari e tracciabilità

Si ricorda il divieto ai professionisti di riscuotere i compensi in contanti (riscossione esclusivamente mediante assegni non trasferibili, bonifici bancari o postali oppure mediante sistemi di pagamento elettronico).

Importi e scadenze: oltre 1.000 euro dal 12 agosto 2006 al 30 giugno 2008; **oltre 500 euro** dal 1° luglio 2008 al 30 giugno 2009; **oltre 100 euro** dal 1° luglio 2009.

e le funzioni di vigilanza, nonché la democraticità della vita associativa, prevedendo la partecipazione al voto di tutti i contribuenti.

Art. 39. - Disposizioni in materia di accertamento e riscossione

Omissis.....

3. Per certificare la spesa sanitaria relativa all'acquisto dei medicinali effettuata a decorrere dal 1 gennaio 2008, utile al fine della deduzione o della detrazione di cui agli articoli 10 e 15 del testo unico delle imposte sui redditi, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, non è più utilizzabile l'allegazione allo scontrino fiscale della documentazione contestualmente rilasciata dal farmacista specificante la natura, qualità e quantità dei medicinali venduti. Delle nuove disposizioni viene data comunicazione ai contribuenti mediante avviso affisso e visibile nei locali della farmacia.



Notizie dalla FROMCeOL

In questo periodo si stanno susseguendo varie riunioni in Regione, all'Ordine dei Medici, tra Società e Associazioni Scientifiche mediche e tra sindacati sui grandi temi della sanità/salute. Temi importanti che riguardano molteplici problematiche evidenziate anche dalla stampa cittadina con numerosi articoli su cui torneremo, discutendone all'interno della categoria. Non ritengo che la strada dei "comunicati stampa" possa essere di utilità a qualcuno, tantomeno al cittadino che non ha bisogno di polemiche e di dubbi sulla gestione della salute pubblica soprattutto quando questi vengono sollevati dalla classe medica.

Questo non vuol dire che non se ne debba parlare, anzi l'analisi e la critica sono basilari, ma è indispensabile, nel frattempo, presentare delle proposte in un'ottica costruttiva e propositiva.

Il 9 gennaio si è riunita la FROMCeOL per discutere sulla legge di riordino del Servizio Sanitario Ligure e sulle nomine di direttori di struttura complessa. Inoltre, sono stati anche affrontati altri temi quali, ad esempio, l'ECM regionale, l'Agenzia sanitaria regionale, i problemi legati all'ambiente e l'Osservatorio regionale degli studi di settore. Sulla nomina dei "primari" è stata predisposta una bozza di lettera che verrà, dopo un'ulteriore analisi, inviata al presidente Burlando, all'Assessore alla salute Montaldo e al presidente della FNOMCeO Amedeo Bianco.

Per quanto riguarda la seconda fase della legge di riordino del SSR (Piano socio-sanitario relativo alla rete di cura ed assistenza), dopo un'attenta e analitica valutazione del documento si è stabilito di inviare la proposta pubblicata a parte senza, volutamente, entrare nel merito delle singole decisioni che sono state analizzate,

criticate o approvate dalle nostre sigle mediche scientifiche e sindacali. A tal proposito, è **apprezzabile la decisione assunta dai sindacati ospedalieri che hanno proposto un unico documento dopo una riunione tra i vertici sindacali.**

E' stato un bell'esempio d'unione e di sinergia e, secondo lo scrivente, indica quanto dovremo perseguire per il futuro: discutere all'interno della categoria i vari aspetti delle proposte politiche cercando di "giocare d'anticipo" e di proporre a priori insieme per non trovarci poi a criticare a posteriori le decisioni assunte dalla Regione.

Auspico che l'esempio dei sindacati possa essere seguito anche dalle società scientifiche, poiché un'integrazione delle varie proposte elaborate rappresenta una grande forza nelle scelte strategiche. E' inevitabile che se noi medici ci presentiamo in più interlocutori, talora in conflitto tra loro e portando documenti differenti (o interpretazioni differenti di stessi documenti) perdiamo inevitabilmente credibilità e, probabilmente, le decisioni assunte non saranno orientate verso una medicina basata sull'evidenza o sul Governo Clinico. Lo spirito del documento della FROMCeOL esprime questo intento: stabilire i compiti di ogni realtà della salute cercando di trovare e proporre soluzioni comuni. Gli Ordini e la Federazione, che ha la funzione di un coordinamento degli stessi, debbono avere, nella gestione della Salute il ruolo di Istituzioni, come in effetti sono (Enti ausiliari dello Stato) che si confrontano con l'Istituzione Regione in una fase di concertazione preventiva e di verifica.

Purtroppo quanto proponiamo e rivendichiamo non ha "appoggi" giuridici e legali: servirebbe un'azione centrale per stabilire che venga codificata e resa obbligatoria questa funzione che, allo stato attuale, possiamo proporre e chiedere ma non rivendicare come assolutamente dovuta.

Non dimentichiamo che nel mondo della Salute, sia a livello nazionale che europeo stanno comparando, sempre in numero maggiore, figure professionali non mediche e che anche le associazioni a tutela dei cittadini stanno assumendo sempre un maggior rilievo numerico e politico. Proprio per questo ritengo necessario che all'interno della categoria vi sia un'unità d'intenti

per perseguire un obiettivo comune. A tale proposito è nostra intenzione fare un elenco delle Società scientifiche provinciali e regionali al fine di creare un archivio regionale per pianificare incontri, scambi di informazioni e sviluppo di collaborazioni per attuare una sanità migliore sia a tutela della dignità professionale che della salute del cittadino.

Alberto Ferrando

Piano socio-sanitario relativo alla rete di cura ed assistenza: osservazioni

Gli Ordini dei medici chirurghi e odontoiatri sono enti ausiliari dello Stato che fra le proprie attribuzioni, giusto l'art. 3 della legge istitutiva degli Ordini delle professioni sanitarie, hanno quella di dare il proprio concorso alle Autorità locali nello studio e nell'attuazione dei provvedimenti che, comunque, possono interessare l'Ordine professionale.

Posto che il precipuo interesse degli Ordini è quello di vedere rispettato il Codice deontologico a tutela non solo degli iscritti ma, altresì, della salute del cittadino, si ritiene indispensabile una funzione concertativa in sede di elaborazione di provvedimenti aventi ad oggetto la sanità pubblica.

In questa prospettiva, si pone l'accento sulla finalità di perseguire l'attuazione di interventi appropriati che tengano conto delle evidenze scientifiche più recenti al fine di ottenere i migliori esiti di salute ed il miglior alleviamento possibile delle sofferenze per i pazienti.

La FROMCeOL, istituita ai fini di coordinamento degli Ordini nel territorio regionale, ribadisce alla Regione la propria volontà collaborativa nella stesura dei documenti regionali nella materia sanitaria sin dalla fase di elaborazione e di valu-

tazione. Inoltre, si dichiara disponibile a vigilare sul rispetto dei principi deontologici nell'ambito delle opzioni organizzative già definite dalla Regione Liguria.

Ed invero, la gestione della sanità/salute è estremamente complessa e la possibilità offerta di un contributo istituzionale degli Ordini e della Federazione è inteso a stabilire un rapporto costruttivo finalizzato alla migliore offerta nel rispetto delle risorse, del decoro professionale e della salute del cittadino.

La FROMCeOL, quindi, richiede che i principi di questo documento costituiscano parte integrante della legge di riordino e dei futuri documenti regionali, sempre nella rappresentata ottica di fornire un fattivo contributo attraverso la concertazione preventiva di scelte sanitarie e socio-sanitarie.

Seppur nella consapevolezza degli obblighi imposti dalle normative nazionali anche e soprattutto in materia di bilancio, questa Federazione regionale, in ossequio ai propri fini istituzionali coincidenti con quanto espresso nella Costituzione Italiana e nei vari Piani sanitari nazionali e regionali, auspica che venga sempre posta in primo piano la difesa della qualità della cura per il cittadino e la tutela e la valorizzazione della professionalità del medico. Tali esigenze sono irrinunciabili per la realizzazione di un'attività professionale di qualità onde evitare potenziali e non remote situazioni oggettive di rischio in danno dei medici e dei pazienti.

Obbligo di referto: le nuove direttive

Riteniamo utile informare gli iscritti in merito alle direttive relative all'obbligo di referto



per malattie professionali redatte dalla Procura della Repubblica presso il Tribunale di Genova nelle persone del Procuratore capo dr. Francesco Lalla e del Procuratore aggiunto dr. Francesco Cozzi.

Come noterete dalla lettura del documento che riportiamo di seguito, la Procura offre una esaustiva rivisitazione dell'obbligo di referto in tema di malattie professionali e, nel contempo, indica i concreti adempimenti a carico dei medici. Per completezza segnaliamo che la problematica è stata parimenti oggetto di linee di indirizzo da parte del Procuratore della Repubblica presso il Tribunale di Chiavari.

A seguito delle ricorrenti richieste di chiarimenti e per uniformare le procedure operative in relazione all'**obbligo di referto** che, come noto, ai sensi dell'art. 365 C.P. sorge in presenza di casi che possono presentare i caratteri di un delitto procedibile d'ufficio (*"chiunque avendo ...prestato assistenza ed opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto nel quale si debba procedere d'ufficio"*) si ritiene opportuno fornire le seguenti direttive.

Qualora sia accertata l'esistenza di una **malattia professionale**, i fatti che l'hanno causata potrebbero ipoteticamente configurare un delitto perseguibile d'ufficio, quale quello di **lesioni personali colpose** con violazione delle norme sulla prevenzione degli infortuni sul lavoro o che abbiano causato l'insorgenza di una malattia professionale (art. 590, 3° e ultimo comma del Codice penale) ovvero di **omicidio colposo** in caso di morte conseguente alla patologia (art. 589, 2° c. C. P.). In questa ipotesi, l'obbligo di referto (da attuare con le modalità e i tempi di cui all'art. 334 C.P.P.) sorge:

A. in caso di morte quando sussiste il ragione-

vole sospetto che la stessa sia riconducibile ad una malattia causata dal lavoro;

B. in caso di lesioni, quando le stesse possono essere qualificate "gravi" o "gravissime" ai sensi dell'art. 583 commi 1 e 2 C.P. e cioè quando dalle stesse derivi anche disgiuntamente:

1. una malattia di durata superiore ai quaranta giorni;
2. un'incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni per un tempo superiore a 40 giorni;
3. l'indebolimento permanente di un senso o di un organo;
4. una malattia certamente o probabilmente insanabile;
5. la perdita di un senso, o di un arto o una mutilazione che renda l'arto inservibile ovvero la perdita dell'uso di un organo o delle capacità di procreare ovvero una permanente e grave difficoltà della favella;
6. la deformazione (ovvero lo sfregio) permanente del viso.

Ai sensi dell'articolo 334 C.P.P. è possibile adempiere all'obbligo di referto inviandolo al Pubblico Ministero o a qualsiasi Ufficiale di Polizia Giudiziaria.

Per semplificare e razionalizzare l'adempimento,

per i casi di competenza di questa Procura i predetti referti per malattie professionali dovranno essere inviati a cura dei medici esclusivamente agli Ufficiali di Polizia Giudiziaria della U.O. Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro delle ASL in Genova, via Bainsizza, 42 (tel. 010.3445606)

quale organo di vigilanza in materia di tutela della salute dei lavoratori per una prima valutazione specialistica. Detto organo provvederà a riferire all'Autorità Giudiziaria, previa acquisizione di ogni elemento utile, nei modi e con contenuti di cui all'art. 334 C.P.P. Al fine di rendere il sistema utile ed efficiente si ritiene di sottolineare la necessità che tutti i referti di malattie professionali, inviati alla ASL con le predette modalità, contengano (come previsto dall'art. 334 c. 2 C.P.P.) almeno le seguenti indicazioni:

- le generalità della persona a cui si è prestato assistenza;
- l'azienda della quale presumibilmente è stata contratta la sospetta malattia professionale;
- un'accurata anamnesi lavorativa con l'indicazione dell'impianto o delle lavorazioni coinvolte;
- la data di presumibile manifestazione della malattia;
- la diagnosi, la prognosi e l'eventuale valutazione dei postumi.

Al fine di non duplicare attività già svolte, ai referti inviati dai **medici INAIL** è opportuno sia allegata la documentazione già acquisita e disponibile (copia del primo certificato medico; della denuncia di malattia presentata dalla ditta; della documentazione medica di accertamento di eventuali postumi permanenti; degli accertamenti complementari ove esistenti; dell'eventuale relazione ispettiva con dichiarazioni del lavoratore e/o dal datore di lavoro); ai referti trasmessi dai **medici ospedalieri, dei patronati, di altri enti** ecc. tutta la documentazione disponibile significativa per la diagnosi dell'origine professionale della patologia.

Questa scelta organizzativa e gestionale risulta

anche in linea con le modifiche normative introdotte dal D.M. 27 aprile 2004 che ai sensi dell'art. 10 del D.Lvo n. 38/2000 e dell'art. 139 del D.P.R. n.1124/1965 ha esteso l'obbligo di "segnalazione" (da tenere distinto da quello di "referto") del medico accertatore anche per quelle patologie oggi in continua espansione cd "lavoro correlate" che, differendo sostanzialmente dalle malattie già accertate come professionali, necessitano - a differenza delle prime - di una preventiva attività di selezione specialistica tecnico-sanitaria.

Invero le malattie "professionali" (per le quali vige l'obbligo di "referto") e quelle "lavoro correlate" (per le quali vige l'obbligo di "segnalazione") sono fattispecie differenti ma, nondimeno, anche per le seconde, connesse alla sempre più accelerata evoluzione del mondo del lavoro e alla continua introduzione di nuove fonti di rischio, si rendono ormai necessarie - anche a fini prevenzionali - informazioni dettagliate e omogenee per la ricerca dei fattori e delle interrelazioni "causa-effetto" che intervengono nella manifestazione delle patologie stesse, anche a prescindere da ulteriori indagini sulle malattie professionali ai fini dell'individuazione di eventuali responsabilità penali.

Sotto questo profilo si sottolinea che l'invio del "referto" alla UOPSAL del medico che accerta una malattia professionale non esclude anche l'obbligo di invio della "segnalazione" ai soggetti indicati dall'art. 139 del D.P.R. 1124/65 e dall' art. 10 del D.Lvo n. 38/2000.

La puntuale osservanza della procedura sopra esposta consentirà di realizzare la doverosa attività di repressione dei reati di lesioni od omicidio colposo e di dare il necessario risalto all'attività di prevenzione poiché l'ASL, attraverso l'esame sistematico ed organizzato di malattie e decessi che possano destare sospetti, potrà più puntualmente prevenire ad identificare lavorazione e attività degne di particolare intervento.

Commissione culturale dell'Ordine

La Commissione culturale dell'Ordine composta da S. Fiorato, A. C. Negrini, L. Gamberini, E. Gatto ed E. Guglielmino ha organizzato **giovedì 21 febbraio**, alle ore 16 presso la Sala dell'Ordine una conversazione del Prof. Tomaso Germinale sul tema "Il Romanticismo e Riccardo Wagner".

IL SOCCORSO IN EMERGENZA - Il corso di aggiornamento, programmato da F. Mattioli, su incarico del Gruppo di Genova del Corpo italiano di soccorso del S.M. Ospedaliero Ordine di Malta (CISOM). Le lezioni si terranno al Polo Didattico di corso Gastaldi 1 dalle ore 16 alle ore 18. Queste le date: **4 marzo** "Gli incidenti"; **11 marzo** "Incidenti da calore"; **18 marzo** "Le ferite"; **25 marzo** "Emergenze pediatriche"; **2 aprile** "Gli shock, intossicazioni, intolleranze"; **8 aprile** "Eventi acuti cardio-vascolari"; **15 aprile** "Emergenze neurologiche"; **22 aprile** "I farmaci, le droghe, le emergenze psichiatriche"; **29 aprile** "Eventi acuti specialistici". Per info: **3474888292; 3332180785** (per iscrizioni: 4 marzo dalle ore 15 alle 16). Contributo €30.

CORSI GESTALT - La Scuola quadriennale di Psicoterapia Gestaltica integrata (SIPGI) pro-

muove dei corsi di formazione per psicoterapeuti ad orientamento Gestaltico integrato. Per info: Centro Gestalt, **010 2437619** siti internet: www.sipgi.it www.centrogestalt.net

MEDICINA CINESE - L'Associazione Amal (Associazione medici agopuntori liguri) inaugura il nuovo ciclo del corso quadriennale di medicina cinese, indirizzato esclusivamente ai medici Chirurghi. Il corso si terrà nei week end a partire dal **26 e 27 gennaio** fino a giugno. Per informazioni ed iscrizioni: **0102471760**.

EUROWORKSAFE WORKSHOP - "Prevenzione e tumori occupazionali: comunicazione e tecnologia dell'informazione - Prevention and Occupational Cancer: Communication & IT". Si terrà a Genova all'Auditorium Centro Congressi IST - CBA, I.go R. Benzi 10, il **14 febbraio**. La partecipazione è gratuita; si chiede di inviare la scheda di iscrizione. Richiedi crediti ECM per i profili professionali del medico chirurgo, biologo, chimico e tecnico di laboratorio biomedico. Per info: Epidemiologia e Biostatistica, IST **010 5600795/5600950**.

I FENOTIPI DELL'ASMA - Questo il corso di aggiornamento che si terrà il 16 febbraio ad Arenzano. Segreteria scientifica: M.Caruso, A.Ferrando Per info: Aristeia **010 583224**.

Giochi mondiali della medicina

Quest'anno i Giochi mondiali della medicina, giunti alla XXIX edizione, si terranno a Garmish in **Germania dal 12 al 19 luglio**. La manifestazione medico-sportiva, che raccoglie grande interesse presso i sanitari che praticano sport, conta già più di 3500 partecipanti di cui 500/600 italiani. E' previsto anche un simposio internazionale sull'aggiornamento professionale di medicina e terapia dello sport.

Le discipline sportive rappresentate sono 23 tra cui nuoto, ciclismo e mountain bike, tennis, golf, calcio, calcetto, basket, pallavolo, tiro fucile, judo, tennis da tavolo, vela, surfing, ecc... Per informazioni sul programma, modalità di partecipazione, sistemazione logistica chiamare lo **057278688** (dr. Giovanni Giovannini) e-mail: frabentravel@frabentravel.com





CATIVE ACQUE - JOHN SNOW E LA VERA STORIA DEL COLERA A LONDRA

Tom Jefferson - € 22,00 **per lettori di "Genova Medica" 18.70**

Dal 1832 al 1854 Londra fu ripetutamente investita da violente epidemie di colera. La classe medica di allora si schierò attorno a due teorie, pro e contro la trasmissibilità della malattia. Solo la voce dell'anestesista John Snow rimase fuori dal coro, secondo il quale non solo il colera era una malattia trasmissibile, ma l'acqua era il veicolo principale attraverso cui il "veleno patogeno" si diffondeva. Un'indagine appassionata e appassionante che non manca di impartire ai lettori moderni un'attuale lezione di epidemiologia e di metodo.



TERAPIA 2008 - F. Bartocconi (pocket manual + prontuario farmaceutico + DVD)

Edizioni La Treggia - € 43.00 **per lettori di "Genova Medica" 36.50**

Puntuale come ogni anno esce la rinnovata trentunesima edizione del "classico" della terapia medica. Il libro non ha bisogno di presentazioni in quanto è diventato uno strumento essenziale per tutti i medici.



PRINCIPI DI MEDICINA INTERNA. VADEMECUM D DIAGNOSI E TERAPIA MEDICA

Paolo Pola - Edizione 2008 - € 40.00 **per lettori di "Genova Medica" 34.00**

Con una parte clinica notevolmente ampliata il prof Pola ci propone la 3ª edizione di questo bel testo di terapia medica che sta avendo sempre maggior accoglienza tra la categoria dei giovani medici.



LINEE GUIDA 2005 PER LA RIANIMAZIONE - P. Baskett, J. Nolan

€ 25.00 **per lettori di "Genova Medica" 21.50**

Questo manuale contiene le European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005 in un formato pratico e maneggevole fornendo indicazioni su un ampio spettro di situazioni che si possono dover affrontare fuori e dentro l'ospedale. Partendo dalle manovre di base fino ad arrivare al supporto vitale avanzato per adulti, bambini e neonati, ciascun operatore sanitario trova in questo manuale le indicazioni sulle procedure da seguire indipendentemente dalla propria esperienza per una corretta gestione dell'emergenza.



CURRENT MEDICAL DIAGNOSIS AND TREATMENT 2008

S. McPhee, M. Papadakis, L. Tierney

€ 80.00 **per lettori di "Genova Medica" 68,00**

Questo è il testo americano di diagnosi e terapia medica più diffuso nel mondo. Apprezzato soprattutto dai giovani medici che conoscono l'inglese il "CMDT2008" rappresenta sempre la miglior fonte di aggiornamento.

**Recensioni
a cura di:**

Libreria Internazionale Medico Scientifica "Frasconi",

C.so A. Gastaldi 193 r. Genova - tel. e fax 0105220147

e-mail: info@libreriafrasconigenova.it - Sito: www.libreriafrasconigenova.it

La medicina e la sacralità della persona

Una storia millenaria dal night-hospital alla bioetica



"Visita all'ospedale" **Manuel Jimenez Prieto**

“In principio era il Sacro”: così potremmo dire riguardo all’origine della medicina, parafrasando il Prologo di Giovanni. In estrema sintesi è questo il concetto di esordio della più recente opera di Giorgio Cosmacini: *“La religiosità della medicina - Dall’antichità ad oggi”* Ed. Laterza. Il collega medico-filosofo, noto autore di molte opere - più di una dozzina - inerenti alla storia della medicina ed ai suoi risvolti etici e sociali, affronta un tema di grande attualità; dal momento che, dopo un plurimillenario cammino, i medici sono approdati alle sponde del grande mare della bioetica, dove il fondamentale impegno del rispetto della vita coinvolge nuovi ardui problemi: dalla procreazione assistita all’eutanasia, dal testamento biologico all’accanimento terapeutico. Sono problemi in cui, direttamente o indirettamente, sempre affio-

ra la sacralità della persona. Sotto questo aspetto è particolarmente interessante dare uno sguardo alle vicissitudini che nei secoli hanno influito sull’opera dei medici, nell’impasto, spesso contraddittorio, tra eventi naturali e influssi soprannaturali.

È noto a tutti che già i popoli primitivi si prodigavano in offerte per propiziarsi la protezione contro ogni male. Il Dio biblico - come leggiamo nell’Esodo - guariva i suoi fedeli, mentre sterminava gli egiziani con i suoi strali. Nella civiltà greco-romana è ben evidente il rapporto tra salute e divinità: il giuramento di Ippocrate esordiva con le parole *“giuro su Apollo medico e su Asclepio e Igea”*; e sarà Asclepio, nei suoi santuari, a guarire i malati: era la notte che poteva portare i più fortunati alla guarigione, dopo il “sonno incubatorio” sui gradini del tempio. Questa breve degenza nel tempio-ospedale precorreva il nostro day-hospital con un night-hospital. Così si credeva che gli dei potessero guarire; ma anche infliggere le malattie: come in tempi relativamente recenti (tra il 13° e il 14° secolo) sarebbe bastata una bestemmia - per editto dell’imperatore Massimiliano 1° - per procurarsi la sifilide.

Quindi un esempio di prevenzione ante-litteram! Se poi fosse capitata la sifilide c’era comunque un rimedio: bastava andare a Genova a comprare nel porto la corteccia di guaiaco per fare il decotto; che anche se non era benedetto sarebbe servito a suo modo a scopi religiosi, dacché i proventi sarebbero stati in parte devoluti - due secoli dopo - alla costruzione della basilica di San Pietro in Vaticano.

Come si vede c’è sempre un legame in sottofondo tra malattia e sacralità.

Da questo antico legame cercarono di liberarsi i medici già all’epoca di Ippocrate, esplorando le cause naturali delle malattie.

Peraltro la desacralizzazione delle malattie non

significava irreligiosità, anche se escludeva il senso punitivo divino della malattia. In più le motivazioni religiose, con l'avvento del cristianesimo, entrano nel campo della malattia in senso positivo, con il precetto di assistere i malati.

La carità assistenziale diventa una regola fondamentale di vari ordini monastici.

Anche nel mondo islamico si affermano norme prescrittive nella prevenzione e nella cura delle malattie, con attenzione all'anima oltreché al corpo. Il famoso Avicenna (Ibn Sina, 980-1037) propugna un umanesimo integrale, quasi fosse un precursore di Maritain: la cura va rivolta all'uomo nella sua totalità antropologica, in accordo con l'"Intelligenza Suprema"; quindi l'opera del medico è conforme all'atto divino della creazione.

La grande pestilenza del '300, che sterminò un terzo degli abitanti dell'Europa, fece nuovamente affiorare l'ombra del flagello divino. Sarà San Rocco a guarire gli appestati col tocco della mano; e così, dopo la sua morte, le reliquie andarono a ruba in tutta Europa.

Il fallimento dei medici non poteva che indurre la voglia di santi protettori; e fu così che i cadaveri di molti morti in odore di santità venivano bolliti in acqua e vino per separare più rapidamente le ossa dalla carne e distribuire le loro reliquie nelle varie chiese.

Tra il '400 e il '500 lo studio dell'anatomia e poi l'invenzione della stampa diffusero una maggiore conoscenza del corpo umano e, contestualmente, nuove opere assistenziali; sorgono allora i primi ospedali: gli ospedali per acuti, per i malati di cui si prevede la guarigione, che vengono definiti "maggiori"; mentre i "minori" sono riservati ai cronici. Spesso questi edifici sono gestiti da ordini religiosi. A metà del '500 viene stampato il primo testo di deontologia medica, per opera di Leonardo Botallo, ben noto per il "dotto" e per il "forame": ci si rende conto che il

primo obiettivo è "non procurare danni al paziente"; e anche dargli una speranza e attenuarne le sofferenze.

Un indirizzo antimetafisico della scienza medica si inaugura nel '600 con la scoperta di Harvey del "motu cordis" la circolazione del sangue non è più un mistero avvolto in sfere soprannaturali. Qualcuno pensa sia un'offesa alla religione; come peraltro succederà successivamente, a fine '700, con la condanna pontificia della vaccinazione antivaiolosa: un'offesa alle leggi naturali, nell'orrenda prospettiva dell'uominotauro! All'alba dell'ottocento, pur rimanendo rispettoso delle "scienze morali", il medico proclama di essere materialista; ma nel contempo allarga la sua "missione di carità" dal singolo paziente alla medicina sociale; e conferma ancora una volta il suo spirito antropologico nel primo codice ufficiale di deontologia medica (Sassari, 1903) che prospetta per la prima volta il consenso informato.

A fronte dei progressi scientifici si fa nuovamente viva la sacralità metafisica, dopo gli eventi miracolosi di Lourdes e con la diffusione dell'autorevole pensiero di Padre Agostino Gemelli, medico teologo, che convertito dall'ateismo diventerà alfiere della "scienza ancilla fidei". Siamo così giunti al Novecento; Papa Pio XII dichiara, come "principio fondamentale", che "la morale medica deve essere radicata nel trascendente".

Si potrebbe concludere, nel pluralismo etico che è proprio del mondo contemporaneo, che essere medici, al di là di ogni fede, è pur sempre riconoscere il valore antropologico della persona, che in tale senso è sacra per tutti; è una forma di religiosità laica ciò che chiede, magari inconsciamente, ogni paziente al suo medico: che vuol dire, oltre alla scienza, partecipazione, apertura di mani e di cuore.

Silviano Fiorato



Psicoterapia: lettera aperta ai colleghi

Presso la Fnomceo è stato recentemente costituito un "Gruppo di lavoro "Salute Mentale",

con il compito di gestire l'ultima vertenza tra medici e psicologi in merito alle competenze diagnostiche relative alla psicoterapia convenzionata.

Per il modo come ha impostato il proprio lavoro, sembra che questo nuovo "Gruppo" sia destinato, probabilmente, allo stesso esito fallimentare cui è già andata incontro la precedente Commissione per la psicoterapia della Fnomceo, cui erano stati assegnati analoghi compiti. Vale la pena di ricordare che già allora, sin dall'inizio dei lavori di tale Commissione, alla quale partecipai, si era messo in risalto la necessità che venisse esplicitamente sottolineata la fondamentale importanza della diagnosi psicopatologica differenziale per una validazione professionale tanto della psicoterapia quanto della psichiatria.

In tal senso, la Commissione avrebbe dovuto dare attuazione a quanto richiesto dal documento sottoscritto, sin dal 2004, da ben 102 Ordini dei medici di tutta Italia, e cioè che "in applicazione del 2° comma dell'art. 3 della legge 56/89, venga incluso, nel Regolamento per le scuole di specializzazione in psicoterapia, un articolo il quale prescriva, per lo psicoterapeuta "non medico", l'obbligo di una supervisione medica specialistica per tutto quanto concerne i problemi di diagnosi differenziale di ordine psicopatologico e psicosomatico".

E' ben vero, peraltro, che, sebbene la diagnosi

psicopatologica differenziale sia imprescindibile per una qualificazione professionale e scientificamente fondata della psicoterapia e della psichiatria, non sono mai esistiti (così come tuttora non esistono), nell'Università italiana, programmi didattici per la formazione del medico (generico e specialista) nelle discipline psicopatologiche.

Questa grave carenza della formazione scientifica e professionale del medico era stata pertanto segnalata ufficialmente da AMPSI e SIMPSI sin dal 1985, in occasione del 26° Congresso della Società italiana di psichiatria, con la comunicazione "Formazione dello psicoterapeuta e riforma della facoltà di medicina", dove venivano anche indicati i programmi di insegnamento necessari per ovviare a tale carenza didattica.

Tenuto conto di tali deficienze didattiche, dovrebbe risultare evidente che il compito primario di una Commissione (o "Gruppo") della Fnomceo dovrebbe essere quello di studiare, di concerto con le facoltà universitarie di medicina, le modalità più idonee per garantire ai programmi di formazione scientifica e professionale del medico un'adeguata integrazione nelle discipline psicopatologiche.

Ritengo che, per rivendicare le specifiche competenze diagnostiche del medico in sede di psicoterapia sia assolutamente necessario dare risalto soprattutto alle indispensabili competenze di diagnosi psicopatologica differenziale.

Auspico che il nuovo "Gruppo", la Fnomceo e tutti gli Ordini dei medici si adoperino, presso i responsabili dell'Accademia, affinché venga finalmente colmato l'attuale disastroso "buco nero" esistente, nella formazione universitaria del medico, nel campo della psicopatologia generale e clinica.

Basterà pensare che una "diagnosi" psichiatrica basata sul manuale DSM non consentirà

mai di stabilire, sul piano psicopatologico, un'autentica differenziazione tra una psicosi ed una psicopatia (tutte le psicopatie e le personalità psicopatiche sono considerate, da tale manuale, "diagnosticabili" come "patologie" a fondamento neurobiologico, analogamente alle psicosi genuine).

Non ricadiamo nella tanto infamata psichiatria manicomiale, con il suo criterio sociologico-infermieristico-segregazionista della "pericolosità comportamentale", per il quale anche l'individuo psicopatico viene qualificato come "malato di mente", prescindendo da ogni problemati-

ca interiore della personalità.

In simili condizioni, con una formazione universitaria di tipo infermieristico-manicomiale, non si vede di quali titoli di supremazia professionale lo psichiatra possa oggi fregiarsi rispetto allo psicologo che, in materia di diagnostica psicopatologica differenziale è, bensì incompetente, ma non meno di lui.

(Non si dimentichi che per formulare una "diagnosi" psichiatrica di stampo DSM non è necessario uno psichiatra e neppure uno psicologo: basta un computer).

G. Giacomo Giacomini

"Medici in Africa": scopi dell'associazione



Negli ultimi anni l'opera volontaristica dei medici e di tutti gli altri operatori sanitari è andata sensibilmente aumentando, sostenendo progetti spontanei ed autonomi o partecipando a progetti istituzionali della Cooperazione Internazionale o delle diverse ONG. A questa spinta altruistica, però, non sempre fa riscontro un'adeguata preparazione su cosa significhi realmente operare in questi Paesi. Per affrontare queste problematiche il Dipartimento di discipline chirurgiche, morfologiche e metodologie integrate (Di.CMI) dell'Università degli Studi di Genova (dir. prof. E. Berti Riboli) promuove, già da alcuni anni, il corso di aggiornamento "Medici in Africa" (dal 12 al 15 marzo 2008 si svolgerà la sesta edizione) il cui corpo docente è composto da esperti che hanno svolto, per lunghi periodi di tempo, la loro attività sanitaria in Africa, Asia e America Latina. Inoltre, nel maggio di quest'anno, si è costituita l' "Associazione Medici in Africa"- Onlus che vede tra i propri iscritti non solo il "nucleo originario Medici in Africa" ma anche quei medici che hanno già avuto esperienze di volontariato od intendono averne. Scopo dell'Associazione è quello di favorire il volontariato medico e sanitario italiano aderente all'Associazione presso i paesi emergenti; realizzare corsi specifici di formazione di base; realizzare in loco corsi specifici di formazione per il personale locale; interfacciarsi con la cittadinanza per il corretto utilizzo degli aiuti devoluti alle strutture sanitarie africane o per specifici aiuti; informare la cittadinanza sulle attività dell'Associazione e sulle reali situazioni socio-sanitarie dei Paesi nei quali si opera. Per diventare soci dell'Associazione o avere ulteriori informazioni:

Medici in Africa - onlus - tel. 010 3537255 (Sig.ra Dall'Asen); e-mail: marina.dallasen@unige.it

Domenico Dato



Notizie dalla C.A.O.

Commissione Albo Odontoiatri

A cura di Massimo Gaggero

Da "Fondo Dentisti" a "Fondo Sanità"

L'Enpam si affianca ad Andi quale fonte istitutiva del Fondo. Il noto "Fondo Dentisti" Andi è stato, infatti, allargato a tutti i medici, farmacisti e infermieri, trasformandosi in "Fondo Sanità", espressione della necessità colta da Enpam di dedicare particolare attenzione allo strumento della previdenza integrativa, in risposta alle preoccupanti proiezioni in termini previdenziali per i prossimi anni, ed in particolar modo per i colleghi più giovani. Il Consiglio di Amministrazione di Fondo Sanità recentemente insediato, vede la Presidenza del dr. Luigi Daleffe, con il dr. Claudio Capra nel ruolo di Segretario e si avvale della significativa partecipazione di Colleghi Dirigenti Andi (dr. Paolo Dri, dr. Alessandro Zovi) a tutela degli interessi della categoria odontoiatrica. Fondo Sanità infatti costituisce ora un'importante opportunità per tutti i Colleghi, giovani e meno, nella speranza di un futuro pensionistico più sereno. Tutto ciò è confermato dal fatto che hanno deciso di afferire al Fondo, oltre ai Dentisti ed ai Medici, categorie quali i Farmacisti (titolari e collaboratori laureati) e gli Infermieri libero professionisti.

In passato l'adesione dei Dentisti italiani al Fondo dedicato è stata forse sottovalutata, ora la trasformazione in Fondo Sanità, con una platea di aderenti notevolmente ampliata e con una rinvigorita progettualità, rappresenta una concreta risposta alle preoccupazioni del futuro previdenziale, unita ai particolari vantaggi

fiscali previsti, cioè la **totale deducibilità fiscale, in termini di oneri deducibili, sino ad un versamento pari a 5.164,57 euro all'anno.** Per info: www.fondosanita.it tel. 06/48294333.



Importante passo avanti nella lotta all'abusivismo

Con l'approvazione al Senato del Disegno di Legge n.1249 presentato dal Ministero della Salute dal titolo "**Semplificazione degli adempimenti amministrativi connessi alla tutela della salute**" si è aperta concretamente la possibilità di avere a disposizione **nuovi strumenti penali** nella lotta all'abusivismo in campo odontoiatrico.

Il disegno di legge prevede infatti all'art. 8: "In caso di condanna per violazione dell'articolo 348 del codice penale, il giudice ordina la confisca delle attrezzature utilizzate, appartenenti ai soggetti che abbiano abusivamente esercitato la professione sanitaria o agli esercenti la professione sanitaria concorrenti nel reato". L'impegno sarà ora rivolto a sollecitare una rapida approvazione da parte dell'altro ramo del Parlamento per la trasformazione definitiva in legge.

XIII Premio Andi Genova per l'anno 2007

“Premio Tullio Zunino” - “Premio Giuseppe Sfregola” Venerdì 15 febbraio 2008 ore 20.30

Nella prestigiosa **Sala degli Specchi di Villa Spinola, venerdì 15 febbraio ore 20.30**, si consegneranno i Premi riferiti all'anno 2007, uno per “meriti associativi”, dedicato all'indimenticabile Tullio Zunino e l'altro per “meriti scientifico-culturali”, in memoria di Giuseppe Sfregola, ex Segretario Culturale dell'Andi Nazionale, amico dell'Andi Genova. La Commissione incaricata ha scelto, anche



La consegna del premio dell'ultima edizione, da parte del Segretario Culturale dr. Uberto Poggio.

questa volta, due colleghi veramente meritevoli e stimati che sicuramente andranno ad impresiosire il già prestigioso Albo d'Oro.

Come al solito, si mantiene il riserbo più stretto sui nomi, ma si anticipa che quest'anno i premiati sono due personaggi molto importanti del mondo culturale italiano e del panorama associativo nazionale dell'Andi.

Come ogni anno, è prevista la cena associativa annuale con parenti, amici e collaboratori, per trascorrere insieme questa importante serata dell'Odontoiatria genovese, anche in occasione della ricorrenza di S. Apollonia, Patrona di tutti i Dentisti.

ECM: obbligatorio dal 1° gennaio 2008 anche per tutti i liberi professionisti

La Legge finanziaria n. 244 del 24/12/2007 contiene alcune disposizioni di specifico interesse per i professionisti.

In particolare l'art. 2 prevede: commi 357-360 “ECM” - *Viene recepito e trasformato in Legge l'accordo stipulato in sede di “Conferenza Stato-Regioni” il 1° agosto 2007.*

In pratica l'ECM termina di essere sperimentale e dal 1° gennaio 2008 diventa obbligatorio per tutti, liberi professionisti compresi, con nuove regole che saranno oggetto di specifiche future informazioni.

Il Ministero della Salute provvederà a nominare con decreto la nuova Commissione nazionale per la Formazione continua che opererà all'interno dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali con personale opportunamente dedicato (60 unità).

Iscrizioni Andi Genova Anno 2008

L'Associazione Nazionale Dentisti Italiani, Sezione Provinciale di Genova, comunica che sono aperte le iscrizioni per l'anno 2008. L'importo della quota è rimasto invariato rispetto agli altri anni.

Per informazioni sulle tipologie di quote e le modalità di iscrizione è possibile telefonare in Segreteria: 010/581190 dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.00; orario di sportello dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 15.00 in Piazza della Vittoria 12/6 Genova.

Comunicazioni di eventi odontoiatrici

ANDI GENOVA - CORSI 2008

• FEBBRAIO

Sabato 9

Primo "Corso Master per assistenti e per dentisti" con il **dr. Cesare Robello** su argomenti riguardanti la protesi su impianti, dall'impronta alla consegna della protesi.

Mercoledì 13

Corso base di Radiologia Odontoiatrica "La valutazione dell'attendibilità di una ortopantomografia: dalla fonte radiogena al piano sensibile". Relatore: **dr. Corrado Gazzero**.

• MARZO

Martedì 11

Serata sui microimpianti.

Sabato 15

Una mattinata, durante la quale verranno espone le attuali conoscenze in merito ai rapporti esistenti tra malattia parodontale, arteriosclerosi, e patologie vascolari a cura del **prof. Maurizio Tonetti, prof. Giuliano Lo Pinto** e **dr. Renzo Poggio**.

• APRILE

Venerdì 4 - sabato 5

Congresso "Liguria Odontoiatrica" del Circuito Nazionale Andi Eventi.

La giornata pregressuale di venerdì 4 aprile propone lo svolgimento, come da consuetudine, di 2 corsi teorico-pratici:

A) "I restauri diretti nei settori posteriori" con relatore **dr. Alessandro Pradella**, Socio attivo dell'Accademia Italiana di Conservativa.

B) "Applicazioni cliniche delle diverse tecniche di sutura in chirurgia orale" con il **dr. Roberto Maffei** stimato relatore su argomenti di chirurgia odontoiatrica ed inoltre presidente di Andi Bari.

Per entrambi i corsi la parte pratica si terrà nel pomeriggio.

Sempre **nella serata** di venerdì 4, è prevista una suggestiva **Cena di Gala nella "Sala degli squali"**, all'interno dell'**Acquario di Genova**; ad anticipare la cena vi sarà una **visita guidata** attraverso le numerose vasche dell'intera struttura dell'Acquario più grande d'Europa.

La giornata congressuale di sabato 5 aprile, prevede una serie di relazioni inerenti il "Recupero funzionale dell'elemento singolo".

I relatori del Congresso saranno i dr.i: **Guido Prando, Gabriella Grusovin, Monaldo Saracinelli, Riccardo Becciani, Andrea Polese, Alessandro Marcoli e Daniel Celli**.

Come da consuetudine, nel programma del Congresso è presente la **Sessione per le Assistenti di Studio Odontoiatrico (A.S.O.)**.

Venerdì 11

I.R.C. - B.L.S. Retraining

Corso sulle Emergenze di Pronto Soccorso e Rianimazione Cardiopolmonare (con rilascio di certificazione di riconoscimento internazionale della validità di due anni).

Sabato 12

I.R.C. - B.L.S. Base - Corso sulle Emergenze di Pronto Soccorso e Rianimazione Cardiopolmonare (verrà rilasciato la certificazione di riconoscimento internazionale della validità di 2 anni).

Sabato 19






Corso di Management a cura del **dr. Tiziano Caprara**.





Per tutti i corsi sarà richiesto l'accreditamento ECM.




Sede dei corsi: Sala Corsi Andi Genova, piazza della Vittoria 12/6, tel.010/58 11 90.

STRUTTURE PROVVISORIAMENTE ACCREDITATE (PROVINCIA DI GENOVA)

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

STRUTTURE PRIVATE	INDIRIZZO E TEL.	SPECIALITA'						
ISTITUTO IL BALUARDO cert. ISO 9002 	GENOVA	RX	TF	S	DS	TC	RM	
Dir. San.: Prof. E. Salvidio prof. onor. in clin. med.	P.zza Cavour							
R.B.: Prof. D. Fierro Spec.: Radiologia	Porto Antico							
R.B.: Dr. M. Casaleggio Spec.: Fisiocinesiterapia	010/2471034							
www.ilbaluardo.it	clienti@ilbaluardo.it							
	fax 2466511							
IST. BIOMEDICAL ISO 9002 	GENOVA	PC	Ria	RX	TF	S	DS	TC
Dir. San.: Prof. B. De Veris.: Igiene e Medicina Prev.	Via Prà 1/B							
Dir. Tec.: Day Surgery Dr. A. Brodasca Spec.: Anestesiologia								
Dir. Tec.: Day-Hospital D.ssa M. Romagnoli Spec.: Derm.	010/663351 - fax 010/664920							
Dir. Tec.: D.ssa P. Nava (biologa) Spec.: Igiene	www.biomedicalspa.com							
Dir. Tec.: Dr. M. Oddone Spec.: Radiodiagnostica								
Dir. Tec.: Dr. G. Molinari Spec.: Cardiologia								
Dir. Tec.: Dr.ssa E. Marras Spec.: Medicina Fisica e riabilitativa								
Dir. Tec.: Dr. A. Bocuzzi Spec.: Medicina dello sport								
Dir. Tec.: Dr. A. Peuto Spec. ginecologia e ostetricia								
Poliambulatorio specialistico	GENOVA - PEGLI							
Dir. Tec.: Dr. S. Venier Medico Chirurgo	Via Martiri della Libertà, 30c							
	010/6982796							
Punto prelievi	Via Teodoro di Monferrato, 58r.							
Responsabile Dr. S. Vernier Medico Chirurgo	010/6967470 - 6982796							
IST. BIOTEST ANALISI - ISO 9001-2000 	GENOVA	PC	Ria			S	DS	
Dir. San.: Dr. F. Masoero	Via Maragliano 3/1							
Spec.: Igiene e Med. Prev.	010/587088							
R.B.: D.ssa P. Rosselli Spec. Cardiologia								
IST. Rad. e T. Fisica CICIO - ISO 9001-2000 	GENOVA	RX	RT	TF			DS	
Dir. San. e R.B.: Dr. G. Cicio	C.so Sardegna 40a							
Spec.: Radiologia	010/501994							
C.M.R. CENTRO MEDICO RIABILITATIVO	GENOVA Casarza Ligure			TF	S			
Dir. San. e R.B.: D.ssa M. Ottaviani	Via Francolano, 121							
Spec.: Medicina Fisica e Riabilitazione	tel. e fax 0185/466728							
IST. EMOLAB cert. ISO 9001/2000 	GENOVA	PC	Ria	RX		S	DS	
Dir. San. e R.B.: G.B. Vicari	Via G. B. Monti 107r							
L.D.: Chim. e Microscopia Clinica	010/6457950 - 010/6451425							
R.B.: Dr. S. De Pascale Spec. Radiologia	Via Cantore 31 D - 010/6454263							

STRUTTURE PRIVATE		INDIRIZZO E TEL.	SPECIALITA'						
IST. RADIOLOGIA RECCO		GE - RECCO	RX RT TF DS						
Dir. San. e R.B.: Dr. C. A. Melani Spec.: Radiodiagnostica Resp. Terapia fisica: D.ssa A. Focacci Spec.: Fisiatria		P.zza Nicoloso 9/10 0185/720061							
EMOS c/o il Baluardo		GENOVA	PC DS						
Dir. Tec.: Prof. E. Salvidio già dir. scuola di spec. in ematologia clinica e di laboratorio R. B.: Prof. D. Fierro Spec. radiologia Punto prelievi Via G. Torti 30/1		Via Calata Marinetta, 30 Porto Antico 010/2472149 fax 2466511 010/513895							
IST. FIDES		GENOVA	TF						
Dir. Tec.: Dr. F. Veccia Spec.: Fkt. e rieduc. neuromotoria		Via Bolzano, 1B 010/3741548							
IST. GALENO		GENOVA	PC RX RT TF S DS						
Dir. Tec. Dr. D. De Scalzi Biologa - Spec.: Patologia Clinica R.B.: Dr. R. Lagorio Spec. Radiologia Medica Dir. Tec.: Dr. G. Bricchetto Spec. Ter. Fisica e Riabilit.		P.sso Antiochia 2a 010/319331 010/594409 010/592540							
IST. I.R.O. Radiologia - certif. ISO 9002 		GENOVA	RX TF S DS						
Dir. Tec. e R.B.: Dr. L. Reggiani Spec.: Radiodiagnostica R.B.: D.ssa C. Ivaldi		Via San Vincenzo, 2/4 "Torre S. Vincenzo" 010/561530-532184							
IST. ISMAR certif. ISO 9002 		GENOVA	PC Ria RX S TC						
Dir. San. e R.B.: D.ssa P. Mansuino Biologo - Spec.: microbiologia e igiene R.B.: Prof. Paolo Romano Spec.: Cardiologia Punto prelievi: Via Caneparì 65 r		Via Assarotti, 17/1 010/8398478 fax 010/888661 tel .010/4699669							
IST. LAB certif. ISO 9001-2000 		GENOVA	PC Ria S						
Dir. Tec.: D.ssa M. Guerrina Biologa Punto prelievi: C.so Magenta, 21 A (Castelletto) tel.010/2513219		Via Cesarea 12/4 010/581181 - 592973							
IST. LIGURIA - certif.ISO 9001/2000 DNV		GENOVA	PC S						
Dir. Tec.: Dr. R. Oliva, biologo Spec.: Igiene Punto prelievi: P.zza Duca degli Abruzzi 8 r. Via Napoli, 50 r		C.so Sardegna, 42/5 010/512741 - fax 010/515893 010/3728414 010/2421784							
IST. MANARA		GE - BOLZANETO	PC RX TF S DS TC RM						
Dir. San. e Dir. Tec.: Dr. M. Manara Spec.: Radiologia Medica Dir. Tec.: D.ssa C. Sgarito Spec.: Medicina Fisica e Riabilitazione Patologia clinica: dir. tec. D.ssa L. Vignolo Biologa		Via Custo 11 r. 010/7455063 Via B. Parodi 15/21/25 r 010/7455922 tel. e fax							
IST. MORGAGNI certif. ISO 9001 		GENOVA	PC RX S DS						
Dir. San. e R.B.: D.ssa A. Lamedica Biologo Spec.: Patologia Clinica R.B.: Dr. L. Berri Spec. Radiologia R.B.: Prof. G. Lamedica Spec. Cardiologia		C.so De Stefanis 1 010/876606 - 8391235 Via G. Oberdan 284H/R 010/321039							
IST. NEUMAIER		GENOVA	RX RT TF DS						
Dir. San. e R.B.: Dr. L. Berri Spec.: Radiologia		Via XX Settembre 5 010/593660							
CENTRO RADIOLOGICO E FISIOTERAPICO		GE - BUSALLA	RX TF DS						
Dir. San. e R.B.: Prof. L. Morra Spec.: Radiologia medica Resp. Terapia fisica: Dr. Franco Civera Spec.: Fisiatria		Via Chiappa 4 010/9640300							

STRUTTURE PRIVATE	INDIRIZZO E TEL.	SPECIALITA'
IST. SALUS <small>certif. ISO 9002</small> 	GENOVA Dir. San. e R.B.: Dr. E. Bartolini Spec.: Radiologia Igiene Med. Prev.	PC Ria MN RX RT TF S DS TC RM
IST. STATIC <small>certif. ISO 9001/2000</small> 	GENOVA Dir. Tecnico e R.B. FKT: Prof. R. Cervetti Spec.: Fisiatria e Reumatologia R.B.: Dr. M. Debarbieri Spec.: Radiologia	RX TF
IST. TARTARINI	GE - SESTRIP. Dir. Tec.: D.ssa M. C. Parodi, biologa Spec.: igiene or. lab. Dir. Tec.: Dr. A. Picasso Spec.: radiologia Dir. Tec.: D.ssa I. Parola Spec.: med. fisica e riabil.	PC Ria RX RT TF S DS
TMA - TECNOLOGIE MEDICHE AVANZATE	GENOVA Dir. Tec.: Dr. A. Gambaro <small>certif. ISO 9001:2000</small>  Spec.: Radiodiagnostica www.montallegro.it/TMA tma@montallegro.it	RX S DS TC RM
IST. TURTULICI RADIOLOGICO TR	GENOVA Dir. San.: Dr. Vincenzo Turtulici Spec.: radiologia medica	RX RT DS TC RM
IST. VALE	GENOVA Dir. San.: G.B. Vicari Spec.: Medicina nucleare Punto prelievi Via Monte Zovetto 9/2	PC Ria S DS

ISTITUTI NON CONVENZIONATI SSN	SPECIALITA'	
LABORATORIO ALBARO <small>certif. ISO 9001/2000</small> 	GENOVA Dir. San.: Prof.R. Bonanni Spec. in Ematologia Microbiologia medica, Anatomia patologica R.B.: D.ssa M. Clavarezza Spec.: Igiene R.B.: L. De Martini Spec.: Radiologia R.B.: Prof. M.V. Iannetti Spec.: cardiologia www.laboratorioalbaro.com	PC Ria RX TF S DS TC RM
IST. BOBBIO 2	GENOVA Dir. San. e R.B.: Dr. S. Diociaiuti Spec.: Fisiatria	TF S
CENTRO MEDICO ELLE-EMME	GENOVA PRA' Dir. Tec.: Dr. G. Leoncini Spec.: Cardiologia - Spec.: Pneumologia Spec.: Medicina dello Sport	TF S DS
STUDIO GAZZERRO	GENOVA Dir. San.: Dr. Corrado Gazzoero Spec.: Radiologia www.gazzoero.com	RX S DS TC RM
RIABILITA'	GENOVA Dir. Tec.: Dr. G. M. Vassallo Spec.: Fisiatra Spec.: Medicina dello sport	TF

LEGENDA: PC (Patologia Clinica) TF (Terapia Fisica) R.B. (Responsabile di Branchia)
Ria (Radioimmunologia) S (Altre Specialità) L.D. (Libero Docente) MN (Medicina Nucleare in Vivo)
DS (Diagnostica strumentale) RX (Rad. Diagnostica) TC (Tomografia Comp.) RT (Roentgen Terapia)
RM (Risonanza Magnetica)

PROGETTO PROFESSIONE

Da più di 50 anni, l'esperienza professionale di ACMI e dei suoi medici contribuisce a perfezionare i prodotti assicurativi destinati ai propri associati permettendo a Simbroker la realizzazione, con primarie Compagnie di assicurazione, di polizze rispondenti alle sempre più complesse esigenze della classe medica.

RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE

Valida in tutti i paesi del mondo, escluso USA e CANADA, la garanzia mette a disposizione un massimale per il risarcimento dei danni causati involontariamente a terzi connessi all'attività di diagnostica e terapeutica del medico.

La garanzia è valida per le richieste di risarcimento pervenute per la prima volta, anche per fatti accaduti entro e non oltre tre anni prima. La garanzia comprende l'estensione ai danni estetici e fisiologici conseguenti ad interventi chirurgici non di chirurgia estetica.

TUTELA LEGALE PROFESSIONALE

La garanzia assicura il rimborso delle spese occorrenti per la tutela legale quando il medico subisce danni causati da fatti illeciti di terzi, quando sia perseguito in sede penale e quando debba sostenere controversie relative a contratti di lavoro con i suoi dipendenti, con il proprio datore di lavoro e con gli Istituti che esercitano le assicurazioni sociali obbligatorie. Quando il medico debba convenire in giudizio per vertenze in sede civile la garanzia base è operativa solo dopo che l'assicurazione di Responsabilità Civile abbia esaurito il proprio massimale di spese legali di resistenza e soccombenza. E' prevista, con pagamento di un supplemento di premio, l'estensione ad una vertenza contrattuale in sede civile per anno.

Il medico avrà quindi pagate le spese del proprio avvocato che lo assiste sia per resistere alle richieste di controparte sia per chiamare in manleva la compagnia che garantisce il rischio della Responsabilità Civile.

In caso di vertenza extragiudiziarla la compagnia di assicurazione assisterà il socio con i propri legali convenzionati. Sono incluse eventuali spese di arbitri intervenuti.



RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE: CONDIZIONI PARTICOLARI

1. DIPENDENTE OSPEDALIERO
2. PROFESSIONE DI DIRIGENTE DI II° LIVELLO
3. DIRETTORE SANITARIO per attività medica in strutture private monospecialità
4. IMPLANTOLOGIA
5. PROFESSIONE DI DERMATOLOGIA CON ESTETICA
6. CHIRURGIA ESTETICA
7. MEDICO COMPETENTE
8. MEDICO LEGALE
9. SPECIALIZZANDO

IN COLLABORAZIONE CON

