



Genova Medica



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

Editoriale

Nuove professioni e
possibili confusioni di ruoli

In primo piano

FNOMCeO: proposte per
una "buona politica" in Sanità

Note di diritto sanitario

- Profili giuridici nell'attività prescrittiva
- Lo svolgimento di funzioni primari

Cronaca & attualità

Oncologia: integrazione
tra specialista e MMG

Medicina & previdenza

Pensione medici: perequazione
o sperequazione?

Notizie dalla C.A.O.

N. 3 Marzo 2008



L'ORDINE DI GENOVA

Piazza della Vittoria 12/4 - 16121 GENOVA

www.omceoge.org

Come contattarci

anagrafica@omceoge.org
tel 010/587846 e fax 010/593558

Orario al pubblico

dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 14.30

Comunicazioni

Cambio di indirizzo:

comunicare tempestivamente ogni variazione della residenza anagrafica o del domicilio, specificando chiaramente presso quale indirizzo si desidera ricevere la corrispondenza - anagrafica@omceoge.org oppure tramite fax - 010/593558.

Documenti

Rilascio certificati di iscrizione:

in orario di apertura al pubblico

Tassa annuale di iscrizione:

tramite bollettino Mav presso gli uffici postali, tramite banca oppure on-line su: www.scrignopagofacile.it

“Genova Medica”

Le richieste di pubblicazione o di comunicazione di congressi, corsi o eventi devono pervenire alla redazione dell'Ordine via e-mail a: direzione@omceoge.org in tempo utile (entro il 20 di ogni mese). Il direttore responsabile può rifiutare la pubblicazione di quegli articoli che mettano in pregiudizio la propria responsabilità morale o legale o che siano in contrasto con gli indirizzi dell'Ordine. La redazione è autorizzata ad apportare modifiche ai testi relativamente alla lunghezza senza modificare la sostanza e il pensiero. La responsabilità dei contenuti resta, in ogni caso, dell'autore. Articoli e foto inviati, anche se non pubblicati, non verranno restituiti.



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

Tesorieri

Maria Proscovia Salusciev

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

Genova Medica

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

Editoriale

4 Nuove professioni e possibili confusioni di ruoli

In primo piano

5 FNOMCeO: proposte per una "buona politica" in Sanità

Note di diritto sanitario

11 Profili giuridici nell'attività prescrittiva

13 Lo svolgimento di funzioni primariali nelle più recenti pronunce del Consiglio di Stato

Cronaca & attualità

15 Oncologia: integrazione tra specialista e MMG

19 L'errore in medicina: anche il medico di famiglia può sbagliare?

27 Psicoterapia, psichiatria e diagnosi psicopatologica differenziale

Medicina & psiche

17 "Iam tempus fugit"

Medicina & previdenza

21 Pensione medici: perequazione o sperequazione?

24 **Notizie in breve**

25 **Corsi & Convegni**

26 **Recensioni**

Medicina & cultura

29 Paracelso: chi era costui?

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

Periodico mensile - Anno 16 n. 3 marzo 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:** Aristide Sartorio (1860-1932) "Gambina ferita". **Finito di stampare nel mese di marzo 2008.**



Nuove professioni e possibili confusioni di ruoli

La decisione del Governo, che per le note questioni politiche è stata procrastinata, di trasformare il collegio degli infermieri, delle ostetriche e dei tecnici di radiologia in Federazioni di Ordini rappresenta comunque una fonte di nuove preoccupazioni per quelle che saranno in futuro le competenze professionali dei nuovi "dottori" e ripropone in maniera forte la "questione medica".

Da un attento esame degli attuali articoli di legge si può constatare, come tutte le precedenti leggi in materia di "chi poteva e cosa doveva fare" siano state improvvisamente vanificate da continui provvedimenti che da tempo stanno erodendo sempre di più le prerogative della professione medica.

Se da un lato è condivisibile riconoscere ai "nuovi dottori" una maggiore e più allargata attività professionale, dall'altra il veder parificate funzioni proprie della nostra professione di medici a quelle svolte da altri operatori può suscitare forti perplessità poiché la potestà di diagnosi e cura oggi peculiarità propria della nostra attività, domani potrebbe essere attribuita anche ad altre nuove categorie sanitarie.

La definizione analitica delle mansioni riservate di competenza di ciascuno dei profili professionali in assoluto e così come formulata, non garantisce, infatti, dal verificarsi di una sovrapposizione o addirittura di un'esclusione di attività e competenze oggi esercitate, in via riservata, dai medici e dagli odontoiatri.

La mia non vuole essere una difesa corporativistica della classe medica a scapito di altre figure professionali, nei confronti delle quali nutro il massimo rispetto e ne condivido l'utilità e l'opportunità nel SSN, ma una critica nei confronti di una legge che, così formulata, ritengo fuorviante poiché non vengono date chiare indicazioni sulle modalità con le quali debba essere garantita l'unitarietà della prestazione sanitaria e socio-sanitaria e l'individuazione di precise responsabilità dei processi, fonte di possibili contenziosi.

Ancora una volta stiamo duramente pagando il permissivismo della classe medica che in questi anni ha subito qualsiasi decisione calata dall'alto e, di conseguenza, un lento ed inesorabile processo di esclusione dai ruoli gestionali e professionali.

Forse è giusto così, o forse no, ma di una cosa sono certo: domani sarà opportuno che i colleghi per farsi riconoscere si tolgano il camice come il Dottor House!!

Battuta a parte, ritengo necessario intervenire affinché venga mantenuta la centralità dell'attività del medico senza voler ledere spazi di autonomia delle altre professioni sanitarie, ma cercando di tutelare le nostre competenze e le attività svolte anche e principalmente a tutela della salute del cittadino.

Enrico Bartolini



FNOMCeO: proposte per una "buona politica" in Sanità

L Consiglio Nazionale della FNOMCeO ha approvato, sabato 23 febbraio a Roma, un documento che abbraccia gli aspetti salienti e "critici" della professione medica "nella consapevolezza che la crisi della professione si supera riaffermando il ruolo politico, sociale e civile delle organizzazioni professionali, in un rapporto tanto continuo e coerente con la società civile, quanto dialettico con i decisori politici e intransigente contro la cattiva politica".

Il documento, che riportiamo di seguito, è frutto di un lavoro di mesi durante i quali la Federazione ha fatto rete con espressioni delle professioni e della società, attraverso tavoli di lavoro con le Associazioni dei malati, con quelle di tutela dei consumatori, con la Federazione Nazionale della Stampa, con Farindustria e Assobiomedica, mentre collaborazioni istituzionali si sono avviate con l'AIFA, l'ANSSR, l'ISS, con gli Ordini e Collegi delle altre professioni sanitarie.

Sono cinque le questioni da affrontare e indicate nell'agenda politica:

- la ridefinizione dei rapporti tra le prerogative della politica e quelle della gestione;
- la formazione universitaria pre e post laurea e l'abilitazione dei medici e odontoiatri;
- la prevenzione e la gestione del rischio professionale;
- la centralità del ruolo del medico nei modelli operativi;
- la riforma delle professioni intellettuali e degli ordini professionali.

I processi di innovazione scientifica e tecnologica della medicina e le trasformazioni della sanità propongono alla società ed ai medici, sfide tecnico-professionali, etiche e civili sempre più complesse.

In questi processi che sollecitano assunzioni di responsabilità, anche le istituzioni professionali sono chiamate a risposte all'altezza delle sfide, a cominciare dalla capacità di ricomporre una professione frantumata in tante orgogliose

diversità, intorno ad un progetto unitario, apace di rappresentare e comunicare un'identità autorevole, fondata su una libera condivisione di valori etici e civili, di obiettivi sociali e tecnico professionali. Questa visione è oggi una realtà in progress potendo già contare, a livello nazionale, su una salda collaborazione tra la FNOMCeO, le Organizzazioni sindacali e le Società scientifiche.

Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO ritiene

che il consolidamento di questo obiettivo debba essere la prima risposta ad una categoria professionale che mostra segni, sempre più diffusi e profondi, di disagio professionale e di demotivazione pericolosa per la salute dei cittadini verso un presente ed un futuro percepiti senza speranze di miglioramento.

Il disagio dei professionisti, al quale si aggiungono, in vaste aree del paese, preoccupanti segnali di sfiducia dei cittadini verso la sanità pubblica, trova spesso ragioni in una responsabilità politica degenerata in mero esercizio dei poteri che invade la sfera gestionale in modo arrogante e clientelare.

Nell'esercizio responsabile dei nostri ruoli istituzionali non intendiamo consegnare questo profondo malessere al qualunque di una sterile antipolitica, ma vogliamo adoperarci per restituire dignità e prestigio alla politica in un nuovo orizzonte di valori etici e civili, di costumi sociali, di regole condivise che irrobustiscano, tra i cittadini e i professionisti, la fiducia nell'impegno per la collettività e le sue istituzioni democratiche. Il Consiglio nazionale della FNOMCeO ritiene appropriata l'esperienza dei tavoli di lavoro già avviati con le Associazioni di tutela dei diritti dei malati, con quelle di tutela dei consumatori, con la Federazione della stampa, con Farindustria e Assobiomedica, nonché l'attivazione di collaborazioni istituzionali con l'A.I.F.A., l'A.N.S.S.R., l'I.S.S., con gli Ordini e Collegi delle altre professioni sanitarie. Questa assunzione di responsabilità intende rompere quell'assordante silenzio sui temi della sanità che sembra accomunare i programmi elettorali fino ad oggi ufficializzati dai candidati al Governo del paese.

La nostra Sanità, sia quella pubblica che privata, ha invece un grande bisogno della “buona politica” capace di governare le tante criticità di un settore economico in rapida

espansione che oggi vale il 12,4% del PIL, che vanta i tassi di innovazione tecnologica, di investimenti in ricerca e sviluppo, di valore aggiunto per addetto, di competitività internazionale su mercati strategici (farmaci, tecnologie sanitarie, e-health, eccellenze tecnico scientifiche), tra i più elevati del nostro Paese.

Questi dati, ampiamente condivisi da tutti gli esperti, legittimano la convinzione che la nostra spesa sanitaria pubblica e privata, in linea con la media europea, non sia solo un costo ma un investimento che produce un bene primario, indispensabile all'identità civile e alla coesione sociale. Serve altresì una politica alta per riaganciare ad una sanità moderna, efficace ed accessibile, quelle vaste parti del paese, il nostro sud e le nostre isole, segnate da storiche disuguaglianze sociali ed economiche, per superare quanto non pare nè risolto, nè risolvibile da questo federalismo e cioè un destino di terre di migranti, ieri per il diritto al lavoro, oggi per quello alla tutela della salute.

Occorre una politica per il meridione che sappia affiancare a misure più generali di ordine economico e sociale, un piano straordinario per la sanità, pluriennale, a gestione controllata, di interventi in strutture, in tecnologie, in reti di servizi sanitari e socio-sanitari, in formazione, che faccia leva sulle risorse civili e sociali dei cittadini e dei professionisti che oggi pagano sulla loro pelle malagestione, arroganze e illegalità. **Richiamiamo l'attenzione su alcune questioni che intendiamo proporre come priorità della “buona politica in sanità” per le soluzioni possibili.**

1) E' indifferibile ridefinire i rapporti tra le prerogative della politica e quelle della gestione: alla prima compete determinare le scelte strategiche di attribuzione equa delle risorse e di distribuzione efficiente ed efficace dei servizi, alla seconda garantire la qualità, l'accessibilità,

l'appropriatezza e la sicurezza delle attività nel rispetto delle risorse disponibili.

L'esperienza di questi ultimi anni ci fa dire che l'invadente ruolo della politica è reso possibile da un impianto istituzionale (federalismo, almeno così come si è sviluppato) e da una definizione legislativa degli assetti gestionali (l'Aziendalizzazione, il ruolo monocratico del direttore generale, il prevalere di mere finalità economicistiche) che incoraggiano i decisori di turno ad un uso discrezionale delle deleghe, ai fini di mantenere un controllo del consenso sociale. Ogni soluzione che non sia una demagogica operazione estetica deve mettere in discussione questo impianto immettendo robusti correttivi.

- Va ridefinito e riconosciuto più spazio alla valutazione sui risultati di salute conseguiti nelle comunità, affiancando ai governi dei territori (municipalità, comuni, consorzi di comuni) il grande patrimonio civile e sociale rappresentato dall'associazionismo no profit.*

- Va irrobustito in questa sanità federale, che sembra aver allargato le storiche disuguaglianze del nostro Paese, il ruolo dello Stato nel regolare e garantire l'accesso ai diritti fondamentali, così come previsto dalla Costituzione. A tal fine non bastano più i L.E.A che rischiano di diventare un mero elenco di prestazioni più o meno disponibili ai cittadini, senza aver contestualmente garantito livelli essenziali di qualità, appropriatezza ed efficacia delle prestazioni, di sicurezza delle strutture e delle tecnologie, di formazione e aggiornamento dei professionisti, di efficienza nelle procedure di spesa, di utilizzo delle risorse umane.*

- Vanno rivisti, il ruolo e le attribuzioni del direttore generale all'interno di un modello di azienda sanitaria che, a distanza di 15 anni dalla riforma, non è decollato, essendo stato progettato per conseguire obiettivi economici attraverso*

il governo dell'appropriatezza e dell'efficienza senza, se non addirittura contro, i clinici.

Occorre porre rimedio all'inquietante solitudine e fragilità di questi amministratori verso il potere che li sceglie e li valuta con totale discrezionalità. Nello stesso modo bisogna correggere la solitudine e la fragilità dei medici che da questi, con altrettanta totale discrezionalità, sono scacciati da ruoli di responsabilità professionale e gestionale. In questa spirale di poteri discrezionali che non sono tenuti a riconoscere e rispettare il merito e le capacità risulta debole la tutela del bene primario da perseguire e devastante l'erosione della fiducia nel sistema tra i cittadini e tra i professionisti;

- Vanno introdotti provvedimenti idonei a consentire l'omogeneo sviluppo della cultura e della pratica della cooperazione e partecipazione dei professionisti clinici alla progettazione, gestione e valutazione delle attività sanitarie e socio sanitarie; un progetto di "governance integrata", che affronti le grandi sfide dello sviluppo continuo professionale, della qualità dei servizi resi, della sicurezza delle cure, dell'uso appropriato delle nuove tecnologie e dei nuovi farmaci, peraltro, oggi più che mai determinanti il trend di crescita della spesa sanitaria.*

2) E' ancora aperto ed irrisolto il confronto con le Facoltà di medicina sulla formazione universitaria pre e post laurea e sull'abilitazione dei medici ed odontoiatri, oggi ancora troppo lontana dalla complessità del moderno esercizio delle nostre professioni.

Scontiamo sia uno storico ritardo culturale nel praticare un modello formativo che coniughi il "sapere" al "saper esser e saper fare", sia uno schema di rapporti istituzionali, più contrattuale che cooperativo tra SSN ed Università.

Al primo viene negata ogni competenza autonoma di formazione dei professionisti, al secondo vengono attribuite competenze

nell'assistenza in funzione dei propri bisogni formativi. Tale sistema va riequilibrato perchè è fonte di opportunismi, di conflitti, di bassa efficienza ed efficacia dei percorsi formativi, già troppo lunghi e costosi per i giovani, le famiglie e la collettività.

3) Riteniamo urgente un intervento legislativo in materia di prevenzione e gestione del rischio professionale in ragione dei suoi devastanti riflessi sui comportamenti professionali, sempre più prigionieri di logiche difensivistiche che gravano il sistema sanitario di inutili costi economici e sociali. L'esperienza italiana e quella di paesi europei con sistemi sanitari comparabili al nostro, ci portano a ritenere che i cardini di questa iniziativa legislativa dovrebbero essere:

- *obbligo in capo a tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche, private accreditate e private autorizzate della copertura economica del risarcimento da responsabilità professionale per tutti i professionisti e per tutte le attività svolte in conto e per conto delle strutture stesse; per i liberi professionisti l'obbligo è in capo agli stessi con relative agevolazioni fiscali;*

- *sviluppo e consolidamento degli strumenti di risoluzione civilistica, stragiudiziale, dei contenziosi scoraggiando il ricorso inappropriato ai procedimenti civili e penali, affidando agli Ordini professionali l'individuazione degli esperti terzi, all'uopo selezionati e indicati in appositi registri;*

- *sperimentazione di modelli di riconoscimento, quantificazione e liquidazione del danno mediante corresponsione di indennizzi che non necessitano della dimostrazione di un profilo di colpa professionale, ma di un nesso di causalità dimostrato tra prestazione sanitaria effettuata e danno (sistemi no-fault);*

- *individuazione ed attivazione in ogni struttura sanitaria di funzioni dedicate alla prevenzione e gestione del rischio professionale, in particolare per quello connesso all'uso delle tecnologie, favorendo una cultura basata sulla collaborazione di più competenze e sulla valutazione dell'errore come strumento per migliorare la qualità dei professionisti e delle organizzazioni;*
- *individuazione ed attivazione di un Osservatorio Nazionale, operante nell'ambito della A.N.S.S.R. con il compito di raccogliere*

“Siamo tante, impegnate e vogliamo contare di più”

Il Gruppo “Medicina declinata al Femminile” in rappresentanza delle donne medico, si è riunito a Roma il 21 febbraio, per lanciare un appello ai candidati premier della prossima tornata elettorale: *“Chiediamo a voi tutti la massima attenzione nel considerarci parte attiva nei vostri programmi politici”*. Le richieste mosse derivano dalla consapevolezza che le donne medico sono una presenza attiva e sempre più importante: il loro numero, infatti, è in continua crescita: dal 25 per cento del '90 sono passate al 35 per cento odierno. Ma se guardiamo alle giovani generazioni, tale percentuale sale addirittura al 60 per cento. Una richiesta forte, questa delle donne medico, che è oltretutto in linea con la recentissima raccomandazione del Consiglio dei Ministri d'Europa che recita: *“Gli effetti delle differenze di genere e le loro conseguenze devono essere prese in considerazione nelle politiche e nelle prestazioni sanitarie”*. Al gruppo di lavoro, in rappresentanza dell'Ordine dei medici di Genova, era presente la nostra collega Maria Clemens Barberis.



tutti i dati regionali sul fenomeno “malpractice”. La banca dati contribuirà a definire standards e mappe di rischio per consentire una programmazione delle politiche di prevenzione, formazione e correzione delle organizzazioni e di definizione delle risorse finalizzate alla copertura del risarcimento. Ogni anno l'Osservatorio, nel corso di un pubblico convegno, è tenuto a consegnare a tutte le istituzioni e soggetti aventi interesse, il proprio rapporto annuale.

- prevedere che le economie eventualmente realizzate a consuntivo di corrette politiche di gestione del rischi, restino in tale ambito al fine di realizzare concreti incentivi al miglioramento continuo della sicurezza delle cure.

4) Riteniamo che i principi e le prospettive che negli ultimi 15 anni, a partire dalla legge 502/92, hanno radicalmente modificato formazione, stato giuridico e profili di attribuzioni delle ex professioni ausiliarie sanitarie, partorendo 22 diversi profili sanitari in parte di derivazione storica, in parte nuove, stiano evidenziando vistosi e preoccupanti limiti ai quali è urgente porre rimedio.

Il riferimento è alle difficoltà nel regolare un sovrapporsi di competenze, di autonomie e responsabilità a cui va aggiunta l'incapacità di contenere le spinte a nuove professioni in ambito sanitario, che vengono calate in un calderone di tensioni tra professioni, minacciando la qualità e la sicurezza nei servizi.

Non ci sfugge lo straordinario valore dello sviluppo delle conoscenze e delle competenze in atto in ambito sanitario che, sollecitando nuovi approcci culturali ed organizzativi, superano tradizionali modelli assistenziali ed antichi ruoli professionali, ma questi cambiamenti hanno bisogno di una cornice giuridica che si esprima sulle seguenti questioni.

- Una definizione di atto medico che ne tracci le potestà e i limiti per meglio definire le potestà ed i limiti degli atti da riservare ad altre pro-

fessioni sanitarie, consentendo altresì una nuova tassonomia giuridica delle professioni sanitarie e dei relativi profili da correlare ai percorsi formativi. Tutto ciò significa produrre trasparenza nell'interesse del cittadino che deve poter cogliere, nei termini e nei fatti, le differenze tra le diverse prestazioni sanitarie erogate da ciascun professionista.

- Prendere atto che lo sviluppo di nuove competenze settoriali nel campo della prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione non può più tradursi nell'individuazione di ulteriori professioni sanitarie, caratterizzate cioè da un percorso formativo universitario e da atti e competenze riservate, ma recuperando e valorizzando la funzione formativa delle strutture e dei professionisti del Servizio Sanitario Nazionale riconosciute ed accreditate sulla base di requisiti e criteri validi e unici su tutto il territorio nazionale, conformi alle Direttive Europee in materia e abilitati a rilasciare diplomi.

- Prevedere l'accesso delle professioni sanitarie alla dirigenza del SSN esclusivamente e limitatamente a ruoli e funzioni coerenti con il biennio specialistico (3+2); tali funzioni, come è noto, sono riservate solamente ad attività di formazione ed organizzazione, da individuarsi su scala aziendale.

- Prevedere che, all'interno di modelli operativi e funzionali fondati sulla cooperazione e rispetto delle prerogative di tutte le professioni, l'autonomia e la responsabilità tecnico-professionale ed organizzativo-gestionale del medico mantengano un'indiscussa centralità a garanzia della continuità e unitarietà dei processi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

5) Il tema della riforma delle professioni intellettuali e degli Ordini professionali ci coinvolge con alcune forti specificità.

Ai nostri Ordini non si adattano alcune rappresentazioni care ai sostenitori del libero mercato per la semplice ragione che i nostri servizi pro-

fessionali non sono nè possono essere soggetti o oggetti di un mercato comunemente inteso, così come il cittadino utente dei servizi sanitari è un "consumatore debole ed imperfetto" in ragione del persistere di un'asimmetria informativa che è impossibile compiutamente risolvere. Siamo convinti che la tutela della salute garantita da un SSN universale e solidale, equo ed accessibile sia una delle più forti espressioni dell'identità civile e morale del nostro paese e uno strumento formidabile di coesione tra strati sociali, generazioni, culture. Gli Ordini che vogliamo sono enti pubblici non economici, con funzioni sussidiarie dello Stato, con organi direttivi agili, eletti in base ai principi della democrazia rappresentativa, titolari di competenze disciplinari "erga omnes" sugli iscritti agli albi, autori e custodi della deontologia professionale ed aventi lo scopo di tutelare la libertà, la dignità della persona e i diritti del cittadino promuovendo e valutando la qualità professionale, garantendo l'autonomia e la responsabilità dei professionisti, sollecitando la condotta professionale al perseguimento dei grandi principi morali di beneficienza, giustizia e rispetto dell'autodeterminazione dell'individuo.

Vogliamo i nostri Ordini vicini alle Istituzioni sanitarie, a supporto dei loro compiti di tutela della salute pubblica; per questo siamo stati a Napoli in prima fila, chiedendo fiducia nei medici e nelle istituzioni ad una comunità oltraggiata da disinformazione, silenzi, incapacità amministrative e colpita nei suoi diritti alla tutela della salute da una devastazione malavitosa dei suoi territori. **Vogliamo i nostri Ordini vicini ai cittadini,** ai loro bisogni, alle loro inquietudini, capaci cioè di dare risposte forti ed equilibrate ai dubbi, alle incertezze tecniche, civili, etiche, che il travolgente sviluppo della medicina inevitabilmente propone, basta pensare all'esplosione delle questioni bioetiche su inizio e fine vita.

Vogliamo che i nostri Ordini possano tutelare i giovani, garantendone l'ottimale formazione di base e specialistica, favorendo il loro ingresso nella professione, proteggendo lo sviluppo delle loro conoscenze e competenze libere da conflitti di interesse.

Vogliamo che i nostri Ordini possano contribuire a rendere il sistema sanitario affidabile per i cittadini, a vincere la sfida della sostenibilità economica assumendoci la responsabilità morale e tecnico professionale dell'uso appropriato delle risorse.

Vogliamo che i nostri Ordini custodiscano anche all'interno della professione il prezioso valore della solidarietà, irrobustendo il ruolo delle Casse Previdenziali autonome preposte ad un sistema compiuto di tutele post lavorative e di presa in carico delle fragilità.

Il Consiglio nazionale della FNOMCeO impegna dunque il Comitato centrale ed il presidente a promuovere a Roma, nel giugno prossimo, **l'organizzazione di una Conferenza nazionale della professione medica ed odontoiatrica aperta a tutte le rappresentanze professionali e a tutti gli interlocutori istituzionali e sociali** presenti sui tavoli di confronto con l'obiettivo di proporre al nuovo Governo e al nuovo Parlamento una piattaforma di proposte per il rilancio dei ruoli tecnico-professionali, civili e sociali dei nostri professionisti e dei nostri Ordini. Il Consiglio nazionale della FNOMCeO impegna, inoltre, il presidente ad inviare il presente documento a tutti i candidati nelle prossime elezioni alla presidenza del Consiglio, e a tutte le Istituzioni nella consapevolezza che la crisi della professione si supera riaffermando il ruolo politico sociale e civile delle organizzazioni professionali in un rapporto tanto continuo e coerente con la società civile quanto dialettico con i decisori politici ed intransigente contro la cattiva politica.

Profili giuridici nell'attività prescrittiva

La materia che qui ci occupa meriterebbe un'ampia dissertazione, tenendo in conto che un illegittimo esercizio dell'attività prescrittiva espone il medico a diversificati trattamenti sanzionatori, che ben possono trovare una congiunta applicazione.

Ed invero, un medico convenzionato che prescrive un farmaco in assenza dei relativi presupposti giuridici e fattuali può essere contestualmente giudicato e sanzionato dall'Autorità giudiziaria, dall'Ordine professionale e dalla Corte dei conti.

In questa sede, tuttavia, ci si limita a fornire un piccolo contributo informativo riguardo la responsabilità del medico convenzionato per danno erariale in consanguenza di iperprescrizioni. Sul punto, v'è da premettere che ai sensi dell'art.1 Legge n. 20 del 14/01/1994 ***“la responsabilità dei soggetti sottoposti alla giurisdizione della Corte dei conti in materia di contabilità pubblica è personale e limitata ai fatti ed alle omissioni commessi con dolo o con colpa grave, ferma restando l'insindacabilità nel merito delle scelte discrezionali”***.

Nel solco di questa cornice normativa, che all'evidenza incide non poco sull'onere probatorio posto a carico della Procura regionale presso la Corte dei conti, preme fare richiamo ad alcune significative sentenze, che hanno contribuito a meglio delineare l'ambito di responsabilità del medico convenzionato.

Al riguardo, valga citare la sentenza n. 275/04 della Corte dei conti - Sezione giurisdizionale regionale dell'Umbria, nella quale la magistratura contabile ha prospettato vere e proprie categorie definitorie al fine di giungere ad una precisa quantificazione del danno erariale.



Nel dettaglio, la Corte ha individuato tre voci di danno patrimoniale, l'una ricompresa nell'altra, e riconducibili all'**iperprescrittività in senso ampio**, intesa come la situazione più frequente e ripetuta di scostamento tra le scelte del singolo medico di medicina generale di base convenzionato con le A.S.L. e quelle della generalità dei medici di base anch'essi convenzionati con le predette strutture, all'**iperprescrittività in senso stretto**, intesa come casi di superamento del quantitativo del farmaco assumibile dall'assistito in un determinato periodo di tempo, come risultante dalle indicazioni fornire dalla casa farmaceutica ed approvate dal Ministero della salute, nonché all'**iperprescrittività da fatti illeciti**, riguardante i farmaci prescritti ai pazienti che hanno dichiarato (o loro eredi, per i casi di decesso) di non averli richiesti né assunti, o che sono stati prescritti con modalità di assunzione differenti da quelle previste nella scheda tecnica ministeriale. La Corte, aderendo ad un'accezione estensiva del danno erariale ha, altresì, fatto richiamo ad un'ulteriore figura di danno, ovvero quella del **danno all'immagine ed al prestigio dell'A.S.L. e del S.S.N.**, ascrivibile ad un **comportamento gravemente illegittimo quand'anche non rientrante in un fatto di reato**. Quanto, poi, all'ele-

mento soggettivo, e cioè al dolo od alla colpa grave, il citato provvedimento ne configura la sussistenza alla luce di due dati fattuali, l'uno relativo alla consapevolezza da parte dei medici che la loro attività prescrittiva era assai distante dalla media dei colleghi, l'altro ricollegabile al fatto che costoro non avevano mai segnalato alla A.S.L. casi eccezionali che potessero giustificare lo scostamento di tale attività rispetto al dato medio loro comunicato.

Ad ogni buon conto, è bene sottolineare che la mera violazione di una norma non legittima automatismi di sorta nell'accertamento della colpa grave, trattandosi di un'indagine relativistica e, pertanto, ancorata non già a parametri predefiniti, bensì alle specifiche emergenze del caso concreto. Del resto, le stesse Sezioni regionali della Corte dei conti non hanno affatto assunto un indirizzo univoco in tema di colpa grave.

Se è vero, infatti, che numerose pronunce la riconducono a macroscopiche inosservanze degli obblighi propri della funzione rivestita (si veda, ad esempio, C. conti Sicilia, Sez. giurisdiz., 13/02/'07, n.395, C. conti Abruzzo, Sez. giurisdiz., 18/07/'06, n.462, C. conti Lazio, Sez. giurisdiz., 12/02/'01, n.776), non si può sotto-cedere che altre sentenze ritengono sufficiente la carenza di un adeguato livello di diligenza professionale (C. conti Veneto, Sez. giurisdiz., 12/07/'02, n.544) oppure la mera inosservanza delle norme fondamentali che disciplinano la prescrizione appropriata e finanziariamente sostenibile a carico del Servizio sanitario nazionale (Corte dei conti - Sezione Giurisdizionale Campania - Sentenza n. 1710/'06 in tema di violazione delle note CUF nell'attività di prescrizione di farmaci).

Per inciso, mutuando dalle argomentazioni svolte nella succitata sentenza n. 278/04 della Corte dei conti, Sezione giurisdizionale

Regionale dell'Umbria, pare utile rammentare che è sempre il medico di medicina generale **prescrittore ad assumersi totalmente la responsabilità prescrittiva, a nulla rilevando la circostanza che egli abbia trascritto una ricetta redatta da un collega specialista.**

Tuttavia, a tacer della valenza giustificativa legata all'occasionale e non ripetuta inosservanza delle norme dovuta ad errore scusabile, non ci si può esimere dal sottolineare che a tutt'oggi permangono delle guarentigie giurisdizionali a tutela della discrezionalità del singolo medico nello svolgimento dell'attività prescrittiva.

A riprova di ciò, valga richiamare la sentenza n. 705 del 19/05/'05 della Corte dei conti, Sezione giurisdizionale per la Regione Liguria. La magistratura contabile, nell'occasione chiamata a valutare la liceità o meno di prescrizioni di ossigeno liquido in eccedenza rispetto al piano terapeutico ed alle specifiche indicazioni formulate dalla struttura ospedaliera ma, comunque, non abnormi o spropositate, ha precisato che **il danno, l'errore professionale e la sua gravità vanno apprezzati con riferimento alle reali necessità terapeutiche dell'assistito.**

La Corte, ribadendo l'impostazione seguita in altra pronuncia relativa a fattispecie analoga, ha, infine, sostenuto che **"il grave errore professionale è ravvisabile quando il comportamento del sanitario sia incompatibile con il livello minimo di cultura e di esperienza indispensabile per l'esercizio della professione sanitaria od anche, più esplicitamente, quando si riscontri l'errore inescusabile derivante dalla mancata applicazione delle cognizioni generali e fondamentali attinenti alla professione, ovvero nel difetto di quel minimo di abilità, perizia tecnica e diligenza che non devono mai mancare in chi esercita la professione sanitaria".**

avv. Alessandro Lanata

Lo svolgimento di funzioni primariali nelle più recenti pronunce del Consiglio di Stato

Il Consiglio di Stato è tornato ancora una volta sull'annoso tema dell'esercizio di mansioni superiori da parte di un medico. La sentenza della V sezione, n. 6832 del 31 dicembre 2007, affronta in particolare il caso dello svolgimento di funzioni primariali da parte di un aiuto. I fatti riguardano un radioterapista che si trova ad esercitare, di fatto, funzioni di livello primariale, pur essendo in ruolo come aiuto. Al di là delle qualifiche specifiche, quello che rileva è il riconoscimento, da parte del Giudice amministrativo, del diritto ad ottenere la maggiorazione della retribuzione, nonché la regolarizzazione sotto il profilo previdenziale e assicurativo.

La sentenza si presenta di particolare interesse, perché dà occasione al Consiglio di Stato di chiarire alcuni dei punti più delicati della complessa questione dell'esercizio di mansioni superiori. Anzitutto i giudici confermano che l'aumento retributivo può essere invocato (e preteso) solo dopo i primi 60 giorni di esercizio delle mansioni superiori, dal momento che il Dpr n.761 del 1979 fissa in due mesi la soglia di tolleranza dello svolgimento di funzioni ultronee rispetto a quelle proprie del ruolo di servizio.

Come si è già avuto modo di sottolineare (su "Genova Medica", settembre 2007) il Consiglio di Stato ha recentemente chiarito che i 60 giorni di tolleranza possono essere computati una volta sola, e non per ogni anno di esercizio delle mansioni superiori.

L'unità sanitaria locale oppone alle richieste del medico l'assenza di prova circa l'effettivo svolgimento delle funzioni primariali, nonché - per contro - afferma che la struttura sanitaria si era attivata per sopperire alla vacanza del posto di



primario. Le difese della struttura pubblica, tuttavia, non persuadono il Consiglio di Stato: sostengono infatti i giudici che la normativa lascia implicitamente intendere *"l'essenzialità della presenza di un organo di vertice, allorché la struttura sia affidata, per previsione organica, alla direzione del primario"*. Si precisa, poi, che è proprio l'aiuto (secondo la precedente denominazione dei ruoli sanitari) ad avere il compito di sostituire il primario in caso di sua assenza o impedimento, assumendone le relative responsabilità. Aggiungendo a ciò l'effettiva previsione del posto nella pianta organica aziendale, ne deriva che l'esercizio di fatto delle mansioni superiori da parte dell'aiuto dà diritto alla maggiore retribuzione. Ma la sentenza presenta un altro punto di grande importanza: si precisa, infatti, che l'esercizio delle funzioni superiori deve desumersi dai comportamenti di fatto, senza che sia necessario alcun atto organizzativo formale dell'amministrazione sanitaria.

Sembra dunque accantonata la linea espressa nella sent. 1299 del 2007 che, invece, richiedeva per il riconoscimento della differenza retributiva un incarico formale o comunque una puntuale disposizione dell'amministrazione. Sempre in tema di esercizio di funzioni primariali, merita di essere richiamata un'ulteriore recente decisione del Consiglio di Stato: si tratta della sent. n. 6734 del 28 dicembre 2007, nuovamente della quinta sezione. In questo caso i giudici amministrativi affermano che è legittimo l'annul-

lamento d'ufficio, da parte dell'amministrazione sanitaria, del provvedimento di assegnazione di un posto dirigenziale non esistente in pianta organica. In altre parole, sembra che i giudici considerino la corretta organizzazione della struttura quale presupposto per vantare il diritto all'esercizio di funzioni superiori. Se non c'è il posto in pianta organica, il medico non può pretendere la mansione superiore, ancorché vi sia un provvedimento espresso di conferimento da parte dell'amministrazione. Il tema è complesso e andrebbe approfondito, ma non si possono negare alcune perplessità, soprattutto in relazione al necessario bilanciamento tra buon andamento della macchina amministrativa e tutela del legittimo affidamento del medico.

prof. avv. Lorenzo Cuocolo
Univ. commerciale "Luigi Bocconi", Milano
Studio Legale Cuocolo, Genova

Campi elettromagnetici e risonanza magnetica (D. Lgs. 257/07 "Genova Medica" febbraio 2008)

L'emendamento presentato al Senato per prorogare l'entrata in vigore del decreto 257 dall'aprile di quest'anno al 30/04/2012 è decaduto per l'interruzione della legislatura.

Considerando che il 19 febbraio il Parlamento europeo, per ovviare ai limiti troppo restrittivi imposti dalla Direttiva 2004/40/CE, ha approvato la proposta della Commissione di prorogare i termini di entrata in vigore della Direttiva al 30 aprile 2012, sarebbe indispensabile l'adeguamento della relativa norma nazionale.

Al fine di rendere più celere questo iter potrebbe essere in tal senso anche opportuna una presa di posizione da parte della Conferenza dei presidenti delle regioni.

Donato Fierro

INSERZIONE PUBBLICITARIA

Spirometro



SA.GE. SA.GE.

Audiometro

SA.GE. Articoli Sanitari

Via Vito Vitale, 26 - 16143 Genova Tel. 010/5220296 Fax 010/5450733 - www.sa-ge.it

Genova Medica - Marzo 2008

Oncologia: integrazione tra specialista e MMG

Da circa due anni la ASL 3 Genovese, l'Istituto Nazionale per la ricerca sul cancro e la SIMG regionale sono impegnati in un programma di formazione e di integrazione tra i medici di medicina generale e gli specialisti oncologi. Nella storia naturale del paziente oncologico, dalla diagnosi, ai vari interventi terapeutici e in molti casi palliativi, la figura del medico specialista si alterna frequentemente con quella del MMG.

Risulta quindi fondamentale l'integrazione delle due figure mediche, il reciproco scambio d'informazioni, la loro collaborazione e condivisione di interventi e procedure.

In questa realtà assistenziale, dato l'alto impatto emotivo di tale malattia, il ruolo della medicina di famiglia si rivela essenziale nell'unire le diver-

se tappe della malattia e dell'assistenza.

La fase di ospedalizzazione del paziente rappresenta naturalmente un momento in cui la figura del medico di famiglia passa in secondo piano, e può risultare anche particolarmente delicata se non vi sono i presupposti di fiducia e buona comunicazione tra MMG e specialista. Poter condurre il paziente oncologico, nelle varie fasi della sua malattia, lungo un percorso diagnostico e terapeutico condiviso tra il MMG e lo specialista, può rappresentare, oltre che un miglioramento nella qualità dell'assistenza, anche un'ottimizzazione nell'impiego delle risorse.

Lo scopo di questo programma è infatti di favorire maggiormente l'integrazione tra lo specialista oncologo e il MMG attraverso dei momenti di discussione delle molteplici problematiche cliniche per definire atteggiamenti diagnostici e terapeutici comuni e condivisi e garantire ai pazienti una maggiore continuità e sintonia nell'assistenza e nella cura.

Questo programma di formazione si pone alcuni obiettivi prioritari:

- 1) ottenere una maggiore integrazione tra i due principali livelli assistenziali del paziente oncologico, l'assistenza specialistica fornita in ospedale e l'assistenza domiciliare fornita dal MMG;
- 2) attraverso una serie di momenti formativi, affrontare e discutere i vari aspetti clinici del paziente oncologico per definire delle linee guida comuni e condivise nei principali ambiti diagnostici e terapeutici;
- 3) definire i percorsi e le procedure diagnostiche e terapeutiche del paziente oncologico nelle varie realtà assistenziali dell'area metropolitana;
- 4) offrire al paziente oncologico una migliore continuità assistenziale durante il lungo percorso diagnostico, terapeutico e a volte palliativo della sua malattia.

Le caratteristiche generali dei corsi sono costituite da un'attenta scelta condivisa delle problematiche da affrontare, dalla conduzione integrata tra specialisti e MMG dell'evento formativo, dall'utilizzo di metodologie didattiche volte a favorire la partecipazione con ampio spazio a casi clinici e lavoro di gruppo, dalla preparazione di manuali contenenti le raccomandazioni derivate dal confronto tra specialisti e MMG

nell'ambito dei corsi e, quando possibile, è prevista anche una parte pratica clinica integrata MMG-specialista negli studi di medicina generale o negli ospedali.

Quest'anno è stato svolto un corso sugli effetti collaterali e la tossicità delle cure oncologiche e la gestione del paziente oncologico in trattamento con una rivisitazione delle varie problematiche correlate e la definizione degli atteggiamenti

menti diagnostici e terapeutici più appropriati. Questo evento è stato replicato tre volte, a Sestri Ponente, all'IST e all'ospedale Galliera; per poter dare possibilità a tutti i MMG di accedere all'evento e per poter mettere a confronto i MMG dei vari distretti con le strutture oncologiche a cui essi normalmente fanno riferimento nella gestione del paziente oncologico. Gli argomenti trattati hanno riguardato sia le tossicità delle terapie oncologiche "tradizionali", sia le tossicità correlate alle nuove terapie biologiche. Al termine di ciascun convegno si è svolta una sessione educativa riguardante le prospettive informatiche per poter ottenere una comunicazione il più possibile "facilitata" fra lo specialista ed il MMG. Un secondo evento organizzato in collaborazione con la Lega italiana per la lotta contro tumori è stato dedicato alle più recenti attualità diagnostiche e terapeutiche del carcinoma della mammella. Questo evento, oltre ad una parte formativa, ha avuto anche una parte pratica costituita in una giornata dedicata alla prevenzione delle neoplasie della mammella con visite senologiche gratuite ad accesso diretto in 20 studi di MMG insieme con specialisti degli ospedali genovesi. Infine è stato svolto un corso

articolato su più incontri sui delicati aspetti della comunicazione con il paziente e i suoi familiari. A questi eventi hanno complessivamente partecipato circa 180 MMG e oltre 60 specialisti di tutti i reparti di oncologia della nostra città. Sono stati prodotti e distribuiti ai MMG i manuali contenenti raccomandazioni e linee-guida sugli argomenti trattati. Il programma formativo prosegue nel 2008 e saranno comunicati tempestivamente gli eventi programmati. Sarà costituito, inoltre, un gruppo di lavoro su argomenti specifici per facilitare il trasferimento delle raccomandazioni alla pratica clinica quotidiana. Sarà questo un ulteriore momento di approfondimento e di confronto, ma anche di verifica dell'adeguamento dei comportamenti clinici alle indicazioni concordate. Il primo aspetto affrontato sarà sull'impiego dei marcatori tumorali sierici e l'appropriatezza prescrittiva. La conduzione e realizzazione di questo programma è resa possibile per la collaborazione con le associazioni dei MMG della nostra città che si è sviluppata e consolidata in questi anni.

Luciano Canobbio *ASL 3 Genovese,*

Loredana Miglietta *IST*

Pierclaudio Brasesco *SIMG*

PREVENZIONE ONCOLOGICA

La Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori promuove, in collaborazione con l'UOS Oncologia medica ASL3 Genovese, l'Associazione medici di medicina generale di Sestri e Cornigliano, la Direzione medica ospedaliera PA Micone, l'Associazione medici di medicina generale del Ponente, **una giornata di prevenzione oncologica all'Ospedale Padre Antero Micone, a Sestri Ponente, sabato 29 marzo dalle 10.00 alle 17.00.** I cittadini potranno accedere gratuitamente per visite senologiche, mammografie, ecotomogra-

fie mammarie, visite ginecologiche con pap test, visite gastroenterologiche, visite urologiche e visite dermatologiche. E' vivamente consigliato di verificare col proprio medico curante la necessità della visita. Non è necessaria la richiesta di visita, ma solo la prenotazione presso la segreteria della Lega Italiana per la Lotta Contro i Tumori allo **010 2530160** (dal lunedì al venerdì, h 9-13 e 14-18). Le visite, solo una per ciascun paziente, saranno prenotate sino ad esaurimento dei posti e saranno effettuate da medici specialisti della ASL3 Genovese.



"Iam tempus fugit"

*Corrono gli anni rapidi
del dolce viver mio,
ma giunta ad un pendio
precipita l'età.*

Così recita argutamente il Parini. Ahimè, quanti di noi sono già arrivati a questa meta! Già si intravede la cifosi, il fiato manca nel rifare quelle scale che una volta percorrevamo così sicuri, ed anche il sistema immunitario sembra difenderci meno. Per non parlare del nostro *Snc*: ci affanniamo a moltiplicare i collegamenti sinaptici, studiando inglese, aggiornandoci sulle ultime tecnologie, ma...i neuroni si spengono poco a poco e la memoria pure. E allora, oltre al corpo, anche lo spirito sembra venir meno...

E' quella che Elliott Jaques chiama "crisi di mezza età", cioè lo smarrimento e la depressione che arriva, quasi inevitabilmente, ad un certo punto della nostra vita. Sembra proprio che lo sviluppo della nostra specie, quella umana, abbia alcuni snodi obbligati, momenti in cui si ha un cambiamento, una rottura: la nascita stessa, lo svezzamento, la pubertà con le sue crisi adolescenziali e, appunto, la mezza età. In realtà nella mezza età

non si è ancora nella vecchiaia avanzata, quando le funzioni sono seriamente compromesse; ma le prima avvisaglie ci fanno produrre fantasie disastrose e, siccome per vivere dipendiamo dalle fantasie, checché ne dicano i nostri colleghi più materialisti, eccoci impantanati in un blocco del pensiero. Le fantasie prevalenti, a quell'età, riguardano soprattutto la progressiva diminuzione delle funzioni del nostro corpo, cui eravamo così bene abituati; ma ancora peggiori sono le fantasie relative allo scorrere del tempo. Da giovani il tempo non passa mai e comunque lo sentiamo illimitato, invece dai cinquant'anni in poi ci accorgiamo che il tempo è poco, che forse bisogna cominciare a mettere i remi in barca e rinunciare a fare progetti troppo in là negli anni. Passiamo così, per dirla in modo enfatico, dal sentimento di onnipotenza ad un triste sentimento di impotenza; niente è ancora cambiato eppure dentro ci sentiamo già cambiati.

"Ma prenditi qualche SSRI, e

falla finita lì" mi dirà subito qualche collega neurologo, con i piedi ben piantati per terra!

Ha ragione, se la depressione supera il limite di sicurezza e buon senso; ma...io aggiungo, non basta, non bastano gli psicofarmaci. Bisogna che la nostra mente si trovi rappresentazioni (e fantasie) più adeguate riguardanti la propria vita attuale e futura, che gli permettano di ristrutturarsi ed adeguarsi ai nuovi compiti. Un brillante sportivo, visto che non può più fare i cento metri in dieci secondi, potrà immaginarsi a fare le maratone, magari a New York, e scoprire come ci si può divertire in altro modo; lo sci di fondo non è come fare lo slalom gigante, ma...finalmente si potrà scoprire il piacere del bosco innevato che prima, eccitati dalla velocità, avevamo trascurato, ecc... Per fare questa riconversione non occorre solo un atto di buona volontà, ma bisogna faticare e "apprendere" un nuovo linguaggio, che io chiamo appunto "una nuova rappresentazione mentale di se stessi". Quello che intendo sottolineare non è negare il declino di alcune funzioni, ma cambiare testa, apprendere dall'esperienza e non fissarsi su vecchi schemi. Da giovani, per crescere e staccarsi dai modelli familiari, abbiamo avuto bisogno di alcune "nutrici" mentali:

chi si è immerso nell'impegno politico, chi nelle organizzazioni religiose, chi seguendo la squadra del cuore ecc., e li abbiamo trovati, non solo amici con cui condividere un ideale comune, ma soprattutto un ideale comune che ci ha estraniato dalle nostre magagne e ci ha mostrato una meta, un modello per cui valeva la pena vivere. Forse ora abbiamo bisogno di appoggiarci a qualche "badante", a qualche idea o fantasia che ci sollevi dai nostri pensieri fissati sul declino e la decadenza. Non sto parlando tanto del farsi dei bei viaggi o del rileggere le poesie che avevamo appreso al liceo o fantasticare qualche nuovo amore. Mi riferisco piuttosto a qualcosa che ci viene incontro, qualcosa di esterno rispetto al modo abituale di

sentire, un assetto mentale diverso che ci fa vedere le cose da un'altra prospettiva, più complessa e più profonda. Sarà una amicizia ritrovata? O la scoperta degli innamorati nel parco (senza essere io l'innamorato)? O l'entusiasmo per una parte del nostro lavoro che avevamo sempre trascurato?... Da qui, lasciando andare i pensieri, possiamo scoprire nuove idee e nuove possibilità e che, forse, se lo vogliamo, c'è ancora spazio per noi: uno spazio meno competitivo ed eccitante, ma più vero. Lo spirito non si nutre solo di bellezza, quella smagliante di bei colori, ma anche di verità, quella intensa e catturante di certe illuminazioni improvvise, e su questo la mente non invecchia mai... anzi. Dice un vecchio proverbio

milanese: "Quand 'l corp se frustra, l'anima se giusta".

Non preoccupatevi, non voglio rifare il verso dei religiosi e dei moralisti: utilizzo questo detto popolare per sottolineare l'idea che nella vita bisogna, in certi momenti cruciali, cambiare schema mentale e, accettando il nuovo che avanza, mostrare di saper mantenere unitario, cosciente e coerente il proprio sé. I sintomi depressivi in fondo non sono che un campanello di allarme per segnalare che qualcosa non funziona più dentro di noi e che c'è qualche verifica da fare, qualche sentimento da risistemare, un'immagine di sé da calibrare: per questo dovremmo considerarli come un bene e non solo come una scocciatura.

Roberto Ghirardelli

SICCR: Gian Andrea Binda è il nuovo presidente

Il chirurgo genovese Gian Andrea Binda è il nuovo presidente della SICCR (Società Italiana di chirurgia colo-rettale) per il 2007-2008. La nuova carica è stata formalizzata nel corso del 2° Congresso nazionale della Società che si è svolto a Verona lo scorso ottobre. Binda, chirurgo degli Ospedali Galliera di Genova, subentra a Donato F. Altomare. La SICCR, fondata nell'ottobre del 2003 dopo un difficile distacco dalla Società italiana unitaria di colonproctologia, conta ormai più di 600 soci, una rivista ufficiale indexata, un sito web, una struttura dedicata all'assistenza e all'implementazione della produzione scientifica come lo "Science Center" e soprattutto 68 Unità di colonproctologia (UCP), centri dedicati alla cura delle patologie coloretali, sparse su tutto il territorio nazionale. Ha inoltre un ruolo prestigioso nei confronti delle Società scientifiche internazionali con le quali è in continuo e proficuo confronto sui temi più controversi della specialità. Tra le priorità del suo mandato spiega Binda: "il training educativo di giovani chirurghi coloretali, la promozione della attività scientifica e di ricerca, l'aggiornamento dei medici di medicina generale e la collaborazione con i colleghi specialisti di altre discipline nell'ottica di approccio multidisciplinare ad alcune patologie oggi fondamentale nella ricerca dell'eccellenza".

Marina Fiorino - Segreteria Presidenza SICCR

Errore in medicina: anche il medico di famiglia può sbagliare?

Gli ospedali sono nel mirino; ma ci sono rischi più specifici per chi lavora sul "territorio"? Questa intervista è stata rilasciata a "Genova Medica" dal collega Andrea Stimamiglio, consigliere del nostro Ordine e medico di famiglia nell'Alta Val Bisagno.

D.: Le domande che ti rivolgiamo sono rivolte ad individuare le cause di possibili errori nell'esercizio della medicina in prima linea, sul territorio; ma, ovviamente, tu potrai integrarle con altri interrogativi che ti sei posto ed ai quali hai cercato di dare risposta nel tuo lavoro professionale. La prima domanda è questa: non accade raramente che il medico ospedaliero venga incolpato per carenze strutturali dell'ambiente in cui opera o per restrizioni amministrative; può accadere qualcosa di simile al medico di famiglia, per esempio con limitazioni della sua libertà diagnostica e terapeutica?

R.: Per quanto attiene al settore diagnostico non esistono attualmente particolari problemi, salvo casi specifici, per la qualità dell'esame; il vero grave problema riguarda i tempi di attesa, per i quali dovrebbero arrivare nuove linee guida regionali, che consentano al medico la libertà di richiedere in deroga l'urgenza dell'esecuzione. Qualche problema sussiste in campo terapeutico, dove molti farmaci sono a pagamento ed altri sono sottoposti a note CUF: può accadere che piani terapeutici in scadenza non siano rinnovati per problemi burocratici, oppure che la valutazione del rischio cardiovascolare tra il 15 e il 20 per cento non consenta adeguate decisioni prescrittive delle statine.

D.: George Washington aveva una dispnea

intensa per laringite acuta, per cui il medico curante lo sottopose immediatamente a generoso salasso di 2,4 litri di sangue: così cessò la dispnea ed anche la vita dell'illustre paziente. Allora, nel 1799, l'errore del medico era più accettato dall'opinione pubblica? Oggi l'insuccesso del medico è considerato pur sempre una colpa?

R.: Indubbiamente le cose debbono essere valutate da un punto di vista storicistico.

Negli ultimi cinquant'anni i grandi progressi nel campo diagnostico e terapeutico hanno infuso nella gente un'aspettativa di guarigione molto ottimistica; non solo l'attesa della guarigione è più forte, ma anche l'evento negativo è giudicato troppo spesso come inammissibile. I mass-media hanno indubbiamente influito su questa concezione: si ignora che purtroppo è sempre possibile un infarto miocardico acuto subito dopo un tracciato ECG normale, magari con test da sforzo. Inoltre spesso viene minimizzato il merito di una guarigione difficile o viene attribuita al medico la colpa di una mancata guarigione. In questa situazione si deve tener conto che l'assistito spesso si è ben documentato riguardo alla sua malattia; è pertanto necessario che il medico sia ben informato e continuamente aggiornato; ed è ovviamente fondamentale, a questo punto, il buon rapporto tra il medico e il paziente.

D.: Indubbiamente le linee guida forniscono al medico elementi di giudizio fondamentali; ma non si rischia di mettere in soffitta l'intuizione, che era considerata una dote fondamentale per il "buon medico"? Un maestro storico dei medici genovesi, il professor Santucci, ricordava sempre ai suoi allievi: "bisogna averci pensato". E' ancora valida questa regola per evitare gli errori diagnostici?

R.: E' l'esperienza del medico, la sua preparazione e il suo buonsenso a dettare le regole;

sappiamo tutti che le linee guida debbono essere personalizzate, perché non esistono due malati uguali tra loro: non solo per la malattia in sé, ma per le patologie concomitanti, le intolleranze, le abitudini di vita e di alimentazione; oltreché ovviamente per l'età e il sesso. Conoscendo il paziente si può intuire la rilevanza dei sintomi soggettivi che ci segnala: c'è chi grida "al lupo, al lupo" solo per paura o per uno stato ansioso e chi tende a sottovalutare ed anche a nascondere sintomi importanti, magari per evitare il fastidio di sottoporsi ad esami diagnostici.

In ogni caso è meglio non sottovalutare il primo e non sorvolare sul secondo. E poi imparare a non fidarsi del fatto che "tutti gli esami sono normali" e pertanto non esiste alcuna malattia. E qui subentra l'intuizione del medico, che dopo un'accurata anamnesi e un esame obiettivo altrettanto accurato formulerà un'ipotesi diagnostica verso la quale orienterà le sue ricerche; senza arrivare a richiedere, come raccontava una vecchia barzelletta, "tutti gli esami possibili e immaginabili". Può diventare necessario richiedere esami al di fuori delle linee guida, anche se queste rimangono fondamentali per evitare gli errori.

D.: La medicina basata sull'evidenza e in particolare i risultati dei trials clinici sono fondamentali per il medico di famiglia nei suoi processi decisionali?

R.: Indubbiamente esistono modelli clinici di riferimento dovuti ad ampi studi sperimentali, specialmente nel campo farmacologico e terapeutico. Occorre però tener presente che molti studi sono indirizzati all'uso commerciale di alcune molecole, dove sono ben noti i conflitti di interesse; succede anche che i risultati negativi vengano sottaciuti. Non dimentichiamo che la selezione dei soggetti partecipanti ai trials ne condiziona i risultati, che possono pertanto non

collimare col nostro paziente.

D.: Quindi ancora una volta tu sottolinei la peculiarità di ogni persona che si rivolge al medico di famiglia; ma nell'iter diagnostico e terapeutico quali altri elementi, oltre a quelli già trattati, meritano particolare segnalazione al fine di evitare qualche errore?

R.: Ogni medico di famiglia ha una rete specialistica di riferimento. E' fondamentale, anche per motivi di sicurezza, avere la possibilità di consultare uno specialista di fiducia per avere chiarimenti diagnostici o terapeutici, immediatamente o nel minore tempo possibile.

D.: L'ultima domanda, per chiudere il cerchio, fa riferimento alla prima: il rischio di errori da parte del medico di famiglia potrebbe ridursi qualora migliorassero i servizi della Sanità pubblica a livello organizzativo?

R.: La risposta a questa domanda è affermativa: esistono alcune proposte già formulate che speriamo siano realizzabili.

Avevamo appena sottolineata l'importanza che ogni medico di famiglia possa disporre di una rete specialistica di riferimento; a questo proposito è stata richiesta l'istituzione di un numero verde unico che metta in relazione immediata il medico e lo specialista ambulatoriale di ogni settore. Un'altra importante richiesta riguarda la cartella clinica informatica: la possibilità di accesso a tutti i dati clinici di ogni singola persona, da parte dei medici operanti negli ospedali, nei servizi di urgenza, come il Pronto Soccorso e il 118, e dei medici operanti sul territorio sarebbe il primo passo per evitare possibili errori.

Grazie per la collaborazione. Anche se sarà umanamente impossibile evitare ogni errore le tue parole sono state utili per cercare di ridurre la possibilità.

Silvano Fiorato

Pensione medici: perequazione o sperequazione?

Ad integrazione della nota che evidenziava come le pensioni degli ex dirigenti medici siano inferiori al previsto (vedi "Genova Medica" di febbraio 2008 pag. 20) in questo numero analizziamo le problematiche tecniche che giustificano quanto precedentemente citato.

Una breve analisi della questione serve per mettere in luce un sistema che era nato per rendere possibile il recupero del valore nominale della pensione con il rincaro continuo della vita. Infatti, il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 503, che regola la perequazione automatica delle pensioni dei lavoratori privati e pubblici, prevede all'art. 11, commi 1 e 2 che *"Gli aumenti a titolo di perequazione automatica delle pensioni previdenziali ed assistenziali si applicano, con decorrenza dal 1994, sulla base del solo adeguamento al costo vita con cadenza annuale ed effetto dal primo novembre (poi dicembre) di ogni anno. Tali aumenti sono calcolati applicando all'importo della pensione spettante, la percentuale di variazione sul valore medio dell'indice Istat dei prezzi al consumo per famiglie di operai ed impiegati. Il legislatore, inoltre, aveva previsto, al comma 2, citato articolo, la possibilità di concedere ulteriori aumenti"*.

Dal 1994 sino al 2007, l'unico miglioramento della perequazione automatica delle pensioni (scala mobile) è stato quello di aver elevato la quota della pensione da perequare al 100 per cento dell'aumento del costo della vita da tre a cinque volte il trattamento minimo Inps.

La procedura del sistema è articolata nel seguente modo:

■ **1.** i pensionati con trattamento pari a tre volte il trattamento minimo Inps hanno diritto ad una percentuale piena del 100% dell'aumento del

costo della vita;

■ **2.** coloro che godono di un trattamento di pensione compreso fra tre e cinque volte l'importo del trattamento minimo la perequazione è attribuita al 90% dell'aumento del costo della vita;

■ **3.** coloro che godono di un trattamento di pensione eventualmente eccedente cinque volte il trattamento minimo Inps, la perequazione è attribuita al 75 % dell'aumento del costo della vita.

La riforma del Welfare, meglio conosciuto come "pacchetto Damiano" (approvato da un Parlamento autoreferente e distante dalla società civile, considerato l'elevato numero di cittadini che, per affrancarsi dal detto di un noto filosofo francese *"i cittadini sono liberi solo il giorno delle elezioni per ritornare loro schiavi il giorno successivo"*, rinunciano al diritto costituzionale del voto), impone per il 2008 (!) il blocco della rivalutazione suindicata di quei trattamenti pensionistici, volgarmente detti pensioni "d'oro", pari o superiori a 3.489,12 euro mese. Già nel 2007 il Governo aveva previsto tale blocco ai trattamenti pensionistici pari o superiori a 5.000 euro mese - nella bozza di legge finanziaria per il 2007 - previsione questa, poi, cancellata in sede di sua approvazione parlamentare.

Nella finanziaria per il 2008 il reinserimento del blocco non solo è riuscito, ma è stato addirittura abbassato il limite che dai 5.000 è sceso ai 3.489,12 euro mese.



Questo gravissimo fatto, oltre a negare un fittizio agganciamento al costo della vita (citato 2° comma dell'art. 11, D.Lgs 503/1992), viola il principio costituzionale di proporzionalità e adeguatezza della pensione che deve essere garantita non solo al momento del collocamento a riposo, ma anche nel tempo, in relazione alle variazioni del potere di acquisto della moneta, così come appare assicurato dai meccanismi perequativi e rivalutativi esistenti (D. Lgs. n. 503/1992), come più volte interpretato dalla Corte costituzionale nelle sentenze n. 409 del 1995, n. 226 del 1993 e n. 30 del 2004.

Se già di per sé l'inadeguatezza della perequazione delle pensioni è resa vana dalla comparazione fra la pensione in godimento e la variazione del costo della vita succedutasi nel tempo, figuriamoci poi se si blocca del tutto il meccanismo per quelle pensioni (€ 3.489,12) che non possono in alcun modo essere paragonate a quelle in godimento agli ex presidenti della repubblica, agli ex presidenti del Consiglio dei ministri, agli ex parlamentari, agli ex governatori della Banca d'Italia, agli ex magistrati della Corte costituzionale, agli ex magistrati direttivi dell'AGO, amministrativa e contabile, agli ex presidenti delle Autorità cosiddette indipendenti e di altre simili istituzioni, in pensione nello stesso periodo.

Ritornando ai ricchi pensionati a 3.489,12 euro mese, e limitando l'osservazione ad un breve periodo 2003 - 2008, vediamo che l'aumento ufficiale (dati Istat) del costo della vita è stato:

per il 2003 del	2,4 %.
per il 2004 del	2,5 %.
per il 2005 del	1,7 %.
per il 2006 del	1,7 %.
per il 2007 del	2,0 %.
per il 2008 del	1,6 % (previsione).

Il totale per il periodo 2003/2008 è di 11,9%, a

fronte di una variazione effettiva del costo della vita pari al doppio. Inoltre, va precisato che le aliquote non sono costanti ma a scaglioni di importo, e più precisamente:

■ **1.** per l'anno 2004 l'intero 2,5% sulla fascia di pensione mensile fino a € 1.206,36 (tre volte la minima); il 2,25% (90%) sulla fascia compresa tra € 1.206,37 e € 2.010,60 (cinque volte la minima); 1,875% (75%) sulla parte eccedente i € 2.010,60;

■ **2.** per l'anno 2006 1,7% per pensioni sino ad € 1.261,29; 1,53% per pensioni in godimento fra €1.261,29 e sino a € 2.102,15; 1,275% per le pensioni oltre € 2.102,15;

■ **3.** per l'anno 2008 l'intero 1,6% per pensioni sino a € 2.180,70 mensili; 1,2% per pensioni in godimento fra €2.180,70 e sino a € 3.489,12; nessun incremento per le pensioni oltre €3.489,12.

Il meccanismo, poi, va riferito non alle cifre percepite ma alla pensione lorda IRPEF in quanto è su questa che si applicano le aliquote di aumento, ecco uno schema esemplificativo:

pensione mensile lorda	aumento netto mese
€ 2.500,00	€ 22,50
€ 3.000,00	€ 24,58
€ 3.500,00	€ 27,17
€ 4.000,00	€ 29,58
€ 4.500,00	€ 32,01
€ 5.000,00	€ 34,47
€ 5.500,00	€ 36,95
€ 6.000,00	€ 39,43

Per meglio capire come il potere di acquisto delle pensioni si riduce, si ricorda che **le aliquote di imposta sino a tutto il 31 dicembre 2005** (periodo entro il quale operava la c. d. "No tax area" per dipendenti, pensionati e autonomi abrogata con la legge finanziaria per il 2006), erano quattro, e cioè:

Pensione medici: perequazione o sperequazione?

reddito sino a	€ 26.000	23%
reddito da	€ 26.001 a 33.500	33%
da	€ 33.501 a 100.000	39%
oltre	€ 100.001	43%

mentre con la legge finanziaria per il 2007 e 2008 le misure di imposta sono cinque:

sino a	€ 15.000	23%
da	€ 15.001 a € 28.000	27%
da	€ 28.001 a € 55.000	38%
da	€ 55.001 a € 75.000	41%
oltre	€ 75.001	43%

A queste, poi, bisogna aggiungere la addizionali regionali e comunali il cui conguaglio al 31

dicembre viene trattenuto al lavoratore in 11 rate di uguale importo nel corso del periodo d'imposta successivo.

In conclusione, seguendo questa impostazione del diritto di merito, sembrerebbe che solo alcuni pensionati direttivi del SSN, delle Regioni e degli enti locali siano responsabili dei costi elevati della politica, atteso che - nota non irrilevante - il costo delle pensioni in oggetto è direttamente legato ai pesanti contributi versanti durante l'attività lavorativa! Al contrario i parlamentari e gli altri organi, cosiddetti, costituzionali dello Stato, sono esenti da tasse per più del 50%.

Michele D'Oca - Giorgio Grossi

Graduatoria unica regionale definitiva dei medici specialisti pediatri di libera scelta -

Sul supplemento del Bollettino Ufficiale della Regione Liguria n. 8 del 20 febbraio 2008 è stata pubblicata la Graduatoria Unica definitiva regionale dei medici specialisti pediatri di libera scelta per l'anno 2008. Gli interessati possono consultarla presso gli Uffici dell'Ordine.

AUTODENUNCIA DEI REDDITI NON DICHIARATI ALLA "QUOTA B" E CONTESTUALE RIAMMISSIONE NEI TERMINI PER L'ACCESSO ALLA CONTRIBUZIONE RIDOTTA

La Fondazione ENPAM ha stabilito la riammissione nei termini per l'istanza di accesso al versamento in misura ridotta per gli iscritti titolari di altra copertura previdenziale obbligatoria (ovvero pensionati) che:

- provvedano ad autodenunciare, entro il 31/05/'08, i redditi professionali prodotti e non dichiarati all'E.N.P.A.M. per gli anni 2002/2003/2004/2005 e 2006;
 - non siano già tenuti, per gli anni successivi al 2001, al versamento del contributo Quota "B" sulla base dell'aliquota ordinaria del 12,50%;
 - presentino, entro il 31 maggio 2008, domanda di ammissione alla contribuzione ridotta.
- Resta ferma, in ogni caso, l'applicazione delle

maggiorazioni previste dal Regolamento del regime sanzionatorio e, in caso di accertamento già notificato con riferimento all'anno 2001, la determinazione del contributo dovuto per tale annualità sulla base dell'aliquota ordinaria del 12,50%. Chi è interessato alla riapertura dei termini deve quindi provvedere, entro e non oltre il 31 maggio 2008, a presentare la relativa istanza di ammissione alla contribuzione ridotta ed a denunciare i redditi eventualmente prodotti e non dichiarati mediante il modello DICH. QB.CR. (disponibile negli uffici dell'Ordine o scaricandolo da: www.enpam.it). Per il mancato invio della documentazione nei termini di legge verrà applicata l'aliquota del 12,50%. Per eventuali chiarimenti:

ENPAM tel. 06.48.29.48.29 - fax 06.48.29.44.44
e-mail: sat@enpam.it

Duplicati CUD - Il pensionato potrà richiedere il duplicato CUD a partire dal mese di marzo.

Per riceverlo a casa o ad altro indirizzo diverso da quello di residenza rivolgersi a SAT:

tel. 06 4829 4829, fax 06 4829 4444,

e-mail sat@enpam.it vi saranno fornite le pro-

cedure da seguire. Se la richiesta per il ricevimento del CUD via fax o per posta non fosse presentata dai pensionati ma da loro incaricati, è necessario allegare la delega sottoscritta e copia dei documenti d'identità, oltre alle indicazioni necessarie per consentirne l'evasione.

SCADENZA REVISIONE DOCUMENTO PROGRAMMATICO SULLA SICUREZZA ENTRO IL 31 MARZO 2008

Il DPS deve essere rivisto con cadenza annuale entro il 31 marzo di ogni anno e deve essere adottato obbligatoriamente dal titolare del trattamento dei dati, come previsto dal Codice della privacy, nel momento in cui viene effettuato un trattamento di dati, ed ogni anno entro il 31 marzo deve essere sottoposto a verifica per l'annotazione di eventuali modifiche. Il DPS non deve essere trasmesso al Garante della privacy e neppure ad altro Ente.

Va soltanto conservato presso lo studio o la struttura e deve contenere:

- l'elenco dei trattamenti di dati personali;
- la distribuzione dei compiti e delle responsabilità nell'ambito delle strutture preposte al trattamento dei dati;
- l'analisi dei rischi che incombono sui dati;
- le misure da adottare per garantire l'integrità

e la disponibilità dei dati, nonché la protezione delle aree e dei locali rilevanti ai fini della loro custodia e accessibilità;

- la descrizione dei criteri e delle modalità di ripristino della disponibilità dei dati in seguito a distruzione o danneggiamento;

- la previsione di interventi formativi degli incaricati del trattamento, per renderli edotti dei rischi che incombono sui dati, delle misure disponibili per prevenire eventi dannosi, dei profili della disciplina sulla protezione dei dati;

- la descrizione dei criteri da adottare per garantire l'adozione delle misure minime di sicurezza in caso di trattamenti di dati personali affidati, in conformità al codice, all'esterno della struttura del titolare;

- per i dati personali sensibili, idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, l'individuazione dei criteri da adottare per la cifratura o per la separazione di tali dati dagli altri dati personali dell'interessato.

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

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

Numero Verde
800-688623

UNIVERSITY PROGRAM "Asthma & Rhinitis: a perspective in the next decade" - A Genova, il **28 marzo**, alle ore 15, presso il Jolly Hotel Marina nell'area del Porto antico, si inaugura la XI edizione del Convegno University program. Alla manifestazione parteciperanno relatori nazionali ed internazionali che porteranno la loro esperienza sul trattamento delle problematiche legate alle allergopatie respiratorie e alle terapie con le quali affrontare la progressione della malattia. Coordinatore G. W. Canonica. Il corso è accreditato per medici chirurghi. Per info: Aristeia **010/583224** e-mail: upasma@aristeia.com

LA RETE LIGURE NELLA GESTIONE DELLE SINDROMI CORONARICHE ACUTE. Analisi e proposte cliniche ed organizzative - Il congresso organizzato dall'Associazione nazionale medici cardiologi ospedalieri (A.N.M.C.O.) si terrà martedì **29**

aprile presso la sala convegni dell'Ordine ed è rivolto a cardiologi, MMG e a chi opera nelle emergenze e vuole condividere strategie di gestione delle Sindromi coronariche acute (SCA), in particolare infarto ad ST sopralivellato (STEMI) ed analizzare i risultati dello studio GOVI. Per info: BC Congressi **010/5957060** e-mail stefania.paganini@bccongressi.com

PROBLEMATICHE PROFESSIONALI E GESTIONALI IN RADIOTERAPIA - Questo il corso di aggiornamento che si terrà **sabato 31 maggio e 7 giugno** (8.30 - 12.30) all'Aula A, Centro Congressi IST - CBA, I.go R. Benzi 10 a Genova. Il corso è rivolto a 40 partecipanti tra le figure professionali di: fisico, medico chirurgo (discipline: radioterapia, oncologia), tecnico di radiologia (operante in reparti di radioterapia). Quota di iscrizione € 150 (IVA esente). Per info: **010 5737531/535** - e-mail: claudio.rosellini@istge.it

V CORSO INTERDISCIPLINARE DI AGGIORNAMENTO IN ADOLESCENTOLOGIA - Il corso, accreditato, si terrà il **21 e 22 aprile** presso l'Hotel Pagoda di Nervi ed è rivolto a PLS e MMG. E' prevista una quota di iscrizione. I posti disponibili sono 30 e le domande dovranno pervenire entro il 10 aprile previa conferma telefonica della disponibilità. Direttore del corso: Teresa de Toni. Per info: Studio Viale Van der Goltz tel. **010873106**.

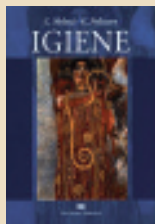
2° edizione Premio Prof. Paolo Michele Erede

Istituito anche quest'anno un concorso a premi dal tema: **"Il mondo plasmato dai media: l'importanza della comunicazione nella società contemporanea"**. Gli interessati dovranno inviare gli elaborati **entro e non oltre il 30 giugno** a: Fondazione Prof. Paolo Michele Erede - Casella postale n. 1095 - 16100 Genova Centro. Il saggio, inedito, non già premiato e di autore singolo, non deve superare le 20 pagine, nè essere inferiore alle 10 e inviato in 4 copie o su CD-rom riportando le generalità del concorrente: nome e cognome, data di nascita, indirizzo, numero di telefono, cellulare, e-mail.

1° premio: € 1500,00; 2° premio: € 1000,00; 3° premio: € 500,00. La data e il luogo della premiazione saranno resi noti anche sul sito: www.fondazione-erede.org. Presidente della commissione: prof. Michele Marsonet.

Commissione culturale

La Commissione culturale dell'Ordine dei medici composta da S. Fiorato, A. C. Negrini, L. Gamberini, E. Gatto ed E. Guglielmino organizza per **giovedì 17 aprile**, alle ore 16, nella sala conferenze dell'Ordine, Piazza della Vittoria 12/4, un incontro nel quale verrà presentata la silloge poetica **"Schegge di Vita - Ricordi ed emozioni in versi sciolti"** di Emilio Gatto. Relatore: Edoardo Guglielmino.



IGIENE - Meloni, Pelissero - C.E.A. Edizioni

€ 94,50 **per i lettori di "Genova Medica" 81,00 euro**

Questo testo tratta tutte le diverse articolazioni dell'igiene, comprendendo anche materie e aspetti complementari, quale, ad esempio, l'economia sanitaria. In questo modo, il volume si offre come valido strumento di supporto sia per gli studenti dei diversi corsi di studio che contemplano la conoscenza dell'igiene nel loro percorso formativo, sia per gli operatori professionali di area igienistica che a vario titolo e con diverse funzioni operano nei servizi e presidi del Servizio sanitario.



ECOGRAFIA DELLA TIROIDE - Tramalloni, Monpeyssen - Verduci Editore

€ 40,00 **per i lettori di "Genova Medica" 34,00 euro**

Data la frequenza dei noduli tiroidei e l'estensione delle lesioni, spesso sono necessari esami complementari: l'ecografia e l'eco-Doppler costituiscono le indagini di primo approccio. Questo manuale didattico, con oltre 200 immagini, guida il lettore all'apprendimento e alla pratica di queste tecniche. Ausilio indispensabile per la pratica quotidiana sia per il radiologo che l'endocrinologo.



APPROCCIO ALLA LETTURA DELL'ELETTROCARDIOGRAMMA IN URGENZA

Mazzone, De Cave Lozzi - € 20,00 **per i lettori di "Genova Medica" € 17,00**

Nel testo viene proposto un metodo, quello degli step dell'ACLS, adatto sia a chi ha già una buona competenza di elettrocardiografia e vuole sperimentare un approccio rapido utile nelle situazioni di emergenza/urgenza, sia a chi, con conoscenze dell'argomento non particolarmente approfondite, vuole rapidamente dotarsi di uno strumento metodologico che possa guidarne i comportamenti.



ANDREOLI & CARPENTIER'S CECIL ESSENTIALS OF MEDICINE

€ 130,00 **per i lettori di "Genova Medica" 110,00 euro**

Non ha bisogno di presentazioni la rinnovata 7° edizione dell'essenziale Cecil, sintesi aggiornata dell'omonimo trattato di medicina interna.

Per la prima volta vengono tradotti in italiano i famosi "Manuali Tarascon", noti in tutto il mondo per essere piccoli e rapidi manuali di consultazione medica. Inaugurano la collana 2 titoli interessanti:



TERAPIA D'URGENZA IN MEDICINA - Winshall - Cic Edizioni (*Formato tascabile*)

€ 20,00 **per i lettori di "Genova Medica" 18,00 euro**

TERAPIA DI BASE - Esherick - Cic Edizioni (*Formato tascabile*)

€ 20,00 **per i lettori di "Genova Medica" 18,00 euro**

(se acquistati insieme il prezzo sarà 33.00 euro)

**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



Il problema del rapporto interdisciplinare psicoterapia-psichiatria ha assunto una rilevante attualità, da quando, con la legge 56/89, si è riconosciuta la necessità di una istituzionalizzazione della psicoterapia, come disciplina autonoma. Tanto la psichiatria quanto la psicoterapia si occupano, com'è noto, sia del rapporto mente-corpo (la cosiddetta medicina psicosomatica), sia della patologia della psiche (la psicopatologia); tuttavia è anche necessario specificare che, nello studio di tali materie, queste due discipline impiegano metodologie molto differenti.

Innanzitutto, si può dire che psicoterapia e psichiatria nascono da due diverse modalità di concepire e di sperimentare gli stati psichici e che, in effetti, ognuno di noi ha continuamente l'occasione di verificare questo duplice aspetto dell'esperienza psichica e delle sue condizioni abnormi. Di fronte ad un turbamento dello stato psichico, come ad esempio una condizione di depressione o di ansietà, è spontaneo, anche per il profano, chiedersi se un simile inconveniente sia da imputarsi ad una causa organica (come, ad esempio, un'intossicazione alcolica o un disturbo della circolazione del cervello, oppure a qualche condizione di conflitto interiore (che può dipendere da vicende dolorose, riferibili alla vita presente, o anche ad un'epoca

remota della storia della personalità).

La psichiatria moderna è nata nelle università, intorno alla metà del secolo XIX, quando, grazie ai progressi della medicina biologica, è stato possibile accertare come una gran parte degli stati psichici abnormi dipendesse da vere e proprie malattie del cervello (intossicazioni, malattie endocrine e del metabolismo, tumori, disturbi vascolari, ecc.). così che, in questi casi, risultava possibile trattare il disturbo mentale come conseguenza e come sintomo della malattia fisica. Contemporaneamente, però, nello stesso periodo storico e sempre sul piano della medicina - anche se non nelle sedi universitarie, bensì nel settore della libera professione e dello specifico rapporto interpersonale medico-paziente - nasceva la psicoterapia contemporanea.

In effetti, esistono condizioni di disagio psichico (come ansie, depressioni, coazioni, pensieri ossessivi, ecc.) nelle quali, anche al più attento esame clinico, non è riscontrabile alcun danno nelle strutture nervose e biologiche dell'organismo, e per le quali tuttavia il paziente si rivolge al medico per trovare un aiuto e un rimedio. Il medico esperto sa che tali condizioni psicopatologiche nascono da una elaborazione, spesso assai complessa, di stati d'animo conflittuali, nei quali è di regola coinvolta anche la storia, più o meno remota, della personalità.

Molto spesso, i conflitti psichici possono avere conseguenze anche sul terreno organico, nel caso che le emozioni ad essi correlate si esprimano sul piano somatico secondo processi in molti casi conosciuti (è noto, ad esempio, che a seguito di emozioni aggressive, il sistema endocrino immette nel sangue quantità più o meno rilevanti di adrenalina). In conseguenza di tali processi, possono anche insorgere vere e proprie malattie somatiche (le cosiddette malattie psicosomatiche, quali gastriti, coliti, asma, ipertensioni, ecc.).

Pertanto, nel caso in cui il medico sia in grado di verificare (attraverso una diagnosi differenziale) che la psicopatologia del suo paziente non dipenda da una malattia somatica, ma da un conflitto della personalità, egli dovrà prescrivere un trattamento psicoterapeutico (che, a seconda delle indicazioni, potrà impiegare tecniche diverse: analitiche, o direttive, o comportamentistiche, ecc.).

Da queste sommarie considerazioni, è possibile comprendere come la psichiatria e la psicoterapia si differenzino nettamente per il metodo secondo il quale esse intendono studiare e curare i disturbi psicopatologici. In effetti, la psicopatologia psichiatrica si occuperà di quegli stati psichici abnormi che sono causati dalle diverse malattie del cervello (e che vengono definiti come "psicosi", o "malattie mentali").

Viceversa, la psicopatologia psicoterapeutica si occuperà di quei disordini psichici che non derivano da una malattia neurobiologica, ma dai conflitti e dalle contraddizioni della personalità (e che vengono definiti come "psicopatie", o "nevrosi").

Purtroppo, nella pratica clinica, è talvolta arduo arrivare ad una precisa diagnosi differenziale, che ci consenta di stabilire se un dato quadro psicopatologico debba imputarsi, con certezza, ad una malattia somatica o ad un conflitto della personalità.

Occorre sottolineare, tuttavia, che tale diagnosi psicopatologica differenziale sarà sempre della massima importanza, per la scelta e la programmazione di un corretto trattamento terapeutico. In effetti, è indubbio che, nel caso di una psicosi (cioè, di un'autentica malattia mentale), un'appropriata terapia del disturbo psichico dovrà effettuarsi a livello somatico (con mezzi psicofarmacologici o altri trattamenti fisici, di pertinenza psichiatrica). Nel caso, invece, delle "psicopatie" (o "nevrosi") è evidente che la terapia di

base consisterà nella risoluzione dei conflitti psichici della personalità, mentre i rimedi psicofarmacologici potranno avere soltanto un ruolo ausiliario.

Da quanto esposto, deriva la necessità di una stretta collaborazione tra le due discipline mediche, della psichiatria e della psicoterapia, nel pieno riconoscimento reciproco della loro autonomia metodologica e delle loro rispettive competenze.

Purtroppo, negli attuali ordinamenti della didattica universitaria, la psicoterapia non trova ancora riconosciuta, rispetto alla psichiatria, quell'autonomia metodologica e disciplinare che le sarebbe indispensabile per un corretto inquadramento delle sue specifiche prerogative scientifiche, cliniche e didattiche.

Inoltre, le vigenti disposizioni di legge in merito all'ordinamento della psicoterapia pongono le premesse per un'ingiustificata subordinazione della psicoterapia alla psicologia.

Una simile subordinazione risulta però francamente aberrante, perché la psicologia, come disciplina accademica e come attività professionale, trova le sue legittime competenze nei settori della psicofisiologia, della psicotecnica e della psicopedagogia, mentre non è qualificata per entrare in merito ai problemi specifici della diagnostica psicopatologica differenziale, che sono di primaria importanza per l'indicazione e per la conduzione di un corretto trattamento psicoterapeutico. Non è dubbio, pertanto, che la difesa della specificità disciplinare e dell'autonomia metodologica della psicoterapia medica debba considerarsi necessaria sia sotto il profilo scientifico-didattico, sia sul piano della prassi clinica e terapeutica, soprattutto in funzione della difesa dei diritti dei cittadini, costituzionalmente protetti, alla tutela della propria salute psicofisica.

G. Giacomo Giacomini

Paracelso: chi era costui?

Una figura eccelsa della medicina rinascimentale è oggi totalmente dimenticata

Cristoforo Colombo era sbarcato in America da un anno, quando ad Einsiedeln, nei pressi di Zurigo, veniva al mondo un bambino che sarebbe diventato uno dei medici più originali della storia; capace di considerare la persona umana e le sue malattie dentro ad un complesso tessuto universale, esplorabile a quell'epoca più con l'intuizione e l'intelligenza che con criteri scientifici.

Di lui e della sua vita avventurosa molto è stato scritto; anche in senso critico, definendolo semplicisticamente "alchimista" (Swainson) o addirittura "medico maledetto" (Allendy).

Medico, comunque, per cultura e professione, anche se, in realtà, non esistono prove certe che si fosse mai laureato in medicina, per quanto ne avesse frequentato la facoltà a Basilea. Ma anche se non avesse avuto il titolo pur se ne riteneva autorevole maestro: tanto da contestare e bruciare pubblicamente il "Canone della medicina" di Avicenna, come a dire il vangelo medico dell'epoca.

Aveva solo 34 anni e traboccava di voglia di rinnovamento; era l'epoca in cui questo desiderio dilagava nel mondo culturale mitteleuropeo, anche sulla scia della Riforma luterana; tanto che qualcuno lo avrebbe successivamente definito "Lutero della medicina". Arrivò al punto di criticare anche Galeno; ma soprattutto iniziò un'aspra polemica contro i paludati professioni-



sti della medicina, che fasciati nei loro abiti di velluto imponevano tariffe esose per le loro prestazioni. Per questo, come è facile immaginare, si procurò critiche e inimicizie, tantopiù che curava i poveri gratuitamente. La sua concezione della medicina era basata sull'osservazione e partiva dallo studio delle abitudini delle varie popolazioni, delle loro malattie e dei loro metodi di cura. Iniziò così a viaggiare per tutta l'Europa: andò sicuramente in Germania, in Austria, in Svezia, in Russia, in Turchia, e fu a Ferrara, per tre anni, come "lettore" presso la facoltà di medicina. Molte università richiedevano i suoi insegnamenti e il suo nome era diventato ormai celebre: Paracelso.

Un nome autofabbricato, perché il suo era troppo lungo e complicato: Theophrast Bombast von Hohenheim; da questo suo cognome, curiosamente, si potrebbe tradurre "astrolabio a casa": quasi fosse stato una premonizione.

Ma lui aveva deciso "Paracelso", con preciso riferimento ad Aulus

Cornelius Celsus; di cui sappiamo che visse all'epoca di Tiberio (I° secolo) e fu autore di una valanga di libri: un'enciclopedia medica in 13 volumi ("De Medicina"), 6 volumi di filosofia, 5 di agraria, 7 di retorica ed una grande enciclopedia di cultura pratica; ce ne restano solo 8 libri di medicina, tutti con impostazione razionale dei temi trattati.

L'originalità della scelta del suo pseudonimo ci serve per comprendere non solo la cultura, ma anche l'indirizzo del pensiero e della pratica medica di Paracelso: basati sulla razionalità dell'osservazione e del risultato delle terapie. Un suo concetto fondamentale era che le malattie derivassero da agenti esterni che aggrediscono

l'organismo e, penetrandovi, si distribuiscono nei vari organi. Forse gli organi stessi potrebbero attrarre a sé queste forze nocive, che vagano nell'aria tra macrocosmo e microcosmo. Per quanto fosse cultore delle scienze occulte e ammiratore dell'alchimia, Paracelso ripudiò il metodo astronomico nella diagnosi e nella prognosi delle malattie, che all'epoca si riteneva fossero influenzate dal corso degli astri. E' l'uomo - egli pensava - che può decidere del suo destino conducendo correttamente la sua vita; vita che si svolge qui sulla terra, e non già tra le stelle. Come si vede è una visione moderna dell'origine della malattia, che può derivare anche dallo stile di vita della persona.



La vita pratica della gente: è questa la partenza di uno studio osservazionale iniziato, inconsciamente, già nella sua più giovane età, quando viveva tra i minatori della Corinzia, dove suo padre lavorava come medico di campagna. Era tra le miniere dei Fugger, la potentissima famiglia che lo avrebbe poi osteggiato: quando, medico e scienziato di fama internazionale, aveva sostenuto l'inutilità del guaiaco nella terapia della sifilide; e come è noto proprio il suo commercio, tramite anche il porto di Genova, era cospicua fonte di lucro per i Fugger. E' stata avanzata l'ipotesi che Paracelso stesso ne avesse personalmente constatato l'inefficacia, avendo contratto la malattia allora dilagante in tutta l'Europa: poco sappiamo del resto circa la sua morte avvenuta a 48 anni, nel 1541.

Tornando alla sua vita giovanile tra le miniere della Corinzia, Paracelso fu certamente attratto dal mondo minerale e dallo studio dell'alchimia; ma non certo per la ricerca della pietra filosofale o per fini di lucro; piuttosto per trovarvi elementi per la cura delle malattie. Scopri così che certi metalli - il rame, l'argento, il mercurio - applicati

sulle ferite potevano accelerarne la guarigione: un antesignano, in certo senso, considerando che solo dopo quattrocento anni, durante la seconda guerra mondiale, si trovò rimedio fasciando le ferite degli arti

con i coperchi metallici delle scatolette di carne conservata. A proposito di patologie degli arti va ricordato che Paracelso inventò apparecchi contentivi per immobilizzare le ossa fratturate; ed anche in questo si distingueva per scelte personali, lontane dalle consuetudini dell'epoca. La determinazione con cui affermava il suo personalismo si manifestava pure nel modo di vestire, che rifiutava il velluto della categoria medica; ma anche con iniziative clamorose, come l'uso della lingua tedesca - anziché del latino - nelle sue conferenze universitarie; anticipando l'accantonamento del linguaggio classico per farsi comprendere da tutti, come avrebbe deciso, alcuni secoli dopo, il Concilio Vaticano II°.

Un anticipatore, dunque, su più fronti, che lo potrebbe avvicinare al più grande genio suo contemporaneo: Leonardo da Vinci; e, come ogni anticipatore, un incompreso, costretto (o fu sua scelta?) a viaggiare da una città all'altra, da una nazione all'altra e forse da un continente all'altro: se arrivò, come qualcuno ha scritto, in Asia e in Africa; per studiarvi popolazioni sempre diverse, con l'occhio del ricercatore non solo medico ma anche - diremmo oggi - socio-culturale.

Solo dopo la sua morte ebbe i riconoscimenti che gli erano mancati: dalla diffusione dei suoi libri e delle sue idee, al germogliare di schiere di adepti pronti ad applicarle in tutta Europa.

Ma, come si può constatare ogni giorno, "tutto passa e si scorda"; per cui oggi, anche di questo rilevante personaggio, si sente dire grattandoci un'orecchia: "Paracelso, chi era costui?".

Silviano Fiorato



Notizie dalla C.A.O.

Commissione Albo Odontoiatri

A cura di Massimo Gaggero

Congresso "Liguria Odontoiatrica" 2008

Con i patrocini della Regione Liguria, dell'Ordine dei Medici di Genova, della FROMCeO Liguria, della CAO Regionale, della CAO Provinciale, del CLOPD dell'Università di Genova, dell'Ospedale Galliera e dell'Istituto G. Gaslini

Odontoiatri - Assistenti di Studio

Venerdì 4 e Sabato 5 Aprile presso il Galata Museo del Mare all'Expò di Genova, Calata dei Mari 1, si svolgerà il Congresso Scientifico organizzato da Andi Genova e da Andi Liguria ed inserito nel Circuito Nazionale "Andi Eventi".

La manifestazione, di assoluto livello scientifico, prevede un programma con argomenti di attualità odontoiatrica, trattati da relatori di chiara fama, selezionati insieme alla Segreteria Culturale Nazionale.

L'evento, è strutturato in due giornate:

- il Venerdì 4, con 2 Corsi monotematici Teorico-Pratici, uno di *"suture in chirurgia orale"*, tenuto dal dr. Roberto Maffei, esperto relatore nonché Presidente ANDI Bari e l'altro di *"protesi adesiva"*, tenuto dal dr. Sandro Pradella, dell'Associazione Italiana di Conservativa.

- il Sabato 5, si svolgerà il Congresso che tratterà "Il Recupero funzionale dell'elemento singolo" con importanti relatori quali: dr. Guido Prando, dr. Monaldo Saracinelli, dr. Riccardo Becciani, dr. Daniel Celli, dr. Andrea Polesel, dr. Piero Alessandro Marcoli e dr.ssa Maria Gabriella Grusovin.

- Sempre nella giornata di sabato 5 è prevista la sessione per Assistenti di Studio Odontoiatrico, che tratterà l'argomento *"Protesi fissa e mobile: i materiali d'impronta"*.

La capienza delle Sale, sia per i Corsi, sia per il

Congresso, è limitata. Sarà presente inoltre una "Esposizione Merceologica" con tutte le più importanti Ditte del settore dentale, e non.

Venerdì Sera, alle ore 20.30, si terrà la "Cena Congressuale" all'Acquario di Genova, nella suggestiva Sala degli Squali, preceduta da una visita guidata, riservata, dell'Acquario.

Si auspica di perpetuare il medesimo successo della scorsa edizione, al fine che la nostra Provincia e la nostra Regione possano essere, come tradizione, sempre ai massimi livelli per ciò che riguarda l'aggiornamento professionale.

Per info: Segreteria Organizzativa e20 srl tel. 010 5960362 - Segreteria Andi Genova-Liguria tel. 010 581190.

dr. Andrea Tognetti

Segretario Culturale ANDI Liguria

dr. Uberto Poggio

Segretario Culturale ANDI Genova



13° Premio Andi Genova

A Giampiero Cioni il premio "Tullio Zunino per Meriti Associativi"

A Guido Prando il premio "Giuseppe Sfregola per Meriti Scientifico-Culturali"

Venerdì 15 Febbraio presso la splendida sala degli specchi di Villa Spinola sono stati consegnati i premi Andi Genova riferiti al 2007 per meriti Associativi e Scientifico-Culturali rispettivamente ai Colleghi **dr. Giampiero Cioni**, illustre dirigente Andi già Presidente Andi Firenze e già Vicepresidente Nazionale Andi nell'ultima legislatura ed al **dr. Guido Prando** illustre Socio Andi Genova e Segretario Nazionale dell'Accademia Italiana di Conservativa.

Erano presenti tutto l'Esecutivo Nazionale Andi (a parte il tesoriere dr. Ghetti), dr. Callioni, dr. Prada, dr. Esposito, dr. Griffa, dr. Rocchetti, dr. Gaggero e il Direttore Generale dr. Testa; l'Esecutivo dell'Ordine di Genova, dr. Bartolini, dr. Ferrando, prof. Regesta e dr.ssa Salusciev; il Consigliere Giorgio Inglese con il Presidente Cao Genova Elio

Annibaldi e la Direttrice dell'Ordine dr.ssa Roberta Baldi. Presenti tutte le cariche Associative Provinciali e Regionali ed il presidente Andi Firenze dr Luca Barzagli e quello Andi Toscana dr. Stefano Mirenghi.

Per l'Università il prof. Mangiante e per l'ospedale di S.Martino il prof. Ziola.

Per le istituzioni graditi ospiti Il Cap. Alessio Bombara ed il M.Ilo Angelo Melpignano, rispettivamente Comandante e Vice dei NAS Regione Liguria. Una bella cerimonia con oltre 90 presenze ben orchestrata dal padrone di casa Gabriele Perosino, Presidente Andi Genova, che ha voluto anche celebrare la festa di S. Apollonia, patrona dei Dentisti. I premi, come tradizione, sono stati consegnati rispettivamente dai segretari culturali e sindacali di Andi Genova.



Comunicazioni di eventi odontoiatrici

ANDI GENOVA CORSI 2008

MARZO - Sabato 29 - giornata (9-17)

"Faccette in ceramica: indicazioni e controindicazioni e tecniche operative". Relatore: dr. Cesare Robello. Sede: Galliera

APRILE

Venerdì 4 e sabato 5

Congresso "Liguria Odontoiatrica" del Circuito Nazionale "Andi Eventi". Previsti il venerdì corsi

monotematici e il sabato il Congresso con una sessione per gli Odontoiatri e una sessione per le Assistenti. Sede: Galata Museo del Mare.

Sabato 19 - giornata (9-17)- Corso di Management. **Relatore: dr. Tiziano Caprara.**

MAGGIO

Sabato 17 - mattinata (9-13)

Il Master per Assistenti di Studio Odontoiatrico e Dentisti. *"La comunicazione e la motivazione in*

parodontologia". Relatore: dr. Fabio Currarino.

Martedì 27 - serata

"Antibiotici in Odontoiatria: quando usarli e come usarli". Relatore: dr. Salvatore Renna.

Sabato 31 - giornata (9-17)

"Il trattamento ortodontico alle malocclusioni complesse e alle problematiche cranio-mandibolari mediante l'utilizzo del meaw (multiloop edgewise arc-wire) secondo la filosofia del prof. Sadao Sato". Relatore: dr. Marco Redana.

PROSSIMI CORSI I.R.C. – B.L.S.

Corso sulle Emergenze di Pronto Soccorso e Rianimazione Cardiopolmonare.

- Retraining (ore 18-22)

Aprile: venerdì 11 - **Ottobre:** venerdì 10.

- Base (ore 9-18)

Aprile: sabato 12 - **Ottobre:** sabato 11.

Per tutti i corsi sarà richiesto l'accreditamento ECM. Tutti i corsi per cui non è specificata la sede, si svolgono presso la Sala Corsi Andi Genova Piazza della Vittoria 12/6.






EVENTI DEL CENACOLO ODONSTOMATOLOGICO LIGURE

L'ultima incontro su **"Società tra professionisti, studi associati, minimi a forfait"** si terrà **lunedì 31 marzo alle ore 20,00** alla Sala corsi Anthos Impianti a Genova in piazza Brignole 5/4. Si parlerà di: "studi associati tra odontoiatri: vantaggi operativi, economici e fiscali"; "il nuovo regime dei minimi a forfait, i vantaggi per chi inizia, gli accorgimenti per gli acquisti delle apparecchiature". L'evento è gratuito per gli associati. Per info e prenotazioni: dr. Sadeghi tel. **010 54 36 82 - 348 56 50 653.**

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 certifi. 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	RM
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. Boccuzzi 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 Martirri della Libertà, 30c 010/6982796								
Punto prelievi		Via Teodoro di Monferrato, 58r. 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								

STRUTTURE PRIVATE		INDIRIZZO E TEL.	SPECIALITA'					
IST. EMOLAB <small>certif. ISO 9001/2000</small> 		GENOVA	PC	Ria	RX	S	DS	
Dir. San. e R.B.: G.B. Vicari L.D.: Chim. e Microscopia Clinica R.B.: Dr. S. De Pascale Spec. Radiologia		Via G. B. Monti 107r 010/6457950 - 010/6451425 Via Cantore 31 D - 010/6454263						
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. Salvadio 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.: Dr. D. Perona		Via San Vincenzo, 2/4 "Torre S. Vincenzo" 010/561530-532184 www.iro.radiologia.it						
IST. ISMAR <small>certif. ISO 9002</small> 		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 Canepari 65 r		Via Assarotti, 17/1 010/8398478 fax 010/888661 tel .010/4699669						
IST. LAB <small>certif. ISO 9001-2000</small> 		GENOVA	PC	Ria			S	
Dir. Tec.: D.ssa M. Guerrina Biologa Punto prelievi: C.so Magenta, 21 A (Castelletto)		Via Cesarea 12/4 010/581181 - 592973 tel.010/2513219						
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 <small>certif. ISO 9001</small> 		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						

STRUTTURE PRIVATE		INDIRIZZO E TEL.	SPECIALITA'											
CENTRO RADIOLOGICO E FISIOTERAPICO GE - BUSALLA		Dir. San. e R.B.: Prof. L. Morra Spec.: Radiologia medica Resp. Terapia fisica: Dr. Franco Civera Spec.: Fisiatria	Via Chiappa 4 010/9640300											
IST. SALUS <small>certif. ISO 9002</small>		GENOVA	P.zza Dante 9 010/586642	PC	Ria	MN	RX	RT	TF	S	DS	TC	RM	
IST. STATIC <small>certif. ISO 9001/2000</small>		GENOVA	Via XX Settembre 5 010/543478											
IST. TARTARINI		GE - SESTRIP.	P.zza Dei Nattino 1 010/6531442 fax 6531438	PC	Ria	RX RT TF			S	DS				
TMA - TECNOLOGIE MEDICHE AVANZATE		GENOVA	Via Montallegro, 48 010/316523 - 3622923 fax 010/3622771											
IST. TURTULICI RADIOLOGICO TIR		GENOVA	Via Colombo, 11-1° piano 010/593871											
IST. VALE		GENOVA	Via Carlo Rolando, 87 r 010/414903	PC	Ria					S	DS			
Punto prelievi Via Monte Zovetto 9/2		010/313301												
ISTITUTI NON CONVENZIONATI SSN			SPECIALITA'											
LABORATORIO ALBARO <small>certif. ISO 9001/2000</small>		GENOVA	Via P. Boselli 30 010/3621769 Num. V. 800060383 www.laboratorioalbaro.com	PC	Ria	RX	TF	S	DS	TC	RM			
IST. BOBBIO 2		GENOVA	Via G. B. D'Albertis, 9 c. 010/354921											
STUDIO GAZZERRO		GENOVA	Piazza Borgo Pila, 3 010/588952 fax 588410											
RIABILITA		GENOVA	Via Montallegro, 48 c 010/3622448 fax 010/3622771											

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

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento pervenute per la prima volta nel corso del periodo di validità della polizza a condizione che tali richieste siano conseguenti a comportamenti colposi non noti all'assicurato stesso prima della stipula della polizza e posti in essere non **oltre tre anni** prima (è possibile garantire fatti avvenuti oltre gli ultimi tre anni con supplemento di premio del 10% per ogni anno in più). Per gli ODONTOIATRI la garanzia è prestata con retroattività illimitata. La garanzia esclude le richieste di risarcimento pervenute successivamente alla cessazione del contratto salvo, tramite specifica richiesta, nei casi di morte o cessazione volontaria dell'attività professionale.

- Massimale per anno assicurativo;
- Validità per tutti i paesi del mondo eccetto USA e CANADA
- Operatività in secondo rischio qualora risultino operanti altre assicurazioni anche se stipulate da strutture pubbliche o private;
- Copertura per danni derivanti da piccoli interventi chirurgici ambulatoriali senza ricorso ad anestesia totale, anche se la professione indicata non preveda l'esercizio della chirurgia;
- Copertura per danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici, agopuntura, chiroterapia e omeopatia;
- Copertura della conduzione dello studio medico.

TUTELA LEGALE PROFESSIONALE - La garanzia assicura il rimborso delle spese occorrenti per la nomina di un legale di propria fiducia e di un perito di parte al fine di tutelare gli interessi del medico quando 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. La garanzia vale anche per vertenze contrattuali con i pazienti con il limite di una denuncia per ogni anno assicurativo. L'assicurato avrà quindi pagate le spese dell'Avvocato di propria fiducia che lo assiste sia per resistere alle richieste di controparte sia per chiamare in manleva la propria compagnia di Responsabilità civile. In caso di atto di citazione è prevista la libera scelta del legale, mentre per le vertenze in sede extragiudiziarie è la compagnia di assicurazione che mette a disposizione i propri legali convenzionati.



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. IMPIANTOLOGIA
5. PROFESSIONE DI DERMATOLOGIA
CON ESTETICA
6. CHIRURGIA ESTETICA
7. MEDICO COMPETENTE
8. MEDICO LEGALE
9. SPECIALIZZANDO

