

Genova Medica



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

Editoriale

Domande di cure
e contenimento della spesa

Note di diritto sanitario

Specializzandi
ed emolumenti arretrati

Corte dei conti:
controlli sempre più attenti

In primo piano

Appropriatezza prescrittiva:
le nostre considerazioni

Tutelare l'ambiente per tutelare la salute

Notizie dalla C.A.O.

N.6 Giugno 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 5 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.

Pubblicità: per pubblicare inserzioni pubblicitarie contattare sig.ra Silvia Folco tel. 010/582905.



Genova Medica

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

GENOVA MEDICA

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

Direttore responsabile

Enrico Bartolini

Comitato di redazione

Alberto Ferrando
Massimo Gaggero
Roberta Baldi
Andrea Stimamiglio

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente

Enrico Bartolini

Vice Presidente

Alberto Ferrando

Segretario

Giovanni Regesta

Tesoriere

Maria Proscovia 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

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Presidente

Matteo Basso

Effettivi

Maurizia Barabino
Aldo Cagnazzo

Supplente

Maurizio Giunchedi

COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI

Elio Annibaldi **Presidente**

Massimo Gaggero **Segretario**
Giorgio Inglese Ganora
Paolo Mantovani
Marco Oddera

Editoriale

4 Domande di cure e contenimento della spesa

In primo piano

5 Appropriata prescrizione: le nostre considerazioni

9 Tutelare l'ambiente per tutelare la salute

Note di diritto sanitario

13 Specializzandi ed emolumenti arretrati

21 Corte dei conti: controlli sempre più attenti

17 Regione Liguria: campagna di educazione alla salute

Cronaca & attualità

22 ECM: è diventata una sigla opinabile?

Medicina & psichiatria

24 Psichiatria e legge 180: 30 anni dopo

26 Recensioni

27 Corsi & convegni

Medicina & cultura

28 Un piatto di riso vale più di tutta la nostra scienza?

30 In ricordo di...

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

Periodico mensile - Anno 16 n. 6 giugno 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:** "Corridoio dell'Ospedale Saint-Paul" 1889 Van Gogh Museum, Amsterdam **Finito di stampare nel mese di giugno 2008.**



Domande di cure e contenimento della spesa: un doppio binario che si può conciliare

Negli ultimi tempi assistiamo ad una sempre più crescente domanda di prestazioni sanitarie e, spesse volte, il medico si trova nell'impossibilità di rispondere esaurientemente alle continue richieste di bisogni da parte dei pazienti. Non sempre è facile per il medico spiegare al paziente che quel tipo di esame può essere dilazionato nel tempo o, in certi casi, anche risultare "inutile" e, sotto certi aspetti, essere controproducente. Questo ovviamente non vuole dire "dare di meno", quanto piuttosto cercare di utilizzare, al meglio, le risorse disponibili per garantire a tutti i cittadini un livello di assistenza che sia il migliore possibile.

Spetta quindi al medico, figura cardine all'interno di qualsiasi sistema sanitario, proporre un processo clinico che preveda tutti quegli interventi diagnostici e terapeutici che secondo scienza e coscienza possano offrire le migliori garanzie di efficacia nei confronti dei bisogni espressi dai pazienti, evitando così un uso improprio delle risorse che, come ben sappiamo, sono limitate e potrebbero essere destinate ad altri scopi.

Proprio in quest'ottica ho accolto la richiesta dell'Assessorato alla salute di pubblicare la "Campagna di educazione alla salute", avviata dalla nostra Regione per informare la popolazione su alcune tipologie di esami, sull'utilità degli stessi e sulla periodicità con cui effettuarli.

Fornire una corretta informazione può risultare sicuramente utile per il cittadino, che quotidianamente viene sollecitato dai mass media ad effettuare controlli sul proprio stato di salute, con conseguente vertiginoso aumento della domanda di prestazioni diagnostiche e correlativo allungamento delle liste di attesa.

Se l'Ordine, da un lato, appoggia e fa sue le scelte amministrative che, seppur mirate al contenimento della spesa, riflettono una chiara utilità per i pazienti nella prospettiva del miglior utilizzo delle ridotte risorse in campo sanitario, dall'altro non può mantenere analogo atteggiamento a fronte di provvedimenti che, obiettivamente, si riflettono in modo negativo sulla qualità del livello assistenziale e sul corretto svolgimento dell'attività professionale dei medici specialisti ospedalieri e convenzionati.

Ed invero, sul tema dell'appropriatezza prescrittiva in tema di farmaci, in questo numero di "Genova Medica" abbiamo ritenuto utile pubblicare alcune considerazioni in merito alle direttive recentemente emanate dalla Regione Liguria che le Direzioni sanitarie stanno già impartendo ai medici. Considerazioni che il Consiglio dell'Ordine ha ritenuto far presente all'assessore per avviare un percorso condiviso e, quindi, idoneo ad evitare future contrapposizioni.

Al momento di andare in stampa siamo venuti a sapere che l'Assessorato alla salute sta licenziando, su questa delicata problematica, un nuovo documento che ci auguriamo possa rispondere non solo alle aspettative del paziente, ma anche del medico.

Enrico Bartolini

Appropriatezza prescrittiva: le nostre considerazioni

La delibera della Giunta Regionale n. 208 del 07/03/2008 avente per oggetto: "Anno 2008. Assegnazione delle risorse finanziarie alle Aziende sanitarie ed agli Enti equiparati. Direttive ed Obiettivi", e tesa all'ottenimento di obiettivi di bilancio previsti dalla Legislazione nazionale e regionale, riporta, fra le altre, le seguenti disposizioni, che sono state comunicate dalle Direzioni sanitarie delle Aziende Sanitarie liguri ai medici Specialisti e di medicina generale in esse operanti. Di seguito ne riportiamo i punti più significativi accompagnati da alcune nostre considerazioni.



“Anno 2008. Assegnazione delle risorse finanziarie alle Aziende sanitarie ed agli Enti equiparati. Direttive ed Obiettivi”

DIRETTIVE INERENTI L'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

Le Aziende sanitarie e gli Enti equiparati dovranno nell'esercizio 2008 dare applicazione alle seguenti direttive vincolanti inerenti l'appropriatezza farmaceutica:

2.1. Incremento dell'uso dei generici

I seguenti farmaci che hanno perso il brevetto nel corso del 2007 o che lo perderanno nel corso del 2008 sono oggetto degli obiettivi di cui al presente punto, sulla base dell'analisi dei consumi registrati nella Regione...

2.2. Contenimento dei consumi

L'impiego dei farmaci erogati tramite le farmacie territoriali, in regime di convenzione, nelle categorie sottoindicate deve essere mantenuto in ogni singola Azienda entro il limite della

DDD (dose definita giornaliera) per mille abitanti residenti unità posologiche annue per assistito pesato della ASL che presenta il minor consumo per il 2007, con una possibilità di oscillazione non superiore al 3%:

- ✓ inibitori della pompa acida (codice ATC A02BC);
- ✓ inibitori della HMG CoA reduttasi (codice C10AA);
- ✓ inibitori selettivi della serotonina (codice ATC N06AB);
- ✓ altri antidepressivi (codice ATC N06AX).

2.4. Prescrizione di farmaci a seguito di dimissione ospedaliera o visita specialistica

A - I medici, dipendenti o convenzionati, che all'atto della dimissione ospedaliera o visita specialistica, qualora non siano messi in grado di provvedere alla contestuale erogazione del primo ciclo terapeutico, ravvedano la necessità di eseguire una prescrizione farmaceutica o di dare indicazioni in merito alla terapia farmacologica al medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta devono:

- effettuare la prescrizione su ricetta del Servizio sanitario nazionale;
- attenersi al prontuario ospedaliero in essere presso la struttura in cui operano. **Nel caso in cui il medico ravveda la necessità di prescrivere un farmaco al di fuori del prontuario ospedaliero, è tenuto a trasmettere copia della prescrizione alla Direzione sanitaria aziendale con allegata apposita relazione nella quale siano precisati i motivi della prescrizione al di fuori del PTO;**

B - le Aziende devono richiedere ai MMG e ai PLS che qualora provvedano alla prescrizione di farmaci a seguito di indicazione di terapia farmacologica da parte di specialisti compilino l'apposito campo della ricetta del Servizio sanitario nazionale.

6 Appropriata prescrizione: le nostre considerazioni

Le nostre considerazioni

Queste indicazioni possono incidere negativamente sulla qualità dell'assistenza sanitaria sia generale che specialistica in Liguria, e poiché l'Ordine ha il compito di tutelare la salute del cittadino e di difendere la qualità e l'autonomia professionale del medico, si è ritenuto necessario intervenire presso l'Assessore alla Salute. Il significato di questo intervento prescinde totalmente dalla concordanza sulla necessità di contenere i costi e razionalizzare l'uso dei farmaci secondo un corretto rapporto costo/beneficio, tema sul quale esiste la massima attenzione nell'interesse del cittadino e della qualità della professione medica.

Il punto 2.2. sul contenimento dei consumi appare difficilmente accettabile nella logica della qualità ed efficacia delle cure che il medico deve garantire. E' noto che alcuni di questi farmaci sono sottoutilizzati rispetto alla necessità della popolazione ed altri, quali ad esempio le statine, hanno già delle indicazioni e limitazioni prescrittive ben precise sulla base delle note AIFA; appare pertanto difficile porre un obiettivo ulteriore di contenimento dei consumi su una pura base statistica fondata sulla prassi terapeutica, senza ledere il diritto alla cura del singolo cittadino.

Il punto 2.4., in considerazione dell'attuale orga-

nizzazione della maggior parte delle farmacie ospedaliere, tutte le strutture ambulatoriali delle Aziende Sanitarie si devono dotare di un apposito armadio per farmaci, in cui tenere, secondo le regole organizzative e le disposizioni legali seguite dalle farmacie, una quantità e tipo di farmaci assolutamente imprevedibile (poiché si tratta di pazienti ambulatoriali). Questo tipo di attività è tipica della professione del farmacista ed implica un uso improprio della professionalità del medico e dell'infermiere, oltre che una dispersione di risorse rispetto ai compiti istituzionali di queste figure, già ora svolti con difficoltà crescente, in molte realtà, per la riduzione degli organici.

Inoltre, lo stesso punto "A" prescrive che i medici specialisti debbano attenersi nella prescrizione e nel consiglio terapeutico al prontuario ospedaliero in essere presso la struttura in cui operano. Nel caso in cui il medico ravveda la necessità di prescrivere un farmaco al di fuori del prontuario Ospedaliero, è tenuto a trasmettere copia della prescrizione alla Direzione sanitaria aziendale con allegata apposita relazione nella quale siano precisati i motivi della prescrizione al di fuori del PTO (Prontuario terapeutico ospedaliero).

Su queste disposizioni si possono fare delle considerazioni sia di principio che pratiche:

INSERZIONE PUBBLICITARIA



Ges LAB  **Dall'accettazione al referto
Dall'esigenza all'idea**

Passi Organizzazione e Sistemi S.r.l.
Azienda di informatica per le strutture medico-sanitarie

800-688623

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

Le considerazioni di principio sono:

1. Esiste una discriminazione di fatto nella libertà di prescrizione fra medico specialista e MMG. L'articolo 4 del Codice deontologico vale per tutti allo stesso modo. Di fatto il richiedere una relazione *ad personam* ogni volta è discriminare la libertà di prescrizione, anche se non è impedirla in assoluto. Si noti che in questa imposizione non esistono motivazioni tecniche adeguate, in quanto è tenuto a giustificare ogni prescrizione lo specialista, al quale, peraltro, è concessa la facoltà di stilare i piani terapeutici individuali per i farmaci innovativi e di maggior costo.

2. In relazione ai diritti alle cure del cittadino ed alla non discriminazione si regola in modo diverso la prescrizione di farmaci in strutture diverse, senza una motivazione di origine tecnica, ma solo amministrativa. Di fatto, al cittadino potranno essere prescritti farmaci diversi da MMG e specialisti di ASL e Aziende ospedaliere con prontuari diversi.

3. Si richiede una relazione, di necessità nominale, sui motivi che spingono a prescrivere uno specifico farmaco. Ciò appare rilevante in termini di segreto professionale e di privacy.

Le considerazioni pratiche sono:

1. Il Prontuario ospedaliero nasce per esigenze del tutto diverse dal Prontuario terapeutico nazionale o regionale per i pazienti esterni; esso è legato alle esigenze dei pazienti acuti ed alle esigenze organizzative di una farmacia ospedaliera che certamente non può avere in pronta disponibilità un numero eccessivo di farmaci. L'esempio più banale sono le associazioni fra farmaci: non hanno spesso nessun significato in acuto, ma è noto che la compliance alla terapia del paziente ambulatoriale e l'assenza di errori di somministrazione sono tanto maggiori, quanto maggiore è la "semplicità" dello schema terapeutico e basso il numero di prodotti farmaceutici.



2. I Prontuari ospedalieri sono diversi nelle diverse aziende della Regione Liguria.

3. Il provvedimento riguarda qualunque farmaco, paradossalmente anche i generici (alcune molecole possono non essere presenti nei Prontuari ospedalieri), non solamente farmaci ad alto costo, sui quali è invece opportuno prendere provvedimenti ad hoc, per un uso razionale nell'interesse di tutti.

4. I pazienti ambulatoriali spesso assumono da tempo farmaci, anche a bassissimo prezzo, assenti dai prontuari ospedalieri per le considerazioni di cui sopra. Le prescrizioni di questi farmaci sono sempre ovviamente assolutamente on label. Certamente la sostituzione di questi farmaci con altri presenti in Prontuario ospedaliero induce sprechi.

5. Si noti che la disposizione si riferisce, oltre che alla prescrizione, anche al consiglio terapeutico. Questo significa, se le parole hanno un senso, che il medico specialista deve fotocopiare prescrizioni e fornire dettagliate relazioni anche per tutti i farmaci che, in un ambito globale, consiglia di proseguire ai pazienti che visita in ambulatorio specialistico.

6. Per molti farmaci esistono giustamente le note AIFA che già costituiscono la motivazione di una prescrizione specifica.

7. I medici specialisti hanno la facoltà e l'obbligo di stilare i piani terapeutici di farmaci sottoposti a prescrizione specialistica, senza doverne dare una giustificazione scritta ad hoc, al fine poi di

8 Appropriatezza prescrittiva: le nostre considerazioni

permetterne la prescrizione continuativa da parte dei medici di medicina generale. Molti di questi farmaci non sono nei Prontuari ospedalieri, ne deriva una evidente contraddittorietà fra regole diverse.

8. La Regione Liguria, ha chiesto a tutti un impegno sulla appropriatezza delle prestazioni, sulla riduzione delle liste di attesa e sui corretti rapporti fra medicina specialistica e generale. Questo è un impegno sicuramente condivisibile da tutti. Appare invece non comprensibile la scarsa attenzione alla concretezza della erogazione della prestazione ed alla loro qualità e conseguentemente efficacia. Per contenere le liste d'attesa è indispensabile che le prestazioni specialistiche vengano erogate in numero adeguato quotidianamente e quindi in tempi contenuti e programmati, ma per la loro efficacia sono indispensabili un corretto rapporto medico-paziente ed una adeguata comprensione e condivisione del paziente delle prescrizioni terapeutiche. Certamente il tempo per compilare motivazioni scritte per la maggior parte delle prescrizioni sarà sottratto a queste attività, con la con-

seguenza della erogazione di visite non soddisfacenti per l'utente e la paradossale moltiplicazione delle stesse, magari in strutture diverse del SNR, con spreco di risorse e ulteriore allungamento delle liste d'attesa.

Teniamo a precisare, comunque, che l'assessore alla Sanità ha già manifestato la sua intenzione di apportare alcune modifiche alla delibera chiedendo per questo il coinvolgimento diretto dell'Ordine. In risposta alla richiesta di Montaldo, il presidente dell'Ordine Bartolini ha inviato una lettera in cui ribadisce *"la propria disponibilità a partecipare attivamente ai prossimi interventi di modifica del provvedimento, consentendo così di fornire opportune indicazioni nello spirito di prevenire possibili contenziosi in fase applicativa. Contenziosi che, pare inutile sottolinearlo, potrebbero andare inevitabilmente a ripercuotersi sull'appropriatezza delle cure, sulla qualità del livello assistenziale, sul corretto svolgimento dell'attività professionale dei medici specialisti ospedalieri e convenzionati nonché sull'essenziale rapporto medico/paziente"*.

Ricettari del SSN: segnalazione dei NAS

Un corretto utilizzo e detenzione dei ricettari del SSN può evitare tanti problemi. Per questo riteniamo importante diffondere la lettera dei NAS, a firma del Cap. Alessio Bombara che ringraziamo pubblicamente per la collaborazione:

"Recentemente questo Nucleo ha segnalato alle competenti Giudiziarie persone ree di falsità ideologica e materiale, truffa aggravata, esercizio abusivo della professione medica, reati commessi mediante l'abusivo utilizzo di ricette del SSN, illecitamente asportate a medici dipendenti pubblici, od anche, lasciate alla libera disponibilità di soggetti non abilitati. Premesso quanto sopra, si raccomanda codeste ASL e gli Ordini dei medici in indirizzo, di voler richiamare i sanitari alla corretta detenzione dei ricettari, di cui ogni medico è personalmente responsabile, sia professionalmente che ai fini contabili, in particolare, viene ribadito di non lasciare, neppure temporaneamente gli stessi incustoditi, al fine di evitare che soggetti terzi possano asportare qualche ricetta, ed altresì, che la sottoscrizione di ogni singola ricetta e/o prescrizione deve esser apposta dal medico detentore del ricettario, che curerà di evitare di lasciare il proprio ricettario in studi ove operino altri professionisti non medici. La presente iniziativa rientra nel quadro delle attività di fattiva collaborazione instaurata con codesti enti, sicuri che, ogni iniziativa finalizzata ad una più puntuale sensibilizzazione del personale medico, possa evitare il ripetersi per il futuro di casi analoghi, che causano, tra l'altro, un ingiusto danno per lo Stato".

Tutelare l'ambiente per tutelare la salute

La maggior parte delle malattie è causata dall'inquinamento e da stili di vita sbagliati

Grazie all'organizzazione dell'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri della Provincia di Padova, si è tenuto nel salone dell'Accademia Galileiana di scienze, lettere ed arti, meravigliosamente decorato da affreschi del Guariento (XIV secolo), il Convegno Nazionale dal titolo "Ambiente e salute".



A Padova un convegno nazionale organizzato da FNOMCeO e Associazione medici per l'ambiente (ISDE-Italia)

Fortemente voluto dal Presidente FNOMCeO Amedeo Bianco e dal vice presidente FNOMCeO Maurizio Benato, insieme al vulcanico Roberto Romizi, presidente di ISDE-Italia, questo convegno ha voluto essere una tappa ulteriore sul cammino di un impegno sempre più convinto dei medici italiani in difesa dell'ambiente: come ricorderete il primo passo istituzionale era stato il **nuovo Codice di deontologia medica, con il famoso articolo 5**, ed il secondo passo era stato il documento congiunto FNOMCeO-ISDE Italia su cui sono state raccolte le firme di adesione di quasi tutti i nostri colleghi.

La tappa di questi giorni vede la pubblicazione del "Manifesto di Padova sulla tutela della salute ambientale", che vuole essere un approfondimento del documento precedente con partico-

lare riferimento alle problematiche etiche ed alla metodologia da seguire, nella correttezza scientifica e nell'impegno sociale.

Infatti l'inizio del Congresso, dopo il saluto di Amedeo Bianco, ha visto un'importante introduzione di Maurizio Benato su "I valori della professione medica per la tutela della salute ambientale".

Tutelare l'ambiente per salvaguardare la salute è una necessità non più rinviabile come dimostrano i "numeri": in alcuni casi fino al 75% delle malattie e delle cause di morte è legato proprio al degrado ambientale ed a stili di vita scorretti. E' necessario individuare tutte le strategie efficaci e in grado di agire sulle condizioni socio-ambientali, cercando di ridurre il peso di tante malattie che gravano sulla collettività.

Le esposizioni a sostanze nocive, ai rifiuti e all'inquinamento atmosferico sono tra le maggiori cause dei pericoli per la salute. Secondo la più recente letteratura, possono esserci danni anche a causa delle tante sostanze chimiche che usiamo quotidianamente: la maggior parte, infatti, non è ancora stata adeguatamente testata e valutata per la sua sicurezza.

Nel corso del convegno sono state affrontate le odierne "Emergenze ambientali e i rischi per la salute". **Fabrizio Bianchi**, del CNR e dell'ISDE-Italia, ha relazionato sulle misure di rischio e misure di impatto dei rifiuti sulla salute in situazioni di emergenza. Come è noto le conseguenze a breve termine di questi tipi di inquinamento sono le malformazioni fetali (periodo di latenza più breve) mentre quelle più tardive comprendono i tumori che possono avere un periodo di latenza di 5-20 anni. E' ormai dimostrato comunque che gli effetti tossici sul feto si possono risolvere in problemi nell'età adulta, come disordini immunologici, malattie respiratorie e

neoplasie del polmone, malattie neuro-tossiche. Le discariche di rifiuti possono essere illegali (in Campania largamente diffuse) e legali: queste ultime possono poi essere a norma di legge oppure non a norma. Purtroppo è osservazione comune il fatto che in discariche per RSU (Rifiuti solidi urbani) spesso sono stati rinvenuti rifiuti speciali e talvolta tossici e nocivi.



Sei studi su otto eseguiti per monitorare le conseguenze sulla salute degli abitanti nei pressi di discariche di rifiuti, hanno dimostrato dei danni alle persone: prima di tutto tumori maligni (vescica, sangue, polmone, stomaco, ecc.) oltre ad asma bronchiale.

Vincenzo Migaletto di ISDE-Italia e di SMIRG-no profit foundation, ha poi analizzato i mutamenti climatici, il danno globale e locale ed effetti sulla salute. Sono oramai infinite le evidenze scientifiche che ricollegano i mutamenti climatici all'effetto serra: come è noto la Terra riemette il calore del sole, ma questo viene trattenuto nell'atmosfera. Anche se la anidride carbonica CO_2 riscalda meno del metano (circa 21 volte di meno), è presa come punto di riferimento in tutti i documenti a causa della sua diffusione in tutto il pianeta. La conseguenza è un aumento della temperatura della terra; CO_2 , metano, ecc. provocano un riscaldamento globale che è particolarmente aumentato negli ultimi 100 anni. Il massimo aumento si ha nel deserto del Sahara, mentre il minimo aumento si osserva nella Foresta Amazzonica perché qui abbiamo un ambiente che riesce a distruggere la CO_2 . **L'aumento dell'anidride carbonica è in particolare dovuto a 3 fattori: deforestazione, combustione di prodotti fossili, attività**

industriale. In pratica l'emissione della CO_2 deriva da tutti i processi antropogenici. Anche se il carbone è responsabile della energia consumata per il 23% del totale di fonti energetiche, esso è responsabile del 36% della CO_2 prodotta: **in sintesi, il carbone è uno dei peggiori combustibili possibili.** In particolare sono stati gli USA che hanno usato enormi quantità di carbone per produrre tutta l'elettricità che consumano, e l'elettricità così prodotta, rappresenta la maggior fonte di CO_2 . Ma nel 2004 abbiamo avuto una svolta epocale: per la prima volta i paesi non industrializzati hanno prodotto più CO_2 dei paesi industrializzati. Da questa emergenza derivano tutta una serie di problemi: problema etico (rallentare lo sviluppo dei paesi poveri?), perdita della biodiversità, smaltimento dei rifiuti, produzione di sostanze chimiche pericolose, danni all'acqua potabile, danni all'aria (specie nei paesi meno sviluppati). Si sta verificando su scala planetaria un po' quello che è successo in Campania rispetto all'Italia.

L'aumento della temperatura è responsabile di colpi di calore, siccità, alluvioni, uragani (ad esempio l'ultimo recente tifone in Myanmar). Senza sottovalutare che la perdita della biodiversità vuol dire addio per sempre a centinaia di specie viventi animali e vegetali.

Francesco Biccato, assessore all'Ambiente del Comune di Padova, ha sottolineato le difficoltà economiche di una amministrazione locale nell'impegno ad un controllo delle emissioni di polveri sottili. Secondo i dati dell'Agenzia regionale per l'ambiente le polveri sottili nella città di Padova sono dovute per il 50% al traffico automobilistico, per il 18% al riscaldamento e per il 16% all'industrie. Questi dati non si differenziano molto da quelli della maggior parte delle città italiane. **Andrea Tittarelli**, dell'epidemiologia dell'Istituto dei tumori di Milano, ha focalizzato l'attenzione sull'inquinamento atmosferico: gli

effetti sulla salute a breve termine sono più facili da calcolare, necessitano di un tempo di latenza più breve, ed hanno una letteratura più numerosa, mentre quelli a lungo termine sono ovviamente più complessi. Tra i tanti inquinanti dell'aria, dall'anidride carbonica CO² non tossica per l'uomo ma per il clima, agli ossidi di azoto, è il *particolato* (polveri sottili) quello che riveste maggiore importanza per la salute dell'uomo di oggi. Importante è la dimensione delle particelle: mentre quelle più voluminose si arrestano a livello della laringe, quelle di dimensioni inferiori a 2,5 micron penetrano più facilmente nei polmoni. Da qui l'importanza delle dimensioni del PM (particolato). Per quanto riguarda gli effetti sull'organismo umano, è stata dimostrata una curva dose-risposta tra la concentrazione di PM 10 e la mortalità giornaliera in 10 città degli USA. Non esiste un effetto soglia, per cui anche concentrazioni bassissime possono arrecare danni. Per quanto riguarda il carcinoma polmonare è stato dimostrato che la mortalità per cancro polmonare aumenta con la concentrazione di PM 2,5. Questo significa che se noi riusciremo ad abbassare le PM 2,5 diminuirà la mortalità per cancro polmonare (potrebbe essere una "buona notizia"!).

Il prof. **Luigi Chieco Bianchi**, dell'Università di Padova, ha ricordato che la correlazione tra ambiente e tumori è oramai ben consolidata e dimostrata. Si stima che nel 2050 la mortalità per tumori nel mondo sarà del 50% sul globale della mortalità. Nei paesi sviluppati l'incidenza delle morti per tumori è in aumento, mentre la mortalità è stazionaria o in lieve diminuzione. Si prevede che nel 2010 la prevalenza di persone portatrici di tumore sarà di 2 milioni. E' oramai dimostrato che l'industrializzazione e gli stili di vita hanno comportato un aumento di incidenza di neoplasie maligne. Come è noto la cancerogenesi è un processo multifattoriale e multifasi-

co. Già molti anni fa, Peto aveva attribuito il 30% dei cancro al fumo di tabacco, il 20% all'alimentazione e alcool, il 20% a virus ed altri agenti infettivi, il 10% a squilibri ormonali e un 10% all'inquinamento ambientale, sia fisico che chimico. Quest'ultimo dato sta aumentando negli ultimi anni fino ad arrivare al 30% di tutti i cancro. La relazione più complessa, ma certamente più interessante per il folto pubblico è stata quella di **Ernesto Burgio**, di ISDE-Italia, che ha illustrato come **l'inquinamento ambientale possa agire sul patrimonio genico del feto e possa essere responsabile di future malattie nel bambino ma ancor più nell'età adulta**. Si tratta di una vera e propria "pandemia silenziosa" che vede l'attacco dell'inquinamento ambientale sul patrimonio genetico, in particolare sull'epigenoma (istoni, proteosomi, nucleosomi, telomerasi, ecc.) più che sul genoma vero e proprio (DNA). Il binomio ambiente ----> salute passerebbe quindi attraverso danno al genoma ed epigenoma. La chiave di tutto risiederebbe nei danni epigenetici che si avrebbero in epoca perinatale, in particolare in epoca fetale. Tutti gli inquinanti (virus, sostanze chimiche) avrebbero come target l'epigenoma, che ne sarebbe la vittima. Il vero problema di oggi, quindi, riguarda i nostri figli ed i nostri nipoti: il danno di programmazione diventa in un certo senso quasi ereditario. Ricordando che nei pressi di Mantova si è verificata prima un'incidenza di sarcomi dei tessuti molli molto elevata e successivamente una mortalità per cancro polmonare da due a sei volte l'atteso, e che questi dati sono stati messi in correlazione con l'inceneritore localizzato nei pressi della città, il relatore ha sottolineato come spesso l'epidemiologo non sia in grado di dimostrare un nesso di causalità per tutta una serie di motivi: spesso l'epidemiologia si risolve in falsi negativi, magari per errori metodologici. **Ma è indubbio che al giorno d'oggi assistiamo ad**

12 Tutelare l'ambiente per tutelare la salute

una vera e propria "rivoluzione epidemica" che si risolve nell'incremento di malattie croniche e degenerative. Tutti gli agenti chimici dell'inquinamento vanno ad agire sui medesimi *pathways*, cioè sui medesimi meccanismi e processi che interessano da vicino, anche se non direttamente, il DNA (istoni, nucleoproteine, telomerasi, ecc.) rendendo l'epigenoma in un certo senso "fluida".

Quindi il target finale sarebbe sempre l'epigenoma. Mentre il DNA rimane stabile, le proteine intorno ad esso, che sono molto importanti perché agiscono sui processi di riparazione del DNA ("DNA Repair"), cambiano. Con questo meccanismo già Bach aveva nel 2002 segnalato l'aumento di asma, patologie immunomediate, sclerosi multipla, diabete di tipo primo. In quest'ottica si capisce, allora, come la quantità

di cancro dovuta all'ambiente sia molto più alta di quel 2% di tumori di origine ambientale che alcuni oncologi affermano cercando di focalizzare sempre tutta l'attenzione sugli stili di vita individuale. Ed è lo stesso meccanismo che porta all'aumento di malattie allergiche: la prevalenza oggi è del 25%, ma in alcune casistiche si arriva al 33%, in altre addirittura al 51% (paradossalmente essere allergico diventerebbe "normale"!)). Si è anche visto come un basso peso alla nascita possa essere sintomatico di una sofferenza che porta ad un programma epigenetico alterato (ipotesi di Barker). Siamo quindi nel grande problema dei "endocrine disruptors".

Infine, ha ripreso la parola il dr. **Maurizio Benato**, vero e proprio ispiratore del Convegno, introducendo la "Carta di Padova" sulla tutela dell'Ambiente e della Salute.

Prima di tutto ha ancora una volta ricordato l'art.5 del nuovo Codice deontologico medico, sottolineando come l'impegno del medico per l'ambiente non deve essere ritenuto una cosa scontata: la professione medica è sintesi di conoscenza, scienza ed etica. Siamo dirigenti nel nostro Paese ed abbiamo il compito di promuovere il dialogo sul tema "Ambiente e Salute". Il manifesto vuole essere una Carta Etica che contiene affermazioni di principio, ma anche indicazioni concrete. La "Carta per la tutela della salute e dell'ambiente" (**scaricabile da: www.omceoge.org**) è il frutto di un anno di lavoro comune tra FNOMCEO e ISDE Italia che indica i principi per una corretta analisi e gestione dei problemi ambientali. Una sorta di vademecum che stabilirà il percorso da seguire per i medici italiani. "La Carta di Padova - dice Benato - stabilisce l'approccio metodologico attraverso il quale attuare la prevenzione".

Gianfranco Porcile

Commissione Ambiente dell'Ordine

INSERZIONE PUBBLICITARIA



**Rianimazione
Ossigenoterapia**
(a norma di L. 626 e 388)

SA.GE. SA.GE.


SA.GE. Articoli Sanitari

Via Vito Vitale, 26 - 16143 Genova

Tel. 010/5220296 Fax 010/5450733 - www.sa-ge.it

Specializzandi ed emolumenti arretrati

La problematica, che qui ci occupa, è ormai ben nota, ma ritengo utile offrire con questo articolo alcune note esplicative su quei profili giuridici che potrebbero suffragare un'azione volta ad ottenere il **riconoscimento di emolumenti retributivi e contributivi che molti medici, loro malgrado, si sono visti negare**. In prima battuta, senza per questo voler appesantire eccessivamente la trattazione, mi



Riconoscimento di emolumenti retributivi e contributivi: cosa dicono la normativa comunitaria e quella nazionale.

preme svolgere un sintetico richiamo alla normativa comunitaria e nazionale.

La retribuzione dei medici in formazione specialistica ha trovato un iniziale avallo da parte del legislatore italiano attraverso il Decreto legislativo 257/91, attraverso il quale è stata recepita la direttiva 82/76/CEE.

L'art. 6, a fronte dell'introduzione dell'impegno a tempo pieno, ha previsto la corresponsione di una borsa di studio il cui importo, oltre alla rivalutazione annuale sulla base del tasso programmato di inflazione, avrebbe dovuto essere rideeterminato con cadenza triennale in funzione del miglioramento stipendiale tabellare minimo previsto dalla contrattazione relativa al personale medico dipendente del Servizio sanitario nazionale.

Successivamente è intervenuta la Direttiva 93/16/CEE la quale, ha inteso precisare le caratteristiche della formazione dei medici specialisti, testualmente prevedendo che *“essa implica la partecipazione alla totalità delle attività mediche del servizio nel quale si effettua la formazione, comprese le guardie, in modo che lo specialista in via di formazione dedichi a tale formazione pratica e teorica tutta la sua attività professionale per l'intera durata della normale settimana lavorativa e per tutta la durata dell'anno, secondo le modalità fissate dalle autorità competenti. Tali posti di formazione formano pertanto oggetto di una adeguata remunerazione”*.

Ebbene, proprio la concreta trasposizione in termini economici del concetto di adeguata remunerazione è divenuta terreno di vivaci dispute, mirate ad investire i giudici nazionali del non facile compito di integrare una norma oggettivamente connotata da un'intrinseca genericità.

Ciò, attraverso la quantificazione di un importo diverso e maggiore rispetto a quello corrispondente alle borse di studio.

In questo contesto, è intervenuta la Corte di Giustizia delle Comunità europee, che in due significative pronunce (Corte Giustizia Comunità europee, sentenze n. 131 25/02/1999 e n. 371 del 03/10/2000) ha ben delineato il perimetro entro il quale può muoversi il potere giudiziario nella materia in esame, nel dettaglio affermando che l'obbligo di retribuire in maniera adeguata i periodi di formazione dei medici specialisti è incondizionato e sufficientemente preciso nella parte in cui richiede che la loro formazione si svolga a tempo pieno e sia retribuita.

Tuttavia, ha soggiunto la Corte, tale obbligo non consente, di per sé, al giudice nazionale di identificare il debitore tenuto a versare la remunerazione adeguata, né l'importo della stessa; il giudice nazionale, allorché applica disposizioni di

diritto nazionale precedenti o successive ad una direttiva, è però tenuto ad interpretarle, quanto più possibile, alla luce della lettera e dello spirito della direttiva stessa.

In altri termini, la Corte ha seguito un ragionamento sorretto dalla circostanza che le direttive succedutesi nella materia, seppur vincolando il legislatore nazionale a remunerare gli specializzandi, demandano a quest'ultimo la quantificazione della relativa somma salvo suggerire un parametro (adeguatezza) che possa fornire da linea guida nell'emanazione degli atti di esecuzione interna.

Sul punto, aprendo una breve parentesi, v'è da rammentare che il diritto comunitario, per giurisprudenza ormai consolidata, deve trovare immediata applicazione negli ordinamenti nazionali nella misura in cui esso ponga in capo ai beneficiari diritti chiari ed incondizionati ovvero quando tali diritti possono essere esercitati a prescindere da qualsiasi provvedimento integrativo del legislatore nazionale.

Nel nostro caso, invece, la citata Direttiva 93/16/CEE, al pari della precedente 82/76/CEE, è stata oggetto di un decreto legislativo, il Decreto 368/99, che l'ha recepita ed abbondantemente integrata.

Tralasciando in questa sede di operare un'analitica disamina del citato decreto 368/99, merita soffermarsi su quei passaggi che hanno innovato lo status giuridico del medico specializzando. L'art. 37 ha disposto che il medico, all'atto dell'iscrizione alle scuole universitarie di specializzazione in medicina e chirurgia, stipuli uno specifico contratto annuale di formazio-

ne-lavoro, mentre il successivo art. 39 ha statuito che al medico in formazione specialistica, per tutta la durata legale del corso, venga corrisposto un trattamento economico annuo onnicomprensivo.

Le due norme di cui sopra, quindi, hanno univocamente portato a qualificare il medico come lavoratore subordinato, così ponendo le favorevoli premesse per una retribuzione diversa e maggiore e per il riconoscimento di quegli ulteriori emolumenti e garanzie (contributi, ferie, maternità, malattia, copertura assicurativa) proprie della nuova qualifica assunta.

Come è purtroppo noto, l'entrata in vigore delle norme che qui interessano è stata differita a tempo indeterminato nell'attesa, ai sensi dell'art. 46 del decreto nella sua dizione riveduta e corretta dall'art. 8 D.L.vo 517/99, di reperire le relative risorse sia attingendo a quote del Fondo sanitario nazionale destinate al finanziamento della formazione dei medici specialisti, sia attraverso un apposito provvedimento legislativo.

La paralisi del provvedimento ha, quindi, comportato l'inopinato protrarsi del previgente regime legato al conferimento delle borse di studio. Nel frattempo, si sono succedute diverse pronunce dei giudici ordinari ed amministrativi, tra i quali il **Tribunale di Genova ed il TAR Liguria, che hanno disconosciuto in capo agli specializzandi lo svolgimento di un'attività di lavoro subordinato e che, ravvisando nelle borse di studio una funzione non già retributiva, ma soltanto compensativa per l'impegno a tempo**



pieno, hanno ritenuto congruo l'esiguo importo delle borse medesime.

Tale impostazione ha alimentato quello che già era un paradosso nel coacervo normativo, in quanto l'art. 37, che come detto parla di contratto di formazione e lavoro e di retribuzione, è da subito entrato in vigore mentre il differimento ha interessato i successivi articoli afferenti gli effettivi emolumenti da corrispondere.

Dopo un'attesa pluriennale, l'art. 1 comma 300 L. 266/2005 ha prodotto una nuova modifica del surriferito art. 46, introducendo la nuova denominazione di contratto di formazione specialistica in luogo della precedente e finalmente dando attuazione, almeno sulla carta, alle disposizioni in merito al riconoscimento del maggior trattamento economico e del trattamento contributivo in favore dei medici specializzandi. Ciò, tuttavia, soltanto a decorrere dall'anno accademico 2006-2007.

Infine, con i Decreti del presidente del Consiglio dei Ministri del 7 marzo e del 6 luglio 2007 si è provveduto a definire il trattamento economico e lo schema tipo del contratto di formazione specialistica.

Ripercorsa l'evoluzione normativa, occorre a questo punto addentrarsi a valutare termini e prospettive di un'eventuale azione in sede giudiziaria.

Ebbene, alcuni dati fattuali appaiono incontrovertibili, ovvero la circostanza che lo Stato italiano ha conferito operatività alle norme che qui interessano del D.L.vo 368/99 con grave ritardo, prevedendo in via retroattiva le maggiorazioni retributive ed i versamenti contributivi soltanto a far data dall'anno accademico 2006/2007.

Un altro inconfutabile elemento lo si rinviene nel fatto che l'impostazione seguita dal nostro legislatore ha portato ad evidenti disparità di trattamento, segnatamente ma non esclusivamente per quei medici che hanno frequentato la scuola

di specializzazione a cavallo dell'anno accademico di cui sopra.

Ed invero, a fronte di una disciplina di formazione rimasta immutata nei propri tempi, modalità e caratteristiche, così come indicate nel D.L.vo 368/99, per una parte di essa il legislatore ha mantenuto in vigore le anacronistiche borse di studio di cui al D.L.vo 257/91, mentre per l'altra ha ritenuto di corrispondere quelle maggiori somme di cui al nuovo contratto di formazione specialistica.

Tale opzione, all'evidenza, avrebbe dovuto seguirsi già in epoca coeva all'entrata in vigore del D.L.vo 368/99, posto che tale decreto è stato emanato proprio per dare attuazione alla direttiva 93/16/CEE la quale, lo si è detto, prevedeva il conferimento ai medici specializzandi di un'adeguata remunerazione.

Ne deriva che se lo Stato italiano ha liberamente ed autonomamente previsto di rendere operativo il parametro sovranazionale dell'adeguata remunerazione attraverso le norme di cui agli articoli 37 e seguenti del D.L.vo 368/99, tale opzione si è risolta in una implicita ed immediata delegittimazione del sistema previgente.

Diversamente opinando, si dovrebbe ritenere che lo Stato italiano, per la parte che qui interessa, si è reso inadempiente ai propri obblighi comunitari, mantenendo in vigore norme, quelle del D.L.vo 257/91, attuative di una direttiva diversa ed antecedente rispetto alla 93/16/CEE.

In altri termini, delle due l'una: o i contenuti del D.L.vo 257/91 erano da ritenersi già conformi anche alle previsioni della direttiva 93/16/CEE ad esso successiva, ed allora non vi era motivo di recepire la stessa attraverso il D.L.vo 368/99, oppure non lo erano affatto ed in tal caso dovevano da subito ritenersi caducati senza disporre un'arbitraria proroga della loro vigenza negli anni a venire .

Dunque, se è vero che il legislatore italiano ha dichiarato di recepire la direttiva 93/16/CEE nella sua globalità, trasponendo l'astratto concetto di adeguata remunerazione nella figura giuridica del contratto di formazione e lavoro, è altrettanto vero che a quel punto non era più possibile vanificare gli effetti del processo normativo ormai perfezionatosi.

Pertanto, non pare accettabile che un ordinamento nazionale dimostri, da un lato, di voler osservare ed applicare una direttiva comunitaria e, dall'altro, condizioni l'efficacia delle norme attuative che esso stesso si è dato ad un momento indefinito nel tempo.

Ed ancora, nella denegata ipotesi in cui la linea seguita dallo Stato italiano venisse, comunque, ritenuta legittima, non si riesce davvero a comprendere come il tardivo legiferare abbia collocato nell'anno accademico 2006/2007 il periodo dal quale far retroattivamente discendere i maggiori emolumenti.

Tale previsione pare foriera di dubbi di incostituzionalità, determinando un diseguale trattamento economico a fronte di situazioni giuridica-

mente sovrapponibili, non intervenendo differenza di sorta fra l'impegno a tempo pieno ed i vincoli formativi richiesti ai medici che negli anni precedenti hanno frequentato le scuole di specialità.

Al di là delle illustrate argomentazioni, residuano alcuni rilievi di ordine strettamente processuale. Sul punto, ritengo che la competenza debba essere del giudice del Lavoro laddove la domanda involga differenze retributive e versamento dei contributi, mentre competerebbe al giudice civile un'azione volta al risarcimento dei danni per tardiva attuazione della direttiva comunitaria 93/16/CEE.

In entrambi i casi, valga sottolinearlo, la prescrizione del diritto è quinquennale, il che significa che occorre almeno l'invio di una lettera raccomandata agli enti interessati, in primis alla presidenza del Consiglio dei Ministri ed all'Università, onde interrompere la prescrizione.

Tale lettera, seppur priva di formule sacramentali, dovrà ovviamente esplicitare le pretese vantate dai medici.

avv. Alessandro Lanata

I versamenti delle ASL ai fondi speciali Enpam

Situazione al 31/05/2008 - a cura di Maria Clemens Barberis

A.S.L.	AMBULATORIALI E MED. SERVIZI	GENERICI E PEDIATRI	GUARDIA MEDICA	MEDICI DEL TERRITORIO	SPECIALISTI CONV. ESTERNI
N. 3 Genovese	cong. 2007 genn./febr. mar. e apr. 2008	dic. 2007, genn./febr. '08	cong. 2007 nov. e dic. 2007 genn./febr. '08	cong. 2007 dic. 2007 genn./febr. '08	-----
N. 4 Chiavarese	febr. e marzo mar. e apr. 2008	dic. 2007 genn./febr. '08	febr. e marzo mar. e apr. 2008	febr. e marzo 2008	dic. 2007 febr. e marzo '08



Ai Medici di Medicina Generale
della Regione Liguria

Egregio Dottore, gentile Dottoressa,

assieme a questa lettera troverà due poster, i primi di una doppia serie, che costituiranno la nostra nuova campagna di comunicazione.

Questa campagna, che ha visto attivamente coinvolti fin dall'inizio le società scientifiche di Medicina Generale e l'Ordine dei Medici, è nata dalla collaborazione con esperti dei diversi settori ed ha lo scopo principale di informare i cittadini sull'accesso ad alcune prestazioni (ambulatoriali, strumentali o di laboratorio), che risultano "critiche" anche a causa di un uso non sempre appropriato che allunga i tempi d'attesa con grave disagio per chi ne ha realmente bisogno.

In realtà, più che una campagna di comunicazione vuol essere una campagna di "educazione alla salute" per meglio far comprendere la ratio di queste prestazioni con l'intento, almeno speriamo, di diminuire lo stato d'ansia che si crea quando, in assenza di urgenza effettiva, la prestazione viene dilazionata.

Viviamo in un mondo in cui la troppa informazione a volte genera "preoccupazioni" ingiustificate. Siamo nei tempi del "disease mongering" in cui si inventano malattie per creare business, spesso a danno dei cittadini. Se da una parte deve essere garantito il diritto alla prestazione quando è effettivamente opportuna, dall'altra la disinformazione, o peggio la diffusione di informazioni veicolate da canali non autorevoli, spesso inducono l'assistito a chiedere quella specifica prestazione "di cui ha sentito tanto parlare", senza che ci sia necessità o utilità, contribuendo così ad incidere negativamente tanto sui tempi d'attesa quanto sulla spesa sanitaria.

Questi "esami inutili", a loro volta determinano, in una quota non irrilevante di soggetti, successivi approfondimenti diagnostici che si ripercuotono negativamente sul soggetto (ansie ingiustificate, risultati non facilmente interpretabili, diagnosi sospese per mesi) e sull'intero sistema sanitario.

Abbiamo iniziato la serie di poster parlando di mammografia e di M.O.C. in quanto, partendo da un'analisi dei dati derivati dall'erogato regionale, abbiamo rilevato una non trascurabile quota di inappropriata nell'utilizzo di questi esami.

Quest'analisi ci ha fatto capire che c'è bisogno di informare il cittadino sull'uso corretto di queste prestazioni, in modo da scoraggiare richieste incongrue ai medici curanti. Esistono linee guida internazionali che danno indicazioni precise: indicarle in un poster informativo può essere utile anche ai medici per sostenere posizioni contrarie alle prescrizioni inappropriate, inutili e talvolta dannose.

Viene evidenziato, ad esempio, come, in assenza di sintomi, non esista il concetto di urgenza per la mammografia e come per la M.O.C. i controlli non devono essere ripetuti prima dei 18 mesi. Pochi ma importantissimi concetti per garantire servizi più efficienti e una migliore sanità ligure.

Chiedo la Sua personale collaborazione a questo progetto per la buona riuscita del quale è indispensabile il Suo continuo ed autorevole apporto. Appendere nel suo studio questi poster assume un significato tutt'altro che banale che ci farà ottenere ottimi risultati. La Sua partecipazione a questa campagna consentirà, infatti, di far giungere il messaggio ai cittadini attraverso il canale che più di ogni altro ha alla base un rapporto di fiducia. Gli stessi poster verranno affissi anche negli ambulatori e poliambulatori specialistici delle aziende, confidando parimenti nella collaborazione degli specialisti ospedalieri.

RingraziandoLa per la collaborazione che vorrà offrire a questo progetto importante per il miglioramento dell'assistenza ai cittadini, Le porgo i miei più cordiali saluti.

Claudio Montaldo



La mammografia e la diagnosi precoce del tumore del seno



Che cosa è la mammografia?

È un **esame radiografico** del seno: è semplice e si fa in pochissimi minuti. Per eseguire la radiografia, il seno viene posizionato tra due piastre che esercitano una compressione che è indispensabile per studiare la ghiandola. Questa compressione causa un senso di fastidio ma raramente dolore vero e proprio.

Perché è utile la mammografia?

La mammografia è l'esame fondamentale nella diagnosi del tumore del seno:

- è indispensabile quando sono presenti sintomi quali, ad esempio, la comparsa di un **nodulo**
- è il mezzo più efficace per la **diagnosi precoce** dei tumori del seno quando non sono presenti sintomi. Consente, infatti, di identificare piccoli cambiamenti nel seno che sono troppo piccoli per essere percepiti sia dalla donna con l'autoesame del seno sia dal medico con l'esame clinico (palpazione del seno).

A quale età e con quale periodicità è bene fare la mammografia, in assenza di sintomi?

La mammografia ha un'importanza ed un'utilità diversa a seconda dell'età:

- **tra i 40 ed i 49 anni** è consigliata ogni 12-18 mesi. Tuttavia, le indicazioni possono cambiare a seconda delle caratteristiche del seno (più o meno denso) e quindi il medico radiologo potrebbe suggerire intervalli diversi, personalizzandoli
- **dai 50 anni** in poi è consigliata ogni 2 anni
- per le donne di età compresa **tra 50 e 69 anni** è raccomandata l'adesione al programma di screening organizzato dalla ASL.

E prima dei 40 anni?

In **assenza di sintomi** non è indicato alcun esame.

Raramente, quando tra i familiari consanguinei siano presenti casi di tumore mammario in giovane età (prima dei 40 anni), può essere indicato effettuare esami senologici. In questi casi, può essere opportuna un'attenta valutazione del quadro familiare da parte di un **genetista oncologo**.

Poiché non ci sono certezze in merito all'efficacia di esami in età giovane anche in presenza di rischio familiare, è **fortemente raccomandato** rivolgersi a centri che hanno in corso studi sulla patologia.

Quando il medico chiede anche un'ecografia del seno?

L'ecografia del seno non è un esame "di prevenzione" e quindi **non sostituisce** in alcun caso la mammografia.

È, invece, molto utile come **esame di approfondimento**:

- in presenza di alterazioni riscontrate con la mammografia
- quando la mammografia è "difficilmente leggibile" perché il seno è denso
- a qualsiasi età, in presenza di segni clinici rilevati dal medico.

Parlane con il tuo medico di famiglia

Per qualsiasi azione di prevenzione o diagnosi precoce il tuo medico di famiglia è in grado di fornirti le informazioni utili e di consigliarti il percorso più appropriato.



MOC e Osteoporosi



Cosa è la MOC?

La **Mineralometria Ossea Computerizzata** è attualmente l'esame più attendibile per rilevare e monitorare l'**osteoporosi**; una malattia che causa perdita di massa ossea e deterioramento della microarchitettura dell'osso rendendolo talmente fragile da rischiare fratture anche per minimi traumi.

Nella maggior parte dei casi colpisce le donne dopo la menopausa; l'evoluzione è senza sintomi e le persone non si accorgono di soffrirne, per questo motivo viene spesso diagnosticata occasionalmente effettuando esami radiografici o quando si verifica una frattura da fragilità.

A cosa serve?

La MOC misura la densità del tessuto osseo e serve a valutare il rischio di fratture da fragilità, a valutare l'evoluzione dell'osteoporosi e l'efficacia delle terapie.

Quando è utile effettuarla per la prima volta?

L'esame è indicato (ma non a carico del SSN) per le donne in menopausa da almeno 6 mesi e negli uomini con età superiore ai 60 anni.

Sarà cura del vostro medico di famiglia indicare e valutare quando è utile fare l'esame e se è possibile farlo a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Quando la MOC è a carico del Servizio Sanitario Nazionale?

L'esame della MOC rientra nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) stabiliti dal Ministero della Salute e quindi è a carico del Servizio Sanitario Nazionale solo

per donne e uomini di ogni età:

- con precedenti fratture da traumi minimi
- con riscontro di osteoporosi sia radiologica che densitometrica
- che assumono farmaci che causano osteoporosi (es. cortisonici, antiipertensivi, eparina)
- con malattie associate a osteoporosi (es. celiachia, morbo di Crohn, artrite reumatoide)

per donne in menopausa:

- con menopausa prima di 45 anni
- con madre con frattura da fragilità prima dei 75 anni
- con magrezza (indice di massa corporea inferiore a 19kg/m²)
- con 3 o più dei seguenti fattori di rischio:
 - età maggiore di 65 anni
 - storia familiare di osteoporosi severa
 - amenorrea premenopausale per più di 6 mesi
 - bassa assunzione di calcio (minore di 1200 mg/giorno)
 - fumo di più di 20 sigarette al giorno
 - abuso di alcol (maggiore di 60 gr/giorno)

per gli uomini di età superiore a 60 anni con 3 o più dei seguenti fattori di rischio:

- storia familiare di osteoporosi severa
- magrezza (indice di massa corporea inferiore a 19kg/m²)
- bassa assunzione di calcio (minore di 1200 mg/giorno)
- fumo di più di 20 sigarette al giorno
- abuso di alcol (maggiore di 60 gr/giorno)

Con che periodicità posso fare la MOC?

I controlli non devono essere ripetuti prima dei 18 mesi a eccezione di rari casi, la cui gravità va motivata sulla richiesta dal medico curante.

Cosa è utile fare per prevenire l'osteoporosi?

Un corretto stile di vita riduce il rischio di osteoporosi: si consiglia soprattutto di abolire il fumo; di limitare l'uso di alcool e caffè; di alimentarsi in modo corretto aumentando l'assunzione di calcio attraverso i cibi e l'acqua; di esporsi regolarmente alla luce e al sole; di praticare attività fisica quotidiana (come camminare, fare ginnastica, ballare ecc).

Parlane con il tuo medico di famiglia

Per qualsiasi azione di prevenzione o diagnosi precoce il tuo medico di famiglia è in grado di fornirti le informazioni utili e di consigliarti il percorso più appropriato.



*Hanno realizzato
la campagna
di comunicazione:*



REGIONE LIGURIA

Assessorato alla Salute, Politiche
della sicurezza dei cittadini

Dipartimento salute servizi sociali
Settore Comunicazione, Ricerca e
Sistema Informativo Sanitario Regionale



In collaborazione con:



Corte dei conti: controlli sempre più' attenti

E' appena stata depositata una interessante sentenza della prima sezione giurisdizionale centrale della Corte dei conti (sent. n. 199 del 7 maggio 2008). Tanto più interessante perché si pronuncia sull'appello nei confronti di una sentenza della sezione giurisdizionale per la Regione Liguria. L'appello è proposto dai direttori generale, amministrativo e sanitario di una ASL ligure, condannati nel 2005 dalla sezione regionale della Corte dei conti a risarcire ottantamila euro per aver corrisposto illegittimamente indennità aggiuntive ad una parte del personale dipendente. In particolare, i tre convenuti avevano riconosciuto l'indennità di coordinamento prevista dal contratto collettivo del comparto sanità a personale che, sebbene inquadrato nella categoria D, non aveva esercitato una reale attività di coordinamento di attività o di settori. Si trattava di 7 capisala e di altri collaboratori professionali sanitari. Per l'illecita corresponsione la Procura regionale aveva chiesto complessivamente quasi centottanta mila euro.

Anche la sezione di appello ha confermato la condanna pronunciata in primo grado, ritenendo che le norme del contratto collettivo fossero del tutto chiare e inequivocabili, preoccupandosi addirittura di specificare la necessità di "reali funzioni di coordinamento" per godere dell'indennità aggiuntiva. La difesa ha tentato anche di evidenziare il condizionamento esercitato sui convenuti da parte delle organizzazioni sindacali. La Corte dei conti, tuttavia, pur riconoscendo l'effettiva pressione sindacale, ha affermato che questa non può esimersi da responsabilità, e che semmai può rilevare nella determinazione concreta del risarcimento.

La sentenza in commento, oltre che per il caso specifico, ha un rilievo più generale, evidenziando

il ruolo sempre più pervasivo svolto dalla Corte dei conti, in sede di giurisdizione contabile. Il personale medico dipendente del Servizio sanitario nazionale spesso trascura che il proprio operato può rilevare non solo in sede di giudizio civile e penale, ma anche dinanzi alla Corte dei conti, che appunto è competente a verificare il corretto utilizzo delle risorse pubbliche. La responsabilità amministrativa può scattare in caso di colpa grave da parte del pubblico dipendente. Ciò tuttavia non deve trarre in inganno: la Corte dei conti ha infatti progressivamente esteso i confini di tale elemento soggettivo, ampliando il numero dei casi in cui il dipendente pubblico è ritenuto responsabile.

Si dica, inoltre, che tale responsabilità (che è propria di tutti coloro che hanno un rapporto di servizio con l'Amministrazione) comporta normalmente la condanna al risarcimento di ingenti somme di denaro, che corrispondono al danno procurato dall'agente alle casse dell'erario.

Gli esempi potrebbero essere numerosi, ma vale la pena soffermarsi su due recenti pronunce, piuttosto significative. Nella prima (Corte Conti, sez. III, 21 giugno 2007, n. 162) la Corte ha affermato la responsabilità amministrativa del direttore generale per aver nominato un direttore amministrativo privo dei requisiti di esperienza quinquennale prescritti dalla legge. Nella seconda (Corte Conti, sez. III, 15 gennaio 2007, n. 16), addirittura, la Corte ha ritenuto illegittimo l'affidamento della difesa di una struttura sanitaria ad un avvocato esterno, poiché non era stata fornita la specifica prova dell'impossibilità per l'ente di farsi difendere dal proprio legale interno. Insomma, come si evince chiaramente dagli esempi sopra riportati, i profili di responsabilità amministrativa non devono essere trascurati, ancorché meno noti degli ormai consueti casi di malpractice medica.

prof. avv. Lorenzo Cuocolo

*Università commerciale "Luigi Bocconi", Milano
Studio legale Cuocolo, Genova*

ECM: E' DIVENTATA UNA SIGLA OPINABILE?

Una puntualizzazione-intervista rilasciata da un collega operante sul territorio.

Sono passati alcuni anni da quando è stato introdotto il programma nazionale ECM, che prevede la formazione continua di tutti gli operatori sanitari, tramite un aggiornamento obbligatorio. Ci si chiede quale sia oggi l'attuazione operativa di questo programma, che prevedeva al suo inizio l'acquisizione di crediti, con un minimo ed un massimo nel corso del quinquennio 2002/2006. Abbiamo in proposito intervistato il collega Valentino Bottari, membro della segreteria regionale ligure dei cardiologi del territorio (A.N.C.E.) e medico di medicina generale, che si è specificamente occupato del problema.

D. Qual'è attualmente lo stato applicativo dei punteggi ECM?

R. Al momento sappiamo solo che si è insediata la nuova Commissione ECM, che ha compilato una tipologia dei crediti da acquisire, confermandone le finalità formative.

D. Considerando che l'aggiornamento obbligatorio è una tutela della salute pubblica tramite la formazione permanente degli operatori sanitari - medici in prima linea - con quali modalità tu pensi possa essere espletato in modo efficace?

R. E' opportuno fare distinzione, per quanto riguarda i medici, tra due diversi settori: quello dei medici di medicina generale e quello dei medici specialisti. Per i primi, data la vastità del loro campo operativo, occorrerebbe privilegiare i sistemi informatici e la carta stampata, sulla scorta delle linee guida internazionali; per i secondi sembrerebbe più utile la frequentazione di eventi congressuali mirati, dove si

puntualizzano le più recenti acquisizioni specifiche sia in campo diagnostico che terapeutico.

D. Come può essere verificata l'efficacia del sistema formativo, cioè il raggiungimento dei fini che si propone l'aggiornamento obbligatorio?

R. La verifica dell'acquisizione dei nuovi dati, esposti in sede congressuale, viene attualmente affidata alla compilazione di questionari a risposte plurime, predisposti dai docenti. In base alla percentuale delle risposte corrette dovrebbe essere valutato, da parte di apposite commissioni pubbliche, il punteggio ECM conseguito dai singoli discenti. Non è escluso che il metodo presenti problemi applicativi: esistono nel merito fondati motivi di dubbio; come del resto può accadere nell'acquisizione, per via telematica, dei dati di aggiornamento professionale.

D. La quantità di punti ECM accreditabili con la frequenza totale o parziale dei singoli eventi di aggiornamento non sembra spesso aver corrisposto alla loro durata e al loro contenuto; ad esempio si è riscontrata una relativa sopravvalutazione di eventi locali. Quale criterio attributivo dei punti conseguibili è stato finora seguito?

R. Gli organizzatori dei singoli eventi hanno inviato al Ministero della salute il programma completo, specificando le caratteristiche: relazioni, letture, lezioni magistrali, sessioni, elenco e qualifica dei docenti, orario e durata di ogni frazione dell'aggiornamento. Ciononostante è accaduto che i partecipanti, pur conoscendo il programma, ignorassero quanti potranno conseguire con la frequentazione, talvolta le valutazioni sono sembrate opinabili; e alla fine sostanzialmente i crediti potevano essere attribuiti con l'accertamento della frequenza.

D. E' noto che l'organizzazione degli eventi di aggiornamento è affidata a Providers, che di fatto sostituiscono gli organi pubblici che ne dovrebbero essere responsabili, sia al fine di predisporli che al loro finanziamento. Sono quindi queste agenzie private che contattano le Società scientifiche o le Organizzazioni culturali

dei medici e stabiliscono con loro gli argomenti, i programmi, i relatori, le sedi, gli orari e tutte le modalità di svolgimento; nonché i compensi agli aventi diritto. Le spese sono in genere finanziate dalle industrie farmaceutiche, alle quali in pratica lo Stato ha delegato l'onere economico dell'aggiornamento. E' giusto questo quadro della situazione e cosa ne pensi circa la correttezza e le alternative?

R. Il quadro complessivo configurato nella domanda mi sembra sostanzialmente una fotografia realistica della situazione attuale; va inoltre precisato che restano pur sempre a carico dei medici partecipanti molti oneri economici che a loro non spetterebbero, tenuto conto che l'aggiornamento è obbligatorio per continuare l'esercizio della professione. Oggi è definitivamente tramontata l'epoca, indubbiamente deplorabile sul piano morale e deontologico, dei viaggi turistici mascherati da corsi scientifici, con i quali le ditte farmaceutiche premiavano o stimolavano i medici prescrittori. Sarebbe ingenuo negare che anche attualmente l'industria farmaceutica tragga, finanziando gli eventi di aggiornamento, almeno indirettamente, un suo profitto; se no, ovviamente, rifiuterebbe qualsiasi appoggio economico. Anche se non viene incentivata la prescrizione di singoli farmaci con il loro nome commerciale, pur tuttavia vengono esplicitati gli effetti positivi delle molecole che li costituiscono: quasi sempre i trials sono indirizzati a focalizzare l'utilità o meno del loro utilizzo. Dal punto di vista del metodo non si intravedono attualmente alternative; ci corre quindi l'obbligo - quasi paradossale vista la discutibilità del sistema - di ringraziare le ditte farmaceutiche che, pur con le limitazioni economiche a loro imposte, rendono possibile l'aggiornamento professionale, in carenza di attività formative pubbliche.

D. *Anche le linee guida internazionali non sfuggono al principio di precisi indirizzi settoriali in campo farmacologico-terapeutico, che possono essere stimolati da particolari interessi dell'in-*

dustria del farmaco. Siamo convinti che una ricerca pluricentrica sull'alimentazione a base di zucchini riuscirebbe a dimostrare l'utilità e quindi ne promuoverebbe il consumo. Come se ne potrebbe uscire?

R. Anche se i comitati etici vigilano sull'espletamento dei trials, fino a sospenderli in caso di andamento a rischio, resta pur sempre la possibilità che certi effetti negativi vengano sottaciuti; o, quantomeno, non vengano troppo segnalati in confronto agli effetti positivi; di questo va tenuto conto nelle linee guida che sottendono alla nostra formazione permanente. Come va tenuto conto che l'assunzione contemporanea di parecchi farmaci in uso nella popolazione, specialmente anziana, modifica le risultanze terapeutiche rispetto alle conclusioni dei trials. Per questo spetta al medico curante l'obbligo di personalizzare qualsiasi terapia, anche in deroga alle linee guida.

Quindi anche se queste fossero state in qualche modo influenzate sarà sempre l'esperienza del medico ed il suo senso di responsabilità a tenerne debito conto.

D. *In conclusione: come vedi il futuro dell'aggiornamento obbligatorio?*

R. Ribadisco in modo assoluto la sua necessità e la verifica della sua efficacia da parte di organi preposti: Stato, Regioni, ASL o anche Ordine dei medici. Resta aperto il problema del finanziamento, di fronte ai prospettati tagli della spesa pubblica. Sembra, peraltro, che in passato alcuni fondi stanziati ai fini della formazione continua siano stati utilizzati diversamente dalle ASL, addirittura cancellando incontri di aggiornamento già programmati. C'è da augurarsi che le intenzioni espresse per una maggiore serietà del sistema siano realizzate, sia attraverso una programmazione regionale, sia con una corretta acquisizione dei crediti ECM in eventi formativi promossi dal SSN. Staremo a vedere: spes ultima dea!

Silvano Fiorato

Psichiatria e legge 180: 30 anni dopo

La formazione psicopatologica del medico

In occasione del 30° anniversario della legge 180 per la riforma dei servizi psichiatrici, assistiamo al ritorno di vecchi equivoci e di mai sopiti luoghi comuni, che certamente non giovano al chiarimento dei gravi problemi di cui soffre, da sempre, la psichiatria nel nostro paese sia come disciplina scientifica, sia come professione medica, sia come servizio di assistenza per la salute del cittadino.

Uno dei più gravi equivoci, che ritroviamo perennemente nei

Non basta una buona legge, ci vuole anche la formazione accademica del medico, sia generico che specialistico.



dibattiti sulla legge 180, è quello di ritenere che la validità e le modalità dell'assistenza psichiatrica possano (o debbano) dipendere integralmente dalla validità delle norme legislative vigenti, indipendentemente dal livello di formazione dei professionisti psichiatri, ai quali spetta il compito di gestire i servizi di assistenza per quanto concerne la diagnosi e la terapia, e per i quali si dà per scontato che tale formazione, così come è stata impartita dalle patrie accademie, sia quanto di meglio si possa desiderare.

Di conseguenza, sia da parte dei colleghi responsabili della gestione clinica dei servizi, sia da parte dei colleghi universitari cui spetta il compito didattico di formare professionalmente i primi, si assiste, ormai da tempo immemorabile, ad uno scarico di qualsiasi responsabilità in merito alle condizioni dei servizi di assistenza, il cui degrado viene addebitato, a seconda dei casi, o alle disposizioni di una legislazione aberrante (vedi legge 1904/36), o alla colpevole, mancata

applicazione di provvedimenti legislativi virtuosi (vedi legge 180) da parte della pubblica amministrazione.

In tal modo, da un lato, si è coperta di vituperi la vecchia legge del 1904, secondo la quale "le persone affette da alienazione mentale", "quando siano pericolose a sé o agli altri" "debbono essere custodite e curate" in apposite strutture ospedaliere, mentre, dall'altro lato, si sono sprecati gli elogi per la nuova legge 180, cui viene attribuito il potere miracolistico di risolvere tutti i problemi dell'assistenza psichiatrica, come se le norme legislative dello Stato, che devono garantire i diritti dei cittadini alla tutela della propria salute psicofisica, avessero anche l'obbligo o la facoltà di definire i criteri scientifico-didattici per l'assistenza clinica dei pazienti e per la formazione dei professionisti incaricati di tale assistenza. In realtà, il fatto che la vecchia legge 1904/36 prescrivesse che le cure per le malattie mentali dovessero essere somministrate in strutture ospedaliere specializzate a tale scopo, non avrebbe dovuto minimamente comportare (né la legge in alcun modo lo prescriveva) che tali strutture dovessero essere trasformate nelle bolge infernali di cui abbiamo avuto triste esperienza. Allo stesso modo, il fatto che, a norma della nuova legge, sia stato prescritto che simili luoghi non debbano più esistere, non significa, per ciò stesso, che gli infermi mentali

possano godere di migliori trattamenti clinici, anche quando non si abbia cura di formare, nelle sedi preposte a tali scopi, i professionisti in grado di somministrarli.

In effetti, sarebbe stato assai più pertinente, a suo tempo, chiedersi come mai, nei (giustamente) vituperati ospedali psichiatrici del passato, i pazienti, diversamente da quanto accadeva nelle altre istituzioni ospedaliere, fossero ricoverati in reparti etichettati non già secondo criteri clinici, bensì secondo categorie di ordine comportamentistico-concentrazionario quali "agitati" e "tranquilli", "sudici" e "puliti", e così via.

In ragione di tali brillanti criteri nosografici, poteva accadere che, ad esempio, nello stesso reparto degli "agitati" potesse venirsi a trovare sia il cerebropatico da intossicazione alcolica (e, pertanto, affetto da un'autentica psicosi), sia lo psicopatico ansioso con idee di autoriferimento (cui non avrebbe dovuto essere diagnosticata un'autentica malattia mentale), con quali risultati dal punto di vista clinico e terapeutico è facile immaginare.

Una simile situazione avrebbe dovuto apparire tanto più aberrante, quando si fosse considerato che già nei primi decenni del secolo scorso, grazie ai grandi progressi del pensiero psichiatrico e, in particolare, ai contributi di autori come K. Jaspers e K. Schneider in psicopatologia generale e clinica, esistevano criteri nosografici ben precisi per formulare una diagnosi psicopatologica differenziale tra psicosi e psicopatie, cioè tra le autentiche malattie mentali e quei comportamenti che, per quanto causa di disagio e di sofferenza per il paziente ed il suo ambiente sociale, non sono da qualificarsi come patologie, bensì come condizioni o sviluppi tipici di personalità abnormi.

L'aspetto più paradossale dell'attuale momento della psichiatria italiana è tuttavia che, nonostante le sbandierate intenzioni di "demedicaliz-

zare", quanto più è possibile, la psichiatria, grazie all'attuale formazione accademica del medico psichiatra, fondata sull'applicazione acritica e indiscriminata dei manuali operazionistici DSM e ICD, vengono ancor oggi totalmente ignorati, sul piano clinico, i fondamentali criteri della diagnosi psicopatologica differenziale, cui vengono sostituiti criteri sociologico-pragmatici, in funzione del principio dell'adattamento all'ambiente sociale.

In ragione di una simile impostazione pseudo-diagnostica, tal quale come ai tempi degli ospedali psichiatrici di esecrata memoria, viene meno la possibilità di un'autentica diagnostica psicopatologica differenziale tra psicosi e psicopatie, dal momento che le stesse psicopatie (personalità psicopatiche e sviluppi psicopatici) vengono, sul piano clinico, diagnosticate come malattie mentali e trattate alla stregua delle psicosi. Non è pertanto fuor di luogo il giudizio di un paziente che, avendo già avuto personale esperienza del vecchio ospedale psichiatrico, osservava argutamente che, con le nuove disposizioni di legge, abolito Quarto, erano stati creati i "Quartini".

Per tali ragioni, la deplorable situazione attualmente presentata dall'assistenza psichiatrica, a tutti i livelli (servizi di diagnosi e cura, servizi di igiene mentale, servizi per le tossicodipendenze, comunità terapeutiche, ecc.), non può essere disgiunta dalle sostanziali carenze della formazione accademica del medico, a livello sia generico che specialistico.

E' pertanto del tutto illusorio presumere di garantire una valida assistenza psichiatrica semplicemente e semplicisticamente attraverso la promulgazione e/o l'applicazione di leggi o decreti che, per quanto virtuosi, non potranno mai sostituirsi a professionisti adeguatamente preparati nello svolgimento dei loro compiti.

G. Giacomo Giacomini



PROFESSIONE: MEDICO GENERALE il manuale - J. Murtagh - 4^a edizione, 2008

Edizioni: Mc Graw Hill - € 35,00 per lettori di "Genova Medica" € 29,50

Questo manuale di rapida e pratica lettura è un'opera originale e indispensabile per ogni medico di famiglia. Il testo, minuziosamente adattato alla realtà italiana, indica le specificità della farmacopea, i dosaggi e i criteri di appropriatezza della prescrivibilità dei principi attivi commercializzati nel nostro Paese.



GUIDA PRATICA AI TEST DIAGNOSTICI E STRUMENTALI - D. Nicoll, S. J. Mc Phee, M. Pignone, C. M. Lu

Edizioni: Mc Graw Hill - 5^o edizione, 2008

€ 36,00 per lettori di "Genova Medica" € 30,50

Si tratta di una guida per la selezione e l'interpretazione dei test diagnostici più utilizzati, procedure di laboratorio per la pratica clinica, test di laboratorio, test di microbiologia, procedure diagnostiche per immagini ed elettrocardiografia. Per studenti in medicina e altre discipline sanitarie, medici tirocinanti e medici generici.



RISPOSTE RAPIDE ALLE EMERGENZE QUOTIDIANE - Edizione Medico Scientifiche, 2008

€ 49,00 per i lettori di "Genova Medica" € 41,50

L'opera, pratica e di rapida consultazione, presenta caratteristiche singolari e profondamente innovative, informazioni essenziali e mirate per un rapido inquadramento del paziente, nonché provvedimenti immediati e di monitoraggio per una corretta gestione della situazione di emergenza.



FILOSOFIA DELLA MEDICINA - G. Federspil, P. Giaretta, C. Rugarli, C. Scandellari, P. Serra

Raffaello Cortina editore, 2008 - € 29,00 per i lettori di "Genova Medica" € 24,50

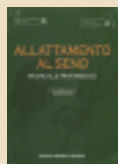
Pagine scelte di: Antiseri, Aristotele, Baldini, Bernard, Bieganski, Biernacki, Boissier de Sauvages, Bufalini, Canguilhem, Cohen, de La Mettrie, Eddy, Du Bois-Reymond, Festa, Fleck, Freud, Jaspers, Galeno, Ippocrate, Moleschott e tanti altri.



CONOSCERE E USARE GOOGLE - De Fiore - Il pensiero Scientifico, 2008

€ 12,00 per i lettori di "Genova Medica" € 10,50

Il 60% dei medici che arriva a leggere un documento di medicina sul web lo trova attraverso Google, che produce risultati, soddisfa curiosità, risolve dubbi. Ma siamo sicuri di saper cogliere tutte le opportunità che Google ci offre?



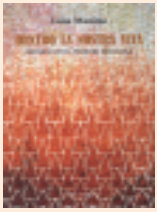
ALLATTAMENTO AL SENO - American Academy of Pediatrics/American College of Obstetricians and Gynecology

Minerva Medica ediz. 2008 - € 22,50 per i lettori di "Genova Medica" € 19,00

Questo manuale, risultato dell'osservazione delle evidenze cliniche di medici pediatri e ostetrici americani per descrivere le esperienze più recenti sull'allattamento al seno, completa una carenza organica su questo importante argomento.

**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



DENTRO LA NOSTRA VITA. Ricordi di una pediatra oncologa.

Luisa Massimo

Edizioni: Terra Ferma

Luisa Massimo è un medico in pensione, ma di certo non disoccupato, Esperto nell'Unione Europea, Direttore di corsi nella Scuola di Erice, pediatra che continua a svolgere ricerca nell'Istituto Giannina Gaslini, presente nei più importanti congressi specialistici internazionali, socio onorario attivo in numerose Società scientifiche. "Dentro la nostra vita" è una biografia di famiglia che attraversa quasi due secoli di storia italiana e centro-europea, un'autobiografia che racconta la nascita e i primi passi dell'oncologia pediatrica vissuti da una dei protagonisti. Emergono alcune figure particolari, della famiglia paterna e materna e in molti punti ricorda Anneliese Simoni, che il padre conobbe a Lipsia nel 1918 quando aveva due anni, espulsa nel 1938 perché ebrea dall'Italia e dall'Università di Genova, dove ottenne in tarda età la Laurea Honoris Causa in Lettere. La larghezza di vedute dei genitori, il loro continuo stimolo alla cultura umanistica, all'arte e alla libertà di pensiero, alla conoscenza delle più importanti lingue europee, allo sport, al rispetto della natura, ha permesso alla nostra autrice e a sua sorella

Elena di divenire professioniste con visioni sempre internazionali.

Luisa Massimo ripercorre la sua vita di medico. Negli anni '50 ha avuto l'opportunità di studiare e specializzarsi, oltre che nell'Università di Genova e al Gaslini, a Londra, a Filadelfia, a Baltimora, a Parigi. Molto è dedicato al suo grande "maestro", il prof. Giovanni De Toni, che per anni l'ha indirizzata e seguita. In modo semplice e scorrevole Luisa Massimo racconta i primi passi dell'oncologia pediatrica e la sua vita di pioniera quando la morte del piccolo malato era la consuetudine. Vengono poi descritti i continui piccoli successi, la ricerca, la gioia di vedere i primi bimbi guariti, il reparto che diventa un'importante realtà nel Gaslini. Le ultime parti riguardano alcuni flash del suo impegno politico nel Comune di Genova come assessore, e nell'IST come presidente, e in seguito di esperto della NATO, dell'Unione Europea e di altre Organizzazioni internazionali. Durante la sua lunga vita di medico ha ottenuto molti riconoscimenti, ma il più prestigioso è l'essere l'unico pediatra decorato con la Medaglia d'oro della Repubblica Italiana al Merito della Sanità Pubblica. Oggi continua a occuparsi nel Gaslini di ricerca nel campo della psico-oncologia e mantiene stretti contatti con il nostro Ordine.

Enrico Bartolini

CORSI & CONVEGNI

IL NASO E I SUI DINTORNI/2 - Scopo del convegno, che si terrà il **19 e 20 settembre** nell'Aula Magna del DIMI, è confrontare i punti di vista delle varie figure professionali coinvolte nella gestione delle riniti focalizzando le più recenti acquisizioni scientifiche. Presidente scientifico A.C. Negrini e coordinatore scientifico G. Ciprandi. In via di accreditamento ECM. Per info: BC Congressi **0105957060**.

ARITMOLOGIA INTERVENTISTICA: PRESENTE E FUTURO (modelli di gestione diagnostico-terapeutica dello scompenso cardiaco e delle tachiaritmie cardiache) - Il congresso si terrà allo Starhotel l'**11 ottobre** (orario 9/15,30) e verterà sulle più recenti acquisizioni nel campo del trattamento elettrico dello scompenso cardiaco e delle tachiaritmie cardiache. Richiesti crediti ECM. Per info: BC Congressi **0105957060**.

Un piatto di riso vale più di tutta la nostra scienza?

Può capitare di scorgere dal buco di una serratura tutto un panorama: così è successo in **un convegno di etnopsichiatria, nello scorso aprile, all'Ordine dei medici di Genova.**

Infatti dal buco di una serratura aperta su di un piccolo spicchio dell'Africa Occidentale, il relatore - Pakuv Pierre Mounkoro, medico direttore del Centro di medicina tradizio-

Vi possono essere ingredienti spirituali e socioculturali che ancora stentiamo a comprendere



nale del Mali - ci ha allargato lo sguardo su tutto un mondo a noi quasi sconosciuto, specialmente per cultura, tradizioni e trattamenti sanitari.

Ci siamo resi conto che questo mondo quasi sconosciuto è più di metà della terra, cinque miliardi di persone.

Laureato nel 1988 e poi specializzato in psichiatria, il dottor Mounkoro ritorna nella sua terra per dedicarsi alla sua gente, studiandone le cause di disagio mentale. Dall'esame delle cartelle cliniche del Centro di medicina in cui comincia la sua attività gli risulta che quasi tutti i pazienti vengono curati da guaritori indigeni, come da antica tradizione; anche durante il colonialismo francese avevano continuato a lavorare, sia pur clandestinamente.

Dopo un lungo censimento, durato circa due anni, vengono avviati i primi contatti con loro: contatti inizialmente difficili per diffidenza legata a precedenti maltrattamenti e al timore di accertamenti a fini fiscali; ma contatti comunque necessari per coordinare le terapie e, nell'immediato, per salvare la

vita ai malati psichici, che venivano forzatamente concentrati a Dakar in attesa di imbarco verso la Francia, in mancanza di strutture di ricovero locali.

Fin dai primi contatti ci si rese conto dell'importanza che aveva, nell'approccio terapeutico tradizionale, il rapporto con la famiglia e con la comunità degli assistiti e il legame che il guaritore aveva con loro; risultava inoltre particolarmente difficile intenderci nell'uso dei termini di inquadramento diagnostico. Parole come depressione, ansia, schizofrenia non erano significanti; tantopiù che alcune di queste patologie sono frutto della nostra civiltà occidentale.

Era più importante per loro saper raccogliere le piante medicinali nell'epoca giusta, con il giusto spirare del vento e con i rituali appropriati che tengono conto di elementi spirituali per noi incomprensibili.

Come medici occidentali si impara a fare atto di umiltà, perché la nostra scienza talora rimane "incastrata"; perciò ci si deve rivolgere ai guaritori come a colleghi che sanno cose a noi sconosciute, come loro ignorano le nostre; rendendoci conto che le nostre terapie possono fallire proprio in quanto avulse dalla realtà tradizionale e socioculturale del territorio; e, anche per questo, rinunciando allo studio chimico delle piante, lontani dalla strada dell'industria farmaceutica.

Nel panorama appena descritto si può inserire emblematicamente

l'episodio di un piatto di riso: c'era un paziente in stato agitato con gravissime angosce che non rispondeva ai nostri farmaci; ma gli era bastato mangiare un piatto di riso portato dai suoi familiari per farlo calmare. Ci si domanda: cosa c'era in quel piatto di riso? La risposta è complessa, perché certamente c'era del riso, un alimento per lui non abituale; ma forse anche ingredienti a noi sconosciuti; ma il principale elemento terapeutico era stato il ricevere dalla sua comunità l'atto costruttivo di un ponte che sanava una frattura, alla base della sua patologia.

Questo legame comunitario è fondamentale anche per i guaritori, che si trovano oggi talvolta in difficoltà per i cambiamenti sociali in atto.

Quando il dottor Mounkoro era rientrato in Africa, negli anni '90, occorrevano due ore per arrivare dalla città al villaggio che oggi si raggiunge in pochi minuti; non c'era luce elettrica, telefono, televisione; oggi ci sono i telefoni cellulari, i giovani vendono i terreni per comprarsi la moto e installano sui tetti antenne satellitari per avere notizie da tutto il mondo, trascurando quelle locali.

Tutto sta cambiando con lo scambio tra le diverse culture: uno scambio purtroppo a senso unico, come per tutti i paesi che chiamiamo "in via di sviluppo" e che dovremmo invece definire "in via di occidentalizzazione".

Su tutti questi temi e sulle loro implicazioni estese a modello generale ci si è poi soffermati durante la successiva discussione, con interventi del pubblico e dei relatori del Convegno: Giuseppina Boidi, Piero Coppo, Alberto Ferrando, Luigi Ferrannini, Antonio Guerici hanno portato ampi contributi delle loro esperienze e della loro cultura, con successive puntualizzazioni del dottor Mounkoro. Dal complesso di questi interventi è scaturita l'esigenza di insistere in una impostazione antropologica di

tutta la medicina - come già inaugurata dall'Ateneo genovese - che tenga conto dei patrimoni genetici e culturali di ogni territorio.

Ogni cultura ha un seme di verità che può trasmettere agli altri, a patto che gli altri siano disposti a riceverlo. Molti popoli valorizzano più di noi gli elementi spirituali della persona, anche riguardo ai trattamenti medici.

Solo recentemente l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha aggiunto, nella definizione del termine "salute", anche la serenità dello spirito.

La cultura occidentale, su basi filosofiche e religiose, tende a separare la nostra persona in due spicchi, materia e spirito, tra loro incollati; per questa mancanza di visione unitaria separiamo l'attuale dall'oltre, usando termini come metafisica e meta-psichica. Siamo anche vittime di una certa protervia della nostra scienza, che tende a negare - salvo recenti tentativi di risipiscenza - l'esistenza di tutto ciò che non è obiettivamente sperimentabile: troppo spesso dimenticando la limitatezza delle nostre categorie sensoriali e temporo-spaziali.

Oggi forse sta iniziando qualche apertura verso il mondo extrasensoriale che altri popoli, non occidentali, hanno tradizionalmente mantenuto.

Dovremo fare molti passi avanti sulla strada che ci condurrà a nuovi modelli di vita.

A questo potrà servire l'approccio multietnico e la globalizzazione delle culture: non tanto con la declamata "integrazione", quanto invece con una "inter-relazione"; capace cioè di scambiarsi a vicenda quel che c'è di buono.

La migrazione e la mescolanza delle razze e delle persone potrà così diventare un arricchimento reciproco.

Queste le conclusioni del convegno; che è stato un arricchimento anche per noi partecipanti, come medici e come cittadini del mondo: un piatto di riso per nutrire lo spirito.

Silviano Fiorato

Un saluto da Giampaolo



Sono Laura, moglie, anch'io medico, del dr. Giampaolo Rossi, mancato il 29/04/2008 dopo una terribile malattia che lo ha colpito, in pieno benessere, all'inizio del 2003: la

SLA. Desideriamo, io e i miei figli, far sapere quanto Giampaolo sia stato forte nel sopportare questo male, che ha riconosciuto e temuto sin dai primi sintomi comparsi durante alcuni momenti di sport e di svago che lui amava tanto: lo sci e la barca a vela. Sintomi che, seppur inizialmente molto vaghi e sicuramente sperando di sbagliare, lo hanno insospettito subito, un pò per una specie di premonizione, che molti di noi hanno quando ci sta per accadere qualcosa di molto grave, e un po' per la sua esperienza di medico. E' sempre stato uno sportivo, orgoglioso della sua capacità di affrontare le difficoltà, in canoa quando vogava, arrampicando in montagna, o scalando le salite con la sua mountain bike; come lui stesso ha detto e scritto "...la fatica non mi ha mai spaventato..." e così, con la stessa forza d'animo, aiutato da noi, ha affrontato la SLA come si affronta un avversario terribile, conoscendone in anticipo tutta la cattiveria, quello che gli avrebbe tolto (e lo ha fatto rapidamente, nel giro di un anno), sopportandola con coraggio anche quando, dal gennaio 2005, tracheostomizzato, era costretto all'uso del ventilatore e alla nutrizione tramite PEG, impedito a qualsiasi movimento eccetto quello degli occhi e, un minimo, delle labbra, quel tanto da consentirgli una smorfia di disappunto o un sorriso. E di sorrisi ce ne ha fatti tanti Giampaolo, specialmente negli ultimi tempi, quando aveva capito che la SLA, forse, aveva finito di togliergli tutto quello che poteva; così pensava di poterla sopportare, aveva raggiunto un equilibrio, solo lui sapeva come, forse anche perché consapevole di partecipare ancora pienamente alla nostra vita familiare, di essere presente e necessario con i suoi consigli tramite tabella e PC. Già il PC, il My Tobii: questo è stato il regalo più grande che potesse ricevere, e ringraziamo per Gian l'amico Paolo Cremonesi (che si è interessato in prima persona) e tutti coloro che si sono impegnati per procurarlo a lui e ad altri malati nelle sue condizioni (in particolare la Fondazione Carige e l'AIMS di Genova). Il My Tobii, un computer a comando oculare, gli ha permesso di comunicare con gli amici,

con la neurologia di Torino presso cui aveva tentato una cura sperimentale nel 2004 e con cui era poi rimasto in contatto, con i colleghi della I medicina dell'ospedale di Alessandria, reparto cui ha dedicato, non meno che alla famiglia, tutta la vita dopo la laurea in medicina. Così come gli ha consentito di leggere ogni giorno il suo giornale preferito ed essere sempre aggiornato su tutto, la medicina, l'attualità, tutto ciò che lo ha sempre appassionato, sino all'ultimo momento, finché un coagulo, ostruendogli d'improvviso la cannula tracheale, ha rotto un incantesimo cui ormai eravamo abituati, tanto da illuderci che nulla più potesse succedere, e che avremmo potuto continuare a vivere così, insieme, ancora per tanto tempo. Lui no, certamente sperava, ma non si era mai illuso. Si è conclusa così, nel modo che aveva probabilmente previsto e temuto, questa lotta impari tra una malattia tremenda che insegue e non lascia scampo e un uomo fortissimo che le ha strappato i giorni e persino i minuti, senza mai spaventare noi con le paure che sicuramente lo tormentavano giorno e notte, riuscendo persino a scrivere, per rassicurare chi per e-mail gli aveva confessato di non trovare più il coraggio di venirlo a trovare: "...si posso capire il tuo disagio, ma vedi, io (la mia testa), sono sempre lo stesso, sono sempre la stessa persona, ed è per questo che anche così, per me, questa vita vale ancora la pena di essere vissuta."

Vorrei ringraziare l'associazione Gigi Ghirotti di Bolzaneto, che lo ha accolto e seguito con tanto affetto nei momenti in cui ci siamo trovati in difficoltà per l'assistenza, la dr.ssa Balletto e tutta l'equipe infermieristica e i volontari solleciti e affettuosi.

E un grazie infinito al Prof. Henriquet, che si è prestato anche nell'urgenza (anche di corsa la domenica mattina), quando abbiamo avuto problemi con la cannula tracheale: in quei momenti, a me e a Giampaolo è parso di trovarci di fronte un angelo! Ringrazio anche, e so che lui lo farebbe, tutti gli amici e colleghi di Alessandria e di Genova (tra gli altri Fabrizio Rao, Massimo Gaggero, Fausto Mattiuz pronti a offrire a Gian la loro professionalità con grande amicizia e sollecitudine); e tutti gli altri che ci hanno accompagnato in questi cinque anni, alcuni compagni da sempre di viaggi, cene e vacanze, altri conosciuti durante e proprio in seguito alla malattia; sono tanti, non posso nominarli tutti, ma vorrei davvero abbracciarli e ringraziarli per come ci sono stati vicini e per come continuano ad esserlo anche ora, in questo momento per noi così difficile e doloroso.

Laura Peirano e figli



Notizie dalla C.A.O.

Commissione Albo Odontoiatri

A cura di Massimo Gaggero

Gli ordini delle quattro professioni sanitarie unite nel servizio ai cittadini e allo Stato



Si è svolta con successo, il 22 maggio scorso a Roma, la prima riunione pensata e condivisa fra le quattro professioni mediche (medici, odontoiatri, farmacisti e veterinari).

L'obiettivo è stato la preparazione di una Consulta Permanente delle professioni mediche, con lo scopo di presentare in modo unitario e compatto il settore medico alle istituzioni politiche e alla pubblica opinione.

Le delegazioni comprendevano i comitati centrali di FNOMCEO, FOFI e FNOVI oltre ad alcuni coordinatori delle CAO regionali per completare la rappresentanza della professione odontoiatrica.

Il presidente Bianco ha introdotto i lavori e sono state esposte le quattro relazioni riguardanti:

1) formazione fra post-laurea e aggiornamento;

- 2) fiscalità generale ed in particolare dei liberi professionisti;
- 3) costituzione delle società interprofessionali;
- 4) progetto di riforma delle professioni e degli Ordini professionali.

Ha partecipato ai lavori, per conto del Ministero, il direttore generale delle professioni dr. Leonardi che ha esposto il suo pensiero su diversi temi.

Purtroppo la componente politica era assente poiché lo stesso giorno erano in corso le nomine dei sottosegretari e delle commissioni parlamentari; tutti si augurano di poter continuare ad avere un Ministero di riferimento per la salute.

Al termine dei lavori tutti convengono sulla opportunità di definire forme e modalità stabili e continuative di coordinamento e integrazioni su specifiche questioni di interesse comune, senza surrogare le specifiche autonomie delle singole professioni, atte ad incidere nei processi decisionali della politica e delle istituzioni.

Nella bozza di costituzione di una Consulta Permanente delle Professioni Mediche, vengono già definiti alcuni caratteri identitari degli appartenenti (es. percorso formativo con acquisizione di laurea magistrale o specialistica etc.), alcune questioni comuni quale la proposta di una più incisiva presenza degli Ordini nelle politiche di programmazione e gestione della formazione, l'esercizio di un ruolo garante degli Ordini nella formazione permanente, la coordinazione sugli aspetti delle riforme delle professioni intellettuali e degli Ordini Professionali e la coordinazione in tema di fiscalità con particolare riguardo agli studi di settore che saranno materia della prossima attività. Tutti ci auguriamo che la voce unita di tutte le professioni sanitarie abbia più ascolto nelle opportune sedi, nell'interesse di una Sanità in rapida evoluzione e di uno Stato spesso distratto ai quali dobbiamo garantire professionisti sempre più adeguati e qualificati, ma anche consapevolmente organizzati.

Rodolfo Berro

Coordinatore CAO Regionale della FROMCeOL

Le criticità della professionalità del giovane odontoiatra di fronte all'evoluzione della plethora e della crisi sociale

La nostra professione, ci consente di venire a contatto con individui di diversa estrazione sociale e culturale, **permettendoci, così, di avere un'ampia e diversificata visione** di quelle che sono oggi le condizioni economico-sociali del nostro territorio.

Spesso, nei nostri studi, veniamo a conoscenza di varie situazioni lavorative con annesse preoccupazioni, aspettative, speranze e delusioni riguardanti i più svariati ambiti professionali; tra questi un SSN sempre più disomogeneo, da regione a regione, e in cui la burocrazia diventa strumento per ridurre l'accesso dei cittadini al servizio causando interminabili liste di attesa.

In Italia negli ultimi 15 anni, dal 1991 al 2006, il numero degli odontoiatri è cresciuto da 22.063 a 51.975 mentre il numero di medici è passato da 288.617 a 353.945.

Il risultato di tanti anni di corsi di laurea **"aperti"** a tutti è evidente: neolaureati che trovano difficoltà di inserimento e un rapporto odontoiatra/paziente in Liguria di 1 ogni 760 (la più alta in Italia per densità); **in Italia il rapporto è di 1 ogni 1.100 e nella città di Genova la media su 600.000 abitanti è di circa 1 odontoiatra ogni 450/500 abitanti con punte di 1 ogni 200 in centro città.** Questo dato è ben lontano da quello ottimale stabilito dall'O.M.S. di 1 ogni 2.000 abitanti. Questi dati ci dicono che, se i medici sono aumentati solo del 23% negli ultimi 15 anni, gli odontoiatri sono molto più che raddoppiati e, in alcune regioni, addirittura triplicati. Il giovane neo-laureato a questo punto deve fare i conti anche con la plethora odontoiatrica (ulteriormente aggravata dalle recenti sanatorie), una sovrabbondanza imputabile ad una programma-

zione d'ateneo poco oculata negli accessi al percorso di studi. A questa invasione odontoiatrica, inoltre, si contrappongono i portafogli sempre più scarni che costringono i pazienti a ricorrere ai dentisti solo in casi gravi e improrogabili. Il periodo di transizione e di grandi cambiamenti socio-economici che stiamo vivendo, sicuramente avrà delle ripercussioni dirette o indirette sull'odontoiatria con una viva apprensione per il nostro futuro. Accreditazioni, convenzioni, terzo pagante, abusivismo, turismo odontoiatrico, aumento delle incombenze burocratiche e amministrative, aumento del contenzioso in ambito odontoiatrico: ecco alcuni dei temi che turbano i nostri pensieri notturni e non solo. Probabilmente sono ancora in maggioranza i colleghi "individualisti" convinti di porsi di fronte alle questioni sopra menzionate, singolarmente, con iniziative estemporanee ed a volte in contrasto con la deontologia professionale. Casi di pubblicità scorretta o "convenzionamenti" incongrui, sono segnalati sempre più spesso sia alle Associazioni che agli Ordini professionali. Sensibilizzare i colleghi ed i giovani che si apprestano ad entrare nel mondo odontoiatrico, indirizzandoli verso un esercizio "sano" dell'odontoiatria, senza pericolose scorciatoie è sicuramente doveroso e necessario. E' necessario instaurare un patto generazionale con i giovani odontoiatri e rilanciare l'immagine della professione nei confronti del paziente che è il destinatario dei nostri sforzi professionali, colui a cui dedichiamo tutta la nostra considerazione e la nostra professionalità. Un rapporto tra paziente e dentista che può esistere solo se quest'ultimo è il fulcro "dell'universo dentale".

Daniele Di Murro

Comunicazioni di eventi odontoiatrici

ANDI GENOVA - CORSI 2008

LUGLIO

Sabato 5 (giornata 9-17) - "Metodiche innovative nella preparazione degli elementi naturali in protesi". Relatore: **prof. Domenico Baldi**.

Sabato 12 (mattinata 9-13) - "L'ATM e dintorni: la patologia dell'ATM e il dentista pratico". Rel.: **dr. Giuseppe Cozzani - dr. Fabio Ferretti**.

SETTEMBRE

Sabato 20 (giornata 9-17) - Corso teorico - pratico: "Il restauro adesivo estetico: materiali e tecniche operative per il successo clinico".

Relatore: **dr. Antonio Cerutti**.

Martedì 23 (serata) - "Le problematiche allergologiche di interesse Odontoiatrico" - Relatori: **dr. Costantino Troise, d.ssa Susanna Voltolini, d.ssa Paola Minale e d.ssa Donatella Bignardi**.

Sabato 27 (giornata 9-16) - "La chirurgia orale e parodontale nei casi complessi". Relatori: **prof. Paolo Balbi - dr. Vincenzo Del Buono**.






Martedì 30 (serata) - "Protesi precostruita a carico immediato: impiego del cad/cam dalla progettazione alla protesi definitiva". Relatori: **dr. Guido Schioli - sig. Stefano Silvestrelli**.

I corsi, in fase di accreditamento ECM, si terranno alla Sala Corsi Andì Genova P.zza della Vittoria 12/6.

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 BARONE - RINASCITA	GENOVA Dir. San.: Dr. G. Giorgi Spec.: Radiologia Medica R.B.: Dr. G.L. Delucchi Spec.: Fisiatria e Ortopedia	P.sso Ponte Carrega, 35-37r 010/8386715 fax 010/8382086	RX	TF	S	DS				
ISTITUTO IL BALUARDO cert. ISO 9002	GENOVA Dir. San.: Prof. E. Salvidio prof. onor. in clin. med. R.B.: Prof. D. Fierro Spec.: Radiologia R.B.: Dr. M. Casaleggio Spec.: Fisiocinesiterapia www.ilbaluardo.it clienti@ilbaluardo.it	P.zza Cavour Porto Antico 010/2471034 fax 2466511	RX	TF	S	DS	TC	RM		
IST. BIOMEDICAL ISO 9002	GENOVA Dir. San.: Prof. B. De Veris.: Igiene e Medicina Prev. Dir. Tec. Day Surgery: Dr. A. Brodasca Spec. in anestesilogia Dir. Tec. Day-Hospital: D.ssa M. Romagnoli Spec. in derm. Dir. Tec. Lab. Analisi: D.ssa P. Nava (biologa) Spec. in igiene Dir. Tec. Radiodiagnostica: Dr. M. Oddone Spec. in radiod. Resp. Branca Cardiologia: Dr. G. Molinari Spec. in card. Dir. Tec. Terapia fisica: Dr.ssa E. Marras Spec. in med. fis. e riabil. Resp. Branca Med. dello sport: Dr. A. Boccuzzi Spec. in med. dello sport Dir. Tec.: Dr. A. Peuto Spec. ginecologia e ostetricia Poliambulatorio specialistico Dir. Tec.: Dr. S. Venier Medico Chirurgo Responsabile Dr. S. Gatto Medico Chirurgo	Via Prà 1/B 010/663351 fax 010/664920 www.biomedicalspsa.com Via Teodoro di Monferrato, 58r. 010/6982796 GENOVA SESTRI PONENTE Vico Erminio 1/3/5r. 010/8533299	PC	Ria	RX	TF	S	DS	TC	RM
IST. BIOTEST ANALISI - ISO 9001-2000	GENOVA Dir. San.: Dr. F. Masoero Spec.: Igiene e Med. Prev. R.B.: D.ssa P. Rosselli Spec. Cardiologia	Via Maragliano 3/1 010/587088	PC	Ria		S	DS			
IST. Rad. e T. Fisica CICIO - ISO 9001-2000	GENOVA Dir. San. e R.B.: Dr. G. Cicio Spec.: Radiologia	C.so Sardegna 40a 010/501994	RX	RT	TF		DS			

STRUTTURE PRIVATE	INDIRIZZO E TEL.	SPECIALITA'
IST. EMOLAB <small>certif. ISO 9001/2000</small> 	GENOVA Dir. San. e R.B.: G.B. Vicari L.D.: Chim. e Microscopia Clinica R.B.: Dr. S. De Pascale Spec.: Radiologia	PC Ria RX S DS
IST. RADIOLOGIA RECCO	GE - RECCO Dir. San. e R.B.: Dr. C. A. Melani Spec.: Radiodiagnostica Resp. Terapia fisica: D.ssa A. Focacci Spec.: Fisiatria	RX RT TF DS
EMOS c/o il Baluardo	GENOVA 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	PC DS
IST. FIDES	GENOVA Dir. Tec.: Dr. F. Veccia Spec.: Fkt. e Rieduc. neuromotoria	TF
IST. GALENO	GENOVA 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.	PC RX RT TF S DS
IST. I.R.O. Radiologia - certif. ISO 9002 	GENOVA Dir. Tec. e R.B.: Dr. L. Reggiani Spec.: Radiodiagnostica R.B.: Dr. D. Perona Spec.: Cardiologia Dr. M. V. Giacobbe Spec.: Medicina dello sport	RX S DS
IST. ISMAR <small>certif. ISO 9002</small> 	GENOVA 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	PC Ria RX S TC
IST. LAB <small>certif. ISO 9001-2000</small> 	GENOVA Dir. Tec.: D.ssa M. Guerrina Biologa Punto prelievi: C.so Magenta, 21 A (Castelletto)	PC Ria S
IST. LIGURIA - certif. ISO 9001/2000 DNV	GENOVA Dir. Tec.: Dr. R. Oliva, biologo Spec.: Igiene Punto prelievi: P.zza Duca degli Abruzzi 8 r. Via Napoli, 50 r	PC S
IST. MANARA	GE - BOLZANETO 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	PC RX TF S DS TC RM
IST. MORGAGNI <small>certif. ISO 9001</small> 	GENOVA 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	PC RX S DS
IST. NEUMAIER	GENOVA Dir. San. e R.B.: Dr. L. Berri Spec.: Radiologia	RX RT TF DS

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	PC	Ria	MN	RX	RT	TF	S	DS	TC	RM									
Dir. San. e R.B.: Dr. E. Bartolini Spec.: Radiologia Igiene Med. Prev.		P.zza Dante 9 010/586642																			
IST. STATIC <small>certif. ISO 9001/2000</small>		GENOVA																			
Dir. Tecnico e R.B. FKT: Prof. R. Cervetti Spec.: Fisiatria e Reumatologia R.B.: Dr. M. Debarbieri Spec.: Radiologia		Via XX Settembre 5 010/543478																			
IST. TARTARINI		GE - SESTRI P.	PC	Ria		RX	RT	TF	S	DS											
Dir. Tec.: D.ssa M. C. Parodi, biologa Spec.: Igiene or. lab. Dir. Tec.: Dr. A. Picasso Spec.: Radiologia Dir. Tec.: D.ssa I. Parola Spec.: Med. fisica e riabil.		P.zza Dei Nattino 1 010/6531442 fax 6531438																			
TMA - TECNOLOGIE MEDICHE AVANZATE		GENOVA																			
Dir. Tec.: Dr. A. Gambaro <small>certif. ISO 9001:2000</small> Spec.: Radiodiagnostica www.montallegro.it/TMA tma@montallegro.it		Via Montallegro, 48 010/316523 - 3622923 fax 010/3622771																			
IST. TURTULICI RADIOLOGICO TIR		GENOVA																			
Dir. San.: Dr. Vincenzo Turtulici Spec.: Radiologia medica		Via Colombo, 11-1° piano 010/593871																			
IST. VALE		GENOVA	PC	Ria																	
Dir. San.: G.B. Vicari Spec.: Medicina nucleare Punto prelievi Via Monte Zovetto 9/2		Via Carlo Rolando, 87 r 010/414903 010/313301																			
ISTITUTI NON CONVENZIONATI SSN			SPECIALITA'																		
LABORATORIO ALBARO <small>certif. ISO 9001/2000</small>		GENOVA	PC	Ria		RX		TF	S	DS	TC	RM									
Dir. San.: Prof.R. Bonanni Spec. in Ematologia Microbiologia medica, Anatomia patologica R.B.: D.ssa M. Clavarezza Spec.: Igiene R.B.: L. De Martini Spec.: Radiologia R.B.: Prof. M.V. Iannetti Spec.: Cardiologia		Via P. Boselli 30 010/3621769 Num. V. 800060383 www.laboratorioalbaro.com																			
IST. BOBBIO 2		GENOVA																			
Dir. San. e R.B.: Dr. M. Scocchi Spec.: Fisiatria		Via G. B. D'Albertis, 9 c. 010/354921																			
STUDIO GAZZERRO		GENOVA																			
Dir. San.: Dr. Corrado Gazzoero Spec.: Radiologia www.gazzoero.com		Piazza Borgo Pila, 3 010/588952 fax 588410																			
RIABILITA		GENOVA																			
Dir. Tec.: Dr. G. M. Vassallo Spec.: Fisiatra Spec.: Medicina dello sport		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 monospécialità
4. IMPLANTOLOGIA
5. PROFESSIONE DI DERMATOLOGIA CON ESTETICA
6. CHIRURGIA ESTETICA
7. MEDICO COMPETENTE
8. MEDICO LEGALE
9. SPECIALIZZANDO

