

Incontro con
l'ENPAM
25 ottobre
Sala Convegni
Ordine di Genova

Genova Medica



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

Editoriale

A proposito di certificazione
di malattia...

In primo piano

ARS: valutazione di performance
del sistema sanitario regionale

Medici competenti: necessario
presentare un'autocertificazione

Note di diritto sanitario

Obbligo di valutazione comparativa
per incarichi apicali

La responsabilità del medico
nella somministrazione di farmaci

Notizie dalla C.A.O.

N.9 settembre 2008



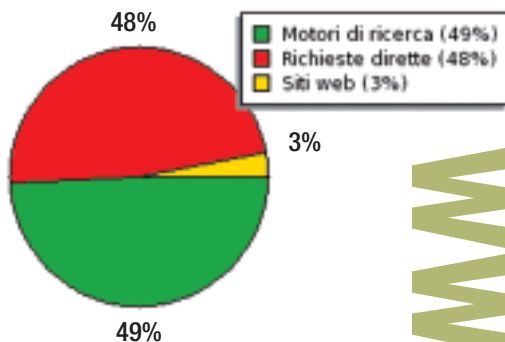
I primi due anni del sito dell'Ordine

Il sito web dell'Ordine dei medici di Genova è il biglietto da visita che presentiamo su Internet, ricco di informazioni e contenuti costantemente aggiornati. Il software che calcola il numero di accessi ci dice che, all'indirizzo www.omceoge.org nel corso dei primi otto mesi del 2008, si sono collegati circa 37.000 utenti, per un totale di quasi 200.000 pagine visitate. Il mese di aprile 2008 è stato quello con il maggior numero di accessi, con 5.898 visitatori per una media di 196 visite al giorno. Ma da dove vengono tanti visitatori? Erano già a conoscenza del sito o l'hanno trovato tramite i motori di ricerca? I dati riferiti ai primi 8 mesi del 2008 ci dicono che il 48% dei visitatori conosceva già il sito, o perché vi aveva già acceduto in passato, magari inserendolo tra i "preferiti", o perché lo ha trascritto direttamente nella barra degli indirizzi del browser (ricordo che per browser si intende il programma utilizzato per navigare in Internet, per esempio Internet Explorer o Mozilla Firefox). Il 49% ha raggiunto il sito tramite i motori di ricerca, tra i quali primeggia Google, con il 90% ed infine il restante 3% dei navigatori è giunto al portale tramite collegamenti presenti in altri siti, primo fra i quali quello della Federazione degli Ordini (www.fnomceo.it).

Le pagine del sito maggiormente visitate sono state quella con l'elenco degli iscritti (121.000 visite), sicuramente il servizio più utilizzato in assoluto, la pagina contenente la presentazione (15.000) e quella del "CercaLavoro", ultima nata, con 7.400 visite. Proprio il servizio del "CercaLavoro" (vedi l'articolo sul numero di "Genova Medica" di gennaio 2007) ha riscosso particolare successo, con 89 annunci inseriti e pubblicati. Ricordiamo che chiunque cerchi oppure offra lavoro tra medici e odontoiatri può autonomamente inserire un annuncio tramite il comando posto in fondo alla pagina: l'annuncio verrà esaminato ed approvato dal personale dell'Ordine e rimarrà visibile fino alla data di scadenza impostata, oppure fino a quando l'inserzionista lo vorrà cancellare, inserendo la password che viene generata al momento dell'invio dell'annuncio.

Accogliamo con piacere i suggerimenti per rendere il sito ancora più utile e funzionale.

Lucio Marinelli



www.omceoge.org



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

Vita dell'Ordine

4 A proposito di certificazione di malattia...

In primo piano

5 Medici competenti: necessario presentare un'autocertificazione

6 ARS: valutazione di performance

10 Pubblico dipendente: assenze per malattia

Vita dell'Ordine

9 Movimento degli iscritti

Note di diritto sanitario

15 Obbligo di valutazione comparativa per incarichi apicali

16 La responsabilità del medico nella somministrazione di farmaci

Cronaca & attualità

19 Il timore della vecchiaia

Medicina & società

21 Il significato vero dell'essere medico

23 Corsi & convegni

25 Recensioni

26 In ricordo di...

Medicina & cultura

27 Onofrio Scassi: un medico preveggenete

Lettera aperta

29 Esistono le malattie mentali?

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

Periodico mensile - Anno 16 n. 9 settembre 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:** "Vaccinazione di bambini" 1913 di Vincente Borràs (1867-1945) Museo del Prado - Madrid. **Finito di stampare nel mese di settembre 2008.**



A proposito di certificazione di malattia...

In quest'ultimo periodo l'Ordine sta ricevendo, sempre più spesso, segnalazioni da parte di pubbliche amministrazioni e ditte private riguardanti presunte irregolarità da parte di medici curanti nella compilazione di certificazioni di inabilità temporanea al lavoro ai propri dipendenti.

Alla luce delle recenti decisioni assunte dal Governo in materia di assenza dal lavoro per malattia che, in questo numero del bollettino, sono state ben illustrate nell'articolo a firma del collega Lomi a pag. 10, ritengo opportuno alcune considerazioni. Il nostro codice deontologico all'art. 24 così recita **"Il medico è tenuto a rilasciare al cittadino certificazioni relative al suo stato di salute che attestino dati clinici direttamente constatati e/o oggettivamente documentati. Egli è tenuto alla massima diligenza, alla più attenta e corretta registrazione dei dati e alla formulazione di giudizi obiettivi e scientificamente corretti"**.

Queste segnalazioni si riferiscono ad assenze per malattia per periodi medio-lunghi e in prossimità di festività o "ponti", oppure ad assenze di breve durata ma numerose che ingenerino nel datore di lavoro una situazione di disagio sia economico che organizzativo, una sensazione di sfiducia nei confronti dell'atto medico ed una potenziale denuncia all'Ordine o, per casi più particolari, alla Magistratura. Pur consapevole della buona fede di tutti quei colleghi che svolgono, tra le tante attività burocratiche, anche quella certificativa, ritengo utile suggerire, nei casi di cui sopra, di acquisire documentazione specialistica in particolare di quelle patologie che riguardano la sfera neurologica e di quelle malattie che riteniamo possano durare a lungo per la loro complessità.

Questo ci permette, senza compromettere la nostra individualità o assunzione di responsabilità, di difenderci in qualunque momento dagli assalti dei pazienti che, talvolta, di fronte ad un diniego, minacciano di ricusare o addirittura di denunciare il medico che si rifiuta di certificare giorni di malattia, e soprattutto di dimostrare, in caso di contenzioso, la professionalità del nostro atto.

D'altra parte non è accettabile che le colpe di un'Italia spesso "assenteista" a tutti i livelli debbano essere sempre addossate ai medici, senza che venga data alcuna responsabilità a tutti coloro che per anni hanno considerato le assenze dal lavoro "un diritto intoccabile" per mancanza di una legislazione in materia.

Serriamo le fila ed autorevolmente facciamo riferimento all'articolo 24 del nostro Codice deontologico, segnalando all'Ordine chiunque faccia indebita pressione per alterare la veridicità della certificazione.

Enrico Bartolini



Medici competenti: necessario presentare un'autocertificazione

Il Decreto legislativo n. 81 del 9/04/'08, Supplemento ordinario alla G.U. n.101 del 30/04/'08, noto anche come "Unico Testo", costituisce l'attuazione dell'art. 1 della legge n.123 del 3/08/'07, per il riassetto e la riforma delle norme vigenti in materia di salute e sicurezza delle lavoratrici e dei lavoratori nei luoghi di lavoro, mediante il riordino e il coordinamento delle medesime in un unico testo normativo.

Per lo svolgimento dell'attività di "medico competente" vengono introdotte alcune novità contenute nell'art.38 del "Testo Unico": "Titoli e requisiti del medico competente". Nel comma 1 è ribadita la necessità di possedere almeno uno dei 4 titoli già richiesti dal D.L. 626/94:

- ◆ specialista in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica;
- ◆ docenza in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica o in tossicologia industriale o in igiene industriale o in fisiologia e igiene del lavoro o in clinica del lavoro;
- ◆ autorizzazione di cui all'art.55 del D.Lgs. n.277 del 15 agosto 1991;
- ◆ specialista in igiene e medicina preventiva o in medicina legale.

Viene precisato, inoltre, (comma 2) che gli specialisti in igiene e medicina preventiva o in medicina legale, "sono tenuti a frequentare appositi corsi universitari da definire con apposito decreto del Ministero dell'Università e della ricerca di concerto con il Ministero della salute". Tuttavia, qualora alla data del 15/05/'08 (data di entrata in vigore del decreto n.81/2008), gli stessi specialisti "svolgano le attività di medico competente o dimostrino di avere svolto tali attività per almeno un anno nell'arco dei

tre anni anteriori all'entrata in vigore del presente decreto legislativo, sono abilitati a svolgere le medesime funzioni. A tal fine sono tenuti a produrre alla Regione attestazione del datore di lavoro comprovante l'espletamento

di tale attività". Per lo svolgimento delle funzioni di medico competente (comma 3) "è altresì necessario partecipare al programma di educazione continua in medicina ai sensi del decreto legislativo 19/06/'99, n. 229, e successive modificazioni e integrazioni" a partire dal programma triennale successivo all'entrata in vigore del decreto 81/'08. I crediti previsti dal programma triennale dovranno essere conseguiti in numero non inferiore al 70% del totale nella disciplina "medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro".

I medici in possesso dei titoli e requisiti di cui al presente articolo sono iscritti nell'elenco dei medici competenti istituito presso il Ministero della salute" (comma 4), perciò **sono tenuti a trasmettere, entro sei mesi dal 15/05/'08**, al Ministero del Lavoro, salute e politiche sociali, un'autocertificazione per essere inclusi nell'elenco nazionale. **Il modello per l'autocertificazione è scaricabile dai siti:**

www.omceoge.org oppure

www.ministerosalute.it/sicurezzaLavoro/newsSicurezzaLavoro.jsp?id=420&menu

e va poi inviato al Ministero **esclusivamente tramite lettera raccomandata con ricevuta di ritorno**. Nel caso di mancata ricezione della ricevuta di ritorno, per avere conferma dell'avvenuto inserimento nell'elenco, gli interessati possono telefonare allo 06.59943821 o inviare una richiesta all'indirizzo: r.pesce@sanita.it.



Paolo Santucci

Associazione Nazionale medici d'azienda

ARS: valutazione di performance

L'Agenzia sanitaria regionale della Liguria e la Scuola superiore S. Anna lavorano in partnership.

Misurare quanto bene (o male) funzioni un sistema sanitario è un esercizio largamente teorico, benché questo non dipenda certo da mancanza di tentativi seri o di acuità da parte di chi ci lavora. Il problema di misurare le performance medico assistenziali è diventato un soggetto di complessità crescente, di pubblico interesse ma anche di confusione. Lavorando al crocevia tra le esigenze tecniche e quelle politico gestionali, l'Agenzia Sanitaria Regionale (ARS) ha accettato il mandato di approfondire il tema e lo farà in partnership strategica con la Scuola superiore S. Anna, Istituto Universitario che - assieme alla Normale - partecipa al sistema Universitario Pisano.

IL TEMA - Data l'importanza che riveste la salute degli individui e della comunità, pare inverosimile non disporre di strumenti che ci dicano se stiamo facendo bene o male in termini di assistenza medica. Eppure sembrerebbe proprio così. In campo medico, i tentativi di misurare la qualità dei servizi forniti non risalgono che ai due decenni scorsi e se le ragioni di questo ritardo sono verosimilmente molte non ci sentiamo di escluderne alcune piuttosto fastidiose da ammettere: a) l'assunzione tranquillizzante ma infondata che la qualità sia sempre e comunque alta e b) il senso di minaccia percepita nel fatto di essere in qualche modo sotto esame. E' ragionevole pensare che altri motivi abbiano pesato in ugual misura, ad esempio il fatto che

gli standard insoddisfacenti siano spesso invisibili alla semplice aneddotica e si possano percepire solo con strumenti statistici. Fatto sta, misurare le performance di un sistema sanitario è l'esercizio di una scienza giovane e con meno adepti di quelli che vorremmo.

Ad altre latitudini a promuovere questo tipo di ricerca è stata la domanda del "consumatore" - che al momento di pagare il conto di una visita specialistica o di un esame si chiedeva che tipo di servizi stesse mai acquistando per quelle cifre esorbitanti. Da noi hanno pesato fattori diversi: un po' l'emulazione di modelli esteri, sicuramente molto le pagine di *malasanità* dei quotidiani.

Comunque si guardi alla questione, il tema di misurare la qualità dell'offerta è da tempo nelle agende degli ospedali (il territorio insegue a fatica, la materia è più difficile) ma soprattutto le diatribe riguardanti il costo dei servizi sanitari non potranno essere risolte senza fare ricorso a strumenti di misurazione della loro qualità.

Nutriamo pochi dubbi invece sul fatto che a tale misurazione, per approssimativa ed imperfetta che sia, molto dovrà contribuire la dirigenza medica.

COSA MISURARE - Diversi sono gli interessati alla questione. Diverse sono quindi le opinioni su cosa debba essere misurato. Sarebbe banale dire come a tutti, medici e pazienti, interessi che l'esito clinico - il più favorevole possibile - si associ al minor dispendio di risorse. Ma che sul termine di bilancio costo-beneficio di un atto medico si scontrino vedute spettacolarmente diverse è facile avere una rapida conferma: basta parlare con un Direttore Generale prima e - a seguire - con un primario della medesima azienda. Se poi ci mettiamo tutti allo stesso tavolo - gestori del servizio, i clienti dello stesso e chi il servizio lo finanzia - potremmo verificare quanto sia veramente stupefacente la distanza

sul tema dell'accesso; non pare neppure possibile considerarlo un oggetto di studio scientifico. Ma anche la definizione di ciò che è desiderabile in termini di "produzione di salute" appare più un esercizio artistico che scientifico. Se le pratiche possono essere standardizzate, lo stesso non può dirsi dei pazienti: possiamo anche solo abbozzare uno standard di risposta di fronte ad un paziente terminale che può scegliere tra una aspettativa di vita modesta, ma scevra da pesanti effetti collaterali rispetto ad una che è prolungata invece nei disagi della tossicità e degli esiti secondari?

LA SFIDA - E' difficile quindi misurare la salute, e non vogliamo usare l'aneddotica personale nel dire al cittadino-elettore quanto vale l'assistenza medica e la prevenzione che il cittadino-paziente paga con le imposte. La sfida è accettare di procedere con un approccio "un po' più" quantitativo. Il che non è solo "un po' più" difficile: è una rivoluzione culturale. Bisogna promuovere e consacrare la percezione di medici che sono affidabili nell'autonomia. A quel punto vedremo se riusciremo pure a far capire che la maggior parte delle imperfezioni del sistema sanitario vengono da processi disegnati imperfettamente e non da medici incompetenti. Ma questo è un discorso ancora più sofisticato (implica - è ovvio - che la responsabilità sia condivisa dal legislatore), che noi medici facciamo per andare al cuore del problema, anche se è da condurre senza intenti auto-assolutori. Vediamo comunque di passare speditamente da questo preambolo alla descrizione della partnership di cui si accennava nel titolo.

PERCHE' LA S. ANNA - Nel 2001 la Scuola superiore S. Anna riceve il mandato di predisporre un progetto per la misura e la valorizzazione delle performance delle ASL toscane; progetto che passa attraverso una prima fase di sperimentazione su un numero limitato di aziende per poi

essere generalizzato all'intero territorio regionale nel 2005. Ad oggi, il sistema è utilizzato da tutte le realtà aziendali toscane ed un report annuale documenta l'andamento di circa 200 indicatori che mettono a confronto tra loro le aziende stesse. Un rapporto di intensa collaborazione con altri contesti sanitari, quello canadese in particolare, ha accompagnato tutte le fasi di sviluppo del progetto e ad oggi la Scuola S. Anna fornisce alle Direzioni Generali e Sanitarie delle aziende toscane un indispensabile strumento di governo clinico.

IL METODO - L'impianto teorico non differisce da quello comune a tutti i compitini dei corsi di management aziendale (l'analisi del contesto ambientale, la scelta degli obiettivi di lungo termine, l'adozione di una strategia, etc.), ma la componente qualificante del progetto è stata il coinvolgimento di tutto il management sanitario regionale nella costruzione del sistema di valutazione, superando gli inevitabili scetticismi. Questi - da aspettarsi sicuramente anche nella nostra regione - erano facilmente prevedibili per vari motivi; vogliamo ricordarne tre: **1)** Il primo è rappresentato dal fatto che il sistema di valutazione conduce ad un modo diverso di gestire la programmazione aziendale. Come ogni azione che assuma un cambio di cultura, anzi una cultura nuova, chi si trova bene in quella vecchia richiede tempi lunghi per apprezzarne i vantaggi, se ce ne sono. **2)** Il secondo lo vediamo nel disagio di vedere pubblicati i risultati della valutazione di performance del proprio ospedale o della propria ASL. Soprattutto nella cultura *contradaiola* toscana, questo ha rappresentato una perplessità di rilievo, superata solo dall'abilità del gruppo del S. Anna nel non fare del report annuale un elenco di bravi e cattivi ma solo un'applicazione della cultura del *benchmarking*. **3)** Infine, non poteva non suscitare perplessità un'ennesima proposta di management alternati-

vo di impronta anglosassone avanzata da un gruppo di giovanotti baldanzosi e freschi di master (la stessa Direttrice della scuola, bioingegnere con un curriculum a dir poco impressionante, ha 42 anni!). Di queste proposte tutto il management sanitario - non solo toscano - ha avuto esperienze spesso imbarazzanti e pochi avvertivano la tentazione di una nuova avventura. Però il sistema ha convinto. Come confermano i Direttori delle aziende toscane (Generali, Sanitari ed Amministrativi) gli scettici si sono ricreduti ed il sistema funziona. Vediamo come, naturalmente in estrema sintesi (l'Agenzia renderà disponibile sul proprio sito web il testo completo che descrive il metodo).

E' stato concordato un numero di indicatori per ognuna delle sei dimensioni, o aree di valutazione: **1) Valutazione dello stato di salute della popolazione**, al fine di mantenere l'attenzione sul fine ultimo dell'assistenza sanitaria. **2) Valutazione della capacità aziendale di perseguire strategie di sistema**, al fine di valutare le capacità di lavorare in rete nel garantire principi di equità di accesso. **3) Valutazione socio sanitaria**, al fine di valutare la capacità dell'offerta di intercettare la domanda. **4) Valutazione esterna**, intesa come valutazione che del sistema fanno i cittadini, ma anche come valutazione della capacità di comunicazione. **5) Valutazione interna**, al fine di sondare il livello di soddisfazione e motivazione degli operatori sanitari. **6) Valutazione della performance economico-finanziaria**, cioè della capacità di mantenere l'equilibrio tra il costo dei servizi offerti e l'integrità finanziaria e patrimoniale dell'azienda. Gli indicatori sono costantemente posizionati secondo gradi di performance progressivamente decrescenti, da ottimo a scarso, a seconda di quanto ottenuto dall'azienda.

I gradi di performance si rappresentano graficamente ad anelli concentrici conformati a bersa-

glio, in modo che ogni azienda possa verificare la posizione di ciascun indicatore rispetto all'obiettivo strategico che è - appunto - quello di "centrare il bersaglio".

Una rapida occhiata consente insomma di tenere costantemente sotto controllo un pacchetto di indicatori sensibili di qualità. Naturalmente questa sintesi grafica è il risultato semplificato di un grosso lavoro sulla scelta degli indicatori e sul loro posizionamento in riferimento a standard riconosciuti internazionalmente (OMS), ma si è imposta per la sua immediatezza visiva e per il carico elevato di informazioni che riesce a convogliare.

IN LIGURIA - Il board internazionale che ha seguito i progressi toscani di questo approccio sarà a Genova in ottobre per tenere a battesimo la fase ligure. Sotto l'egida regionale dell'Assessorato e del Dipartimento Salute verrà sancita **una collaborazione tra ARS e Scuola S. Anna**, finalizzato allo scambio di expertise tecnica per i reciproci bisogni (in soldoni: strumenti di controllo di gestione ospedaliera contro la valutazione di performance del sistema sanitario). All'incontro verrà inoltre proposto il sistema di valutazione a tutto il management aziendale ligure di cui si raccoglieranno le osservazioni sulla fattibilità e sulla scelta degli indicatori.

In conclusione, una migliore comprensione di quella che è la variabilità delle pratiche assistenziali tra azienda e azienda potrebbe ragionevolmente contribuire alla costruzione di un sistema più moderno. E' comunque un contributo di cultura manageriale applicata, operativa. L'ARS ci crede poiché è nella sua cultura che dalla pratica si ricavi la vitalità indispensabile a mantenere la motivazione. Ed è un principio di sanità pubblica quello che ci fa preferire progetti di ricerca operativa per la costruzione dell'evidenza necessaria al legislatore per deliberare.

L'enfasi sul ruolo della professione medica nel

dare forma a questo sistema non significa che si voglia sminuire il ruolo degli "altri" attori del sistema stesso. E' il ruolo economico centrale delle scelte mediche (diagnosi, cura e prescri-

zione di servizi clinici) che è troppo forte per non volerne studiare i fattori che le orientano.

Mauro Occhi

Agenzia Regionale Sanitaria della Liguria

VITA DELL'ORDINE

INCONTRO CON L'ENPAM - Presso la Sala convegni dell'Ordine di Genova si terrà il **25 ottobre dalle ore 9 alle 13**, l'incontro **"L'importanza di conoscere l'ENPAM: indicazioni in materia assistenziale e previdenziale per un futuro consapevole"**. Per l'intera mattinata saranno presenti funzionari dell'ENPAM e postazioni informatiche in modo che i medici possano avere informazioni in tempo reale sulla propria posizione contributiva. Per avere ulteriori informazioni è possibile consultare il sito: www.omceoge.org - **per le adesioni chiamare** il tel. 010/587846.

Movimento degli iscritti - (29 maggio - 31 luglio 2008)

ALBO MEDICI - Nuove iscrizioni: Nicolò Crosa di Vergagni (reiscrizione), Hebatalla Abdelrazek, Andrea Capuzzo, Niccolò Giuseppe Lanati, Marianna Postiglioni, Mikaela Imperatore, Francesca Carla Fossati, Chiara Russo, Elisa Lusvardi, Andrea Serrati, Stefano Barboro, Angelo Insorsi, Gianluca Pane, Elena Oliveri, Marta Bovio, Davide Astengo, Maria Teresa Verardi, Elisabetta Corsi, Federica Perazzo, Anna Calzi, Gio Batta Vallarino, Andrea Massobrio, Fabio Tarantino, Federico Catalani, Riccardo Bennicelli, Alessandro Giannini, Andreina Mori, Maria Alberta Bruni, Luca Napoletano, Valeria Trabacchi, Valeria Bergamaschi, Andrea Presta, Davide Mori, Simone Callegari.

Per trasferimento: Anita Lucia Farre (da Nuoro), Alessandro Simonini (da La Spezia), Annalisa Vittoria Amelia (da Varese), Franco Bonanni (da Savona), Elena Podestà (da

Imperia), Emanuele Meroni (da Milano).

CANCELLAZIONI - Per rinuncia: Massimo Malatto, Marcella Chessa. **Per trasferimento:** Francesca Sacconi (a Milano), Ginevra Zanobini (all'estero). **Per decesso:** Luigia Todesco, Cesarino Romano, Filippo Rettagliata, Daniela Grassano, Enrico Roberto De Lellis, Enrico Chiti, Renato Giacomo Giannattasio, Luigi Ferdinando Raschi, Oreste Patellani, Giuliano Fontana, Claudia Caminale, Franco Frumento, Pietro Angelo Cataldi, Maurizio Vittone, Giuseppe Napoli.

ALBO ODONTOIATRI - Nuove iscrizioni: Edward Mora, Carlo Della Santa, Emilia Mugno, Simon Luca Allegrone, Elisa Giuseppina Ranza.

CANCELLAZIONI: Alfredo Carlini (mantiene iscriz. Albo Medici) **Per decesso:** Renato Giacomo Giannattasio. **Per trasferimento:** Matteo Luciani (a Torino).

NASCE LA SNAMID - E' stata costituita l'11 luglio 2008, la SNAMID (Società nazionale medica di aggiornamento interdisciplinare, sezione di Genova): presidente dr. Alberto Bollo, vice presidente dr. Gianluigi Bafico, segretario dr. Salvatore Balbi, tesoriere Vincenzo Marino e addetto stampa dr.ssa Maria Rosaria Foschi.

Pubblico dipendente: assenze per malattia

Il D.L. n. 112 del 25/6/2008 regola alcune questioni di interesse medico riguardanti le assenze per malattia dei pubblici dipendenti.

La prima questione riguarda i certificati medici. Deve essere ricordato che la normativa vigente sino all'emanazione del D.L. in questione prevedeva che il pubblico dipendente si rivolgesse al suo medico curante, indipendentemente all'esistenza di qualsivoglia rapporto tra questi ed il S.S.N., affinché fosse rilasciata la certificazione di malattia. Infatti il rapporto convenzionale del M.M.G. prevede unicamente che questi debba utilizzare il modulo INPS per i lavoratori iscritti a questo Istituto Previdenziale ma nulla prevede riguardo al lavoratore non iscritto all'INPS, al quale può essere rilasciato un certificato su carta intestata del medico recante le indicazioni proprie del certificato di malattia; la diagnosi può essere omessa nella copia destinata al datore di lavoro. Quindi, non sussisteva alcun obbligo da parte del pubblico dipendente di rivolgersi al medico convenzionato per la medicina generale.

Il D.L. 112/2008 prevede al comma 2 dell'art. 71: *"2. Nell'ipotesi di assenza per malattia protratta per un periodo superiore a dieci giorni, e, in ogni caso, dopo il secondo evento di malattia nell'anno solare l'assenza viene giustificata esclusivamente mediante presentazione di certificazione medica rilasciata da struttura sanitaria pubblica"*.

Semberebbe comprendere che la

ragione di tale previsione fosse da ricercare in una profonda sfiducia del Governo nei confronti della correttezza professionale e deontologica dei medici, con esplicita esclusione dei medici delle strutture sanitarie pubbliche. Parrebbe comprendere che, ritenendo tutti gli altri medici disponibili alla falsità ideologica, si sia ritenuto indispensabile sottrarre alla potestà certificatoria i lavoratori dipendenti; non è chiaro il motivo per cui ci si sia limitati a quelli pubblici.

Il concetto di "strutture sanitarie" sembrerebbe riguardare organizzazioni aventi una sede fisica e dotate di personale proprio, cui il cittadino si affida richiedendo prestazioni diagnostiche o di cura. Se ne evincerebbe che le "strutture sanitarie pubbliche" dovrebbero essere quelle ospedaliere o territoriali del S.S.N. (Aziende ASL od Aziende ospedaliere), con l'esclusione quindi degli studi medici e delle strutture private anche se convenzionate.

Stupisce pertanto il parere emanato il 4 luglio 2008 dal Dipartimento della Funzione pubblica, secondo il quale: *"Considerando che, secondo quanto prescritto dalle convenzioni adottate in conformità dagli accordi collettivi nazionali stipulati secondo la disciplina dell'art.8 del D.Lgs.n.502 del 1992, in materia di regolazione dei rapporti fra il Servizio sanitario nazionale ed i medici di medicina generale, questi ultimi sono tenuti al rilascio della certificazione "per incapacità temporanea al lavoro" (Accordo collettivo nazionale del 23.03.2005), si ritiene che detti medici possano utilmente produrre la certificazione idonea a giustificare lo stato di malattia del dipendente nelle circostanze indicate all'art.71 del decreto legge n.112/2008"*.

Tale concetto è stato poi confermato nella circ. n. 7/2008, a firma del Ministro, in cui poi esplicitamente si afferma che *"Le amministrazioni pertanto non potranno considerare come assenze giustificate quelle avvenute per malat-*



tia per le quali il dipendente produca un certificato di un medico libero professionista non convenzionato". Infatti il citato parere non solo conferisce il titolo di "struttura sanitaria" all'ambulatorio del medico di famiglia, ma fa derivare la sua "abilitazione" a rilasciare certificati di malattia ai pubblici dipendenti da un obbligo convenzionale posto in capo ai M.M.G. e rientrante tra i "compiti del medico" (art. 45) previsti dalla citata convenzione. Ma, d'altra parte, qualsiasi medico è tenuto al rilascio di certificazioni al proprio assistito: il Codice deontologico del 2006 espressamente prevede all'art. 24: *"Il medico è tenuto a rilasciare al cittadino certificazioni relative al suo stato di salute che attestino dati clinici direttamente constatati e/o oggettivamente documentati"*.

Sembra in realtà possibile interpretare questo chiarimento, emanato nove giorni dopo la promulgazione del Decreto, come una sostanziale cambiamento di rotta in cui, resosi conto delle difficoltà applicative insite nella norma emanata, l' esecutivo la modifica sostanzialmente mediante una norma di rango inferiore (la circolare). "Contrordine!" avrebbe scritto Guareschi sul suo "Candido".

Infatti fu da molti paventato un massiccio ricorso improprio alle strutture dell'emergenza, tanto che l'assessorato alla Salute della Regione Liguria, nel predisporre un modulo di certificazione destinato alle strutture sanitarie pubbliche (correttamente individuate negli ospedali e negli ambulatori), specificò che *"non possono rilasciare certificati le strutture di pronto soccorso e le strutture di emergenza 118"*. Pur comprendendo l'obiettivo di evitare ricorsi impropri a tali strutture, che sarebbero state altrimenti affollate da pubblici dipendenti in cerca di un certificato, credo debba essere rilevato che l'applicazione di questa indicazione porrebbe i medici di queste strutture a rischio di subire sanzioni discipli-

nari ordinarie per violazione del citato art. 24 del Codice deontologico. D'altra parte, i Pronto soccorso rilasciano normalmente un referto conclusivo con l'indicazione della prognosi clinica. Lascia, inoltre, perplessi la disparità di trattamento tra medici liberi professionisti e convenzionati, sulla quale non si sono ad oggi espressi né la FNOMCeO, né l'Autorità Garante per la concorrenza.

Al comma successivo la norma citata prevede: *"3. L'Amministrazione dispone il controllo in ordine alla sussistenza della malattia del dipendente anche nel caso di assenza di un solo giorno, tenuto conto delle esigenze funzionali e organizzative. Le fasce orarie di reperibilità del lavoratore, entro le quali devono essere effettuate le visite mediche di controllo, è dalle ore 8.00 alle ore 13.00 e dalle ore 14 alle ore 20.00 di tutti i giorni, compresi i non lavorativi e i festivi"*.

Debbono essere esaminati due diversi aspetti. Con la prima frase è previsto che la Pubblica amministrazione richieda la visita fiscale anche nelle assenze di un solo giorno. Credo che a questo punto debba essere affrontato il problema delle risorse da destinare a questa attività: come è noto, le Pubbliche amministrazioni hanno costantemente rifiutato di pagare alle ASL le visite fiscali effettuate (che sono invece onerose per i datori di lavoro privati) basandosi dapprima su circolari da loro emesse e quindi resistendo in giudizio nei confronti della Regione Toscana, che, con la D.G.R. n. 622 del 6 giugno 2005 aveva stabilito l'onerosità di questi accertamenti, anche se richiesti da una amministrazione pubblica richiedente, trattandosi di prestazione totalmente esclusa dai LEA.

I Livelli essenziali di assistenza definiti nel 2008, ma mai pubblicati in Gazzetta Ufficiale ed anzi revocati nel luglio 2008 dall'attuale Governo prevedevano invece specificamente, alla voce

12 Assenze per malattia del pubblico dipendente

H5 dell'allegato 1: *"Visite di controllo sui lavoratori assenti dal servizio per motivi di salute (visite fiscali), richieste da pubbliche amministrazioni: - Visite domiciliari; - Visite ambulatoriali"* e pertanto queste visite fiscali sarebbero state a carico dei Servizi sanitari regionali. Ora tutto dovrà essere rivisto.

Venuta meno l'ipotesi di utilizzare il costo della prestazione come limitatore della spesa, poiché è divenuto obbligatorio per il datore di lavoro pubblico richiedere la visita fiscale per ogni assenza dovuta a malattia, è evidente la riallocazione delle limitate risorse disponibili che i Servizi sanitari regionali dovrebbero effettuare per consentire l'espletamento di tutte le visite fiscali richieste, a danno di altri settori di attività, a meno che il Governo non decida di finanziare adeguatamente e separatamente tali prestazioni che non paiono avere particolare attinenza con la tutela della salute pubblica od individuale essendo finalizzate maggiormente alla lotta ad un comportamento illecito. In questi giorni il Governo sta monitorando le visite fiscali richieste dalle P.P.A.A. e quelle effettivamente effettuate; non pare che siano disponibili strumenti tali da costringere le A.S.L. a spendere i propri fondi per l'effettuazione delle visite fiscali anziché per l'assistenza domiciliare agli anziani, o per una nuova automedica.

Nel periodo successivo del terzo comma sono indicate le nuove fasce orarie in cui il lavoratore deve essere reperibile. Mentre le fasce orarie precedenti (10-12; 17-19) consentivano agevolmente l'espletamento di un secondo lavoro, quelle attualmente previste costringono il lavoratore ammalato che non sia assistito da terzi a precostituirsi alla malattia scorte alimentari e di farmaci, considerato che il periodo in cui deve essere reperibile si sovrappone con l'orario di apertura di farmacie e negozi.

Si ricorda in proposito, tra le altre, la sentenza n.

22065/2004 della Sezione Lavoro della Corte di Cassazione: *"l'assenza alla visita di controllo (...) può essere giustificata oltre che dal caso di forza maggiore, da ogni situazione, la quale, ancorché non insuperabile e nemmeno tale da determinare, ove non osservata, la lesione di beni primari, abbia reso indifferibile altrove la presenza personale dell'assicurato"*.

E' pertanto prevedibile un incremento del contenzioso giudiziario in cui il dipendente trovato assente alla visita fiscale avrà agio di dichiarare che proprio in quell'ora e giorno doveva soddisfare le sue necessità di acquisto di pane, latte ed aspirine.

Sorge il dubbio, vista la vessatorietà della norma, che questo paragrafo sia destinato alla modifica nel corso della contrattazione con il mondo sindacale e che, in vista della conversione in legge del Decreto, l'orario di reperibilità al domicilio potrà essere "sacrificato" parzialmente al fine di mantenere fermi altri punti.

Il Decreto sembra risentire di una perversa abitudine del Legislatore, sovente indipendente dal suo background ideologico, consistente nell'evitare di affidarsi al parere di chi svolge sul campo una particolare attività ed ha quindi ben chiaro quale siano le criticità del sistema ed in che modo sia possibile renderlo efficiente ed efficace.

E' ben noto a tutti i medici legali delle Aziende sanitarie locali che i problemi relativi alle visite di controllo sono ben altri rispetto a quelli affrontati dal D.L. esaminato e che sarebbe possibile adottare degli strumenti di contrasto all'uso improprio delle assenze per malattia che siano efficienti ed efficaci.

Il primo problema da risolvere è il contrasto tra le funzioni di cura e quelle medico legali del medico curante, in particolare del medico di medicina generale per la maggior diffusione della sua opera rispetto a quella del libero pro-

fessionista. E' a tutti noto che i medici curanti ricevono sovente richieste di false certificazioni (se vogliamo chiamare le cose con il loro nome), talvolta espresse esplicitamente, talora invece espresse tramite la descrizione di una sintomatologia soggettiva o l'amplificazione di disturbi esistenti ma non invalidanti.

Accade poi frequentemente che il cittadino che veda sistematicamente frustrata la sua richiesta di certificazioni "compiacenti" reagisca procurando un danno economico al MMG onesto, trasferendo ad altro medico le scelte sue e della sua famiglia e sottraendo quindi agli introiti del MMG un certo numero di quote capitarie.

E' indispensabile che il sistema riesca a garantire chi lavora bene trovando un rimedio a questo problema. Presumibilmente sarebbe utile monitorare le revocche dei MMG da parte dei loro Pazienti richiedendo che siano motivate; trasferire al nuovo MMG la cartella clinica individuale ed istituire una cartella medico legale individuale in cui far confluire tutti i dati relativi ad idoneità, ad invalidità ed a richieste di certificazioni di idoneità; effettuare un controllo di qualità sulle certificazioni di malattia e sulla loro appropriatezza coinvolgendo i medici di famiglia ed i medici legali delle Aziende sanitarie; sostenere i MMG che rifiutano le false certificazioni.

Il secondo problema è la qualificazione professionale dei medici fiscali. Deve essere ricordato che in diverse realtà locali le prestazioni medico legali, incluse queste, sono erogate da medici privi di una specifica formazione specialistica, sovente anzi specialisti in discipline nemmeno affini e che hanno avuto l'ultima educazione formale in medicina legale durante il corso di laurea. Si tratta degli innumerevoli casi in cui le prestazioni medico legali sono erogate da strutture di Igiene pubblica all'interno dei Dipartimenti di prevenzione o dai Distretti.

Il medico fiscale deve avere una competenza cli-

nica tale da consentirgli di effettuare una diagnosi e di individuare la prognosi; deve avere la capacità di valutare l'operato di un collega dal punto di vista del quesito specifico relativo alla prestazione erogata, vale a dire la valutazione dell'incidenza dello stato di malattia sulla idoneità lavorativa; dovendo rilasciare immediatamente al cittadino la sua valutazione, deve essere in grado di "reggere" al contenzioso che immediatamente si instaura quando il medico fiscale riduce la durata del congedo per malattia o, non avendola addirittura evidenziata, manda subito a lavorare il dipendente. Se il medico fiscale non è in grado di fare questo, sarebbe più utile e meno costoso far riscontrare la sola presenza al domicilio da personale amministrativo, eventualmente ricorrendo a figure professionali simili agli "ausiliari del traffico".

Le condizioni di lavoro costituiscono il terzo problema. Comunemente il medico fiscale si reca da solo presso il domicilio del lavoratore ammalato ed è facile vittima di false accuse o di violenze quando la sua valutazione non coincida con i desideri del cittadino visitato. Questo timore può ovviamente incidere sull'efficacia del suo lavoro.

Questi ultimi due problemi renderebbero necessaria una rivalutazione, da parte di diverse Regioni, della qualificazione professionale di chi svolge attività specialistica medico legale nei confronti dei suoi cittadini ed una riorganizzazione del lavoro che comprenda l'assistenza di un infermiere che possa essere presente nel corso della visita ed assicurare quindi la sicurezza della prestazione e del medico.

Il quarto problema riguarda il contenzioso che spesso si instaura tra il medico curante ed il medico fiscale. Talora accade che il cittadino mandato a lavorare dal medico fiscale che non ha diagnosticato alcuna alterazione patologica invalidante torni invece dal medico curante per

farsi rilasciare una nuova certificazione di malattia; in tal modo prosegue l'astensione dal lavoro. D'altra parte la Corte di cassazione è intervenuta in proposito (tra le altre, Cass. Civ. Sez. Lav., sent. 3767 del 14/02/2008) indicando che, in caso di contrasto tra il contenuto del certificato e la valutazione del medico fiscale, quest'ultima non prevalga, ma il giudice debba valutare in comparazione il contenuto di entrambi. La strada del contenzioso giudiziario diviene quindi particolarmente agevole per il lavoratore, per il quale la rapidità di risoluzione della questione non è un obiettivo preminente. Sarebbe opportuna la previsione di una forma di risoluzione extragiudiziale di questi conflitti, che veda in ipotesi l'Ordine professionale quale arbitro e possa essere estremamente rapida.

Il quinto problema riguarda la valutazione dell'idoneità lavorativa dei soggetti assenti per un solo giorno, per i quali è stata prevista comunque l'obbligatorietà della richiesta di visita fiscale. L'invio del medico appare tecnicamente inappropriato per diversi motivi. Si tratta nella maggior parte dei casi di patologie non obbiettivabili al momento della visita (es.: cefalea), oppure con sintomatologia non continuativa (es.: nausea e vomito; diarrea).

Pur essendo "disturbanti" per il datore di lavoro, specie quando vanno ad incidere su turni notturni o festivi, l'approccio "medico" appare poco utile, poiché se il medico fiscale riscontra l'assenza di sintomi obbiettivabili al momento della visita, altro non può fare se non rinviare il dipendente al lavoro per il giorno successivo, che è esattamente ciò che era richiesto dal lavoratore stesso. La proposta di autocertificazione da parte del lavoratore dei periodi di malattia di durata inferiore ai tre giorni, avanzata dalle organizzazioni dei MMG, se opportunamente articolata prevedendo limiti annuali ed un bonus per chi non la utilizza, oltre all'obbligo di

permanenza al domicilio da far controllare a personale non medico, potrebbe essere considerata.

Un sesto problema riguarda le assenze motivate dalla malattia del figlio, normate dall'art. 47 del D.Leg.vo 26 marzo 2001, n. 151. Come è noto, entrambi i genitori, alternativamente, hanno diritto di astenersi dal lavoro per periodi corrispondenti alle malattie di ciascun figlio di età non superiore a tre anni; ciascun genitore, alternativamente, ha altresì diritto di astenersi dal lavoro, nel limite di cinque giorni lavorativi all'anno, per le malattie di ogni figlio di età compresa fra i tre e gli otto anni.

La certificazione relativa è rilasciata dal medico specialista o convenzionato e non si applicano le disposizioni sul controllo della malattia del lavoratore. E' quindi impossibile qualsiasi accertamento fiscale sulla salute del bambino o sulla certificazione che lo riguarda.

In definitiva, credo che sia possibile costruire un sistema efficiente ed efficace che consenta al lavoratore ammalato di stare a casa ed impedisca ai finti ammalati di truffare il loro datore di lavoro. Questo sistema non può però prescindere dalla risoluzione dei problemi più importanti, primo tra tutti quello del suo finanziamento. Come in altri campi, l'aleatorietà dell'applicazione di una norma la rende inefficace e, se le Regioni decidessero di investire nella salute dei loro cittadini le risorse che il Ministero della Funzione pubblica vorrebbe fossero impiegate per le visite fiscali, ne risulterebbe un numero infimo di visite fiscali effettuate a fronte di un numero elevatissimo quanto inutile di richieste. E' possibile reperire quest'articolo sul sito www.comlas.it (*Società Scientifica dei medici legali del S.S.N.*).

Andrea Lomi
dirigente U.O. Medicina legale,
ASL 3 "Genovese"

Obbligo di valutazione comparativa per incarichi apicali

Il Consiglio di Stato, nella pausa estiva, ha pronunciato un'importante sentenza (la n.3898, sez. VI, del 4 agosto 2008) avente ad oggetto l'assunzione di funzioni apicali da parte di personale medico. In verità l'oggetto specifico della decisione riguarda medici professori universitari, e la materia del contendere è la direzione di un'area all'interno di un Dipartimento. I principi enunciati, tuttavia, sono di rilievo generale, e pongono in evidenza alcuni dei più consueti profili di controversia in ambito concorsuale. I fatti di causa riguardano la nomina del prof. L. C. a responsabile dell'Area funzionale della Chirurgia maxillo-facciale dell'Università Federico II di Napoli. Tale nomina avveniva, ad opera del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera, dopo deliberazione del Consiglio di Facoltà, su proposta della Giunta del dipartimento di chirurgia maxillo-facciale. Il prof. G. S., collega di L. C., non partecipava al voto in Giunta e, per contro, chiedeva al Dipartimento di rendere noti i criteri in base ai quali veniva proposta la candidatura del prof. L. C.. Nonostante la richiesta, la procedura di nomina proseguiva e veniva perfezionata, tanto da indurre il prof. G. S. ad impugnare gli atti al TAR Campania. Il Tribunale, nel giudizio di primo grado, accoglieva le tesi del ricorrente, e così annullava gli atti di gara. La sentenza del TAR veniva però impugnata dal prof. L. C., che insisteva per la regolarità della procedura di nomina.

Tra i numerosi profili di interesse della decisione di appello, bisogna segnalarne tre. Anzitutto i giudici di Palazzo Spada si soffermano sul rap-

porto tra l'atto di conferimento dell'incarico a firma del Direttore Generale e la precedente delibera del Consiglio di Facoltà.

Quest'ultima viene qualificata tecnicamente come "parere conforme", senza che ad essa possa ricondursi alcun valore di chiusura del procedimento di nomina. In altre parole, la decisione del Consiglio di Facoltà non vincola l'amministrazione ad effettuare la nomina. Se però la nomina viene fatta, questa deve essere conforme al parere del Consiglio.

Il secondo profilo è quello che, in questa sede, interessa maggiormente. Già in primo grado, infatti, il prof. G. S. aveva sostenuto l'obbligo per l'amministrazione di seguire una procedura concorsuale o, quantomeno, para-concorsuale. Le doglianze, già accolte dal TAR, vengono confermate anche dal Consiglio di Stato, il quale - fissando un principio a valenza generale - afferma che non sia possibile attribuire funzioni di carattere apicale senza una previa valutazione comparativa fra i possibili aspiranti. A questa ricostruzione il prof. L. C. oppone che il prof. G. S. non aveva nemmeno avanzato la propria candidatura. Il Consiglio di Stato, tuttavia, afferma che l'onere di stimolare le candidature è in capo all'amministrazione, che deve indire "interpelli mirati e rivolti a sollecitare le candidature", qualora non venga seguita una procedura concorsuale vera e propria, con relativo bando di gara. Il fatto che l'unica candidatura fosse quella del prof. L. C., pertanto, non esclude che - con un altro modello procedurale - le manifestazioni di interesse sarebbero potute essere maggiori, con possibilità di effettuare la scelta tra un più ampio ventaglio di candidati. Il terzo profilo sottolinea ulteriormente la volontà del Consiglio di Stato di affermare l'imprescindibilità del confronto concorrenziale. Il prof. L. C., infatti, invoca la cosiddetta "prova di resistenza": afferma, cioè, che se anche G. S. avesse partecipato,

La responsabilità concorrente del medico strutturato e dello specializzando nella somministrazione di farmaci



La recentissima sentenza n.32424 resa, in data 01/08/2008, dalla Corte di Cassazione Penale, Sezione IV, tratta un caso emblematico di difettosa comunicazione fra operatori sanitari, enucleandone i profili giuridicamente rilevanti.

Un medico ospedaliero, appreso che il paziente già assumeva un determinato farmaco in compresse da 20 mg ed in forma orale, confermava la terapia all'atto del ricovero.

Poiché in reparto erano presenti solo compresse da 40 mg. non facilmente divisibili, il medico telefonava alla farmacia interna della struttura e dalla stessa veniva informato che il farmaco non era disponibile in compresse ma in fiale da 20 mg. da somministrare per via endovenosa.

In accordo con la farmacista, il sanitario decideva di somministrare le fiale predette anche per via orale e, quindi, la collega specializzanda provvedeva alla compilazione del foglio di terapia nel quale, tuttavia, non veniva indicata la modalità di somministrazione.

A quel punto l'infermiera, ignorando le perples-

sità avanzate dalla madre del piccolo paziente, somministrava al medesimo la fiala per via endovenosa, così provocandone il decesso.

Decesso ricondotto ad un avvelenamento acuto che la somministrazione orale avrebbe con certezza evitato, stanti le diverse modalità di assorbimento del principio attivo.

I Giudici di merito, in entrambi i gradi di giudizio, avevano ravvisato la responsabilità di tutti e tre gli operatori coinvolti, delineando per ciascuno di essi i comportamenti penalmente illeciti: dell'infermiera perché, a fronte di una prescrizione dal contenuto equivoco, non aveva chiesto conferma al medico che l'aveva predisposta malgrado l'avvertimento della madre del bambino; del medico specializzando perché aveva compilato il foglio di terapia senza indicare le modalità di somministrazione del farmaco; del medico strutturato perché non aveva adeguatamente informato l'infermiera sulle modalità di somministrazione e non aveva controllato la corretta redazione del foglio di terapia da parte della collega.

Obbligo di valutazione comparativa per incarichi apicali

avrebbe sicuramente perso, in quanto dotato di un curriculum professionale e scientifico largamente inferiore rispetto a quello dello stesso L. C.. I giudici non entrano nel merito della questione, ma affermano, in modo tranchant, che la radicale assenza di qualunque comparazione tra i due candidati impedisce di effettuare la 'prognosi postuma' su cui si fonda la prova di resi-

stenza in sede di giudizio. E da ciò, ancora una volta, il Consiglio di Stato trae argomenti per confermare la sentenza di primo grado e, cioè, l'annullamento della procedura di nomina priva di confronto concorrenziale.

Prof. Avv. Lorenzo Cuocolo

Università commerciale "Luigi Bocconi", Milano

Studio Legale Cuocolo, Genova

In questo quadro fattuale, la Suprema Corte è stata chiamata ad affrontare e risolvere diverse problematiche, prima fra tutte quella legata alla posizione del medico specializzando coinvolta nella vicenda.

Ed invero costei, nel porre l'accento sull'assenza di autonomia della propria figura professionale, aveva disconosciuto nei motivi di ricorso la sussistenza di alcun ruolo sostitutivo del collega strutturato.

In linea con tale impostazione, ella confinava la propria posizione di garanzia nei confronti del paziente ai soli atti medici eventualmente compiuti, nel novero dei quali non potevano farsi rientrare le attività materiali svolte sotto la diretta responsabilità del tutore, quali la compilazione sotto dettatura del foglio di terapia.

Replicando a tali argomentazioni, la Corte di Cassazione ha inteso negare dignità giuridica alle contrapposte ed estremizzanti tesi mirate a rappresentare il medico specializzando come mero esecutore delle direttive del tutore o, per converso, come soggetto dotato di piena autonomia operativa.

Nel dettaglio, i Giudici di legittimità, seppur rilevando che una collocazione di assoluto subordinate mal si attaglia a soggetti in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia, non hanno mancato di osservare che la formazione specialistica si muove in un ambito diverso rispetto a quello in cui si è formato il bagaglio culturale del medico non specializzato.

La Corte, quindi, ha ricondotto l'attività del medico specializzando nella categoria definitoria dell'autonomia vincolata, così evidenziando sia i limitati margini di autonomia che la connotano, sia il ruolo direttivo del tutore.

Sul punto, preme riportare in appresso uno stralcio della parte motiva della sentenza: *"...L'autonomia riconosciuta dalla legge, sia pur vincolata, non può dunque che ricondurre*

allo specializzando le attività da lui compiute; e se lo specializzando non si ritiene in grado di compierle deve rifiutarle perché diversamente se ne assume la responsabilità (c.d. colpa "per assunzione"). È vano ricercare nella legge una norma che confermi la tesi della ricorrente che lo specializzando è un mero strumento del suo tutore: anche se questi detta una ricetta o una prescrizione medica lo specializzando che scrive sotto dettatura, nei limiti delle sue competenze, deve segnalare eventuali errori od omissioni e rifiutare di avallare terapie che, secondo il livello di perizia e diligenza da lui esigibile, appaiano palesemente incongrue. Tutto ciò va ovviamente valutato in conformità con la gradualità di assunzione di responsabilità che la ricordata normativa espressamente prevede. È ovvio che diversi saranno gli interventi, anche critici, esigibili dal medico all'inizio della specializzazione rispetto a quelli che si richiedono a chi la formazione la sta facendo da anni..."

Specularmente, la Corte ha messo in risalto gli specifici obblighi del tutore: *"...il tutore deve fornire allo specializzando le sue direttive, deve controllarne le attività pur autonomamente svolte, deve verificare i risultati..."*

Seguendo il percorso motivazionale della sentenza che qui ci occupa, merita menzione l'analisi svolta dal Supremo Collegio in tema di responsabilità per somministrazione di farmaci.

Nel premettere che ogni somministrazione di farmaco è idonea a provocare conseguenze negative e che, pertanto, tale possibilità deve essere opportunamente presa in considerazione dal medico in una valutazione comparativa del rapporto costi-benefici, i Giudici di legittimità hanno precisato che **nell'ipotesi in cui i medici scelgano, legittimamente, una modalità inusuale di somministrazione di un farmaco, essi agiscono nell'ambito del cosiddetto "rischio consentito"**.

Siffatta figura giuridica, rammenta la Corte, *"non significa esonero dall'obbligo di osservanza delle regole di cautela ma semmai rafforzamento di tale obbligo soprattutto in relazione alla gravità del rischio: solo in caso di rigorosa osservanza di tali regole il rischio potrà ritenersi effettivamente "consentito" per quella parte che non può essere eliminata"*.

Trasponendo l'illustrato orientamento al caso di specie, la Corte ha compiutamente individuato la regola cautelare rafforzata da osservare: *"...Se il medico decide di non somministrare il farmaco personalmente deve avere la "certezza" che la persona incaricata sia idonea ad eseguire il compito e che abbia effettivamente compreso quali modalità deve seguire; l'incaricato deve essere inoltre posto a conoscenza che diverse modalità possono avere effetto letale (diversamente non viene sufficientemente richiamata la sua attenzione sul pericolo di una somministrazione diversa) e va segnalato altresì che le modalità da seguire sono diverse da quelle indicate sulla confezione. Questo obbligo cautelare rafforzato vale ovviamente anche per chi redige la prescrizione: proprio il rischio mortale che crea un'inesattezza o insufficienza nella compilazione rende necessaria una precisione anche nei dettagli che in altre situazioni può essere omessa senza rischio o con rischi di minor gravità. E rende palesemente negligente la condotta di chi omette un'indicazione fondamentale (proprio perchè le modalità di somministrazione erano inusuali e contrastanti con l'indicazione contenuta nella confezione) e di chi, dovendo controllare la prescrizione, non adempie a questo suo obbligo..."*.

Un ultimo profilo degno di nota riguarda la risposta del Supremo Collegio all'ulteriore tesi defensionale svolta dai due medici imputati, a detta dei quali la condotta dell'infermiera, per la sua abnormità e imprevedibilità, era idonea ad inter-

rompere il nesso causale tra le loro condotte asseritamente colpose e l'evento.

In buona sostanza, i sanitari proponevano alla Corte di applicare nel caso concreto l'art. 41 comma 2 del codice penale, secondo cui "le cause sopravvenute escludono il rapporto di causalità quando sono state da sole sufficienti a determinare l'evento".

Offrendo un'articolata esegesi della norma da ultimo citata, la Corte ha chiarito che **il concetto di causa sopravvenuta da sola sufficiente a determinare l'evento non si riferisce solo al caso di un processo causale del tutto autonomo. La norma, invero, si applica anche nel caso di un processo non completamente avulso dall'antecedente ma caratterizzato da un percorso atipico, di carattere assolutamente anomalo ed eccezionale.**

Sulla base di queste premesse, il Supremo Collegio, nel ribadire la penale responsabilità degli imputati, si è così espresso: *"...La dott. S. e il dott. A.C. hanno posto in essere i primi anelli della sequenza causale creando i presupposti perchè l'infermiera, a sua volta in colpa per non aver approfondito una situazione di ambiguità, cadesse nell'errore che poi ha cagionato il tragico evento. La condotta dell'infermiera non è abnorme o imprevedibile perchè si è trovata a dover somministrare un farmaco che, sulla confezione, riportava la prescrizione che doveva essere somministrato per via endovenosa. Era certamente suo obbligo chiedere conferma di questa prescrizione, tanto più che il foglio di terapia nulla indicava in proposito, ma eccezionale e imprevedibile non è certo la condotta di chi si adegua alle prescrizioni scritte sulla confezione in mancanza di una precisazione (assolutamente necessaria per la gravità del rischio) nella prescrizione terapeutica e in mancanza di istruzioni certe e confermate"*.

Avv. Alessandro Lanata

Il timore della vecchiaia

Pubblichiamo un articolo dell'inglese Julia Neuberger, Membro della Camera dei Lords, dalla rivista "The Lancet" (2008 - 371:1743-1744). Traduzione condensata di Alberto Marmont Du Haut Champ.

“Tu ti alzerai di fronte ad una persona con i capelli grigi” dice il Levitico (19:32) “ed onorerai la presenza di una persona anziana”.

Tuttavia i nostri ospedali sono pieni di persone anziane, definite colloquialmente come “*blocchi letti*” dal personale, come se fosse colpa loro che non esistano altri posti dove andare. E **le persone anziane** vengono sempre più trattate con meno rispetto, come se, in realtà, la loro esistenza fosse priva di significato. Non è sempre stato così. **Le persone anziane, quando erano meno numerose, erano spesso considerate come depositarie di conoscenza: il termine “anziano” significava leader e decisionista.** Si è sempre discusso su chi dovrebbe supportare finanziariamente le persone anziane non in condizioni di farlo da sé, ma il problema era quasi sempre risolto dalla loro presenza in ambiti familiari estesi, dove contribuiscono all'assistenza dei bambini, sinché non diventano incapaci anche di questo.

L'altro aspetto della moneta è la visione Shakespeariana dell'ultimo stadio dell'uomo quale “*una seconda infanzia, solo con l'oblio, senza denti, senza occhi, senza gusto, senza qualsiasi cosa*” (*As you like it*). La demenza senile ed altre condizioni morbose senili hanno sempre reso l'età molto avanzata men che carina o godibile, ma, quando vivevamo meno a lungo di ora, le persone anziane non erano con-

siderate un aggravio così estremo. Tutto ciò è parzialmente derivato dalle mentalità con cui si è modificata l'assistenza, con la mortalità considerata molto più importante della morbilità, ed il prolungamento dell'esistenza una meta importante per medici e scienziati. Nel libro di Muriel Gillick “*La negazione dell'invecchiamento: perpetua giovinezza, vita eterna ed altre fantasie pericolose*”, colpisce la discussione sui centenari. “I centenari” hanno qualcosa di importante da insegnare. Sovente hanno la saggezza derivante dalla loro lunga esperienza, che possono permettersi di dividere anche perché non sono affetti da multiple malattie. Il loro mondo è in antitesi con la comunità anziana della Florida, che ha sviluppato una cultura impostata sulla salute. L'anziano medio della Florida vede specialisti multipli, spesso più di uno alla settimana. Non c'è nessuna dimostrazione che tutte queste consultazioni, esami e trattamenti migliori veramente la qualità dell'esistenza, e/o quella della vita. In questo modo stiamo forse facendo le cose sbagliate per le persone sbagliate nel momento sbagliato. Ma perché riteniamo accettabile ricoverare molte delle nostre persone anziane, non più in grado di provvedere a se stesse, in case di cura sicuramente non dilettevoli? Perché accettiamo supinamente le stupefacenti statistiche sulla malnutrizione in pazienti anziani ricoverati, quando fa parte dell'assistenza di base assicurarsi che i pazienti si nutrano adeguatamente? Perché accettiamo che pazienti anziani siano spostati da un ambiente all'altro come mobili? E perché non ci occupiamo seriamente della mancanza di servizi appropriati per gli anziani della comunità? Per esempio, le persone anziane trovano una sorprendente assenza di installazioni igieniche in Europa. Similmente notano la frequente assenza di panchine nei parchi o giardini, di posti a sedere nei negozi, nelle stazioni, nelle

fermate di autobus. Tuttavia l'aspettativa di vita sta aumentando in maniera esponenziale. Il risultato, come tutti sappiamo, consisterà in una enorme espansione della popolazione anziana ed anzianissima. Come scrive un importante studioso dell'argomento, Shripad Tuljapurkar, le istituzioni attuali non sono correntemente in grado di provvedere efficacemente alla situazione. In verità l'assenza di tale preveggenza è priva di senso. E' similmente priva di senso la peculiare mancanza di interesse britannica in soluzioni più creative per ambientare le persone anziane e molto anziane. E' come se la realtà dell'invecchiamento, e di una popolazione senile in espansione, ci faccia comportare a guisa di conigli spaventati, abbagliati dai fari di un'automobile. La vediamo, ma non siamo in grado di reagire efficacemente. Ma allora perché c'è questa discrepanza fra quanto sta accadendo nella nostra società di anziani e gli sforzi politici, sociologici e teologici? Dove sono gli studi sociologici intesi a reinventare una società inclusiva di persone anziane con ruoli più attivi, in impieghi sia pagati che volontari, o anche solo di presenza negli ambienti che prediligono? Negli Stati Uniti le cose sono alquanto diverse, sebbene ci sia una certa tendenza ad addolcire la realtà delle vecchiaia in un contesto economico che privilegia il grigio dollaro, e nel

quale si attiva un movimento in favore degli anziani ben più efficace. Ma nel Regno Unito (UK) c'è una disposizione veramente negativa verso la vecchiaia. Io penso che ciò sia in qualche modo legato col timore.

Sebbene gli ospizi per anziani stiano diventando più di moda e generalmente più accettabili, siamo tuttora terrorizzati dall'idea della morte.

Una enorme espansione del numero di anziani è un ricordo presente e potente della nostra mortalità - anche se sono loro tuttora vivi. Così non pianifichiamo, inventiamo, pensiamo, riflettiamo, e nemmeno ci comportiamo molto bene. Ci sono troppe lamentele per la mancanza di cortesia negli ospedali e nelle case di ricovero per essere solo aneddotiche. Invece, la mancanza di attenzione (*care*) riflette un problema più profondo all'interno di noi. Abbiamo collettivamente acquisito un terrore dell'invecchiamento fisico, da cui è derivato il boom della chirurgia plastica. Ma ciò non è sufficiente.

Dobbiamo far crescere un forte movimento di anziani (*grey-power*). Le persone anziane possono certamente essere più fragili, ma certamente non inattive. E' fondamentale che la società civile non solo non escluda, ma adotti le infinite maniere vecchie e nuove per utilizzare i talenti delle persone anziane, a vantaggio di entrambe.

INSERZIONE PUBBLICITARIA



Pulsiossimetro SAT - 500
con collegamento
a computer per
trasferimento dati

SA.GE. SA.GE.

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

Il significato vero dell'essere medico

Nel villaggio globale le notizie corrono con velocità straordinaria e quelle che riguardano medici e metodiche terapeutiche attirano sovente l'attenzione di chi fa informazione e sa quanto il pubblico ne venga catturato. Ma nessuno dedica tempo alla riflessione e molte idee, molte storie, molti particolari vanno smarriti nell'oscura monotonia del vivere quotidiano. Essere medico è un modo speciale, unico, di essere, di agire e di comportarsi in modo **costante** in tutte le epoche. Cambiano le conoscenze, non cambia il contenuto vero dell'essere medico.

Cambia il sapere, cambia forse anche il saper fare, ma non cambia il saper essere. Non è importante quali sono i mezzi "*tecnici*" che il medico usa. Essi variano o possono variare sia secondo l'epoca, sia secondo il contesto culturale e/o geografico in cui l'atto medico si realizza. Nei secoli passati, ad esempio, il buon medico usava infusi di erbe medicinali. Nel lontano Oriente l'approccio può essere basato sulle tecniche dell'agopuntura che nasce dalla concezione *filosofica Taoista* del mondo, mentre in India si utilizzava e si continua ad utilizzare l'antica sapienza dei *codici Ayurvedici*. Presso i popoli primitivi in altre epoche, ma anche oggi, in Africa e in Amazonia l'approccio terapeutico più radicato è quello con la figura dello sciamano che aiuterà la guarigione del malato con pratiche che si basano sulla valorizzazione dello spirito e sul raggiungimento di un'alterazione dello stato di coscienza: l'estasi, ottenuta con stimolazioni ritmiche dei sensi tramite la musica, la danza, il canto rituale e anche la partecipazione di tutto il villaggio al rito; il tutto completato da rimedi fitoterapici. In queste culture la malat-

tia è un problema corale che riguarda tutta la comunità.

Poco importa che la nostra curiosità di uomini moderni scientificamente formati, trovi consolazione nel vedere riportate nel *Papiro di Ebers* alcune tecniche chirurgiche ancora oggi usate o nei testi di neurofisiologia che ci spiegano le basi elettrofisiologiche dell'agopuntura o l'azione degli stimoli ritmici sull'attività elettrica del talamo e dell'emisfero non dominante e le sue conseguenze sullo stato di coscienza.

Quello che conta davvero è che il denominatore comune di tutti questi procedimenti terapeutici rimane **la relazione interpersonale tra chi ha bisogno di cure e chi si prende cura di lui.**

Il primo che si accorge di quanto è fondamentale questa relazione è proprio il paziente. Il paziente vuole "essere curato". Vuole cioè un essere umano con competenze specifiche nell'arte medica che, alla luce delle conoscenze tecniche che gli derivano da quell'arte, si rapporta con lui, interagisce con lui ponendo in essere quelle conoscenze al fine di riportarlo ad uno stato di buona salute o per lo meno di provare a farlo. Non a caso un aspetto comune di molti articoli giornalistici sulla cosiddetta "malasanità" è la lamentela di una supposta mancanza di umanità.

Nell'epoca attuale si verifica uno squilibrio tra l'abbondanza - direi quasi l'eccesso - di mezzi terapeutici e diagnostici messi a disposizione dalla farmacologia e dalla tecnologia e la ridotta propensione a comunicare tra medico e paziente causata, probabilmente, dall'eccessiva tecnologizzazione dell'atto terapeutico.

E' così che si crea un divario tra le aspettative del paziente condizionate dal suo "vissuto di malattia", cioè dall'idea che lui ha del suo male - conseguenza a sua volta del contesto culturale e socioeconomico in cui lui vive - e l'atteggiamento del medico, che la nostra Università con-

tinua a formare in modo teorico, farmaco-tecnologico, senza tenere in alcun conto le scienze umane che attraverso nozioni di comunicazione, psicologia e *counseling* consentono di instaurare, coltivare e rendere proficuo il rapporto terapeutico, unico vero fondamento della capacità di guarire. Per comprendere a fondo questo concetto bisognerebbe provare a fare un gioco di specchi: mettersi al posto del paziente.

Un esercizio di "role playing" per quanto ben simulato, in realtà non riesce a darci la vera misura delle attese del paziente.

Può capire, forse, solo chi ha vissuto la condizione di paziente in prima persona o attraverso un proprio familiare. Solo allora, per quanto sia grande la gentilezza e la disponibilità dei colleghi ai quali si chiede aiuto, si possono comprendere appieno il vissuto emozionale, i timori e le aspettative di chi si affida alle cure di un medico. Dico cure, e non a caso non dico terapie.

Perché ciò che fa la differenza è la capacità di "prendersi cura" di far capire che c'è empatia e disponibilità a instaurare un rapporto umano.

A volte ci dimentichiamo che la qualità del servizio offerto non si misura sul numero delle ore di apertura dell'ambulatorio, ma sulla disponibilità del medico ad ascoltare la persona davanti a lui per capire come usare al meglio le capa-

lità tecniche che ha appreso nei suoi anni di pratica professionale.

Rogers prima e Miller con Rollnick poi, ci hanno insegnato che solo il rapporto empatico consente di interagire efficacemente con le persone.

La corretta strategia del *counseling* è comprendere il modo di pensare dell'altro, le sue convinzioni e le sue attese. Comprendere il punto di vista del nostro paziente, le sue convinzioni può, ad esempio, consentirci di usare l'antica tecnica filosofica socratica della maieutica per entrare nel suo vissuto comprendere e confutare le sue convinzioni errate per guidarlo verso la motivazione al cambiamento. Achenbach e anche Sautet hanno iniziato, negli ultimi decenni del secolo scorso, questa rivalutazione della discussione filosofica che è molto interessante per i medici, perché apre grandi possibilità di interazione tra consulente e consultante, adattando di volta in volta i metodi alla situazione, senza le strettoie di metodi accademici precostituiti.

Riappropriarci di questi contenuti umanistici può essere il salto di qualità nella nostra attività professionale quotidiana e può aiutarci a dare alla figura del medico, *in primis* il medico di famiglia, medico della persona, la dignità che troppo spesso i mass media ci hanno tolto.

Giovanni Filippo Bignone

Commissione culturale dell'Ordine: gli appuntamenti di ottobre

Ad ottobre riparte la stagione 2008-2009 degli incontri organizzati dalla Commissione culturale dell'Ordine, composta da S. Fiorato, L. Gamberini, E. Gatto, E. Guglielmino, A. C. Negrini e Laura Tomasello, che si svolgeranno nella Sala convegni del nostro Ordine (p.zza della Vittoria 12/4). **Giovedì 9 ottobre ore 16** Edoardo Guglielmino presenterà "**Racconti del capolinea**": un libro che è testimonianza di vita, non solamente professionale, scritto e pubblicato da Luigi Robert, noto medico genovese. Il secondo incontro è in programma, invece, per **sabato 18 ottobre alle ore 10**, con la presentazione del libro "**Erasmus. Lutero. Melantone**" del prof. Emilio Gatto. Nell'esposizione e discussione dell'opera storica l'autore sarà affiancato dal prof. Salvatore Di Meglio, dal prof. Giovanni Meriana, dal dr. Cesare Viazzi e da due noti teologi genovesi, il Reverendo Don Paolo Fontana ed il Pastore valdese, dr. Italo Pons.

64° CONGRESSO NAZIONALE SIP "Tra scienza e famiglia, il valore della comunicazione"

Organizzato dalla Società italiana di pediatria, questo congresso si terrà a Genova al Centro Congressi dei Magazzini del Cotone, Porto Antico dal **15 al 18 ottobre**. Richiesti crediti ECM. Per info: AIM Congress **tel. 055/233881**.

NASCERE NEL 2008 - Il corso-convegno, organizzato dall'Ospedale Evangelico Internazionale, si svolgerà a **Genova** alla Sala Porta Soprana di Via D'Annunzio 105, martedì **7 ottobre** in 2 sessioni: il percorso della gravidanza a basso e medio rischio, la continuità assistenziale dalla nascita al puerperio. Crediti ECM.

Per info: sig.ra Patrizia Badino tel. 010/5522347 - Fax 010/5522247 - e-mail: pbadino@oeige.org.

LE DIAGNOSI "DIFFICILI" IN EMERGENZA E URGENZA

Il congresso SIMEU Regione Liguria, organizzato dall'ASL 4 Chiavarese, S.S. Pronto Soccorso e il SIMEU si svolgerà in 3 giornate:

7 ottobre a Sestri Levante ("La sepsi" e "La malattia aneurismatica dell'aorta"), **14 ottobre a Savona** ("L'embolia polmonare") e **21 ottobre a Genova** ("Emergenze urgenze endocrinologiche" e "Comunicazioni libere"). Richiesti crediti ECM.

Per info: ASL 4 tel. 0185/329312 - Fax 0185/329384
E-mail: formazione@asl4.liguria.it

CORSO DI MASTER IN PSICOLOGIA GIURIDICA

- Il corso, organizzato dal Centro GESTALT con l'Istituto di salute mentale ISM di Napoli e la sede A.S.P.I.C. (Napoli), si svolgerà, in forma annuale, **due sabati al mese da ottobre 2008 a giugno 2009 a Genova** in via Cairoli 8/6. **Per info: tel. 010/2467619** (d.ssa Chiara Arena).

SEMINARI OMEOPATICI - La Scuola internazionale di medicina omeopatica classica organizza a Genova 2 seminari ECM ed 1 seminario senza ECM di promozione della scuola. **Per info: segreteria scientifica tel. 010/3106210**.

CONGRESSO NAZIONALE S.I.P.D.E. - Promosso dal S.I.P.D.E. (Società italiana di psichiatria, diritto ed etica) il congresso si svolgerà a **Genova, il 10 e 11 ottobre** al Centro congressi del Castello Simon Boccanegra, sulle aree problematiche del sapere psichiatrico. La partecipazione per i soci SIPDE è gratuita. Richiesto accreditamento ECM. **Per info e iscrizioni: tel. 010/8605322 o 010/8605329** - E-mail: ssoib@ssosb.it.

ARITMOLOGIA INTERVENTISTICA: PRESENTE E FUTURO - Modelli di gestione diagnostico-terapeutica dello scompenso cardiaco e delle tachiaritmie cardiache

- Questo il convegno, a titolo gratuito, che si terrà allo Starhotel a **Genova l'11 ottobre** è destinato a medici chirurghi ed infermieri. **Per info: BC Congressi tel. 010/5957060**.

ORIENTARSI NELLE EPILESSIE: ARGOMENTI, ESPERIENZE E RIFLESSIONI

- Il convegno, in corso di accreditamento, organizzato dall'Ospedale San Martino di Genova e l'associazione "Le Ali" si svolgerà l'**11 ottobre** al Galata Museo del Mare. **Per info: indirizzi e-mail: rk@hsanmartino.it** oppure **leali.epilessia@libero.it**.

FATTORI DI CRESCITA PIASTRINICI E RIGENERAZIONE TISSUTALE: ASPETTI CLINICI E GIURIDICI

- Il congresso, organizzato dall'Azienda ospedaliera Villa Scassi (divisione di chirurgia plastica e ricostruttiva), si terrà il **18 ottobre a Santa Margherita Ligure**. **Per info: tel. 010/2474154**, fax: 010/2474151, e-mail: info@skylinepr.it

LE TECNICHE DI GESTIONE DEL LABORATORIO CENTRALE DI ANALISI

- Corso di aggiornamento in via di accreditamento ECM a numero chiuso (90) in medicina di laboratorio, organizzato da S.I.Me.L. per il **23 ottobre** (13.30-18.30) nella Sala convegni dell'Ordine (organizz. scientifico: dr. Luca Nanni). **Per info e iscr.: GGallery tel. 010/870793**.

CONGRESSO NAZIONALE SIMI - La Società italiana di medicina interna (SIMI) organizza a **Genova** ai

Magazzini del Cotone il **25 -28 ottobre** il suo 109° Congresso Nazionale. Si assegneranno 5 premi di "Ricerca" (il bando è già disponibile), 30 premi "Giovani ricercatori" da 400 euro. Richiesto accreditamento ECM. **Per info: Aristea Genova tel: 010/583224.**

GLI APPUNTAMENTI DELL'IST L'IST di Genova organizza una serie di incontri che si svolgeranno al Centro congressi IST (CBA):

I tumori intraoculari: dalla diagnosi alla terapia attraverso la ricerca scientifica - Corso di aggiornamento, in via di accreditamento ECM, con edizioni **dal 14 al 17 ottobre, dal 11 al 14 novembre**. Per ogni edizione previsti 5 partecipanti. **Per info: IST tel. 010/5737531/535.**

Il riordino del sistema ECM e le imprese del farmaco - Il workshop, che si svolgerà il **16 ottobre** (8.45 -13.00), vuole fornire un riassunto, al termine del primo quinquennio di programmazione, del Sistema formativo ECM. Partecipazione libera e gratuita. **Per info: www.istge.it**

Il dolore nelle neoplasie pleuro-polmonari - Il

corso di aggiornamento, accreditato ECM, si terrà **sabato 18 ottobre e sabato 25 ottobre** (8.30-12.30). Si rivolge a 30 partecipanti MMG, specialisti oncologi e terapisti del dolore. **Per info: IST tel: 010/5737531/535** fax: 010/5737537 o e-mail: claudio.rosellini@istge.it

Impiego di cellule staminali in medicina rigenerativa - Il corso di aggiornamento, rivolto a 30 partecipanti con crediti ECM (10 dipendenti IST e 20 partecipanti esterni) tra biologi, tecnici di laboratorio e medici chirurghi, si terrà il **23 e 24 ottobre**. Ammessi, inoltre, 10 partecipanti senza crediti ECM. **Per info e iscrizioni: IST tel. 010/5737531/535**, fax 010/5737537 o E-mail: claudio.rosellini@istge.it

HPV vaccino e il tumore del collo dell'utero: quali prospettive? - Sempre organizzato dall'IST, ma in una sede diversa, il Centro "Sottostrada" in salita Superiore della Noce 41-43R a Genova, questo corso di aggiornamento per medici si terrà **venerdì 17 ottobre**. Corso in via di accreditamento ECM. **Per info: IST tel. 010/5337340** e-mail: alessandra.corda@istge.it

RECENSIONI - La storia sentimentale di Nina



Dobbiamo ringraziare la Giunti, una delle più prestigiose case editrici nazionali, per aver pubblicato un libro di particolare interesse: "Storia sentimentale di Nina", di Franca Rossi Galli. L'autrice è una donna, genovese per domicilio e professione medica, dopo una lunga formazione internazionale come psicosessuologa.

"Scrittrice per passione", come è stata definita, aveva già dato alle stampe, nel 1986, un saggio di educazione familiare "La gioia di diventare nonni" e "Orme", raccolta di poesie, nel 1988.

Questa "Storia sentimentale di Nina" è un'opera matura per stile narrativo, la cui capacità espressiva crea un'atmosfera che coinvolge i lettori trasportandoli in un'epoca storica che ha segnato il trapasso dalla vecchia alla nuova società: la Grande Guerra del '15 - '18 aveva travolto abitudini e miti, squassando le anime più delicate. Così accadde per Nina, una ragazza che pian piano, con le dure esperienze che incidono il delicato tessuto del suo mondo interiore, riesce a far navigare la sua piccola barca nel mare burrascoso della vita: uno studio psicologico del ritratto evolutivo di una persona; ma, soprattutto, la storia di un'anima.

Silvano Fiorato



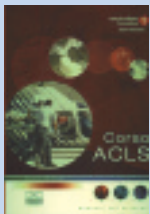
SCHWARTZ MANUALE DI CHIRURGIA - F. Charles Brunnicardi - 8ª edizione - McGraw-Hill editore
€ 115,00 per i lettori di "Genova Medica" € 98,00.

Lo Schwartz Manuale di chirurgia è da sempre volume di grande utilità nella pratica chirurgica per la sua impostazione basata sui problemi clinici; si distingue per un'esauriente raccolta di informazioni particolarmente adatte a una rapida consultazione: ideale per gli studenti del corso di laurea in medicina e chirurgia e per gli specializzandi.



IL PIEDE DIABETICO - Luigi Uccioli - SEU ROMA Editore
€ 95,00 per lettori di "Genova Medica" € 81,00.

Nell'ultimo decennio l'approccio diagnostico-terapeutico al piede diabetico si è enormemente ampliato per un interessamento trasversale che coinvolge numerose discipline appartenenti alle scienze della salute e alle scienze umane. Il libro del Prof. Uccioli è un'opera che coglie lo "stato dell'arte" sul piede diabetico.



CORSO ACLS - AMERICAN HEART ASSOCIATION - P. Pavone, M. Fioranelli - CSE editore
solo libro € 22,00 per lettori di "Genova Medica" € 19,00
libro+DVD € 40,00 per lettori di "Genova Medica" € 34,00

Ecco la traduzione in Italiano delle nuovissime Linee guida sul trattamento delle emergenze cardiovascolari compilate dall'American Heart Association. Disponibile in versioni a prezzi differenti, rappresenta il testo base per la formazione del medico dell'emergenza.



CURRENT CLINICAL MEDICINE 2009 - Cleveland Clinic - William D. Carey
€ 98,00 per i lettori di "Genova Medica" € 83,00

Questo libro, accuratamente estratto dal famoso Cleveland Clinic, e accompagnato da un sito web, dà un'informazione clinica autorevole e concisa quando e dove serve. In aggiunta al libro esiste un libretto, estremamente affidabile e dal format accessibile, che include un sito, aggiornato periodicamente, con tutti i contenuti del libro facilmente individuabili e con le immagini scaricabili, costituendo qualcosa in più per tenersi aggiornati.



MANUAL OF PHARMACOLOGY THERAPEUTICS - Goodman & Gilman's - Mc Graw - Hill International
€ 46,00 per i lettori di "Genova Medica" € 40,00

Pubblicato per la prima volta quest'anno, il Goodman & Gilman Manual of Pharmacology and Therapeutics propone i contenuti aggiornati e rinnovati della 11ª edizione maggiore, riassunti e condensati in un formato pratico e tascabile.

**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**

Ci ha lasciato un prezioso pediatra e un caro amico



Il 27 luglio scorso è mancato improvvisamente il nostro amico Pino Napoli. Pino aveva conseguito la specializzazione in Clinica pediatrica e in neonatologia e dal 1980 prestava la sua opera presso il Reparto ospedaliero pediatrico della ASL 4. Nel 2002 era stato dirigente della S.S. di Allergologia e nel 2004 della S.S. "Pediatría territoriale". Dal 2001 era docente di Allergologia pediatrica all'Università di Perugia. Ci piace pensare alle esperienze di volontariato in Ghana, nella Foresta Amazzonica, nel Guatemala, nel Mostar all'epoca della guerra balcanica, ricordare che aveva portato il Centro allergologico di Lavagna a livelli competitivi con i migliori del nostro paese. A noi però sta a cuore, soprattutto, pensare ad un amico che ci ha insegnato a porre al centro della nostra esperienza medica il bambino, a lavorare insieme senza barriere tra Università, ospedale e territorio, a confrontarci sempre con nuove esperienze. Ciao, Pino, gli amici pediatri della ASL 4.

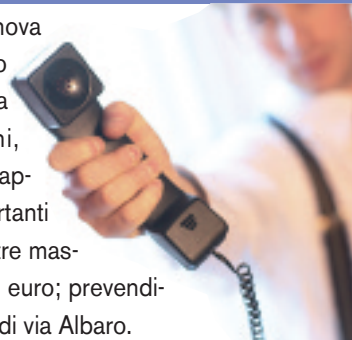
Vittoria Armenise Santoro: ne ricordiamo l'umanità e la professionalità

Chi nel Tigullio non è stato assistito, in qualità di pediatra, dalla cara Armenise! E chi non ha visto assistere i propri figli e persino i nipoti! Era una persona meravigliosa, un medico sempre attento, pronto, informato e precursore, fino all'ultimo dei suoi innumerevoli anni trascorsi su questa terra. Aveva doti di umanità e di professionalità tali che, anche dopo la pensione, persino colleghi più o meno conosciuti, senza togliere nulla alle loro doti professionali e culturali, si rivolgevano a lei e apprezzavano i suoi consigli. Ricevere un consiglio da lei era sempre un arricchimento, perchè proferito con una modestia pari solo al suo enorme sapere e voglia di sapere. Eppure lei minimizzava i suoi grandi meriti, ai quali accompagnava sempre un sorriso che ti infondeva pace e serenità. Potrei raccontare mille episodi, ma preferisco che ognuno di noi se li ricordi così, nel suo intimo, come un tesoro che non c'è più. Purtroppo lei non è più tra noi; se ne è andata in silenzio e in silenzio voglio immaginare mi guidi ancora da lassù. Ciao Armenise sarai sempre nei nostri cuori. Sono sicuro di interpretare l'animo di tutti noi.

Roberto Roberti

SOLIDARIETA' - Un concerto per S.O.S. Voce Amica

L'Associazione di volontariato telefonico "S.O.S. Voce Amica" di Genova organizza una serata benefica **domenica 26 ottobre alle 20,30** presso il Politeama Genovese. La serata prevede il recital del pianista *Massimiliano Damerini* che eseguirà musiche di Bach-Busoni, Beethoven e Chopin. Damerini, considerato uno degli interpreti più rappresentativi della sua generazione, ha suonato in alcuni dei più importanti teatri e sale di concerto del mondo conquistandosi il titolo di uno dei tre massimi pianisti italiani della nostra epoca. Il costo del biglietto è di 30,00 euro; prevendita dal botteghino del Politeama Genovese o dalla Pasticceria svizzera di via Albaro.



Onofrio Scassi: un medico preveggenete

Un primo tentativo di riordinare la sanità nella Regione Liguria

Siamo soliti lamentarci dei brutti tempi in cui viviamo; ma sono un'inezia rispetto a quelli che avremmo sopportato se fossimo vissuti a Genova due secoli e mezzo fa, a cavallo tra il 1700 e il 1800. Era l'epoca, per intenderci, della Rivoluzione francese e poi di Napoleone; e, per noi genovesi, del celebre episodio di Giambattista Perasso detto "Balilla".

Eppure anche in un'epoca così travagliata chi aveva dei numeri sapeva cavarsela bene e poteva riuscire a farsi valere.

Il nostro personaggio era venuto alla luce appena un ventennio dopo il famoso affondamento del mortaio nel fango di Portoria; ed era nato proprio nell'anno - il 1768 - in cui la Repubblica di Genova aveva perso definitivamente, col *Trattato di Versailles*, il dominio sulla Corsica; compromettendo così, per quasi due secoli, le vacanze di molti cittadini genovesi; che peraltro, allora, essendo pochi (meno di centomila) non inquinavano ancora l'aria della città e si potevano accontentare di ammirarla dal lungo ponte, appena inaugurato, che univa - come tuttora - il colle di Carignano con quello di Sarzano.

Ma non era tempo di vacanze o di passeggiate, perché Genova era assediata dai monti e dal mare: inglesi, austriaci e piemontesi si erano coalizzati per contrastare il pericolo dei venti rivoluzionari che spiravano dalla Francia.

Genova stessa era divisa in due agguerrite fazioni: i sostenitori delle nuove idee rivoluzionarie - capeggiati dal farmacista-droghiere di via Luccoli Felice Morando e dal medico Antonio Mongiardini - ed i conservatori che sfilavano per

le strade al grido di "Viva Maria, morte ai Giacobini". Saranno poi le truppe di Napoleone a metter fine ad ogni disputa, imponendo le riforme costituzionali che segneranno anche la fine, nel 1797, della Repubblica di Genova.

In questa cornice si svolge, dunque, la vicenda umana e professionale del nostro personaggio, che fu un celebre medico genovese: Onofrio Scassi. Oggi viene ricordato non solo perché a lui è intitolato l'Ospedale di San Pier d'Arena ma soprattutto per aver salvato dalla morte centinaia di persone durante le epidemie dell'epoca. Per raccontare per sommi capi la sua storia mi avvalgo per l'appunto di una pubblicazione del suddetto Ospedale (Vol. 10 - 1971-72), scritta dal dottor Agostino Maretti, all'epoca responsabile del reparto pneumologico, in collaborazione con il professor Pino Boero, cattedratico dell'Università di Genova.

Ne risulta che già a sedici anni Onofrio Scassi dimostra una precoce attività intellettuale, partecipando a dibattiti su argomenti filosofici e scientifici: quasi una preparazione alla sua laurea in medicina, conseguita, pare, nel 1788, all'età di vent'anni.

Dopo un periodo di perfezionamento nel Centro medico di Pavia si trasferisce in Inghilterra, dove i suoi studi vengono particolarmente apprezzati, tanto da farlo eleggere, nel 1791, membro onorario della *Royal Medical Society*. Quando tre anni dopo Scassi ritorna a Genova si trova subito di fronte ad una situazione di emergenza socio-sanitaria. Era in atto una diffusione di patologie epidemiche, definite dal Vitale come "febbri d'ogni indole più maligna, particolarmente petecchiali". Tali febbri erano causate soprattutto dall'avvicinarsi di truppe attorno alla città, che viveva in un clima di guerra specialmente dopo l'assalto ad una fregata francese, ancorata nel porto genovese, da parte di alcune navi da guerra inglesi. Per porre un argine al

continuo aggravarsi della salute pubblica il Governo della Repubblica si rivolge ad Onofrio Scassi. Ciò comportava da parte sua una complessa tessitura di rapporti politici con le autorità locali, che godevano di rilevanti autonomie nell'ambito territoriale di loro competenza. Scassi sapeva evidentemente ben districarsi, sia perché aveva già svolto una certa attività politica di compromesso tra conservatori e riformatori, pur fiutando l'orientamento progressista, sia per aver ottenuto il prestigioso incarico di professore di fisiologia all'Università.

E' in questo periodo della sua vita che, presumibilmente anche grazie alla sua posizione professionale e finanziaria, gli è possibile l'acquisto e il restauro della Villa dell'Alessi.

Nel frattempo l'epidemia dilagava sempre di più: aveva mietuto cinquemila vittime nei primi sei mesi del 1800; e fu allora che Onofrio Scassi, in qualità di presidente della Commissione Sanità, decise alcuni provvedimenti igienico-sanitari che conseguirono un buon risultato. Di conseguenza si rafforzò la fiducia nella sue capacità organizzative, per cui gli furono affidati altri compiti, come la revisione della farmacopea ad uso delle farmacie e la preparazione del corpo sanitario, fino ad allora priva di regole. In questo senso Onofrio Scassi può essere considerato un precursore dei nostri molteplici piani sanitari, anche

perché aveva dato particolare importanza alla prevenzione.

Erano gli anni in cui Jenner aveva da poco iniziato, nel 1796, l'applicazione dell'innesto vaccinico per la prevenzione del vaiuolo. Onofrio Scassi ne aveva avuto notizia nell'autunno del 1798 e l'anno successivo, avendo ottenuto il materiale dal professor Odier di Ginevra, iniziò a praticare le prime vaccinazioni. Nel 1801 presentò il suo primo saggio sull'inoculazione del vaccino, rivendicandone il primato in Italia.

Tale primato fu oggetto di qualche contestazione; ma rimarrebbe comunque a Scassi il merito di aver diffuso il metodo della vaccinazione, anche se i critici ne rilevavano l'importazione dalle rive della Senna. In effetti era l'epoca in cui dilagavano a Genova tutte le novità di Parigi: dagli abiti all'acconciatura dei capelli e perfino al colore delle carrozze, con grande rammarico di chi vi ravvisava la perdita dei più autentici costumi genovesi. Ma forse era solo il preavviso di quanto storicamente sarebbe poi accaduto, con la globalizzazione della culture; per cui, alla fin fine, ad Onofrio Scassi andrebbe un ulteriore riconoscimento: aver compreso che anche la scienza stava superando i confini nazionali per mettere a disposizione di tutti le sue più vantaggiose scoperte.

Silviano Fiorato

PREMIO FONDAZIONE PREVIASME ONLUS - II EDIZIONE

E' stato aperto il nuovo bando riservato a tutti i medici iscritti agli Ordini provinciali, che prevede un premio di 10.000 euro per il migliore elaborato e due premi di 2.500 euro ciascuno per il secondo e il terzo lavoro selezionato. Più informazioni sull'iniziativa le troverete sul nostro sito: www.omceoge.org

ALTA FORMAZIONE

L'Università di Bologna ha approvato la nuova edizione del corso di Alta formazione (unico del suo genere in Italia) in "Sociologia della salute e medicine non convenzionali" per l'anno accademico 2008-2009 aperto anche alle lauree triennali (triennale, vecchio ordinamento o specialistica) in: scienze politiche, sociologia, psicologia, giurisprudenza, statistica, economia e commercio, medicina e chirurgia, veterinaria, odontoiatria, infermieristica, ostetricia, farmacia, CTF, biologia. Il Bando completo lo potrete scaricare dal nostro sito: www.omceoge.org

Esistono le malattie mentali?

La crisi della psichiatria e la formazione psicopatologica del medico



Per quanto possa sembrare paradossale, una delle principali ragioni per le quali la psichiatria si trova attualmente messa in crisi, sia come disciplina scientifico-didattica, sia come professione e sistema di assistenza, risiede nel fatto che ancor oggi non è stato trovato un accordo unanime, tra i ricercatori e i professionisti di questa disciplina, su che cosa propriamente debba intendersi con la definizione di "malattia mentale".

Negli ultimi decenni, i dibattiti e le polemiche tra le opposte schiere degli psichiatri, tradizionalisti ed antitradizionalisti, si sono spinti tanto oltre, da indurre taluni di questi ultimi a rifiutare clamorosamente persino la legittimità della definizione di "malattia mentale", anzi addirittura a negare la stessa esistenza reale di una tale "malattia".

Su queste basi è nato, tra l'altro, anche il movimento della cosiddetta "antipsichiatria", che è arrivato a misconoscere alla disciplina psichiatrica ogni autentico fondamento scientifico.

Se tuttavia dovessimo risalire alle prime origini della psichiatria moderna, ci accorgeremmo che già allora esistevano non poche perplessità e controversie in merito al significato da attribuirsi alla definizione di "malattia mentale" - sia come concetto scientifico, sia come stato di sofferenza psichica da sottoporsi a trattamento medico - anche se soltanto durante lo scorso secolo abbiamo assistito al sorgere di un movimento di aperta rivolta contro il cosiddetto "falso mito"

della malattia mentale, addebitato alla psichiatria tradizionale come strumento coercitivo ai danni dei ceti più deboli della società.

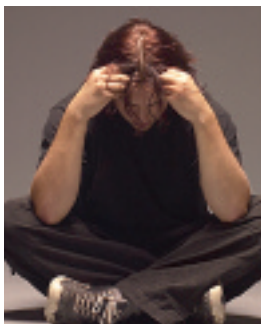
In tal modo, nell'ultima fase della storia della psichiatria, abbiamo visto radicalizzarsi due posizioni estreme: da una parte, la tendenza (oggi tipicamente rappresentata dai manuali operazionistici DSM e ICD) a qualificare qualsiasi comportamento abnorme come un "sintomo", anzi come una vera e propria "malattia mentale", dall'altra l'intenzione di negare la stessa realtà della "malattia mentale", considerata come strumento puramente pragmatico di emarginazione sociale, destituito di qualsiasi valenza scientifica.

E' evidente che simili radicalismi esasperati non possono soddisfare le aspirazioni del pensiero scientifico, così come certamente non giovano alle esigenze di una seria assistenza terapeutica dei nostri pazienti. Inoltre, in tal modo, la stessa immagine della professione psichiatrica viene a trovarsi, oggi più che mai, pubblicamente esposta al rischio di una duplice dequalificazione, quasi si trattasse di una prassi nel contempo "pseudoscientifica" ed "antisociale". (Questa incresciosa situazione è facilmente verificabile anche su diversi siti Internet).

A questo punto, occorre peraltro sottolineare che una simile pubblica dequalificazione della psichiatria è tanto più ingiusta e deprecabile, in quanto l'autentico pensiero psichiatrico (oggi, nelle nostre Università, malauguratamente ostracizzato e soppiantato dalla manualistica operazionistica DSM e ICD) ha ormai da lungo tempo elaborato gli strumenti metodologici e concettuali in grado di garantire alla nostra disciplina la propria autenticità scientifica e la propria dignità professionale. In effetti, è noto come la psicopatologia classica, grazie ai suoi più avanzati contributi (peraltro risalenti ancora ai primi decenni del secolo scorso, grazie ad autori come K.

Jaspers e K.Schneider), ci consenta, ormai da molto tempo, di pervenire ad una precisa individuazione, sul piano clinico ed epistemologico, di quegli stati di sofferenza psichica che, derivando da una patologia neurobiologica (tossica, infettiva, degenerativa, circolatoria, metabolica, neoplastica, ecc.), rientrano nella categoria nosografica delle "malattie mentali" (o psicosi). Da tali stati dovranno pertanto essere distinte, in sede di diagnostica psicopatologica differenziale, tutte quelle condizioni di alterazione psichica che, pur procurando, a chi ne è affetto ed a chi con lui convive, disagi talora non meno gravi delle psicosi, non sono tuttavia da addebitarsi a malattie neurobiologiche, ma a conflitti della personalità (personalità psicopatiche e loro sviluppi).

Questa fondamentale distinzione nosografica comporta dunque che, a seguito di un'adeguata diagnosi psicopatologica differenziale, soltanto alle psicosi (cioè alle autentiche malattie mentali, a fondamento neurobiologico) sarà applicabile il metodo della spiegazione naturalistica (Erklaeren), mentre per tutte le psicopatie (personalità psicopatiche e loro sviluppi) si renderà necessaria la metodologia della comprensione (Verstehen). Purtroppo, l'attuale formazione psi-



copatologica del medico, generico e specialista psichiatra, essendo impostata, dalla psichiatria accademica delle nostre facoltà di medicina, secondo i canoni dei manuali operazionistici DSM e ICD, conduce ad una indiscriminata applicazione del metodo della spiegazione naturalistica anche alle psicopatie, precludendosi così la possibilità di un'autentica diagnosi psicopatologica differenziale e di una conseguente, indispensabile differenziazione dei programmi di trattamento terapeutico, in senso farmacologico o psicoterapeutico.

A causa di questa ingiustificabile carenza della didattica universitaria, nonostante, con l'avvento della legge 180, siano state riformate le norme relative all'assistenza psichiatrica, nulla è stato realmente mutato rispetto alla formazione psicopatologica del medico, generico e specialista, i cui parametri professionali restano, a tutt'oggi, ancora confinati nei limiti di una vetusta concezione infermieristico - manicomiale della malattia mentale, con grave pregiudizio sia per la credibilità scientifica e professionale della nostra disciplina, sia per il livello qualitativo dei diversi servizi di salute mentale (SPDC, Comunità Terapeutiche, SERT, ecc.).

G. Giacomo Giacomini

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



Notizie dalla C.A.O.

Commissione Albo Odontoiatri

A cura di Massimo Gaggero

Il percorso della CAO Genova

Siamo dunque arrivati alla vigilia della fine del mandato della nostra CAO e credo doveroso, quale presidente della Commissione, fare una breve analisi di quanto, in questo triennio che sta volgendo al termine, si è riusciti a concertare.

Credo che la CAO da me presieduta si sia sempre comportata nel rispetto delle regole quale istituzione organo ausiliario dello Stato, senza mai travalicare in compiti e ruoli che non le appartengono.

Si è, infatti, sempre occupata di deontologia riferita ai due esclusivi ed essenziali compiti a lei affidati, ovvero la tutela del cittadino-paziente e la tutela della dignità professionale.

Questo, credo che tutti gli iscritti all'Albo lo abbiano capito ed abbiano anche capito che l'azione della CAO in questi anni sia stata di assoluta prevenzione, cercando di limitare al massimo la repressione, con incontri costanti e forieri di collaborazione reciproca, per quanto riguarda le controversie che si sono susseguite. Sono stati molti i colleghi ricevuti per spiegazioni e chiarimenti, come invece chiare e necessarie si sono rese le convocazioni con l'articolo 39 di colleghi, i quali nella quasi totalità dei casi, hanno capito le loro eventuali manchevolezze deontologiche e hanno provveduto tempestivamente a regolarizzare la loro posizione non corretta. Anche i rapporti con le istituzioni ispettive

in questi tre anni si sono consolidate in una reciproca collaborazione, con contatti costanti per la prevenzione e la repressione dell'abusivismo e del prestanomismo in ambito odontoiatrico. Certo, nell'ultimo anno le varie leggi che hanno coinvolto anche le norme deontologiche ordinarie hanno frenato le posizioni che con fatica si cercava di stabilizzare, specialmente nell'ambito della pubblicità sanitaria e dell'esercizio professionale in forma societaria, nonché sul fronte del convenzionamento diretto.

Anche con la componente Medica i rapporti si sono sviluppati sulla base di una reciproca collaborazione e correttezza e noi Odontoiatri, per quel che siamo stati interpellati su argomenti comuni, abbiamo sempre cercato di collaborare fattivamente.

Anche in Federazione Regionale siamo sempre stati presenti su argomenti di non nostra specifica pertinenza e siamo riusciti ad organizzare un Coordinamento regionale delle CAO provinciali. Di questi buoni rapporti voglio pubblicamente ringraziare il Presidente dell'Ordine Dr. Bartolini ed il Presidente FROMCeOL Dr. Ferrando i quali hanno mostrato ottima disponibilità nei confronti di noi Dentisti.

In conclusione, un arrivederci, ricordando che la CAO Genova si è sempre mossa nel rispetto delle regole ordinarie, attenendosi a dati certi documentati e, contestualmente, nell'assoluto rispetto della privacy individuale di ogni iscritto all'Albo.

Elio Annibaldi

Presidente CAO Ordine di Genova

XXI Corso di Formazione Professionale per Assistenti di studio Odontoiatrico

Si informa che sono aperte le iscrizioni al **XXI Corso di Formazione Professionale per Assistenti di Studio Odontoiatrico, organizzato dall'Andi Genova**. Tale corso si è rivelato molto utile sia per la **formazione delle Assistenti che già lavorano, sia per coloro che sono in cerca di occupazione in questo campo.**

Il corso, che inizierà a dicembre, prevede **frequenza obbligatoria, con circa 40 lezioni teoriche e almeno 100 ore di tirocinio dimostrativo** (almeno 10 ore per le Assistenti con esperienza lavorativa documentata). Le lezioni teoriche si terranno due sere la settimana, il lunedì e il giovedì, presso la Sala corsi ANDI Genova, piazza della Vittoria 12/6, mentre il tirocinio dimostrativo sarà effettuato presso gli studi dei docenti e presso gli ambulatori di Odontostomatologia dell'Ospedale Galliera e dell'Istituto G. Gaslini. Le iscrizioni si chiuderanno **venerdì 21 novembre 2008**.

Per informazioni contattare la Segreteria Andi Genova: tel 010/581190

D.ssa Proscovia Salusciev - Direttrice Corso ASO Andi Genova

Comunicazioni di eventi odontoiatrici

ANDI GENOVA - Corsi 2° semestre 2008

OTTOBRE

Mercoledì 1 (serata 20.30-23) "*Le neoplasie del cavo orale*" - Relatore: **dr. Giuseppe Signorini**.

Sabato 4 (mattinata 9-13) - "*Osteodistruzione e chirurgia segmentale: funzione ed estetica*".

Relatore: **dr. Sergio Viacava**. Sede: Galliera.

Venerdì 10 (18-22) - B.L.S. Retraining

Sabato 11 (9-18) - B.L.S. Base Corso sulle Emergenze di Pronto Soccorso e Rianimazione Cardiopolmonare.

Sabato 11 (giornata 9-17) - "*Impariamo a gestire il computer: trucchi e segreti per "sapersela cavare"*". Relatore: **dr. Mirko Fiorini**.

Sede: Galliera

Martedì 14 (serata 20-23) - "*Disfunzioni cranio vertebro mandibolare: test clinici e strategie manipolative*". Relatori: **dr. Paolo Montedonico - dr. Paolo Pagano**.

Sabato 18 (giornata 9-17) - "*Nuove tecniche endodontiche nella pratica quotidiana*".

Relatore: **dr. Andrea Guida**. Corso pratico.

Sede: Galliera

Martedì 21 (serata) - "*Fans in odontoiatria: quando usarli e come usarli*". Relatore: **dr. Salvatore Renna**.

Sabato 25 (9-13) - III Master per Assistenti di Studio e Dentisti. "*L'immagine digitale in Odontoiatria*". Relatore: **dr. M. Nuvina**.

Sabato 25 (9-17) - "*Gli sbiancamenti e le microabrasioni*". Relatore: **dr. Stefano Ardu**.

Corso teorico - pratico. Sede: Galliera.

Venerdì 31 (20-22) - "*Incontro sulla Radioprotezione per dipendenti di Studio Odontoiatrico*". Relatore: **dr. Corrado Gazzo**.

Corsi in fase di accreditamento ECM.

I corsi, per i quali non è specificata la sede, si svolgono alla Sala Corsi Andi Genova, p.zza della Vittoria 12/6.

Per info: 010 581190.

CENACOLO ODONTOSTOMATOLOGICO LIGURE - 2° Semestre 2008

CICLO DI LEZIONI IN FASE DI ACCREDITAMENTO:

Sede: CNA, Via San Vincenzo 2 (1° Piano), Genova. Orario: 20:00 - 23:00. Crediti ECM.

Lunedì 13 ottobre - serata - 2° incontro

"La pianificazione del trattamento in impianto-protesi" - Relatore: **dr. Albano**. Crediti ECM.

Mercoledì 12 novembre - serata - 3° incontro

"Risoluzione chirurgico-implantare nelle atrofie ossee del mascellare superiore". Relatori: **dr. i Boni, Delle Donne**.

Mercoledì 26 novembre - serata - 4° incontro

"Importanza e interpretazione clinica della

radiologia in odontoatria e chirurgia plantare".

Relatore: **dr. Luca Reggiani**.

Sabato 18 ottobre - Giornata "Dente VS

Impianto. Selezione del paziente e morfologia del difetto". Relatore: **prof. A. Pilloni**. Sede:

CNA, Via San Vincenzo 2 (1° Piano), Genova.

Orario: 8.30 - 19.00. N.6 crediti ECM.

Per info: dr. Kamran Akhavan Sadeghi

Cenacolo Odontostomatologico Ligure.






Tel. 010 543682 - fax 010 8932963

e-mail: dr_kamy@hotmail.com

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 anestesioologia 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	Via G. B. Monti 107r 010/6457950 - 010/6451425 Via Cantore 31 D - 010/6454263	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	P.zza Nicoloso 9/10 0185/720061			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	Via Calata Marinetta, 30 Porto Antico 010/2472149 fax 2466511 010/513895	PC					DS	
IST. FIDES		GENOVA Dir. Tec.: D.ssa C. Sgarito Spec.: Fisioterapia	Via Bolzano, 1B 010/3741548					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.	P.sso Antiochia 2a 010/319331 010/594409 010/592540	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	Via San Vincenzo, 2/4 "Torre S. Vincenzo" 010/561530-532184 www.ioradiologia.it			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	Via Assarotti, 17/1 010/8398478 fax 010/888661 010/4699669	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)	Via Cesarea 12/4 010/581181 - 592973 010/2513219	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	C.so Sardegna, 42/5 010/512741 - fax 010/515893 010/3728414 010/2421784	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	Via Custo 11 r. 010/7455063 Via B. Parodi 15/21/25 r 010/7455922 tel. e fax	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	C.so De Stefanis 1 010/876606 - 8391235 Via G. Oberdan 284H/R 010/321039	PC		RX		S	DS	
IST. NEUMAIER		GENOVA Dir. San. e R.B.: Dr. L. Berri Spec.: Radiologia	Via XX Settembre 5 010/593660			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 monospecialità
4. IMPLANTOLOGIA
5. PROFESSIONE DI DERMATOLOGIA CON ESTETICA
6. CHIRURGIA ESTETICA
7. MEDICO COMPETENTE
8. MEDICO LEGALE
9. SPECIALIZZANDO

