

Genova Medica

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

5/2006
Maggio



Rispettiamo
l'operato
del medico

Obbligo di guarire:
esistono interventi
chirurgici di routine?

Ordine: deliberato
il regolamento
delle commissioni

All'interno: "Notizie dalla C.A.O."



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

5/2006
Maggio

Sommario

"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

Marco Oddera

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Presidente

Matteo Basso

Effettivi

Maurizia Barabino

Aldo Cagnazzo

Supplente

Maurizio Giunchedi

COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI

Elio Annibaldi (Presidente)

Massimo Gaggero (Segretario)

Giorgio Inglese Ganora

Paolo Mantovani

Marco Oddera

Editoriale

- 2 Rispettiamo l'operato del medico

Vita dell'Ordine

- 3 L'assemblea annuale degli iscritti
5 Ordine: deliberato il regolamento delle commissioni
6 Le delibere delle sedute del Consiglio

9 Notizie dalla Fnomceo

In primo piano

- 10 Pagamento a Drg: un sistema da correggere
o da abbandonare?
13 Il rischio clinico nell'attività operativa del medico
17 Esiste un pensiero di gruppo?
24 Formazione ECM: a giugno si cambia

Note di diritto sanitario

- 15 Obbligo di guarire: esistono interventi chirurgici di routine?

Medicina & tecnologia

- 21 La crittografia per una comunicazione sicura

Previdenza & assistenza

- 19 Polizza sanitaria Enpam: al via il rinnovo

26 Corsi & Convegni

30 Medicina & cultura

Arthur Schnitzler: la pelle dell'anima

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

Periodico mensile - Anno 14 n°5 maggio 2006 - 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: "Il farmacista" (1751 circa) di Pietro Longhi - Gallerie dell'Accademia di Venezia - Finito di stampare nel mese di maggio 2006.



Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Genova:
Piazza della Vittoria 12/4 - 16121 Genova Tel. 010. 58.78.46 Fax 59.35.58
Sito: www.omceoge.org E-mail: ormedge@omceoge.org

Rispettiamo l'operato del medico

Serenità e libertà di scelta per il miglior percorso terapeutico del paziente.

La crescente diffusione delle medicine complementari o alternative negli Stati Uniti e nei paesi europei deve sicuramente far riflettere. La recente pubblicazione su "The Lancet" volta a dimostrare l'inefficacia dell'omeopatia e il clamore suscitato dalla stampa, sta a significare quanto sia importante e delicato questo argomento.

Inoltre, non bisogna ignorare che la Fnomceo ha approvato il 18 maggio 2002 a Terni, nell'ambito di un convegno sul tema "La professione medica e le medicine non convenzionali: rischi ed opportunità", un discusso documento nel quale considerava atto medico a tutti gli effetti l'esercizio di alcune medicine e pratiche non convenzionali e chiedeva un urgente ed indifferibile intervento legislativo in Parlamento per l'approvazione di una normativa specifica. Qualcuno, recentemente, ha voluto provocatoriamente affermare che esiste una correlazione tra medicine complementari e la medicina ufficiale. Io non parlerei di correlazioni, perché non ritengo giusto che si possa fare paragoni tra l'una e l'altra.

Molte delle medicine non ufficiali hanno radici storiche che si perdono nel tempo.

Molte volte mi sono chiesto se i nostri "padri" avrebbero potuto portare la "medicina" ai modelli attuali se non avessero avuto lo stimolo di confrontarsi con le forme di cure esistenti nei popoli passati.

D'altra parte non si può ignorare che il ricorso da parte dei cittadini alle medicine non convenzionali, in questi ultimi anni, è cresciuto in maniera considerevole e il fenomeno può essere imputato a vari fat-

tori che non bisogna assolutamente sottovalutare. In più occasioni ho avuto modo di constatare quanto sia importante il legame umano e l'alleanza terapeutica tra medico e paziente, insomma, un'umanizzazione della medicina che noi medici dobbiamo difendere di fronte al continuo condizionamento sul nostro operato da parte del "terzo pagante" che ci costringe, spesso, a svolgere la nostra professione in maniera distaccata dal "pathos" del paziente.

Si comprende, quindi, il desiderio del cittadino di ricorrere alle pratiche non convenzionali forse più attente alla globalità dell'uomo, ai suoi problemi esistenziali e all'identità tra soma e psiche.

E' innegabile che la scienza medica, negli ultimi decenni ha fatto miracoli, grazie anche alla ricerca scientifica che ha consentito il raggiungimento di risultati veramente soddisfacenti, ma non possiamo ignorare che esiste anche un'altra medicina che fornisce anch'essa il proprio contributo in maniera diversa dalla medicina tradizionale: ma, attenzione, questa deve essere esercitata da medici. Ed è proprio ai colleghi che rivolgo un invito ad esprimere ai propri pazienti, con la massima chiarezza e onestà, i confini tra una medicina e l'altra e a stare attenti a non farsi coinvolgere diventando strumenti del "mercato del benessere".

Diamo, quindi, al paziente le informazioni necessarie affinché possa scegliere in piena libertà, senza creargli false illusioni o speranze: siamo medici e dobbiamo esercitare la medicina in libertà e indipendenza di giudizio.

Enrico Bartolini

L'assemblea annuale degli iscritti

Il presidente Bartolini ha illustrato agli iscritti l'attività dell'ente e messo l'accento su alcuni importanti problemi inerenti la professione e la sanità.

Il 12 aprile, presso la Sala Quadrivium, si è svolta l'Assemblea ordinaria degli iscritti all'Ordine. Il presidente Bartolini ha svolto la sua relazione illustrando sia l'attività dell'ente, che i problemi inerenti la professione e la sanità. Dopo aver menzionato i due convegni "lo medico, saper, saper fare e saper essere tra gestione e governo clinico" e "Il medico e l'Europa: dall'aggiornamento alla ricertificazione professionale", svoltisi con successo - il presidente ha sottolineato l'importanza dell'attività delle costituende commissioni, che saranno di due tipi: quelle temporanee per valutare e risolvere eventuali problemi in tempi rapidi e quelle permanenti che avranno il compito di valutare i processi della politica sanitaria.

Inoltre, ha elencato gli obiettivi che il neoeletto Consiglio intende raggiungere nei prossimi mesi, sottolineando la necessità di uscire dal clima difficile in cui oggi i medici lavorano, attraverso l'attuazione di proposte alternative praticabili quali l'avvio di rapporti istituzionali con altri enti ed organismi ed "alleanze" con associazioni laiche e di difesa del cittadino. Il presidente ha poi messo l'accento sulle problematiche e sulle opportunità che nascono dall'essere un paese integrato in un sistema Europeo. L'Europa porta, infatti, con sé il desiderio della condivisione di esperienze e culture. Alcuni colleghi cercano un confronto con i sistemi sanitari di altri paesi della U.E. sia



per ricercare un governo economico tecnico scientifico comune all'Europa, sia per confrontarsi con altre realtà culturali, al di sopra delle singole specialità, per un maggior arricchimento professionale ed umano.

La Costituzione europea invita tutti i paesi ad essa aderenti a ritrovare punti comuni, anche in materia di "Clinical Governance".

Il dr. Bartolini ha, poi, fatto presente che all'interno dell'Unione europea prevalgono, sostanzialmente, due modelli di Sistemi sanitari nazionali: il primo fondato, principalmente, sulle risorse provenienti dal mondo privato-assicurativo, il secondo rappresentato da una componente pubblica (tassazione diretta) e da una componente privata (ticket, fondi assicurativi, fondi integrativi, etc.) e pone l'accento sul fatto che non si possono coniugare efficacia delle risorse ed efficienza strutturale-organizzativa senza l'accrescimento scientifico-culturale sulla base di una formazione e di un aggiornamento permanente. La ricerca, a livello europeo, di un Sistema sanitario ottimale, basato nel rispetto delle risorse economiche di ciascun paese, è imprescindibile dalla volontà di garantire il miglioramento della qualità della vita, in tutti i suoi momenti, con particolare riguardo alle diverse realtà demografiche.

Anche per questo, ha sottolineato il presidente, l'Ordine sta lavorando sulla promozione di incontri con altre istituzioni che possano for-

nire risposte a semplici frasi, quali:

- ◆ un migliore indirizzo economico - strutturale nei Sistemi sanitari;
- ◆ un miglioramento delle strutture sanitarie;
- ◆ una formazione efficace ed efficiente;
- ◆ libera circolazione dell'ammalato.

Il presidente ha precisato che l'attività dell'Ordine viene svolta senza clamore della stampa per rimanere al di sopra delle parti, ma continuando quell'opera di mediazione e collaborazione con le diverse Istituzioni per migliorare l'efficienza e la trasparenza gestionale dei sistemi sanitari. Inoltre è del parere che solo un malcelato senso di quiescenza non vede critici i medici in modo incisivo, anzi si percepisce quasi un assenso da parte della

categoria medica verso un piano di ristrutturazione "tecnico e solidale", ma in realtà assai vicino ad un *Thatcherismo* anglosassone: una giornata in meno di ricovero rappresenta senz'altro un risparmio, ma poco importa il prodotto che ne sortisce. Il medico, pur riconoscendo errato questo tipo di sistema, adatto al mondo industriale, ma assai poco a quello sanitario, spesso si trova costretto a dare maggiore importanza al budget, che alla qualità del "prodotto salute" erogato.

Dopo l'intervento del presidente Bartolini ha preso la parola il tesoriere la dott.ssa Salusciev che ha letto la sua relazione d'accompagnamento ai bilanci consuntivo 2005 e preventivo 2006, che sono stati approvati all'unanimità.

Dove va l'obiezione di coscienza in medicina?

Sabato 17 giugno alle ore 9.00 si terrà nella sala dell'Ordine dei medici di Genova il convegno **"Dove va l'obiezione di coscienza in medicina?"**.

Obiettivi:

- ripercorrere la storia della obiezione di coscienza e della obiezione di coscienza in medicina come chiave di lettura dei cambiamenti della professione medica nel terzo millennio;
- descrivere i nuovi scenari che la proposta di modifica al Codice deontologico può aprire alla nostra professione;
- stimolare il dibattito sull'obiezione di coscienza per ricentrare l'attenzione sulla libertà e indipendenza che stanno alla base della nostra professione all'interno del rapporto fiduciario col paziente.

Programma:

09.00: iscrizione partecipanti,

09.15: apertura dei lavori: saluto del dott. Enrico Bartolini

09.30: *obiezione di coscienza: cenni storici e attualità* - dott. M. Giunchedi

09.45: *obiezione di coscienza: aspetti giuridici* - dott. G. Anzani

10.00: *obiezione di coscienza e Codice deontologico: attualità e prospettive* - dott. G. Migliaro

10.15: **tavola rotonda**, moderatore dott. M. Giunchedi. Partecipano: prof. F. De Stefano, dott. P. Anserini, dott. P. Vergani, dott. A. Grondona.

12.00: conclusione dei lavori

Il corso, gratuito, è riservato a 90 partecipanti e le adesioni dovranno pervenire alla segreteria dell'Ordine a mezzo fax (010 59 35 58) o e-mail (ordmedge@omceoge.org). Segreteria organizzativa: tel. 010 58 78 46. Al termine del corso verrà rilasciato un attestato di partecipazione.

Ordine: deliberato il regolamento delle commissioni

Per essere più vicini ai colleghi ed aiutarli nelle molteplici problematiche che riguardano la professione, il Consiglio ha deliberato per il triennio 2006-2008 la costituzione di commissioni *ad hoc* temporanee e permanenti. Di seguito riportiamo integralmente il regolamento di attuazione e nel prossimo numero di "Genova Medica" pubblicheremo sia l'elenco delle commissioni, sia i nominativi dei colleghi che le compongono.

1) Le Commissioni ordinistiche hanno funzioni consultive e propositive: rispondono ai quesiti posti dai Consiglieri o dal Consiglio dell'Ordine e possono proporre atti di vario tipo al Consiglio tramite il Consigliere referente. Non dispongono di autonomia operativa in quanto debbono rispondere o essere esecutive attraverso il Consiglio dell'Ordine.

2) Per la costituzione delle Commissioni è necessario presentare un "razionale" con il quale si motiva la necessità di costituzione delle stesse che può riguardare un problema contingente, un'emergenza, l'analisi di una problematica che riguarda un determinato settore o quant'altro. Possono essere permanenti (in questo caso poche e necessarie per la normale attività del funzionamento dell'Ordine) oppure possono essere operative, temporanee e create per rispondere a problemi contingenti.

3) Le Commissioni, sia permanenti che temporanee, sono coordinate da un consigliere dell'Ordine che può, sotto la sua diretta responsabilità delegare colleghi esterni all'Ordine. In ogni caso sarà il consigliere a relazionare il Consiglio sull'attività svolta, se ritiene inviterà in Consiglio il/i delegati.

4) I componenti sono proposti dal referente-consigliere al Consiglio dell'Ordine e possono essere integrati, qualora necessiti la presenza di un "esperto"

solo per quella determinata problematica. La nomina può essere autorizzata dall'Esecutivo e trasmessa per conoscenza via e-mail ai consiglieri e ratificata in una seduta consiliare.

5) In caso di urgenza/emergenza può essere costituita una Commissione "ad hoc". Per la nomina si segue la procedura di cui al punto 4)

6) Ogni consigliere ha diritto a partecipare alle Commissioni costituite ed avere notizia dei componenti delle stesse.

7) Le Commissioni si riuniscono in orario di apertura della sede dell'Ordine (ore 8,30/17,30), salvo eccezioni o deroghe particolari. La verbalizzazione della seduta avviene da parte di un componente della Commissione che assume il compito di segretario e il verbale viene portato preventivamente a conoscenza dei consiglieri da parte del coordinatore e, successivamente in Consiglio che ne autorizza la pubblicazione sul sito e sul bollettino.

8) Le Commissioni usufruiscono dei servizi dell'Ordine, in particolare:

- ◆ servizio di posta elettronica "dedicato" ad ogni Commissione;
- ◆ spazio dedicato sul sito www.omceoge.org e sul bollettino "Genova Medica" ;
- ◆ archiviazione degli atti.



Le delibere delle sedute del Consiglio

Riunione del 16 febbraio 2006

Presenti: *E. Bartolini presidente, A. Ferrando vice presidente, G. Regesta segretario; M. P. Salusciev tesoriere. Consiglieri: M. C. Barberis, G. Boidi, L. Bottaro, A. De Micheli, C. Giuntini, L. Lusardi, G. Migliaro, G. L. Ravetti, A. Stimamiglio, G. Inglese Ganora. Per i revisori dei conti presenti: M. Basso presidente, A. Cagnazzo. Assenti giustificati: M. Barabino, R. Ghio, M. Giunchedi, M. Oddera, B. Ratto.*

Questioni amministrative

Il Consiglio approva, senza rilievi, le deliberazioni adottate dal presidente per piccole spese di rappresentanza e di acquisti di cancelleria ed inoltre approva di effettuare uno sgravio esattoriale per un iscritto deceduto.

Richiesta patrocini

Il Consiglio esprime parere favorevole alla concessione del patrocinio ai seguenti eventi:

■ "IV Corse on genetics and renal diseases" che si terrà a Genova dall'8 al 10 giugno 2006;

- Meeting scientifico "Trattamento delle metastasi epatiche: nuove frontiere e prospettive terapeutiche"
- Seminario teorico pratico per medici di medicina generale, Rapallo - 14 e 15 maggio 2006;
- Seminari neurologici del venerdì - ed. 2006;
- Corso di aggiornamento "La valutazione multidimensionale dell'anziano", Campoligure - 20 e 27 maggio 2006;
- XXIX Congresso nazionale SICP, Genova dall'11 al 13 maggio 2006;
- Giornata di aggiornamento "La protesi totale nel ginocchio difficile: esperienze ed opinioni a confronto" - 28 aprile 2006;
- Convegno "Innovazioni diagnostiche terapeutiche in epato-gastroenterologia" - 18 marzo 2006.

Ratifica verbali Commissione pubblicità

Il Consiglio, viste le istanze per ottenere i nulla/osta alla pubblicità sanitaria, delibera di ratificare tutte le decisioni prese nelle riunioni della Commissione pubblicità dell'Ordine del 20 gennaio e 1, 10, 16 febbraio 2006 contenute nei relativi verbali di seduta.

■ Movimento degli iscritti (16 febbraio 2006)

NUOVE ISCRIZIONI - Albo Medici

Per trasferimento

Carmela Di Grazia (dall'Ordine di Ce), Alida Dominietto (dall'Ordine di To)

CANCELLAZIONI - Albo Medici

Per rinuncia

Giovanni Gaioli, Vittorio Casiccia

Per cessata attività

Daniele Francesco Scarpati

Per trasferimento

Simona Biasotti (all'Ordine di Ao), Maurizio

Cariati (all'Ordine di Mi), Fausto Cella (all'Ordine di Cn), Paola Clara Ferraro (all'Ordine di Cn).

Per decesso

Claudio Salvatore Bellante, Fernanda De Benedetti, Giuseppe Giacomo Picasso, Maria Luisa Sturla

NUOVE ISCRIZIONI

Albo degli Odontoiatri

Agnese Aonzo (per trasf. dall'Ordine di Sv).

Riunione del 9 marzo 2006

Presenti i consiglieri: E. Bartolini presidente, A. Ferrando vice presidente, G. Regesta segretario, M. P. Salusciev tesoriere, M. C. Barberis, G. Boidi, L. Bottaro, A. De Micheli, R. Ghio, C. Giuntini, L. Lusardi, B. Ratto, G. L. Ravetti, M. Oddera. Revisori dei conti: M. Basso presidente, M. Barabino, A. Cagnazzo. Assenti giustificati: M. Giunchedi, G. Migliaro, G. Inglese Ganora, A. Stimamiglio.

Parcheggio aree blu

Il presidente informa che il gruppo AMI Spa, società che gestisce il parcheggio delle auto nelle aree blu, ha accolto la proposta dell'Ordine di provvedere direttamente alla vendita degli abbonamenti mensili ai medici convenzionati con il Ssn. Fa presente, inoltre, che l'Ordine ha provveduto a richiedere alla Asl 3 Genovese gli elenchi dei medici e a trasmetterli tempestivamente alla succitata società per la distribuzione degli abbonamenti a tariffa ridotta agli aventi diritto.

Giuramento professionale - Deliberato per il 3 aprile il giuramento professionale dei neoiscritti all'Albo medici e odontoiatri secondo il Codice di deontologia medica.

Inaugurazione sala convegni dell'Ordine

L'Inaugurazione della sala convegni dell'Ordine è stata fissata per lunedì 27 marzo alle ore 17.

Assemblea Ordinaria annuale

Il Consiglio ha deliberato per mercoledì 12 aprile alla sala Quadrivium l'Assemblea ordi-

naria annuale.

Approvazione del bilancio consuntivo 2005 e preventivo 2006

Il Consiglio approva all'unanimità il bilancio consuntivo 2005 e preventivo 2006 (ampiamente riportati da questa rivista nel numero di febbraio 2006)

Questioni amministrative

Il Consiglio approva alcuni provvedimenti amministrativi e procede a ratificare alcuni impegni di spesa. Inoltre, approva alcune delibere riguardanti sgravi di colleghi deceduti e nota relativa al saldo per l'ultimazione lavori dell'appartamento n° 5. Inoltre, prende atto delle spese deliberate dal Presidente - su delega del Consiglio - relative ad acquisto di attrezzature per ufficio, cancelleria e varie.

Richiesta patrocini ed iniziative varie

Il Consiglio esprime parere favorevole alle seguenti manifestazioni:

- Convegno "Mai più bambini sordi", Genova 5 maggio 2006;
- Corso regionale di Otorinolaringoiatria, Genova 27 maggio 2006;
- XVI Congresso Nazionale SIUrO, che si terrà a Genova dal 30 novembre al 3 dicembre;
- Convegno "problematiche frequenti in Ostetricia e Ginecologia", Genova 5 maggio.

Ratifica verbali Commissione Pubblicità

Il Consiglio, viste le istanze per ottenere i nulla/osta alla pubblicità sanitaria, delibera di ratificare tutte le decisioni prese nelle riunioni della Commissione pubblicità dell'Ordine del 17, 28 febbraio e 9 marzo 2006 contenute nei relativi verbali di seduta.

■ Movimento degli iscritti (9 marzo 2006)

NUOVE ISCRIZIONI - Albo Medici

Mannarini Laura, Pozzoni Maria Beatrice Luisa, Rapuzzi Giovanni, D'Agostino Irene,

Franzin Sandra, Gurrieri Valentina, Pieretti Chiara Maria, Monteleone Lorenzo, Dellacasa Ilaria, Marenco Davide, Caroggio

Stefano, Chiama Andrea, Bruzzo Mattia, Motti Luca, Montanaro Tomaso Fabrizio, Bonavera Fiammetta, Piromalli Elisa Maria, Bruzzone Cristina, Bianco Marinella, Gotelli Simona, Torre Daniela, Tosetti Fanny, Gonella Davide, Pinasco Valeria, Malerba Michele, Pertile Davide, Pasetti Francesco Andrea, Tosto Simona, Grillo Giovanna, Mete Maurizio, Ratto Enrico Luigi, Rosa Michela, Cavallero Matteo, Pederzoli Silvia Maria-Rita, Ullmann Nicola, Cozzi Silvia, Quercioli Alessandra Maria, Reghitto Rossella, Repetto Ernestina Carla, Quaranta Lorenza Carla, Fazio Alessandro, Grilli Emanuele, Minetti Giuseppe Antonio, Giacomini Gabriele, Saulle Serena, Pezzano Ilaria, Pavesi Alessandra Elisa, Pace Maurizio, Fedele Massimiliano, Gandolfo Patrizia, Chendi Tania, Porri Alberto, Bernardini Claudia, D'Angelo Emanuela Renata, Mariotti Valeria, Tacchino Chiara Maria, Rossetti Nirmala, Cavalleri Maurizio Alessandro, Bennicelli Elisa, Barreca Alessandra, Autuori Alberto, Bianchi Federico, Ferraioli Domenico, Gaggero Chiara Roberta, Mancuso Sara Giovanna,

Monti-Bragadin Margherita Amelia, Buzzoni Anna Chiara Laura Ester, Vello Natalia, Pastorino Chiara, Di Noto Anna, D'Auria Maria Chiara, Zoppoli Gabriele, Isola Luca Giuseppe, Lazzari Chiara Graziella Vittoria, Tricerri Francesca, Mirabelli Badenier Marisol Elena, Mangini Sara, Ricci Francesco, Fiorina Elisabetta, Coppoletta Rosa, Milici Ornella, Tagliafico Alberto, Bergamino Laura, Schenhw Eran, Ferrari Gabriella, Sanguineti Silvia, Barabino Damiano, Calvia Alessandro Riccardo, Albertelli Manuela, Derchi Maria Elena.

CANCELLAZIONI - Albo Medici

Per rinuncia

Kiriakova Emilia, Maretti Agostino, Tosetti Vally, Teppati Massimo.

Per trasferimento

Garbarino Elio (all'Ordine di Savona), Repetto Lazzaro Michele (all'Ordine di Roma), Serrano Davide (all'Ordine di Milano).

Per decesso: Salmè Alberto

NUOVE ISCRIZIONI

Albo degli Odontoiatri

Devoto Davide.

L. Lusardi, B. Ratto, G. L. Ravetti, A. Stimamiglio, G. Inglese Ganora, M. Oddera.

Revisori dei conti: M. Basso presidente, M.

Barabino, A. Cagnazzo, M. Giunchedi.

Assenti giustificati: G. Migliaro, G. Regesta segretario.

Riunione del 19 aprile 2006

Presenti: *E. Bartolini presidente, A. Ferrando vicepresidente; M. P. Salusciev tesoriere.*

Consiglieri: *M.C. Barberis, G. Boidi, L. Bottaro, A. De Micheli, R. Ghio, C. Giuntini,*

■ Movimento degli iscritti (19 aprile 2006)

NUOVE ISCRIZIONI - Albo Medici

Leone Antonio, Finidis Aristotelis (cittadino Greco UE), Rossi Sebastiano Davide, Olcese Francesca, Gimelli Giorgio

Per trasferimento: Napoli Serena (da Asti),

Bongiovanni Alessandra (da Imperia), Costanzo Antonio (da Reggio Calabria), Carleo Anna Maria (da Salerno), Nicelli Francesco (da Brescia), Serusi Luciana (da Nuoro), Anselmi Anna Maria (da Cuneo),

Amiri Behzadi Golnaz, Sema Juljana, Albareto Ernesto, Peluso Giorgio (da La Spezia)

CANCELLAZIONI - Albo Medici

Per rinuncia: Piero Pierotti

Per trasferimento: Bo Ettore (ad Alessandria) Cartosio Maria Elena (ad Aosta), Maraone Maria Paola (ad Imperia).

Per decesso: Pasini Paola, Riccardi Pier

Francesco, Segre Alfredo, Vassallo Matilde.

NUOVE ISCRIZIONI - Albo Odontoiatri

Per trasferimento: Nicelli Francesco (da Brescia), Peluso Giorgio (da La Spezia)

CANCELLAZIONI - Albo Odontoiatri

Per trasferimento

Bo Ettore (all'Ordine di Alessandria).

NOTIZIE FLASH DALLA FNOMCeO

Ricettari stupefacenti: ulteriori chiarimenti - Ricordiamo ai colleghi che a seguito dell'approvazione del nuovo ricettario questo diventa l'unico ricettario speciale utilizzato dai medici e veterinari per prescrivere i farmaci compresi nella Tabella II, Sezione A e nell'allegato III - bis di cui al testo unico Dpr 309/90. In attesa che lo stesso sia stampato e distribuito i medici possono utilizzare i ricettari a ricalco approvati con Decreto del 24 maggio 2001 rispettando le norme d'uso di cui all'allegato IV al DM 10 marzo 2006. Si specifica che i medici debbono riconsegnare all'Ordine di appartenenza i ricettari madre - figlia anche se sono stati parzialmente utilizzati, non ricorrendo alcun adempimento ulteriore per il medico (conservazione delle ricette utilizzate per due anni, disposizioni ex D.Lgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali").

Modifica ed integrazione delle tabelle dei servizi e delle discipline equipollenti e delle tabelle delle discipline affini - Nella G.U.

della Repubblica Italiana n° 82 del 7 aprile 2006 è stato pubblicato il decreto del Ministero della Salute del 18 gennaio scorso. Tale decreto è stato emanato al fine di provvedere alle integrazioni delle tabelle, previste dal D.M. 30 gennaio 1998 e dal DM 31 gennaio 1998, relative ai servizi, alle specializzazioni equipollenti e alle specializzazioni affini, per inserirvi l'attività di coordinamento di prelievo di organi e tessuti che viene inquadrata nell'area di sanità pubblica nella disciplina di Direzione medica di presidio ospedaliero.

Nuova ricetta del Ssn - Il Ministero della Salute ha chiarito che la nuova ricetta SSN, per gli assistiti in possesso di Tessera Europea, deve essere compilata sul retro con l'indicazione della data di scadenza della tessera medesima e della data di nascita dell'assistito. In attesa che venga ristampata la ricetta comprensiva dei due campi dove inserire le informazioni summenzionate può essere utilizzata quella corrente. Una corretta compilazione della ricetta consentirà il rimborso da parte degli Stati esteri delle prestazioni erogate.

Pagamento a Drg: un sistema da correggere o da abbandonare?

Dopo dieci anni dall'introduzione del finanziamento agli ospedali a prestazione, facciamo il punto sui vantaggi e gli effetti di questo nuovo sistema.

Il finanziamento degli ospedali a prestazione (Drg) è stato introdotto in Italia da poco più di dieci anni rappresentando una netta rottura col passato.

Quale è la logica del sistema a Drg?

Il concetto fondamentale è questo: si sa quale tipo di prestazione clinica va fornita al paziente in base alla diagnosi formulata ed è altrettanto noto l'impiego di risorse (umane, strutturali etc.) necessario per ogni prestazione; si possono quindi raggruppare le diagnosi, che comportano l'uso della stessa quantità di risorse e basare il pagamento degli ospedali su questa classificazione. In altre parole, i pazienti che appartengono ad una stessa classe (Drg) dovrebbero avere, più o meno, la stessa durata di degenza, la stessa richiesta di assistenza e lo stesso impegno di personale e servizi. Salta subito agli occhi che, se la valutazione dei costi delle prestazioni è imprecisa, le conseguenze sui bilanci possono essere gravi.



Quali erano i sistemi di pagamento usati in precedenza?

Dopo anni di pagamento basato sul numero delle giornate di degenza, si passò ad un sistema che prevedeva il pagamento, alle cliniche private convenzionate, di rette di degenza, fissate per contratto, mentre per gli ospedali pubblici, vigeva il pagamento a bilancio, che sostanzialmente consisteva in un rimborso spese a "piè di lista", sicché gli ospedali non erano finanziati per quello che facevano, ma per il fatto stesso di esistere ed in base alla loro "spesa storica".

Il pagamento a giornate di degenza fu abbandonato perché, nonostante i controlli, i ricoveri divenivano sempre più lunghi: l'ospedale tendeva a diventare una spe-

cie di "parcheggio".

Il pagamento a "piè di lista" godette di gran favore per molti anni, perché, garantendo ospedali sempre pieni, comportava la necessità di nuove assunzioni di personale e favoriva l'espansione della rete ospedaliera e ciò implicava evidenti vantaggi politici. Il sistema è entrato in crisi perché, premiando finanziariamente l'inefficienza, ha come conseguenza un effetto paradossale: la cresciuta contemporanea dei costi e delle lista d'attesa.

Quali obiettivi ci si proponeva di raggiungere introducendo il pagamento tariffario?

Quando i costi del sistema di pagamento a "piè di lista" divennero insostenibili, parve che il sistema a Drg, già adottato da più paesi occidentali, potesse rappresentare una soluzione: avrebbero ricevuto più denaro gli ospedali, resi amministrativamente autonomi, che avessero curato più pazienti; il denaro avrebbe seguito il degente, quindi gli ospedali più produttivi avreb-

bero avuto introiti più alti e così avrebbero avuto la possibilità di migliorare i propri servizi, invece di tagliarli.

A nessuno sfuggiva, che un tale sistema - di per sé - favorisce solo l'efficienza, non l'efficacia. Ciò perché premia finanziariamente l'aumento delle prestazioni a parità di costo unitario, indipendentemente dal risultato di dette prestazioni. Tuttavia si pensava che un miglioramento della qualità potesse scaturire, come effetto indiretto, dalla competizione, che si sarebbe venuta a creare tra gli ospedali, sia pubblici che privati accreditati.

Come sono stati applicati i DRG in Italia?

Il sistema, progressivamente differenziatosi a livello regionale, è attualmente utilizzato per finanziare il 65% circa dell'attività ospedaliera.

Si continuano a verificare notevoli problemi nell'aggiornamento delle tariffe e dei

pesi relativi, con continui "scollamenti" rispetto al reale costo di produzione delle prestazioni ospedaliere.

In alcuni settori, tale modalità di finanziamento, si è dimostrata poco adatta (riabilitazione, pediatria, neuropsichiatria). Si ravvisa spesso la necessità di temperare gli effetti, di questo sistema di pagamento prospettico, con strumenti quali: tetti, sconti, ripiani, fondi destinati a particolari funzioni o progetti. Il fenomeno ha non di rado assunto proporzioni tali da rappresentare un superamento di fatto dei Drg, perché il finanziamento complessivo annuale delle Aziende ospedaliere, finisce col rientrare in un budget prefissato, al quale si aggiunge poi uno scostamento, ritenuto accettabile. Quindi, con tutte le correzioni ed integrazioni apportate, il pagamento a Drg può finire con l'assomigliare moltissimo ad uno dei sistemi di finanza-

mento considerati ad esso alternativi, quello del "budget complessivo di ospedale".

Quali sono stati gli effetti a livello nazionale dei Drg?

Tra gli effetti positivi, difficilmente contestabili, vanno annoverati: il contenimento della spesa ospedaliera, il cui incremento è stato inferiore a quello della spesa sanitaria complessiva e la riduzione del 24% della durata media della degenza (da 8,9 a 6,9 giorni). Si può perciò affermare che l'obiettivo di ottenere una maggiore efficienza ospedaliera è stato raggiunto. Va comunque segnalato un incremento del tasso di ospedalizzazione e l'aumento del numero di casi di ricovero con complicanze, anche se non è possibile affermare in che misura ciò sia imputabile ad un effetto di distorsione, dovuto al sistema Drg.

Certamente non è stato raggiunto uno degli obiettivi attesi: la forte crescita della

Accreditamento: nuova sentenza

Il Consiglio di Stato ha precisato - con sentenza n. 1215/2006 del 8 marzo scorso - che **in campo sanitario non è consentita l'associazione di un pro-**

fessionista accreditato con un altro professionista non accreditato. Con questa sentenza è stato respinto, infatti, il ricorso in appello di un professionista accreditato con la Regione Puglia al quale è stata negata la possibilità di operare la trasformazione della sua struttura,

provvisoriamente accreditata, con l'associazione realizzata con la figlia. L'appellante aveva richiesto alla Regione di trasferire l'autorizzazione e l'accreditamento transitorio della struttura sanitaria, di cui egli era titolare, all'associazione professionale costituita con la figlia.

quota di mercato in mano ai privati, ma questo probabilmente dipende da una scelta politica, condivisa dalla maggior parte delle Regioni. Non sono poche le difficoltà - non del tutto previste - che il sistema ha creato nel rapporto tra i medici di medicina generale e i loro assistiti, che sono decisamente poco propensi ad accettare l'eliminazione di alcuni tipi di ricovero, in particolare di quelli per accertamenti. Inoltre è mal tollerato il fenomeno delle dimissioni precoci, che crea disagi ai familiari e problemi enormi per l'assistenza degli anziani soli. Si ritiene che l'intasamento dei reparti di Pronto soccorso sia dovuto anche a queste cause.

Del tutto inattese sono le proporzioni raggiunte, in Italia, dal fenomeno dell'uso scorretto dei Drg, che va dai ricoveri inappropriati ai veri e propri fatti dolosi: l'inappropriatezza, per i 43 Drg indicati nell'allegato 2C dei LEA, supera il 90% (ASSR, 2002); per quanto riguarda i fatti dolosi (ricoveri mai avvenuti; falsificazione dei codici informatici; duplicazione di richieste di rimborso etc.), nella sola Lombardia, nel 2004, sono state comminate sanzioni per 1 milione di euro e la Guardia di Finanza ha recupe-

rato 3,5 milioni di euro, che erano stati truffati.

All'estero l'impatto del pagamento a prestazione è stato analogo a quello italiano?

Nel Regno Unito, che ha un sistema sanitario comparabile al nostro, l'introduzione nel 1989 del pagamento a prestazione ha migliorato l'efficienza degli ospedali, ma la concorrenza tra gli stessi non ha portato ad un soddisfacente aumento della qualità delle cure. Si è cercato di porvi rimedio con l'Health Act del 1999, che ha avviato un apposito programma decentrale, denominato "Clinical Governance". Assai minori sono state, in quel paese, le scorrettezze. Probabilmente ciò si deve al fatto che il sistema del denaro al seguito del degente è stato - sia pure con molta cautela - utilizzato per ridimensionare la rete ospedaliera, eliminando gli ospedali meno efficienti. Questo in Italia non è avvenuto: gli ospedali sono in eccesso e cercano di finanziarsi aumentando la quantità delle prestazioni in maniera non commendevole.

E' giunto il momento di superare il sistema di pagamento a Drg?

In primo luogo va detto che non esiste una modalità di

finanziare i ricoveri che sia priva di controindicazioni, che non abbia punti di debolezza e che renda impossibili i comportamenti dolosi. Sceglierne una, per le opportunità che offre, è un tipico esempio di decisione strategica: perché è di elevata complessità e perché ha ripercussioni, a lungo termine, sull'intero sistema sanitario.

Come tale è una decisione che, in ultima analisi, spetta ai politici, ma che è, inevitabilmente, condizionata da un'altra decisione politica: quella sulla dimensione della rete ospedaliera. Quella italiana, dopo anni di finanziamento a "piè di lista", è ipertrofica ed il passaggio al pagamento a prestazione, poteva essere un meccanismo utile per decidere dove effettuare i tagli, liberando risorse per potenziare l'assistenza territoriale. Se, però, le aspettative della cittadinanza non consentono di procedere in tal senso, si pone il problema di modificare il sistema di pagamento delle Aziende ospedaliere autonome e ciò al fine di porre un freno agli abusi, che - è facile prevederlo - continueranno a crescere, fintanto che avremo più ospedali del necessario e li finanzieremo a prestazione.

Stefano Alice

Il rischio clinico nell'attività operativa del medico

Un'analisi sui numerosi fattori, misconosciuti, ignorati o a volte celati, che contribuiscono ad implementare il rischio clinico.

Il dibattito sul rischio clinico si sta diffondendo sempre più sia a livello mondiale che a livello nazionale e locale. E' quindi sicuramente importante chiarire il significato del rischio clinico e della sua gestione anche al fine di favorirne la diffusione.

Anche la Regione Liguria si sta occupando di questo aspetto della gestione sanitaria che senza dubbio vede come protagonisti i medici, i quali, partecipando direttamente o indirettamente ai nuclei di gestione del rischio clinico possono, attraverso la segnalazione alle Direzioni generali dei problemi organizzativi emersi, incidere efficacemente per migliorare la loro attività clinica e di conseguenza la sicurezza per i pazienti.

Ci sembra utile, inoltre, presentare *un piccolo glossario* sull'argomento tratto dalla rivista nazionale "QA" (periodico organo della Società italiana di verifica e revisione per la qualità della assistenza sanitaria).

Rischio clinico: è quell'insieme di errori attivi o latenti che possono essere imputabili al singolo operatore o a problemi organizzativi.

Gestione del rischio clinico o "Risk management": è quel complesso di azioni messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza del paziente (ne fanno parte l'analisi reattiva e



quella proattiva).

Analisi reattiva: modello metodologico per l'analisi del rischio che si basa sulla valutazione retroattiva degli eventi e finalizzato all'identificazione delle cause che ne hanno consentito lo sviluppo. E' un approccio essenzialmente correttivo.

Analisi proattiva: è un modello metodologico per l'analisi del rischio mirato all'individuazione e all'eliminazione delle criticità prima che l'incidente si verifichi. E' un approccio essenzialmente preventivo.

Con il termine "*rischio clinico*", dunque, si intende la probabilità che un paziente sia vittima di un evento cosiddetto avverso, vale a dire che sia vittima di un qualsivoglia "danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causi un prolungamento del periodo di ricovero, un peggioramento delle condizioni di salute ovvero il decesso" (Kohnn – 1999).

Il Rischio Clinico può essere arginato, se non prevenuto, con iniziative, dette di "Risk management" che possono essere messe in atto a livello di singola struttura sanitaria ed aziendale in ambito regionale e nazionale e che devono prevedere strategie di lavoro che includano la partecipazione di molteplici

figure che lavorano in ambito sanitario.

Un'applicazione ed un'attivazione efficace del sistema di "Risk management" si sviluppa in successive e multiple fasi (già definite a livello internazionale) quali la conoscenza e l'analisi dell'errore, l'individuazione e la correzione delle cause di errore, il monitoraggio delle misure messe in atto per la prevenzione dell'errore, l'incremento e la volontà attiva di applicazione delle soluzioni proposte, la definizione di un programma articolato e comprendente tutte le aree in cui l'errore si può manifestare nell'interezza del processo clinico - assistenziale del paziente, la valutazione della diffusione dell'errore attraverso studi di tipo statistico - epidemiologico.

Nondimeno, accanto ed interagente con il *rischio clinico*, si colloca l'annoso problema della "Medical malpractice", la cui eziologia multifattoriale può essere così schematizzata:

- ◆ **maggior aspettativa di risultati da parte dell'utenza;**
- ◆ **desiderio impellente non solo guarire, ma anche migliorare la propria qualità di vita;**
- ◆ **aumento delle patologie curate dai sanitari;**
- ◆ **evoluzione dei mezzi di cura e diagnosi;**
- ◆ **errore scientifico per conoscenze imperfette.**

Sussistono, a tale proposito, orientamenti giurisprudenziali la cui ratio è necessario segnalare quale punto di riferimento medico - giuridico nella interpretazione del danno da "malpractice".

Questi orientamenti, se da un lato riconoscono la tendenza ad ammettere una responsabilità delle strutture anche in ambito penale, dall'altro prospettano l'inclinazione verso il riconoscimento di una responsabilità professionale di tipo contrattuale del medico dipendente, con termine di prescrizione decennale e conseguente fenomeno delle denunce tardive, oltre alla individuazione del principio di

"perdita di chances" di sopravvivenza da parte del paziente per omesso intervento del professionista.

Numerosi altri fattori contribuiscono ad implementare il *rischio clinico*; tali fattori, siano essi misconosciuti, ignorati e, a volte celati dagli operatori e dai colleghi, sono più rilevanti di quello che si pensi e sottendono spesso profili di responsabilità che vanno oltre quelle del singolo medico ma estendono e, talora, concentrano l'onere ai sistemi organizzativi (Direzione sanitaria, amministratori, politici e legislatori).

In questa sede, le cause di errore medico, in termini di ergonomia dell'ambiente di lavoro, andranno inquadrata in diversi fattori quali:

- ◆ **carico di lavoro eccessivo;**
- ◆ **supervisione inadeguata e/o fallimento di meccanismi preventivi;**
- ◆ **struttura edilizia dell'ambiente di lavoro o tecnologie inadeguate;**
- ◆ **comunicazione inadeguata fra operatori;**
- ◆ **competenza o esperienza inadeguate;**
- ◆ **ambiente di lavoro stressante;**
- ◆ **recente e rapida modificazione dell'organizzazione di lavoro;**
- ◆ **obiettivi in conflitto (per esempio tra limiti economici dell'assistenza ed esigenze cliniche);**
- ◆ **rapida modificazione dell'organizzazione del lavoro.**

Situazioni queste che, in termini di strategie preventive pluridirezionali, possono essere schematizzate come riportato qui a fianco (*da Reason: BMJ Publ. Group, 31-54, 1995*). Le conseguenti "figure di responsabilità" che insorgono saranno da ricercarsi nella responsabilità dell'organizzazione interna della divisione (direttore/primario), nella responsabilità per inefficienza e/o difetti delle attrezzature sanitarie (figure professionali del direttore

Obbligo di guarire: esistono interventi chirurgici di routine?

Risale al 15 marzo un'interessante sentenza del Tribunale di Monza in tema di responsabilità medica. La decisione segna l'ultimo passo nel percorso che porta sempre più spesso i chirurghi a rispondere in sede civile e penale per gli interventi effettuati: sulla scia delle esperienze straniere, e soprattutto di quella statunitense, anche in Italia si stanno moltiplicando le azioni giudiziarie nei confronti di medici, con un'esplosione non sempre condivisibile del catalogo della

malpractice.

La decisione in commento, ove confermata nei successivi gradi di giudizio, segnerebbe una svolta radicale e criticabile in tema di responsabilità del medico chirurgo e del correlato onere della prova.

Procedendo con ordine, il giudizio prende spunto dalla causa intentata da una paziente nei confronti di un chirurgo e dell'Azienda ospedaliera teatro di tre successivi interventi volti a rimuovere un'ernia del disco. Tali inter-



amministrativo, del direttore sanitario e del direttore generale), nella responsabilità per carenza di presidi adeguati sul territorio (figure politico - amministrative).

Pare opportuno ricordare il dettato della Corte di Cassazione Sez. IV Penale n. 10093, che insegna: "Ferme le più specifiche competenze del Direttore sanitario, va ascritta alla penale responsabilità del Direttore amministrativo della struttura ospedaliera, a titolo di colpa, la morte della paziente in seguito a intervento chirurgico, nel caso che questi non predisponga un'organizzazione almeno sufficiente e tale comunque da rendere possibile almeno quel minimo d'assistenza notturna post-operatoria che tutti gli interventi

chirurgici eseguiti in anestesia impongono". Appare evidente, quindi, come occorra una formazione degli operatori e delle organizzazioni sanitarie per garantire un clima organizzativo non punitivo che superi la cultura del silenzio e della colpevolizzazione dell'errore. In tal senso, l'obiettivo che ci proponiamo è quello di analizzare e rendere noto come viene gestito il "rischio" nelle varie realtà ospedaliere genovesi, sempre attenti ad istanze e suggerimenti dei colleghi interessati ad un argomento così attuale ed in fase di continua evoluzione.

Maurizio Leone, Ersilio Gavino, Ernesto Nardelli, Michele Paccione, Francesco Ventura, Andrea Molinelli

venti non hanno risolto la patologia della paziente, facendo anzi insorgere un'ulteriore sindrome da failed back surgery, cioè da intervento medico non riuscito: a ciò è stato posto rimedio solo mediante un quarto intervento chirurgico.

Soffermandosi in particolare sul titolo e sulle origini della responsabilità, si noti anzitutto che il Tribunale riconosce una responsabilità da inadempimento di obbligazioni sia in capo all'Azienda ospedaliera, controparte di un rapporto contrattuale (cfr. Cass., S.U., sent. n. 13533/2001), sia in capo al chirurgo, tenuto ad osservare obblighi di protezione (cfr. Cass., sent. n. 589/1999).

Ma il punto di maggiore interesse riguarda la classificazione degli interventi chirurgici come "di facile esecuzione", oppure "di difficile esecuzione". I primi, cioè gli interventi cd. di routine, sono quelli che "vengono effettuati secondo regole tecniche che, per comune consenso e consolidata sperimentazione, sono ormai acquisite alla scienza e alla pratica medica". Gli interventi difficili, per contro, si hanno "quando il caso concreto sia straordinario od eccezionale, si da non essere adeguatamente studiato dalla scienza medica e sperimentato nella pratica (se non addirittura ignoto) ovvero quando nella scienza medica siano proposti e dibattuti diversi, ed incompatibili tra loro, sistemi diagnostici, terapeutici e di tecnica chirurgica, tra i quali il medico operi la sua scelta" (cfr. Cass., sent. n. 2428/1990). Ebbene, per gli interventi cd. di routine il Tribunale ritiene che il chirurgo abbia una vera e propria obbligazione di risultato: il medico, cioè, non deve solo compiere l'intervento con diligenza e con il rispetto delle *leges artis*, ma è tenuto a guarire il paziente. Se l'intervento, pur eseguito con diligenza, non porta i risultati sperati, il medico risponde

per inadempimento dell'obbligazione secondo lo schema probatorio dell'art. 1218 del codice civile. In altre parole, se il medico non riesce a dimostrare il caso fortuito, deve risarcire il danno.

La decisione in commento, ultima tappa della radicalizzazione della responsabilità da malpractice, si presta a più di una considerazione critica. Se, infatti, a livello teorico è condivisibile una gradazione della responsabilità e della colpa in rapporto al diverso tipo di intervento operatorio, tuttavia non paiono ammissibili rigide classificazioni in astratto sulla difficoltà o meno degli interventi: non esistono interventi di routine, dovendosi valutare il caso specifico che non può mai dirsi del tutto scevro di rischi o di possibili complicanze, anche inaspettate. Non solo, le definizioni riportate nella sentenza impongono di considerare di facile esecuzione la gran parte degli interventi chirurgici, con il rischio di aumentare ulteriormente ed in modo incontrollato il contenzioso giudiziario tra medici, strutture ospedaliere e pazienti.

Senza riprendere in questa sede i tecnicismi giurisprudenziali, è da ritenersi corretto e non superabile l'orientamento della Corte di cassazione (cfr. Cass. civ., sez. III, sent. n. 589/1999) in base al quale anche in caso di interventi effettivamente di semplice esecuzione, l'obbligazione del medico non è quella di assicurare il risultato della guarigione, bensì quella di fornire buone cure, ovvero le prestazioni più adatte - secondo la diligenza imposta dalle regole dell'arte medica - nel caso specifico: le conclusioni cui giunge la sentenza qui annotata paiono dunque apodittiche e non condivisibili. (lorenzo.cuocolo@unibocconi.it).

Lorenzo Cuocolo

Docente di Istituzioni di diritto pubblico
Università "L. Bocconi", Milano

Esiste un pensiero di gruppo?

Gli psicanalisti di gruppo riconoscono un inconscio comune, sociale, che aiuta l'individuo a sostenere paure solitarie e primitive, tramite il confronto con gli altri.

L'amico e collega Piero Lazzia si mostra insoffrente dei luoghi comuni che tanto affliggono noi italiani, del tipo: i genovesi sono avari, i siciliani sono prepotenti, i bolognesi sono superficiali, ecc... Non è vero, egli dice, sono solo pregiudizi, che impediscono la conoscenza ed i rapporti tra persone. Come dargli torto? Chi di noi, affermerebbe, a cuor leggero, di avere dei preconcetti?

Eppure... io sostengo che tutti li abbiamo e che non ce ne accorgiamo; sono processi inconsci, difensivi, che a volte ci difendono per davvero, altre volte ci impediscono di apprendere dall'esperienza ed imparare cose nuove.

E ciò non riguarda solo il singolo, l'inconscio individuale.

Non solo ci portiamo dentro i traumi e le difese della nostra infanzia, ma abbiamo anche un inconscio sociale, derivato dal nostro gruppo familiare, dai nostri antenati e dalla cultura del grande gruppo, del popolo in cui siamo nati; valori e modalità, che non sappiamo di avere e che escono fuori in momenti par-

ticolari o traumatici della nostra vita.

Alla ragione, e alle teorie scientifiche oggettive, spiazzante pensare che non siamo padroni in casa nostra. Una buona istruzione, un pensare politicamente corretto, avere i giusti valori, una conoscenza non offuscata da pregiudizi, sembrano le cose necessarie e sufficienti ad un corretto pensiero e comportamento. Ma, ahimè, non è così. Il nostro encefalo non è costituito solo dal neo-pallio e non sempre il lobo frontale garantisce la sua supremazia. Ci sono anche i nuclei della base, l'archipallio, i centri nervosi che gestiscono gli umori ed le emozioni più profonde, le paure, i desideri istintivi, le rabbie, tutti fenomeni di cui per lo più siamo inconsapevoli, e che solo attraverso un esame indiretto e riflesso ci permette a volte di conoscere; come quando passiamo all'improvviso davanti ad uno specchio e riusciamo a vederci in modo diverso, più vero, perché non ce l'aspettavamo, non ci eravamo preparati.

Ciò di cui sto parlando non

riguarda oggetti mentali di poco conto, primitivi, che potremmo anche evitare di conoscere; **si tratta invece di strutture mentali e contenuti tematici potenti, che influenzano il nostro agire cosciente** e spesso sono utili per preservarci, diremmo noi "intuitivamente", da dolori o ferite, come quando istintivamente evitiamo una data persona o un dato appuntamento apparentemente anodino, ma che in realtà ci farebbe rivivere situazioni a noi sgradite. A volte queste stesse strutture inconsce ci aiutano a prevedere il futuro, perché costituiscono quei segni premonitori così spesso descritti dagli antichi libri di storia, o più semplicemente fanno parte di quella caratteristica che un po' sciovinisticamente definiamo "intuito femminile"; infatti ci permettono di intuire una realtà, futura, che ci sfugge: "memorie dal futuro" le ha chiamate, quasi un film hollywoodiano, lo psicanalista inglese W. Bion.

Tornando ai nostri pregiudizi, non so se queste modalità di pensiero inconsce le appren-

diamo col latte materno, oppure sono inscritte nei geni, se cioè sono frutto di un'educazione e di una relazione primitiva con la madre oppure le ereditiamo.

Il biologo inglese R. Dawking ha cercato di dare una risposta "biologica" al problema, ipotizzando l'esistenza dei "memi" che, similmente ai geni, trasportano da un individuo all'altro, per via sociale (imitazione) o transgenerazionale, un determinato corredo di informazioni culturali: così dai nostri padri ereditiamo non solo il colore dei capelli, ma anche la destrezza di utilizzare un determinato strumento, oppure l'amore per la musica oppure...l'avarizia!!

Gli psicanalisti di gruppo invece preferiscono immaginare un inconscio comune, sociale, che ci permette di sviluppare determi-

nati pensieri, tramite il confronto e il rispecchiamento negli altri. Un inconscio gruppale che aiuta l'individuo a sostenere paure solitarie e primitive, per esempio di essere distrutti, abbandonati, di diventare matti, di scomparire (che clinicamente si mostrano come le fobie, gli attacchi di panico, le paralisi depressive ecc...).

Sembra proprio che **il vivere in comune, nei piccoli e grandi gruppi, faccia bene alla salute mentale**, perché non solo ci aiuta a pensare alla grande e con una maggiore capacità di selezionare la soluzione migliore, ma anche ci aiuti ad affrontare, condividerle, forti emozioni e drammi che frequentemente sono sul nostro cammino.

Perciò cerchiamo di guardare anche con occhio scientifico le funzioni del gruppo familiare, che non sono solo quel-

le del *remedium concupiscentiae* e della *procreatio prolis*, ma assolvono anche a funzioni di contenimento di emozioni senza nome.

E siamo anche un po' benevoli verso i nostri Ordini professionali, le associazioni scientifiche, le équipes di lavoro, perché, oltre a essere il luogo della scienza e del potere, sono anche funzionali a sostenerci, inconsciamente, dandoci un'appartenenza ed un luogo di sfogo di dinamiche distruttive e autodistruttive sempre presenti in noi. Perciò chissà se anche io, che mi considerano di ampie vedute e cittadino del mondo, alla fine, posto sotto stress o di fronte a problemi emotivi irrisolvibili, non tiri fuori un po' dell'avarizia, che tanto sembra aver caratterizzato i miei avi? Sarò anche importatore di qualche meme genovese?

Roberto Ghirardelli

INSEZIONE PUBBLICITARIA



**Il Software di cui hai bisogno
i Professionisti che cerchi**

Informatizzazione delle strutture medico-sanitarie



O.Si Organizzazione e Sistemi S.n.c. - Passi Gianni e Dario S.r.l.

Via Carzino 2A/1A Genova - Cell. 348 5862913 Fx 010 4693336 info@osi-ge.com

Polizza sanitaria Enpam: al via il rinnovo

Il 31 maggio 2006 scade il termine di adesione o di rinnovo per l'annualità 1 giugno 2006 - 31 maggio 2007 alla polizza sanitaria Enpam. Come per lo scorso anno, la polizza prevede il rimborso delle spese sostenute a seguito di ricovero con intervento chirurgico anche in regime di day hospital ed intervento ambulatoriale, delle spese sostenute per trattamento domiciliare o ricovero per "Grave Evento morboso" con invalidità permanente pari al 66% e delle spese per cure oncologiche senza intervento chirurgico.

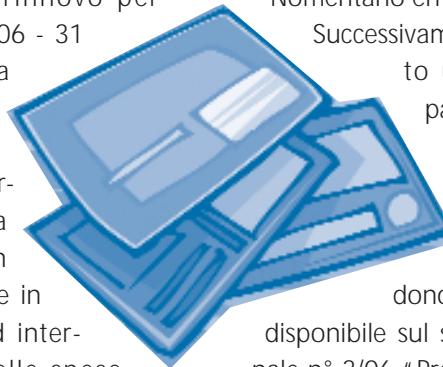
Modalità di adesione e rinnovo della polizza

Per quanto riguarda le prestazioni sono identiche a quelle in convenzione lo scorso anno. Anche le tre tariffe di premio sono rimaste invariate:

- euro 150,00 per il medico o il superstite;
- euro 300,00 per il medico o il superstite e per il proprio nucleo familiare (se composto da una sola persona);
- euro 400,00 per il medico o il superstite e per il proprio nucleo familiare (se composto da due o più persone).

Tutti coloro che hanno aderito lo scorso anno riceveranno a casa il bollettino MAV per il pagamento del premio annuale corrispondente all'adesione già espressa.

Qualora si desideri apportare delle variazioni (inserimento o modifica del numero dei componenti) o si intende aderire per la prima volta si dovrà compilare il modulo di adesione che dovrà essere trasmesso alla Fondazione



Enpam - Casella Postale 7216 - 00100 Roma Nomentano entro il 31 maggio 2006.

Successivamente all'adesione verrà inviato un nuovo bollettino per il pagamento del premio.

Il modulo di adesione sia per coloro che desiderano apportare delle modifiche sia per coloro che intendono aderire per la prima volta, è disponibile sul sito www.enpam.it, sul giornale n° 3/06 "Previdenza Medica" o presso la sede dell'Ordine.

Attenzione: se rispetto all'anno scorso non vi sono modifiche, non occorre rinviare il modulo.

Compilazione del modulo di adesione e di autocertificazione

Nel "modulo di adesione o di autocertificazione" dovrà essere barrata l'opzione prescelta tra le tre offerte e dovrà essere, assolutamente, apposta per tre volte la firma.

Nel caso in cui vengano assicurati i familiari, dovrà essere compilata la parte sottostante, inserendo i dati anagrafici degli stessi. In calce al modulo l'assicurato principale dovrà ripetere la propria firma e dovrà firmare anche il coniuge (o il convivente more-uxorio) ed i figli se maggiorenni ed assicurabili mentre nel caso di minori, dovrà essere il genitore iscritto all'Enpam ad apporre la propria firma, annotando nome e cognome, in stampatello, del minore per il quale firma.

Versamento del premio assicurativo

Il versamento del premio dovrà essere effettuato tramite bollettino MAV, trasmesso dall'Enpam agli interessati. **Pertanto anche i pensionati non pagheranno più tramite la trattenuta sulla pensione.**

Per i nuovi aderenti o per i rinnovi se il pagamento del premio avviene comunque entro il termine del 31 luglio 2006, la decorrenza sarà del 1 giugno 2007.

In caso di smarrimento del bollettino è possibile rivolgersi al n° 800248464 della Banca Popolare di Sondrio.

Si consiglia di conservare il tagliando del Mav che attesta il pagamento poiché non è previsto l'invio da parte dell'Enpam di documentazione che attesti l'adesione.

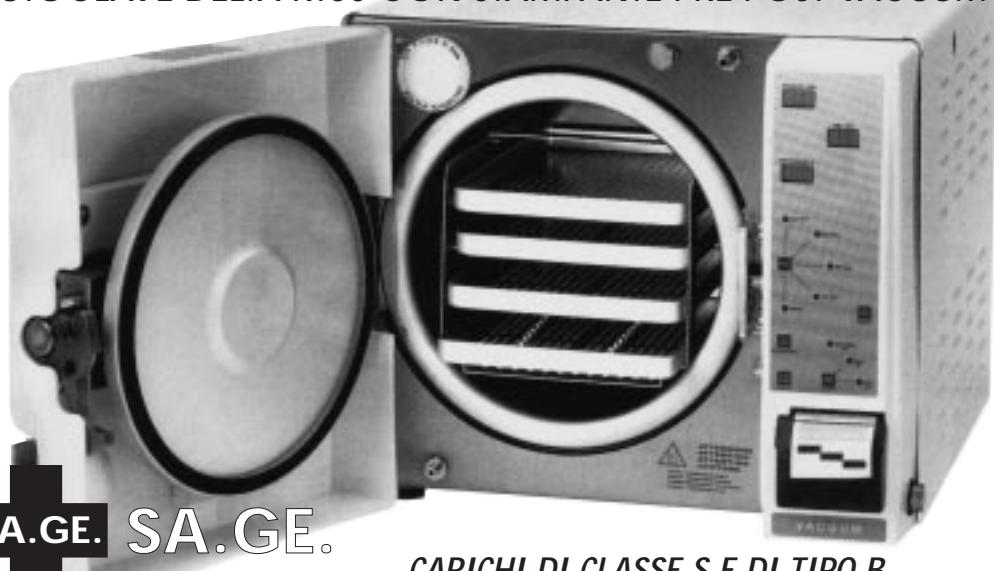
Per tutte le informazioni riguardanti la polizza è in funzione il call center 199168311 oppure presso l'Enpam tel. 06 48294925.

I versamenti delle asl ai fondi speciali Enpam

Situazione al 30 aprile 2006 - a cura di Maria Clemens Barberis

A.S.L.	AMBULATORIALI E MED. SERVIZI	GENERICI E PEDIATRI	GUARDIA MEDICA	MEDICI DEL TERRITORIO	SPECIALISTI CONV. ESTERNI
N. 3 Genovese	febbr. e marzo '06 cong. '01/'02 '04/'05	dic. '05, genn. '06 cong. '01/'02 '03/'04	dic. '05, genn. e febbr. '06 cong. '01/'02/e '05	dic. '05, genn., febbr. '06 cong. '02 e '05	ott./nov. '05 Dpr 119/120
N. 4 Chiavarese	dic. '05, genn., febbr. e marzo '06 aprile '06	dic. '05, genn. e febbr. '06	dic. '05, genn., febbr. e marzo '06 aprile '06	dic. '05, genn., febbr. e marzo '06	dic. '05, genn. febbr. e marzo '06

AUTOCLAVE DELTA RT50 CON STAMPANTE PRE-POST VACUUM



SA.GE. **SA.GE.**

CARICHI DI CLASSE S E DI TIPO B

SA.GE. Articoli Sanitari

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

La crittografia per una comunicazione sicura

Con l'incremento delle tecnologie informatiche è sempre più importante trovare nuove procedure per rendere i passaggi di informazioni totalmente sicuri.

Già dai tempi degli antichi romani erano stati sviluppati sistemi per cifrare i messaggi scritti in modo da renderli illeggibili da chi non era in possesso della chiave per decifrarli.

L'esigenza della comunicazione sicura di informazioni è quindi vecchia di molti secoli e oggi, a causa della progressivo incremento nell'utilizzo delle tecnologie informatiche, diventa sempre più importante.

Proprio come anticamente si sostituivano le lettere di un messaggio con simboli e numeri, seguendo un preciso criterio di codifica, in informatica sono stati implementati algoritmi di crittografia che trasformano i bit che costituiscono un documento digitale. Gli algoritmi definiti "a chiave simmetrica" prevedono che per criptare e decriptare un documento digitale sia necessario un algoritmo di codifica e una parola chiave (o password). Se A vuole inviare un documento a B, lo codifica usando una parola chiave che B conosce. Se durante l'invio il documento viene intercettato, anche conoscendo l'algoritmo utilizzato per la codifica, non sarà possibile leggerlo in quanto non si conosce la password. Questo implica che A e B devono essersi preventivamente accordati sulla parola chiave e che quindi questa non debba essere inviata insieme al documento. Il grande svantaggio di questo sistema è la comunicazione sicura della password, che, se



intercettata, vanifica l'intero procedimento di crittografia. Per superare questo problema sono stati inventati algoritmi di crittografia a chiave asimmetrica (W. Diffie, M. Hellman, 1976).

Capire la crittografia a chiave asimmetrica

La crittografia a chiave asimmetrica, si basa sul principio che è possibile generare una coppia di chiavi (costituite ciascuna da un piccolo file costituito da dati opportunamente codificati) che possiedono le caratteristiche di poter essere generate nello stesso momento, di essere uniche, reciprocamente speculari ed associate ad una password nota solo a chi le ha generate. Una delle due chiavi è definita chiave pubblica e l'altra chiave privata. Caratteristica fondamentale della coppia è che, tramite i processi di crittografia, la chiave pubblica può lasciare su un documento elettronico una "impronta", che solo la rispettiva chiave privata può riconoscere, e viceversa. La chiave pubblica può e deve essere diffusa il più possibile, possibilmente anche tramite siti internet appositi definiti "public key server" (es. <http://pgp.mit.edu/>) che raccolgono grandi quantità di chiavi pubbliche associate al nome ed all'email del proprietario, con lo scopo di formalizzarle ed ufficializzarle, un po' come per i numeri di telefono in un elenco telefonico. La chiave privata deve invece essere custodita accurata-

mente dal proprietario, così come la password associata.

Immaginiamo adesso che A e B siano due utenti, ciascuno proprietario di una coppia di chiavi. Per semplicità supponiamo che A e B, dopo aver generato le proprie chiavi, si siano incontrati di persona ed abbiano scambiato le proprie chiavi pubbliche a mano (in modo da eliminare passaggi intermedi così che A sia assolutamente certo di avere la vera chiave pubblica di B e viceversa). Adesso A vuole mandare a B un testo, oppure un file qualsiasi (un'immagine, un programma, la copia di un documento, ecc), per cui, utilizzando l'apposito software, A critta il file con la chiave pubblica di B e glielo spedisce tramite posta elettronica (oppure lo trasferisce su un supporto fisico, come un CD e glielo spedisce per posta tradizionale). B riceve il file e, con il medesimo software, lo decripta utilizzando la propria chiave privata. Ciò può avvenire in quanto il software, utilizzando la chiave pubblica di B, ha trasformato il file in un pacchetto di dati assolutamente illeggibile da chiunque non sia in possesso delle chiavi private di B (persino dallo stesso A!). In questo modo i dati contenuti nel file sono completamente inutilizzabili da un eventuale malintenzionato che li intercetti. Una volta che B ha ricevuto il file, è certo che chi glielo ha inviato lo ha crittato con la sua chiave pubblica, ma non può essere certo che a mandarglielo sia stato proprio A. Questo problema si risolve in maniera esattamente speculare.

Immaginiamo infatti che A voglia che B abbia la certezza

che il file provenga proprio da lui: quando lo critta per inviarglielo utilizzando la chiave pubblica di B, effettuerà un processo di firma, utilizzando la propria chiave privata, in modo che B, ricevuto il file, oltre a decriptarlo, potrà verificare, mediante la chiave pubblica di A, che questo provenga proprio da lui. In questo modo è stata effettuato tra A e B un trasferimento di informazioni assolutamente riservato ed autenticato. Si noti che non è possibile ricostruire una chiave partendo dall'impronta che ha lasciato su un file e che tentare di decriptare il file senza l'apposita chiave privata è un processo che richiede una capacità di calcolo tale da risultare praticamente impossibile.

E' stato infatti stimato che per forzare una chiave simmetrica a 128 bit o una chiave asimmetrica a 2048 bit, sarebbe necessaria la potenza di calcolo di tutti i computer esistenti sulla terra che lavorano per un tempo pari all'età dell'universo come lo conosciamo oggi (The Feasibility of Breaking PGP, <http://axion.physics.ubc.ca/pgp-attack.html>).

Applicazioni della crittografia

Al fine di semplificare le procedure di crittografia, sono stati sviluppati sistemi che gestiscono il tutto in maniera che l'u-

tente non debba preoccuparsi di sapere il comando di codifica, quello di decodifica, quello di firma, ecc..

Quando ci collegiamo al sito internet della nostra banca per ottenere un estratto conto, il nostro browser (Mozilla Firefox, Internet Explorer, Netscape, ecc.) stabilisce una



connessione sicura con il server della banca utilizzando un protocollo detto Secure Sockets Layer (SSL) che implementa algoritmi di crittografia sia a chiave asimmetrica che a chiave simmetrica. I browser sono i programmi che utilizziamo più frequentemente che fanno uso della crittografia.

Nel 1991 Philip Zimmermann ha reso disponibile gratuitamente un software chiamato "Pretty Good Privacy" (PGP), che implementa algoritmi di crittografia a chiave asimmetrica per la codifica di documenti ed in particolare per le email. Divenuto il più famoso software di crittografia al mondo, PGP è stato oggetto di procedure giudiziarie da parte del governo degli Stati Uniti, fino ad essere stato acquistato da una grande azienda informatica. Prendendo spunto da PGP, sono stati sviluppati software analoghi a codice aperto (open source) e quindi liberamente distribuibili e modificabili (GnuPG, <http://www.gnupg.org> e OpenPGP, <http://www.openpgp.org/>).

L'email certificata

I messaggi di posta elettronica, o email, normalmente sono inviati come testo in chiaro, senza alcuna procedura di crittografia che garantisca la privacy dei contenuti. Il messaggio, transitando su vari server fino a raggiungere la mailbox del destinatario, è teoricamente leggibile da chiunque abbia accesso ai computer su cui transita.

A seguito del D.P.R. 11 Febbraio 2005 n.68 è stata introdotta in Italia l'email certificata, facendo seguito ad un processo di sensibilizzazione nei confronti delle nuove tecnologie che ha avuto inizio nel 1997, con la pubblicazione di decreti in merito alla firma digitale dei documenti.

L'email certificata sfrutta un meccanismo analogo a quello della crittografia a chiave

asimmetrica, per garantire non solo che il messaggio possa essere letto dal legittimo destinatario, ma anche che quest'ultimo possa essere certo dell'identità del mittente. Secondo il decreto citato, l'email certificata assume valore analogo a quello della lettera raccomandata con ricevuta di ritorno; come facilmente intuibile, questo sistema sostituirà progressivamente l'utilizzo della posta cartacea, a partire dalla Pubblica Amministrazione. In breve, il funzionamento dell'email certificata prevede che l'utente invii l'email ai server di aziende accreditate tramite collegamento criptato, l'email viene quindi autenticata e certificata ed inviata alla casella di posta del destinatario, anch'essa localizzata nell'ambito di un server di azienda accreditata. Viene verificata la provenienza e l'autenticità dell'email e, se tutto è in regola, questa viene custodita nella casella di posta del destinatario che, a sua volta con un collegamento criptato, potrà leggerla. Il procedimento permette di garantire l'autenticità del mittente, ma anche che email pubblicitarie o comunque indesiderate (vedi "spam"), oppure virus informatici vengano automaticamente identificati. Il mittente riceverà un messaggio equivalente alla ricevuta di ritorno, nel momento in cui il destinatario ha correttamente ricevuto l'email.

Sebbene siano già disponibili programmi che utilizzano sistemi a chiave simmetrica per inviare documenti e messaggi, questi richiedono un certo livello di competenza informatica, che ne preclude l'utilizzo su ampia scala. Al momento la posta elettronica certificata è in fase di implementazione e sarà destinata ad una diffusione sempre più capillare, così come l'utilizzo delle nuove tecnologie.

Lucio Marinelli
Commissione New Technology

Formazione ECM: a giugno si cambia

Entro il 31 maggio verrà presentato il nuovo Piano nazionale per l'aggiornamento del personale sanitario 2005-2007.

Sul progetto dell'ECM, la professione medica ha avuto cocenti delusioni, è per questo che siamo arrivati a scelte drastiche, come quella di abbandonare la Commissione Nazionale Ecm: vi si può ritornare, ma è importante che cambino alcuni presupposti, e avere garanzie per poter finalmente svolgere appieno il nostro ruolo".

Con queste parole Amedeo Bianco, neo presidente della Fnomceo, ha aperto i lavori del Comitato Centrale. L'assenza di un ruolo più incisivo dell'Ordine, quale garante

della correttezza di tutto il sistema ECM fu, infatti, la principale motivazione che indusse il Consiglio Nazionale - nel luglio del 2004 - a chiedere a tutti i suoi rappresentanti di abbandonare la Commissione ECM. Naturalmente potrà essere solo il Consiglio Nazionale - come del resto Bianco ha ribadito - a cambiare questa impostazione.

Claudio Mastroccola, direttore generale del Dipartimento della Qualità del Ministero della Salute, ha ribadito la necessità che la Federazione torni, quanto prima, a ricoprire

il suo ruolo fondamentale all'interno delle problematiche della Formazione ECM dando una notizia: tutta la formazione medica è stata ripensata e rivisitata e dovrebbe ripartire con nuovi presupposti. A giugno si cambia: entro il 31 maggio, infatti, verrà presentato il nuovo Piano nazionale per l'aggiornamento del personale sanitario 2005-2007 in base allo schema (di cui riportiamo di seguito il testo) approvato da Stato-Regioni dopo aver apportato alcune significative modifiche richieste dalle Regioni.

Il testo dello schema approvato

Premesso che:

- gli accordi sanciti dalla Conferenza Stato-Regioni il 20 dicembre 2001, il 13 marzo 2003 e il 20 maggio 2004 hanno consentito l'avvio a partire dal 2002, dell'accreditamento a regime dei singoli eventi residenziali e l'avvio, nel 2004, del sistema di accreditamento sperimentale regionale e/o nazionale dei soggetti pubblici e privati che svolgono attività formative residenziali a distanza, nonché formazione sul campo;
- l'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, ha inserito tra gli obiettivi che le Regioni devono conseguire, al fine di ottenere l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato per le risorse

destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale, la realizzazione del "Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario 2005-2007", coerentemente con il Piano sanitario nazionale;

- il Piano sanitario nazionale 2003-2005 ha individuato, tra gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute e degli altri diritti sociali e civili in ambito sanitario, la "realizzazione di una formazione permanente di alto livello e qualità in medicina e Sanità" per tutti i professionisti della salute;
- con l'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 per quanto concerne il "Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanità-

rio" si è convenuto che esso dovrà contemplare la ridefinizione degli obiettivi formativi garantendo, in ogni caso che, nella formazione continua del personale sanitario, siano presenti:

- **a)** i temi comuni a tutte o più professioni, di prevalente interesse dello Stato;
- **b)** i temi specifici delle singole professioni, discipline e specialità mediche e sanitarie;
- **c)** i temi di natura organizzativo-gestionale, di prevalente interesse delle Regioni;
- **d)** la fissazione delle tipologie delle attività formative;
- **e)** le modalità per l'accreditamento dei provider e le modalità della tenuta dell'albo nazionale dei provider,
- **f)** la definizione di un organico intervento formativo nazionale,
- **g)** i criteri per l'attribuzione dei crediti;
- **h)** l'armonizzazione delle regole già previste nei precedenti accordi;
- **i)** il ruolo delle società scientifiche;
- **l)** la definizione delle problematiche relative alla contribuzione alle spese da parte degli organizzatori di eventi.

Si conviene

1. Fino alla definizione del "Piano nazionale per l'aggiornamento del personale sanitario 2005-2007, restano confermati gli obiettivi formativi di interesse nazionale definiti con l'accordo Stato-Regioni del 20 dicembre 2001 (rep. Atti. n. 1358), nonchè le modalità di accreditamento degli eventi formativi residenziali e le sperimentazioni in corso, così come confermato con gli accordi Stato-Regioni del 13/03/2003 (rep. Atti n. 1667) e del 20/05/2004 (rep. Atti n. 1992)

2. Nelle more della definizione dei procedimenti di cui al punto 1) e comunque entro il 15 marzo 2006, verrà costituito presso il ministero della Salute un gruppo di lavoro

paritetico Stato-Regioni, che opererà, avvalendosi anche dei documenti prodotti dalla Commissione nazionale per la formazione continua, per la definizione della proposta "Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario".

3. Per l'anno 2006, ai fini del debito formativo, il valore di riferimento dei crediti da acquisire da parte degli operatori sanitari resta fissato a n. 30 crediti.

I crediti formativi possono essere acquisiti dagli operatori sanitari con gli stessi criteri di flessibilità stabiliti con il Programma nazionale di educazione continua in medicina, avviato con l'accordo Stato-Regioni del 20 dicembre 2001, in base al quale l'operatore può acquisire il numero minimo o massimo di crediti formativi fino a raggiungere l'ammontare complessivo pari a 120 crediti, a completamento del debito stabilito nel quinquennio 2002-2006.

4. Sono fatti salvi i crediti maturati con la partecipazione a eventi formativi nel periodo compreso dal 1° gennaio 2006 alla data del presente accordo.

5. Durante il periodo di validità del "Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario 2005-2007", gli obiettivi possono essere prevalentemente connessi al "Piano nazionale della prevenzione" e agli altri interventi previsti in attuazione dell'intesa di cui al comma 173 L. n. 311 del '04 e in particolare:

- alla prevenzione cardiovascolare;
- allo screening dei tumori;
- all'appropriatezza clinico-assistenziale.

6. Per l'anno 2005 ai fini della certificazione degli adempimenti di cui all'articolo 4, comma 1 dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 e dell'allegato 3 della medesima per quanto attiene agli impegni assunti dalle Regioni ai punti 2.8 e 2. 10 del suddetto alle-

Scrittori genovesi del '900 - Per la Commissione culturale dell'Ordine dei medici di Genova Edoardo Guglielmino parlerà sul tema: " Cicciarelli, Borzini, Dolcino, Petrucci: quattro grandi scrittori genovesi del '900 nel nuovo salone dell'Ordine, in piazza della Vittoria 12/5, martedì **6 giugno** alle ore 17. Per inf.: tel. **010 587846**.

Emergenza sanitaria - " *Quando il medico di continuità assistenziale si trova su un'emergenza...*" questo è il tema del corso organizzato dalla Asl 4 Chiavarese che si terrà il **29 e 30 giugno** al Centro di formazione "FORmare" dell'Asl 4. Il corso, in via di accreditamento, destinato ai medici di continuità assistenziale, tratterà delle più importanti emergenze sanitarie che il medico della continuità assistenziale si può trovare a fronteggiare, in attesa dell'arrivo dell'automedica. Il corso, gratuito per i medici della Asl 4, è a pagamento (100 €) per gli altri medici. Per inf.: tel. **0185 329312**.

Legami di vita - La Asl 4 Chiavarese ha

organizzato al Centro Benedetto Acquarone a Chiavari, due giornate sulla donazione ed il trapianto di organi. Il **30 giugno** si parlerà di donazioni e trapianto: aspetti clinici, legali ed organizzativi; il **29 settembre** di etica e speranza legate alla donazione. Il corso, in via di accreditamento, è rivolto a medici e infermieri della Asl 4 Chiavarese. Per inf. tel. **0185 329351**.

Focus sull'obesità - Questo il titolo del corso teorico pratico che si terrà il **9 giugno**, all'Accademia nazionale di medicina, su obesità e tecniche endoscopiche e chirurgiche disponibili per l'obesità patologica. Il corso, in via di accred., è rivolto a medici internisti, diabetologi, cardiologi, fisiatri, ortopedici e Mmg. Per inf.: tel. **010 83794237**.

Terapie in oncologia: la sinergia farmaco-dispositivo medicale -

Questo il corso di aggiornamento teorico-pratico, I Edizione che si terrà al Centro Congressi IST/CBA, dal **20 al 21 giugno**. Per inf. tel. **010 5737532**.

Formazione ECM: a giugno si cambia

gato 3, sarà resa l'autocertificazione a cura delle Regioni al Comitato di cui all'articolo 9 dell'intesa medesima in ordine agli interventi realizzati.

7. Fino alla definizione del "Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario 2005-2007", proseguono le sperimentazioni relative alle diverse attività poste in essere sia per l'accreditamento dei provider che per le tipologie di formazione.

8. In sede di formulazione del Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario verrà disciplinata anche la formazione sul campo (Fsc) e saranno stabiliti i criteri e le

modalità per privilegiare l'aggiornamento sul posto di lavoro e nello studio presso il domicilio dell'operatore sanitario, nonché in stage di lavoro presso centri di documentata eccellenza.

9. Entro il 31 maggio del 2006 dovrà essere approvato il Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario 2005-2007, predisposto secondo quanto previsto al comma 2 del presente accordo, all'interno del quale saranno definiti i requisiti minimi per l'accreditamento dei provider integrati con i criteri per l'attribuzione dei crediti formativi per le diverse tipologie di formazione.

Approccio clinico al piede diabetico - Questo il titolo del corso che si terrà al Grand Hotel di Arenzano a Genova il **15 giugno**. Verranno illustrate le caratteristiche cliniche del piede neuropatico, ischemico e neuroischemico, dell'infezione del piede, e del "piede di Charcot". Massimo 40 partecipanti. 8 crediti ECM. Per inf: **02 48020604**.

I sintomi atipici della malattia da reflusso gastro-esofageo - Questo il corso che si terrà a Sestri Levante il **27 maggio**. Si parlerà di reflusso esofageo, sintomi atipici da reflusso, tosse cronica. 7 crediti assegnati. Per informazioni: **02 28172300**.

Nuove frontiere in medicina trasfusionale - Questo il titolo dell'evento che si terrà all'Ospedale San Martino a Genova il **23 maggio**. Alcuni degli argomenti che verranno trattati: biologia molecolare per la determinazione dei principali sistemi gruppo ematici, la validazione a distanza delle unità di sangue e dei test presfusionali, la qualità totale, riduzione del rischio trasfusionale, problematiche morali e tecniche. 11. crediti ECM. Per inf.: **010 5553928**.

56° congresso nazionale A.I.Pa.C.Me.M. (Associazione italiana di patologia clinica e medicina molecolare). - Si terrà a Genova ai Magazzini del Cotone dal **29 maggio al 1 giugno** il congresso "La patologia clinica: timone della nuova diagnostica". Per inf.: **06 860007**.

Corso interattivo sulla diagnosi precoce del Les - Nell'Aula della clinica ostetrico-ginecologica all'ospedale San Martino di Genova si terrà sabato **27 maggio** il corso interattivo su "Lupus eritematoso sistemico: quando sospettarlo?". Per inf.: **0103537525**.

Attualità nel trattamento delle fratture del radio distale - Questo il corso di aggiornamento e formazione promosso dalla Asl 4 Chiavarese che si svolgerà sabato **10 giugno** al Grand Hotel dei Castelli a Sestri Levante. I destinatari sono 100 medici specialisti in ortopedia e traumatologia e in medicina fisica e riabilitativa. Assegnati 4 crediti ECM. Per inf.: **0185 329312**.

Pronto Soccorso - Si terrà un convegno scientifico di aggiornamento per i medici dei Pronti soccorso della Regione Liguria allo Starhotel di Genova il **16 giugno** dalle ore 14,00 alle 19,00. Il convegno è promosso dal Simeu (Società italiana medicina d'emergenza - urgenza - Sezione regionale ligure). Per inf.: **010 583224**.

Sovrappeso, diabesità e prevenzione cardiovascolare: terapie consolidate e nuove frontiere - Questo il corso di aggiornamento interregionale per medici chirurghi, dietisti, biologi e farmacisti che si terrà a Genova al Centro congressi Ist presso il Cba in Largo Benzi, 10 il **26 maggio** alle ore 8,00. Si parlerà di aspetti fisiopatologici e strategie di prevenzione e di strategie per il trattamento. Per inf.: GG Gallery tel. **010 888871**.

Fourth course genetics and renal diseases - Nei giorni **8-9 e 10 giugno** si terrà a Genova, presso la Biblioteca Berio, il corso di genetica e malattie renali. Sono presenti relatori italiani e stranieri. Il programma è visibile su www.geneandkidney.it. Saranno concesse fellowship a giovani ricercatori. Per informazioni: tel. **010 5636554** e-mail: sisp@ospedale-gaslini.ge.it, sito: www.sispge.com

Notizie dalla C.A.O.

Commissione Albo Odontoiatri

A cura di Massimo Gaggero



MODALITÀ DI PUBBLICAZIONE

Si comunica che in questa rubrica, già "Dentisti Notizie", da quest'anno denominata "Notizie dalla C.A.O.", viene pubblicato come in passato, il materiale di pertinenza odontoiatrica ricevuto in tempo utile

in redazione per fax: 010-593558 o **preferibilmente via e-mail: direzione@omceo-ge.org**

La redazione si riserva di pubblicare articoli e/o comunicazioni di eventi odontoiatrici in modo integrale o parziale, secondo gli spazi disponibili.

L'editoriale della CAO

Con questo primo editoriale si vuole potenziare un dialogo con tutti gli iscritti all'Albo Odontoiatri della nostra Provincia e con gli esercenti nella stessa, qualora non iscritti all'Ordine di Genova. Vogliamo partire con una riflessione: il giorno 3 aprile 2006 presso la nuova sala corsi del nostro Ordine si è proceduto alla consegna dei tesserini ordinistici ai neolaureati contestualmente alla lettura collettiva del giuramento di Ippocrate.

I giovani odontoiatri presenti erano un numero inferiore agli invitati; questo dato porta ad alcune considerazioni. La loro assenza è stata dovuta a inderogabili impegni, a motivi di salute o perché già impegnati professionalmente?

Lascia quindi perplessi che gli esercenti dell'odontoiatria, uno tra ultimi baluardi della libera professione, non abbiano colto l'occasione per dimostrare con la loro presenza che la libertà si difende anche con la partecipazione agli eventi organizzati dall'istituzione primaria.

Quando i colleghi della Commissione Albo

Odontoiatri mi hanno onorato conferendomi l'incarico di Presidente è stata mia premura andare a "ripassare" il Codice di Deontologia Medica, ed è stata una piacevole riscoperta constatare che i 79 articoli in esso contenuti raccolgono tutta la storia e la cultura che ha dato dignità alla professione medica ed in particolare alla professione odontoiatrica. L'età media dei componenti dell'attuale Cao è di circa 50 anni e rappresenta quindi quella fascia che può osservare con una certa sensibilità sia i giovani laureati e con il dovuto rispetto anche i colleghi più anziani.

Ci si vuole domandare in questo primo editoriale perché alcuni di noi, pur iscritti ad un Albo che deve far rispettare il Codice Deontologico nell'interesse del cittadino e del decoro della professione, pensino di trarre ipotetici benefici professionali interpretando in modo assolutamente soggettivo la pubblicità sanitaria attribuendosi titoli professionali inesistenti.

Ricordiamo che è nostra cura verificare ed intervenire in tutti i casi in cui autorizzazioni rilasciate in una forma rispettosa della 175

vengono successivamente modificati. E' nostra cura, inoltre, monitorare con attenzione il rispetto delle regole vigenti nei riguardi della giusta informazione per il cittadino e per tutela di tutti i colleghi corretti. Teniamo a precisare che la Cao della provin-

cia di Genova agisce in totale sinergia con gli organi nazionali.

*p. la CAO Ordine Genova
Il presidente
Elio Annibaldi*

Comunicazioni di eventi odontoiatrici

ANDIGENOVA

Sala Corsi Andi Genova - (010/581190)

◆ Venerdì 9 giugno e venerdì 7 luglio (2° e 3° serata) ore 20.30-23.00

"Il dentista, il paziente, la malattia".

Rel.: **dott. Franco Lasagni.** 7 crediti E.C.M.

Corsi Master per dentisti ed assistenti

◆ Sabato 10 giugno - ore 9.00-13.00

Relatore: **dott. Franco Lasagni**

"Ruolo del Team Odontoiatrico nella soluzione di casi clinici complessi"

◆ Sabato 30 settembre - ore 9.00-13.00

Relatori: **dott.ri Massimo Sacripante e Paolo Mantovani** - *"Importanza della comunicazione non verbale in Odontoiatria: come gestire ansie e odontofobie da parte del Team Odontoiatrico".*

OSPEDALE GALLIERA

◆ **9-10 giugno** - Corso: teorico pratico

Relatore: **dott. Marco Veneziani**

"La moderna conservativa dei settori posteriori: restauri adesivi estetici degli elementi vitali e differenti opzioni terapeutiche per il restauro del dente trattato endodonticamente".

◆ **16 giugno** - Corso: teorico

Relatore: **dott. Stefano Parma Benfenati**

"Suture e Tecniche di prelievo su modello animale ed il trattamento delle selle edentule"

Sede: Genova E.O. Ospedali Galliera.

◆ **17 giugno** - Corso: teorico pratico

Relatore: **dr.ssa Viviana Cortesi Ardizzone**

"L'odontoiatria Ultrasonica luogo di svolgimento: Genova E.O. Ospedali"

Sede dei corsi:

Ospedali Galliera - Genova.

Per informazioni e prenotazioni: e20 srl
tel. 010/596036 - e-mail: info@e20srl.com

AIO

Conferenze di aggiornamenti in odontoiatria

(6 crediti Ecm solo con la frequenza a tutte le conferenze)

◆ 6 giugno ore 20.30 / 23.00

"Il successo in odontoiatria"

Relatori: **dr. Abdol Hamid Hazini**

Corsi di aggiornamenti in odontoiatria

(in fase di accreditamento)

◆ 3 giugno - ore 9.00 / 15.00

"Protesi: dall'impronta al lavoro definitivo"

Relatore: **dr. Fausto Sommovigo**

◆ 1 luglio - ore 8.30 / 13.30

"Ergonomia e comunicazione musicale nello studio odontoiatrico"

Relatore: **dr. Alberto Grollo**

Sede dei corsi:

sala corsi Kavo - via Merello, 8 Genova. N°.

max partecipanti: 40.

Per informazioni e prenotazioni: e20 srl tel. 010/5960362 e-mail: info@e20srl.com

Arthur Schnitzler: la pelle dell'anima

Dagli studi di medicina, alla fine lettura dei mali dell'anima della moderna società.

Dottore, mi fa male una spalla": potrebbe essere il normale esordio di una visita medica. Ben di rado, così apertamente, i medici si sentirebbero dire: "Dottore, mi fa male l'anima".

Spesso è il medico, il "buon medico", a capirlo; tanto più che non ne mancano certo i motivi, nelle vicende di oggi.

Forse non era ancora così semplice pensarci nel primo novecento, quando l'affanno della vita non era ancora così travolgenti; anche se gli illustri psicologi e psichiatri del tempo ponevano, proprio allora, le basi della moderna psicoanalisi. Sarebbe occorsa una particolare sensibilità dei medici curanti per individuare, nelle persone e nelle famiglie, quei segni di malessere che già stavano serpeggiando nella società; perché il divertimento chiassoso e superficiale, così ben rappresentato in alcuni affollati quadri degli impressionisti, aveva invaso tutta l'Europa nell'ultimo quarto dell'Ottocento.

E' in quell'epoca, nel maggio del 1885, che Arthur Schnitzler prende la laurea in medicina. Era nato ventitré anni prima, a Vienna in una famiglia benestante, dove il padre, otorinolaringoiatra di successo e docente universitario, aveva clienti e amici nel mondo artistico e letterario. Cresciuto in questa atmosfera il giovane Arthur è diviso tra lettere e medicina; ma alla fine sceglie quest'ultima e si dedica, appena laureato, a studi di psichiatria e di dermatologia: da cui si potrebbe arguire, cedendo alla tentazione di un facile accostamento, che gli interessava...la pelle dell'anima. Ma già nel '93, dopo aver pubblicato qualche racconto e qualche poesia, deci-

de di trasporre l'espressione dei suoi sentimenti su testi teatrali.

Peraltra, sempre affascinato dalla psicologia e dall'ipnotismo, pubblica contestualmente un lavoro scientifico sull'ipnosi nel trattamento dell'afasia funzionale.

Siamo all'alba del Novecento, quando Freud ha poco più di quarant'anni e Jung è più o meno venticinquenne; siamo dunque nella fioritura della psicoanalisi; ma ciononostante Schnitzler resiste al suo fascino sul piano professionale e sceglie definitivamente di dedicarsi al teatro: un teatro, ovviamente, intriso di psicologia.

Proprio attraverso il teatro si manifesta il suo essere medico: perché studia i caratteri delle persone nella loro realtà e non nella finzione letteraria, anche con il supporto del suo sapere scientifico; infatti la conoscenza scientifica dei meccanismi della psiche gli consente di costruire dei personaggi autentici, pur se trasformati dalla sua immaginazione artistica.

Le radici ebraiche di Schnitzler si manifestano nelle problematiche spirituali dei suoi personaggi, non dimenticandone però anche gli aspetti istintuali, come il sesso e le passioni, al di fuori di ogni convenzionale ipocrisia.

I suoi lavori ritenuti migliori ("La signorina Elsa nella drammaturgia e "Teresa, cronaca della vita di una donna nella narrativa) sono impregnati di questa realtà profondamente umana. Il crollo del mondo artificioso travolto dalla guerra del '15-'18 e dal disastroso dopoguerra renderà sempre più amara l'esistenza di Schnitzler. Non basta più l'ironia e la critica di fronte alla catastrofe. E poi c'è anche la morte della figlia, suicida, a chiuder-

gli ogni spiraglio di luce; e il suo ultimo racconto, alla vigilia della morte, nel 1931, porta un titolo emblematico: "Fuga verso le tenebre". Tuttavia, oggi, Arthur Schnitzler è più vivo che mai. Non c'è stagione teatrale, in Italia e in tutto il mondo, che non metta in cartellone qualche suo lavoro.

Il suo merito è aver saputo cogliere, anche con spirito profetico, i mali dell'anima della moderna società; in un'epoca in cui stavano appena affiorando sulla sua pelle, sempre – come ancor oggi – ricoperta dalla stoffa delle nostre superficiali apparenze.

Silviano Fiorato

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.	SPECIALITÀ						
IST. BARONE	GENOVA		PC	Ria	RX	TF	S	TC	RM
Dir. San.: Dr. G. Giorgi R.B.: Prof. Feraboli Spec.: Radiologia R.B.: Dr. G. De Lucchi Spec.: Ortopedia e fisiatrica	P.sso Ponte Carrega 35/37r 010/8367213								
IST. BIOMEDICAL ISO 9002	 GENOVA		PC	Ria	RX	TF	S	DS	TC RM
Dir. San.: Dr. B. De Veris.: Igiene e Medicina Prev. Via Prà 1/B Dir. Tec.: Day Surgery Dr. A. Brodasca Spec.: Anestesiologia Dir. Tec.: Day-Hospital D.ssa M. Romagnoli Spec.: Derm. 010/663351 - fax 010/664920 Dir. Tec.: D.ssa P. Nava (biologa) Spec.: Igiene www.biomedicalspa.com Dir. Tec.: Dr. G. Castello Spec.: Radiologia Medica Dir. Tec.: Dr. G. Molinari Spec.: Cardiologia Dir. Tec.: Dr.ssa E. Marras Spec.: Medicina Fisica e riabilitativa Dir. Tec.: Dr. A. Bocuzzi Spec.: Medicina dello sport Dir. Tec.: Dr. A. Peuto Spec. ginecologia e ostetricia	GENOVA - PEGLI Via Martitri della Libertà, 30c 010/6982796								
Poliambulatorio specialistico Dir. Tec.: Dr. S. Venier Medico Chirurgo		Via Teodoro di Monferrato, 58r. 010/6967470 - 6982796							
Punto prelievi Responsabile Dr. S. Vernier Medico Chirurgo									
IST. BIOTEST ANALISI ISO 9002	 GENOVA		PC	Ria			S	DS	
Dir. San.: Dr. F. Masoero Spec.: Igiene e Med. Prev. R.B.: D.ssa P. Rosselli Spec. Cardiologia	Via Maragliano 3/1 010/587088								
IST. Rad. e T. Fisica CICIO ISO 9001-2000	 GENOVA				RX	RT	TF	DS	
Dir. San. e R.B.: Dr. G. Cicio Spec.: Radiologia	C.so Sardegna 40a 010/501994								
C.M.N. Laboratorio analisi mediche	GENOVA		PC	Ria			S	DS	
Dir. San.: G.B. Vicari Spec.: Medicina nucleare	Via Torti, 6/3 010/8680862								
C.M.R. CENTRO MEDICO RIABILITATIVO	GENOVA Casarza Ligure				TF	S			
Dir. San. e R.B.: D.ssa M. Ottaviani Spec.: Medicina Fisica e Riabilitazione	Via Francolano, 121 tel. e fax 0185/466728								
IST. EMOLAB certif. ISO 9001/2000	 GENOVA		PC	Ria	RX		S	DS	
Dir. San. e R.B.: G.B. Vicari L.D.: Chim. e Microscopia Clinica R.B.: Dr. S. De Pascale Spec. Radiologia	Via G. B. Monti 107r 010/6457950 - 010/6451425 Via Cantore 31 D - 010/6454263								

STRUTTURE PRIVATE	INDIRIZZO E TEL.	SPECIALITA'
IST. FIDES Dir. Tec.: Dr. F. Vecchia Spec.: Fkt. e rieduc. neuromotoria Dir. Tec.: D.ssa Caterina Sgarito Spec.: Fisioterapia	GENOVA Via Bolzano, 1B 010/3741548 Via Valle Calda, 45 (Campoligure) 010/9219017	RX TF
IST. GALENO Dir. san. e R.B.: D.ssa G. Barberis Biologo Spec.: Igiene or. Lab. R.B.: Dr. R. Lagorio Spec. Radiologia Medica Dir. tec.: Dr. G. Brichetto Spec. Ter. Fisica e Riabilitaz.	GENOVA P.sso Antiochia 2a 010/319331 010/594409 010/592540	PC RX RT TF S DS
IST. GIORGI Dir. San. e R.B.: Dr. G. Giorgi Spec.: Rad. Med. Ter.Fis. e Fkt.: D.ssa P. Spigno Spec.: Fisiatria Dir. San. e R.B.: Dr. P. Sconfienza Spec.: Rad. Med. Ter.Fis. e Fkt.: Dr. S. Tanganelli Spec.: Fisioterapia	GENOVA Via XII Ottobre 114B/R 010/592932 Via Vezzani 21r 010/7457474/5	PC RX RT TF S DS TC RM
IST. I.R.O. Radiologia - certif. ISO 9002  	GENOVA Dir. Tec. e R.B.: Dr. L. Reggiani Spec.: Radiodiagnostica R.B.: D.ssa C. Ivaldi	RX TF S DS
IST. ISMAR certif. ISO 9002  	GENOVA Dir. San. e R.B.: D.ssa P. Mansuino Biologo Spec.: microbiologia e igiene R.B.: Prof. Paolo Romano Spec.: Cardiologia <i>Punto prelievi:</i> Via Canepari 65 r	PC Ria RX S TC
IST. LAB certif. ISO 9001-2000  	GENOVA Dir. Tec. D.ssa M. Guerrina Biologa <i>Punto prelievi:</i> C.so Magenta, 21 A (Castelletto) tel.010/2513219	PC Ria S
IST. MANARA 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	GE - BOLZANETO Via Bolzaneto 33/6 010/7455063 Via B. Parodi 15/21/25 r 010/7455922 tel. e fax 010/321039	PC RX TF S DS RM
IST. MORGAGNI certif. ISO 9001-2910  	GENOVA Dir. San. e R.B.: D.ssa A. Lamedica Biologo Spec.: Patologia Clinica R.B.: Dr. L. Berri Spec. Radiologia R.B.: Prof. G. Lamedica Spec. Cardiologia	PC RX S DS
IST. NEUMAIER Dir. San. e R.B.: Dr. L. Berri Spec.: Radiologia	GENOVA Via XX Settembre 5 010/593660	RX RT TF DS
CENTRO RADIOLOGICO E FISIOTERAPICO	GE - BUSALLA	RX TF DS
Dir. San. e R.B.: Prof. L. Morra Spec.: Radiologia medica Resp. Terapia fisica: Dr. Franco Civera Spec.: Fisiatria	Via Chiappa 4 010/9640300	
IST. RADIOLOGIA RECCO Dir. San. e R.B.: Dr. C. A. Melani Spec.: Radiodiagnostica Resp. Terapia fisica: D.ssa A. Focacci Spec.: Fisiatria	GE - RECCO P.zza Nicoloso 9/10 0185/720061	RX RT TF DS
IST. SALUS certif. ISO 9002  	GENOVA Dir. San. e R.B.: Dr. E. Bartolini Spec.: Radiologia Igiene Med. Prev.	PC Ria MN RX RT TF S DS TC RM