



Genova Medica



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

Vita dell'Ordine

Una giornata particolare

Medicina & normativa

Sicurezza e salute nei luoghi di lavoro

In primo piano

Gestione del rischio clinico:
l'esperienza dell'Ospedale Galliera

Note di diritto sanitario

Il concetto di "malattia"
per il medico e per il giudice

Abusi e risarcimento
all'Ordine professionale

Notizie dalla C.A.O.

N.7/8 luglio/agosto 2008



L'ORDINE DI GENOVA

Piazza della Vittoria 12/4 - 16121 GENOVA

www.omceoge.org

Come contattarci

anagrafica@omceoge.org

tel 010/587846 e fax 010/593558

Orario al pubblico

dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 14.30

Comunicazioni

Cambio di indirizzo:

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

Documenti

Rilascio certificati di iscrizione:

in orario di apertura al pubblico

Tassa annuale di iscrizione:

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

“Genova Medica”

Le richieste di pubblicazione o di comunicazione di congressi, corsi o eventi devono pervenire alla redazione dell'Ordine via e-mail a: direzione@omceoge.org in tempo utile (entro il 5 di ogni mese). Il direttore responsabile può rifiutare la pubblicazione di quegli articoli che mettano in pregiudizio la propria responsabilità morale o legale o che siano in contrasto con gli indirizzi dell'Ordine. La redazione è autorizzata ad apportare modifiche ai testi relativamente alla lunghezza senza modificare la sostanza e il pensiero. La responsabilità dei contenuti resta, in ogni caso, dell'autore. Articoli e foto inviati, anche se non pubblicati, non verranno restituiti.

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



Genova Medica

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

GENOVA MEDICA

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

Direttore responsabile

Enrico Bartolini

Comitato di redazione

Alberto Ferrando
Massimo Gaggero
Roberta Baldi
Andrea Stimamiglio

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente

Enrico Bartolini

Vice Presidente

Alberto Ferrando

Segretario

Giovanni Regesta

Tesoriere

Maria Proscovia Salusciev

Consiglieri

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

Vita dell'Ordine

- 4 Una giornata particolare
- 11 Assemblea annuale: riflessioni sul ruolo del medico

In primo piano

- 6 Gestione del rischio clinico: l'esperienza dell'ospedale Galliera

Note di diritto sanitario

- 13 Il concetto di "malattia" per il medico e per il giudice
- 14 Abusi e risarcimento all'Ordine professionale

Medicina & normativa

- 16 Disposizioni di legge: ecco le novità
- 19 Sicurezza e salute nei luoghi di lavoro

18 In breve

Medicina & psichiatria

- 21 L'invidia è un peccato o un sintomo?

Medicina & ricerca

- 23 A Genova un convegno su alcol e trapianto di fegato

24 Recensioni

Medicina & cultura

- 25 Van Gogh: l'arte, i medici, le malattie

27 Lettere al direttore

29 Corsi & convegni

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

Periodico mensile - Anno 16 n. 7/8 luglio/agosto 2008 - Tiratura 8.950 copie - Autorizz. n.15 del 26/04/1993 del Trib. di Genova. Sped. in abb. postale - Gruppo IV 45%. **Raccolta pubblicità e progetto grafico:** Silvia Folco - tel. e fax 010/58.29.05 - **Stampa:** Grafiche G.&G. Del Cielo snc, Via G. Adamoli, 35 - 16141 Genova. **In copertina:** "Il dottor Rey" 1889 di Vincent Van Gogh, Museo Puskin, Mosca. **Finito di stampare nel mese di luglio 2008.**



Una giornata particolare

Recentemente si è svolta a Villa Spinola la cerimonia di consegna delle targhe ai colleghi che hanno compiuto i 50 anni di laurea. Da sempre questa festa conserva immutata il suo fascino proprio perché rappresenta un momento d'incontro molto significativo, senza alcuna retorica, fra professionisti che hanno saputo affrontare, nell'arco dei 50 anni, gli aspetti più meravigliosi e più tragici della vita.

Nel corso della cerimonia si è respirata aria di grande gioia e umanità grazie a questi colleghi che hanno dato tantissimo alla nostra professione e rappresentano la storia della medicina poiché dal lontano 1958 - anno della loro laurea - hanno partecipato come protagonisti alla grande evoluzione della medicina moderna. Credo che nessuno di loro, in allora, potesse mai immaginare l'evoluzione tecnologica e scientifica che stiamo vivendo oggi quali, ad esempio, le alte tecnologie, la clonazione, le cellule staminali, i trapianti d'organo. Progressi che hanno portato indiscutibilmente all'allungamento della vita media ed ad una migliore

qualità di assistenza e cura.

Lo dimostrano i nostri colleghi che hanno compiuto i 60 anni di laurea che da quest'anno l'Ordine ha deciso di festeggiarli donando loro una medaglia d'oro quale affettuosa dimostrazione di stima e riconoscenza da parte di tutto il Consiglio per l'attività professionale che alcuni di loro stanno ancora esercitando. Nel corso di questa festa desidero ricordare le targhe consegnate ai colleghi Jole Baldaro Verde e Luisa Massimo, Alberto Marmont du Haut Champ, Lorenzo Moretta e Nicola Scopinaro per riconoscimenti ottenuti a livello internazionale e all'associazione "Gigi Ghirotti" nella persona di Franco Henriquet per l'alto valore umano e professionale dell'associazione stessa.

Una cerimonia bellissima, carica di cuore, memoria e tanti sorrisi con uno sguardo al passato ma anche al futuro che verrà!

Enrico Bartolini





50 anni di laurea

Alitta Paolo, Bagliani Gian Piero, Balestrieri Roberto, Battaglia Parodi Angelo, Belardi Pietro, Bellone Filippo, Bencini Armando, Boccaccio Gian Piero, Bogetti Bruno, Boiardi Noemi, Bontà Loris, Borgo Emilio Giuseppe, Canale Ermenegilda, Cordone Giuseppe Teresio, De Marini Marco, De Pietri Adriana Iole, Farina Gian Luigi, Frumento Franco, Gualco Enrico, Guidi Paolo, La Magna Antonio, Leoni Luciano, Magnasco Agostino, Manca Giovanni, Marinari Umberto, Martini Angela Carolina, Melica Francesco, Migliardi Piero, Modica Luigi Gaetano, Monachesi Mauro, Motta Giovanni, Motta Maria Rosa, Muller Tim, Nanni Giorgio, Nebbia Luigi Giuseppe, Pastine Giovanni, Piola Alberto, Podestà Anna Maria, Pompilio Elio, Quinci Gaetano, Ravina Giuseppe, Rivali Augusto, Roccatagliata Giuseppe, Romano Roberto Giuseppe, Rossi Giovanni Luigi, Rossi Mirella, Talenti Pietro, Tedoldi Alessandro, Tentarelli Tiziano, Tognoni Anna Maria, Tomasello Rosario, Viotti Giuseppe, Zolezzi Omero.

60 anni di laurea

Amoroso Federico, Bixio David, Bottino Nicolò, Caruso Alberto, Cussotto Francesco, Gamberini Leopoldo, Guglielmino Edoardo, Origone Alberto Maria, Parodi Armando, Spolidoro Nadir.



Gestione del rischio clinico: l'esperienza dell'ospedale Galliera

Prosegue e si conclude l'indagine sui programmi per la gestione del rischio clinico negli ospedali di Genova e Provincia promossa dalla Commissione dell'Ordine Risk Management (componenti: A. Cagnazzo, M. Leone, A. Molinelli, E. Nardelli, M. Paccione, F. Ventura). Pubblichiamo la relazione dell'E. O. Ospedali Galliera a cura dei dottori dell'Unità per la Gestione del rischio, Marco Briganti e Antonio Moratti, rispettivamente responsabili delle sezioni "Qualità e comunicazione" e "Affari generali".

La Gestione del rischio clinico dell'Ospedale Galliera ha visto la sua genesi formale con il Provvedimento n.19 del 12/01/2007, il quale, in attuazione della D.G.R. n. 1308 del 24/11/2007, ha istituito l'Unità per la gestione del rischio (di seguito nominata U.G.R.) e ne ha affidato alla S.C. Qualità e Comunicazione il coordinamento.

In realtà, diversi soggetti aziendali nel corso degli anni, anteriormente a tali date, pur in assenza di normative stringenti e in tempi in cui il termine "Rischio clinico" non aveva ancora la diffusione attuale e la consapevolezza del problema dell'errore nell'attività sanitaria e della sicurezza del paziente era decisamente inferiore ad oggi, hanno svolto attività riconducibili al miglioramento della qualità in senso generale, piuttosto che nello specifico, della riduzione della rischiosità delle attività diagnostiche-terapeutiche-assistenziali. Basti citare le attività dei

Comitati per la prevenzione delle infezioni ospedaliere e per il buon uso del sangue, piuttosto che il processo di certificazione ISO 9001-2000 che ha visto coinvolte alcune Unità ospedaliere. Da non dimenticare poi l'aspetto di gestione del contenzioso e trasferimento del rischio curato dalla S.C. Affari generali.

L'obiettivo generale che si è posta l'U.G.R., declinato nei documenti citati, è quindi quello di attuare un sistema aziendale di **Clinical Risk Management** secondo la metodologia del P.D.C.A. e che, nello specifico, vede un processo di identificazione, analisi, trattamento e monitoraggio del rischio, con particolare attenzione alla indispensabile fase di informazione e formazione. Ma anche di integrare e sviluppare nell'ottica del *Clinical Risk Management* le diverse azioni significative già in essere all'interno dell'azienda.

IDENTIFICAZIONE E ANALISI DEL RISCHIO

Per un'efficace rilevazione e analisi del rischio non esiste, come la letteratura conferma, uno strumento che da solo esaurisca questa funzione. In realtà, una corretta rilevazione del rischio clinico prevede la creazione di un sistema informativo interno, che possa successivamente confluire in una base dati aziendale, alimentata da diversi fonti. Per citarne alcune, parliamo di sistema di **Incident Reporting**, segnalazioni e reclami dei cittadini/utenti, data base dei contenziosi aziendali, ecc.

Il sistema di segnalazione spontanea e anonima degli eventi avversi e dei quasi errori (di seguito denominato I.R.), rappresenta uno degli strumenti reattivi più efficaci per rendere esplicite situazioni rischiose ed errori non eclatanti nei processi di assistenza e cura, permettendone di conseguenza la successiva analisi.

Tale metodologia è attualmente in fase di sperimentazione avanzata nella nostra azienda. A tal fine sono stati effettuati alcuni approfondimenti

presso altre realtà ove lo strumento è attivo da tempo. La fase di start-up ha coinvolto tre dei nove Dipartimenti aziendali. L'approccio è avvenuto inizialmente con interventi durante le riunioni dei rispettivi Comitati e a seguito con incontri più capillari con il personale medico e infermieristico. E' stata utilizzata la scheda cartacea approvata dalla Commissione regionale di Coordinamento per il Rischio clinico, messa a disposizione sulla rete intranet in formato PDF insieme ad una sorta di "istruzioni per l'uso - FAQ". Sono pervenute ad oggi, un discreto numero di schede, che hanno evidenziato eventi sicuramente significativi (near miss e no harm event) per tasso di rischiosità (probabilità di riaccadimento e dimensione dell'ipotetico danno). E' stata elaborata una procedura per la gestione delle segnalazioni che, una volta a regime il sistema, dovrebbero rivelarsi numerose. Alcuni eventi fra i più significativi sono già stati presi in carico dall'U.G.R. che ha assunto le necessarie iniziative volte all'approfondimento piuttosto che alla risoluzione del problema o al miglioramento dei processi oggetto delle segnalazioni. Grande importanza si ritiene abbiano gli incontri di feed-back con gli operatori, sia per motivarli alla segnalazione sia per evidenziare la presa in carico delle stesse.

E' prevista l'estensione graduale del sistema a tutte le strutture entro l'anno. Un'altra importante fonte informativa, come si accennava pocanzi, è rappresentata dai reclami che i cittadini presentano presso l'U.R.P. Tali reclami vengono classificati e la Direzione Sanitaria attiva un'istruttoria ai fini di una pronta risposta al segnalatore. Alcuni di essi, relativamente sempre al tasso di rischiosità, vengono presi in carico dall'U.G.R. per essere analizzati e trattati.

Ulteriori dati per la costruzione del data-base aziendale sul rischio clinico, attualmente raccolti ma non ancora utilizzati in modo strutturato

sono quelli relativi a:

- contenziosi (richiesta di risarcimento danni o citazioni);
- infezioni correlate alle pratiche assistenziali;
- materiale documentale relativo al sistema qualità aziendale (certificazione ISO 9001-2000) quali non conformità, matrici S.W.O.T., verbali di audit, nonché all'Accreditamento Istituzionale;
- infortuni sul lavoro (rappresentano un indicatore proxy di processi o fasi di processi rischiose per la sicurezza del paziente);
- rilevazione della customer satisfaction;
- cadute accidentali dei pazienti.

E' in fase di studio l'utilizzo di indicatori specifici per la sicurezza del paziente. Un esempio è rappresentato dai **Patient safety indicators (PSI)** dell'**Agency for healthcare research and quality (AHRQ)**. Mediante il software dedicato, in grado di dialogare con il sistema informativo aziendale, è stato possibile rilevare il tasso di incidenza dei 20 PSI per il periodo 2002-2007, ma si è evidenziata la necessità di una valutazione analitica di tali dati e l'approfondimento del significato clinico e statistico di singoli indicatori e singoli casi, anche in relazione ad alcuni bias causati da semplici errori materiali di codifica delle SDO. Altri software aziendali sono in grado di estrarre dati relativi ad indicatori significativi per l'analisi del rischio, quali i **Sentinel events della Joint commission on accreditation of healthcare organizations (JCAHO)** (ad es. reazione trasfusionale - piaghe da decubito - caduta in ospedale - infezioni protesi e/o corpo estraneo - reintervento chirurgico - lesione ostetrica al neonato - aggressioni subite dai pazienti - ricovero urgente entro quindici giorni dalle dimissioni - lesione ostetriche alla madre - morte) e altri indicatori generici dell'attività sanitaria quali *outliers*, re-ricoveri e ricoveri ripetuti, mortalità generica, DRG complicati, tempi di uti-

lizzo delle camere operatorie, tempi di ritardo delle camere operatorie, tempi oltre orario delle camere operatorie, durata media intervento.

Sempre nella fase di identificazione e analisi del rischio va segnalata l'attività in corso di verifica campionaria della qualità della compilazione delle cartelle cliniche con metodologia strutturata (check-list).

Trattamento del rischio

Uno degli obiettivi specifici dell'attività di Gestione del rischio dell'E. O. Ospedali Galliera è la promozione dell'introduzione, nella pratica operativa, delle raccomandazioni agli operatori sanitari del Ministero della Salute. Tali raccomandazioni, ad oggi otto quelle pubblicate, pur essendo prodotte da commissioni di esperti nazionali e validate da numerose società scientifiche competenti nello specifico, hanno la necessità, come qualunque linea guida, di essere contestualizzate piuttosto che calate top-down nell'organizzazione, tradotte quindi in strumenti condivisi e applicabili. Questo lavoro è iniziato e viene portato avanti da gruppi di lavoro, alcuni formalizzati, altri creatisi spontaneamente ma altrettanto efficaci. **Particolarmente significative si ritiene siano le attività relative alle Raccomandazioni n. 1, 2, 3, 5 e 7.**

La **Raccomandazione n. 1** dell'aprile 2005 (Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio ed altre soluzioni contenenti potassio) è stata recepita mediante la produzione di una procedura aziendale da parte della S.C. Farmacia di concerto con la Direzione sanitaria e la S.C. Anestesia e rianimazione e la relativa disseminazione presso le U.O.

Le **Raccomandazioni n. 2** (*Prevenzione della ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico*) e **n. 3** (*Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura*), del luglio 2006, riguardando entrambe il processo chirurgico, sono state

affrontate in abbinamento da un gruppo di lavoro che ha identificato come prodotto finale una check-list per la sicurezza del paziente chirurgico, che ha concluso la sua fase di progettazione e sarà sperimentata a breve; tale strumento a compilazione multiprofessionale, diventerà parte integrante della cartella clinica di ogni paziente sottoposto a intervento chirurgico, e lo accompagnerà nel suo percorso dall'U.O. di degenza,



attraverso il Blocco operatorio centrale e nuovamente all'U.O. di degenza.

La **Raccomandazione n. 5**, (*Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO*) del marzo 2007, ha visto il suo recepimento da parte della Commissione per il buon uso del sangue dell'Ente, che ha nominato un gruppo di lavoro dedicato all'elaborazione di una procedura aziendale di gestione sicura del sangue ed emoderivati, tenendo presenti comunque altre produzioni già esistenti, quali ad esempio le istruzioni operative del Servizio immunoematologia e trasfusionale, certificato ISO 9001-2000.

La **Raccomandazione n. 7** (*Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica*) datata settembre 2007, è stata recepita mediante le attività volte alla progettazione e sviluppo del Foglio unico di terapia. In realtà, strumenti simili ma non omoge-

nei, sono già in uso in buona parte delle U.O. aziendali, ma l'obiettivo a breve termine è rappresentato dalla diffusione capillare di un unico modello che si riveli funzionale alle esigenze di qualsiasi degenza, fatte salve le terapie intensive e il Pronto Soccorso, ma soprattutto di regole di utilizzo chiare e comuni, senza le quali lo strumento in oggetto rimane un mero cambiamento grafico rispetto al passato. Va segnalata peraltro la prevista implementazione del Sistema di gestione informatizzata del farmaco, certamente punto di arrivo per l'Ente nella riduzione del rischio legato a tale processo.

Come già accennato, al momento la presa in carico di singoli eventi che emergono grazie alle fonti informative aziendali attive ed efficaci (vedi sopra), avviene a seguito di una valutazione basata sui seguenti criteri:

- magnitudo del danno (se presente);
- possibilità di riaccadimento;
- se near miss o no-harm event: entità del possibile danno in caso di riaccadimento;
- possibilità di intervento.

Le azioni conseguenti sono concordate dall'U.G.R. e si concretano generalmente in un'analisi dell'evento, non strutturata, con intervista al direttore e/o coordinatore dell'U.O. interessata al processo oggetto dell'evento, eventuali altri operatori dell'U.O. interessata, direttore e coordinatore di altre U.O. in caso di interdipendenze del processo oggetto dell'evento.

Nel caso si ritenga utile è prevista la nomina di un gruppo di miglioramento con l'obiettivo di analizzare approfonditamente e in modo strutturato il processo all'interno del quale si è verificato l'evento, con l'utilizzo di strumenti idonei (audit, RCA), la progettazione di azioni correttive e/o di miglioramento, ove possibili, e la relativa pianificazione, la verifica dell'attuazione e dell'efficacia di tali azioni, la disseminazione, se del caso, ad altre U.O. interessate al processo o

eventualmente ad altri dipartimenti.

Data la stretta correlazione tra gestione dell'emergenza intraospedaliera e gestione del rischio clinico, è in atto la **revisione della procedura Em.I.Os. (Emergenza Intraospedaliera)**, volta al trattamento dell'arresto cardiaco in aree non intensive dell'ospedale e che prevede, in sintesi, un numero unico aziendale per l'allertamento dell'équipe di rianimazione, l'allocazione di Defibrillatori semi-automatici (DAE) ad ogni piano, e la formazione diffusa per gli operatori (Basic Life Support-D) secondo le linee guida ERC-IRC. Per quanto riguarda la S.C. Affari generali (l'ufficio amministrativo che tratta l'argomento del contenzioso), è da anni in corso la rilevazione sistematica delle denunce effettuate alle Compagnie assicuratrici che nel tempo hanno garantito le coperture relative. L'attuale polizza copre la Responsabilità Civile (R.C.) derivante dallo svolgimento della propria attività istituzionale comprendente tutte le attività accessorie, complementari, preliminari e conseguenti alle principali, così come la copertura della R.C. derivante dall'attività libero professionale. La garanzia è estesa alla Responsabilità Civile professionale di tutti i dipendenti e, facoltativamente, su richiesta degli interessati, può comprendere i danni derivanti dal dolo e da colpa grave.

È in corso di definizione il **Comitato di valutazione sinistri (C.V.S.)**, quale strumento di condivisione, con la compagnia assicuratrice ed i professionisti coinvolti nei sinistri, della gestione dei sinistri derivanti da eventi dannosi riconducibili alla malpractice, condividendone le relative attività istruttorie e medico legali. Tale Comitato, organismo interdisciplinare con funzioni consultive, avrà il precipuo compito di riunire intorno al medesimo tavolo i professionisti interessati al caso, nonché i legali, i medici legali e le componenti assicurative, al fine, anche, di diminuire i

tempi di eliminazione dei difetti strutturali e/o procedurali riscontrati nei processi, con maggior coinvolgimento dei clinici nei piani di miglioramento dell'assistenza.

FORMAZIONE

Grande rilievo è stato dato all'aspetto formativo relativo alla Gestione del rischio. Nel 2007 è stata portata a termine una serie di incontri informativi (12 edizioni) rivolta a tutto il personale sanitario, di breve durata (2 ore circa), con l'obiettivo di coinvolgere gli operatori e presentare il corso di formazione vero e proprio, che in una prima fase è stato dedicato ai detentori di responsabilità organizzativa (direttori e coordinatori di U.O.) ma per l'anno in corso è in catalogo, ed è già conclusa la prima delle 5 edizioni, per tutte le professioni sanitarie; il Piano formativo aziendale 2008 prevede inoltre, e sono in fase di pianificazione, i corsi di formazione "Il **Consenso Informato**" e "Aspetti di comunicazione nella gestione del Rischio clinico".

CONCLUSIONI

Essendo *in progress* l'implementazione di strumenti e iniziative, la fase di monitoraggio delle azioni di miglioramento e correttive non ha ancora avuto una attuazione strutturata. Quello che in oggi può essere segnalato, ma rimane una



percezione soggettiva, è l'aver raggiunto un buon grado di consapevolezza e sensibilità al problema all'interno dei vari gruppi professionali, e un entusiasmo a lavorare che ha già dimostrato alcuni frutti.

La progettualità e le idee sono molte. Sulla base della letteratura e dei consigli della Commissione tecnica sul Rischio clinico del Ministero

della salute, destano interesse alcuni **strumenti innovativi quali il Safety Walkaround, il Briefing sulla sicurezza e le simulazioni.**

Meno innovative ma degne di altrettanto interesse sono alcune metodologie di valutazione e miglioramento dell'attività clinica quali **audit clinici, mortality e morbidity review.** In tal senso si resta in attesa di indicazioni precise da parte della Commissione regionale.

Ma, al di là di metodi e strumenti, si ritiene giusto evidenziare che l'obiettivo, ambizioso ma anche scontato, che ci si pone, è sostanzialmente un radicale cambiamento culturale nell'approccio all'errore, trasformandolo da evento da nascondere a fonte di miglioramento, partendo dall'analisi del singolo caso per arrivare a modificare l'intero processo in una visione sistemica dell'attività sanitaria, l'unica che permetta un reale governo clinico della stessa.

INSERZIONE PUBBLICITARIA



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

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

800-688623

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

Assemblea annuale: riflessioni sul ruolo del medico

Lunedì 10 giugno presso la sede dell'Ordine il presidente Enrico Bartolini ha aperto ufficialmente i lavori dell'assemblea annuale ringraziando i colleghi per la loro partecipazione. Dopo un minuto di raccoglimento per la commemorazione dei colleghi deceduti nel primo semestre del 2008 il presidente ha presentato un dettagliato resoconto di tutte le attività svolte dall'Ordine.

Si è, poi, soffermato sui tanti aspetti che affliggono la nostra società: il lavoro sempre più precario per chi si affaccia al mondo occupazionale, i problemi di ordine pubblico, la nuova povertà, le persone deboli e, soprattutto, gli anziani e i loro problemi di disabilità, quando non di autosufficienza, a cui una società civile dovrebbe garantire la giusta assistenza, e per i quali la categoria medica è chiamata ad un impegno sempre crescente, pur nella necessità di contenerne i costi.

Il presidente ha voluto sottolineare come, da qualche anno a questa parte, molti medici, non

appena raggiungono i requisiti richiesti, preferiscono andare in pensione, anziché continuare ad avere un ruolo attivo nella propria professione, sottraendo capacità ed esperienza al mondo sanitario. Questo fenomeno è un chiaro indice di insoddisfazione e demotivazione sia per l'ambiente e le condizioni di lavoro che per le mutate condizioni di progressione professionale condizionate sempre più dal mondo politico, piuttosto che dai giudizi di merito.

E' sotto gli occhi di tutti - ha continuato il presidente - che oggi i medici sentano forte la pressione da parte della Società e dei cittadini nella propria vita professionale e, soprattutto, nel rapporto con il paziente, che è sempre più consapevole ed esigente nel "contrattare" con il medico gli accertamenti diagnostici, la diagnosi e la terapia, in un rapporto di contrapposizione piuttosto che di alleanza terapeutica. Le migliaia di cause di risarcimento per presunte colpe professionali sono un indicatore di come ai medici vengono imputate tutte le colpe che riguardano non solo presunti errori professionali, ma anche le disfunzioni del sistema sanitario italiano. E, visto che la Sanità fa notizia e fa vendere di più, i medici sono spesso soggetti a veri e propri processi mediatici che non tengono conto del grave danno d'immagine che creano a tutta la

GLI ISCRITTI ALL'ORDINE

Iscritti all'Albo dei medici chirurghi	8096
Iscritti all'Albo degli odontoiatri	1314
Nuove iscrizioni 2008	135
di cui per trasferimento	5
Cancellazioni dall'Albo medici	61



12 **Assemblea annuale: riflessioni sul ruolo del medico**

categoria medica. Tutto ciò, rea anche la mancanza di legislazioni chiare che tutelino il lavoro del medico alimentando sempre di più una medicina difensiva che sfocia spesso in accertamenti e terapie poco utili per il malato.

A questo proposito Enrico Bartolini ha citato il recente convegno organizzato dalla FNOMCeO sul Rischio clinico in cui si è discusso se è ancora possibile essere serenamente medici, dovendo combattere costantemente tra professionalità, gestione della struttura, ritmi di lavoro, insufficienza degli organici e contenimento dei costi. Proprio in quella occasione, il presidente dei medici europei Raymond Lies, ha sottolineato come la prevenzione dell'errore in medicina si poggia su una *"struttura capace di dare risposte di buone cure al cittadino a partire da buone organizzazioni di lavoro di medici e infermieri"*. Se da un lato tanta strada è stata fatta, tanta se ne deve ancora fare.

E' quindi necessario, secondo Bartolini, incentivare l'attività formativa e di supporto per gli operatori diffondendo una cultura della sicurezza, non punitiva, aperta all'apprendimento ed in accordo stretto con i portatori di interesse mediante l'adozione di un approccio sistemico alla gestione della sicurezza/rischio, favorendo l'integrazione delle politiche aziendali relative

alla sicurezza, qualità, governo clinico ed eventuale ristoro dei danni.

Il presidente ha poi tenuto a sottolineare che l'Ordine svolge un ruolo istituzionale a tutela dei cittadini e della professione medica proponendosi quale interlocutore istituzionale con la Regione, le Direzioni generali e sanitarie delle Aziende, per contribuire alla corretta applicazione dei principi deontologici e normativi.

Il presidente, inoltre, ha ricordato la prima conferenza della professione medica organizzata dalla Federazione Nazionale degli Ordini in collaborazione con le organizzazioni sindacali di categoria e le società scientifiche, tenutasi a Fiuggi il 13 e 14 giugno. Nel corso della manifestazione la categoria medica si è presentata al mondo politico e all'opinione pubblica nella sua compattezza per discutere le problematiche comuni.

In conclusione dell'assemblea il presidente ha ringraziato il Consiglio direttivo, il Collegio dei revisori dei conti, la Commissione Albo Odontoiatri e tutte le commissioni ordinistiche, sia mediche che odontoiatriche, per il contributo dato nelle soluzioni di molteplici problemi riguardanti la categoria sanitaria.

Un ringraziamento particolare è andato anche a tutto il personale dell'Ordine per il lavoro che svolge quotidianamente.

Durante l'assemblea il tesoriere Proscovia Maria Salusciev ha presentato il bilancio consuntivo 2007 e l'assestamento al bilancio di previsione 2008, entrambi approvati all'unanimità.



Il concetto di "malattia" per il medico e per il giudice



Torniamo ad occuparci di *Malpractice*, dopo una serie di note sulla giustizia amministrativa. Questa volta la sentenza in commento è la n. 17505, 19 marzo - 30 aprile 2008, della IV sezione della Cassazione penale. La decisione mi pare di grande interesse, perché fa luce sulla diversa concezione di "malattia" nel mondo medico e nel mondo giuridico.

Il caso è altresì interessante, poiché riguarda la responsabilità penale di un medico radiologo per aver mal valutato una patologia tumorale, senza consentire al paziente di sottoporsi per tempo ad interventi chirurgici di asportazione della massa neoplastica. Più nel dettaglio, i fatti riguardano una paziente che, tra il 1993 e il 1998 si sottoponeva ad una serie di mammografie. Esse venivano portate alla valutazione del radiologo, il quale non riteneva fossero significative di una patologia in corso. Secondo i giudici di primo grado, l'atteggiamento del medico è penalmente rilevante, dal momento che già i primi esami evidenziavano la presenza di un addensamento del parenchima, sintomo della presenza di una formazione tumorale. La mancata diagnosi tempestiva, dunque, cagionava un danno alla paziente, che nel 1998 doveva sottoporsi ad un intervento chirurgico di mastectomia totale. È interessante notare come il Tribunale di primo grado e la Corte d'appello, entrambi giudici del merito, abbiano seguito percorsi logico-giuridici differenti: mentre il primo ha affermato che il danno alla paziente era rappresentato dal semplice aggravamento

del rischio di contrarre metastasi della formazione tumorale (prescindendo dall'effettivo accertamento delle medesime), i giudici di appello hanno ritenuto che il danno dovesse essere identificato nell'aumento della massa tumorale, registrato tra il 1995 e il 1998. Il ricorso per Cassazione del medico contesta entrambe le ricostruzioni, ed in particolare afferma che il semplice aumento delle masse (da 20 a 25 mm. e da 10 a 15 mm.) non fosse sufficiente a dimostrare l'aggravamento della patologia. Su queste basi la Corte di cassazione sviluppa un'interessante disamina del concetto di "malattia" tra scienza medica e scienza giuridica. Con riferimento a quest'ultima, notano i giudici che il Codice penale del 1930 ha introdotto due diverse fattispecie di reato: una riguardante le percosse (violenza fisica in cui il danno sia costituito dal mero pregiudizio all'incolumità personale), una riguardante le lesioni (violenza fisica alla quale consegue una malattia). Il concetto di malattia, dunque, non è in campo penalistico assimilabile a quello di danno, e non può ad esempio includere un qualunque dolore fisico. Un primo orientamento, molto radicato nella giurisprudenza e nella dottrina fino a tempi recenti, individuava una malattia in presenza di qualsiasi alterazione anatomica (un livido, un graffio, etc.), estendendo così in modo nettissimo l'applicabilità del reato di lesioni. Più di recente, per contro, si è diffusa una seconda ricostruzione, che richiede non una semplice alterazione anatomica, ma una limitazione funzionale. Malattia, in sostanza, è ciò che impedisce il normale svolgimento delle proprie funzioni. La Cassazione precisa che il concetto di alterazione funzionale è più vicino alla nozione di malattia prevalente nelle scienze mediche e sottolinea l'importanza che la giurisprudenza si allinei per quanto possibile alle ricostruzioni sviluppate in tale campo. Pertanto, i giudici ritengono

Abusi e risarcimento all'Ordine professionale

La recentissima sentenza n. 22144 resa, in data 3 giugno 2008, dalla Corte di Cassazione penale, Sezione IV, apre nuovi scenari in tema di risarcimento dei danni in favore degli Ordini provinciali dei medici chirurghi e degli odontoiatri.

Nel caso di specie un medico chirurgo aveva messo a disposizione di un odontotecnico il proprio studio, consentendo a quest'ultimo di sottoporre a visita i pazienti ed effettuare interventi all'interno del cavo orale.

Entrambi, quindi, si sono visti contestare la commissione, in concorso fra loro, del reato di esercizio abusivo della professione odontoiatrica. La fattispecie in esame, valga sottolinearlo,

ricorre più volte nella casistica giurisprudenziale, dalla quale si coglie una preoccupante associazione fra il reato di abusivismo e quello di lesioni, anche gravi, in danno dei pazienti.

Alla luce di questo contesto, non si può sottovalutare un'incongruenza di fondo nella scelta sanzionatoria operata dal legislatore, tenuto in conto che comportamenti potenzialmente forieri di seri danni alla salute non trovano una pena corrispondente. Si pensi, infatti, che il reato che qui ci occupa, previsto dall'art. 348 c.p., viene punito con la pena della reclusione fino a sei mesi o con quella della multa da € 103 ad € 516. Senza voler addentrarsi nei meccanismi che governano la sostituzione della pena detentiva è, pertanto, assai probabile che un soggetto non recidivo nel reato di cui si discute riesca a definire la propria posizione con una sanzione di natura esclusivamente pecuniaria.

Ebbene, se si pensa che nella pressoché totalità dei casi la condotta di abusivismo risulta sistematica e protratta per un tempo tutt'altro

Il concetto di “malattia” per il medico e per il giudice.

che una qualsiasi alterazione epidermica non sia sufficiente ad integrare la malattia, mentre sia indispensabile l'esistenza di un processo patologico significativo. La suprema Corte, tuttavia, precisa che anche la dottrina medica non converge su un'unica interpretazione del concetto di malattia: viene in particolare evidenziato come i medici-legali, sovente, estendano il concetto di malattia anche ad alterazioni patologiche che di per sé non comportano alterazioni funzionali (come nel caso di una lieve febbre persistente). In sintesi, i giudici precisano che la ricostruzione funzionalista deve essere interpretata nel senso di ritenere alterazione funzionale “anche quella derivante da un processo patologico che incida in modo significativo sulla salute e sulla integrità fisica della persona o che comunque produca

sia pur modeste alterazioni di funzioni sensoriali o protettive”. Una ricostruzione intermedia, dunque, che non si sottrae a notevoli incertezze interpretative e applicative. Concludendo sul caso di specie, i giudici affermano che una formazione tumorale maligna, sia pure poco aggressiva e a lenta evoluzione, integra senz'altro il concetto di malattia. Viene infine precisato che “l'aumento dimensionale, indipendentemente dalle conseguenze dell'intervento ablativo, può essere correttamente qualificato come aggravamento della malattia; e cagionare l'aggravamento, secondo la costante giurisprudenza di legittimità equivale a cagionare la malattia”.

Prof. Avv. Lorenzo Cuocolo

Università commerciale “Luigi Bocconi”, Milano

Studio Legale Cuocolo, Genova

che trascurabile, non v'è chi non veda la necessità di rinvenire delle misure deterrenti al di fuori del diritto penale. Già in passato l'Ordine di Genova ha cercato di fornire un significativo contributo in tal senso, costituendosi parte civile nel processo penale ovvero promuovendo un'autonoma azione civile per il risarcimento dei danni nei confronti degli abusivi e di chi con essi è risultato connivente. A questo proposito, giova ricordare che una recente sentenza della Corte di Appello civile di Genova, riconoscendo all'Autorità ordinistica il ruolo di custode istituzionale dei valori connessi all'ordinato esercizio della professione, ha liquidato in favore della stessa una somma a titolo di risarcimento del danno morale. Tale somma, nell'evidente assenza di strumenti tabellari, è stata quantificata in via equitativa ma la Corte ha avallato l'opzione seguita dai giudici del primo grado, i quali hanno cercato di parametrare il risarcimento alle emergenze fattuali della causa, sì da meglio adeguarlo alla concreta portata della condotta di abusivismo.

Seguendo la cennata impostazione, in quel caso la controparte è stata condannata a versare la somma di € 20.000,00 oltre alle spese di entrambi i gradi del giudizio.

Oggi, come detto, sembra che la giurisprudenza voglia aprire ulteriori spiragli, evidentemente nella consapevolezza che soltanto il timore di dover versare cifre consistenti possa costituire un freno all'esercizio abusivo della professione medica ed odontoiatrica.

Nel dettaglio, la succitata sentenza svolge una diversa e più ampia esegesi dell'art. 348 c.p., mutuandola da alcune decisioni che già in passato avevano favorevolmente valutato la possibilità di riconoscere all'Ordine professionale anche il danno patrimoniale.

La Suprema Corte, seppur affermando che il bene tutelato in via primaria dall'art. 348 c.p. è

costituito dall'interesse generale a che determinate professioni - richiedenti tra l'altro particolari competenze tecniche - vengano esercitate soltanto da soggetti che abbiano conseguito una speciale abilitazione amministrativa, ha ritenuto che le condotte di abusivismo possano arrecare agli Ordini professionali due distinte tipologie di danno, morale e patrimoniale.

Il primo viene correlato alla lesione dell'interesse della categoria a che la professione sia esercitata da soggetti abilitati e qualificati, mentre il secondo attiene al pregiudizio economico per la concorrenza sleale operata da un soggetto non iscritto all'Albo.

Avv. Alessandro Lanata

Medici specializzati 1983-1991 e risarcimento del danno: la Corte di Appello di Genova supera il problema della prescrizione

L'innovativa sentenza della Corte di Appello di Genova del 05/06/2008 apre finalmente la strada a tutti quei medici che, non avendo provveduto ad interrompere i termini prescrizionali nei tempi e nelle forme di legge, rischiano di veder paralizzata la propria azione volta ad ottenere il risarcimento del danno per tardiva attuazione delle direttive comunitarie.

Secondo la Corte, infatti, fintanto che nel diritto italiano non venga introdotta una norma giuridica specifica che riconosca una remunerazione a coloro che hanno frequentato le scuole di specializzazione nel periodo fra il 1982 ed il 1991 non ricorre alcuna ipotesi di prescrizione, tantomeno quella quinquennale. In altri termini, a detta del Collegio i termini di prescrizione iniziano a decorrere soltanto laddove uno Stato membro dia luogo all'esatta trasposizione della direttiva comunitaria, nel nostro caso la 82/76/CEE. Tale direttiva non è mai stata correttamente applicata dallo Stato italiano, posto che con il D.L.vo 257/91 nessuna remunerazione è stata prevista per il periodo precedente alla sua entrata in vigore mentre con la L. 370/1999 il riconoscimento economico in via retroattiva è stato circoscritto ai soli medici destinatari di alcune sentenze del TAR Lazio.

Avv. Alessandro Lanata

Disposizioni di legge: ecco le novità

Il Decreto legge n.112 del 25 giugno 2008 recante **“disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria”** ha introdotto nella legislazione italiana molteplici novità nell’ambito dell’edilizia abitativa, della materia lavoro, dell’istruzione e della ricerca, della giustizia, della pubblica amministrazione e ha previsto l’**abrogazione di circa 3.600 testi di legge**.

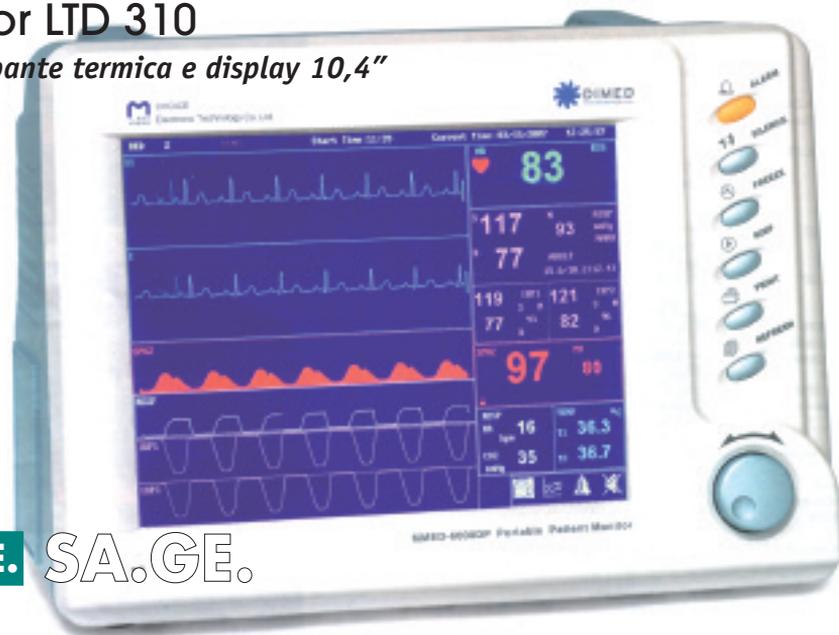
Gli articoli da 19 a 23 del Decreto contengono le norme in materia di liberalizzazioni e deregolazione sul mercato del lavoro.

Dal 1° gennaio 2009 le pensioni dirette di anzianità a carico dell’assicurazione generale obbligatoria e delle forme sostitutive ed esclusive della medesima sono totalmente cumulabili con i redditi da lavoro autonomo e dipendente. Da tale data sono totalmente cumulabili con i redditi da lavoro autonomo e dipendente le pensioni dirette conseguite nel regime contributivo in via anticipata rispetto ai 65 anni per gli uomini e ai 60 anni per le donne a carico dell’assicurazione generale obbligatoria e delle forme sostitutive ed esclusive della medesima nonché della gestione separata (articolo 1, comma 26, della legge 8 agosto 1995, n. 335), a condizione che il soggetto abbia maturato i requisiti di cui all’articolo 1, commi 6 e 7 della legge 23 agosto 2004, n. 243 e fermo restando il regime delle decorrenze dei trattamenti.

INSERZIONE PUBBLICITARIA

Monitor LTD 310

Con stampante termica e display 10,4”



SA.GE. SA.GE.

SA.GE. Articoli Sanitari

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

Genova Medica - **Luglio/agosto 2008**

A partire dal 1° gennaio 2009, inoltre, relativamente alle pensioni liquidate interamente con il sistema contributivo:

■ sono interamente cumulabili con i redditi da lavoro autonomo e dipendente le pensioni di vecchiaia anticipate liquidate con anzianità contributiva pari o superiore a 40 anni;

■ sono interamente cumulabili con i redditi da lavoro autonomo e dipendente le pensioni di vecchiaia liquidate a soggetti con età pari o superiore a 65 anni per gli uomini e 60 anni per le donne. In materia contributiva con l'articolo 20 è stato specificato che il secondo comma, dell'articolo 6, della legge 11 gennaio 1943, n. 138 *"L'indennità non è dovuta quando il trattamento economico di malattia è corrisposto per legge o per contratto collettivo dal datore di lavoro o da altri enti in misura pari o superiore a quella fissata dai contratti collettivi ai sensi del presente articolo. Le prestazioni corrisposte da terzi in misura inferiore a quella della indennità saranno integrate dall'ente sino a concorrenza"* debba interpretarsi nel senso che i datori di lavoro che hanno corrisposto per legge o per contratto collettivo, anche di diritto comune, il trattamento economico di malattia, con conseguente esonero dell'INPS dall'erogazione della predetta indennità, non sono tenuti al versamento della relativa contribuzione a tale Istituto. Restano acquisite alla gestione e conservano la loro efficacia le contribuzioni comunque versate per i periodi anteriori alla data del 1° gennaio 2009. A decorrere dal 1° gennaio 2009, le imprese dello Stato, degli enti pubblici e degli enti locali privatizzate e a capitale misto sono tenute a versare, secondo la normativa vigente, la contribuzione per maternità e la contribuzione per malattia per gli operai.

Inoltre si dispone che a partire dal 1° gennaio 2009 l'assegno sociale è corrisposto agli aventi diritto a condizione che abbiano soggiornato

legalmente, in via continuativa, per almeno cinque anni nel territorio nazionale.

Gli articoli 21, 22 e 23 del Decreto in esame modificano rispettivamente la disciplina del contratto di lavoro a tempo determinato, dei contratti occasionali di tipo accessorio, del contratto di apprendistato. In virtù delle modifiche apportate è stato specificato che per "prestazioni di lavoro accessorio" si intendono le attività lavorative di natura occasionale. Il Decreto ha, inoltre, apportato modifiche al "Testo unico" delle imposte sui redditi di cui al D.P.R. n. 917 del 22/12/86.

Inoltre, in particolare, con il comma 3, dell'art. 71 sono state ampliate le fasce orarie di reperibilità per le visite mediche di controllo per i lavoratori dipendenti della Pubblica amministrazione. Le nuove fasce di reperibilità sono:

dalle ore 08:00 alle ore 13:00 e dalle ore 14:00 alle ore 20:00, tutti i giorni compresi i non lavorativi ed i festivi.

Riassumiamo le novità in materia di lavoro

- ❖ Abolizione della procedura relativa alle dimissioni volontarie;
- ❖ reintroduzione del lavoro intermittente (lavoro a chiamata);
- ❖ abolizione del libro matricola e del libro paga;
- ❖ istituzione del libro unico del lavoro;
- ❖ possibilità di cumulo tra la pensione e i redditi da lavoro autonomo o dipendente;
- ❖ modifiche alla disciplina del lavoro a tempo determinato;
- ❖ modifiche alla disciplina del lavoro occasionale di tipo accessorio;
- ❖ modifiche alla disciplina del contratto di apprendistato professionalizzante e qualificante;
- ❖ modifiche all'apparato sanzionatorio del T.U. sulla sicurezza;
- ❖ modifiche alla disciplina in materia di orario di lavoro;
- ❖ flessibilità nelle pubbliche amministrazioni;
- ❖ modifiche alla normativa sulle malattie e sui permessi per i pubblici dipendenti.

Studio professionale: lavori di ristrutturazione

I lavori di ristrutturazione di uno studio professionale sono deducibili in quota annuale di ammortamento. Le spese relative ai lavori connotabili, invece, come piccole manutenzioni, rientranti nella categoria di cui all'art. 1576 c.c., ovvero di interventi legati al deterioramento prodotto dall'utilizzazione del bene, possono essere dedotte nel loro intero ammontare per il periodo di imposta nel quale sono state sostenute (Cassazione - Sentenza 17/06/'08, n. 16530).

Nella manovra d'estate del nuovo Governo

◆ Soppressione dell'obbligo di presentazione degli elenchi clienti e fornitori con scomparsa anche delle sanzioni per errori e omissioni precedenti alla cancellazione dell'obbligo.

◆ Stop alla tracciabilità degli incassi dei professionisti (scomparsa del conto corrente per gli incassi dei compensi esclusivamente mediante assegni bancari, postali, bonifici per importo superiori a 500 euro) per abrogazione dell'articolo 12bis delle legge 248/2006: *12-bis. Il limite di 100 euro di cui al 4° comma dell'art. 19 del decreto del Presidente della Repubblica 29/09/'73, n. 600, introdotto dal comma 12 del presente articolo, si applica a decorrere dal 1/07/'08. Dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto e sino al 30 giugno 2007 il limite è stabilito in 1.000 euro. Dal 1/07/'07 al 30 giugno 2008 il limite è stabilito in 500 euro.*

◆ Assegni bancari liberi sino a 12.500 euro e non più vincolati al limite dei 5.000 euro.

◆ Eliminazione dell'obbligo di indicare il codice fiscale del girante per l'incasso del titolo di credito.

◆ Rimane invece il pagamento all'Istituto di credito emittente del bollo di 1,50 euro per il rilascio degli assegni in forma "libera" (assegni

liberamente trasferibili con importo massimo di 12.500 euro).

Carta d'identità

Il titolare di una carta di identità scaduta dopo il 26 giugno potrà ottenere la convalida formale del proprio documento per altri cinque anni semplicemente presentandosi all'anagrafe comunale per l'apposizione di un timbro (Ministero dell'Interno circolare n. 8 del 26 giugno 2008). Ricordiamo che ora in caso di rilascio di una nuova carta d'identità in formato cartaceo o elettronico la durata del documento è decennale.

Validità degli assegni

Secondo l'articolo 32 del Rd 1736/33 ci sono termini precisi per la presentazione in banca dell'assegno: ◆ 8 gg. se pagabile nello stesso comune in cui fu emesso; ◆ 15 gg. se pagabile in altro Comune della Repubblica; ◆ 20 o 60 gg. a seconda che il luogo di emissione e quello di pagamento sia nello stesso o in diversi continenti.

Approvato il bilancio Enpam 2007

Approvato all'unanimità il bilancio consuntivo 2007 dell'Enpam. Il sì definitivo è arrivato dal Consiglio nazionale dell'Enpam formato dai 103 presidenti degli Ordini provinciali dei medici. I rappresentanti degli Ordini - si legge in una nota dell'Enpam - hanno ritenuto che i dati positivi del Bilancio, ovvero un utile di oltre 900 milioni di euro, andavano analizzati soprattutto in questo periodo di grande crisi economica internazionale. I rappresentanti hanno ringraziato Eolo Parodi, presidente dell'Enpam, ritenuto "l'autore di questo ennesimo successo contabile" e il CDA dell'ente.

Testo unico in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro

Disposizioni per i medici delle Strutture pubbliche e private

□ Antefatti

- Il D.Lgs. 626/1994 e le successive modifiche ed integrazioni hanno recepito le Direttive Europee degli anni '89 e '90, riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro. Questa normativa nazionale, costituita da 98 articoli e 13 allegati, è stata, per un quindicennio, il riferimento per la valutazione, programmazione e gestione dei rischi sul posto di lavoro nelle strutture sanitarie. La definizione del lavoratore (comprendente anche il medico, agli effetti della 626) è riferita a: ***“persona che presta il proprio lavoro alle dipendenze di un datore di lavoro, con rapporto di lavoro anche speciale”***;
- La Legge delegata n.123 del 3.08.2007, demandava al Governo l'emanazione, entro nove mesi, di un decreto legislativo per il riassetto e la riforma della normativa in materia di tutela della salute e sicurezza sul lavoro, tenendo conto del coordinamento con le disposizioni della 626 e dei principi e criteri generali espressi dalla stessa legge delega.

□ Attuazione Legge n.123 del 2007

D.Lgs. 81 del 9 aprile 2008 (in Gazzetta Ufficiale 101 del 30 aprile 2008).

La mole dei nuovi adempimenti (306 articoli e 51 allegati) disseminati nelle centinaia di

pagine di un Testo unico con valore di codice, dedicato ai tanti settori di attività con differenziate tipologie di rischio, rende necessario, per i medici che operano in una organizzazione pubblica o privata, un selettivo riferimento degli articoli coinvolgenti peculiari aspetti delle attività sanitarie di loro competenza e responsabilità.

Attualmente si deve tener conto che l'obbligo di elaborare il documento sulla valutazione dei rischi, operativo secondo il decreto 81 a far data dal 29 luglio, subirà un rinvio a fine anno 2008, a seguito dell'inserimento, da parte del Governo, di un emendamento, nel decreto legislativo 97 dello scorso 3 giugno. E' inoltre previsto, dopo un periodo applicativo della valutazione dei rischi di 12 mesi, un riesame legislativo, per apportare eventuali rettifiche.

La nuova normativa prevede che i medici debbano essere a conoscenza ed ottemperare alle norme sulla valutazione dei rischi, elaborate e messe a disposizione dal datore di lavoro (art.18) e debbano partecipare (comma 2, lett. h, art.20) ai programmi di formazione organizzati dallo stesso datore di lavoro. L'inosservanza di tali norme, e di innumerevoli altre disseminate nel Testo unico, risulta sanzionata penalmente.

La definizione del “lavoratore”, come riportata dal comma 1, lett. a, dell'art.2, corrisponde al medico dirigente o libero professionista che svolge attività clinica, con rapporto contrattuale di carattere consultivo o subordinato, in quanto ***“persona che, indipendentemente dalla tipologia contrattuale, svolge una attività lavorativa nell'ambito dell'organizzazione di un datore di lavoro pubblico o privato”***.

L'applicazione delle norme di prevenzione sui luoghi di lavoro si deve applicare ***“a tutti i lavoratori subordinati ed autonomi”*** per la salvaguardia ***“della salute e sicurezza degli operatori e di quella delle altre persone presenti sugli stessi luoghi di lavoro”***.

Qualora il medico, per incarico conferitogli, sovrintenda alle attività lavorative, deve osservare gli obblighi che, in 7 paragrafi, sono attribuiti, dall'art.19 del decreto, alla innovativa **figura del 'preposto'**.

Valutare, in ambito medico, le innumerevoli disposizioni del Testo unico, richiederebbe una approfondita analisi, estesa ai molteplici rischi di esposizione: biologici, chimici, fisici, elettromagnetici e da radiazioni ottiche artificiali.

In alcune condizioni operative i medici, per il loro ambito di competenza, rivestono un ruolo di collaborazione per la valutazione di specifici rischi, con il datore di lavoro ed il fisico responsabile degli impianti.

Nonostante il rinvio al 2012 dell'entrata in vigore dei valori limite di esposizione e di azione tabellati nel testo di legge, relativi alle attività con utilizzo delle attrezzature di risonanza magnetica, la loro valutazione si deve comunque attuare utilizzando le linee guida del Comitato elettrotecnico italiano, i livelli di emissione indicati dai fabbri-

canti e le emanande linee guida ministeriali. Analogo rinvio al 2010 è previsto per i valori di esposizione nell'uso dei laser: anche in questo caso vale, per la ineludibile, necessaria valutazione dei limiti di esposizione, il 'pilatesco' criterio di riferimento citato nel primo capoverso dell'art.181: *"il datore di lavoro valuta tutti i rischi derivanti da esposizione ad agenti fisici in modo da identificare ed adottare le opportune misure di prevenzione e protezione, con particolare riferimento alle norme di buona tecnica ed alle buone prassi"*.

In conclusione, tenendo conto dei punti critici del testo legislativo e pur ipotizzando qualche modifica nel 2009, risulterebbe essenziale, da parte dei medici interessati, un attento approccio conoscitivo alla normativa ed un confronto, in ambito lavorativo, con il datore di lavoro che ha l'obbligo di elaborare il documento sulla valutazione dei rischi.

F. Claudiani, D. Fierro

ATTUALITA'

Nelle ASL non più medici precari

Dopo lunghi anni, i colleghi che svolgono attività nei servizi territoriali delle ASL e il cui trattamento era assimilato a quello della medicina dei servizi, dal 1° luglio 2008 sono passati a tempo indeterminato.

Una prima tappa innovativa verso questa felice conclusione era stato l'Accordo Integrativo Regionale per la Medicina dei Servizi firmato il 13 luglio 2006 in cui nell'art.1 si afferma che gli incarichi a tempo determinato prima annuali divengono triennali. Nello stesso articolo si precisa, cosa molto importante, che le ASL, considerate perduranti le esigenze di servizio, hanno facoltà di far transitare questi medici a tempo indeterminato. Ed è ciò che, con grande soddisfazione, si è verificato con l'impegno continuo del SUMAI-Medicina dei Servizi, della parte politico-amministrativa della Regione Liguria e delle ASL. Questi colleghi, pertanto, entrano a far parte dell'A.C.N. che regola le attività della Medicina dei Servizi Territoriali.

Umberto Bonfiglio - SUMAI-Medicina dei Servizi



L'invidia è un peccato o un sintomo?

Ogni tanto qualche arcigno collega mi apostrofa dicendo: "Basta con il complesso di Edipo, l'inconscio e tutte le vostre metafore! Tra cinquant'anni, al massimo, sapremo tutto sui collegamenti encefalici e i centri emotivi e la faremo finita con tante sofferenze psicologiche".

Ed io penso (ma non glielo dico se no si arrabbia ancora di più): ok... ma nel frattempo? facciamo finta che non esistano fobie, attacchi di panico, ossessioni, pensieri persecutori?

Per non parlare della gelosia, rabbia e invidia, che propriamente non possiamo considerarli sintomi di malattia, ma che ci fanno soffrire ugualmente

molto. Mi direte: questi sono sentimenti ed emozioni comuni a tutti, descriverli fa parte della letteratura, il gestirli fa parte dell'etica, cosa c'entra con il lavoro scientifico di noi medici?

Ma, aggiungo, siamo proprio sicuri che lo studio delle emozioni, sentimenti e passioni, non sia un oggetto di lavoro e una competenza medica?

Da qualche anno si è sviluppato un nuovo campo di ricerca, chiamato "neuro psicoanalisi", che vanta Premi Nobel ed eminenti colleghi, per lo più americani. Viene studiata non solo la parte cognitiva e razionale del nostro cervello, ma anche la parte emotiva, intuitiva.

Per questo occorre una complementarietà con chi approfondisce questa parte dei comportamenti umani, come appunto fanno gli psicoanalisti. E perciò dovremo sopportarci, almeno per

un po', le metafore e le descrizioni "letterarie". E' vero, l'invidia fa parte dei sette vizi capitali, nessuno, sano o malato, si senta escluso... ma, siamo proprio sicuri che il cervello sia così estraneo a questi sentimenti? Se guardiamo a questi affetti e li consideriamo un fenomeno mentale, allora potremmo anche descrivere l'invidia come un desiderio di possedere un oggetto al di fuori di noi, e collegarlo alla rabbia e alla voglia di distruggerlo se non lo si può avere...e, sembra strano, ma questo sembra

proprio essere l'atteggiamento del neonato non pensante quando, affamato, rifiuta il seno per troppa rabbia, per aver aspettato troppo, come ben sanno le mamme che si disperano quando incontrano tali atteggiamenti così oppositivi da parte del loro bambino.

E la superbia, cioè il sentimento di sentirsi superiore e di non avere bisogno di nient'altro perché si ha già tutto, non è forse

avvicinabile all'atteggiamento che attraversano tutti i bambini quando diciamo che sono viziati e che non vogliono sottostare alle regole limitative che l'educazione impone loro? Ad un encefalo cioè ancora non completamente evoluto, che trascura gli oggetti esterni e li considera tutti dipendenti dal proprio volere?

Anche la "speranza", a parte le spiegazioni romantiche o divine, ha una sua collocazione nei rapporti con gli altri, così come li immaginiamo. L'esperienza clinica ci mostra che è utile e sano appartenere ad un buon gruppo, selezionato, semiaperto, sviluppato lentamente negli anni, che abbia saputo affrontare nascite, morti, le più diverse calamità e non solo ne sia sopravvissuto, ma le abbia superate con una visione ottimistica del futuro; questa appartenenza per-



22 L'invidia è un peccato o un sintomo?

mette di costruire un oggetto interno che chiameremo "speranza", un posto che ti permetta di esplorare temi quali la vergogna, la colpa, l'inganno, facendoti capire che c'è una ragione per tutto questo e che, se l'affrontiamo con spirito di verità e coraggio, senza indulgere in veloci o superficiali accomodamenti, arriveremo alla liberazione da intollerabili sentimenti e diventeremo più creativi. Questa "speranza" è anche quella che i testi inglesi chiamano "resilience" o capacità di resistere alla malattia, o al trauma; un aspetto, biologico, della persona che permette ad alcuni di superare la malattia e ad altri no. Tutti ci ammaliamo di infezioni, di tumori, di malattie auto immuni, ma alcuni hanno più capacità di resistere di altri; cosa sia quel "quid" che ci differenzia nella resistenza ad ammalarci è, e deve essere, oggetto della nostra indagine, visto che siamo medici e scienziati.

Da alcuni anni i nostri V. Gallese, L. Fogassi e G. Rizzolatti, dell'Università di Parma, studiando

alcune cellule anteriori alla scissura rolandica, in vicinanza dei neuroni motori, hanno scoperto i neuroni-specchio cioè neuroni che si attivano per imitazione, osservando il movimento altrui e mimandolo. Cioè la vista, l'esperienza dell'altro fuori di noi, attiva e sviluppa il nostro encefalo. Come non pensare allora che, su un piano più affettivo ed emozionale, la mutua identificazione e la capacità di avere piacere da quello degli altri non possano costituire uno strumento di sostegno della resilienza e della capacità di sperare nella propria guarigione? *In finis*, per rispondere al mio scettico interlocutore, è vero, che noi usiamo come strumenti terapeutici la "talk therapy", le metafore, la relazione prolungata col terapeuta, il gruppo, ma siamo anche noi medici e scienziati, non siamo passatisti, e applichiamo quei pochi strumenti conoscitivi che abbiamo testato ormai da un secolo... sempre in attesa di un mondo migliore...

Roberto Ghirardelli

Attività ambulatoriale della clinica malattie infettive

L'ambulatorio della Clinica Malattie Infettive, presso l'Ospedale San Martino (Padiglione Patologie Complesse, 2° piano), funziona tutti i giorni dalle 11 alle 14. Le prenotazioni devono essere fatte con il sistema CUP.

L'offerta assistenziale è rivolta a tutte le patologie infettive, sia del paziente normale, sia del paziente immunodepresso e comprende le malattie infettive a trasmissione sessuale in entrambi i sessi, le patologie dei viaggi, le epatiti virali e l'infezione HIV.

L'ambulatorio esegue anonimamente i test di screening per infezione HIV.

Tel. 010/555 2328 - Fax 010/555 5127

e-mail: claudio.viscoli@hsanmartino.it

www.clinicainfettivegenova.net

Oltre le pari, per le nuove opportunità

L'o scorso settembre a Caserta e recentemente a Fiumicino si sono svolti due incontri organizzati dalla FNOMCeO per valorizzare il ruolo delle donne medico in sanità, per promuovere una loro maggiore partecipazione negli organismi di rappresentanza (Consigli ordinistici, Consigli nazionali di sindacati e Società scientifiche) e migliorare l'organizzazione del lavoro e la qualità delle cure attraverso l'apporto della sensibilità di genere su alcuni temi specifici. Sono state avanzate proposte per evitare di penalizzare le donne in gravidanza, per aumentare la sicurezza nei luoghi di lavoro e per la formazione agli specifici problemi dei due sessi.

Commissione Pari Opportunità

A Genova un convegno su alcol e trapianto di fegato

La formazione psicopatologica del medico

L'Ospedale San Martino, la Società italiana di alcologia e la commissione dipendenze dell'Ordine dei medici della Provincia di Genova hanno organizzato il 20 giugno (Castello Simon Boccanegra, Ospedale San Martino) un incontro per affrontare alcune tematiche relative al rapporto alcol e trapianto di fegato. La relazione alcol/trapianto acquisisce una particolare importanza non solo per gli inevitabili problemi tecnici, ma soprattutto per i profondi contenuti etici.

Sono stati forniti innanzitutto alcuni dati di ordine generale: l'alcol e l'epatite da virus C rappresentano le maggiori cause di epatopatia e le due condizioni si associano in percentuali che in alcuni lavori possono raggiungere il 50%: l'associazione fra le due patologie potenzia in modo additivo o sinergico alcuni meccanismi di fibrogenesi con una notevole accelerazione del processo istopatologico verso la cirrosi epatica. L'alcol, inoltre, direttamente o in associazione ad altre condizioni è causa del 35% di tutti i trapianti di fegato. Nell'ambito della prevenzione è stato stabilito come il paziente alcolista in caso di astensione possa essere sottoposto a terapia antivirale per la possibile eradicazione del virus C: è stato dimostrato in letteratura, ma anche osservato

nella esperienza personale, come la percentuale di risposte virologiche sostenute possa essere sovrapponibile al gruppo di controllo. Ovviamente è necessario offrire al paziente la dovuta terapia di supporto.

Ad oggi, la maggior parte dei centri trapianto inserisce un paziente in lista dopo 6 mesi di accertata astensione. Peraltro, durante l'incontro sono stati presentati dati a favore del dosaggio della etilglicuronide nel monitorizzare l'astensione in pazienti già



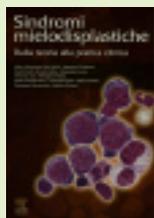
inseriti in lista attiva per trapianto di fegato. Tuttavia, alla luce di alcune esperienze, che ci dimostrano come in realtà il periodo ottimale di astensione pre-trapianto dovrebbe essere di almeno 9-18 mesi per garantirci una sufficiente tranquillità di astensione post-trapianto, ci si è posto il problema del management di pazienti con epatite alcolica acuta: in tale condizione, infatti, l'etilismo è attivo.

L'epatite alcolica acuta è una condizione clinica associata ad una prognosi sfavorevole con il solo trattamento medico: nelle forme severe si rileva una mortalità a 28 giorni di circa il 40-50%. L'astensione assoluta dal consumo di alcol è la condizione indispensabile per il miglioramento, tuttavia essendo tangibile nei primi 3 mesi, non sempre ci può garantire la sopravvivenza.

Considerando, quindi, che il periodo di astensione pre-trapianto non influenza la ricaduta alcolica in pazienti con epatite alcolica acuta, è giustificato prendere in considerazione la terapia sostitutiva in associazione ad altre procedure interventistiche.

Ovviamente è obbligatorio offrire al paziente un solido supporto costituito da una rete dove operatori socio-sanitari, famiglia e associazioni di auto-mutuo-aiuto si possano integrare al meglio per garantire l'astensione post-trapianto.

Gianni Testino
Alessandro Sumberaz,
Luigi Bottaro



SINDROMI MIELODISPLASTICHE - Dalla teoria alla pratica clinica - A. Cortelezzi, C. Finelli, R. Ghio, A. Levis, V. Liso, P. Musto, E. N. Oliva, A. Poloni, V. Santini, G. Semenzato, M. A. A. Spiriti, A. Terenzi - 2008

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

Per sindromi mielodisplastiche (SMD) si intende quel gruppo di malattie con alterazioni clonali delle cellule staminali caratterizzate da displasia ed eritropoiesi inefficace. Lo scopo di questo testo è di rendere accessibile, ai clinici interessati all'argomento, un percorso diagnostico-terapeutico rinnovato rispetto al passato.



MANUALE TASCABILE DI TRAUMATOLOGIA - E. E. Moore - K. L. Mattox - D. V. Feliciano

Antonio Delfino Editore - € 35,00 per lettori di "Genova Medica" € 30,00.

Adatto a coloro che trattano pazienti poli-traumatizzati, questo manuale tascabile è utilizzabile nel dipartimento di emergenza, nella sala operatoria in terapia intensiva post-chirurgica o in reparto riabilitativo.

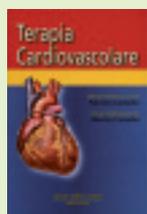


MALATTIA CORONARICA - Fisiopatologia e diagnostica non invasiva con TC

P. Pavone, M. Fioranelli - Edizioni: Springer - 2008

€ 64,95 per lettori di "Genova Medica" € 55,00.

L'opera nasce dalla volontà di fornire al cardiologo o al medico non esperto di *imaging* le basi per comprendere principi tecnici e modalità di acquisizione e di ricostruzione delle immagini.



TERAPIA CARDIOVASCOLARE - Edizione italiana: F. Castaldo - Antonio Delfino Editore - 2008

€ 23,00 per i lettori di "Genova Medica" € 20,00.

Questo manuale, esauriente e accattivante nell'esposizione, è un valido vademecum per tutti coloro (infermieri, tecnici, laboratoristi, etc.) che lavorano nei servizi di cardiologia ed in particolare nelle UTIC, ma può anche costituire sia per lo specializzando in cardiologia che per il cardiologo un valido strumento di orientamento.



ENDOCRINOLOGIA CLINICA E DIABETE - Testo atlante didattico - S. L. Chew, D. Leslie - EMSI

Editore, 2008 - € 45,00 per i lettori di "Genova Medica" € 38,50.

Questo testo, dalla stesura chiara e sintetica, contiene tutti gli elementi principali che lo specialista deve conoscere. Sono, inoltre, riportati diagrammi, figure e tabelle riassuntive per un più rapido apprendimento.



MICROBIOLOGIA MEDICA ED INFEZIONI - T. Elliott, T. Worthington, H. Osman, M. Gill - 2008 - Edizioni Mediche Scientifiche Internazionali

€ 25,00 per i lettori di "Genova Medica" € 22,00.

Il testo, succinto e focalizzato sulle informazioni di base attraverso tavole a colori ad illustrare il contenuto clinico, costituisce un testo essenziale per i giovani medici che hanno bisogno di una facile introduzione alla microbiologia.

**Recensioni
a cura di:**

Libreria Internazionale Medico Scientifica "Frasconi",
C.so A. Gastaldi 193 r. Genova - tel. e fax 0105220147
e-mail: info@libreriafrasconigenova.it - Sito: www.libreriafrasconigenova.it

Van Gogh: l'arte, i medici, le malattie

Il tormento della persona si libera nella creatività e ne potenzia il momento espressivo

Era una calda domenica d'estate, nel luglio del 1890, quando Vincent Van Gogh si sparò nella campagna di Auvers-sur-Oise; per morire, dopo una lunga emorragia, nonostante le cure del suo amico medico Paul Ferdinand Gachet.

Possiamo immaginarne il dolore, data la sua grande sensibilità ben espressa dal ritratto che il pittore gli aveva fatto poco tempo prima: un interesse verso le persone psicotabili, già testimoniato fin dalla gioventù con una tesi di laurea "sulla malinconia"; e poi, nella maturità, con l'amicizia verso persone ultrasensibili, come gli artisti. Stava fiorendo l'Impressionismo e nel giardino del dottor Gachet si ritrovavano a conversare Sisley, Pizarro, Cezanne, mentre dipingevano luci e colori; ed alla fine si era aggiunto Van Gogh, reduce dall'ospedale "per alienati" - "Asyle d'aliénés" di Saint-Remy - dove era rimasto per un anno intero, dal maggio del 1889 al maggio del 1890.

In occasione di quel ricovero era stato un giovane medico, Felix Rey, a salvarlo dal carcere convincendo il sindaco che Van Gogh non era così tanto pericoloso da farlo arrestare, ma solo un po' matto: aveva scaraventato i mobili dalla finestra della sua camera su un gruppo di giovinastri che lo dileggiavano, perché aveva accusato un oste di volerlo avvelenare.

Felix Rey aveva già conosciuto Van Gogh per



una precedente stramberia, che per poco non era costata la vita al pittore: l'amputazione di un orecchio, per donarlo ad una giovane prostituta, che ci giocasse come una bambola. Felix Rey non solo lo aveva salvato dall'emorragia, ma aveva compreso che la nevrosi di Van Gogh poteva essere curata o almeno alleviata dalla sua arte. Per questo era riuscito a convincere il direttore dell'ospedale di Saint-Remy a lasciarlo dipingere, nella sua stanza e nel giardino.

Saranno i suoi quadri migliori, come tutti quelli dell'ultimo scorcio di vita, liberi da ogni schematico razionalismo, in una totale esplosione di libertà cromatica e strutturale.

E' stata forse questa la prima intuizione medica di riconoscere l'importanza dell'arte come terapia della psiche. Un noto critico, Meyer Chapiro, ha scritto che per Van Gogh *"i colori, così intensi da spezzare il cuore, erano una liberazione, una catarsi per approdare in un mondo di pace"*.

Oggi esiste un'ampia documentazione medico-scientifica del rapporto fra arte e terapia. C'è addirittura un grande ospedale austriaco, il Gugging, a Klosterneuburg - vicino a Vienna - che ha nel reparto psichiatrico un centro studi per l'espressione artistica degli stati d'animo. Un museo raccoglie le opere dei pazienti: parecchie centinaia nel giro di una quarantina d'anni; talora così pregevoli da essere richieste per esposizioni internazionali.

Ma non è solamente la pittura ad essere uno sfogo per le persone psichicamente disturbate: lo dimostrano ampiamente le biografie di molti poeti e musicisti, il cui elenco sarebbe folto di nomi illustri. Del resto, al di fuori della psicopatologia, è spesso la passionalità estrema degli stati d'animo ad esplodere nell'intensità creativa. Basti pensare - anche se l'accostamento può sembrare arbitrario - ad un grande musicista

sta, quasi contemporaneo a Van Gogh: Fryderyk Chopin, vissuto quarant'anni prima e morto, come Van Gogh, prima dei quarant'anni d'età. Due vite drammatiche, tormentate da malattie, passioni e delusioni; per entrambi l'arte diventa non solo uno sfogo, ma una rappresentazione dell'anima, che raggiunge una commovente intensità nei momenti più tragici della loro vita.

Ma lasciamo questo inciso per tornare a Van Gogh; dalla sua biografia e soprattutto dalle sue lettere scritte al fratello Theo apprendiamo quante traversie lo avevano dilaniato.

Certamente il suo carattere non lo aiutava ad affrontare gli insuccessi, le incomprensioni e le malattie: il deperimento -anche per denutrizione- le febbri recidivanti, le cefalee e poi anche una noiosa blenorragia; ma soprattutto la depressione, alternata a fasi di agitazione. Era iniziata già in giovane età, sui venticinque anni, quando la dura esperienza tra i minatori di carbone, come pastore delle anime, era sfociata nella consapevolezza che la condizione umana è irrimediabilmente intrisa di fame e di miseria. Anche nei periodi di vita in cui avrebbe potuto trovare una amorevole consolazione, come la sua convivenza con Sien Hoornik - duramente contrastata dai parenti perché prostituta- era pur sempre nei momenti dolorosi che meglio esprimeva la pienezza della sua capacità espressiva: emblematico in proposito il celebre drammatico disegno del nudo di lei, intitolato per l'appunto "il dolore". Diversi medici si susseguirono negli anni in vari tentativi di cura: all'inizio il dottor Van Gent, nel 1881, che non diede grande importanza ai suoi disturbi; e poi, nel 1885, il dottor Van der Loo, che aveva cercato di tranquillizzarlo, confidando in futuri miglioramenti, sostenuti dalla sua attività artistica. Ma le cose si sarebbero complicate peggiorando ulteriormente la situazione: nausea ed epigastralgie, forse connesse alla perdita - come scrive - di una "dizaine de

dents". Neanche un buon medico di Anversa, cui Van Gogh si era rivolto, il dottor Hubertus Cavenaille, riesce a qualcosa.

Sarà poi a Parigi, negli anni 1886-87, nel periodo travolgente della sua vita, che conoscerà il dottor Grübby: una figura controversa, con fascino ciarlatanesco, ma anche colto e lungimirante; "Pas de femme et d'alcool", sentenza: parole vane per il pittore, che con Degas, Gauguin e Toulouse-Lautrec va bigheggionando tra donne, vino e assenzio, nell'ebbrezza dei colori impastati sulle tele degli Impressionisti.

E' forse anche per consiglio del dottor Grübby che Van Gogh lascerà Parigi per andare ad Arles, nel 1888; e qui dipingerà i suoi quadri più luminosi ("Luce sulla luce", scriverà al fratello) pieni di campi rigogliosi, di verdi, di gialli, di azzurri. Ma resterà ancora una volta incompreso e deluso: la sua pittura non trova sbocco sul mercato dell'arte, nonostante il fratello Theo, che vi lavora, cerchi di aiutarlo; come del resto ha fatto per tutta la vita, finanziandolo ed apprezzandolo come genio incompreso. Venderà solo un unico quadro, come è noto, proprio al tramonto della sua esistenza.

Il cerchio si chiuderà così con quel nero volo di corvi sul giallo smagliante di un campo di grano: un quadro che è il suo testamento simbolico, un messaggio che racchiude la sintesi della sua vita. Potremo sentirne il fascino anche noi, nella mostra che sta per aprirsi a Brescia nel prossimo ottobre: un'occasione per vedere nell'arte la trasfigurazione dell'anima.

Silviano Fiorato

La nostra biblioteca si arricchisce di nuovo

L'Ordine dei medici di Genova ringrazia il dott. Vincenzo Marino per aver generosamente regalato una collana di libri antichi che amplieranno la nostra biblioteca.



Casa di cura Santa Rita: contro una campagna denigratoria

Pubblichiamo di seguito la lettera pervenuta dai medici della Casa di cura di Santa Rita di Milano, già trasmessa sia alla FNOM-CeO che a tutti gli Ordini Provinciali d'Italia così come a tutte le società scientifiche.

I medici della clinica Santa Rita di Milano, sollecitano un intervento forte dell'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri, in difesa della loro professionalità e del loro operato, al fine di tutelare i suoi membri nei confronti di una campagna denigratoria, che si ripercuote inesorabilmente come una spada di Damocle sull'operato presente, passato e futuro di ogni medico. Si chiede un immediato intervento per tutelare il buon nome dei professionisti e per impedire il prosieguo di una pubblica lapidazione, fomentata dagli organi ufficiali di informazione mediante il continuo invito ad incontrollabile lamentela di massa, spesso pilotata, in un momento congiunturale di difficoltà economica. Si sottolinea che un'indagine, ancora in evoluzione, è stata trasformata in una gogna mediatica per l'intero corpo dei medici e dei professionisti afferenti alla struttura, e non solo, denigrando così ogni singolo medico professionista e tutto il nostro sistema di formazione universitario italiano ed europeo e minando il rapporto di fiducia tra medico e paziente.

Un evento di così grave portata, ci porta tristemente a riflettere su come la professione del medico fatta di assunzione di responsabilità, sia divenuta oggetto di facile calunnia.

Risulta assai difficile, ed attualmente impossibile, proseguire con il nostro lavoro ed assistere tutti i nostri malati in un clima nel quale le energie vengono spese nel tentativo continuo, ed a tutt'oggi infruttuoso, di difendere e tutelare la nostra immagine di professionisti seri e di persone. Ci rivolgiamo a voi, al fine di esprimere il nostro sdegno, forti del sostegno che quotidianamente riceviamo da tutti i nostri pazienti e collaboratori.

I medici che prestano servizio presso la Casa di cura Santa Rita - Milano

Il Consiglio dell'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Genova esprime la sua piena solidarietà e grande vicinanza a tutti coloro che lavorano nella Casa di cura di Santa Rita e che hanno continuato a svolgere quotidianamente con professionalità il loro lavoro. Auspica che la magistratura faccia quanto prima chiarezza, così individuando le effettive e singole responsabilità per i fatti accaduti, poiché talvolta ci si dimentica che la responsabilità penale è solo personale e non di una intera categoria.

MEDICINA & SOLIDARIETA

Medici genovesi in Ecuador - Si tratta di un progetto di cooperazione sanitaria, realizzato grazie alla collaborazione tra l'associazione Progetto Sviluppo Liguria, la Facoltà di Medicina di Genova e la Fondazione Alli Causai di Ambato, in Ecuador dove è stato allestito un laboratorio e dove sono stati inviati cinque medici specialisti. L'aspetto più significativo del progetto è l'attività di formazione rivolta a medici e studenti universitari locali. In Ecuador le malattie più significative sono l'infezione Hiv e la tubercolosi, come conferma Francesco Indiveri, professore di medicina interna dell'università di Genova. Con la specializzazione dei medici potranno essere aiutati le persone malate, ma anche i professionisti ecuadoriani che saranno incentivati a restare nel loro paese.

Ancora sul rapporto medico-paziente

Leggo con attenzione l'articolo di Roberto Ghirardelli sul numero di maggio di "Genova Medica", che sottolinea efficacemente l'importanza del rapporto medico-paziente nell'esercizio della nostra professione. È mia opinione che l'esercizio dell'arte medica sia, o debba essere, un mix di competenze tecniche e di abilità relazionali, condito da un pizzico di intuizione e di umanità.

Delle conoscenze scientifiche la medicina si è arricchita sempre di più di contenuti tecnico-scientifici e ha via via perduto, o ridotto, le sue prerogative di disciplina umanistica, una volta considerate con rispetto.

C'è chi dice che negli ultimi cento anni la medicina è passata dal "caring" (prendersi cura) al "curing" (curare). Essa è soprattutto un'attività umanitaria, e si serve della scienza come di uno strumento. Molti ritengono che la medicina stia perdendo di vista questo fatto, a danno considerevole della sua posizione nella società.

Un numero considerevole di persone si rivolge ai MMG per aiuto, più che ad altri operatori, compreso specialisti, psicologi, operatori sociali, sacerdoti. Riappropriamoci dunque del lato "umano" della medicina.

Peraltro, la buona pratica medica non può fare a meno di competenze tecniche o tecnologiche. Nel Medioevo c'era la distinzione tra *techne* e *humanitas*. Il sapere pratico, insomma il "saper fare", era visto come proprio dell'artigiano e veniva distinto dal sapere "vero", insomma la "conoscenza", che era appannaggio del dotto, del letterato, del filosofo, dello studioso. Essa era fine a se stessa, senza applicazioni pratiche, ma era considerata più "nobile" perché si occupava dell'"uomo" inteso come attività del suo

intelletto. Ci sono voluti Galileo e Bacone per rivestire la conoscenza di applicazioni pratiche.

Oggi è impensabile concepire un approccio alla attività sanitaria senza competenze tecniche e tecnologiche. I nostri studi professionali e gli ambulatori ospitano presidi tecnologici che ci supportano nella diagnosi e nella terapia. Le stesse linee guida basate sull'EBM (Evidence-Based Medicine), pur col pregio di migliorare l'efficacia della medicina uniformandola a criteri scientifici validati, ci allontanano dalla attenzione dovuta all'unicità dell'individuo.

Il rischio è di tecnicizzare sempre di più la professione e di ridurla ad una mera prescrizione di un esame, o di una terapia farmacologica. Il messaggio che si comunica è che il farmaco, o l'indagine diagnostica sono la risoluzione di tutti i problemi, e che la medicina è onnipotente, forse fino a sconfiggere la morte. Come evitarlo? L'unico modo è quello di sottolineare, enfatizzare, implementare il rapporto umano empatico. Un recente articolo del BMJ ("British Medical Journal" 2008; 336:967-68) mette a confronto tre gruppi di pazienti affetti da colon irritabile. Il primo ha ricevuto un trattamento farmacologico placebo, un secondo un trattamento con agopuntura in cui il medico si limitava ad applicare gli aghi, un terzo un trattamento con agopuntura ma con attenzione particolare da parte del medico alla comunicazione con metodi di ascolto attivo empatico e counselling.

I miglioramenti più sensibili si sono manifestati in quest'ultimo gruppo e si sono accompagnati anche ad un miglioramento della qualità della vita. Il BMJ suggerisce che forse la vera terapia è stata la qualità dell'approccio comunicativo del medico...in fondo un tempo si diceva *medicus ipse medicina*.

In effetti, nella relazione medico-paziente il metodo tradizionale autoritario di persuasione e prescrizione è poco efficace. A lungo termine, la

compliance del paziente alla terapia cala del 50%. Lo stile del "colloquio motivazionale" è invece più efficace nel rafforzare la motivazione al cambiamento. I due metodi non sono in antitesi, è opportuno passare da uno all'altro secondo le circostanze. Sono cose che già in parte facciamo in pratica, dobbiamo solo rendercene conto, "fare nostri strumenti già nostri" razionalizzando procedimenti spontanei. Come? Non esistono persone più o meno responders, ma solo persone che hanno più punti di attacco o ne hanno meno. Sta a noi trovarli. Sembra che il miglior modo di convincere una persona sia non cercare di convincerla, ma chiedersi come mai non si è ancora convinta.

Pascal diceva che le persone si lasciano convincere più facilmente dalle ragioni che esse stesse hanno scoperto piuttosto che da quelle scaturite dalla mente di altri.

In sostanza, questo non è altro che applicare la tecnica del counselling che, torno a dire, è una peculiarità del rapporto tra il medico e il suo paziente, soprattutto ma non solo in medicina generale, che più o meno consciamente noi sviluppiamo con l'esperienza quotidiana.

Secondo la *British Association for Counselling* (BAC, 1992) il "counselling" è un uso della

relazione abile e strutturato che sviluppi l'autoconsapevolezza, l'accettazione delle emozioni, la crescita, le risorse personali. L'obiettivo principale è vivere in modo pieno e soddisfacente. Il counselling può essere mirato alla definizione e soluzione di problemi specifici, alla presa di decisioni, ad affrontare i momenti di crisi, a confrontarsi con i propri sentimenti e i propri conflitti interiori o a migliorare le relazioni con gli altri. Il ruolo del counsellor è quello di facilitare il lavoro dell'utente in modo da rispettarne i valori, le risorse personali e la capacità di autodeterminazione".

L'attività di *counselling* è, quindi, un processo a cui si fa ricorso per dare aiuto ad una persona nell'esplorazione della natura dei propri problemi in modo che possa egli stesso decidere autonomamente che cosa fare. Mentre la psicoterapia richiede un processo globale di crescita (aspetto strutturale), il *counselling* richiede invece un cambiamento focalizzato su obiettivi specifici (aspetto adattivo). Valorizzando questa capacità possiamo aiutare il paziente a realizzare il cambiamento e tutti noi a trovare nuovo impulso e nuovo entusiasmo alla nostra professione.

Giovanni Filippo Bignone

CORSI & CONVEGNI

LA COMUNICAZIONE STRATEGICA MEDICO-PAZIENTE

Questo il corso intensivo della durata annuale, **con inizio in autunno**, che si terrà nella sede di Genova del Centro di terapia strategica di Arezzo, diretto dal prof. Giorgio Nardone, in via Gramsci, 1. Il training approfondirà la processualità del "dialogo strategico", ultima tecnica di comunicazione evoluta del modello di terapia breve strategica, focalizzando l'attenzione all'interno dell'incontro con il paziente. 50 crediti ECM. Per info: Andrea Vallarino: **cell. 3496922664, tel. e fax: 010/2467677.**

INCONTRI DI PEDIATRIA - 10° CONGRESSO NAZIONALE UNIVERSITA', OSPEDALE E TERRITORIO

Il congresso si terrà a Final Borgo (Savona) nel Chiostro di Santa Caterina il **19 e 20 settembre**. Il tradizionale Congresso "Incontri di pediatria" si rinnova: da quest'anno l'Università partecipa al congresso formalmente ed ufficialmente con il suo contributo propositivo e progettuale. Verranno, inoltre, sperimentate anche nuove tecniche comunicative con l'alternarsi di letture, talk-show e grand'angoli. Per info: BC Congressi **tel. 010/595 7060.**



Notizie dalla C.A.O.

Commissione Albo Odontoiatri

A cura di Massimo Gaggero

Grande Successo del Corso del prof. Cozzani all'Andi Genova



Un momento del corso del Prof. Cozzani.

Un bel successo, tenuto conto di una bella giornata di sole il 12 luglio, ma il relatore era di tutto rispetto e non si poteva proprio perdere. Infatti, oltre 60 presenze nella Sede corsi di Andi Genova per ascoltare il **prof. Giuseppe Cozzani** di Andi La Spezia il quale, insieme al suo allievo, nonché specialista in

Consegna al Makò dei diplomi del 20° Corso ASO - Andi Genova

Venerdì 18 si è svolta alla discoteca Makò l'ormai tradizionale festa d'estate per la **Consegna dei Diplomi del "20° Corso Andi Genova per Assistenti di Studio Odontoiatrico" (ASO)**. Quest'anno sono state diplomate 39 assistenti con l'erogazione di tre 50/50 con lode e tre 50/50. In questi ultimi 20 anni si è, quindi, arrivati ad oltre 800 diplomate

radiologia, **dr. Fabio Ferretti**, hanno affrontato l'argomento: *"ATM e dintorni: la patologia dell'ATM per il dentista pratico"*.

Il numeroso uditorio, impreziosito dalla presenza di due "mostri sacri" dell'odontoiatria genovese, ovvero i professori **Silvano Carnellutti e Franco Mantero**, che hanno colto l'occasione di incontrare il loro collega spezzino, ha seguito con estremo interesse i complessi concetti del professore illustrati invece con semplicità e chiarezza facilmente comprensibile.

Sono state presentate le ultime novità riguardo l'"*imaging RM*" per una corretta diagnosi delle problematiche ATM anche con il supporto del dr. Ferretti, che si è dedicato da tempo a questa importante branca della radiologia odontoiatrica. Alla fine del corso tutti i presenti, molto soddisfatti, hanno quindi potuto "portare via" importanti nozioni da mettere subito in pratica alla riapertura del proprio studio.

Uberto Poggio

Segretario Culturale Andi Genova

con la soddisfazione di aver dato una possibilità di impiego a molte giovani ed aver fornito ai colleghi valide collaboratrici qualificate.

Quest'anno è stato un corso particolarmente interessante, con una classe attenta ed ordinata, che ha permesso ai docenti di svolgere al meglio il programma fornendo tutte le nozioni formative indispensabili per poter affrontare il lavoro impegnativo di Assistenza per il dentista e di organizzazione dello Studio Odontoiatrico. Alla festa hanno partecipato tutti i docenti del corso che voglio, qui, ringraziare e ricordare: il

prof. Paolo Balbi, i d.ri Corrado Balestra, Stefano Bovone, Enrico Calcagno, Maria Susie Cella (mia valida collaboratrice), Nicola De Angelis, Vincenzo Del Buono, Daniele Di Murro, Massimo Gaggero, Giorgio Inglese Ganora, Paolo Mantovani, Mario Martino, Alberto Merlini, Giuseppe Modugno, Emanuele Muller, Marcello Parodi, Paolo Pernthaler, Rosario Sentineri, Spolidoro Alicia, Zerbini Massimo. Ricordo e ringrazio anche i docenti non odontoiatri: il prof. Antonio Zicca, i d.ri Corrado Gazzero, Franco

Merli e il sig. Luca Donato.

Si ringraziano inoltre l'Ospedale E. O. Galliera e l'Istituto Giannina Gaslini per la disponibilità offerta per la parte pratica del corso.

Erano presenti alla consegna dei diplomi molte cariche Andi Nazionale, ordinistiche e istituzionali.

E adesso pronti per cominciare il secondo ventennio!

Proscovia Salusciev

Direttrice Corsi Assistenti - Andi Genova



Un momento dell' esame del corso assistenti.

Comunicazioni di eventi odontoiatrici

ANDI GENOVA - Corsi 2° semestre 2008

SETTEMBRE

Sabato 20 (giornata 9-18) - Corso teorico - pratico: "Il restauro adesivo estetico: materiali e tecniche operative per il successo clinico".

Relatore: **dr. Antonio Cerutti**.

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

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

Martedì 30 (serata) - "Implantologia computer assistita: pianificazione, flapless surgery e

carico immediato nelle riabilitazioni implanto-protesiche complesse". Rel.: **dr. Guido Schirolli**.

OTTOBRE

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

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

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

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

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

Sabato 11 (giornata 9-17) - "Impariamo a gestire il computer: trucchi e segreti per "sapersela

cavare””. Relatore: **dr. M. Fiorini**. Sede: Galliera
Martedì 14 (serata 20-23) - “Disfunzioni cranio
 vertebro mandibolare: test clinici e strategie
 manipolative”. Relatori: **dr. Paolo Montedonico**
 - **dr. Paolo Pagano**.

Sabato 18 (giornata 9-17) - “Nuove tecniche
 endodontiche nella pratica quotidiana”.

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

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

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

Sabato 25 (9-17) - “Gli sbiancamenti e le
 microabrasioni”. Relatore: **dr. Stefano Ardu**.
 Corso teorico - pratico. Sede: Galliera.

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

NOVEMBRE

Sabato 8 (giornata 9-17) - “Isolamento del

campo: la diga di gomma passaggi operativi”.

Relatore: **dr. Cesare Robello**.

Corso pratico. Sede: Galliera.

Mercoledì 12 (serata) - “Le nuove tecnologie del
 terzo millennio in odontoiatria”. Relatore: **dr.**
Antonio Corradi.

Venerdì 14 e Sabato 15 - IV Convegno Odonto-
 iatrico Andi Liguria - “I pilastri della protesi:
 innovazioni nelle riabilitazioni impianto - prote-
 siche ed il loro mantenimento”.

Sede: Sanremo - Palafiori, Corso Garibaldi.

Sabato 22 (giornata 9-17) - “Restauri diretti nei
 settori posteriori” - Rel.: **dr. Alessandro Vichi**.

DICEMBRE

Sabato 13 (giornata 9-16) - “I Fillers: principi e
 tecniche iniettive”. Relatori: **dr. Carlo Brusati -**
d.ssa Sonia Balestrero.

Corsi in fase di accreditamento ECM.

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

Per info: 010 581190.

CENACOLO ODONTOSTOMATOLOGICO LIGURE - 2° Semestre 2008

Sabato 20 settembre- Convegno “Medicina inter-
 na - Emergenza - Odontoiatria”. Relatori: **dr.**
Andrea Stimamiglio (“Paziente decoagulato in
 studio Odontoiatrico”, “Aggiornamento sull’uso
 e profilassi degli Antibiotici”), **dr. Mauro**
Guidetti (“Emergenza in studio Odontoiatrico”,
 “Carrello dei farmaci utili da tenere in studio”),
dr. K. A. Sadeghi (“Artrite idiopatica giovanile e
 fibromialgia acuta”), **dr. Roberto Armanino**
 (“Pazienti in cura con Bifosfonati”) - **dr. Enrico**
Grappiolo (“Terapia del dolore”).

Sede: CNA, Via San Vincenzo 2 (1° Piano),
 Genova - Orario: 8.30 - 19.00.

In fase di accreditamento.

CICLO DI LEZIONI IN FASE DI ACCREDITAMENTO:

Sede: CNA, Via San Vincenzo 2 (1° Piano),

Genova. Orario: 20:00 - 23:00.

Venerdì 3 ottobre - serata - 1° incontro

“Tecniche e materiali nel grande rialzo del seno
 mascellare: dopo 20 anni di esperienze perso-
 nali c’è comunque spazio per qualcosa di
 nuovo?”. Relatori: **dr.i De Lellis, Borioli**.

Crediti ECM.

Lunedì 13 ottobre - serata - 2° incontro

“La pianificazione del trattamento in implanto-
 protesi” - Relatore: **dr. Albano**. Crediti ECM.

Mercoledì 12 novembre - serata - 3° incontro

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

Mercoledì 26 novembre - serata - 4° incontro

“Importanza e interpretazione clinica della

radiologia in odontoiatria e chirurgia plantare".

Relatore: **dr. Luca Reggiani**.

Sabato 4 ottobre - Giornata per assistenti - "Manutenzione degli strumenti". Corso pratico di affilatura degli strumenti. Relatore: **Roberto Garaffone**. Sede: CNA, Via San Vincenzo 2 (1° Piano), Genova. Orario: 9.00 - 17.00.

Sabato 18 ottobre - Giornata "Dente VS Impianto. Selezione del paziente e morfologia del difetto". Relatore: *prof. A. Pilloni*. Sede: CNA, Via San Vincenzo 2 (1° Piano), Genova. Orario: 8.30 - 19.00. N.6 crediti ECM.

Sabato 8 novembre - Giornata per Odontoiatri e Odontotecnici: "Il Carico immediato: dal protocollo chirurgico alle soluzioni protesiche".

Relatori: **dr.i Ugo Delle Donne, Giuseppe Corradini, Paolo Viganò e odt. Aristide Vigorelli**. Sede: CNA, Via San Vincenzo 2 (1° Piano), Genova. Orario: 8.30 - 19.00.

Sabato 13 dicembre - Giornata: "Nuovo dispositivo di attivatore di funzione "New Smile" per le terapia funzionale in II Classe". Relatore: **dr. A. Sadeghi**. Sede: CNA, Via San Vincenzo 2 (1° Piano), Genova. Orario: 8.30 - 18.30. Crediti ECM.

*Per info: dr. Kamran Akhavan Sadeghi
 Cenacolo Odontostomatologico Ligure.
 Tel. 010 543682 - fax 010 8932963
 e-mail: dr_kamy@hotmail.com*

STRUTTURE PROVVISORIAMENTE ACCREDITATE (PROVINCIA DI GENOVA)

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

STRUTTURE PRIVATE	INDIRIZZO E TEL.	SPECIALITA'								
ISTITUTO BARONE - RINASCITA	GENOVA Dir. San.: Dr. G. Giorgi Spec.: Radiologia Medica R.B.: Dr. G.L. Delucchi Spec.: Fisiatria e Ortopedia	P.sso Ponte Carrega, 35-37r 010/8386715 fax 010/8382086	RX	TF	S	DS				
ISTITUTO IL BALUARDO certifi. ISO 9002	GENOVA Dir. San.: Prof. E. Salvidio prof. onor. in clin. med. R.B.: Prof. D. Fierro Spec.: Radiologia R.B.: Dr. M. Casaleggio Spec.: Fisiocinesiterapia www.ilbaluardo.it clienti@ilbaluardo.it	P.zza Cavour Porto Antico 010/2471034 fax 2466511	RX	TF	S	DS	TC	RM		
IST. BIOMEDICAL ISO 9002	GENOVA Dir. San.: Prof. B. De Veris.: Igiene e Medicina Prev. Dir. Tec. Day Surgery: Dr. A. Brodasca Spec. in anestesologia Dir. Tec. Day-Hospital: D.ssa M. Romagnoli Spec. in derm. Dir. Tec. Lab. Analisi: D.ssa P. Nava (biologa) Spec. in igiene Dir. Tec. Radiodiagnostica: Dr. M. Oddone Spec. in radiod. Resp. Branca Cardiologia: Dr. G. Molinari Spec. in card. Dir. Tec. Terapia fisica: Dr.ssa E. Marras Spec. in med. fis. e riabil. Resp. Branca Med. dello sport: Dr. A. Boccuzzi Spec. in med. dello sport Dir. Tec.: Dr. A. Peuto Spec. ginecologia e ostetricia Poliambulatorio specialistico Dir. Tec.: Dr. S. Venier Medico Chirurgo Responsabile Dr. S. Gatto Medico Chirurgo	Via Prà 1/B 010/663351 fax 010/664920 www.biomedicalspsa.com Via Teodoro di Monferrato, 58r. 010/6982796 GENOVA SESTRI PONENTE Vico Erminio 1/3/5r. 010/8533299	PC	Ria	RX	TF	S	DS	TC	RM
IST. BIOTEST ANALISI - ISO 9001-2000	GENOVA Dir. San.: Dr. F. Masoero Spec.: Igiene e Med. Prev. R.B.: D.ssa P. Rosselli Spec. Cardiologia	Via Maragliano 3/1 010/587088	PC	Ria		S	DS			
IST. Rad. e T. Fisica CICIO - ISO 9001-2000	GENOVA Dir. San. e R.B.: Dr. G. Cicio Spec.: Radiologia	C.so Sardegna 40a 010/501994		RX	RT	TF		DS		

STRUTTURE PRIVATE	INDIRIZZO E TEL.	SPECIALITA'
IST. EMOLAB <small>certif. ISO 9001/2000</small> 	GENOVA Dir. San. e R.B.: G.B. Vicari L.D.: Chim. e Microscopia Clinica R.B.: Dr. S. De Pascale Spec.: Radiologia	PC Ria RX S DS
IST. RADIOLOGIA RECCO	GE - RECCO Dir. San. e R.B.: Dr. C. A. Melani Spec.: Radiodiagnostica Resp. Terapia fisica: D.ssa A. Focacci Spec.: Fisiatria	RX RT TF DS
EMOS c/o il Baluardo	GENOVA Dir. Tec.: Prof. E. Salvadio già dir. scuola di spec. in ematologia clinica e di laboratorio R. B.: Prof. D. Fierro Spec.: Radiologia Punto prelievi Via G. Torti 30/1	PC DS
IST. FIDES	GENOVA Dir. Tec.: Dr. F. Veccia Spec.: Fkt. e Rieduc. neuromotoria	TF
IST. GALENO	GENOVA Dir. Tec. Dr. D. De Scalzi Biologa - Spec.: Patologia clinica R.B.: Dr. R. Lagorio Spec.: Radiologia medica Dir. Tec.: Dr. G. Bricchetto Spec.: Ter. fisica e Riabilit.	PC RX RT TF S DS
IST. I.R.O. Radiologia - certif. ISO 9002 	GENOVA Dir. Tec. e R.B.: Dr. L. Reggiani Spec.: Radiodiagnostica R.B.: Dr. D. Perona Spec.: Cardiologia Dr. M. V. Giacobbe Spec.: Medicina dello sport	RX S DS
IST. ISMAR <small>certif. ISO 9002</small> 	GENOVA Dir. San. e R.B.: D.ssa P. Mansuino Biologo - Spec.: Microbiologia e Igiene R.B.: Prof. Paolo Romano Spec.: Cardiologia Punto prelievi: Via Canepari 65 r	PC Ria RX S TC
IST. LAB <small>certif. ISO 9001-2000</small> 	GENOVA Dir. Tec.: D.ssa M. Guerrina Biologa Punto prelievi: C.so Magenta, 21 A (Castelletto)	PC Ria S
IST. LIGURIA - certif. ISO 9001/2000 DNV	GENOVA Dir. Tec.: Dr. R. Oliva, biologo Spec.: Igiene Punto prelievi: P.zza Duca degli Abruzzi 8 r. Via Napoli, 50 r	PC S
IST. MANARA	GE - BOLZANETO Dir. San. e Dir. Tec.: Dr. M. Manara Spec.: Radiologia medica Dir. Tec.: D.ssa C. Sgarito Spec.: Medicina fisica e Riabilitazione Patologia clinica: dir. tec. D.ssa L. Vignolo Biologa	PC RX TF S DS TC RM
IST. MORGAGNI <small>certif. ISO 9001</small> 	GENOVA Dir. San. e R.B.: D.ssa A. Lamedica Biologo Spec.: Patologia Clinica R.B.: Dr. L. Berri Spec.: Radiologia R.B.: Prof. G. Lamedica Spec.: Cardiologia	PC RX S DS
IST. NEUMAIER	GENOVA Dir. San. e R.B.: Dr. L. Berri Spec.: Radiologia	RX RT TF DS

STRUTTURE PRIVATE		INDIRIZZO E TEL.	SPECIALITA'																		
CENTRO RADIOLOGICO E FISIOTERAPICO		GE - BUSALLA																			
Dir. San. e R.B.: Prof. L. Morra Spec.: Radiologia Medica Resp. Terapia fisica: Dr. Franco Civera Spec.: Fisiatria		Via Chiappa 4 010/9640300																			
IST. SALUS <small>certif. ISO 9002</small>		GENOVA	PC	Ria	MN	RX	RT	TF	S	DS	TC	RM									
Dir. San. e R.B.: Dr. E. Bartolini Spec.: Radiologia Igiene Med. Prev.		P.zza Dante 9 010/586642																			
IST. STATIC <small>certif. ISO 9001/2000</small>		GENOVA																			
Dir. Tecnico e R.B. FKT: Prof. R. Cervetti Spec.: Fisiatria e Reumatologia R.B.: Dr. M. Debarbieri Spec.: Radiologia		Via XX Settembre 5 010/543478																			
IST. TARTARINI		GE - SESTRI P.	PC	Ria		RX	RT	TF	S	DS											
Dir. Tec.: D.ssa M. C. Parodi, biologa Spec.: Igiene or. lab. Dir. Tec.: Dr. A. Picasso Spec.: Radiologia Dir. Tec.: D.ssa I. Parola Spec.: Med. fisica e riabil.		P.zza Dei Nattino 1 010/6531442 fax 6531438																			
TMA - TECNOLOGIE MEDICHE AVANZATE		GENOVA				RX			S	DS	TC	RM									
Dir. Tec.: Dr. A. Gambaro <small>certif. ISO 9001:2000</small> Spec.: Radiodiagnostica www.montallegro.it/TMA tma@montallegro.it		Via Montallegro, 48 010/316523 - 3622923 fax 010/3622771																			
IST. TURTULICI RADIOLOGICO TIR		GENOVA				RX	RT			DS	TC	RM									
Dir. San.: Dr. Vincenzo Turtulici Spec.: Radiologia medica		Via Colombo, 11-1° piano 010/593871																			
IST. VALE		GENOVA	PC	Ria					S	DS											
Dir. San.: G.B. Vicari Spec.: Medicina nucleare Punto prelievi		Via Carlo Rolando, 87 r 010/414903 Via Monte Zovetto 9/2 010/313301																			
ISTITUTI NON CONVENZIONATI SSN			SPECIALITA'																		
LABORATORIO ALBARO <small>certif. ISO 9001/2000</small>		GENOVA	PC	Ria		RX		TF	S	DS	TC	RM									
Dir. San.: Prof.R. Bonanni Spec. in Ematologia Microbiologia medica, Anatomia patologica R.B.: D.ssa M. Clavarezza Spec.: Igiene R.B.: L. De Martini Spec.: Radiologia R.B.: Prof. M.V. Iannetti Spec.: Cardiologia		Via P. Boselli 30 010/3621769 Num. V. 800060383 www.laboratorioalbaro.com																			
IST. BOBBIO 2		GENOVA							TF	S											
Dir. San. e R.B.: Dr. M. Scocchi Spec.: Fisiatria		Via G. B. D'Albertis, 9 c. 010/354921																			
STUDIO GAZZERRO		GENOVA				RX			S	DS	TC	RM									
Dir. San.: Dr. Corrado Gazzoero Spec.: Radiologia www.gazzoero.com		Piazza Borgo Pila, 3 010/588952 fax 588410																			
RIABILITA		GENOVA							TF												
Dir. Tec.: Dr. G. M. Vassallo Spec.: Fisiatra Spec.: Medicina dello sport		Via Montallegro, 48 c 010/3622448 fax 010/3622771																			

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

PROGETTO PROFESSIONE

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

RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE

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

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

TUTELA LEGALE PROFESSIONALE - La garanzia assicura il rimborso delle spese occorrenti per la nomina di un legale di propria fiducia e di un perito di parte al fine di tutelare gli interessi del medico quando subisce danni causati da fatti illeciti di terzi, quando sia perseguito in sede penale e quando debba sostenere controversie relative a contratti di lavoro con i suoi dipendenti, con il proprio datore di lavoro e con gli Istituti che esercitano le assicurazioni sociali obbligatorie. La garanzia vale anche per vertenze contrattuali con i pazienti con il limite di una denuncia per ogni anno assicurativo. L'assicurato avrà quindi pagate le spese dell'Avvocato di propria fiducia che lo assiste sia per resistere alle richieste di controparte sia per chiamare in manleva la propria compagnia di Responsabilità civile. In caso di atto di citazione è prevista la libera scelta del legale, mentre per le vertenze in sede extragiudiziarie è la compagnia di assicurazione che mette a disposizione i propri legali convenzionati.



RESPONSABILITA CIVILE PROFESSIONALE: CONDIZIONI PARTICOLARI

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

