



Genova Medica



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

Editoriale

Privacy e sicurezza stradale

Vita dell'Ordine

Assistenza ai pazienti immigrati:
l'impegno dell'Ordine

In primo piano

Il nuovo sistema di formazione
continua in medicina

I CORSI DELL'ORDINE

NOTIZIE DALLA C.A.O.

Note di diritto sanitario

Mobilità prioritaria rispetto al concorso

Limiti all'utilizzo di graduatorie
già esistenti per la copertura
di posti primari

Medicina & Normativa

Posta elettronica certificata:
si intravede una soluzione

N.9 settembre 2009



OCULISTICA, LA RISPOSTA ALLE URGENZE CORRE SUL FILO

Una **linea diretta** fra l'equipe ospedaliera e il medico di fiducia per rafforzare l'interazione fra ospedale e territorio, **fornire una risposta diagnostica e terapeutica rapida – entro 48 ore - alle principali urgenze in oftalmologia** e creare una nuova **linea di comunicazione** e collaborazione tra professionisti della sanità.

Questi, in sintesi, gli obiettivi alla base del progetto “Guardiamoci negli occhi”, promosso dalla Struttura Complessa di Oculistica di ASL3 Genovese, diretta dal prof. Fabio Giacomelli, e già attivo nei distretti 8 Ponente, 9 Medio Ponente e 10 Valpolcevera e Valle Scrivia.

Componendo il numero 320 43 38 015, attivo dal lunedì al venerdì dalle 14.30 alle 16.30 e raggiungibile anche attraverso il centralino 010 644 81, il medico di famiglia, il pediatra e lo specialista possono comunicare direttamente con la Struttura di Oculistica di ASL 3 presso l’Ospedale P.A. Micone di Sestri Ponente e **segnalare i casi ritenuti più urgenti, bypassando le consuete modalità di intervento** (accesso al Pronto Soccorso e prenotazione di prestazioni ambulatoriali tramite CUP).

Elemento chiave del progetto è la **nuova figura sanitaria del case manager**, un infermiere professionale adeguatamente formato che, sulla base di una griglia anamnestica predisposta, svolge una prima valutazione del paziente e lo indirizza nel corretto percorso diagnostico-terapeutico.

Passo successivo è la presa in carico del paziente da parte di un’equipe multiprofessionale che, sulla base dei riscontri obiettivi, pone in essere le misure terapeutiche adeguate ricorrendo, qualora sia necessario, anche a consulenze con specialisti in altre discipline.

L’iniziativa della **Struttura Complessa di Oculistica di ASL3** garantisce evidenti vantaggi non solo in termini di efficienza ed efficacia dell’intervento terapeutico, limitando i disagi ai cittadini soprattutto nei casi urgenti, ma anche in termini di razionalizzazione dell’accesso alle prestazioni e riduzione dei tempi d’attesa. L’attivazione della linea telefonica dedicata, infatti, rappresenta una terza via rispetto all’accesso, spesso improprio, al Pronto Soccorso o alla richiesta di visita in ambulatorio prenotata tramite CUP.

Tutto questo per offrire ai pazienti genovesi una risposta sanitaria efficace, tempestiva ed esaustiva rispetto alle reali necessità di salute, volta all’ulteriore miglioramento qualitativo dei servizi del Servizio Sanitario Pubblico.

**S.C. Oculistica Asl3 Genovese
Ospedale P.A. Micone
Genova Sestri Ponente
Tel. 010 6448320**



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

Roberta Baldi

Andrea Chiama

Alberto Ferrando

Massimo Gaggero

Lucio Marinelli

Mario Pallavicino

Andrea Stimamiglio

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente

Enrico Bartolini

Vice Presidente

Alberto Ferrando

Segretario

Giuseppina F. Boidi

Tesoriere

Proscovia Maria Salusciev

Consiglieri

Maria Clemens Barberis

Luigi Carlo Bottaro

Alberto De Michelis

Francesco De Stefano

Riccardo Ghio

Gemma Migliaro

Luca Nanni

Federico Pinacci

Gian Luigi Ravetti

Andrea Stimamiglio

Giancarlo Torre

Elio Annibaldi (odontoiatra)

Paolo Mantovani (odontoiatra)

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Presidente

Aldo Cagnazzo

Effettivi

Lucio Marinelli

Mario Pallavicino

Supplente

Andrea Chiama

COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI

Massimo Gaggero Presidente

Elio Annibaldi Segretario

Maria Susie Celli

Giorgio Inglese Ganora

Paolo Mantovani

Editoriale

4 Privacy e sicurezza stradale

Vita dell'Ordine

5 Pandemia influenzale: allarmismi o certezze?

9 Assistenza ai pazienti immigrati: l'impegno dell'Ordine

I Corsi dell'Ordine

7 Pandemia influenzale: formazione ed informazione comune

8 Formazione del medico attraverso l'immaginario cinematografico

Medicina & normativa

12 Posta elettronica certificata: si intravede una soluzione

In primo piano

13 Il nuovo sistema di formazione continua in medicina

15 Medici parlate ai politici

Note di diritto sanitario

18 Mobilità prioritaria rispetto al concorso

20 Limiti all'utilizzo di graduatorie già esistenti per la copertura di posti primari

Medicina & Attualità

21 Dichiarazioni anticipate di trattamento: medici e Governo a confronto

Medicina & Previdenza

22 Sicurezza nei luoghi di lavoro

28 Qualche chiarimento su INPS e medici pensionati

Corsi & Convegni

26 Recensioni

In ricordo di...

27 Edoardo Guglielmino: oltre la cenere

Lettere al direttore

29 Banalizzazione dell'atto medico

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

Periodico mensile - Anno 17 n. 9 - settembre 2009 - Tiratura 9.100 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: Emme-Emme S.r.l., Via Adamoli, 35 - 16141 Genova. Finito di stampare nel mese di settembre 2009.



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

Privacy e sicurezza stradale



Quando leggo disposizioni come quelle contenute nel disegno di legge n.1720 sulla circolazione stradale, avverto un certo disagio, perché ancora una volta al medico vengono assegnati compiti in contrasto con il Codice deontologico.

Infatti, la norma in questione prevede che "Il medico che viene a conoscenza in modo documentato di una patologia del suo assistito che determina una diminuzione o un pregiudizio della sua idoneità alla guida, deve darne tempestiva comunicazione scritta e riservata, nel rispetto delle disposizioni del codice in materia di protezione dei dati personali di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 96, al Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, informando per iscritto della comunicazione l'assistito.(omissis)".

Se questo disegno di legge, giustificabile sul piano della sicurezza stradale, verrà licenziato, il medico si troverà nella situazione di dover scegliere tra il rispetto della privacy del proprio paziente e le leggi dello Stato.

Ritengo che "essere medici" significhi, innanzitutto, non dimenticarsi che il cittadino ha "fiducia" nel nostro lavoro e si rivolge a noi nell'assoluta certezza che rispettiamo e rispetteremo sempre il suo percorso di vita sia quando sta bene sia quando è malato. Non possiamo quindi tradirlo, poiché come stabilisce il nostro giuramento professionale "...io medico osserverò il segreto professionale e tutelerò la riservatezza su tutto ciò che mi è confidato, che vedo e che ho veduto, inteso o intuito nell'esercizio della mia professione o in ragione del mio stato...".

Purtroppo, dobbiamo riconoscere che in quest'ultimo periodo sono sempre più frequenti leggi e disposizioni volte a minare il comportamento del medico esponendolo a rischi elevati. Proprio recentemente ne è la prova il dibattuto "pacchetto sicurezza" a cui, dopo lunghi mesi di discussioni e dopo la presa di posizione di alcuni Assessorati alla Salute, tra cui quello della nostra Regione, è stata messa la parola fine (vedi l'articolo pubblicato pag.3). Ora il problema della denuncia si sposta e riguarda l'idoneità alla guida dei veicoli e a seguire ci sarà poi il grave problema dell'accanimento terapeutico, delle direttive anticipate... e così via. In tutto questo quello che ci deve preoccupare è che non esistono confini entro i quali il legislatore non possa entrare senza creare situazioni che direttamente o indirettamente possono influire sul nostro operato.

Anche se in nome di un Servizio Sanitario Nazionale tutto è concesso non dimentichiamoci che questo servizio funziona solo se ci sono i medici e quindi dobbiamo avere il coraggio di "prestare in scienza e coscienza, la nostra opera, con diligenza, perizia e prudenza e secondo equità, osservando le norme deontologiche che regolano l'esercizio della medicina e quelle giuridiche che non risultino in contrasto con gli scopi della nostra professione".

Ed è questo il compito perenne di una medicina ispirata alla speranza, promossa dalla responsabilità, rispettosa della libertà e della dignità della persona umana e scevra da ingenze che possono condizionarla.

Enrico Bartolini

Pandemia influenzale: allarmismi o certezze?

Durante il mese di giugno il direttore generale dell'OMS Elisabeth Chan ha annunciato la fase 6 di allarme per la pandemia influenzale. Fin dal 1997 l'OMS sorvegliava attentamente il rischio di pandemia influenzale e, infatti, all'epoca si erano già verificati i primi casi umani d'influenza aviaria provocati da un virus influenzale potenzialmente in grado di sostenere una pandemia. Successivamente, l'OMS ha definito i livelli di allarme, con le relative azioni per cercare di contenere la diffusione del virus nella popolazione umana.

Questi livelli sono 6.

Livello 1: basso rischio di casi umani da virus nuovi;

Livello 2: aumento del rischio di casi umani da virus nuovi;

Livello 3: allerta pandemia, casi umani sporadici senza o

con limitata trasmissione da uomo a uomo;

Livello 4: evidenza di incrementata trasmissione interumana del nuovo virus;

Livello 5: significativa evidenza di trasmissione interumana del nuovo virus, che si sta definitivamente adattando all'organismo umano;

Livello 6: pandemia.

Fino al mese di marzo il livello di allarme era il 3 e corrispondeva a casi sporadici di influenza da H5N1, questo virus non si è mai adattato all'uomo. Nell'aprile 2009, è comparso sulla scena epidemiologica un altro nuovo virus potenzialmente pandemico, denominato H1N1v 2009, di origine suina, aviaria e umana, molto distante filogeneticamente dagli H1N1 che, dal 1977, sono presenti sulla scena epidemiologica mondiale. Il virus ha avuto rapida diffusione in Messico, dove ha determinato più di diecimila casi. Più di 200.000 casi sono stati ormai accertati, di questi oltre 2000 in Italia (al momento di andare in stampa).

Ormai, i casi stimati sono così numerosi che le Autorità Internazionali ritengono che non sia

La Commissione ospedale-territorio al servizio degli iscritti

Le telefonate che giungono all'Ordine sono molte e di vario tipo: colleghi che si reputano offesi da altri, ospedalieri che lamentano la mancata compilazione da parte del MMG della scheda di accesso in ospedale, MMG "costretti" a trascrivere gli esami decisi dagli specialisti, medici che non vedono valorizzata la propria professionalità o che hanno problemi nell'ambito dell'attività che svolgono.

Il Consiglio dell'Ordine, riunitosi il 30 luglio, preso atto della situazione e del disagio crescente della categoria, ha ritenuto indispensabile venire incontro ai propri iscritti e ha incaricato

la Commissione ospedale-territorio di occuparsi del problema che recepirà le varie segnalazioni giunte all'Ordine e sarà disponibile a ricevere i medici interessati per trovare idonee soluzioni e verificare con loro se ci siano oggettive responsabilità. Il medico che intenda segnalare un problema potrà farlo esclusivamente per iscritto specificandone i termini nel modo più chiaro ed esaurente possibile e inviando la segnalazione alla Commissione ospedale territorio, c/o ODM Genova, piazza della Vittoria 12/4, 16121 Genova, o via e-mail: segreteria@omceoge.org Potranno essere segnalate solo situazioni riferite a fatti accaduti dopo il 30/7/2009, data della riunione del Consiglio.

Mario Pallavicino

Andrea Stimamiglio

6 Pandemia influenzale: allarmismi o certezze?

più necessario l'accertamento se non nelle situazioni di particolare gravità. La gravità della malattia è stata definita moderata dall'OMS e, considerata la sottostima dei casi, se ci si basa sul numero dei casi accertati, si può pensare che la gravità sia simile a quella di un'influenza stagionale. Però con il progressivo adattamento del virus all'uomo la malattia potrebbe assumere, nei prossimi mesi, tratti di maggiore gravità clinica. E', tuttavia, necessario considerare che i dati che possono permetterci di capire quanto sia grave questa pandemia sono frammentari e sarà necessario aspettare l'evoluzione dell'epidemia per avere dati consolidati. Rivisitando le pandemie influenzali del XX secolo se ne contano 3 di notevole rilevanza, vale a dire:

■ **la "Spagnola"** nel 1918-1919, determinata dal virus influenzale A/H1N1. Si stimano in circa 200 milioni i casi di malattia e in circa 50 milioni i decessi. La pandemia Spagnola è iniziata nella primavera del 1918. I primi focolai sono stati segnalati in Europa e Stati Uniti (in particolare modo negli accampamenti militari). Molti Autori ritengono che il virus sia partito da alcune zone rurali del Kansas, sia successivamente migrato in Francia per poi diffondersi in tutta Europa. Altri autori ritengono, invece, che il virus sia partito da alcuni Stati USA del medio atlantico. Infine, non è improbabile che sia stata importata con le migliaia di cinesi immigrati in Francia come mano d'opera.

■ **l'"Asiatica"** nel 1957-1958, provocata dal virus A/H2N2, che ha avuto origine in Cina. Il virus si diffuse nell'Emisfero Sud all'inizio dell'estate del 1957 e raggiunse gli Stati Uniti a giugno dello stesso anno, causando circa 1 milione di morti.

■ **la "Hong Kong"** nel 1968-1969, provocata dal virus A/H3N2; anche questa pandemia ha avuto origine nei Paesi del Sud Est Asiatico e si è successivamente diffusa in tutto il pianeta. Solo

negli Stati Uniti ha determinato circa 34.000 morti.

Oggi siamo di fronte ad una possibile nuova pandemia. Proprio per questo il nostro Paese si è dotato di un piano pandemico, con lo scopo, in questa fase, di rallentare al massimo la diffusione della malattia e di contenerne gli effetti sanitari negativi. Lo scenario prevedibile per il prossimo autunno è tale da ipotizzare un'ampia diffusione dell'influenza.

I medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta saranno i principali attori nel management dei pazienti. Essi dovranno provvedere alla cura dei loro assistiti e cercare di distinguere le diverse situazioni per non determinare un collasso del sistema assistenziale. Saranno importanti: la gestione telefonica del paziente, la tempestiva visita domiciliare dei casi gravi, il counselling per la quarantena domiciliare e per le norme di igiene personale.

Il medico e il pediatra dovranno altresì proteggersi dal contagio con adeguati comportamenti e utilizzo di dispositivi individuali di protezione.

Il loro lavoro, in sinergia con quello dei mass media, sarà prezioso per evitare il sovraffollamento degli ospedali ed evitare o, perlomeno contenere, la trasmissione della malattia nei nosocomi. Proprio per questo l'Ordine, in collaborazione con la Regione Liguria, l'ASL 3 Genovese, l'ASL 4 Chiavarese, l'Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari Regione Liguria, l'Università degli Studi di Genova, il Dipartimento di Scienze della Salute e le principali Società e Associazioni di Medicina del Territorio, ha organizzato un corso per formare i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta ad affrontare attraverso protocolli di comportamento semplici e condivisi l'emergenza della pandemia influenzale in atto da virus H1N1v /2009.

Pubblichiamo nella pagina accanto programma e modalità di partecipazione al corso.



“La pandemia influenzale: istituzioni e medicina del territorio per una formazione ed informazione comune”
Sala Convegni dell’Ordine, piazza della Vittoria 12/5

Martedì 6 ottobre

19.00: Registrazione partecipanti e brunch

19.25: Apertura dei lavori e saluto delle autorità:

E. Bartolini, R. Canini, P. Cavagnaro, C. Montaldo
Animatori: P. Crovari, A. Ferrando

Coordinatori: E. Bartolini, R. Gasparini, D. Panatto

19.40: “Qual’è la nuova definizione di caso di influenza pandemica da virus H1N1v/2009?”

F. Ansaldi, G. Icardi.

19.45: “E’ pronta la Regione Liguria ad affrontare la pandemia?”

R. Carloni, G. Orengo, P. Oreste, S. Vigna

19.55: “Come affrontare l’emergenza nella ASL, negli ospedali e alla frontiera?” - S. Sensi, G. Orengo, M. Lobrano, B. Rebagliati, G. Dottore

20.10: “Quale dev’essere il comportamento dei MMG e dei PLS di fronte ad un caso di influenza pandemica (visita domiciliare, organizzazione dell’attività ambulatoriale, counselling del paziente e dei contatti familiari)?”

P. Brasesco, A. Canepa, G. Conforti, F. Freschi e

A. Stimamiglio.

20.30: Discussione

21.00: “Come usare al meglio i dispositivi individuali di protezione, il lavaggio delle mani, la disinfezione, il counselling e la quarantena domiciliare?”
P. Durando, L. Marenzi, W. Turello e G. Zoppi.

21.10: “Quali sono i farmaci influenzali che abbiamo a disposizione?”

D. Panatto, R. Gasparini.

21.20: “Qual’è il miglior protocollo terapeutico nell’adulto e nel bambino?”

R. Giacchino, C. Viscoli.

21.30: “I rapporti tra la medicina del territorio e l’assistenza ospedaliera”

M. Barabino, R. A. Bisio, P. Brasesco, S. Del Buono, A. Canepa, B. Faravelli, G. Semprini.

21.40: “Come informare correttamente la popolazione?” - F. Mereta

21.45: Discussione - Modera G. Badolati

22.45: Consegnà questionari ai fini ECM.

Il corso è in via di accreditamento ECM regionale.

Segreteria scientifica: P. Brasesco, G. Conforti, A. Ferrando, M. Fiore, R. Gasparini, D. Panatto e A. Stimamiglio

Segreteria organizzativa: Ordine dei medici di Genova. **L’iscrizione è gratuita.** Inviare la scheda di iscrizione, scaricabile anche da www.omceoge.org, via fax 010/593558 o via e-mail: ufficioformazione@omceoge.org

Scheda di iscrizione (*Da compilare e inviare entro il 5 ottobre*)

“La pandemia influenzale: istituzioni e medicina del territorio per una formazione ed informazione comune”

Dr.

Nato/a (Prov.) il

Cod. Fisc. Via..... n.

Cap..... Città.....

tel. e.mail @....

Firma.....



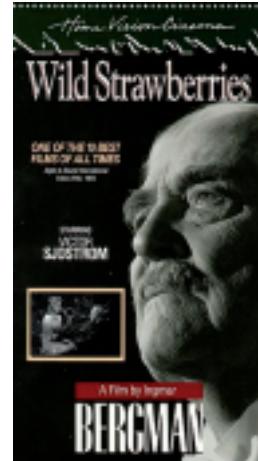


Essere medico: il percorso di formazione del medico attraverso l'immaginario cinematografico Sala Convegni dell'Ordine, piazza della Vittoria 12/5

Come avevamo preannunciato nel numero scorso di "Genova Medica" riprende il percorso di formazione attraverso l'"immaginario cinematografico" nato dalla collaborazione tra l'Ordine dei medici della provincia di Genova e la Sezione Ligure della Società italiana di psicoterapia medica.

Il film in programmazione ci consentirà di affrontare il difficile compito del medico nelle relazioni con gli altri, dove spesso sono in gioco vissuti emotivi contrastanti nei confronti del paziente o nei confronti dei colleghi o di altri operatori sul luogo di lavoro. L'utilizzo della fiction cinematografica può quindi rappresentare per il medico un grande aiuto poiché, per la sua formazione

professionale può giovarsi della possibilità di considerare anche i propri vissuti personali. In questo film vedremo un medico che ha raggiunto la soglia dei cinquant'anni di professione, rievocare attraverso i ricordi ed i sogni il proprio passato di uomo e di medico, confrontandosi con i propri rimpianti, errori e piccinerie, ma anche con i propri successi ed attestati di stima.



Mercoledì, 21 ottobre

"La nostalgia del medico"

19.30 Registrazione partecipanti

19.45 Introduzione al film: dr. Giuseppe Ballauri

20.15 Visione del film: "Il posto delle fragole",
Svezia 1957, regia di Ingmar Bergman

22.15 Dibattito

dr.ssa Giuseppina Boidi,
dr. Alberto Ferrando

23.15 Consegnna questionario ai fini ECM

Il corso è in via di accreditamento ECM regionale. Sui prossimi numeri di "Genova Medica" saranno pubblicati gli altri due film che concluderanno il ciclo per il 2009.

Segreteria organizzativa: Ordine dei medici di Genova. L'iscrizione è gratuita. Inviare la scheda di iscrizione, scaricabile anche da www.omceoge.org, via fax 010/593558 o via e-mail:

ufficioformazione@omceoge.org



Scheda di iscrzione - **Essere medico: il percorso di formazione del medico attraverso l'immaginario cinematografico.** Da compilare e inviare entro il 19 ottobre.

Dr.

Nato/a (Prov.) il

Cod. Fisc. Via.....n.

Cap..... Città.....

tel. e.mail @.....

Firma.....

Accessibilità e qualità dell'assistenza ai pazienti immigrati: l'impegno dell'Ordine

“ La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”. Conosciamo tutti l'articolo 32 della Costituzione della Repubblica Italiana. Conosciamo anche il codice di deontologia medica, che ci impone come dovere *“la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana, senza distinzioni di età, di sesso, di etnia, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia”* (**art. 3**). Probabilmente conosciamo anche la Convenzione di New York per la tutela dei minori, i pronunciamenti dell'ONU e dell'OMS sulla salute dei migranti e dei rifugiati.

Forse non tutti siamo al corrente delle norme nazionali che ci consentono, e ci impongono, di curare i pazienti immigrati nelle strutture del SSN, e alcuni di noi sentono il bisogno di delucidazioni aggiornate, anche in considerazione delle interpretazioni contraddittorie della normativa che si ritrovano sulla stampa.

La Commissione per la qualità dell'assistenza al paziente immigrato, recentemente istituita dall'Ordine di Genova, si propone: di mettere a disposizione dei colleghi un'informazione adeguata e aggiornata sull'attuale normativa concernente l'assistenza agli stranieri presenti nel territorio e sulle sue modalità di applicazione; di promuovere azioni di miglioramento della qualità dell'assistenza ai pazienti immigrati e della fruibilità dei servizi. Insieme con il Gruppo di Lavoro Immigrazione & Salute (GLIS), la Commissione si propone inoltre come interlocutore tecnico presso gli organi di gestione e indirizzo della sanità, in primo luogo Regione e Aziende Sanitarie, al fine di individuare le azioni appropriate per garantire il diritto alla cura nei

Testo della circolare dell'assessore alla salute del 14/08/09

Il giorno 8 agosto 2009 è entrata in vigore la legge n.94 del 15 luglio 2009 *“Disposizioni in materia di sicurezza pubblica”*.

La nuova legge ha introdotto il reato di ingresso e soggiorno illegale degli stranieri in Italia senza abrogare o modificare quanto previsto dall'art.35, comma 5 del D.Lgs 286/1998.

In questo modo il legislatore ha inteso di lasciare in essere il principio, in forza del quale *“l'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non può comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano”* (art. 35, comma 5 del D.Lgs 286/1998).

Inoltre, ai sensi dell'art. 1, comma 22, lett. G) della legge 94 è disposta la modifica dell'art. 6, comma 2, del D.Lgs 286/98 prevedendosi espressamente che per l'accesso alle prestazioni sanitarie non sussiste l'obbligo dell'esibizione dei documenti inerenti il soggiorno.

Pertanto, il personale che opera nelle strutture sanitarie (medico, professionale, amministrativo, tecnico), pur rivestendo la qualifica di pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio è esonerato dal richiedere al cittadino immigrato i documenti inerenti la regolarità del soggiorno e l'accesso alle strutture sanitarie non può comportare alcun obbligo di segnalazione all'autorità.

10 Assistenza ai pazienti immigrati: l'impegno dell'Ordine

pazienti stranieri presenti nel nostro territorio. In quest'ottica, insieme con i collegi delle Professioni Sanitarie e con il GLIS, abbiamo voluto recentemente sensibilizzare la Regione Liguria, l'Assessorato alla Salute e le Aziende Sanitarie a proposito dei rischi per la salute derivanti dall'applicazione del cosiddetto "pacchetto sicurezza" recentemente entrato in vigore. L'Assessore ha voluto recepire questa preoccupazione e ha emanato una circolare (*il cui testo integrale è riportato nel riquadro della pagina precedente*) in cui si ribadisce che l'accesso alle strutture sanitarie non può comportare alcun obbligo di segnalazione alle autorità. Pubblichiamo di seguito una sorta di sinossi sull'assistenza ai pazienti immigrati, sottolineando che la Commissione è disponibile per fornire informazioni e documentazione a tutti i colleghi che siano interessati.

Chi sono i nostri pazienti immigrati

In Liguria gli stranieri costituiscono circa il 7% della popolazione; a Genova il 43% circa degli stranieri proviene dall'America Latina, e la fascia di età prevalente è 19-40 anni, mentre circa il 20% sono minori, dei quali metà sono di seconda generazione, cioè nati in Italia. Il 53% degli stranieri a Genova sono donne, sudamericane e est-europee.

Alla luce di almeno quindici anni di rilevamento strutturato, è ormai definitivamente appurato che le malattie di cui soffrono gli stranieri sono le stesse riscontrate nella popolazione autoctona. Normalizzando la prevalenza delle diverse diagnosi rispetto all'età (la maggioranza degli stranieri è rappresentata da giovani adulti) e all'occupazione lavorativa (i lavori manuali sono i più frequenti), risulta un profilo di salute sostanzialmente sovrapponibile a quello dei residenti italiani, seppur con alcune aree critiche.

In sintesi, il profilo di salute della popolazione migrante conferma il principio del "migrante sano": migrare per lavoro presuppone una selezione iniziale, e il viaggio costituisce un investimento per la famiglia di provenienza. Esistono ovviamente eccezioni rilevanti: nei profughi e rifugiati le condizioni pregresse e i viaggi in condizioni estreme possono favorire l'insorgere di patologie d'urgenza o da degrado.

Inoltre, il profilo di salute rileva alcune aree critiche, che corrispondono alle condizioni fisiologiche e patologiche di maggiore fragilità (maternità e infanzia; patologie da adattamento innescate da malnutrizione, precarie condizioni abitative, o dalla detenzione; patologia d'urgenza dovuta a infortuni sul lavoro, incidenti stradali, episodi di violenza).

Come gli immigrati possono essere curati: aspetti normativi dell'assistenza sanitaria agli stranieri

I primi interventi normativi specifici volti a regolare l'assistenza sanitaria per i cittadini stranieri risalgono agli anni '90. A partire dal 1995 si sono susseguiti leggi, decreti, circolari ministeriali, che hanno costituito il corpus poi confluito nella prima legge organica di regolamentazione dell'immigrazione in Italia, il D.Lgs. 286/1998, nota come legge Turco-Napolitano. La legge di riforma, la cosiddetta Bossi-Fini, non ha modificato in alcun modo i capitoli riguardanti l'assistenza sanitaria.

Lo spirito che ha informato il corpus legislativo sviluppatosi lungo più di un decennio è inequivocabilmente incardinato sulla scelta dell'inclusione dei migranti nel sistema sanitario nazionale.

Per quanto riguarda l'assistenza agli stranieri in possesso dei prescritti documenti di soggiorno,

la norma prevede che siano iscritti obbligatoriamente al SSN; l'iscrizione obbligatoria vale anche per i familiari a carico e cessa alla data di scadenza del permesso di soggiorno.

Circa l'assistenza agli stranieri non in regola con i documenti di soggiorno, riportiamo testualmen-

per la vita (complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti)." Lo spirito della legge, tuttora in vigore, è stato recentemente messo in discussione. Il mese scorso è entrato in vigore il provvedimento ormai noto come "pacchetto sicurezza". Uno dei capisaldi della legge è l'introduzione



te l'articolo di legge: "Agli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno sono assicurate le cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti o essenziali ancorché continuative per malattia, infortunio, i programmi medicina preventiva, comprese le disposizioni in materia di prevenzione, cura e riabilitazione relativi a tossico dipendenze." Ovvero sono garantite le cure (prevenzione, diagnosi, terapia, riabilitazione) a tutti i cittadini stranieri presenti sul territorio.

Per meglio definire l'applicazione del titolo di legge, il Ministero della Salute intervenne con una circolare che riporta le seguenti definizioni: "per cure urgenti si intendono le cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona; per cure essenziali si intendono le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi

del reato di ingresso e/o soggiorno illegale. In quanto reato perseguitabile d'ufficio, questo potrebbe portare alla segnalazione all'A.G. di tutti i pazienti che si rivolgono alle strutture sanitarie in qualità di stranieri temporaneamente presenti. Autorevoli giuristi avevano già definito il disegno di legge un monstrum giuridico. La sua applicazione colliderebbe con più di un principio costituzionale nonché con altre leggi tuttora in

vigore, tra queste il D.Lgs 286/98 (art. 35).

Da una parte bisogna ricordare che il divieto di segnalazione specificamente riportato nel T.U. è in linea con il principio generale che privilegia il diritto alla salute rispetto alla possibile segnalazione all'autorità. L'obbligo del segreto a tutela del paziente, infatti, è garantito dal C.D. (Art. 9), dalle norme sul trattamento dei dati personali e sensibili, nonché garantito dal C.P. (art. 365).

È chiaro infatti che il rischio di essere segnalato creerebbe nell'immigrato privo di permesso di soggiorno e bisognoso di cure mediche una reazione di paura e diffidenza, in grado di ostacolare l'accesso alle strutture sanitarie.

Il mancato accesso alle cure colliderebbe con il diritto individuale alla salute sancito dall'art. 32 della Costituzione richiamato all'inizio, e vanificherebbe l'effetto di 13 anni di evoluzione normativa che ha prodotto importanti successi nella tutela sanitaria degli stranieri .

Emilio Di Maria

Posta elettronica certificata: si intravede una soluzione

Sul numero di "Genova Medica" di aprile abbiamo parlato della posta elettronica certificata (PEC) e di come su questa si è legiferato affinché diventi strumento ufficiale per le comunicazioni tra professionisti e istituzioni. Le leggi finora prodotte hanno imposto ai professionisti iscritti ad albi professionali di dotarsi di indirizzi di "PEC o analogo indirizzo di posta elettronica basato su tecnologie che certifichino data e ora dell'invio e della ricezione delle comunicazioni e l'integrità del contenuto delle stesse", tuttavia non erano state chiarite nel dettaglio le modalità e gli oneri relativi. È

INSEZIONE PUBBLICITARIA

Pulsiossimetro LTD - 820



con collegamento
a computer per
trasferimento dati

SA.GE. Articoli Sanitari

Via Vito Vitale, 26 - 16143 Genova

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

stato pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 25 maggio 2009 il "Decreto del Presidente del Consiglio sulle disposizioni di rilascio e uso della PEC assegnata ai cittadini". Questo decreto cerca di colmare il vuoto normativo creatosi intorno alla posta elettronica certificata. I punti fondamentali definiscono che ogni cittadino (e non più i soli professionisti) potrà dotarsi senza oneri di indirizzo di PEC, facendone richiesta tramite un sito governativo, di cui tuttavia non viene riportato l'indirizzo. Si dichiara inoltre che per l'individuazione dell'affidatario, anche costituito in associazione temporanea d'impresa o consorzio, del servizio di PEC ai cittadini, il Dipartimento per l'innovazione e le tecnologie avvierà apposite procedure di gara di evidenza pubblica, anche utilizzando gli strumenti di finanza di progetto, ai sensi del decreto legislativo 12 aprile 2006, n.163, recante "Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE".

Questo chiarimento è utile a tutti, anche alla luce delle recenti comunicazioni della Federazione Nazionale degli Ordini, che aveva posto in attesa gli stessi Ordini affinché non prendessero iniziative isolate, ma attendessero una direttiva unitaria. A questo punto non ci resta che aspettare che venga individuato il fornitore del servizio di PEC e le modalità con cui tutti potremo gratuitamente attivare il nostro indirizzo.

Maggiori informazioni possono essere ottenute dal sito governativo:

http://www.governo.it/Governoinforma/Dossier/PEC_cittadini/ e dal sito del CNIPA, da cui si può scaricare copia del decreto:

[http://www.cnipa.gov.it/site/it-IT/Attivit%a0/Posta_Elettronica_Certificata_\(PECY\)](http://www.cnipa.gov.it/site/it-IT/Attivit%a0/Posta_Elettronica_Certificata_(PECY))

Lucio Marinelli

Il nuovo sistema di formazione continua in medicina

Accreditamento dei provider ECM, formazione a distanza, obiettivi formativi, valutazione della qualità del sistema formativo sanitario, attività formative realizzate all'estero, obblighi ECM per i liberi professionisti sono gli

argomenti che hanno riguardato il nuovo sistema ECM presentato in occasione della prima Conferenza Nazionale sulla Formazione continua in medicina che si è tenuta il 14 e 15 settembre 2009 presso il centro congressuale villa Erba di Cernobbio (Como) sotto la direzione scientifica della Commissione Nazionale per la Formazione continua e del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.

Dopo l'introduzione dell'ECM con l'art. 16 bis e segg. del D.Lgs. 229 del 1999, si è avvertita nel corso degli anni la necessità di far progredire il sistema per migliorarne la fruibilità e per meglio garantirne la qualità e l'efficacia della formazione. Oggi, con il nuovo sistema ECM vengono proposte nuove regole e strumenti in grado di rilanciare l'attività formativa, garantendo nuove modalità di formazione ed una maggiore trasparenza nei rapporti tra i soggetti coinvolti. Inoltre, è stato presentato il primo bando per il finanziamento della sperimentazione per nuove tipologie formative nella FAD, nella formazione sul campo e nel Continuing Professional Development (CPD).



Il passaggio di maggior rilievo per l'immediato futuro è quello dell'accreditamento dei "provider" (organizzatori e produttori di formazione ECM) e la conseguente assegnazione diretta, da parte degli stessi, dei crediti formativi.

I provider pubblici dovranno garantire la disponibilità di un budget adeguato alla formazione continua che intendono erogare, unitamente ad un'organizzazione e a una struttura che possa sostenere la partecipazione alla formazione da parte degli operatori sanitari e un piano formativo annuale che intendono porre in essere e potranno, inoltre, collaborare in partenariato anche con soggetti privati purché questi ultimi possano certificare indipendenza culturale e qualità delle strutture rese disponibili. In base all'Accordo tra lo Stato e le Regioni del 1° agosto 2007 i provider potranno avere un profilo regionale - con accreditamento regionale - e un profilo nazionale - con accreditamento della Commissione nazionale per la formazione continua. I requisiti, per l'accreditamento dei provider che potranno essere i soggetti pubblici e privati erogatori di prestazioni sanitarie o operanti nel campo della formazione, riguardano in particolare la sua organizzazione, il rigore qualitativo nell'offerta formativa proposta e l'indipendenza da interessi commerciali, tutti requisiti necessari a garantire un'attività formativa efficiente, efficace e indipendente.

L'accreditamento dei provider, sarà affidato alla Commissione Nazionale o alle Regioni e Province autonome, secondo l'ambito di attività del provider medesimo e sarà lo stesso ente accreditante che verificherà, nel tempo, la persistenza dei requisiti di accreditamento, con particolare riferimento anche alla qualità della formazione erogata. Indispensabile quindi la presentazione da parte del provider di un piano annuale, contenente l'offerta formativa che intende erogare. Per quanto riguarda la formazione a

14 Il nuovo sistema di formazione continua in medicina

distanza questa rappresenta una delle tipologie formative a disposizione del nuovo sistema di formazione continua per l'aggiornamento, degli operatori sanitari e sarà erogata dal provider accreditato.

Si tratta di una modalità formativa che consente di utilizzare un'ampia varietà di strumenti: dalla rivista al CD, dalla dispensa alla trasmissione satellitare. Importante sarà la qualità dello strumento, ma soprattutto il contenuto formativo e le esigenze formative del professionista che deve aggiornarsi: una formazione a distanza, quindi, che riesca a fornire garanzie di efficacia (outcome) rispetto all'efficienza del prodotto stesso. La procedura avviata sarà oggetto di uno specifico Manuale di Accreditamento dei provider sottoposto a periodica revisione dalla Commissione Nazionale per la Formazione continua, sulla base delle esperienze derivanti dalla sua applicazione in un approccio valutativo "dal basso", ai fini del miglioramento continuo del sistema ECM e della sua affidabilità tecnico

professionale (efficacia e qualità) e trasparenza gestionale (equità) presso i professionisti, le istituzioni sanitarie e i cittadini.

Al fine di assicurare l'indipendenza del sistema di formazione continua da interessi commerciali, la Commissione ha, altresì, deliberato l'istituzione al suo interno di un Comitato di Garanzia.

Nei prossimi numeri di "Genova Medica" vi terrò informati dell'evoluzione del sistema ma desidero però approfittare di questa anticipazione del sistema ECM nazionale per comunicare che il lavoro fatto dalla nostra Regione è stato apprezzato al punto tale che se oggi nel documento i provider privati sono rientrati di diritto tra i provider accreditabili (in un primo tempo erano stati esclusi per un discutibile prurito etico) il merito è stato anche della Liguria.

La Lombardia e la Liguria sono le due regioni italiane che ad oggi stanno facendo l'accreditamento dei provider, accettandoli a parità di requisiti sia pubblici che privati.

Alberto Ferrando

Ciclomotori: idoneità alla guida - *Dal 1/10/'09 i certificati medici di idoneità alla guida per i ciclomotori non saranno più rilasciati dai MMG, ma dai medici delle strutture medico legali delle ASL e da quelli indicati nell'art.119 del Codice della Strada (medici militari, della Polizia di Stato, delle Ferrovie, etc.) solitamente operanti presso le autoscuole. Per i soggetti affetti da patologie previste dal Codice delle strade (cardiovascolari, endocrine, del sistema nervoso, psichiche, del sangue, renali) e per gli utilizzatori abituali di sostanze psicoattive, alcooldipendenti, tossicodipendenti attuali o pregressi o minorati della vista, dell'udito o degli arti, la competenza è della Commissione medica locale patenti di guida. La valutazione dell' idoneità non si limiterà più come in passato, "all'esistenza di condizioni psico-fisiche di principio non ostative all'uso del ciclomotore", ma seguirà gli stessi criteri relativi alla patente A per i motocicli (art.16 del Codice della strada, modificato dalla legge 15/07/'09, n.94 comma 1-quarter)".*

Andrea Lomi



Medici **parlate** ai politici

Far parlare in maniera appropriata professioni e politica è cruciale: per non vedere ottimi cervelli tenuti separati dal tavolo dei decisorи e per promuovere una democrazia moderna, dove la competenza professionale conti. Una democrazia, tra medici possiamo chiamarla così, salutare. Abituati da tempo al refrain della politica invadente come problema numero uno della medicina, abbiamo forse perso di vista il nocciolo della questione: la qualità mediocre del rapporto tra medicina e politica. Qualità - ad oggi - scarsa, che soffre della mancanza di ambizioni e che rende mediocre anche quello che di là dall'oceano studiano come rapporto tra policy e politics.

Bisognerebbe - tutti - girare pagina con un salto di qualità. Potremmo iniziare noi con un doppio esercizio: di autocritica prima e di lobby poi.

Che vi sia terreno per autocritica è palese: nelle tecnostrutture di questo paese - nell'era dell'*evidence based medicine* - può ancora risultare problematico dimostrare la supremazia della scienza sulle categorie artistiche.

Chiediamoci ad esempio chi, nell'ospedale tali-dei-tali, esegue quel determinato tipo di intervento e perché. Oppure perché vi siano endocrinologi che scrivono di emergenza-urgenza o - ancora - perché non si valutino nei candidati ad un primariato le capacità di gestire dei conflitti e dare motivazioni.

In questi casi come in molti altri potremmo avere difficoltà a trovare evidenza di razionalità e strategie, al di là di quelle albergate nella mente di chi si fa strada da solo, artigianalmente, secondo le proprie percezioni e - probabilmente - le migliori intenzioni. Non che gli esempi citati costituiscano una pratica vietata, ma riflettono la

credibilità di decisioni mediche offerta sulla sola base di categorie esoteriche (l'indiscutibilità dell'autorità, il "carisma" o peggio) restringendo il campo degli avenuti diritto di parola.

A proposito di diritto, è su questo tema che possiamo iniziare a recuperare un po' di quell'autonomia erosa: **di quello alla salute** (sempre e impropriamente citato in luogo del diritto alla cura, l'unico che noi mortali possiamo garantire) **si parla troppo nei casi di malpractice, anche solo sospetta, ma troppo poco quando si disegna il sistema che la salute dovrebbe garantire**.

Non ci deve andar bene: rafforza l'idea che la bontà delle cure dipenda dal bagaglio tecnico del medico in cui ci imbattiamo e manleva di fatto la politica, che il sistema lo disegna, lo finanzia e vi nomina i principali decision makers. E qui ci sta un punto importante: la società civile ed il mondo delle professioni che insieme hanno portato all'elaborazione di centinaia di indicatori di attività su ogni singolo dettaglio della nostra professione, è stata altrettanto capillare nello sviluppare gli indicatori del commitment politico? No. Pure, gli indicatori esistono: sono a) la capacità di convogliare risorse e b) la prolificità nel fare buone leggi. Usiamoli, quando parliamo con loro. Parlare del rapporto tra macropolitica e politica sanitaria non è esercizio accademico: nell'esperienza ligure - sinistra, poi destra e ancora sinistra negli ultimi quindici anni - le elezioni hanno messo il punto a capo su molte questioni, riportando molte delle attività al punto di partenza ed azzerando spesso motivazione ed ambizioni.

Nel sinist-dest-sinist dell'ultimo lustro in Liguria, abbiamo dapprima goduto di un sistema ospedaliero a vasi comunicanti (filiazione di una cultura solidaristica) dove a fine anno interveniva sempre e comunque la provvidenziale operazione di ripiano del bilancio. Si è poi alternato un

progetto di sistema meno protetto e più aperto alla competizione per le risorse. Con il ritorno al centro sinistra è poi ricomparsa l'idea di collaborazione a rete, questa volta ispirata dall'americanissima social network analysis. Passi che con il cambio del governo regionale vengano riassegnate le password (con l'ultimo valzer: "collaborazione" a sostituire "competizione"); ma siamo divertiti a vedere come con l'alternanza di giunta si debbano riassegnare anche i parametri del buonsenso. Gli ospedali su tutto: strutture disegnate per essere chiuse - o addirittura nemmeno da aprire - perché ridondanti duplicazioni di altre unità ben più efficienti diventano, con il cambio del vento politico, i cardini indispensabili della ristrutturazione. O viceversa. E più volte, a direzione alternata. Nonostante medici e ricercatori votino, nessuno è soddisfatto nel vedere rappresentata così poco la razionalità e tutti sono delusi nel riconoscere mediocri strategie elettorali dietro le promesse di rilancio di una struttura sull'altra. Però, noi dove eravamo quando se ne parlava? Il problema di proteggere la tecnicalità dei processi da questi chiari di luna è di rilievo: siamo noi a dover tutelare uno standard elevato di prestazioni a costi governati. Vediamo di trovare un terreno di mezzo dove parlare con loro.

Potremmo anche continuare così e andare a trovare i politici nel loro ufficio. Ma non uno alla volta, bensì come lobby. E a condizione che lascino la porta aperta. Con loro però manchiamo ancora della necessaria ambizione di veicolare istanze professionali comuni ed incidere sulle istituzioni. E gli parliamo piuttosto per questioni di minore dignità: il fatto che la medicina sia maldestramente chiamata in causa come strumento di dialettica politica e screditamento



reciproco tra parti (ricordiamoci il caso Englaro) oppure il fatto che la carriera politica possa diventare un'opzione professionale. A costo di resuscitare nozioni elementari di educazione civica dobbiamo ricordare che in democrazia, di fronte al bivio di una scelta, le professioni dovrebbero essere interpellate perché chi decide conosca le differenze e le implicazioni di una strada in contrasto con quella alternativa. Dopo di che, la scelta sta al politico. Politico al quale tutte le opzioni presenti vanno offerte e - se possibile - addirittura espansive, ad includervi tutte le preoccupazioni degli aventi interesse. I nostri modi di parlare ai politici sono ancora lontani da questo standard. Ne vengono in mente tre: **1)** singoli professionisti si contendono l'attenzione dei decisorii, tentando di promuovere il proprio interesse con la forza dell'appoggio politico. In questo sistema, medici e professionisti prestano la loro expertise al politico che ne adotta le istanze; **2)** pochi e selezionati uomini di scienza rendono pubblici i risultati della loro ricerca, quasi a confinare il sapere in un reservoir da dove il decisore può attingere per decidere; **3)** altri ancora sono interpellati ad hoc e convocati in forma di comitati di consultazione.

Nessuno di questi tre modelli ci pare convincente: il primo - cercando di influenzare la politica sanitaria attraverso la professione - porta la politica sin dentro il singolo ambulatorio ma non la robustezza scientifica dietro le loro decisioni. Il secondo ci pare resuscitare il mito della indipendenza della scienza dal mondo politico. Un mito, appunto. Il terzo lavora su un set limitato di opzioni: le poche che il politico è capace di individuare. Pur essendo politically correct, quest'ultimo è un modello ancora più subdolo di

dipendenza. In primis perché le consultazioni avvengono con i comitati dei simpatici. E se poi l'agenda della ricerca venisse dettata dai soli gruppi politici la nostra salute ci guadagnerebbe ben poco: medicina e assistenza potrebbero dirigersi verso obbiettivi, nella migliore delle ipotesi, non prioritari. Infine, permettere che un dibattito scientifico sia svolto nella lingua parlata dai politici e dai media rende sicuramente un cattivo servizio al contributo di clarità mentale che la conoscenza dovrebbe apportare. Dalla vicenda Di Bella al caso Englano, l'ossessione del consenso ha fatto sì che sui temi al centro dell'attenzione in quei giorni il cittadino medio ne sappia meno di prima.

Esiste un modo di interagire con il tavolo politico - più moderno e quindi meno popolare - che ci dovrebbe vedere più a nostro agio: **quello dove i medici fanno lobby perché i politici ne accolgano le istanze e dove la composizione dei comitati consultivi non venga decisa dal gusto dei politici ma da un consenso ordinistico interno che ne offre poi le prestazioni ai politici.** In questo modo potremmo forse pesare di più. **Mentre mettiamo ordine in casa nostra non fermiamoci dal rimarcare le due o tre cosette sulle quali richiamare i politici:**

1. fedeltà nei confronti della propria parte: pare che in sanità destra (salute come respon-

sabilità individuale) e sinistra (servizio sanitario come diritto) cessino di esistere.

2. capacità strategica: ai politici piace la propensione per il dettaglio tecnico minuto. Ciclicamente, e inutilmente, guardiamo all'opposizione per vedervi qualcosa di più ampio respiro rispetto alla maggioranza. E nuovamente vi troviamo l'eccessiva articolazione tecnica che, a noi che siamo più tecnici di loro, non pare affatto rilevante ai fini di qualificare il disegno strategico, ammesso che ne abbiano uno.

3. coraggio politico: i politici paiono non accorgersi che la cultura dell'incrementalismo propria del politico si presta malamente ad essere traslata; nella gestione di piccole strutture inefficienti ad esempio, l'addizione incrementale di risorse con una politica dei piccoli passi porta solo a colorare queste risorse addizionali dei vizi propri della struttura che vuole andare a sanare. Ci vuole invece il coraggio di decidere. Noi che abbiamo la vitalità della pratica siamo in grado quanto loro di riconoscere la natura profondamente politica della promozione alla salute (costa meno dei farmaci e se ne vedono gli esiti in tempi più lunghi di un ciclo elettorale): **per contare di più dobbiamo semplicemente saldare la nostra professionalità alla tutela non dei pazienti ma dei cittadini, sani o malati che siano.**

Mauro Occhi

I versamenti delle ASL ai Fondi Speciali Enpam

Situazione al 31/08/'09 - a cura di Maria Clemens Barberis

A.S.L.	AMBULATORIALI E MED. SERVIZI	GENERICI E PEDIATRI	GUARDIA MEDICA	MEDICI DEL TERRITORIO	SPECIALISTI CONV. ESTERNI
N. 3 Genovese	maggio '09 e cong. '08 giugno '09 e cong.'08	marzo, aprile, maggio '09	marzo '09, cong. '08 aprile '09, cong. '08 maggio '09 e cong.'08	aprile, maggio '09	-
N. 4 Chiavarese	giugno, luglio '09	marzo, aprile maggio '09	giugno, luglio '09	-	marzo, aprile, maggio '09

Mobilità prioritaria rispetto al concorso

La recente pronuncia del T.A.R. Toscana n.1212 del 9 luglio 2009 offre lo spunto per disquisire in merito al delicato rapporto fra procedure di mobilità e procedure concorsuali. Ripercorrendo in estrema sintesi la vicenda, v'è da dire che la vertenza decisa dai Giudici Amministrativi riguardava la richiesta di annullamento di un bando di concorso pubblico per la copertura di un posto di dirigente medico nella disciplina di neurologia.

Più precisamente, un dirigente medico operante nella medesima disciplina alle dipendenze di altra ASL lamentava che il concorso di cui sopra era stato indetto senza che venisse previamente attivata la procedura di mobilità interaziendale. Ed invero, il medico affermava di aver reiteratamente ma vanamente richiesto di essere trasferito presso l'ASL banditrice del concorso senza, tuttavia, ricevere risposta alcuna.

Per completezza, si aggiunga che soltanto a seguito della radicazione del giudizio davanti al TAR l'Azienda deliberava di non accogliere la domanda di trasferimento inoltrata dal medico che, quindi, impugnava anche tale ultimo provvedimento.

Alla luce del contesto venutosi a determinare, il sanitario invocava l'applicazione dell'art. 30 comma 2 bis del D.L.vo 30 marzo 2001 n. 165, che così dispone: **"Le amministrazioni, prima di procedere all'espletamento di procedure concorsuali, finalizzate alla copertura di posti vacanti in organico, devono attivare le procedure di mobilità di cui al comma 1, provvedendo, in via prioritaria, all'immissione in ruolo dei dipendenti, provenienti da altre amministrazioni, in posizione di comando o**

di fuori ruolo, appartenenti alla stessa area funzionale, che facciano domanda di trasferimento nei ruoli delle amministrazioni in cui prestano servizio. Il trasferimento è disposto, nei limiti dei posti vacanti, con inquadramento nell'area funzionale e posizione economica corrispondente a quella posseduta presso le amministrazioni di provenienza".

A tal riguardo, valga aggiungere che ai sensi del succitato comma 1 "Le amministrazioni possono ricoprire posti vacanti in organico mediante cessione del contratto di lavoro di dipendenti appartenenti alla stessa qualifica in servizio presso altre amministrazioni, che facciano domanda di trasferimento. Il trasferimento è disposto previo consenso dell'amministrazione di appartenenza".

In sintesi, la portata innovativa dell'illustrato comma 2 bis, introdotto con il Decreto Legge n. 7 del 31 gennaio 2005, risiede nel fatto che **prima di bandire un concorso occorre verificare la possibilità di coprire i posti vacanti in via di trasferimento su domanda da altre amministrazioni**. Ebbene, l'applicabilità della norma al caso di specie ha trovato pieno avallo da parte del Tribunale, che per converso ha respinto l'eccezione proposta dalla difesa dell'ASL convenuta, la quale aveva sostenuto che il tipo di mobilità disciplinato dal surriferito art. 30 commi 1 e 2 bis riguarderebbe soltanto il passaggio diretto di personale tra amministrazioni diverse e non dello stesso comparto.

Nel contempo, conformemente ad un consolidato indirizzo giurisprudenziale, il TAR ha ritenuto che **"la circostanza che la ricorrente abbia, prima ancora di agire in giudizio, presentato domanda di partecipazione al concorso di cui si tratta (domanda accolta dall'Azienda) non si configura affatto come comportamento incompatibile con la volontà di far valere le proprie pretese in sede giurisdizionale, contestando la**

legittimità del concorso bandito; nessuna preventiva rinuncia all'azione giurisdizionale è ravvisabile nell'operato della dott.ssa A., che va interpretato, piuttosto, come scelta cautelativa comprensibile e ragionevole, nella prospettiva di un eventuale esito sfavorevole dell'azione giurisdizionale".

Nel merito della causa, i Giudici hanno fatto espresso richiamo all'orientamento espresso dal Consiglio di Stato (Sez. V, 6 marzo 2006 n. 1060): *"non può ritenersi, in astratto, che la scelta concorsuale sia tale da garantire meglio il controllo della capacità dei candidati al posto da ricoprire e ciò anche in relazione alla maturata esperienza di dipendenti, che hanno anch'essi superato apposito concorso... il trasferimento a domanda si configura come una più soddisfacente distribuzione del personale nell'interesse del miglior andamento dell'azione amministrativa...".*

Tali considerazioni, come rammentato nella sentenza in esame, non debbono, comunque, essere intese in senso assoluto, posto che in specifiche situazioni potrebbe risultare opportuno e più corrispondente all'interesse pubblico lo strumento del concorso anziché quello della mobilità.

Ad ogni buon conto **se, da un lato, la priorità riconosciuta dall'ordinamento all'attivazione delle procedure di mobilità rispetto a quelle concorsuali non deve essere ritenuta inderogabile, dall'altro la deroga alla regola generale dettata dal citato art. 30 comma 2 bis va puntualmente e congruamente motivata.**

Proprio in questa prospettiva, i Giudici Ammi-

nistrativi hanno ritenuto inidonea a legittimare l'opzione concorsuale la motivazione addotta dall'Azienda, poiché frutto di travisamento dei fatti e contraddittoria rispetto ai contenuti del bando approvato.

Nel dettaglio, il Tribunale ha sostenuto quanto segue: *"il concorso è stato però bandito (come è ovvio) per un posto di dirigente medico nella disciplina neurologia e non per il posto di responsabile delle strutture interne precedentemente gestite dal medico da sostituire, né il bando fa alcun riferimento a requisiti di esperienza specifica nelle attività suddette; perciò, in sostanza, con il provvedimento impugnato sono state valutate negativamente la posizione e la domanda della dott.ssa A. sulla base di requisiti ulteriori e ben più stringenti di quelli richiesti ai candidati del concorso pubblico (e dunque anche alla medesima dott.ssa A. in quanto concorrente): il che non appare giustificato, anche perché non è affatto detto che dalla procedura concorsuale - aperta a qualsiasi medico specializzato in neurologia - risulterà vincitore un candidato esperto negli specifici settori già coperti dalla dott.ssa; e per converso, se la selezione fosse finalizzata all'individuazione di un candidato di tal genere, non è chiaro come potrebbe l'Azienda utilizzare proficuamente la graduatoria per futuri supplenze o incarichi "in considerazione delle molteplici esigenze istituzionali" (obiettivo espressamente perseguito dalla scelta del concorso, secondo quanto enunciato nella deliberazione D.G. n. 967/2008)".*

Avv. Alessandro Lanata

Limiti all'**utilizzo di graduatorie** già esistenti per la copertura di **posti primari**

I Consiglio di Stato, nel giugno 2009, ha pronunciato un'interessante decisione in tema di utilizzo, per la copertura di posti primari, di graduatorie già formate ad esito di altri concorsi (Cons. Stato, sez. V, sent. n. 3782 del 12-6-2009).

La questione sottoposta al giudice amministrativo risale al 1991. In tale data, il ricorrente partecipava ad un concorso per primario di Pronto Soccorso, risultando idoneo a svolgere tali funzioni, ma classificandosi secondo in graduatoria. Mentre il ricorrente attendeva di prendere servizio, si rendeva vacante il posto primariale di Chirurgia generale. Conseguentemente, l'amministrazione bandiva un nuovo concorso per tale specifico ruolo. Il ricorrente, tuttavia, chiedeva ed otteneva dall'amministrazione la revoca del nuovo concorso bandito e l'utilizzo, per la copertura del posto di Chirurgia generale, della graduatoria – ancora valida – del concorso per il Pronto Soccorso.

Il ricorrente venne dunque nominato primario di Chirurgia generale, ma tale nomina fu bloccata dal Comitato regionale di controllo, innescando così la catena di ricorsi amministrativi, che vede nella sentenza qui commentata il capitolo finale. In particolare, il Comitato di controllo ebbe a dire che “nella specie si utilizza una graduatoria attinente a disciplina diversa da quella propria del posto che si intende coprire con l'istituto della utilizzazione di graduatoria”.

L'orientamento negativo è stato confermato anche dal Consiglio di Stato, secondo il quale

“il servizio di Pronto Soccorso ed accettazione deve essere assicurato con un organico proprio ed autonomo, con l'eccezione dei soli ospedali di zona”. Se dunque viene affermata la “specialità” delle competenze richieste per svolgere funzioni di pronto soccorso, dall'altro lato viene richiamata l'eccezione, contenuta nel D.P.R. n. 130 del 1969 e nel D.P.R. n. 761 del 1979, che consente di utilizzare per il Pronto Soccorso anche medici di altri reparti, solo se l'ospedale non dispone di una pianta organica specifica per il Pronto Soccorso. Non solo: l'eventuale utilizzo per il Pronto Soccorso di medici di altri reparti deve essere dettagliatamente motivato, perché - appunto - comporta un'alterazione della dotazione organica dei reparti di provenienza.

Con particolare riferimento ai profili concorsuali, l'amministrazione sanitaria aveva ritenuto equi-pollenti le discipline del Pronto Soccorso e di Chirurgia generale, non sotto il profilo dell'idoneità alla partecipazione ad una selezione pubblica, né per la valutazione di titoli, o per effettuare trasferimenti per mobilità, bensì per coprire un posto primariale senza effettuare uno specifico concorso. Questa scelta è stata ritenuta illegittima dal Consiglio di Stato: i giudici, infatti, hanno ritenuto non equivalente la Chirurgia generale con quella di pronto soccorso. La distinzione tra le due qualifiche impedisce la copertura di posti vacanti con personale appartenente all'altra disciplina. L'unica eccezione, precisano i giudici, riguarda la formazione “delle Commissioni esaminate e della valutazione dei titoli negli esami di idoneità e nei concorsi di assunzione”: in questi limitati casi si potranno far valere anche le qualifiche conseguite nella diversa area funzionale.

Prof. avv. Lorenzo Cuocolo

Studio legale Cuocolo-Cruciol

lorenzo.cuocolo@cclex.eu

Dichiarazioni anticipate di trattamento: medici e Governo a confronto

Si è svolto a luglio, su invito del senatore Tommassini, presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato, un incontro tra il gruppo PdL e i presidenti degli Ordini provinciali. Oggetto dell'invito era la necessità di un confronto approfondito sulle dichiarazioni anticipate di trattamento, DDL approvato dal Senato il 26 marzo e in attesa di passare alla Camera, alla luce anche di quanto emerso dal convegno di Terni della FNOMCeO del 12 e 13 giugno. A Terni, infatti, è stato approvato, a maggioranza, un documento critico nei confronti della legge licenziata dal Senato e alcuni Ordini, fra cui Bologna, Milano e Roma, hanno assunto posizioni contrarie o si sono astenuti. (*Il testo del documento e la successiva dichiarazione degli Ordini "dissenzienti" è stato pubblicato sul numero precedente di "Genova Medica"*).

All'incontro di Roma erano presenti il prof. Peperoni, in rappresentanza del direttivo della FNOMCeO, i presidenti degli Ordini Provinciali che non avevano sottoscritto il documento di Terni o si erano astenuti, ed altri, invece, favorevoli al documento. La parte politica era rappresentata in modo nutrito: il Ministro del Welfare Sacconi, il sottosegretario Roccella, i senatori Calabrò, relatore al Senato della legge, Quagliariello, Gasparri e Tommassini.

Nella prima parte dell'incontro Roccella e Calabrò hanno espresso il desiderio di chiarire con gli Ordini professionali gli intenti della propo-



sta di legge, pur esprimendo l'esplicita volontà di non scavalcare le associazioni mediche su tematiche eticamente sensibili.

I punti centrali dell'incontro vertevano, in primis, sulla necessità politica che la magistratura non si trovi a dover intervenire nel futuro su tematiche di squisita competenza medica, scavalcando le competenze legislative del Parlamento, e seconda, ma non in ordine di importanza, la necessità chiaramente dichiarata di evitare che, in futuro, pazienti in condizioni di stato vegetativo persistente si vedano sottratta l'alimentazione e l'idratazione. E' stato ribadito che la proposta di Legge approdata alla Camera riguarderebbe esclusivamente questi casi. E' seguita quindi un'ampia discussione nella quale tutti i presidenti intervenuti hanno riaffermato l'obbligo deontologico di

tutela della vita e la preoccupazione,

però, che una legge possa ingabbiare il già faticoso operare medico in situazioni estreme come quelle del fine vita (dato che è osservazione comune che questa dizione comprenda situazioni cliniche e umane ampiamente differenziate).

Fra le osservazioni rivolte ai rappresentanti politici vi sono stati rilievi sulla necessità di un testo di legge che non si presti a equivoci o a inopportune estensioni dell'applicazioni e sulle difficoltà di normare per legge situazioni nelle quali sono coinvolte concezioni antropologiche e posizioni etiche diverse e a volte antitetiche sia dei pazienti che dei medici. C'è da augurarsi che il proseguo della discussione del DDL alla Camera si attui in un sereno confronto che deve proseguire con chiare assunzioni di responsabilità da parte di ciascuno, ma con le caratteristiche che il dialogo ha avuto in questi anni di importanti decisioni della politica e del Parlamento.

Gemma Migliaro

Il decreto 106 del 3 agosto corregge il testo unico sulla sicurezza nei luoghi di lavoro

Variazioni normative del decreto e responsabilità del medico

La lettura delle pagine dedicate dagli uffici ministeriali, alla descrizione tecnica delle "disposizioni integrative e correttive" adottate dal Decreto 106, ci consente di riportare, per quanto si riferisce all'ambito professionale medico, qualche riferimento e commento su alcune delle varie prescrizioni.

Delle definizioni normative e responsabilità mediche riportate nel Testo Unico - Decreto 81 si era già detto, a cura degli estensori della nota, su queste pagine (numeri 5, 7/8 ed 11 del 2008).

Il Decreto 81, mantenendo immodificati i modelli gestionali amministrativi e le definizioni del lavoratore, del dirigente e del preposto, ha confermato i principi basilari normativi della tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro. Le modifiche integrative correttive, previste nei 149 articoli del Decreto, sono in buona parte, orientate a perseguire una migliore, quando possibile semplificata, efficacia operativa per la tutela dei differenziati rischi d'impiego o di esposizione dei lavoratori, nei tanti, differenziati settori di attività.

SIGNIFICATIVE INVARIATE DEFINIZIONI

• **Definizione del lavoratore** (comma 1, lett.a, art. 2): è riferita alla "persona che, indipendentemente dalla tipologia contrattuale, svolge attività lavorativa nell'ambito dell'organizzazione di un datore di lavoro pubblico o privato". L'applicazione normativa di prevenzione sui luoghi di lavoro si applica a "tutti i lavoratori subordinati o autonomi" che devono (art. 20) "prendersi cura della propria salute e sicurezza e di quella delle altre persone presenti sul luogo di lavoro". Qualora al medico sia stato formalmente conferi-

to dal datore di lavoro un incarico, questo si deve intendere di "dirigente" se prevede (lett. d, art. 2) l'attuazione delle direttive dello stesso datore di lavoro per "l'organizzazione e la vigilanza delle attività lavorative". Quando l'incarico del datore di lavoro si riferisse a quello di "preposto", la delega corrisponderebbe alla funzione direttiva (lett. e, art. 2) di "sovraintendere all'attività lavorativa, garantendo l'attuazione delle direttive ricevute, controllandone la corretta esecuzione da parte dei lavoratori ed esercitando un funzionale potere di iniziativa";

• **Modelli di organizzazione e di gestione** (art. 30): rappresentano gli innovativi strumenti per l'organizzazione e gestione della sicurezza, la cui realizzata efficacia operativa, viene a costituire condizione esimente della responsabilità amministrativa;

• **Disciplina della protezione dei lavoratori dalle radiazioni ionizzanti:** è attuata (comma 3, art. 180) "unicamente dal decreto legislativo 17 marzo 1995, n. 230, e sue successive modificazioni". Il comma 4, art. 59 decreto 230, stabilisce inoltre che il rispetto delle norme dello stesso decreto per la protezione sanitaria dei lavoratori "non esaurisce gli obblighi cui sono tenuti i datori di lavoro, i dirigenti, i preposti, i lavoratori e i medici competenti, ai sensi del decreto legislativo n. 626/1994. Tali connessi obblighi sono traslati (in quanto "ius superveniens") nel testo unico decreto 81, all'art. 30 che prevede, per la organizzazione aziendale, sistemi di gestione integrati del rischio.

SIGNIFICATIVE DISPOSIZIONI INTEGRATIVE E CORRETTIVE

Delega di funzioni da parte del datore di lavoro (art.16): è prevista l'aggiunta di un comma "3 bis": "il soggetto delegato può, a sua volta, previa intesa con il datore di lavoro delegare specifiche funzioni in materia di salute e sicurezza sul lavoro, alle medesime condizioni di

cui ai commi 1 e 2 (...) Il soggetto al quale sia stata conferita la delega di cui al presente comma non può, a sua volta, delegare le funzioni delegate";

• **Sanzioni in materia di valutazione dei rischi:** le modifiche dell'articolo 55 anticipano e riassumono la rinnovata impostazione dell'apparato sanzionario, applicato poi alle condizioni di rischio della più comune esposizione lavorativa dei medici: rischi biologici, chimici e fisici. Il criterio adottato si basa, da una parte, su una differenziazione normativa, con maggiore incidenza sostanziale, per un'effettiva sicurezza, e, dall'altra, intervenendo per violazioni o irregolarità parziali, con sostitutive misure amministrative. Quest'ultima modalità è quella adottata in molti articoli per le sanzioni nei riguardi dei preposti: nella nostra fattispecie, per le loro competenze professionali, i medici delle varie specialità e i medici competenti, quali diretti collaboratori del datore di lavoro. Questo impianto normativo ha tuttavia dato spazio a qualche possibile interpretazione cavillosa: ciò a seguito dell'aggiunta del comma "3 bis" all'articolo 18. In questo comma si precisa che "il datore di lavoro e i dirigenti sono tenuti altresì a vigilare in ordine all'adempimento degli obblighi di cui agli articoli 19, 20, 22, 23, 24 e 25, ferma restando l'esclusiva responsabilità dei soggetti obbligati ai sensi dei medesimi articoli (*medici*

competenti e medici preposti inclusi) qualora la mancata attenzione dei predetti obblighi sia addibibile unicamente agli stessi e non sia riscontrabile un difetto di vigilanza del datore di lavoro e dei dirigenti" (*subliminale argomentazione dirimente della responsabilità obiettiva del datore di lavoro*).

Modificazioni procedure concernenti luoghi di lavoro nei quali sono svolte attività di competenza medica: sono molte le disposizioni integrative e correttive inserite, dal VI al XIII Titolo, per i luoghi di lavoro del decreto 81.

Le modificazioni integrative sono orientate alla semplificazione regolamentare: in particolare, per consentire l'utilizzo delle norme tecniche e di buona prassi in luogo delle previste rigide regolamentazioni, essendo stato, nel contempo, previsto il differimento dei termini di vigenza dei valori limite di esposizione in specifici settori di rischio, quali gli agenti chimici e fisici, settori nei quali si trovano più spesso ad operare i medici. E' indispensabile che le modificazioni normative - relative alla tipologia del luogo di lavoro ed, insieme, quelle per la specifica attività esercitata - siano conosciute dai medici (anche attraverso il documento della valutazione dei rischi) e attentamente valutate in relazione agli obblighi connessi all'attività esercitata.

Franco Claudiani, Donato Fierro



AFFITTASI

AMPIO STUDIO MEDICO SIGNORILE

Via Cesarea - Genova centro

Possibilità di sala d'attesa e posto auto/moto



Per informazioni contattare il

347-8533868

24 CORSI & CONVEGNI

La salute dell'ambiente per la salute dell'uomo

Data: sabato 3 ottobre - ore 8.30/17.30

Luogo: Villa Lagorio - Celle Ligure (SV)

ECM: richiesti

Per info: Ordine di Savona 019/826427

Gravidanza: problemi e patologie

Associazione Italiana Donne Medico

Data: sabato 3 ottobre

Luogo: Aula riunioni Manifattura dei tabacchi di Sestri Ponente

ECM: richiesti

Destinatari: chirurghi, ginecologi e cardiologi

Per info: ECM Service tel. 010/505385 dr.ssa Bomba

CORSO INTERAZIENDALE "Mesotelioma Pleurico: Dalla Prevenzione alla Terapia"

Data: martedì 6 e giovedì 15 ottobre

Luogo: A.O.U. "San Martino"- Scuola Convitto

Destinatari: medici di medicina generale, biologi, infermieri professionali, tecnici di radiologia, tecnici di anatomia patologica, tecnici della prevenzione

ECM: richiesti.

Per info: U.O. Formazione osp. San Martino - Barbara Maiani 010/5555434

4° Forum Nazionale di Medicina Interna "Viaggio intorno all'uomo"

Data: venerdì 9 e sabato 10 ottobre

Luogo: Genova - Palazzo Ducale Sala del Minor Consiglio - ore 11.00

Destinatari: medici chirurghi

ECM: richiesti

Per info: Aristea Genova 010/583224

Convegno: "Disease Mongering in età pediatrica: dai bambini diversamente vivaci al marketing del farmaco"

Data: sabato 10 ottobre

Luogo: Palazzo Tursi Genova

Destinatari: medici, personale infermieristico e socio assistenziale, psicologi e psicoterapeuti, operatori sociali

ECM: richiesti

Per info: M.A.F. Servizi 010/5954304

1° Congresso regionale di AOGOI Liguria e 11° Convegno dei Ginecologi Liguri del Territorio (Gi.L.T.)

"Il ginecologo al servizio della salute della donna"

Data: 16/17 ottobre

Luogo: Genova, Galata Eventi Museo del Mare

Destinatari: ginecologi liguri e personale sanitario che li coadiuva (ostetriche, assistenti infermieristiche).

ECM: richiesti

Per info: BC Congressi 010/5957060

Congresso "La rigenerazione tissutale in chirurgia ricostruttiva ed estetica: fattori di crescita piastrinici e trapianto di cellule adipose"

Data: venerdì 23 e sabato 24 ottobre - ore 8.00

Luogo: S. Margherita Ligure - Hotel Continental

Destinatari: medici chirurghi generali, chirurghi plastici, dermatologi

ECM: richiesti

Per info: Eurotraining - 010/42064090

1° Giornata Spezzina della Tiroide

Data: sabato 24 ottobre 2009

Luogo: Villa Marigola di Lerici - La Spezia

Destinatari: medici chirurghi

ECM: richiesti.

Per info: BC Congressi 010/5957060

Cinema e stati alterati di coscienza

Le rappresentazioni dell'inconscio a cura di Giuseppe Ballauri - Centro Psicoanalitico di Genova

Date: proiezioni al sabato con inizio alle 9,30

♦ 24 ottobre "The Trip" di R. Corman

♦ 30 gennaio "Fuori orario" di M. Scorsese

♦ 27 marzo "Stati di allucinazione" di K. Russel

♦ 22 maggio "Sogni" di A. Kurosawa

Luogo: via Dante 2/165, Genova

Per info: dr. Giuseppe Ballauri 347/8350109
giuseppe.ballauri@fastwebnet.it

Corso di aggiornamento "Analisi di dati di espressione genica generati con microarray"**Data:** 9, 10, 11, 30 novembre e 1, 2 dicembre**Luogo:** Centro Congressi IST - CBA, Genova**Destinatari:** medico chirurgo, biologo, chimico, fisico (10 partecipanti interni e 15 esterni)**Quota di iscrizione:** euro 300 (IVA esente)**ECM:** richiesti**Per info:** tel. 010/5737535 - 460**Corso di aggiornamento "I tumori intraoculari: dalla diagnosi alla terapia attraverso la ricerca scientifica"****Data:** dal 10 al 13 novembre**Luogo:** IST e Centre A. Lacassagne di Nizza (Francia)**Destinatari:** medico chirurgo (specializzazione:

oculistica, oncologia, radioterapia)

Quota di iscrizione: euro 450 (IVA esente)**ECM:** richiesti**Per info:** tel. 010/5737535 - 531**Corso di aggiornamento****"Trasferimento tecnologico: strumenti innovativi per la gestione del portafoglio di tecnologie per l'innovazione"****Data:** 19, 20 novembre**Luogo:** Centro Congressi IST - CBA**Destinatari:** medico chirurgo, biologo, chimico, fisico e personale amministrativo (10 partecipanti interni e 10 esterni)**Quota di iscrizione:** euro 150 (IVA esente)**ECM:** richiesti**Per info:** tel. 010/5737535 - 340**Master universitario di II livello in chirurgia estetica e medicina estetica****Luogo:** Università di Genova, U.O. Chirurgia Plastica e Ricostruttiva-DICMI 2009/2010**Programma:** fornire ai laureati in medicina e chirurgia le basi scientifiche e la preparazione

teorica-pratica necessaria alla formazione di figure dotate di autonomia decisionale ed operativa nella gestione del paziente in medicina estetica e chirurgia estetica

Iscrizione: entro il 14 ottobre 2009**Per info:** 010/5600881**"Il medico a rischio" - Casistica e prospettive, un confronto di idee e soluzioni per i professionisti sui temi della responsabilità sanitaria.**

Le cinque giornate di approfondimento, organizzate da UniForma Consorzio interuniversitario per l'aggiornamento professionale in campo giuridico, sotto la direzione dei professori Paolo Pisa, Francesco De Stefano e Raffaella De Matteis, si svolgeranno a Genova, orario 9.30/18.00, e verteranno sulle numerose problematiche attinenti i rischi giuridici che sempre più frequentemente compaiono nell'attività sanitaria coinvolgendo aspetti attinenti più discipline. **Programma:**

- ◆ **10 ottobre** "Consenso, informazione e responsabilità del medico" - Sala convegni dell'Ordine dei medici. N. 4 crediti ECM.

- ◆ **24 ottobre** "La relazione tra medico e paziente in ambito psichiatrico", Sala convegni

dell'Ordine dei medici. N. 4 crediti ECM.

- ◆ **14 novembre** "L'atto medico nel percorso diagnostico-terapeutico", presso l'Aula Magna dell'Ateneo in Via Balbi 5.

- ◆ **28 novembre** "L'atto medico nel percorso chirurgico e farmacologico", presso l'Aula Magna dell'Ateneo in Via Balbi 5.

- ◆ **19 dicembre** "Strutture sanitarie, sicurezza delle cure e responsabilità", presso l'Aula Magna dell'Ateneo in Via Balbi 5.

La docenza è affidata a docenti delle Facoltà di medicina, giurisprudenza ed economia, a magistrati e a operatori professionali.

Il corso, rivolto a medici ed avvocati, è in via di accreditamento regionale. Per costi di partecipazione, argomenti e relatori consultare i siti: www.omceoge.org

www.sfidaglobalizzazione.unige.it (su quest'ultimo è scaricabile il modello per l'iscrizione).



RESPONSABILITÀ MEDICA - M. Pulice - EDIZIONE: SIMONE

€ 26.00 per i lettori di "Genova Medica" € 22.00

Fare il medico oggi vuol dire camminare su un campo minato cosparso di regole in continua evoluzione. Addirittura in dottrina si è arrivati a concepire la responsabilità medica come un vero e proprio "sottosistema" della responsabilità civile con tutti i suoi aspetti precipui che in quest'opera sono stati analizzati con un taglio eminentemente pratico per fornire delle risposte certe e concrete.



MANUALE ESSENZIALE DI PSICHIATRIA - C. Bellantuono, B. Nardi, G. Mircoli, G. Santone

€ 25.00 per i lettori di "Genova Medica" € 21.50

Una guida di base, di facile consultazione, rivolta soprattutto ai medici di medicina generale, agli studenti di medicina e delle professioni socio-sanitarie che presenta ai lettori, non esperti della materia, gli elementi fondamentali della psicopatologia, della psichiatria e dei trattamenti psichiatrici, da cui partire per ulteriori studi e approfondimenti.



GUIDA ALLA TERAPIA ANTIMICROBICA A cura di: The Medical Letter - CIS EDIZIONI

€ 26.00 per i lettori di "Genova Medica" € 22.00

Un testo ormai notissimo tra gli abbonati e non di The Medical Letter, una miniguida indispensabile sull'uso più razionale degli antibiotici.



ENDOCRINOLOGIA CLINICA - D. Ziliotto - EDIZIONI PICCIN

€ 40.00 per i lettori di "Genova Medica" € 34.00

Questo manuale, chiaro, didascalico, ricco di tabelle, immagini, figure, note, schemi e quadri sinottici che lo rendono facile ed attraente anche per i non specialisti di endocrinologia clinica, è il risultato di una lunga, appassionata ed approfondita ricerca di una metodologia didattica unitaria, che deriva da un'esperienza di vari decenni di insegnamento dell'autore alla Scuola fondata a Padova dal prof. Mario Austoni



MANUALE DI NUTRIZIONE APPLICATA - Riccardi, Pacioni, Giacco, Rivellesse - EDIZIONI: SORBONA

€ 52.00 per i lettori di "Genova Medica" € 44.50

Uno strumento valido anche per la pratica clinica di ambulatori dedicati alla prevenzione ed al trattamento delle malattie più comuni nella nostra realtà sociale che possono essere influenzate da un trattamento nutrizionale.

**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

Edoardo Guglielmino: oltre la cenere

Se ne è andato in punta di piedi, d'improvviso, dopo una breve dolorosa malattia; ha lasciato un vuoto al nostro fianco; perché con lui se ne è andato non solo l'amico affettuoso e il medico solerte, ma anche una delle colonne portanti della cultura genovese. Scrittore, poeta, uomo politico impegnato nel campo sociale, con una visione della vita sui lunghi orizzonti; sempre rispettoso degli altri pur esprimendo le sue idee. In questi tempi così grigi del nostro panorama culturale, dove non sai se prevalga l'ignoranza o il disinteresse verso i valori fondanti della vita, ne sentiremo tutti la mancanza. Già da giovane medico, a metà del Novecento, facevano spicco i suoi interventi di rottura nelle assemblee dell'Ordine genovese: tra la folla dei medici ossequienti le sue parole affilate denunciavano le carenze organizzative, i ritardi e i danni dell'assistenza sanitaria alla vigilia di quella riforma che avrebbe dovuto sciogliere i tanti nodi tuttora irrisolti.

E intanto, pur immerso nel lavoro, scriveva il romanzo della sua vita riversando la sua quotidiana esperienza di medico sulla pagina bianca a fine giornata. Nascevano così i suoi indimenticabili personaggi: non già figure inventate, ma uomini e donne reali. Sono i diseredati della vita, che popolano i vicoli dell'angporto genovese che lui curava mentre si "arabattavano", incuranti della loro salute, per racimola-



re i quattrini della loro sopravvivenza: i ladroncoli, le prostitute, gli "ultimi" della scala sociale, che saranno i primi alle porte del paradiso cristiano; anche se lui, agnostico convinto, non si annoverava tra i credenti, pur amando il suo prossimo più di molti che si ritengono tali.

Le pagine che ci ha lasciato sono la testimonianza viva di questa sua dedizione: non solo nel suo libro più famoso, *"Il medico della mala"* o nelle *"Storie genovesi"*, ma anche nei due libri scritti in condivisione col medico Aldo Podestà, condannato all'immobilità permanente: *"I giorni di Aldo"* e *"Il giardino dell'asino"*. Il suo bisogno di assistere le "anime perdute" è stato espresso in

un'intervista rilasciata tre anni fa al *"Corriere Mercantile"*: *"Togliamoci dalla testa - aveva dichiarato - l'idea che la prostituta sia una delinquente.*

Spesso è l'esatto contrario, è una benefattrice...un mestiere, difficile, faticoso; una scelta quasi sempre per bisogno o per schiavitù". Altri temi in altri suoi libri: la politica, in *"Fuori dal comune"*, frutto della sua esperienza come assessore nel Consiglio cittadino di Genova; e *"I racconti sampdoriani"* animato dalla sua passione sportiva. E poi, unico e singolare, un suo libro di poesie: *"Il barista*

Andare a cena con una soubrette

*Andare a cena con una soubrette
in una trattoria di santa Zita
dove lei mi nascondeva
la bocca
dietro un ritaglio di carta
e vicino il camionista
leggeva "Tuttosport" il lunedì
ma non pensavo
sulla sponda del letto
con gli occhi gonfi di noia
e d'amore
che ti avrei presa per
mano, alle finestre
gialle, di primo inverno
e ti saresti addormentata
sul mio cuore.*
Edoardo Guglielmino

non ti saluta". Edoardo Guglielmino amava la poesia in maniera viscerale, e ne aveva tanta ammirazione e rispetto da considerarsi umilmente un catecumeno fuori dal tempio sacro; ma la lettura dei suoi versi lo riscatta ampiamente.

Fin dalla gioventù teneva nascosta nel cassetto qualche poesia: lo dimostra "Pasqua partigiana", scritta sui sentieri della guerra di Resistenza quando lui era chiamato "Benda" per la sua capacità di curare i feriti. In tutte le poesie di questo unico libro - poco più di un centinaio - si

esprime più che mai lo struggente affetto per le persone e soprattutto per le figure femminili che attraversano la sua vita. I critici letterari ne hanno apprezzato lo stile asciutto ed immediato, avvicinandolo per le tematiche a grandi poeti liguri come Sbarbaro e Caproni.

In conclusione possiamo cercare di consolarci rileggendo le sue pagine come testimonianza perenne della sua vita: perché oltre la cenere resta pur sempre la parola, segno indelebile della nostra umana esistenza.

Silviano Fiorato

MEDICINA & PREVIDENZA

Qualche chiarimento su INPS e medici pensionati

Ai medici pensionati è pervenuta in questo periodo una comunicazione da parte dell'INPS in merito a compensi, risultati dal quadro del Mod. 770 degli anni passati, non assoggettati ad alcuna forma di previdenza. Con tale comunicazione l'INPS richiede di verificare se tali compensi professionali sono riconducibili a forme di lavoro autonomo soggette all'obbligo contributivo nei confronti della gestione separata o se siano stati o meno assoggettati a contribuzione previdenziale.

A seguito di questa comunicazione dell'INPS la Fondazione ENPAM ha provveduto a trasmettere al Presidente dell'Istituto la richiesta di sospensione temporanea dell'iniziativa posta in essere dall'INPS, nelle more della regolarizzazione della contribuzione dovuta dai medici pensionati in quanto trattasi di redditi professionali specifici della categoria medica, tutelati quindi previdenzialmente dall'ENPAM. L'Ente di Previdenza, infatti, ricorda che i medici

ultra65enni, esonerati d'ufficio dal versamento dei contributi sulla libera professione e dall'invio del modello D, possono conservare, su richiesta, l'iscrizione al Fondo Generale e versare il contributo previdenziale all'ENPAM fissato, in via opzionale, nella misura del 2% ovvero del 12,50%. Con delibera n. 46 del 24 luglio u.s. il consiglio di amministrazione della Fondazione ha, infatti, riaperto i termini per la presentazione sino al 31 dicembre 2009, dell'istanza di conservazione dell'iscrizione al Fondo e della relativa opzione per l'aliquota contributiva, con riferimento ai compensi per i quali non siano decorsi i termini prescrizionali di legge. A breve, peraltro, con apposita modifica regolamentare l'ENPAM provvederà ad eliminare la sua facilitatività di iscrizione al Fondo, disponendo l'obbligatorietà della contribuzione sui compensi professionali prodotti dai pensionati ultrasessantacinquenni. I pensionati del Fondo generale che hanno prodotto per gli anni 2004-2008 reddito professionale da attività libero professionale medica o odontoiatrica potranno dichiarare le relative somme utilizzando l'apposito modello "Dichiarazione di responsabilità" che è a disposizione presso l'Ordine o scaricabile dal sito www.omceoge.org

Banalizzazione dell'atto medico

Caro presidente, alcuni anni fa ebbi a inviarti un mio "sfogo" riguardante la pessima abitudine, da parte dei mass-media, di associare il termine "banale" alla maggior parte degli atti medici (...un banale impianto di pacemaker, un banale intervento di cataratta ... ecc., ecc.). Quella volta ce l'avevo, e ce l'ho tuttora, perché ne sussistono i motivi, con i campioni della "banalizzazione dell'atto medico".

Con tutti coloro cioè, giornalisti in primo luogo, per i quali con la sola eccezione (forse) del trapianto cuore-polmoni, tutto il resto è da considerarsi banale routine ed esige, in quanto tale, soluzioni infallibili, in mancanza delle quali scatta automatica l'accusa di incompetenza nei confronti del medico. Tanto più questa banalizzazione del ruolo del medico è fonte di amarezza, in quanto essa appare in evidente controtendenza con la costante esaltazione di ogni altro ruolo, per modesto che possa essere.

Basti pensare all'atteggiamento di adorazione che tutti assumono di fronte allo chef che davanti alle telecamere guarnisce un dessert (ma come si può chiamarlo semplicemente un cuoco!...è un artisto!). Tutti sono ammirati di fronte al caciato (pardon...imprenditore caseario!) che illustra ai telespettatori il sapiente metodo di invecchiamento delle sue formaggette. Tutto diventa fonte di esaltazione, mentre si guarda quasi con sufficienza (sospetto e diffidenza a parte) a ciò che fa il medico, figura che ormai l'utenza (brutto termine, lo so, ma forse più in linea con la realtà dei tempi rispetto al vecchio termine di "pazienti") identifica in quella di un umile (lui sì) prestatore d'opera, di un mero esecutore di ordini dal quale esigere la traduzione in realtà dei propri desideri, se non addirittura dei propri capricci, magari ispirati a quanto per lo più malamente appreso da quella

fuorviante fonte di informazione che io chiamo la Internet University School of Medicine, della quale tutti ormai si reputano allievi modello.

Il motivo per cui oggi torno alla carica con la mia protesta nei confronti della malinformazione imperante non si ricollega certamente a cause inedite: si tratta infatti del ben noto abuso del termine "malasanità".

Ma come, non ti sei ancora assuefatto a questo termine? (mi immagino di sentirmi chiedere da parte di più d'uno, magari con la commiserazione che si addice ad un povero disadattato).

Purtroppo no, è la mia risposta. Anzi, la mia non assuefazione diventa vera e propria intolleranza in circostanze come quella accaduta oggi, concretizzatasi nel fatto che i vari telegiornali riportavano ben due avvenimenti di cronaca preceduti entrambi, in bella evidenza, dal titolo di testa "malasanità" (reperita iuvant... specialmente ai giornalisti televisivi a secco di notizie in quest'ultimo scorso d'agosto).

Non entro ovviamente nel merito delle vicende, che sono al vaglio della magistratura. Mi è parso comunque di capire che almeno in uno dei due casi ciò che non avrebbe dovuto verificarsi sarebbe accaduto per motivi di cattiva gestione organizzativa territoriale dell'assistenza sanitaria riguardante una determinata regione del sud Italia. Se ciò trovasse conferma, le responsabilità, in questo come in tanti altri casi, sarebbero semmai dei politici e degli amministratori locali e non certo dei medici. Tant'è, agli occhi della gente comune il termine "malasanità" evoca il concetto di cattiva condotta (professionale o morale) del medico ed è quindi spesso estremamente fuorviante. E, a proposito della gente comune, è sempre più diffusa nel suo ambito la convinzione che il "diritto alla salute" sancito dalla Costituzione, lungi dal significare che ogni cittadino ha diritto, come è sacrosanto che sia, a che gli vengano prestate le cure più adeguate allo scopo di salvaguardarne il benessere psicofisico, si identifichi con il

30 Banalizzazione dell'atto medico

diritto a non ammalarsi. E sì, perché se la salute è un diritto, quando questa viene a mancare siamo in presenza di un diritto negato, e alla base di un diritto negato vi è di regola qualcuno che tale diritto ha calpestato (provate a indovinare chi). Ma tornando al termine "malasanità", vorrei far rilevare come non esistano termini analoghi indicativi della cattiva efficienza di altre realtà professionali. Alcuni anni fa, nel Molise, una scuola crollò come un castello di carte, seppellendo decine di bimbi innocenti. In occasione del terremoto avvenuto in Abruzzo alcuni edifici di recente costruzione si sono sbucciati, mietendo numerose vittime. Non mi risulta che in tali frangenti si sia avvertita l'esigenza di coniare neologismi quali "malaingegneria" o "malarchitettura", ritenendosi giustamente non corretto far ricadere le responsabilità dei singoli o dei pochi su intere categorie professionali.

Di analoghe equità paiono non essere meritevoli gli operatori sanitari, proposti al grande pubblico come un esercito impegnato ad attentare in continuazione alla salute dei cittadini, piuttosto che a difenderla. Beninteso, non voglio fare del puro vittimismo perché sarebbe ipocrita fingere di ignorare che anche nell'ambito della nostra professione esistono degli esempi, purtroppo meno sporadici di quanto si vorrebbe sperare, di colleghi che l'hanno disonorata. Continuo tut-

tavia ad essere convinto che la nostra categoria sia composta in massima parte da persone competenti e rispettabili, che hanno il difetto di essere però, a mio modesto avviso, piuttosto arrendevoli e ignave di fronte a tutto ciò che attenta alla dignità e al decoro della loro professione.

Spero si tratti di rassegnazione, più che di pavida. Ma entrambe sono cose deprecabili, e la seconda addirittura intollerabile. Fortunatamente le eccezioni ci sono. Una è rappresentata, caro Presidente, dal tuo costante impegno a difesa della rispettabilità della nostra professione, quale si evince dal contenuto dei tuoi editoriali, sempre molto limpidi nei loro assunti ed esenti da ogni ambiguità, nonché dalla lodevole iniziativa, da te recentemente promossa, di sottoscrivere, assieme all'Ordine ligure dei giornalisti, la "Carta della Buona Comunicazione", a tutela di un'informazione obiettiva e corretta in un ambito così difficile e "sensibile" come è quello sanitario. Questa mia lettera vuole pertanto andare oltre il semplice e sterile sfogo ed ha piuttosto lo scopo in primo luogo di essere espressione di apprezzamento per quanto da te finora messo in atto, ed in secondo luogo di essere una manifestazione di incoraggiamento a proseguire nella direzione intrapresa, con l'auspicio che di analoghe iniziative si faccia promotrice, su scala nazionale, la Federazione Nazionale degli Ordini dei medici.

Guido Corallo

INSEZIONE PUBBLICITARIA



Dall'accettazione al referto
Dall'esigenza all'idea



Passi Organizzazione e Sistemi S.r.l.

Azienda di informatica per le strutture medico-sanitarie

Commissione Albo Odontoiatri

A cura di Massimo Gaggero

5° Convegno ANDI Liguria culturale/sindacale

E' ormai prossimo il tradizionale appuntamento di fine estate dell'ANDI ligure con il congresso culturale/sindacale che si terrà a **Sestri Levante** sabato 3 ottobre: anche quest'anno sarà un simposio di livello nazionale con **relazioni cliniche** sulla chirurgia implantare guidata, sugli impianti postestrattivi e sul carico immediato, con attenzione particolare all'integrazione perio-protesica per un risultato estetico ottimale, dalla provvisionalizzazione alla riabilitazione definitiva, anche nelle edentulie totali. Le **relazioni sindacali** del dr. Prada, Segretario Sindacale Nazionale e del dr. Pelliccia, economista, riguarderanno la gestione amministrativa dello studio odontoiatrico, sempre più condizionata dalla crisi economica, tra terzi paganti e fondi integrativi, e spazieranno dalla comunicazione con il paziente fino al preventivo ed al piano di pagamento, per aiutarci a non subire, ma a gestire da protagonisti il cam-



biamento epocale, sociale ed economico che sta interessando tutta la nostra società.

Nella sessione parallela dedicata alle **Assistenti di Studio**, un team di psichiatri, psicologi ed odontoiatri ci aiuterà nella gestione delle emozioni e delle ansie dei pazienti e degli operatori, utilizzando le tecniche di rilassamento e le dinamiche di relazione del team odontoiatrico.

Nella stupenda cornice della "baia del silenzio" di Sestri Levante sarà inoltre possibile visitare gli stand di una piccola mostra merceologica all'interno del Centro Congressi e partecipare ad una cena di gala, assieme ai relatori, la sera precedente.

Paolo Mantovani

XXII CORSO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE PER ASSISTENTI DI STUDIO ODONTOIATRICO

Sono aperte le iscrizioni al XXII Corso di Formazione Professionale per Assistenti di Studio Odontoiatrico, patrocinato dalla Regione Liguria. Tale Corso si è rivelato molto utile sia per la formazione delle Assistenti che già lavorano, sia per coloro che sono in cerca di occupazione in questo campo.

Le schede di registrazione di tutte le studentesse iscritte che non lavorano, insieme ai risultati di fine corso, verranno inserite in una **Banca dati** che sarà a disposizione dei Soci ANDI presso la Segreteria; inoltre il nominativo delle studentesse che avranno conseguito la miglior

votazione verrà pubblicato su "Liguria Odontoiatrica".

Il corso, che inizierà a dicembre, prevede **lezioni teoriche e ore di tirocinio dimostrativo, con frequenza obbligatoria**.

Le lezioni teoriche si terranno due sere la settimana, il lunedì e il giovedì, presso la Sala Corsi ANDI Genova, Piazza della Vittoria 12/6, mentre il tirocinio dimostrativo sarà effettuato presso gli studi dei docenti e presso gli ambulatori di Odontostomatologia dell'Ospedale Galliera e dell'Istituto G. Gaslini.

Chiusura iscrizioni: venerdì 20 novembre p.v..

Per info: segreteria ANDI Genova - P.zza della Vittoria 12/6 - Tel. 010/581190.

Il Coordinamento Corso A.S.O.

L'istanza di rimborso sulla tassa rifiuti

Come riportato su "Genova Medica", n.7-8/2009, pag.16, si ricorda ai colleghi che hanno pagato la TARSU per gli anni 2002 e 2003 che possono richiedere il rimborso di quanto indebitamente versato (nella misura della differenza tra quanto pagato secondo le tariffe annullate e quanto sarebbe stato dovuto in base alle previgenti tariffe). Il diritto a chiedere il rimborso si prescrive in due anni.

I due fac-simile per la richiesta del rimborso sono scaricabili dal sito: www.omceoge.org oppure ritirati presso l'Ordine.

Le istanze di rimborso potranno essere spedite tramite raccomandata oppure consegnate a mano facendole protocollare a: Comune di Genova - Piazza Ortiz 8 - 16128 Genova.

Qualora il Comune dovesse negare il diritto al rimborso, ovvero rimanere in silenzio per tre mesi, sarà possibile ricorrere alla Commissione Tributaria.

COMUNICAZIONI DI EVENTI ODONTOIATRICI

ANDI GENOVA - Corsi 2009

SETTEMBRE

Sabato 19 (giornata, 9-14) "Prima visita orientata alla triade denti - muscoli - articolazioni: dal bambino allo sportivo" - Relatore: dr. G. Cozzani. Sede: Gaslini. **4 crediti E.C.M..**

Martedì 29 (serata 20-23) - "La diagnosi delle lesioni del cavo orale". Relatori: **prof. A. Parodi e prof. G. Signorini**. In fase di accreditamento. Gratuito.

OTTOBRE

Sabato 3 (giornata, 9-18) - V Convegno Odontoiatrico Andi Liguria - 2 Sessioni, una per Odontoiatri, una per Assistenti di Studio. Sede: Sestri Levante, Centro Congressi Mediiterraneo. **4 crediti E.C.M..**

Venerdì 9 (serata 20-23) - II° serata sulla Radiologia in Odontoiatria "La risonanza magnetica nella diagnosi di patologia ATM e ipotesi di utilizzo nella programmazione dell'estrazione chirurgica degli ottavi".

Relatore: **dr. F. Ferretti** - Corso in 4 serate (16/6 - 9/10 - 23/10 - 10/11).

N.10 crediti (per le 4 serate).

Sabato 10 (giornata 9-15) "Il trattamento implantoprotesico degli edentulismi totali".

Relatore: **dr. R. Cocchetto** - Sede: Galliera - In fase di accreditamento.

Sabato 17 (giornata, 9-14) "Le miniviti per ancoraggio scheletrico". Rel.: **dr. R. Ellero**. Sede: da definire. In fase di accreditamento.

Sabato 17 (giornata, 9-18) - Corso BASE sulle Emergenze di Pronto Soccorso e Rianimazione Cardio Polmonare (B.L.S. - I.R.C. - E.R.C.). In fase di accreditamento.

Venerdì 23 (serata 20-23) - III° serata sulla Radiologia in Odontoiatria "Utilizzo della tomografia computerizzata (TC) e dei software dedicati, per la progettazione nella chirurgia implantare guidata". Relatori: **dr. R. Garrone** e **dr. C. Gazzero**. Corso in 4 serate (16/6 - 9/10 - 23/10 - 10/11). **N.10 crediti (per le 4 serate)**.

AVVISO - L'aggiornamento (Retraining) del corso sulle Emergenze di Pronto Soccorso e Rianimazione Cardio Polmonare (B.L.S. - I.R.C. - E.R.C.), previsto per venerdì 16 ottobre, è stato spostato a data da destinarsi.

I corsi di cui non è indicata la sede si svolgono presso la Sala Corsi ANDI Genova. Per informazioni ed iscrizioni contattare la Segreteria ANDI Genova, tel.010/581190 andigenova@andigenova.it

CENACOLO ODONTOSTOMATOLOGICO LIGURE - Programma 2009

Ciclo di serate genovesi. Gratis per i soci di AIO, COL e SNO-CNA (*odontoiatri, odontotecnici, igienisti e studenti in regola con le quote d'iscrizione del 2009*). Sala Corsi BiBi Service - ECPA/CNA: Via XX Settembre 41 Genova.

"Il paziente con problematiche psicologiche/ psichiatriche è un rischio per l'odontoiatria: come individuarlo e come gestirlo?"

29 settembre (1° Parte): "Il paziente con disturbi dell'asse I: schizofrenia, disturbi d'ansia, disturbi dissociativi, disturbi del comportamento alimentare". Rel.: **dr.ssa Rossella Ivaldi**.

"Attacchi di panico in ambito Odontoiatrico". Relatore: **dr. Enrico Grappolo**.

27 ottobre (2° Parte): "Il paziente con disturbi dell'asse II: disturbi di personalità del gruppo A (paranoide); del gruppo B (borderline, narcisista,

sta, antisociale, isterico e istrionico, ossessivo-compulsivo)". Relatore: **dr.ssa Rossella Ivaldi**.

03/04 ottobre - "Corso clinico di ortodonzia Self-Ligating". Rel.: **dr. Kamran Akhavan Sadeghi**.

07/08 novembre - "Corso clinico di ortodonzia Self-Ligating". Relatore: **dr. Kamran Akhavan Sadeghi**.

24 novembre - "Moderni orientamenti nella sagomatura e otturazione canale". Relatore: **dr. Vaid Hazini**.

28 novembre - Congresso Interassociativo Nazionale: **"Medicina e odontoiatria: interrelazioni"**.

Sono previste numero 16 crediti ECM per il ciclo delle serate e numero 50 crediti ECM per il corso clinico annuale di Ortodonzia self-ligating.

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'
CENTRO RADIOLOGICO E FISIOTERAPICO Dir. San. e R.B.: Prof. L. Morra Spec.: Radiologia Medica Resp. Terapia fisica: Dr. Franco Civera Spec.: Fisiatria	GE - BUSALLA Via Chiappa 4 010/9640300	RX TF DS
IST. BARONE - RINASCITA Dir. San.: Dr. G. Giorgi Spec.: Radiologia Medica R.B.: Dr. G.L. Delucchi Spec.: Fisiatria e Ortopedia	GENOVA P.sso Ponte Carrega, 35-37r 010/8386715 fax 010/8382086	RX TF S DS
IST. IL BALUARDO certif. ISO 9001:2000 Dir. San.: Dr. M. Canepa Spec.: ematologia clinica e di labor. R.B.: Prof. D. Fierro Spec.: Radiologia R.B.: Dr. M. Casaleggio Spec.: Fisiatria www.ilbaluardo.it clienti@ilbaluardo.it Punti prelievi: Via G. Torti, 30-1 Via San Vincenzo "Torre San Vincenzo" 2/4 Via P.Gobetti 1-3	GENOVA P.zza Cavour Porto Antico 010/2471034 fax 2466511 010-513895 010-5740953 010-3622916	PC RX TF S DS TC RM

STRUTTURE PRIVATE		INDIRIZZO E TEL.		SPECIALITA'									
		GENOVA		PC	RX	S	DS	RT	TF	DS	RM		
IST. MORGAGNI certif. ISO 9001		C.so De Stefanis 1 010/876606 - 8391235 Via G. Oberdan 284H/R 010/321039											
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		Via XX Settembre 5 010/593660											
IST. NEUMAIER		GENOVA											
Dir. San. e R.B.: Dr. L. Berri Spec.: Radiologia		P.zza Nicoloso 9/10 0185/720061											
IST. RADIOLOGIA RECCO		GE - RECCO											
Dir. San. e R.B.: Dr. C. A. Melani Spec.: Radiodiagnostica Resp. Terapia fisica: Dr. F. Civera Spec.: Fisiatria		P.zza Dante 9 010/586642											
IST. SALUS certif. ISO 9002		GENOVA		PC	Ria	MN	RX	RT	TF	S	DS	TC	RM
Dir. San. e R.B.: Dr. E. Bartolini Spec.: Radiologia Igiene Med. Prev.		Via XX Settembre 5 010/543478											
IST. STATIC certif. ISO 9001/2000		GENOVA											
Dir. Tecnico e R.B. FKT: Prof. R. Cervetti Spec.: Fisiatria e Reumatologia R.B.: Dr. M. Debarbieri Spec.: Radiologia		P.zza Dei Nattino 1 010/6531442 fax 6531438											
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 Montallegro, 48 010/316523 - 3622923 fax 010/3622771											
TMA - TECNOLOGIE MEDICHE AVANZATE		GENOVA											
Dir. Tec.: Dr. A. Gambaro certif. ISO 9001:2000 Spec.: Radiodiagnostica www.timage.it info@timage.it		Via Colombo, 11-1° piano 010/593871											
IST. TURTULICI RADIOLOGICO TIR		GENOVA											
Dir. San. : Dr. Vincenzo Turtulici Spec.: Radiologia medica		Via Corsica 2/4 010 587978 fax 010 5953923											
ISTITUTI NON CONVENZIONATI SSN		SPECIALITA'											
PIU'KINESI IN CARIGNANO (MONTALLEGRO)		GENOVA											
Dir. San.: Dr. Luca Spigno R.B.: Dr. Marco Scocchi Spec.: Fisiatria www.montallegro.it - piukinesi@montallegro.it		Via P. Boselli 30 010/3621769 Num. V. 800060383 www.laboratorioalbaro.com											
LABORATORIO ALBARO certif. ISO 9001/2000		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 G. B. D'Albertis, 9 c. 010/354921											
IST. BOBBIO 2		GENOVA											
Dir. San. e R.B.: Dr. M. Scocchi Spec.: Fisiatria		Piazza Borgo Pila, 3 010/588952 fax 588410											
STUDIO GAZZERRO		GENOVA											
Dir. San.: Dr. Corrado Gazzero Spec.: Radiologia www.gazzero.com													

LEGENDA: **PC** (Patologia Clinica) **TF** (Terapia Fisica) **R.B.** (Responsabile di Branca) **Ria** (Radioimmunologia)
S (Altre Specialità) **L.D.** (Libero Docente) **MN** (Medicina Nucleare in Vivo) **DS** (Diagnistica strumentale) **RX**
(Rad. Diagnistica) **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. Dalla sottoscrizione della polizza alla gestione del sinistro, ogni Socio Acmi ha a disposizione il personale di Simbroker che ha maturato negli anni un'esperienza ed una professionalità unica nel settore.

Responsabilità civile professionale

L'assicurazione copre il risarcimento delle somme che il medico è tenuto a pagare

Tariffe speciali per giovani medici

quale civilmente responsabile ai sensi di legge di danni cagionati a terzi. Assicuriamo ogni tipo di attività con una tariffa estremamente personalizzata sulle caratteristiche anagrafiche e professionali di ogni singolo medico. La polizza vale per le richieste di risarcimento pervenute per la prima volta nel corso del periodo di validità della polizza anche per fatti avvenuti nei cinque anni precedenti la sottoscrizione. Per gli **ODONTOIATRI** la garanzia è prestata con retroattività illimitata. Sono previste condizioni particolari per i medici dipendenti ospedalieri, dirigenti medici di 2° livello, direttori sanitari, specializzandi, odontoiatri con implantologia, medici competenti e legali e per coloro che svolgono attività di medicina e chirurgia estetica.

Preventivi on line su: www.acminet.it

E' POSSIBILE ACQUISTARE CONGIUNTAMENTE ALLA POLIZZA DI RESPONSABILITÀ CIVILE ANCHE LA POLIZZA **INFORTUNI**, CON UNO SCONTONE DEL 20% SULLA TARIFFA, E/O POLIZZA **MALATTIA**, CON UNO SCONTONE DEL 10% SULLA TARIFFA.

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, 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. 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.

