



# Genova Medica



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

## **Vita dell'Ordine**

Corso di aggiornamento:  
la certificazione in psichiatria

## **In primo piano**

Medici specializzandi o specialisti  
in formazione?

Malpractice: come evitare i contenziosi

**NOTIZIE DALLA C.A.O.**

## **Note di diritto sanitario**

Forme di acquisizione del consenso  
e responsabilità

Di cosa parliamo quando parliamo  
di diritto alla salute?

## **Medicina & Previdenza**

Notizie ENPAM

**N.1 gennaio 2009**

# L'ORDINE DI GENOVA

Piazza della Vittoria 12/4 - 16121 GENOVA

## Come contattarci

anagrafica@omceoge.org  
tel 010/587846 e fax 010/593558

## Orario al pubblico

dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 14.30

## Comunicazioni

**Cambio di indirizzo:** comunicare tempestivamente (fax 010/593558 o e-mail anagrafica@omceoge.org) ogni variazione della residenza anagrafica o del domicilio, specificando chiaramente presso quale indirizzo si desidera ricevere la corrispondenza.

## Documenti

### Rilascio certificati di iscrizione:

in orario di apertura al pubblico

**Tassa annuale di iscrizione:** tramite bollettino Mav presso gli uffici postali, tramite banca oppure on-line su: [www.scrignopagofacile.it](http://www.scrignopagofacile.it)

## “Genova Medica”

Le richieste di pubblicazione o di comunicazione di congressi, corsi o eventi devono pervenire alla redazione dell'Ordine via e-mail a:

[direzione@omceoge.org](mailto:direzione@omceoge.org) in tempo utile (entro il 5 di ogni mese). Il direttore responsabile può rifiutare la pubblicazione di quegli articoli che siano in contrasto con gli indirizzi dell'Ordine. La redazione è autorizzata ad apportare modifiche ai testi relativamente alla lunghezza senza modificare la sostanza e il pensiero. La responsabilità dei contenuti resta, in ogni caso, dell'autore. Articoli e foto inviati, anche se non pubblicati, non verranno restituiti.

**La rivista è disponibile sul sito dell'Ordine ([www.omceoge.org](http://www.omceoge.org)) in formato pdf dal giorno 20 di ogni mese.**

**Pubblicità:** per pubblicare inserzioni pubblicitarie chiamare allo 010/582905.

## Comunicazione agli iscritti

**Non tutti ci hanno ancora inviato l'indirizzo e-mail. Vi invitiamo a fornircelo per completare il nostro archivio informatico e permetterci di contattarvi con maggiore tempestività.**

**Se non l'hai già fatto inviaci una e-mail a:**

**Grazie!**



**[www.omceoge.org](http://www.omceoge.org)**



## Genova Medica

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

### GENOVA MEDICA

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

#### Direttore responsabile

Enrico Bartolini

#### Comitato di redazione

Roberta Baldi

Alberto Ferrando

Massimo Gaggero

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 Micheli

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 Cella

Giorgio Inglese Ganora

Paolo Mantovani

#### Editoriale

**4** La risposta ai bisogni di salute dei cittadini

#### Note di diritto sanitario

**5** Acquisizione del consenso e responsabilità

**16** Di cosa parliamo quando parliamo di diritto alla salute?

#### Vita dell'Ordine

**7** Le delibere delle sedute del Consiglio

**8** Corso di aggiornamento: la certificazione in psichiatria

#### In primo piano

**9** Medici specializzandi o specialisti in formazione?

**12** ECM: le opinioni dei professionisti della sanità

**22** Malpractice: come evitare i contenziosi

#### Medicina & Attualità

**18** Un'emergenza silenziosa: la cura dei neonati

#### Medicina & Previdenza

**24** Notizie ENPAM - Fondo Generale: matura il diritto la classe 1944

**25** Corsi & Convegni

**26** Recensioni

#### Medicina & Volontariato

**27** "Medici in Africa" approda alla rete

#### Medicina & Cultura

**29** Direttive anticipate per la fine della vita

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

**Periodico mensile** - Anno 17 n.1 - Gennaio 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 gennaio 2009.**



## La risposta ai bisogni di salute dei cittadini

In un mondo in rapida evoluzione sociale e tecnologica la medicina ha fatto passi da gigante ed è venuta imponendosi una nuova concezione della salute quale "bene essenziale per lo sviluppo sociale, economico e personale". Il diritto alla salute non viene più inteso come assenza di malattia, ma come uno stato di benessere psicofisico: la centralità della persona rappresenta quindi l'elemento caratterizzante del sistema sanitario nazionale e regionale.

Oggi abbiamo cittadini più consapevoli e responsabili della propria salute e anche maggiormente informati sulle possibilità di cura offerte dal Servizio sanitario nazionale. Proprio per questo, è necessario erogare delle cure efficaci basate su evidenze scientifiche e, nel contempo, cercare di dare anche un servizio di qualità tenendo conto delle risorse a disposizione.

Sul sistema sanitario, recentemente, mi è capitato di leggere alcune riflessioni del compianto Lucio Rosaia, cardiologo e uomo politico spezzino, contenute nel libro nel suo libro inchiesta "Anonima Mutuati" che nel lontano 1966, aveva affrontato, senza pregiudizi, le anomalie di un sistema che già stava cambiando. Rosaia, quarant'anni fa riteneva, infatti, che la nuova riforma sanitaria, che stava per nascere e sulla quale stava collaborando a livello ministeriale, avrebbe accentuato i gravi difetti di cui già soffriva la medicina ed a proposito dell'ordinamento sanitario di quel periodo egli affermava che è: "l'esatto rovescio dell'ordinamento sanitario reclamato dalla medicina moderna. Esso è parago-

*nabile ad una nave priva di comandante e divisa in quattro compartimenti che non comunicano tra di loro e ognuno dei quali trasmette al motore della nave i propri ordini senza preoccuparsi di quello che avviene negli altri tre. La nave o sta ferma o gira su se stessa. Questi compartimenti stagni sono: la medicina ambulatoriale e domiciliare, generica o specialistica che sia; la medicina ospedaliera; la medicina delle malattie sociali; la sanità pubblica. Noi dobbiamo percepire un insieme coerente in cui un principio unico coordini le singole parti e governi i rapporti della loro reciproca interdipendenza... Tutti i nostri problemi si riducono a uno: portare questo sistema all'unità...".*

Ad un trentennio dal varo della riforma, con tre aggiustamenti e con il sopravvenire della legislazione concorrente Stato-Regioni e del federalismo fiscale, alcune criticità sollevate da Rosaia si possono ancora riscontrare nel sistema sanitario attuale poichè, a volte, in molti percorsi clinici che prevedono per il paziente l'intervento integrato di varie figure professionali che debbono interagire tra loro, mancano meccanismi operativi perché ciò avvenga. Una novità e una scommessa è rappresentata dal Piano Socio

Sanitario regionale che, tra i suoi obiettivi, ha posto una nuova organizzazione del sistema regionale attraverso una "struttura a rete" dove i vari operatori della sanità sono tra loro collegati da un sistema informativo e svolgono ruoli ben definiti per un fine comune che è la salute dei pazienti. Auspico che questa scelta possa, nel triennio a venire, essere finalmente vincente anche per la nostra categoria.

**Enrico Bartolini**



*A lato: disegno di Enrico Giunta*

## Acquisizione del consenso e responsabilità

**S**tanti le ampie e variegate problematiche legate al consenso informato, ritengo opportuno svolgere un'integrazione all'articolo del mese precedente, in primo luogo soffermandomi sulle statuizioni espresse nella sentenza n. 24791 resa, in data 08/10/2008, dalla Corte di Cassazione Civile, Sezione III.

La Corte, nell'occasione, ha ribadito che al medico è fatto obbligo di informare il paziente sulla natura dell'intervento, sulla portata e sull'estensione dei suoi risultati nonché sulle possibilità e probabilità dei risultati conseguibili.

Si tratta, secondo i giudici, di un adempimento non già formale, bensì sostanziale ovvero tale da porre il paziente in condizione di assentire al trattamento sanitario con una volontà consapevole delle sue implicazioni.

In questa prospettiva, il Supremo Collegio ha affermato che ***"...il medico viene meno all'obbligo di fornire un valido ed esaustivo consenso informato al paziente non solo quando omette del tutto di riferirgli della natura della cura cui dovrà sottoporsi, dei relativi rischi e delle possibilità di successo, ma anche quando ritenga di sottoporre (come verificatosi nella specie) al paziente, perché lo sottoscriva, un modulo del tutto generico, dal quale non sia possibile desumere con certezza che il paziente abbia ottenuto in modo esaustivo le suddette informazioni..."***

Ne deriva che la sottoscrizione da parte del paziente di un modulo di consenso informato concretantesi in un prestampato generico e senza riferimenti personalizzati è del tutto inidoneo a comprovare, anche soltanto con valore di mero indizio, che è stata effettuata un'adeguata

attività di informazione da parte dei sanitari.

Ad ogni buon conto, come evidenziato dal Tribunale di Genova, Sezione II, nel provvedimento reso in data 12/05/2006, occorre non confondere il consenso informato con il consenso documentato, posto che ***"...se la sottoscrizione del modulo relativo non costituisce la dimostrazione del consenso informato, anche l'assenza del prestampato firmato non vuol dire che la prestazione sanitaria sia stata carente dall'angolo visuale del diritto all'informazione. Nel caso in esame, per il tipo di intervento, non erano richieste forme particolari per far constare la trasmissione dai medici alla paziente delle informazioni necessarie e sufficienti per consentirle di scegliere con una minima cognizione di causa l'atto terapeutico: sicché la relativa dimostrazione può essere fornita anche attraverso prove orali..."***

Per inciso, tenendo in conto che l'assunzione di prove testimoniali al fine di acclarare l'esatta portata dell'informativa oralmente resa al paziente si risolve in un'attività istruttoria più incerta e complessa rispetto a quella legata a produzioni documentali è d'uopo sottolineare che, ai sensi dell'art. 35 del vigente Codice deontologico, il consenso deve essere espresso in forma scritta nei casi in cui per la particolarità delle prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche o per le possibili conseguenze delle stesse sull'integrità fisica si renda opportuna una manifestazione documentata della volontà della persona.

Un capitolo a parte merita la chirurgia estetica, in riferimento alla quale la Suprema Corte non ha mancato di ricorrere ad un metro di giudizio estremamente rigoroso, statuendo recentemente (Cass. pen. Sez. IV, 01-08-2008, n. 32423) che ***"...il consenso informato non può ovviamente esaurirsi nella comunicazione del nome del prodotto che verrà somministrato o di generiche informazioni ma deve investire -***

*soprattutto nel caso di trattamenti che non sono diretti a contrastare una patologia ma a finalità esclusivamente estetiche che si esauriscono dunque in trattamenti non necessari se non superflui - gli eventuali effetti negativi della somministrazione in modo che sia consentito al "paziente" di valutare congruamente il rapporto costi-benefici del trattamento e di mettere comunque in conto l'esistenza e la gravità delle conseguenze negative ipotizzabili...".*

Preme, altresì, rilevare che l'informativa al paziente deve rivestire gli illustrati requisiti a prescindere dal patrimonio conoscitivo del paziente medesimo, tanto è vero che nella sentenza depositata il 24/01/2006 la Corte di Appello di Roma ha precisato che *"...la necessità che il professionista informi il paziente in modo corretto e completo, soprattutto con riguardo ai benefici, ai possibili inconvenienti ed ai rischi dell'intervento, non viene meno per il solo fatto che, nel caso in esame, il paziente sia anch'esso medico chirurgo, giacché l'esistenza di una informazione effettiva e corretta deve essere verificata in concreto, con riferimento alla specifica natura dell'intervento ed alla portata dei risultati conseguibili, senza che possa rilevare, a questi fini, il titolo professionale (generico) conseguito dal paziente, sempre che non risulti che a quel titolo corrispondono anche una specializzazione ed una effettiva esperienza professionale nel campo oggetto dell'intervento..."*.

Al di là delle suesposte considerazioni, v'è da rammentare che la responsabilità civile del medico per la mancata od imperfetta acquisizione del consenso informato non sorge automaticamente ma, al contrario, si ricollega ad un effettivo aggravamento delle condizioni del paziente in conseguenza dell'intervento eseguito. Sul punto, valga fare cenno alla sentenza

Cass. Civile, Sez. III, 30/07/2004, n. 14638: *"...L'obbligo d'informazione, che si estende allo stato d'efficienza e al livello di dotazioni della struttura sanitaria in cui il medico presta la propria attività, riguarda i soli rischi prevedibili e non anche gli esiti anomali, e si estende alle varie fasi degli stessi che assumono una propria autonomia gestionale, e, in particolare, ai trattamenti anestesiológicos. In ogni caso, perché l'inadempimento dell'obbligo d'informazione dia luogo a risarcimento, occorre che sussista un rapporto di causalità tra l'intervento chirurgico e l'aggravamento delle condizioni del paziente o l'insorgenza di nuove patologie..."*.

Parimenti, merita di essere citata la sentenza n. 5444 resa dalla Corte di Cassazione, Sezione III, il 14/03/2006 nella quale, seppur affermandosi che ai fini della configurazione della responsabilità del sanitario per violazione dell'obbligo del consenso informato è del tutto indifferente la correttezza o meno del trattamento terapeutico, viene posto l'accento sulla sussistenza del nesso causale fra l'atto medico e lo stato peggiorativo del paziente: *"...La responsabilità del sanitario (e di riflesso della struttura per cui egli agisce) per violazione dell'obbligo del consenso informato discende dalla tenuta della condotta omissiva di adempimento dell'obbligo di informazione circa le prevedibili conseguenze del trattamento cui il paziente venga sottoposto e dalla successiva verifica - in conseguenza dell'esecuzione del trattamento stesso e, quindi, in forza di un nesso di causalità con essa - di un aggravamento delle condizioni di salute del paziente, mentre ai fini della configurazione di siffatta responsabilità è del tutto indifferente se il trattamento sia stato eseguito correttamente o meno..."*.

*Avv. Alessandro Lanata*

## Le delibere delle sedute del Consiglio

### Riunione del 18 dicembre 2008

**Presenti:** E. Bartolini (*presidente*), A. Ferrando (*vice presidente*), M. P. Salusciev (*tesoriere*).  
**Consiglieri:** M. C. Barberis, G. Boidi, R. Ghio, C. Giuntini, G. Migliaro, G. L. Ravetti. **Componenti cooptati:** M. Gaggero. **Revisori dei conti:** M. Barabino, A. Cagnazzo. **Assenti giustificati:** G. Regesta (*segretario*) L. Bottaro, A. De Micheli, L. Lusardi, B. Ratto, A. Stimamiglio, G. Inglese Ganora, M. Oddera (*consiglieri*), M. Basso, M. Giunchedi (*revisori dei conti*), E. Annibaldi, M. Mantovani (*componente cooptato*).

**Delibere amministrative** - Il Consiglio delibera l'esercizio provvisorio del bilancio di previsione esercizio 2009, le spese per il nuovo impianto luci e prende atto delle delibere assunte dal presidente con delega del Consiglio.

#### Il Consiglio ha concesso il patrocinio a:

- Corso di aggiornamento su "Papilloma e Polioma: ex papovavirus", Genova 26/11/08;
- Convegno regionale SITI: "Malattie trasmissibili emergenti e riemergenti: il moderno approccio di sanità pubblica", Genova 23/01/09;
- Convegno IGI 2009 "L'urgenza minzionale: dal sintomo alla terapia" Genova 30-31/01/09;
- Campagna di informazione e promozione del cordone ombelicale;
- Convegno "Nonsoloc cuore - Opinioni a confronto" Genova 30-31/01/09;
- Corso di aggiornamento "Il soccorso in emergenza" Genova 2-9-16-23 e 30 marzo e 6-13-20 e 27 aprile;
- Congresso "Endoprotesi toraciche: esperienze acquisite e prospettive future", Genova 16-17/01/09;
- Convegno P.A.N. "La salute vien dal mare" Genova 23/01/09.

### Movimento degli iscritti (18 dicembre 2008)

#### ALBO MEDICI - Nuove iscrizioni:

Tomas Weber, Stefan Jakob Müller, Simone Roch, Stefanie Claudia Thoma. **Per trasferimento:** Lucia Perria (da Sassari), Serena Panigada (da Milano), Nicoletta Eva Maria Sias (da Milano). **CANCELLAZIONI - Per trasferimento:** Deborah Bottero (ad Alessandria), Massimo Giannoni (a Savona), Vanessa Repetto (a Vercelli), Antonio Delogu (a Cuneo). **Per rinuncia iscrizione:** Massimo Ferrigno, Stefano Mangiante (mantiene iscrizione Albo odontoiatri), Gerolamo Parodi, Roberto Rondelli, Ermis Christos Sofianos. **Per decesso:** Renato Castronovo, Silvano Della Pietra, Domenico Pastorino, Paolo Strigini.

#### ALBO DEGLI ODONTOIATRI - Nuove iscrizioni:

Marcello Fubiani, Fausto Annibaldi. **CANCELLAZIONI - Per rinuncia:** Fabio Furlanetto. **Per trasferimento:** Alba Chigi (all'estero).

### COMMISSIONE CULTURALE L'incontro con Franca Rossi Galli

"La storia sentimentale di Nina" non solo è la storia di una giovane donna, che schiude la sua vita in un'epoca di grandi trasformazioni politiche e di costume, ma è soprattutto la storia delle nostre radici: quella dei nostri avi, travolti dalla Grande Guerra e riemersi a fatica in un mondo del tutto diverso. E' un libro di accattivante lettura, scritto da una donna medico genovese, Franca Rossi Galli. La Commissione Culturale dell'Ordine dei medici, composta da S. Fiorato, L. Gamberini, E. Gatto, E. Guglielmino, A. C. Negrini e L. Tomasello, ne ha organizzato la presentazione che verrà tenuta dall'autrice stessa nella sede dell'Ordine **giovedì 26 febbraio, alle ore 16.**

## CORSO DI AGGIORNAMENTO - La certificazione in psichiatria: aspetti deontologici e problematiche professionali attuali

La certificazione costituisce pratica abituale della professione medica, spesso di estrema delicatezza per la rilevanza amministrativa e/o giuridica dei fatti attestati, ma anche per la ricaduta sugli aspetti fiduciali costitutivi della relazione medico-paziente. La responsabilità professionale del medico è, in questo settore, di particolare rilievo ed il richiamo ad una attenta e corretta compilazione dei certificati non appare mai eccessivo, tanto più in campo psichiatrico. Il convegno vuole focalizzare l'attenzione sugli aspetti più strettamente deontologici di una atti-

vità professionale così diffusa, ma anche peculiare e delicata, affrontandone sia gli aspetti generali sia quelli più specifici, riferiti ad uno dei settori più delicati e cioè l'idoneità alla guida di autoveicoli, anche alla luce delle recenti normative in materia.

Nella giornata di lavoro verranno affrontati i principali aspetti del problema, permettendo il confronto tra esperti in psichiatria, farmacologia e medicina legale al fine di rimarcare le modalità di una corretta pratica professionale.

**Gianfranco Nuvoli - Psichiatra**

Il corso, organizzato dalla Commissione psichiatria dell'Ordine si terrà **venerdì 20 febbraio nella Sala Convegni Ordine dei medici di Genova in piazza della Vittoria 12/5**

8.45: saluto ed introduzione del dr. E. Bartolini

**1° sessione** - Chairman: dr.i G. Boidi e E. Maura

9.15: *La certificazione medica: principi generali di etica e deontologia* - **prof. R. Malcontenti**

9.45: *La specificità della certificazione in campo psichiatrico* - **dr. G. Nuvoli, dr. P. Severino**

10.15: *Problematiche ed errori comuni nella certificazione psichiatrica* - **dr. i M. Salvi e F. Canale**

**2° sessione** - Chairman: **dr.i L. Ferrannini e**

**S. Schiaffino**

11.00: *Idoneità alla guida di autoveicoli: l'esperienza della "Commissione patenti"* - **dr. A. Lomi**

11.30: *L'uso-abuso di farmaci psicoattivi su attenzione e vigilanza* - **prof. A. Martelli**

12.00: *Tutela del singolo o della collettività? Dal segreto professionale all'obbligo della segnalazione* - **prof. F. De Stefano**

13.30: Chiusura dei lavori - **dr. G. Boidi**

*Richiesti crediti ECM Regionali. Segreteria Scientifica: dr.i G. Boidi e G. Nuvoli*

*Segreteria Organizzativa: Ordine dei medici di Genova. L'iscrizione è gratuita, saranno accettate le prime 60 adesioni. Il modulo di iscrizione (scaricabile dal sito [www.omceoge.org](http://www.omceoge.org)) può essere inviato via fax 010/593558 oppure via e-mail: [ufficioformazione@omceoge.org](mailto:ufficioformazione@omceoge.org)*

### Scheda di iscrizione

#### La certificazione in psichiatria: aspetti deontologici e problematiche professionali attuali

Cognome..... Nome .....

Nato/a a ..... (Prov.....) il .....

Cod. Fisc. .... Partita Iva: .....

Residente a ..... (Prov .....) Cap.....

indirizzo: .....

Domiciliato (se diverso da residenza) in .....(Prov .....) Cap.....

Qualifica professionale: .....

Tel abit.: ..... cell. .... Fax ..... e.mail .....@.....

# Medici specializzandi o specialisti in formazione?

*Breve storia di un percorso tutt'ora incompiuto*

**D**al 1° novembre 2006 in Italia non esistono più “medici specializzandi”, bensì “medici in formazione specialistica”: una grossa differenza rispetto al passato, poiché dietro il cambiamento di una semplice definizione si realizza, o meglio dovrebbe realizzarsi, il pieno adeguamento dell'iter formativo agli standard europei. Anche in questo caso il nostro Paese è stato l'ultima ruota del carro, ed ancora persiste il sentore del non effettivo adeguamento.

Parlando di tempi recenti, fino al 1° novembre 2006 i corsi di Formazione specialistica rispondevano alle direttive 82/76 CEE, recepite con evidente ritardo (9 anni e una condanna della Corte di Giustizia Europea) con il Decreto Legislativo dell'8 agosto 1991, n. 257, pur essendo già stata redatta una legge che avrebbe dovuto attuare la più recente “famigerata” 368. Il Decreto legislativo del 17/08/1999, n.368, per anni miraggio dei giovani medici specializzandi, avrebbe dovuto adeguare finalmente i corsi di formazione specialistica alle più recenti e moderne direttive europee (93/16/CEE, 97/50/CE, 98/21/CE, 98/63/CE e 99/46/CEE); la sua efficacia tuttavia è rimasta bloccata fino al 2005 per motivi puramente economici (costo per la sua applicazione: 300 milioni di euro annui) e per ritardi cronici della macchina burocratica italiana.

Il Decreto legislativo del 21 dicembre 1999, n.517, regolatore dei rapporti fra SSN e Università, ha infatti bloccato l'applicazione degli articoli dal 37 al 42 e 46 della 368, che riguardano appunto la stipula del Contratto di Formazione specialistica in luogo delle borse di stu-

dio, mantenendo in vigore le ormai anacronistiche norme codificate nel Decreto legge 257/91.

Solo con la Finanziaria 2006 (D. Lgs 300/05) sono stati sbloccati i fondi, e finalmente dopo 11 mesi (Nota MIUR del 31 ottobre 2006) è stata decretata l'entrata in vigore della 368: senza stipendio adeguato alla normativa, senza un contratto firmato, senza che gli Organi di vigilanza preposti fossero attivi.

Lentamente la normativa sta effettivamente cambiando; ma dal punto di vista pratico del medico in formazione, qual'è stato l'impatto di tutta la normativa prodotta negli anni?

Durante gli anni del D. Lgs 257/91 gli specializzandi erano di fatto studenti vincitori di borse di studio (importo annuo 22.500.000 lire, mai adeguato al tasso d'inflazione per circa 15 anni, nonostante la legge prevedesse un adeguamento triennale) senza essere considerati come professionisti in formazione, ma comunque impiegabili per attività assistenziali.

Ben illustrano la situazione le seguenti parole: *“La formazione del medico specialista a tempo pieno implica la partecipazione alla totalità delle attività mediche del servizio di cui fanno parte le strutture nelle quali essa si effettua [...] Gli specializzandi sono utilizzati in attività di assistenza per il tirocinio pratico connesso alla specializzazione [...] L'impegno richiesto per la formazione specialistica è almeno pari a quello previsto per il personale medico del Servizio Sanitario Nazionale a tempo pieno”*; nulla riguardo l'impiego



dei medici specializzandi come sostituti di personale strutturato.

Gli standard formativi inoltre non erano uniformi, poiché la normativa rimandando l'interpretazione di tale punto all'articolo 11 della Legge 19 novembre 1990, n. 341 ("Autonomia didattica"), lasciava ampia libertà agli atenei.

Una recente pubblicazione redatta a cura di Federspecializzandi (maggior associazione di categoria nazionale) relativa agli anni precedenti la 368, ha evidenziato gravi lacune ed irregolarità quali l'assenza di un'organica attività didattica formale, la scarsa preparazione teorico-pratica, l'impiego dei medici specializzandi quali sostituti del personale strutturato.

Finalmente, dopo anni di attesa e mobilitazione dei medici specializzandi, l'applicazione del D.Lgs 368/99 e la stesura del Contratto di Formazione specialistica sembrerebbero aver riportato lo "stato di diritto" per i medici in formazione: a differenza della 257, la partecipazione dei medici alle attività è guidata, l'autonomia è vincolata, l'impegno richiesto è pari a quello del personale di ruolo, in nessun caso l'attività del medico in formazione specialistica è sostitutiva del personale di ruolo, ed infine il trattamento economico appare compatibile con uno stile di vita decoroso (25.000 euro lordi annui per i primi anni, 26.000 a partire dal terzo anno); inoltre è garantita la tutela della maternità e della malattia, con retribuzione integrale per assenze contenute entro i 40 giorni, retribuzione parziale (85% circa) per le assenze oltre i 40 giorni e recupero retribuito dei giorni eccedenti.

Per quanto riguarda gli aspetti formativi dovrebbero essere garantiti i "tutor", figure ufficialmente istituite dai Consigli di scuola cui spetterebbe la cura del percorso formativo del medico in formazione, e i nuovi Ordinamenti didattici (D.M. 1° agosto 2005, in vigore a partire dei prossimi concorsi) prevedono precisi percorsi formativi.

Una svolta veramente europea, sulla carta, ma nella realtà dei fatti non è così: le buste paga sono state aggiornate tardivamente e in maniera asincrona nei vari atenei, gli osservatori regionali deputati al monitoraggio dell'attività delle scuole non sono ancora attivi nella maggior parte delle Regioni, la figura del "tutor" esiste in pochissime scuole, l'attività didattica spesso è assente o lasciata a carico del singolo medico, i percorsi formativi pratici (specie per le scuole chirurgiche) reali si discostano parecchio dalle indicazioni ministeriali, gli orari non vengono quasi mai rispettati per imposizione; i periodi di ferie, malattia e frequenza all'estero sono spesso conteggiati arbitrariamente.

Inoltre, la 368 ha creato ulteriore confusione sullo status del medico in formazione: non viene definito studente e neppure lavoratore, pur ricevendo un compenso fiscalmente equiparato a borsa di studio e versando contributi ai fini previdenziali. Già diverse perizie di parte sul contratto hanno evidenziato come di fatto esso configuri un rapporto lavorativo di tipo subordinato (a tal proposito, la prima stesura della 368, antecedente la legge Biagi, riportava la dicitura "Contratto di Formazione - lavoro" in luogo di "Contratto di Formazione specialistica").

Il fulcro del problema formazione risiede nell'approccio al concetto stesso.

La pratica medica e ancor più quella chirurgica sono storicamente state considerate alla stregua di attività artigianali, i cui segreti venivano gelosamente custoditi e svelati in tempi lunghissimi quasi per timore di essere superati dall'allievo, che doveva comunque dimostrare di esserne degno.

I medici in formazione sono stati spesso considerati apprendisti, discepoli disposti a seguire un maestro che arbitrariamente "formava" i discenti; se da una parte un tale tipo di rapporto di fiducia può in qualche modo essere utile ed

anche "bello" da instaurare, dall'altra ha portato inevitabilmente a porre i medici in formazione al servizio di primari e direttori, andando a ribaltare il reale rapporto che deve instaurarsi fra l'istituzione formante e il medico da formare: sono a rigor di logica le istituzioni a doversi mettere a disposizione dei medici in formazione, in modo da poter offrire la massima qualità nell'interesse collettivo di un miglior Servizio Sanitario, a fronte di medici in formazione comunque responsabili e diligenti nell'adempimento dei propri doveri. Spesso i maestri dimenticano che un domani, ormai troppo vicino per motivi demografici e sociali, potrebbero essere pazienti di discepoli non ancora maturi.

## **Aliquota ridotta per i medici in Formazione specialistica**

Il lungo percorso istituzionale intrapreso da Fe-

derspecializzandi e SIMS, e la manifestazione nazionale del 16 dicembre 2008 in cui 2000 giovani camici bianchi, nonostante la pioggia, sono scesi in piazza sfilando sotto la sede del Ministero del Welfare nel centro della capitale hanno dato i loro frutti.

Il giorno 18 dicembre 2008 il Ministero stesso ha rilasciato una nuova nota con la quale invita l'INPS a rivedere la propria posizione; in data 19 dicembre l'INPS stesso ha comunicato ufficialmente il blocco della circolare 88 del 1° ottobre 2008.

Pertanto gli stipendi restano invariati a 1.753 euro per gli iscritti a I e II anno, e 1.835 euro per gli iscritti agli anni successivi; le detrazioni maggiorate in ragione dell'aliquota piena, relative al mese di settembre, verranno rimborsate con la busta paga relativa a gennaio 2009.

**Andrea Chiama**

## **VITA DELL'ORDINE**

### **Quota 2009 d'iscrizione all'Albo**

La quota per il 2009, rimasta invariata nella cifra (euro 96,00 per l'iscrizione al singolo Albo e euro 165,00 per la doppia iscrizione) dovrà essere pagata, **entro e non oltre il 31**

**gennaio 2009**, tramite bollettino M.Av. della "Banca Popolare di Sondrio", con le seguenti modalità:

- ◆ presso un qualsiasi sportello bancario italiano, senza aggravio di commissioni;
- ◆ presso un qualsiasi sportello postale;
- ◆ on-line tramite il sito [www.scrignopagofacile.it](http://www.scrignopagofacile.it) con carta di credito, Bankpass Web e, per i clienti di Banca Popolare di Sondrio, Scigno Internet Banking.

Per inf.: **numero verde 800248464**.

In caso di smarrimento del bollettino M.Av. è possibile effettuare il versamento sul bollettino postale intestato a: Banca Popolare di Sondrio - servizio M.Av. Ord. Med. Genova, piazza Garibaldi 16 - 23100 Sondrio. Causale: "quota iscrizione Ordine Genova anno 2009".

**In caso di mancato pagamento l'Ordine, per obbligo di legge, dovrà procedere alla contestazione e successiva cancellazione dall'Albo.**



## ECM: le opinioni dei professionisti della sanità

Come già anticipato nel numero precedente di "Genova Medica" proseguiamo il nostro cammino all'interno del sistema ECM fornendo alcuni interessanti dati nazionali. Nei prossimi numeri del bollettino gli spazi saranno dedicati all'attività formativa regionale e ai compiti e agli obiettivi che si prefigge questo Ordine in tema di aggiornamento professionale. Per chi è interessato al sistema ECM regionale segnaliamo, per ora, che sul sito:

[www.liguriainformasalute.it](http://www.liguriainformasalute.it) (vedi l'home page qui sotto) si accede alla normativa del sistema ECM regionale selezionando "formazione" e selezionando successivamente "educazione continua in medicina" si trovano i criteri e la normativa del "nostro" sistema regionale ECM.



Segnaliamo che molte Regioni hanno avviato un processo di accreditamento regionale che segue il modello del Ministero accreditando gli eventi con il modello dei "referee": altre, quali l'Emilia-Romagna, il Friuli-Venezia-Giulia, le Marche, la Toscana e l'Umbria hanno avviato un

proprio sistema di accreditamento che si differenzia dal modello centrale per alcuni aspetti procedurali e organizzativi ma, soprattutto, perché prende in considerazione solo eventi proposti da organizzatori pubblici, in particolare dalle Aziende Sanitarie.

Un altro modello di accreditamento avviato è quello della Liguria che, come la Regione Lombardia, non accredita gli eventi ma gli organizzatori, i cosiddetti provider e i loro piani formativi annuali. Un provider accreditato ha la potestà di organizzare eventi e programmi formativi senza dover ogni volta richiederne l'accREDITAMENTO. Interessanti dati, su scala nazionale, sono stati pubblicati sul sito della Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia Romagna (<http://asr.regione.emilia-romagna.it>) e scaturiscono da un **progetto pilota** volto alla verifica della qualità della formazione continua attraverso l'opera di osservatori indipendenti e con criteri e modalità condivise.

Questo progetto è stato realizzato per gli anni 2005-2007 con il finanziamento del Ministero

della Salute e la partecipazione delle regioni Emilia-Romagna (che ha svolto il ruolo di coordinamento e gestione della sperimentazione), Lazio, Lombardia, Marche, Puglia, Toscana, Trentino, Valle d'Aosta e Veneto.

Per quanto riguarda la nostra Regione è utile ricordare che la stessa ha aderito al progetto pilota riguardante il corso sperimentale per osservatori, previsto dal Programma operativo del Progetto stesso.

**Il sistema di osservazione previsto dal progetto pilota si è basato su sei cardini:**

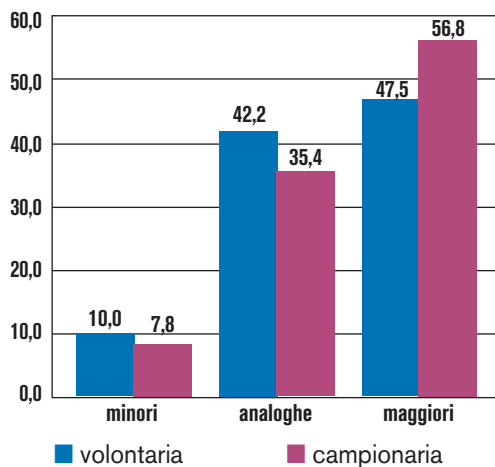
- analisi della documentazione;
- visite di osservazione durante lo svolgimento di eventi formativi;
- criteri, strumenti e modalità di osservazione

standardizzati (griglie);

- osservatori indipendenti che abbiano condiviso i criteri e le modalità di osservazione;
- indagini qualitative e quantitative sulle opinioni degli organizzatori e dei partecipanti agli eventi;
- modalità comuni di elaborazione dei risultati delle osservazioni del singolo evento e per descrivere profili di sintesi.

Inoltre, per verificare i pareri dei professionisti della sanità (riportati in questo articolo) quali strumenti di valutazione della qualità, sono state condotte anche due indagini su scala nazionale sulle opinioni degli operatori sanitari sulla formazione continua ricevuta dall'inizio del programma di ECM e alle sue prospettive. (Un'indagine campionaria, effettuata in 14 Aziende a cui hanno risposto complessivamente 3.317 persone ed una indagine volontaria a cui hanno risposto 10.781 persone di tutte le regioni rappresentando complessivamente circa il 2,2% dei dipendenti del SSN, il 28% dei medici e il 62% delle professioni sanitarie). Il primo dato rilevante che emerge dall'analisi preliminare è il giudizio complessivamente positivo che viene es-

**Tab. A - Le opportunità di formazione che ha avuto dall'introduzione del sistema ECM, rispetto a prima sono state...**

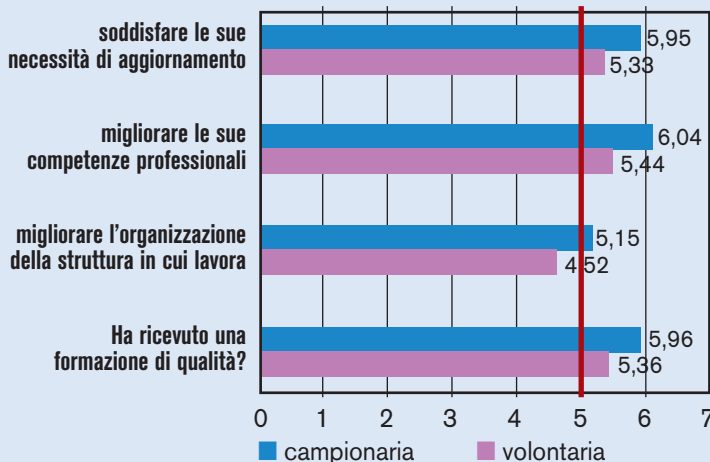


presso sulle opportunità di formazione a partire dall'introduzione del sistema ECM. Infatti, circa il 50% degli interpellati ha espresso una maggiore facilità di opportunità formative rispetto a prima (**Tab. A**). Secondo l'indagine, quasi il 75% le ha giudicate di buona qualità mentre la maggioranza ha reputato che la formazione ricevuta

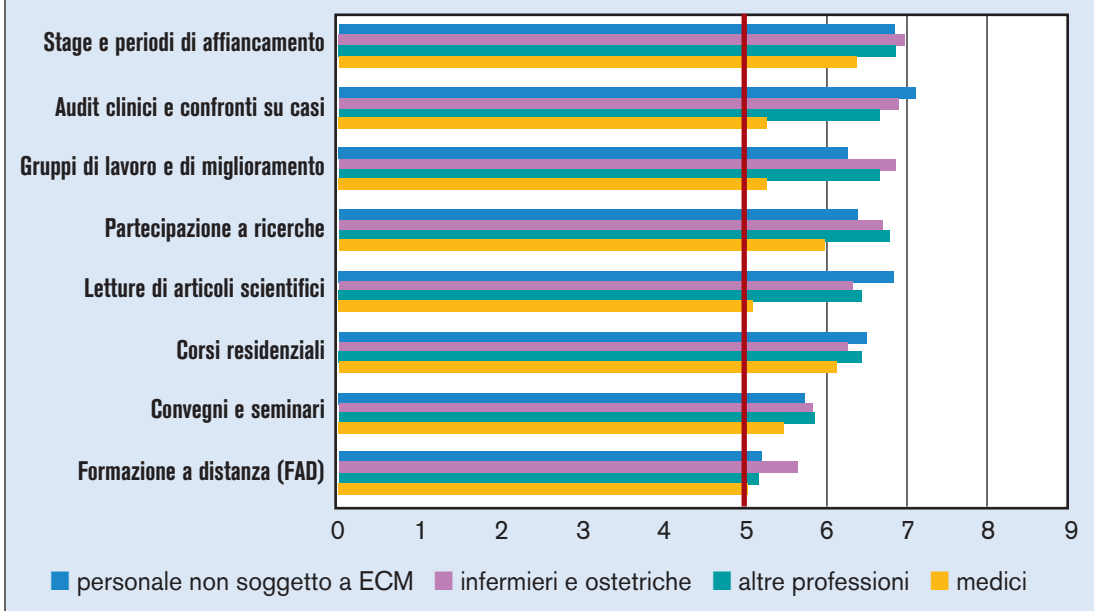
abbia contribuito positivamente a soddisfare le proprie necessità di aggiornamento ed a migliorare le competenze professionali (**Tab. B**) grazie anche alle Aziende sanitarie che hanno saputo rilevare efficacemente i bisogni formativi. Per quanto riguarda le diverse tecniche didattiche (**Tab. C**) è emerso che, in larga maggioranza, vengono considerate utili tutte le tecniche, sia residenziali che sul campo e anche la lettura di articoli scientifici che, però, non sono ancora entrate nel sistema di

**Tab. B - Giudizi sugli effetti dell'ECM (medie dei valori espressi su una scala da 1 a 9 in entrambi le indagini)**

Dall'introduzione del programma ECM, la formazione che ha ricevuto quanto ha contribuito a...



**Tab.C - Giudizi sulle utilità delle diverse attività formative per professione (media dei valori espressi sulla scala da 1 a 9 nell'indagine volontaria)**



accreditamento. Più freddo è il giudizio sull'utilità della formazione a distanza: probabilmente per le scarse occasioni di accesso a qualificati programmi in e-learning.

Sorprendente è risultato l'interesse dei partecipanti verso la funzione formativa degli operatori sanitari. Quasi il 20% afferma di svolgere assiduamente attività di docenza o tutoraggio e circa il 30% saltuariamente, mentre 3 persone su 4 giudicano molto utile dedicare all'attività didattica una parte del proprio impegno professionale. Infatti, migliaia di operatori sanitari sono impegnati nella formazione attiva, rappresentando così una risorsa importante, anche per l'Università, non ancora sufficientemente conosciuta e valorizzata. Interessanti anche le risposte alla domanda su quanto fossero state presenti le sponsorizzazioni durante le attività formative. Sia nell'indagine su base campionaria che nel sondaggio, oltre il 50% delle risposte sono state "poco" o "molto poco" e circa il 30%

"molto" o "moltissimo". Forse il fenomeno, nelle sue forme esteriori, è meno sentito di quanto si potesse immaginare. Più controverse, in conclusione, le risposte sull'utilità che ha avuto la formazione in questi anni per i processi di miglioramento delle organizzazioni sanitarie. Sembra, infatti, che su questo tema gli operatori si dividano in due gruppi contrapposti di peso pressoché equivalente.

A tale proposito risulterà interessante valutare in modo più analitico la distribuzione delle risposte tra aree geografiche, professioni e struttura di appartenenza.

In ogni caso si è constatato anche una larghissima confluenza (superiore all'80%) di risposte decisamente positive alla domanda se si ritiene utile un impegno maggiore delle Aziende sanitarie nell'organizzazione diretta di attività formative. In occasione di vari incontri molti di noi hanno comunque evidenziato aspetti negativi con segnalazioni, quali ad esempio, l'appesanti-



mento burocratico, l'aspetto economico-lucroso (spesso in contrasto o comunque non in linea con la qualità della formazione).

Altro aspetto negativo, da molti condiviso, è stato la sensazione che la caccia al credito, in particolare all'inizio, abbia dato vita a una rincorsa frenetica all'evento più favorevole spesso scollegato al proprio profilo o ambito lavorativo o alle proprie esigenze formative, con l'unico scopo di acquisire i crediti prestabiliti: talvolta, il professionista, pur di conseguire crediti, ha partecipato ad iniziative non coerenti con il proprio profilo. In definitiva, tuttavia, emerge una visione positiva dell'ECM grazie all'opportunità che tale sistema ha generato, sullo stimolo/incentivo che esso ha rappresentato in termini di incremento dell'offerta formativa. Terminiamo questo breve excursus invitando i colleghi interessati a consultare i dati sul sito citato.

Ritorniamo, invece, per una piccola riflessione sul sistema ECM che è stato ed è per molti colleghi, vissuto come un obbligo imposto dall'alto. L'imposizione e la mancanza di una corretta

preparazione culturale sull'utilità e i benefici che potevano derivare dal sistema ha generato sin dall'inizio un atteggiamento passivo o rassegnato per cui i corsi sono stati frequentati solo per ottenere i crediti...per i crediti.

Sicuramente, da quando è partito il sistema ognuno di noi ha avuto varie atteggiamenti: indignazione, incredulità e contestazione (mi obbligano ad aggiornarmi, io che mi sono sempre aggiornato?!), rassegnazione e passività, timore di controlli o altro.

Qualsiasi fase abbiamo passato dobbiamo però guardare in avanti e cercare di gestire, il più possibile, il nostro aggiornamento. Questo è possibile se diventiamo, come professionisti della salute, attori protagonisti e non comparse e ci uniamo nelle nostre Società e associazioni professionali. **Gli Ordini dei medici hanno e avranno una grande funzione nel sistema della formazione in quanto sono i garanti della qualità della formazione del medico.**

Inoltre rappresentano i professionisti e devono garantire che il sistema si sviluppi in modo coerente e adeguato. Sono peraltro direttamente coinvolti nella registrazione e certificazione dell'acquisizione dei crediti e nella promozione della formazione sugli aspetti etici e deontologici. Un'altra funzione degli Ordini sarà quella di collaborare con l'Osservatorio Regionale e Provinciale che dovrà essere attivato su indicazioni dell'Osservatorio Nazionale con la funzione di verifica e controllo delle attività formative svolte per monitorare la loro coerenza agli obiettivi e verificare il mantenimento dei requisiti da parte dei *provider*.

Per fare questo l'Ordine ha bisogno del contributo che voi tutti potrete dare per cui vi invitiamo e vi inviteremo a collaborare, a proporre, a criticare: dalla analisi delle criticità si costruisce se la critica è costruttiva e in buona fede.

**Alberto Ferrando**

## Di cosa parliamo quando parliamo di diritto alla salute?

In questa rubrica abbiamo spesso trattato casi specifici che riguardano la vita quotidiana dei medici. E quindi le responsabilità, i concorsi, il rapporto di lavoro, e così via.

Iniziando il nuovo anno, sembra opportuno fare un passo indietro, e ripartire dal diritto costituzionale, e dalle relative previsioni in materia di diritto alla salute. Può sembrare paradossale, infatti, ma a molti medici, tartassati con i più specifici dettagli sui protocolli del consenso informato, non è mai stata illustrata la posizione di fondo del nostro ordinamento nei confronti della salute.

Ebbene, la Costituzione italiana vanta un sorprendente primato: fra quelle del secondo dopoguerra, infatti, è stata la prima ad occuparsi esplicitamente del diritto alla salute. Non solo: se ne occupa dedicando ad esso uno specifico articolo, l'art. 32, tanto da collocare la salute tra i diritti sociali inviolabili.

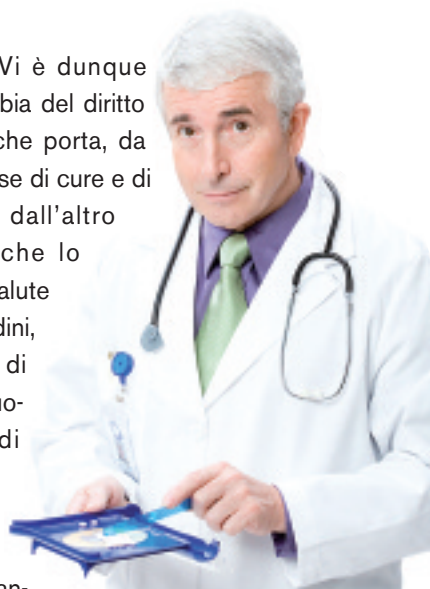
Le Costituzioni precedenti, per contro, non si curavano dei diritti sociali, e così anche lo Statuto albertino. Il motivo è piuttosto semplice da spiegare: l'impostazione liberale ottocentesca prevedeva uno Stato minimo, e dunque i diritti erano visti solo come possibilità di agire senza essere disturbati dal potere pubblico. Con l'avvento dello Stato pluriclasse novecentesco, invece, nascono anche i diritti a prestazione, cioè quelli che richiedono uno specifico impegno - specie finanziario - dello Stato. Tra questi spicca il diritto alla salute.

L'art. 32 della Costituzione italiana afferma che *"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della*

*collettività"*. Vi è dunque una natura anfibia del diritto in questione, che porta, da un lato, a pretese di cure e di medicine, ma dall'altro alla pretesa che lo Stato curi la salute degli altri cittadini, con la finalità di disporre di scuole, ambienti di lavoro e di svago quanto più possibile sani.

È molto importan-

te sottolineare la modernità della nostra Costituzione. Per comprenderlo, è sufficiente ricordare che la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, approvata a Nizza nel 2000, e cioè più di cinquant'anni dopo, si limita a richiedere *"un livello elevato di protezione della salute umana"* (art. 35), senza aggiungere altro. Ma se anche si volesse volgere lo sguardo alle altre Costituzioni, le conclusioni non cambierebbero: esempi come gli Stati Uniti, il Belgio, la Svizzera, l'Austria e la Francia confermano come anche i Paesi più avanzati non contemplino un'espressa tutela costituzionale del diritto alla salute. La Costituzione italiana, inoltre, contiene altre previsioni in tema di salute, oltre a quelle dell'art. 32: si tratta delle norme sul riparto di competenze tra Stato e Regioni. Senza ripercorrere il lungo cammino della sanità italiana, dalla legge n. 833 del 1978 ad oggi, si dica che l'attuale art. 117 Cost., derivante dalla riforma del 2001, prevede una competenza concorrente Stato-Regioni in materia di tutela della salute, ma prevede inoltre una competenza esclusiva dello Stato per la *"determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti*



*su tutto il territorio nazionale*". Senza soffermarsi sulla complessità della disposizione, resta da comprenderne il significato ultimo. Il discorso si fa lungo, e non è questa la sede per occuparsene. Ma si deve almeno dire che la Costituzione, pur favorendo un'organizzazione differenziata, in base alle specificità di ogni parte del territorio italiano, richiede un uguale garanzia per i "livelli essenziali", che non possono essere diversi da

Regione a Regione, e dunque da cittadino a cittadino. Questo profilo, molto importante, sembra essere il necessario punto di equilibrio anche per le annunciate riforme che, un po' superficialmente, vanno sotto l'etichetta giornalistica del "federalismo".

**Prof. Avv. Lorenzo Cuocolo**

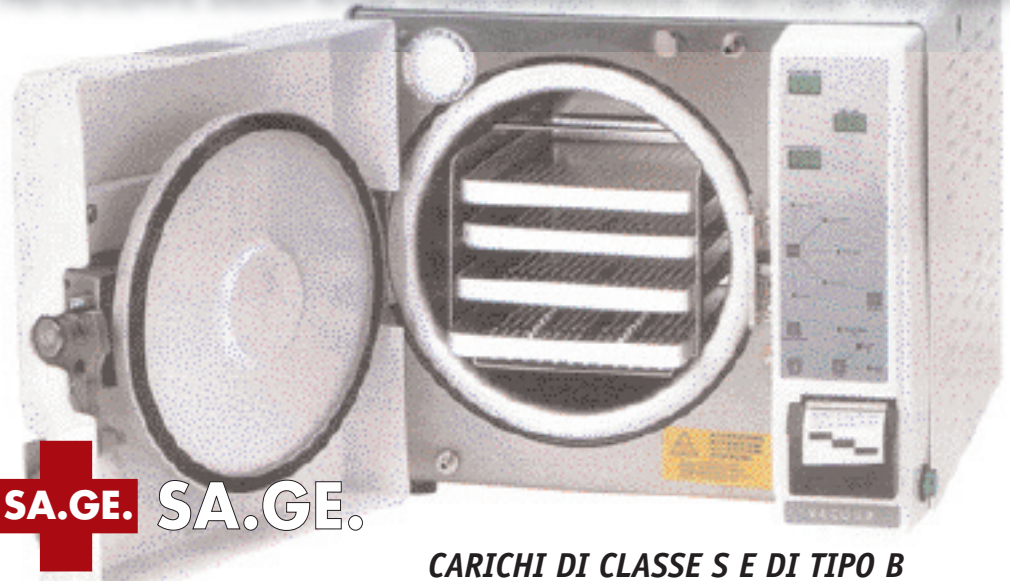
*Università commerciale "Luigi Bocconi", Milano  
Studio Legale Cuocolo, Genova*

### **Proroga del documento sulla valutazione dei rischi per studi medici e odontoiatrici con dipendenti**

- Nello scorso numero di "Genova Medica" vi avevamo dato comunicazione che il termine ultimo per l'effettuazione della valutazione dei rischi per gli studi medici e odontoiatrici con dipendenti era il 1° gennaio 2009. A dicembre, invece, è stata disposta **una proroga che sposta questo termine al 16 maggio 2009**. Attenzione, però, perchè la proroga è relativa solo ai nuovi adempimenti sulla valutazione dei rischi e le relative sanzioni previste relativamente ai rischi da stress lavoro-correlato e alla data certa del documento di valutazione dei rischi. Rimane, quindi, in vigore il termine ultimo del 1° gennaio per l'obbligo di integrare il documento dei rischi secondo quanto previsto dal D. Lgs 81/08.

INSERZIONE PUBBLICITARIA

## AUTOCLAVE DELTA RT50 CON STAMPANTE PRE-POST VACUUM



**CARICHI DI CLASSE S E DI TIPO B**

**SA.GE. Articoli Sanitari**

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

Genova Medica - **Gennaio 2009**

## Un'emergenza silenziosa: la cura dei neonati

**U**n numero non trascurabile di neonati viene posto sotto tutela del Tribunale dei minori perché abbandonati o sottratti alla propria famiglia che non è in grado di assicurare loro le minime ed essenziali cure. Di questi, una piccola parte viene subito data in adozione o in affidamento, per cui presto trova il calore e l'affetto di una nuova famiglia pronta ad accoglierli.

Un'altra parte, più considerevole, per vari motivi resta in attesa che il Tribunale possa decidere se reintegrarli o meno nella famiglia di origine.

Questi ultimi neonati oggi trascorrono tale periodo di attesa in regime di ospedalizzazione.

Per molto tempo il problema non è stato affrontato perché di fatto questi bambini soggiornano protetti e seguiti in strutture ospedaliere che garantiscono loro cure ed assistenze eccellenti.

Purtroppo è il concetto stesso di permanenza in struttura ospedaliera che crea il disagio e di fatto merita tutta la nostra attenzione.

Oggi molti sforzi vengono fatti dagli organi pubblici preposti, perché la permanenza nel reparto di neonatologia sia ridotta a qualche giorno, in modo di dare al più presto al neonato una sistemazione quanto più simile a quella definitiva dell'adozione o l'adozione stessa. In alcuni casi particolari, purtroppo, la permanenza non è breve ed il soggiorno si protrae per mesi.

### DEFINIZIONE DEL PROBLEMA

Per comprendere a fondo la problematica e le ragioni di tali ritardi nella risoluzione dei singoli casi occorre ricordare che il drastico e risoluto non riconoscimento del neonato ad opera della madre rappresenta, per paradosso, una condizione favorevole alla immediata adozione del bambino. Altre situazioni e casi più difficili non consentono, invece una soluzione in tempi brevi. I neonati figli di madri tossicodipendenti o affette da dipendenza farmacologica o non, ad esempio, richiedono soggiorni prolungati in ambienti sicuri e capaci di mantenere standard di assistenza garantiti. I nati da madri esse stesse minori o bisognose di cure o di valutazioni per malattie psichiatriche rappresentano poi un ulteriore grave problema. A queste situazioni deve essere aggiunta la criticità, non secondaria, dei neonati partoriti a Genova da madri residenti in Liguria e trasferite nel capoluogo solo per eccezionali contingenze o particolari stati di salute. Occorre infine ricordare che il Tribunale dei minorenni svolge la propria attività nella continua ricerca del benessere del neonato e delle condizioni più adatte alla sua vita; per tali motivi necessita, in taluni casi, di tempo per ottenere la soluzione migliore per non accontentarsi della soluzione più pronta e più rapida. L'opera del Tribunale e degli psicologi dedicati a queste tematiche si esplica anche nel tentativo di recupero della figura materna e paterna oltre che nella difficile valutazione dell'idoneità della singola potenziale coppia adottiva.

### SOGGETTI A CUI RIVOLGERE PARTICOLARE ATTENZIONE

1. si rivolge innanzitutto ai **neonati abbandonati** in quanto non riconosciuti dalla madre o dai genitori naturali;
2. garantisce accoglienza ai **neonati di madri affette da patologie neuropsichiatriche** che devono di necessità essere tenuti lontani dalla madre e nel contempo permettere alla madre una progressiva quando possibile, accettazione della maternità e delle responsabilità ad essa connesse;
3. protegge ed accoglie **neonati figli di madri tossicodipendenti o con dipendenze dall'alcool** che

le rendono inaffidabili nella cura del neonato ma che nel contempo, in alcune situazioni, attendono di potersi affrancare nella prospettiva di poter riprendere un vita normale;

4. si rivolge con particolare affetto ai **neonati venuti alla luce nelle gravi situazioni di povertà economica e umana** delle fasce più povere degli immigrati spesso sfruttati e sottoposti ad una schiavitù pesante che rende impossibile la cura e la gestione di un neonato;

5. accoglie e sostiene **neonati figli di minori** esse stesse bisognose di una tutela speciale.

## CONFIGURAZIONE DEL DISAGIO

Ogni medico conosce perfettamente quali siano gli aspetti negativi collegati con l'ospedalizzazione; la cura e la terapia oggi sono sempre più immaginate proficuamente configurate in ambiente familiare e domestico.

L'ospedalizzazione forzata per terapie difficili o particolarmente rischiose, per degenze complicate o per prevedibili complicazioni nel decorso della convalescenza sono sempre vissute con grande attenzione per non rompere equilibri già difficili o precari. Tali situazioni assumono connotati di maggior criticità negli anziani e più in generale nei soggetti fragili.

Ciò che è intuitivo e facile, sotto gli occhi di tutti, diviene obsoleto, non chiaro e sfumato al punto di non percepirlo quando si parla invece di neonati.

Stretti in un dialogo clinico tecnico ciascuno riconosce

senza difficoltà che

l'ospedalizzazione

di un bambino per

lungo periodo può

essere drammatica e tanto

più quando si tratti di un sog-

getto perfettamente sano e proteso naturalmente ad una vita di normalità.

Con le condizioni attuali di carenze di personale, di sovraffollamento delle strutture ospedaliere, tanto più urgenti nei reparti di neonatologia, non è neppure immaginabile che il personale infermieristico o dedicato all'assistenza possa farsi carico di una attività interattiva sul neonato

e tanto meno che possa uscire dalla struttura o dedicarsi alla cura diretta di un solo bambino.

In effetti l'assistenza medica è perfetta e sono garantite al massimo le condizioni igieniche e i profili nutrizionali. Tuttavia occorre onestamente accettare che la permanenza per alcuni mesi (da uno a tre mesi) in strutture ospedaliere e nel reparto di patologia in particolare, rappresenti una vera e propria forzatura sullo sviluppo del neonato e che cioè non possa che esprimersi con un danno.

## UN MODELLO NUOVO DA INVENTARE

A fronte di tutte queste considerazioni pareva oggi inaccettabile che non venisse prospettata

una soluzione al problema che è persa a

portata di mano e pronta, realizzando

una casa di accoglienza tempora-

nea con la principale caratteristica

di essere una casa come quella

di ognuno di noi. I soggiorni

sono previsti brevi, da

uno a tre mesi in attesa

dell'affido, dell'adozione

o del rientro nella pro-

pria famiglia. Il neonato vive a con-

tatto con persone selezionate ed esperte; essendo lui perfettamente sano non richiede cure infermieristiche, ma solo normali attenzioni ed uno stile normale di vita.

Per questi motivi sorse poco più di due anni fa (18 dicembre 2006) un'Associazione finalizzata alla realizzazione di una casa di accoglienza temporanea per il neonato. L'Associazione, fon-



data da cinque membri (Fulcheri Ezio, Gualco Marina, Trasino Sandro, Bentivoglio Giorgio e Adelfio Caterina) cercò orientamenti e direttive presso il Tribunale dei Minorenni e da questi incontri venne percepita immediatamente l'urgenza e la necessità di aprire una struttura nuova. Parlando, raffinando e limando i progetti apparve chiaro come non esistessero strutture analoghe di riferimento o di modello e ciò stimolò ancor più nella ricerca di una soluzione innovativa. Un altro importante passo in avanti venne fatto con il coinvolgimento degli psicologi dedicati allo studio dell'età evolutiva ed operativi a contatto con il Tribunale dei Minorenni.

Il numero dei neonati che si trovano in queste necessità è estremamente variabile, non è prevedibile se non con stime generali che tuttavia indicano come a Genova e provincia, in un momento campione, siano presenti almeno cinque neonati la cui permanenza in ospedale varia da uno a tre mesi. Tuttavia la stima è per difetto ed il numero è in costante crescita.

L'Associazione nasce dunque dall'esigenza di prevedere e provvedere in tempo alla istituzione di una casa di accoglienza che si possa affiancare alle strutture già esistenti sul territorio ed ai progetti realizzati dal Servizio alla persona del Comune, per fare fronte ad un prevedibile incre-

### ALTERNATIVA ALLA OSPEDALIZZAZIONE SEPPURE BREVE

1. **seguire** il neonato sotto un profilo medico nel recupero delle condizioni di salute e pieno benessere;
2. **consentire** ove possibile il recupero della figura materna e più in generale della struttura familiare con reinserimento del neonato nel nucleo naturale;
3. **favorire** eventuali piani terapeutici o psicoterapeutici alla madre;
4. **consentire** una scelta di affido o adozione serena e non pressata dalla urgenza di dare una sistemazione al neonato;
5. **integrare** ed interagire con i progetti comunali di inserimento in famiglia con la creazione delle comunità e delle strutture casa famiglia.

mento delle necessità e del bisogno. La soluzione oggi prospettata non è tuttavia che un primo passo per soddisfare le esigenze che via a via si prospettano anche a fronte di un sempre maggior numero di immigrati e del crescente numero di persone che vivono in stato di grave necessità e bisogno materiale o sottoposte a pressioni e costrizioni pesanti di sfruttamento.

### LA REALIZZAZIONE

La casa per l'accoglienza dei neonati di Quezzi, inaugurata il 22 giugno 2008, ha la finalità di offrire un soggiorno breve, ma scrupolosamente curato e protetto, ad una specifica categoria di neonati sottoposti a temporanea tutela del Tribunale dei minorenni. Lo scopo precipuo è quello di evitare a questi bambini una ospedalizzazione inutile e protratta nel tempo. La casa di

accoglienza offre un ambiente molto vicino a quello familiare, capace di garantire normali uscite all'aperto, momenti ludici in spazi protetti e sorvegliati, stimolazioni naturali dell'attenzione e della interazione interpersonale.

### ESPANSIONE E PRESENTAZIONE DEL PROGETTO

Questa nota nasce da un specifico invito che ci rivolse il presidente dell'Ordine dei medici nel maggio scorso. In effetti un progetto nato da un piccolo gruppo di medici genovesi non poteva non essere presentato anche ufficialmente all'Ordine. Tuttavia lasciammo passare un poco di tempo per non descrivere una realizzazione in fieri e non funzionante (la paura di diventare una delle tante e belle intenzioni che poi fanno fatica a realizzarsi e restano solo progetti).

Così, ora che iniziano a comparire i primi ospiti, pare giusto rendere noto questo progetto, non più progetto ma realtà. L'11 novembre scorso si sono recati a Quezzi per visitare la casa un gruppo ristretto di neonatologi responsabili delle Unità Operative dei più importanti punti nascita di Genova e della provincia. Invitati dal prof Sandro Trasino si sono ritrovati, anche in rappresentanza di coloro che per impegni non hanno potuto essere presenti, i dottori Giunta (Ospedale Evangelico Internazionale), Zucchinetti (Ospedale di Genova Voltri), Macciò (Ospedale Villa Scassi), Moscatelli (Ospedale Duchessa di Galliera). Il momento è stato importante poiché proprio in questi centri nascita emergono le situazioni di criticità e di difficoltà cui la casa di Quezzi vuole andare incontro. Pur conoscendo il progetto nell'evoluzione e nelle caratteristiche (annullando con ciò l'effetto sorpresa) non hanno potuto fare a meno di esprimere un sincero compiacimento riscontrando nella struttura tutte le note e le caratteristiche che fanno di essa non un "piccolo reparto", ma una bella e grande casa che accoglie la vita proteggendola.

Successivamente il dr. Ferrando, pediatra e vicepresidente dell'Ordine, venuto a conoscenza dell'iniziativa, ha diffuso la notizia ai pediatri. Sono state coinvolte, quindi, le due maggiori associazioni di pediatri, in particolare l'APEL, attraverso la presidente d.ssa Zera, e la FIMP attraverso il segretario regionale dr. Freschi e provinciale dr. Semprini per il coinvolgimento e la partecipazione dei pediatri di famiglia.

Un particolare ringraziamento va ai colleghi Fiore, Ferrando, Conforti, Semprini, Zera, Freschi che hanno dato una tangibile testimonianza di apprezzamento devolvendo al progetto la somma del premio "in memoria di Andrea Mocerino" ottenuto per la presentazione di un progetto scientifico dal titolo "La continuità

dell'assistenza in pediatria del territorio: l'esperienza della FIMP Liguria" nel corso del Congresso Nazionale Scientifico FIMP tenutosi ad ottobre 2008 a Napoli.

In conclusione, speriamo che in un prossimo futuro il pieno funzionamento della casa di Quezzi rappresenti veramente un punto di eccellenza e di assoluta novità nella sanità ligure. Per ora le porte sono aperte a quanti colleghi interessati, in special modo pediatri, vogliono conoscere un luogo ove si sta sperimentando un progetto nuovo per il benessere del neonato.

**Ezio Fulcheri**

## BANDI DI CONCORSO

**La FEDER.S.P.EV. mette a disposizione 5 premi di studio** (1.550,00 euro ciascuno) da assegnare per il 2009 a 5 orfani di sanitari (medici, veterinari e farmacisti). Il concorso è riservato ai laureati negli anni accademici 2006/2007 e 2008 in medicina, chirurgia e odontoiatria (con lavori di patologia e clinica medica, chirurgia ed odontoiatria), veterinaria, farmacia, ingegneria, scienze linguistiche e letteratura straniera. Gli elaborati devono essere inviati entro **31/01/2009** alla sezione FEDER.S.P.EV. di Brescia c/o l'OMCEO Brescia via Lamarmora 167 -25124 Brescia. Il bando è reperibile sul sito: [www.omceo.org](http://www.omceo.org)

**Premio Nottola Mario Luzi: Il dolore non necessario - da ridurre, da controllare, da "curare".** Questo il bando del concorso per 3 premi da assegnare a giovani laureati in medicina e chirurgia nel periodo 31/07/'06 - 31/07/'08, con tesi sul tema del dolore. Gli elaborati devono essere inviati non oltre il **30 aprile**.

Le domande di partecipazione, scaricabili da [www.cittadinanzattivatoscana.it](http://www.cittadinanzattivatoscana.it), vanno inviate al direttore generale ASL7 Siena, Via Roma, 75 - 53100 Siena.

## Malpractice: come evitare i contenziosi

*Dall'epidemiologia delle cause di denuncia per Malpractice, ai consigli per la prevenzione*

Un recente articolo pubblicato sulla rivista "Pediatrics" ("Medical Diagnoses Commonly Associated With Pediatric Malpractice Lawsuits in the United States", PEDIATRICS 122, 6 - December 2008 - 1282-1286) analizza i dati ottenuti dalle assicurazioni e, soprattutto, dalla analisi degli errori più frequenti e fornisce consigli utili per tentare di prevenire richieste di risarcimento e liti giudiziarie. Tra questi consigli alcuni sono particolarmente importanti, intervenendo nel rapporto medico-paziente, nella comunicazione e nella gestione della cartella clinica. Consigli validi per tutti i medici, non solo per i pediatri, e non solo per i colleghi americani. Negli USA la litigiosità per presunti errori medici ha ormai raggiunto un livello critico. Dal 1989 l'*American Academy of Pediatrics* ha costantemente rilevato, in occasione della sua indagine annuale, che quasi un terzo di tutti i pediatri è citato in giudizio nel corso della carriera professionale.

Esaminando i dati dell'Associazione tra gli Assicuratori dei medici americani (Physician Insurers Association of America, PIAA), si osserva che solo il 28% delle cause si è concluso con un indennizzo, ma i costi raggiungono cifre allarmanti (\$ 28.779 per i casi in cui nessun indennizzo è stato pagato e \$ 67.502 come media per i sinistri pagati). I costi per la pediatria, in termini di spese a carico delle Assicurazioni - ovviamente negli USA - sono al quarto posto tra le 28 specialità analizzate. Un eccellente tentativo di riduzione del peso del contenzioso attraverso l'analisi del rischio relativo,

è stato messo in atto dalla Società Americana di Anestesia (American Society of Anesthesiologists (ASA)). Più di 20 anni fa l'ASA ha analizzato i casi "denunciati" e con l'adozione di tecniche di "risk management", per migliorare la sicurezza del paziente, gli anestesisti hanno ridotto il rischio passando da una delle specialità più frequentemente chiamate in causa al ventesimo posto su 28 specialità. Nell'articolo citato, vengono analizzati i dati della PIAA negli anni 1985-2006. Sono state identificate le cause principali di azioni legali contro pediatri (cfr. tabella 1).

### **TABELLA 1 - Condizioni e/o patologie più frequentemente responsabili di accuse di malpractice (in ordine di frequenza)**

1. Danni a carico del sistema nervoso centrale
2. Meningite
3. Controllo di salute
4. Patologia respiratoria neonatale
5. Appendicite
6. Polmonite
7. Anomalie congenite
8. Prematurità
9. Nascita
10. Asma

Rimandiamo all'articolo su "Pediatrics" per l'analisi delle singole condizioni o patologie che hanno determinato le accuse. Vi segnaliamo i consigli che sono considerati utili, indipendentemente dalla diagnosi medica e dalla realtà operativa americana:

**1)** Documentare chiaramente tutti i dati clinici. Ad esempio, i segni meningei possono essere scarsamente rappresentati in un paziente con meningite, tuttavia, il medico che ne ha documentato l'assenza ha fornito prova del fatto che ha correttamente valutato il bambino e ha fatto le manovre opportune (vedi l'importanza della cartella clinica, e della documentazione clinica in generale, e gli articoli 24, 25 e 26 del cod. deont. del medico).

**2)** Documentare attentamente e chiaramente la

cartella clinica. La scrittura deve essere chiara e priva di apprezzamenti critici o commenti inappropriati di alcun tipo. (Per esempio, evitare commenti su altri Colleghi o frasi che potrebbero essere oggetto di interpretazioni dubbie).

**3)** Anche se ci sono divergenze di opinione su come e quanto scrivere in una cartella preferire la qualità dell'informazione rispetto alla quantità.

**4)** Non sottovalutare l'importanza di fare riferimento agli specialisti (vedi articolo 60 del codice di deontologia medica).

**5)** Se un paziente presenta fattori di rischio per una specifica condizione, evidenziarli in modo chiaro per verificare la condizione ad ogni visita. Questo è particolarmente importante per le condizioni come la displasia dell'anca (causa frequente negli USA di liti giudiziarie), per la quale l'età di esordio e la diagnosi variano notevolmente.

**6)** Importanza di una comunicazione con l'impiego di terminologia adeguata. Numerosi studi, e l'evidenza quotidiana, hanno dimostrato che la scarsa comunicazione tra medici e genitori/pazienti è responsabile della maggior parte di accuse di malasanità. Una buona comunicazione implica l'uso di termini chiari; evitando l'impiego di termini specialistici, tecnici o scarsamente comprensibili (vedi articoli 33 e 35 del codice di deontologia medica).

**7)** Evitare linguaggio colpevolizzanti, comportamenti accusatori anche non intenzionali e/o atteggiamenti aggressivi.

**8)** Usare correttamente i termini; per esempio utilizzare il termine "sviluppo" piuttosto che "congenito", in modo da evitare che un genitore sia portato a credere che la condizione sarebbe dovuto essere diagnosticata subito dopo la nascita.

**9)** Prescrivere la posologia dei farmaci come mg/kg e modalità e durata della prescrizione. Chiedere sempre di eventuali allergie ogni volta che si prescrive un farmaco.

**10)** Il NIM (National Institute of Medicine) e varie

pubblicazioni hanno rilevato che la metà degli americani, anche di buon livello culturale, non capisce alcune informazioni sanitarie di base. Le istruzioni debbono essere semplici, chiare e concise. Il materiale scritto fornito ai pazienti dovrebbe essere redatto in maniera chiara e comprensibile.

Per quanto riguarda il nostro Paese, non esistono dati così dettagliati; tuttavia, fonti ANIA (l'associazione fra le Imprese Assicuratrici) affermano che, nel 2004, per ogni 100 euro di premi incassati dalle compagnie le imprese abbiano sostenuto spese e rimborsi per risarcimenti per un ammontare pari a 180 euro per RC professionale medica e a 240 euro per RC strutture sanitarie. Lasciando stare l'analisi delle cifre fornite (fonte di polemiche per l'impossibilità di capire il reale esborso da parte delle compagnie assicuratrici, avendo fornito una cifra comprensiva degli accantonamenti obbligatori per legge ma non necessariamente sborsati), i dati chiariscono che pur non essendo la pediatria tra le specialità più interessate dal fenomeno - almeno nel nostro Paese sempre secondo l'ANIA - se i pediatri (e non solo loro) fossero messi a conoscenza delle situazioni più frequentemente richiamate nella richiesta di risarcimento, potrebbero mettere in atto idonee misure di "risk management" efficaci sia per migliorare la sicurezza dei pazienti, sia per ridurre i rischi di richieste risarcitorie. È importante, pertanto, che le società scientifiche e/o gli Ordini dei medici si mettano in condizione di aiutare a raccogliere e valutare le ipotesi di rischio, sia attraverso un costante monitoraggio (su base volontaria?) del contenzioso, sia raccogliendo le segnalazioni dei cosiddetti "near misses" (quasi errori); ciò potrebbe consentire di fornire razionalmente una base per la valutazione dei rischi assicurati e, dunque, ridiscutere il valore dei premi dovuti alle assicurazione per una copertura più adeguata.

*Francesco De Stefano*

*Alberto Ferrando*

**NOTIZIE ENPAM****Fondo Generale:  
matura il diritto  
la classe 1944**

**M**aturano la pensione ENPAM del Fondo generale (Quota A e Quota B) gli iscritti all'Albo dei medici chirurghi e degli odontoiatri nati nel 1944. Infatti

nel 2009 compiranno il 65esimo anno di età, requisito per la pensione ENPAM del Fondo generale insieme ai cinque anni di iscrizione al fondo (in caso di cancellazione dall'albo prima del 65esimo anno sono necessari 15 anni di iscrizione al Fondo).

In caso di mancanza del requisito di contribuzione minima matura il diritto, a domanda, della restituzione dei contributi versati al netto di una quota pari al 12 per cento relativa alla copertura dei rischi di invalidità e premorienza, maggiorati degli interessi al tasso annuo del 4,5 per cento.

**L'ENPAM sta inviando a ciascun medico o odontoiatra l'apposita modulistica che compilata e sottoscritta dovrà essere inoltrata, tramite il proprio Ordine professionale, dopo il compimento del 65esimo anno.**

Il trattamento economico decorre dal primo giorno del mese successivo al compimento dei 65 anni e l'Ente, insieme agli eventuali ratei progressivi, provvederà al pagamento mediante accredito sul conto bancario o Banco

posta segnalato, entro 3-4 mesi dall'inoltro della domanda. In particolare, la pensione ordinaria del Fondo generale non prevede la cessazione dell'attività professionale e neppure la cancellazione dall'Albo.

E' data facoltà, a domanda, della prosecuzione contributiva volontaria sino al compimento del 70esimo anno per maturare una maggior anzianità contributiva e conseguentemente un miglior trattamento economico, fermo restando la possibilità ogni anno della deduzione ai fini fiscali dei contributi che si versano.

Il trattamento economico sia della Quota A (corrispondente ai contributi minimi versati mediante cartella esattoriale) sia della Quota B (corrispondente ai contributi versati in base al proprio reddito da libera professione non già soggetto ad altra contribuzione, eccedenti il tetto coperto dalla contribuzione minima) è ora in relazione ai contributi versati ogni anno, rivalutati annualmente, e all'anzianità contributiva.

Il trattamento viene calcolato su base annua e pagato ai titolari di pensione in dodici rate mensili all'inizio di ogni mese (non è quindi prevista la tredicesima mensilità).

Gli aumenti di queste pensioni in base alla perequazione automatica scattano con decorrenza dal 1° gennaio di ciascun anno e l'incremento del trattamento è pari al 75 per cento dell'incremento percentuale dei prezzi al consumo per le famiglie e operai registrato nell'anno precedente per gli importi complessivi annui delle pensioni fino al limite di quattro volte il trattamento minimo INPS, oltre questo tetto l'indicizzazione scende al 50 per cento. La pensione ordinaria del Fondo generale è reversibile a moglie/marito e ai figli minori o studenti ovvero in mancanza del coniuge e/o dei figli ai genitori o collaterali inabili purchè a carico.

*Marco Perelli Ercolini*

**CONTROVERSIE IN EMOSTASI E TROMBOSI. 3° INCONTRO** - Il Congresso si terrà **venerdì 6 e sabato 7 febbraio** presso il Centro Congressi di Villa Marigola (Lerici, La Spezia). Temi rilevanti saranno: la messa a punto sulle profilassi e terapie trombotiche, nuovi farmaci anticoagulanti. Ampio spazio verrà dedicato alla discussione di casi clinici significativi. Richiesti crediti ECM per: medicina interna, medicina generale, cardiologia e per infermieri. Programma sul sito: [www.omceoge.org](http://www.omceoge.org) **Per info: 010/5954160**, e-mail: [rosadeventi@rosadeventi.com](mailto:rosadeventi@rosadeventi.com)

**Annual RIMS (REHABILITATION IN MULTIPLE SCLEROSIS 2009)** - Questa sarà la 14° conferenza annuale sulla riabilitazione in sclerosi multipla che si terrà il **23 e 25 aprile** a Genova, Magazzini del Cotone. Richiesti crediti ECM per: medici, fisioterapisti, psicologi, infermiere. **Per info e iscrizioni: BC Congressi 010/5957060** e-mail: [segreteria@bccongressi.com](mailto:segreteria@bccongressi.com)

**UN MERCOLEDÌ DA PEDIATRI 2009** - Questo è il titolo del ciclo di serate: **11 febbraio** ("Cosa vedere negli occhi di un bambino"), **11 marzo** ("Dolori addominali ricorrenti: un protocollo da condividere"), **8 aprile** ("Quando un orecchio si infiamma più volte"), **13 maggio** ("Dottore il mio bambino non mi dorme") e **10 giugno** ("Occupiamoci di adolescenti: acne, ovaio policistico, HPV"), che si terranno all'Ordine dei medici di Genova, alle 20.30. Corso di aggiornamento riservato a 90 medici pediatri e 10 infermieri pediatrici. Richiesti 9 crediti regionali ECM. **Per info e iscrizioni: GGallery 010/888817** e-mail: [info@ecm.ggallery.it](mailto:info@ecm.ggallery.it)

**LA CELIACHIA: APPROCCIO REGIONALE CONDIVISO** - Questo il corso che si terrà a Sanremo al Palafiori-Sala Verde in corso Garibaldi il **7 febbraio** rivolto a medici specialisti e specializzandi in: gastroenterologia, medicina generale, pedia-

tria, scienza dell'alimentazione e dietologia, dietisti. Richiesti crediti ECM. **Per info e iscrizioni: 010/83794241**, [traverso@accmed.org](mailto:traverso@accmed.org)

**NUOVI CRITERI PER LA VALUTAZIONE DELLA RISPOSTA AI FARMACI BIOLOGICI** - Questo è il workshop organizzato da IST, il **29 gennaio** al Centro Congressi IST/CBA di Genova (13.30 - 19.30). Il corso, gratuito, è rivolto a 50 medici chirurghi di oncologia, radiologia, anatomia patologica. In attesa di accreditamento ECM. Nell'incontro verranno messe a fuoco le problematiche dell'introduzione delle innovazioni terapeutiche sotto l'aspetto del monitoraggio della risposta dei trattamenti, la possibilità di valutare precocemente l'effetto favorevole dei nuovi farmaci. **Per info e iscrizioni: IST 010/5737531/535**, e-mail: [claudio.rosellini@istge.it](mailto:claudio.rosellini@istge.it)

**L'Università degli Studi di Genova, istituisce** per l'anno 2009/2010 presso la Facoltà di medicina e chirurgia:

- **Master Universitario di Il livello (3° edizione) in: CRIMINOLOGIA E SCIENZE PSICHIATRICO FORENSI** della durata di 1.500 ore di attività, dal maggio 2009 al maggio 2010. Numero massimo di 30 allievi (richieste le lauree in medicina e chirurgia, giurisprudenza, scienze politiche, psicologia, pedagogia, sociologia, lettere, storia e filosofia).

- **Corso di perfezionamento in:**

**PSICOLOGIA FORENSE**

della durata di 875 ore tra lezioni, seminari, partecipazioni a convegni, esercitazioni varie da maggio 2009 a febbraio 2010. Numero massimo di 30 allievi (richieste le lauree in medicina e chirurgia, giurisprudenza, scienze politiche, psicologia, pedagogia, sociologia, lettere, storia e filosofia). Per entrambi i corsi la domanda di ammissione, da inviare entro e non oltre il **3 marzo**, è scaricabile da: [www.studenti.unige.it](http://www.studenti.unige.it) e [www.medicina.unige.it](http://www.medicina.unige.it)

**Per info: 010/3537891 o 010/3537894.**



## **L'ELETTROCARDIOGRAMMA: UN MOSAICO A 12 TESSERE** - Giuseppe Oreto

Centro Scient. Editore, 2009 - 2 volumi - € 148.00 per lettori di "Genova Medica" € 126.00

Una grande opera dedicata all'elettrocardiogramma a 12 derivazioni, divisa in due volumi: nel primo sono descritti e analizzati i principi che guidano la diagnosi elettrocardiografica, nel secondo sono presentati 300 casi clinici. Un'iniziativa unica per completezza e capacità di integrare teoria e pratica clinica. Un testo destinato a diventare un riferimento imprescindibile per studenti e operatori del settore.



## **COME GESTIRE LA MALATTIA DI ALZHEIMER** - Enzo Sanzaro

CGEMS Torino, 2008 - € 20.00 per i lettori di "Genova Medica" € 17.00

Il volume svela i misteriosi strumenti con i quali i medici misurano lo stato e l'evoluzione della malattia, offre consigli utili su come rendere l'abitazione più praticabile e meno rischiosa e suggerisce quali comportamenti far adottare al malato per rallentare, nei limiti del possibile, l'evoluzione della malattia.



## **LE MEDICINE COMPLEMENTARI E IL DOLORE** - Edzard Ernst

Elsevier Editore, 2008 - € 58.00 per lettori di "Genova Medica" € 49.50

Questo volume, scritto in collaborazione con clinici e operatori sanitari, propone una panoramica completa ed esauriente per la gestione delle sindromi dolorose con discipline e tecniche di medicina complementare. Le caratteristiche fisiopatologiche ed epidemiologiche del dolore e della sua origine sono trattate con l'inserimento delle scale di valutazione solitamente utilizzate nella ricerca clinica. Innovativa la descrizione della componente psicologica nel paziente con dolore cronico.



## **IL DANNO DA EMOTRASFUSIONI (E DA SOMMINISTRAZIONE DI EMODERIVATI)** - Lina

Rubino - IPSOA 2009 - € 42.00 per i lettori di "Genova Medica" € 36.00

Si effettua una ricostruzione, nelle sue linee essenziali, del quadro normativo di riferimento in materia di sangue in generale e di AIDS in particolare, con alcuni cenni anche agli interventi a livello comunitario e sopranazionale.

**PROSSIMA  
PUBBLICAZIONE**

**Recensioni  
a cura di:**

A fine gennaio, arricchito da un dizionario medico, si ripresenterà all'appuntamento annuale con i suoi lettori "Terapia 2009" il manuale basato sui famosi protocolli terapeutici della Karolinska Institute di Stoccolma.

€ 50.00 per i lettori di "Genova Medica" € 43.00

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

## “Medici in Africa” approda alla rete

L'Associazione “Medici in Africa Onlus”, costituitasi nel maggio del 2007 per iniziativa di alcuni medici del DiCMI allo scopo di contribuire alla Cooperazione Internazionale con

i paesi emergenti, proseguendo l'attività di formazione in campo socio sanitario in Italia e nei Paesi in via di sviluppo di operatori sanitari che intendano operare negli stessi, ha **realizzato un importante obiettivo**. Il Dipartimento è stato impegnato in questi anni a coprire alcuni servizi richiesti da diverse realtà sanitarie africane tra cui l'ospedale San Francesco d'Assisi di

Fogo, nella Repubblica di Capo Verde, l'Ospedale di Hemintsoa e Manakara in Madagascar, il Comboni Centre in Ghana ed altri. Il numero elevato di medici interessati ad operare come cooperanti tende a crescere, e la sensazione di una carenza di coordinamento a livello nazionale ha indotto “Medici in Africa” a realizzare in collaborazione con C.S.I.T.A (Centro Servizi Informatici e Telematici dell'Università di Genova) **un software che prevede l'accesso di tutti i medici italiani disponibili ad operare**, considerando le competenze specialistiche di ognuno al fine di poter utilizzare appropriatamente le professionalità sia nelle fasi di normale gestione sia nelle emergenze umanitarie. “Medici in Africa” ha, altresì, steso a giugno di quest'anno **un protocollo di accordo con COOPI (Cooperazione Internazionale)**, ONG multisettoriale fondata nel 1965, affinché risulti possibile contribuire allo sviluppo armonico ed integrato delle comunità con cui si coopera nei Paesi in via di svilup-

po, selezionando il personale aderente all'associazione e costituendo quindi momenti di collaborazione in campo socio sanitario. A dicembre il presidente prof. Edoardo Berti Riboli, unitamente al presidente dell'Ordine dei Medici di Genova, dr. Enrico Bartolini, al curatore del sito, ing. Paolo Vernazza ed al prof. Alberto Hesse,

oculista con anni di esperienza operativa in Africa, sono stati ricevuti alla Farnesina ed hanno presentato al Ministero degli Esteri il Registro Informatizzato dei Medici Volontari creato con la collaborazione del Dipartimento di Informatica dell'Università di Genova.

Si è così formalizzata l'intesa con la Direzione della Cooperazione Internazionale

del Ministero degli Affari Esteri dando inizio ad una solida collaborazione, unitamente al Ministero della Salute ed alla C.R.I.

Tale intesa si esplicherà prossimamente in un tavolo di lavoro comprendente il Ministero della Salute ed il Ministero degli Esteri, per realizzare un piano di coordinamento da parte di “Medici in Africa” su tutti i volontari italiani.

I nostri obiettivi sono attualmente quelli di offrire la disponibilità di équipes medico specialistiche anche in momenti di emergenza, di coordinare attraverso il software, in collaborazione con il Ministero degli Esteri, gli interventi sanitari, di proseguire nell'attività didattica in campo sanitario in Italia e in loco.

Chi fosse interessato alla collaborazione, può contattare la segreteria o accedere al sito ([www.medicinafrica.it](http://www.medicinafrica.it)) per essere inserito nel registro ed avere così l'opportunità di collaborare alle iniziative solidali.

*Domenico Dato*



## **Direttive anticipate per la fine della vita**

### *Il Testamento biologico: una spina nel fianco dei legislatori*

**R**agioniamo un pò fra noi di un argomento che è oggetto di continuo confronto di opinioni e che ci tocca molto da vicino non solo come persone singole ma soprattutto come medici.

Ne abbiamo già trattato nel febbraio del 2007 in una tavola rotonda presso la sede del nostro Ordine, sul tema "accanimento terapeutico, testamento biologico, eutanasia: tre problemi contigui". Ascoltammo in quell'occasione, oltre al parere di medici qualificati, anche un magistrato e un teologo; perché, allora come oggi, i confini di questi argomenti debordano dalle valutazioni mediche in quanto implicano precisazioni etiche e legislative. Le conclusioni della tavola rotonda, che erano state pubblicate su "Genova Medica", si erano già allora concentrate sul testamento biologico e sull'accanimento terapeutico, che sono notoriamente connessi.

Partiamo dalla loro definizione, anche per puntualizzare che la loro terminologia non è del tutto semanticamente appropriata.

Per testamento biologico si intende la dichiarazione di volontà anticipate circa al trattamento sanitario cui si potrà essere sottoposti quando non si fosse più in grado di esercitare la propria capacità decisionale. Per accanimento terapeutico si intende l'ostinazione farmaco-terapeutica o tecnologica per ottenere la sopravvivenza al di là di ogni possibile ricupero di condizioni vitali autonome. La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici, nel recente aggiornamento del Codice Deontologico, ha precisato nel merito alcuni doveri comportamentali del medico con gli articoli 16, 35 e 39:

art. 16: il medico, anche tenendo conto delle volontà del paziente laddove espresse, deve astenersi dall'ostinazione in trattamenti diagnostici e terapeutici da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità di vita; art. 35: il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso esplicito e informato del paziente; art. 39: il medico deve impostare la sua opera ad atti e comportamenti idonei a risparmiare inutili sofferenze psicofisiche ... In caso di compromissione dello stato di coscienza il medico deve proseguire nella terapia di sostegno vitale, finché ritenuto ragionevolmente utile, evitando ogni forma di accanimento terapeutico.

Quanto sopra fa riferimento alla Costituzione Italiana, che all'articolo 32 così si esprime: "nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizioni di legge". Come è ben noto questa norma, precisata dal suddetto articolo 35 del Codice Deontologico, è abitualmente applicata in tutte le strutture sanitarie tramite il consenso informato, sottoscritto dal paziente prima di qualsiasi procedura diagnostica o terapeutica che comporti margini di rischio.

Ma a fronte di questo preciso comportamento della parte medica si erge la cortina fumogena della legge mancata.

Infatti da parecchi anni - otto o forse più - sono in discussione presso le Commissioni parlamentari competenti i progetti di legge per disciplinare il testamento biologico; nonostante tutte le parti politiche si dichiarino formalmente favorevoli, non si è mai raggiunto alcun accordo; persino il Presidente della Repubblica è recentemente intervenuto per sollecitare la stesura della legge. Per quanto sia comprensibile la difficoltà di regolamentare una materia così complessa, è noto che alla radice dei dissensi vi sono contra-

stanti posizioni ideologiche.

I medici stessi sono divisi: alcuni temono di veder limitata la propria autonomia decisionale diagnostico-terapeutica quando vi sia dissenso con il paziente. Peraltro va rilevato che almeno in uno dei progetti di legge è prevista questa situazione: "il medico deve mantenere la propria libertà di giudizio per valutare quando è il caso di proseguire la terapia e quando invece è più giusto fermarsi, evitando un accanimento che non rispetterebbe la volontà del paziente. Qualora il medico ritenga di dover agire diversamente da quanto indicato nel testamento biologico, si ritiene necessario coinvolgere il comitato etico dell'ospedale". Vengono inoltre garantite in questo progetto di legge, presentato da cento senatori, le situazioni d'urgenza, nelle quali non è richiesto consenso "quando la vita della persona incapace sia in pericolo per il verificarsi di un evento acuto". Questa tutela dell'opera del medico è oggi particolarmente importante a fronte del clima accusatorio dei mezzi di informazione nei casi di presumibile "malasanità": dobbiamo essere i primi ad accusarla quando si verifica, ma occorre anche sfatare le attese miracolistiche di una onnipotenza della medicina.

Superate queste perplessità permangono invece, ben più importanti, i dissensi di fondo riguardanti la difesa della vita ad oltranza: ci si domanda quali siano i limiti umanamente accettabili di questa difesa (e addirittura se ci siano questi limiti) anche al di là di ogni possibile ricupero di una qualità di vita degna di essere vissuta e accettata; ed è questo il nucleo del testamento biologico. Emblematiche in proposito, sia pure tra loro differenti, le vicende di Piergiorgio Welby e di Eluana Englaro, che ci pongono nuovi interrogativi sul concetto stesso di vita e di morte.

La tecnologia medica consente ormai una sopravvivenza biologica, legata alle funzioni cardio-

circolatorie e di altri organi e apparati, anche in assenza delle funzioni cerebrali superiori; e sappiamo che grazie alla sopravvivenza biologica possiamo eseguire i trapianti d'organo (purtroppo in diminuzione proprio per le diatribe sulla fine della vita); e sappiamo che è vita biologica quella dei tessuti cellulari coltivati per gli innesti; o quelli creati ex novo con la regressione verso forme istologicamente meno differenziate. È lecito quindi domandarci se non occorra fare una netta distinzione tra morte "integrale" della persona e morte biologica della stessa. Se così fosse a chi altro, se non ai medici, spetterebbe il difficile compito della definizione?

Va ricordato in proposito che già cinquant'anni fa il Pontefice Pio XII, durante un congresso sulla rianimazione, aveva dichiarato che non spetta alla Chiesa determinare il momento della morte e che non bisogna utilizzare mezzi straordinari nelle situazioni senza speranza; e che la Pontificia Accademia delle Scienze aveva definito una persona morta "quando ha subito una perdita irreversibile di ogni capacità di integrare e coordinare le funzioni fisiche e mentali del corpo". Del resto l'opinione pubblica sembra essere ormai unanimemente consapevole dell'opportunità di una legge sul testamento biologico. A noi medici spetterà pur sempre decidere le modalità dell'assistenza nel pieno rispetto delle volontà espresse dal paziente; ricordando soprattutto che il suo principale desiderio è di soffrire il meno possibile. E, alla fine, come aveva chiesto ai suoi medici un altro Papa - Giovanni Paolo II - di essere lasciati morire in pace. Qui a Genova persino le suore dell'Istituto Don Orione, che assistono quotidianamente i vecchi e gli incapaci, hanno chiesto il permesso di scrivere il loro testamento biologico: è la riprova che la carità per gli altri ci insegna anche la carità verso noi stessi.

*Silviano Fiorato*

## Il 90° compleanno di uno scienziato speciale

**A**lberto Marmont du Haut Champ, il mio amico di sempre. Ho avuto il grande privilegio di essere invitata al pranzo organizzato per il suo anniversario nel Salone delle grida del Palazzo della Borsa: 90 anni. Oggi Andrea Bacigalupo e Michele Carella portano avanti la sua scuola, si dividono con grande capacità e serietà la sua grande eredità.

Vi era tutto il Gotha dell'ematologia Italiana, tanti miei amici e tanti allievi di miei amici oggi scomparsi. A tavola ero seduta tra lui e Franco Mandelli. Tutto per lui è stata una felice e inattesa sorpresa perché i suoi devotissimi allievi erano riusciti a fargli credere che era solo stato invitato alla cena di apertura del primo evento educativo Ematologi@ a Genova. Alla fine è stato commovente vederlo spegnere in un sol

soffio le candeline e subito dopo aprire i pacchi dei regali. Oggi con grande entusiasmo Alberto continua il suo lavoro giornaliero nella ricerca legata soprattutto alle malattie autoimmuni, partecipa come attore ai più importanti congressi nazionali e internazionali. Anche al Gaslini è sempre in prima fila ai vari Seminari e conferenze e i suoi commenti sono dotti e speculativi. Al termine del pranzo molti hanno preso la parola, descrivendo il suo enorme apporto all'ematologia e al trapianto di midollo. Io ho voluto aggiungere pochi cenni sulla sua straordinaria vita internazionale, sulla sua infanzia vissuta in Asia, particolarmente in Cina, nei primi anni dopo la prima guerra mondiale parlando correttamente da sempre almeno tre lingue, in un ambiente familiare di grande cultura. Auguri, Alberto, e ancora tante occasioni da festeggiare.

*Luisa Massimo*

## Il Comune di Genova premia due medici genovesi

A fine 2008 il Comune di Genova ha consegnato a due medici genovesi due importanti riconoscimenti: il Grifo d'oro e d'argento, prestigiose onorificenze che il Comune riserva ai suoi cittadini più illustri e che in passato aveva già riconosciuto al prof. Franco Henriquet. La premiazione del prof. Alberto Marmont du Haut Champ, al quale è andato il "Grifo d'oro", è avvenuta nel Salone di rappresentanza di Palazzo Tursi mentre il prof. Rolando Bulgarelli ha ricevuto il "Grifo d'argento" nel corso del Congresso Nazionale della Società Italiana di pediatria tenutosi ai Magazzini del Cotone. Complimenti vivissimi ai colleghi per gli autorevoli riconoscimenti che danno lustro a tutta la categoria medica. **E. B.**

INSERZIONE PUBBLICITARIA



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

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

Via Cassini 12/F/R 6 - 16149 Genova fax 0106465611 - [www.osi-ge.com](http://www.osi-ge.com) - [info@osi-ge.com](mailto:info@osi-ge.com)



## Notizie dalla C.A.O.

### Commissione Albo Odontoiatri

*A cura di Massimo Gaggero*

## Motivazioni e responsabilità in rappresentanza di tutti gli iscritti

**L**a CAO eletta con un significativo consenso ed una grande partecipazione al voto, ha ancor più motivazioni e responsabilità nell'affrontare il prossimo triennio in rappresentanza di tutti gli iscritti all'Albo.

La nuova CAO composta dal sottoscritto e dai colleghi Mantovani, Annibaldi, Inglese Ganora e Cella hanno ravvisato l'opportunità di condividere in modo collegiale e, nello stesso tempo con ruoli personalmente ben definiti, le decisioni inerenti le future impostazioni normative e deontologiche di sua pertinenza. Questa visione non vuole assolutamente sminuire l'importanza del ruolo del presidente CAO ma vuole ribadire il concetto dell'interscambiabilità degli incarichi ed il tal senso va letto questo nuovo scambio di ruoli della CAO. Questi incarichi potranno essere, come peraltro già affermato tre anni orsono, dinamici nel tempo, a seconda delle necessità oggettive del momento. Nella prima riunione ho avuto l'onore e l'onere di essere stato prescelto per il ruolo di presidente e di questo ringrazio i commissari e spero di ripagare la loro fiducia.

Elio Annibaldi è stato invece indicato quale segretario per la sua passata esperienza ordinistica di presidente ed inoltre, voglio altresì congratularmi con lui e con Paolo Mantovani per la loro elezione anche quali Consiglieri dell'Ordine, in quanto primi due eletti.

La CAO potrà inoltre avvalersi della saggezza di Giorgio Inglese e della fresca ventata di novità femminile rappresentata da Maria Susie Cella.

Auspico, quale presidente, che questa CAO affronti le numerose problematiche che si presenteranno nei prossimi mesi, senza particolari pregiudizi nei confronti dei cambiamenti che gioco-forza si affacceranno nell'immediato futuro e senza atteggiamenti di retroguardia anacronistici. Spero che si potrà seguire l'evoluzione dei tempi confortando le necessità di tutti gli iscritti, dal più giovane al più anziano, al fine di dal loro la possibilità di poter agire nella propria attività, nel rispetto della tutela del cittadino-paziente, ma nel decoro della professione potendo mantenere, per tutti, la dignità dell'atto medico-odontoiatrico.

Confido infine di poter, come successo in passato, collaborare fattivamente con gli Enti Istituzionali, ed in tal senso ringrazio l'Assessore alla Sanità Claudio Montaldo per la disponibilità sempre dimostrata verso la CAO ed inoltre il nostro collega dr. Matteo Rosso Vicepresidente della Commissione Sanità Regione Liguria che si è sempre attivato per portare avanti le istanze di pertinenza ordinistica odontoiatrica.

Un ultimo ringraziamento per la loro assidua presenza ordinistica in questi anni, va alle altre due nostre Odontoiatre Consiglieri dell'Ordine: la "decana" Meme Barberis e Proscovia Salusciev la quale, per il terzo triennio consecutivo, ricopre l'importante e prestigiosa carica di Tesoriere.

Ad maiora!

**Massimo Gaggero**

*Presidente CAO Genova*

## Il 3 Aprile "XIV Premio Andi Genova 2009" al Congresso Liguria Odontoiatrica

**Q**uest'anno, gli appuntamenti prestigiosi di ANDI Genova, ovvero il **Congresso Liguria Odontoiatrica e la Consegna del XIV Premio ANDI Genova 2009 per l'anno 2008 saranno congiunti.**

Il Congresso si effettuerà nelle giornate di **Venerdì 3 e Sabato 4 Aprile al Galata Museo del Mare**; come sempre è inserito nel prestigioso Circuito Nazionale Andi Eventi e presenta un intenso programma con relatori di chiara fama.

**La giornata di Venerdì 3 aprile** prevede due corsi pregressuali con argomenti tanto differenti quanto attuali ed interessanti:

### 1. "Come affrontare il paziente coagulopatico



Foto sopra: un momento della la Consegna del Premio ANDI Genova 2008 nella splendida Sala degli Specchi di Villa Spinola. Foto in alto a destra: la registrazione dei partecipanti al Congresso Liguria Odontoiatrica.



*nei trattamenti odontoiatrici chirurgici: risposte pratiche a domande quotidiane".*

*Relatori: prof. Ugo Armani, prof. Paolo Balbi, dr. Raffaele Sacco.*

### 2. "Approccio clinico e psicologico del piccolo paziente". Relatore: dr. Roberto Olivi.

**In serata**, in una prestigiosa location del centro di Genova, si terrà, come detto, la **Consegna del XIV Premio ANDI Genova 2009** (per l'anno 2008) per meriti associativi e per meriti scientifico-culturali. Sono già stati scelti i professionisti che riceveranno questo prestigioso premio che sarà celebrato alla presenza di numerosi soci e congressisti.

**Nella giornata di Sabato 4** si terrà, sempre al Galata Museo del Mare, il Congresso che avrà come tema **"La riabilitazione estetica funzionale, dal caso semplice al caso complesso"**, con relatori di assoluta importanza.

## Comunicazioni di eventi odontoiatrici

### ANDI GENOVA - Corsi 1° semestre 2009

#### CORSO ANNUALE

Corso Pratico Annuale di Management - in 5 giornate - *Edizione esclusiva per Andi*

*Genova. "Programma di organizzazione ed economia aziendale dello Studio Odontoiatrico". A cura del Prof. Antonio Pelliccia e colla-*

**boratori. Date:** lunedì 23 febbraio, lunedì 23 marzo, lunedì 20 aprile, lunedì 25 maggio, lunedì 29 giugno. **Orario lavori:** ore 10.00 alle ore 14.00. **E' necessaria la preiscrizione in quanto i posti sono limitati.**

**FEBBRAIO**

**Venerdì 20** (serata 20.30-23) - *"Manifestazioni orali delle malattie dermatologiche"*.

Relatori: **d.ssa R. Gallo, d.ssa A. Parodi e dr. E. Cozzani.** Corso in fase di accreditamento.

**Martedì 24** (serata 20.30-23) - *"Il composito e i suoi utilizzi: soluzioni cliniche dall'ortodonzia*

*alla protesi"* - Relatore: **dr. G. Matarazzo.** 2 crediti ECM.

**MARZO**

**Martedì 10** (serata 20.30-23) - *"ATM e dintorni: la Kinesiologia applicata per l'Odontoiatra"* - Relatore: **dr. M. Pantani.**








Corso in fase di accreditamento.

*Tutti i corsi si svolgono presso la Sala Corsi Andi Genova. Per informazioni ed iscrizioni contattare la Segreteria ANDI Genova, tel. 010/581190, [andigenova@andigenova.it](mailto:andigenova@andigenova.it)*

**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'					
<b>CENTRO RADIOLOGICO E FISIOTERAPICO</b>	<b>GE - BUSALLA</b>	RX	TF	DS			
Dir. San. e R.B.: Prof. L. Morra Spec.: Radiologia Medica Resp. Terapia fisica: Dr. Franco Civera Spec.: Fisiatria	Via Chiappa 4 010/9640300						
<b>IST. BARONE - RINASCITA</b>	<b>GENOVA</b>	RX	TF	S	DS		
Dir. San.: Dr. G. Giorgi Spec.: Radiologia Medica R.B.: Dr. G.L. Delucchi Spec.: Fisiatria e Ortopedia	P.sso Ponte Carrega, 35-37r 010/8386715 fax 010/8382086						
<b>IST. IL BALUARDO</b> cert. ISO 9001:2000 	<b>GENOVA</b>	RX	TF	S	DS	TC	RM
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	P.zza Cavour Porto Antico 010/2471034 fax 2466511 010-513895 010-5740953						

STRUTTURE PRIVATE		INDIRIZZO E TEL.	SPECIALITA'							
<b>IST. BIOMEDICAL ISO 9002</b> 		<b>GENOVA</b>	PC	Ria	RX	TF	S	DS	TC	RM
Dir. San.: Prof. B. De Veris.: Igiene e Medicina Prev.		Via Prà 1/B								
Dir. Tec. Day Surgery: Dr. A. Brodasca Spec. in anesthesiologia		010/663351								
Dir. Tec. Day-Hospital: D.ssa M. Romagnoli Spec. in derm.		fax 010/664920								
Dir. Tec. Lab. Analisi: D.ssa P. Nava (biologa) Spec. in igiene		www.biomedicalspa.com								
Dir. Tec. Radiodiagnostica: Dr. M. Oddone Spec. in radiod.										
Resp. Branca Cardiologia: Dr. G. Molinari Spec. in card.										
Dir. Tec. Terapia fisica: Dr.ssa E. Marras Spec. in med. fis. e riabil.										
Resp. Branca Med. dello sport: Dr. A. Boccuzzi Spec. in med. dello sport										
Dir. Tec.: Dr. A. Peuto Spec. ginecologia e ostetricia										
<b>Poliambulatorio specialistico</b>		GENOVA-PEGLI								
Dir. Tec.: Dr. S. Venier Medico Chirurgo		Via Martitri della Libertà, 30c								
		Via Teodoro di Monferrato, 58r. 010/6982796								
Responsabile Dr. S. Gatto Medico Chirurgo		GENOVA SESTRI PONENTE								
		Vico Erminio 1/3/5r. 010/8533299								
<b>IST. BIOTEST ANALISI - ISO 9001-2000</b> 		<b>GENOVA</b>	PC	Ria			S	DS		
Dir. San.: Dr. F. Masoero		Via Maragliano 3/1								
Spec.: Igiene e Med. Prev.		010/587088								
R.B.: D.ssa P. Rosselli Spec. Cardiologia										
<b>IST. Rad. e T. Fisica CICIO - ISO 9001-2000</b> 		<b>GENOVA</b>			RX	RT	TF		DS	
Dir. San. e R.B.: Dr. G. Cicio		C.so Sardegna 280 R								
Spec.: Radiologia		010/501994								
		fax 8196956								
<b>IST. EMOLAB certif. ISO 9001/2000</b> 		<b>GENOVA</b>	PC	Ria	RX			S	DS	
Dir. San. e R.B.: G.B. Vicari		Via G. B. Monti 107r								
Spec.: Medicina Nucleare		010/6457950 - 010/6451425								
R.B.: Dr. S. De Pascale Spec.: Radiologia		Via Cantore 31 D - 010/6454263								
www.emolab.it		Via Montezovetto 9/2 - 010/3133001								
<b>IST. FIDES</b>		<b>GENOVA</b>					TF			
Dir. Tec.: D.ssa C. Sgarito		Via Bolzano, 1B								
Spec.: Fisioterapia		010/3741548								
<b>IST. GALENO</b>		<b>GENOVA</b>	PC		RX	RT	TF	S	DS	
Dir. Tec. Dr. D. De Scalzi		P.sso Antiochia 2a								
Biologa - Spec.: Patologia clinica		010/319331								
R.B.: Dr. R. Lagorio Spec.: Radiologia medica		010/594409								
Dir. Tec.: Dr. G. Bricchetto Spec.: Ter. fisica e Riabilit.		010/592540								
<b>IST. I.R.O. Radiologia - certif. ISO 9002</b> 		<b>GENOVA</b>			RX			S	DS	
Dir. Tec. e R.B.: Dr. L. Reggiani		Via San Vincenzo, 2/4								
Spec.: Radiodiagnostica		"Torre S. Vincenzo"								
R.B.: Dr. D. Perona Spec.: Cardiologia		010/561530-532184								
Dr. M. V. Giacobbe Spec.: Medicina dello sport		www.iroradiologia.it								
<b>IST. ISMAR certif. ISO 9002</b> 		<b>GENOVA</b>	PC	Ria	RX			S	TC	
Dir. San. e R.B.: D.ssa P. Mansuino		Via Assarotti, 17/1								
Biologo - Spec.: Microbiologia e Igiene		010/8398478								
R.B.: Prof. Paolo Romano Spec.: Cardiologia		fax 010/888661								
<b>Punto prelievi:</b> Via Canepari 65 r		010/4699669								
<b>IST. LAB certif. ISO 9001-2000</b> 		<b>GENOVA</b>	PC	Ria				S		
Dir. Tec.: D.ssa M. Guerrina		Via Cesarea 12/4								
Biologa		010/581181 - 592973								
<b>Punto prelievi:</b> C.so Magenta, 21 A (Castelletto)		010/2513219								
<b>IST. MANARA</b>		<b>GE - BOLZANETO</b>	PC		RX	TF	S	DS	TC	RM
Dir. San. e Dir. Tec.: Dr. M. Manara		Via Custo 11 r.								
Spec.: Radiologia medica		010/7455063								
Dir. Tec.: D.ssa C. Sgarito		Via B. Parodi 15/21/25 r								
Spec.: Medicina fisica e Riabilitazione		010/7455922 tel. e fax								
Patologia clinica: dir. tec. D.ssa L. Vignolo Biologa										

STRUTTURE PRIVATE	INDIRIZZO E TEL.	SPECIALITA'
<b>IST. MORGAGNI</b> <small>certif. ISO 9001</small>	<b>GENOVA</b> 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	<b>PC RX S DS</b>
<b>IST. NEUMAIER</b>	<b>GENOVA</b> Dir. San. e R.B.: Dr. L. Berri Spec.: Radiologia	<b>RX RT TF DS</b>
<b>IST. RADIOLOGIA RECCO</b>	<b>GE - RECCO</b> Dir. San. e R.B.: Dr. C. A. Melani Spec.: Radiodiagnostica Resp. Terapia fisica: D.ssa A. Focacci Spec.: Fisiatria	<b>RX RT TF DS</b>
<b>IST. SALUS</b> <small>certif. ISO 9002</small>	<b>GENOVA</b> Dir. San. e R.B.: Dr. E. Bartolini Spec.: Radiologia Igiene Med. Prev.	<b>PC Ria MN RX RT TF S DS TC RM</b>
<b>IST. STATIC</b> <small>certif. ISO 9001/2000</small>	<b>GENOVA</b> Dir. Tecnico e R.B. FKT: Prof. R. Cervetti Spec.: Fisiatria e Reumatologia R.B.: Dr. M. Debarbieri Spec.: Radiologia	<b>RX TF</b>
<b>IST. TARTARINI</b>	<b>GE - SESTRI P.</b> 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.	<b>PC Ria RX RT TF S DS</b>
<b>TMA - TECNOLOGIE MEDICHE AVANZATE</b>	<b>GENOVA</b> Dir. Tec.: Dr. A. Gambaro <small>certif. ISO 9001:2000</small> Spec.: Radiodiagnostica <a href="http://www.montallegro.it/TMA">www.montallegro.it/TMA</a> <a href="mailto:tma@montallegro.it">tma@montallegro.it</a>	<b>RX S DS TC RM</b>
<b>IST. TURTULICI RADIOLOGICO TIR</b>	<b>GENOVA</b> Dir. San. : Dr. Vincenzo Turtulici Spec.: Radiologia medica	<b>RX RT DS TC RM</b>
ISTITUTI NON CONVENZIONATI SSN		SPECIALITA'
<b>PIU'KINESI IN CARIGNANO (MONTALLEGRO)</b>	<b>GENOVA</b> Dir. San.: Dr. Luca Spigno R.B.: Dr. Marco Scocchi Spec.: Fisiatria <a href="http://www.montallegro.it">www.montallegro.it</a> - <a href="mailto:piukinesi@montallegro.it">piukinesi@montallegro.it</a>	<b>TF S</b>
<b>LABORATORIO ALBARO</b> <small>certif. ISO 9001/2000</small>	<b>GENOVA</b> 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	<b>PC Ria RX TF S DS TC RM</b>
<b>IST. BOBBIO 2</b>	<b>GENOVA</b> Dir. San. e R.B.: Dr. M. Scocchi Spec.: Fisiatria	<b>TF S</b>
<b>STUDIO GAZZERRO</b>	<b>GENOVA</b> Dir. San.: Dr. Corrado Gazzerro Spec.: Radiologia <a href="http://www.gazzerro.com">www.gazzerro.com</a>	<b>RX S DS TC RM</b>

**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** (Diagnostica strumentale) **RX** (Rad. Diagnostica) **TC** (Tomografia Comp.) **RT** (Roentgen Terapia) **RM** (Risonanza Magnetica)

# SIMBROKER

Broker di Assicurazioni



## 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

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.

Tariffe speciali con sconti sino al 50% per donne e giovani

## 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.

## Preventivi on line su: [www.acminet.it](http://www.acminet.it)

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



# SIMBROKER

Broker di Assicurazioni  
IN COLLABORAZIONE CON



ZURICH DAS

Piazza della Vittoria, 12/22 - 16121 Genova - tel. 010 58 10 04

Via Turati 29 - 20121 Milano - tel. 02 637 89 301

Num. iscr. RUI - B000080031 del 04/05/2007 CF/P.IVA/R.I.Milano 12332360150

# www.simbroker.it