

Genova Medica

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

1/2006
Gennaio



**Il ruolo dei professionisti
tra etica clinica
ed economia**

**Finanziaria 2006:
tagli e controlli
sulla spesa**

**Pagamento
dell'Iva pregressa:
nessuna sanzione**

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

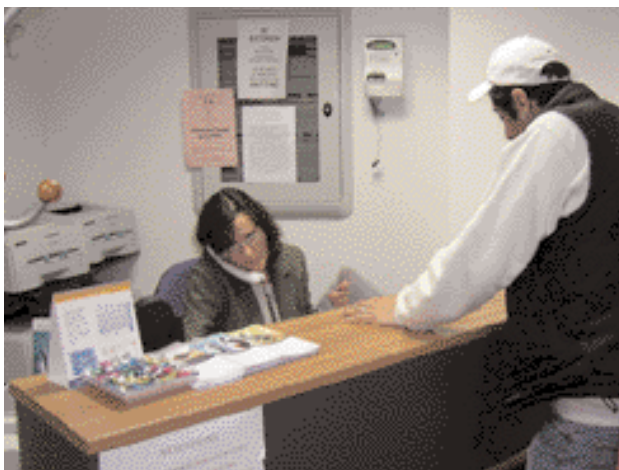
Servizi agli studi medici



Scegli **VILLA PERLA SERVICE** per dotare il tuo studio medico di un servizio di segreteria ed infermieristico professionale e rispondente alle tue esigenze specifiche!

I NOSTRI SERVIZI

- > Servizio di segretariato
- > Servizio infermieristico
- > Formazione
- > Assistenza ed aggiornamento software



I VANTAGGI

Professionalità e formazione continua

Il nostro personale è formato e costantemente aggiornato.

Garanzia e continuità del servizio

Il servizio è sempre garantito e la sostituzione del personale assente è a carico della Cooperativa.

Libertà di cambiare

Possibilità di modificare il servizio o disdirlo se non soddisfatti.

Risparmio

Villa Perla Service offre tariffe trasparenti e vantaggiose per prestazioni di qualità.



COOPERATIVA SOCIALE VILLA **PERLA** SERVICE

Via Redoano, 4 - 16154 Genova

Tel. 010/6511962 - 6512083

Fax. 010/6018724

Email: info@villaperlaservice.it



Genova Medica Bollettino

Ordine Provinciale Medici Chirurghi
e Odontoiatri della Provincia di Genova

1/2006
Gennaio

"GENOVA MEDICA"

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

Direttore responsabile

Enrico Bartolini

Comitato di redazione

Alberto Ferrando

Massimo Gaggero

Roberta Baldi

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente

Enrico Bartolini

Vice Presidente

Alberto Ferrando

Segretario

Giovanni Regesta

Tesoriere

Maria Proscovia Salusciev

Consiglieri

Maria Clemens Barberis

Giuseppina F. Boidi

Luigi Carlo Bottaro

Alberto De Micheli

Riccardo Ghio

Claudio Giuntini

Luciano Lusardi

Gemma Migliaro

Gian Luigi Ravetti

Benedetto Ratto

Andrea Stimamiglio

Giorgio Inglese Ganora

Marco Oddera

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Presidente

Matteo Basso

Effettivi

Maurizia Barabino

Aldo Cagnazzo

Supplente

Maurizio Giunchedi

COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI

Elio Annibaldi (Presidente)

Massimo Gaggero (Segretario)

Giorgio Inglese Ganora

Paolo Mantovani

Marco Oddera

Editoriale

- 2 Il ruolo dei professionisti tra etica clinica ed economia

In primo piano

- 3 "Risk management": prevenire l'errore
3 Errori medici e comunicazione
9 Finanziaria 2006: ancora tagli e controlli sulla spesa

Vita dell'Ordine

- 15 Le delibere del Consiglio del 13 dicembre

Norme & Regole

- 16 Pagamento dell'Iva pregressa: nessuna sanzione
17 Nuova proroga del Dps: 31 marzo 2006
18 Visite fiscali: esenzione o incompatibilità ai fini Iva

Cronaca & Attualità

- 20 La psicoterapia di gruppo quale cura palliativa
23 Sesso e salute vanno a braccetto

In breve

28 Medicina & Cultura

Carlo Varese, novant'anni fa

26 Corsi & Convegni

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

Periodico mensile - Anno 14 n°1 gennaio 2006 - Tiratura 8.950 copie - Autorizz.

n.15 del 26/04/1993 del Trib. di Genova. Sped. in abb. postale - Gruppo IV 45%

Raccolta pubblicità e progetto grafico: Silvia Folco - tel. e fax 010/58.29.05 -

Stampa: Grafiche G.&G. Del Cielo snc, Via G. Adamoli, 35 - 16141 Genova.

In copertina: "Jan Steen "Lovesick" 1663 - Philadelphia Museum of Art".

Finito di stampare nel mese di gennaio 2006.







Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Genova:

Piazza della Vittoria 12/4 - 16121 Genova Tel. 010. 58.78.46 Fax 59.35.58

Sito: www.omceoge.org

E-mail: anagrafica@omceoge.it

sommario

STRUTTURE PRIVATE	INDIRIZZO E TEL.	SPECIALITA'
IST. STATIC certif. ISO 9001/2000  GENOVA	Dir. Tecnico e R.B. FKT: Prof. R. Cervetti Spec.: Fisiatria e Reumatologia R.B.: Dr. M. Debarbieri Spec.: Radiologia	RX TF
IST. TARTARINI GENOVA	Dir. Tec.: D.ssa M. C. Parodi, biologa Spec.: igiene or. lab. Dir. Tec.: Dr. A. Picasso Spec.: radiologia Dir. Tec.: D.ssa E. Marras Spec.: med. fisica e riabil.	PC Ria RX RT TF S DS
IST. VALE GENOVA	Dir. San.: G.B. Vicari Spec.: Medicina nucleare Punto prelievi Via Monte Zovetto 9/2	PC Ria S DS
EMOS c/o il Baluardo GENOVA	Dir. Tec.: Prof. E. Salvadio già dir. scuola di spec. in ematologia clinica e di laboratorio R. B.: Prof. D. Fierro Spec. radiologia Punto prelievi Via G. Torti 30/1	PC DS
ISTITUTI NON CONVENZIONATI SSN		SPECIALITA'
LABORATORIO ALBARO certif. ISO 9001/2000  GENOVA	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	PC Ria RX TF S DS TC RM
ISTITUTO IL BALUARDO certif. ISO 9002  GENOVA	Dir. San.: Prof. E. Salvadio prof. onor. in clin. med. R.B.: Prof. D. Fierro Spec.: Radiologia R.B.: Dr. M. Dogliotti Spec.: Fisiocinesiterapia R.B.: Dr. G. Bavastro Spec.: Cardiologia	RX TF S DS TC RM
IST. BIOTEST RADIOLOGIA GENOVA	Dir. San. e R.B.: Dr. C. Gubinelli Spec. Radiologia Medica	RX RT S
IST. BOBBIO 2 GENOVA	Dir. San. e R.B.: Dr. S. Diociaiuti Spec.: Fisiatria	TF S
CENTRO MEDICO ELLE-EMME GENOVA PRA'	Dir. Tec.: Dr. G. Leoncini Spec.: Cardiologia - Spec.: Pneumologia Spec.: Medicina dello Sport	TF S DS
TMA - TECNOLOGIE MEDICHE AVANZATE GENOVA	Dir. Tec.: Dr. A. Gambaro certif. ISO 9001:2000  Spec.: Radiodiagnostica www.montallegro.it/TMA tma@montallegro.it	RX S DS TC RM
RIABILITA GENOVA	Dir. Tec.: Dr. G. M. Vassallo Spec.: Fisiatria Spec.: Medicina dello sport	TF

LEGENDA: PC = Patologia Clinica, TF = Terapia Fisica, R.B. = Responsabile di Brancha, 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

Il ruolo dei professionisti tra etica clinica ed economia

I documento della conferenza delle regioni sul Piano sanitario nazionale 2006-2008, pubblicato recentemente su "Panorama Sanità" offre, indubbiamente, anche alla luce della recente Finanziaria 2006, alcuni spunti di riflessione.

Un aspetto interessante è il nuovo ruolo dei professionisti nell'ambito dell'azienda e, più precisamente, il possibile riequilibrio tra management aziendale e medici con una particolare attenzione non solo ai meccanismi di selezione e scelta dei ruoli dirigenziali e di responsabilità dei professionisti, ma anche alla valutazione dell'operato degli stessi.

In questo contesto emerge, a mio parere, un problema di non facile soluzione in quanto come ben sappiamo è difficile conciliare una logica aziendale, finalizzata al pareggio dei bilanci e l'autonomia professionale.

Non dimentichiamoci che oggi la professione medica è soggetta a grandi aspettative da parte degli utenti che richiedono sempre di più un medico preparato che operi, con il consenso del paziente, le scelte professionali più appropriate. Non è facile, quindi, per la maggior parte di noi, riuscire ad operare secondo scienza e coscienza nell'interesse sia dell'individuo sia della collettività in quanto il nostro agire è logicamente influenzato dal bisogno di salute sempre più pressante del cittadino e dall'obbligo di contenimento della spesa sanitaria imposto dal terzo pagante.

Il medico, per tradizione secolare, è sempre stato in possesso di una cultura esclusivamente clinica e non si è mai dovuto preoccupare di una reale necessità di controllo della spesa in

quanto il sistema stesso non lo obbligava a farlo.

Negli ultimi anni, invece, la nostra professione è sempre più condizionata pesantemente da controlli interni ed esterni, dai vincoli burocratici e dalle limitazioni prescrittive previste dall'AIFA e il medico è costretto ad operare in un contesto dove le priorità sono giustamente i diritti dei cittadini ad essere curati con la massima efficienza ed efficacia ma in un sistema che non gli consente di "contare" di più nelle scelte aziendali.

Occorre quindi riequilibrare il potere decisionale tra amministratori e medici affinché questi ultimi possano collaborare alla realizzazione di un'assistenza migliore pur conservando le radici ippocratiche dell'indipendenza professionale nell'interesse del cittadino per innestarle sui valori della società moderna.

Non si può discutere di sanità senza parlare dei medici perché se anche le innovazioni tecnologiche sono diventate sempre più raffinate e alla portata di tutti, il fattore umano rimane l'elemento più importante per avere un servizio sanitario efficiente ed efficace, in grado di far fronte alla domanda. Proprio per questo, ritengo che lo Stato debba scegliere fra un sistema univoco di dipendenti il cui solo fine è la produttività passiva oppure un altro che veda un medico responsabilizzato sulle scelte economiche aziendali ma anche, nello stesso tempo, motivato e garantito anche sulla qualità delle scelte e sul rispetto della sua capacità professionale.

Enrico Bartolini

“Risk management”: prevenire l’errore

Il verificarsi di errori iatrogeni, anche mortali, evitabili, è noto da sempre. Un problema che è stato tradizionalmente affrontato stipulando un contratto di assicurazione. Solo da poco più di cinque anni si cerca di ridurre il rischio, attraverso specifiche modalità cliniche ed organizzative.

I primi sistemi di questo tipo, denominati “Risk Management”, sono stati messi in atto negli ospedali USA, proprio nel tentativo di contenere l’incremento dei premi assicurativi, che nel 2002 è stato del 36-113%. Un aumento dovuto al fatto che il 2,8% dei ricoverati è andato incontro ad un “evento avverso”, risultato fatale nel 10,4% dei casi (BMJ 2000). Secondo un rapporto del 1999

dell’Institute of Medicine (IOM), che stima un numero di 44.000 eventi fatali all’anno in conseguenza di oltre un milione di errori, si

Per capire l’entità del fenomeno si tenga presente che il numero di decessi causato dagli errori medici è superiore a quello per incidenti stradali (43.000), cancro mammario (42.000) ed Aids (16.500).

tratterrebbe dell’ottava causa di morte in quel Paese. Per capire l’entità del fenomeno si tenga presente che un tal numero di decessi è superiore a quello per incidenti stradali (43.000), cancro mammario (42.000) ed AIDS (16.500).

Peggior è la situazione **nel Regno Unito,**

Errori medici e comunicazione

Ci ricollegiamo all’articolo sul “Risk management” in quanto gli errori medici rappresentano una delle cause principali di morte e di danni.

Una pubblicazione dell’“Institute of Medicine” (*To err is human: building a safer health system*, 2000, scaricabile dal sito: <http://books.nap.edu/books/0309068371/html/index.html>) stima che ogni anno, negli ospedali degli USA, muoiano da 44.000 a 98.000 persone in conseguenza ad errori medici. In occasione di un congresso sul “Risk management” in sanità, tenutosi nella sede della Guardia di Finanza di Ostia a Roma, è stato rilevato che **in Italia ogni giorno muoiono 90 persone per sbagli commessi dai medici, scambi di farmaci, dosaggi errati, e sviste in sala operatoria.** I dati sono piuttosto vari, oscillano fra i 14

mila (secondo l’Associazione degli anestesisti) e i 50 mila decessi (secondo Assinform, editore di riviste specializzate nel settore del rischio nel campo della sanità) ogni anno solo nel nostro paese: di questi, il 50% si sarebbe potuto evitare. Si stima che 320.000 persone all’anno subiscono un danno, con un costo pari all’1% del Pil, pari a ben dieci miliardi di euro. **Per aiutare i pazienti che hanno subito questo tipo di danno è nata l’associazione senza scopo di lucro “Malasanità Associazione Vittime Errori Medici”** (www.malasanita.it), costituita ufficialmente il 9 gennaio del 2002 da professionisti ed imprenditori, che direttamente o indirettamente sono stati vittime o spettatori di episodi di malasanità.

Lo scopo dell’associazione è quello di promuovere e sostenere iniziative ed

con il 10,8% dei pazienti vittima di errori, che vengono considerati evitabili nel 46% dei casi e sono stati causa di decesso nel 14% (BMJ 2001).

Per l'Italia, non esistendo una banca dati sui rischi e gli eventi clinici avversi, non sono attualmente disponibili dati certi, inerenti la frequenza degli errori medici e la gravità delle loro conseguenze. Secondo uno studio del 2002, effettuato dal CINEAS del Politecnico di Milano, gli eventi avversi evitabili riguarderebbero 320.000 malati all'anno (il 4% degli oltre 8 milioni di ricoverati) e le morti sarebbero 35.000 circa. Anche qualora queste cifre fossero sovrastimate, l'importanza del fenomeno sarebbe confermata dall'incremento delle denunce per colpa professio-

nale che, nella nostra Nazione nel periodo 1994-2002, è stato del 148% (ANIA 2004).

Questi dati epidemiologici e le loro conseguenze economiche ci fanno ben comprendere il forte interesse suscitato dal "Risk Management".

Affrontare il problema non impone particolari sforzi di creatività: negli USA gli ospedali hanno semplicemente adattato alle proprie esigenze i sistemi da tempo in vigore nelle industrie aeronautiche, nucleari e chimiche del loro Paese.

Le premesse teoriche del "Risk Management" sono addirittura dei luoghi comuni: errare è umano, sbagliando si impara etc. Il fatto che le cure, perché siano di qualità, debbano essere sicure ancor prima

attività finalizzate a prevenire errori medici ed a realizzare un più avanzato equilibrio tra l'esigenza di non lasciare senza indennizzo le vittime del danno e quella di non rinunciare allo svolgimento ed al progresso delle attività mediche.

Accedendo al sito appare subito un box con la seguente scritta: "Finanziamo la tua causa". Chiunque ritiene di essere stato vittima di un caso di malasanità, e non è in grado di affrontare il giudizio per il risarcimento dei danni, sarà aiutato dall'associazione, previa valutazione del caso e ad insindacabile giudizio del competente comitato, a reperire i fondi necessari per sostenere le spese medico/legali. Le spese eventualmente anticipate per conto degli associati, dovranno essere restituite, senza interessi, alla fine del giudizio, e solo in caso di esito favorevole dello stesso.

Anche **l'associazione "Cittadinanzattiva"** (www.cittadinanzattiva.it) attraverso il Pit (Progetto integrato di tutela) Salute, istituito

dal Tribunale per i diritti del malato nel 1996, **offre un servizio di informazione assistenza e di consulenza per i cittadini** che intendono tutelare i propri diritti in ambito sanitario e assistenziale.

Il Pit Salute è un centro di raccolta e di gestione di segnalazioni sul funzionamento delle strutture sanitarie e sulla qualità delle prestazioni erogate. Sulla base delle segnalazioni e dei casi trattati, il Pit Salute produce un rapporto annuale: "Cittadini e servizi sanitari" (scaricabile all'indirizzo Internet: <http://www.cittadinanzattiva.it/dyn/doc/845.pdf>). Anche "Cittadinanzattiva" offre consulenza medico-legale e legale gratuita, volta a stabilire l'esistenza di eventuali errori diagnostici o terapeutici, esprimendo un parere sull'opportunità di intraprendere un procedimento stragiudiziale o giurisdizionale per il conseguimento del risarcimento del danno. Al termine di un'attenta valutazione della documentazione medica e/o legale il cittadino

che appropriate, è un principio che può essere fatto risalire ad Ippocrate e spostare l'attenzione, in caso di errore, dalla ricerca di un individuo colpevole alla modalità organizzativa che ne è causa, è cosa a tutti molto gradita ("No Blame Culture"). Dire che il verificarsi di un danno al paziente è, molto spesso, la conseguenza del sommarsi di piccoli comportamenti scorretti, corrisponde all'esperienza comune di chi lavora in ospedale. Inoltre tutti concordano nel definire evitabili quegli eventi avversi, che non sono correlati a intrinseca rischiosità od a particolare complessità e che invece dipendono da errori, incidenti o insufficienza del sistema. Nessuna obiezione viene mossa al fatto che **la prima iniziativa da intraprendere con-**

sista nella "mappatura" del rischio, ovvero nella sua identificazione e valutazione, per lo più effettuata mediante questionari distribuiti al personale previa adeguata formazione.

I problemi pratici nascono quando si apprende che il "Risk Management" comporta l'istituzione di un sistema di comunicazione degli errori, veri o presunti, da parte di chi li commette, con garanzia di anonimato. In sostanza viene richiesto di compilare delle schede di segnalazione spontanea di ogni evento avverso, analoghe a quelle di "Incident Reporting" in uso nel settore aeronautico. Questo sistema, che in Italia è entrato in vigore per la prima volta in Emilia-Romagna, urta contro due ostacoli: il primo è la legitti-

otterà quindi un orientamento preventivo a qualsiasi azione legale. E i medici sottoposti spesso anche a denunce ingiuste o "sbattuti" in prima pagina?

I medici stanno vivendo un momento molto delicato, controllati dalla magistratura e giudicati ancor prima dalla stampa, compressi tra la volontà di offrire le migliori cure ai pazienti e le decisioni degli organi di amministrazione economico-sanitaria che impongono loro i parametri a cui attere ogni scelta terapeutica. Sulle prime pagine dei giornali o nei palinsesti televisivi si assiste, inoltre, ad una battaglia mediatica e giudiziaria contro la classe medica, troppo spesso accusata con enfasi e leggerezza di "malpractice". E' ben noto che la gran parte dei sanitari sottoposti a giudizio verrà assolta perchè non colpevole subendo, comunque, frustrazioni e stress giudiziari che determineranno danni incancellabili dal punto di vista morale e danni patrimoniali non trascurabili.

Altra problematica molto sentita dai

medici è la disdetta della garanzia assicurativa. Infatti le assicurazioni, indipendentemente dall'accertamento della responsabilità del sanitario, operano spesso la disdetta del contratto assicurativo alla notizia di richiesta di risarcimento. Inoltre, offrono coperture per responsabilità civile gravate da clausole e franchigie sempre più onerose e, lamentando mancati guadagni, attuano un aumento dei premi per riassicurare i medici "disdettati" da altra compagnia. Si è arrivati al punto che un chirurgo stenta a trovare una compagnia che lo assicuri pur spendendo un premio che può superare una intera mensilità dello stipendio.

A tutela dei medici e, di conseguenza, dei cittadini è nata, nel dicembre del 2002 a Roma, l'associazione "Amami" (Associazione per i medici accusati di malpractice ingiustamente) nata con un'unica mission: contrastare le accuse infondate di malpractice - rivolte sovente alla classe medica - per restituire serenità al cittadino ed al medico. L'Associazione opera, senza scopo di lucro,

ma avversione del personale sanitario verso la proliferazione, inarrestabile e spesso cervellottica, delle schede e dei moduli, informatici o cartacei, da compilare (un'ennesima richiesta in tal senso rischia di essere considerata una ulteriore vessazione burocratica); il secondo ostacolo è rappresentato dal timore che ammettere un errore danneggi l'immagine professionale e comporti il rischio di altre conseguenze sgradite (disciplinari, amministrative, ordinistiche, legali).

Le principali esperienze italiane di "Risk Management" riguardano gli ospedali. **In Emilia-Romagna si è partiti nel '99** con un gruppo regionale, che dopo due anni di studio ha presentato al Ministero della Salute un progetto, che è ormai al suo terzo anno di

applicazione; **in Toscana è attivo dal 2003** un centro regionale per la gestione del rischio clinico, che ha promosso l'istituzione di apposite commissioni aziendali con a capo un manager; in questa Regione, ove vige il principio della segnalazione volontaria degli errori, è stato possibile assegnare l'incarico di assicurare le aziende ospedaliere mediante una gara d'appalto unica; **in Lombardia il sistema è stato reso obbligatorio nel 2004**, tutte le aziende sono già dotate della funzione risk management (con un comitato multidisciplinare ed un coordinatore) ed entro giugno 2005 hanno presentato i propri progetti al riguardo, da questa Regione giungono le prime segnalazioni di consistenti risparmi nei contratti d'assicurazione degli

con il supporto di un board specialistico composto da specialisti delle varie branche della medicina e da un board legale costituito da giuristi esperti della materia e medici legali.

Attualmente L'Amami ha 30.500 associati.

In base ai numeri citati e alle conseguenze degli errori per il cittadino e dei sospetti errori per i sanitari, appare doveroso interessarsi della epidemiologia e della prevenzione degli incidenti e, di conseguenza del "Risk management". La letteratura anglosassone è ricca di pubblicazioni sull'argomento mentre, fino a poco tempo fa, in Italia l'argomento "errore medico" veniva trattato molto poco o parlarne suscitava un certo fastidio se non reazioni "negative".

In genere prevale, nei colloqui tra colleghi, nei congressi e nelle pubblicazioni, l'esposizione di situazioni che abbiano soltanto esiti positivi: la diagnosi brillante, la terapia efficace ecc. Si parla poco di errori medici, o supposti tali, al contrario di quanto avviene nella cultura anglosassone.

Sappiamo tutti che si impara più dagli errori che da situazioni che hanno avuto un esito favorevole. Non solo, la pratica medica non segue regole matematiche e l'esito di una terapia o di una pratica diagnostica può variare, talora anche notevolmente, da persona a persona. Dobbiamo prendere coscienza di ciò e non aver timore ad analizzare errori o denunce o "cose andate male".

Così come facciamo con i dati clinici, in cui utilizziamo dati epidemiologici, anche per gli errori medici si deve arrivare ad una analisi epidemiologica delle anomalie più frequenti che possono avere una ripercussione sulla salute del paziente e sul nostro operare. Dai dati epidemiologici alla prevenzione.

Alcuni dati si possono trovare sul sovrariportato rapporto della "Cittadinanzattiva", su pubblicazioni e sui seguenti siti:

www.fda.gov; www.ahrq.gov;

http://www.cineas.polimi.it/risk_news/file/Risknews%20%202002_2.pdf

Si impara dall'errore: lo sappiamo tutti, ma

ospedali (tra tutti quello registrato a Mantova di circa il 20%) anche se quanto ciò possa essere attribuito all'adozione di programmi di risk management, è ancora da valutare.

Ciò che emerge nel nostro Paese, dal punto di vista pratico, non è dissimile da quanto dimostrato dalle esperienze estere: la prevalenza degli errori di tipo diagnostico (in parte correlata alla discordanza dei risultati ottenuti con esami di diversa natura); la maggior frequenza tra gli errori di tipo terapeutico di quelli relativi ai farmaci (prescrizione sbagliata, dosaggio errato, modalità di assunzione non specificata, durata dell'assunzione omessa, errore di somministrazione, scambio); la particolare importanza nel determinismo degli errori assunta dai pro-

pochi sono disposti a segnalarlo. Negli Usa invece esiste un sito:

(<http://www.webmm.ahrq.gov/>) dove si possono segnalare errori medici, o supposti tali. I casi selezionati che possano apportare dei significativi miglioramenti nella riduzione dell'errore e della qualità della assistenza, vengono pubblicati, anonimamente e con rispetto della privacy del segnalante, del paziente e della Istituzione eventualmente interessata, sul sito e remunerati, sempre in via anonima, con 300 dollari. Non solo, il medico che legge i casi, può ottenere dei crediti formativi per il sistema americano di aggiornamento (CME: Continuing Medical Education).

Oltre oceano segnaliamo il seguente sito www.ahrq.gov (Agency for Healthcare Research and Quality) diretta sia agli operatori sanitari che ai cittadini. Sono, infatti, molto utili i consigli che vengono dati ai cittadini, ai quali viene suggerito soprattutto di essere parte attiva nella gestione della propria salute

blemi organizzativi: condizioni di lavoro inadeguate, turni irrazionali, mancata comunicazione tra operatori, attribuzione di compiti superiori alla competenza, scarsa manutenzione di apparecchiature spesso obsolete etc (L. Pagliaro).

Sul piano teorico un contributo originale potrebbe venire da uno studio multicentrico italo-canadese, sul fenomeno dei "Near Misses", ovvero dei "Quasi-danni", degli errori mancati perchè "recuperati all'ultimo minuto": particolarità di tale studio, il cui capofila italiano è il CBM di Roma, è l'essere centrato sul ruolo che capo sala ed infermieri possono avere in questi "salvataggi". Da questo excursus sul "Risk Management" nascono alcune considerazioni. **In primo**

(<http://www.ahcpr.gov/path/beactive.htm>). Consigli da leggere e diffondere anche da noi anche se, in alcune situazioni, sono rappresentativi di una sanità differente dalla nostra.

Suggeriamo, comunque, almeno la lettura dei 20 passi per prevenire gli errori medici:

(<http://www.ahcpr.gov/consumer/20tips.htm>).

Ricordiamo, inoltre, che, anche se la maggior parte degli errori dipende dalla complessità del sistema sanitario, molti di questi avvengono a causa di problemi di comunicazione.

Uno studio recente della "Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)" ha dimostrato che i medici spesso non fanno abbastanza per aiutare i pazienti a prendere delle decisioni informate e a stabilire una alleanza diagnostica e terapeutica con loro. Inoltre, quest'ultimi, non coinvolti e poco informati, accettano meno facilmente le indicazioni terapeutiche del medico e seguono più difficilmente le indicazioni comportamentali che la loro malattia richiede.

luogo si tratta di una sfida culturale ed organizzativa, che sarebbe opportuno fosse affrontata a livello regionale, ma nulla vieta che l'iniziativa sia presa a livello aziendale, anche in considerazione dei vantaggi economici che potrebbero venirne.

In secondo luogo il sistema di gestione del rischio, sebbene sia nato per l'Ospedale, può essere vantaggiosamente applicato anche nelle strutture residenziali territoriali. Questo è un punto molto importante: spesso i cittadini accettano con riluttanza le cure, che vengono loro proposte in alternativa al ricovero in ospedale o le dimissioni precoci, perché convinti che l'unico vantaggio di tali soluzioni consista in un risparmio per il Ssn. E' quindi importante dimostrare coi fatti che non si tratta solo di cure economicamente sostenibili, ma di soluzioni miglior qualità, perché più appropriate e sicure.

Ecco perché il "Risk Management" sarebbe

quanto mai opportuno per le "Residenze Sanitarie Assistenziali" (RSA), a cominciare da quelle per malati in fase "post-acuta". Infine vi sono alcune iniziative, di cui ogni operatore sanitario può farsi promotore, che sono propedeutiche al "Risk Management", perché favoriscono la diffusione ai diversi livelli aziendali della mentalità e del clima necessari **per una efficace politica di prevenzione dei rischi.** Particolarmente utile a tal fine è l'abitudine di riunirsi periodicamente per discutere i reclami, per analizzare gli eventi sfavorevoli, per rivedere i percorsi clinici in caso di errore, per studiare i casi più complessi in modo interdisciplinare, per esaminare un certo numero di cartelle cliniche scelte a caso. Quanto maggiore sarà l'abitudine a discussioni di questi tipo, tanto minori saranno le resistenze a non nascondere i propri errori e ad ammetterli, per imparare ad evitarli.

Stefano Alice

Anche questo è un modo per ridurre la probabilità dell'errore o dell'evento sfortunato, che, anche se non può essere annullata, ma ridotta. **Bisogna, inoltre, sottolineare che, almeno per quanta riguarda gli errori in ospedale** (dati Cineas della tavola rotonda intitolata "L'errore in ospedale: dalla protesta alla proposta") **il 70% deriva da problemi organizzativi** (e spesso il medico diventa il capro espiatorio). In conseguenza a ciò, capita anche che il medico, pur operando correttamente, subisca lo stesso una denuncia. Frequentemente è in gioco una cattiva comunicazione, effettiva o sentita come tale, dal paziente. Purtroppo, a differenza dei manager che frequentano corsi sulla comunicazione, ciò non avviene, per ora e salvo casi sporadici, per i medici durante il corso di laurea

o di specialità. Esistono persone sicuramente più portate alla comunicazione, ma altrettanto possiamo affermare che certe tecniche comunicative possono, anzi debbono, essere proposte, spiegate ed insegnate a tutti i medici. Può succedere, e succede, che un medico pur avendo operato tecnicamente con perizia, diligenza e prudenza venga indicato come responsabile di situazioni sfavorevoli per il paziente e, anche se ha ragione, di fronte ad un magistrato le cose potrebbero non andare bene o addirittura avere un esito negativo. Per concludere è utile sottolineare che tali problematiche hanno costituito e costituiranno una priorità per il nostro Ordine, **anche attraverso commissioni "ad hoc".**

Alberto Ferrando

Finanziaria 2006: ancora tagli e controlli sulla spesa

Sul supplemento ordinario n° 211 della Gazzetta ufficiale n. 302 del 29 dicembre 2005 è stata pubblicata la legge finanziaria 2006 (legge n. 266 del 23 dicembre 2005). Ecco alcune delle principali misure della manovra finanziaria.

Bonus bebè: con un reddito non superiore a 50.000 euro annui è previsto, per ogni figlio nato o adottato nel 2005 e per i figli dal secondo in su, nati o adottati nel 2006, un assegno di 1.000 euro.

Asili nido: le spese sostenute per mandare i figli all'asilo saranno detraibili per il 19% fino ad un massimo di 632 euro annui per ogni figlio.

Tagli agli enti locali: modificato il patto di stabilità interno. La spesa corrente 2006 per le Regioni dovrà essere pari a quella del 2004 meno il 3,8%, mentre per Province e Comuni non dovrà essere maggiore di quella 2004 meno il 6,5%; costo del lavoro: tagliati dell'1% i contributi sociali a favore dei datori di lavoro. La misura sostituisce l'intervento sull'Irap.

Banca del Sud: costituita la Banca del mezzogiorno con una spesa di 5 milioni di euro per l'apporto di capitale da parte dello Stato, quale soggetto fondatore.

Frodi finanziarie: per indennizzare i risparmiatori vittime di frodi finanziarie e del default dei titoli obbligazionari della Repubblica argentina è costituito un fondo alimentato dai depositi dormienti bancari e assicurativi.

Stipendi dei politici: approvata la riduzione del 10% degli stipendi dei parlamentari nazionali ed europei, sottosegretari, sindaci,

presidenti di regione e provincia.

Notai: taglio del 20% della parcella del notaio.

Porno tax: istituita un'addizionale del 25% alle imposte sul reddito per chi produce o distribuisce materiale pornografico o che induce alla violenza.

Dopo questa premessa a carattere generale, pubblichiamo il testo dei commi di interesse sanitario.

166. Ai fini della tutela dell'unità economica della Repubblica e del coordinamento della finanza pubblica, gli organi degli enti locali di revisione economico-finanziaria trasmettono alle competenti sezioni regionali di controllo della Corte dei conti una relazione sul bilancio di previsione dell'esercizio di competenza e sul rendiconto dell'esercizio medesimo.

167. La Corte dei conti definisce unitariamente criteri e linee guida cui debbono attenersi gli organi degli enti locali di revisione economico-finanziaria nella predisposizione della relazione di cui al comma 166, che, in ogni caso, deve dare conto del rispetto degli obiettivi annuali posti dal patto di stabilità interno, dell'osservanza del vincolo previsto in materia di indebitamento dall'articolo 119, ultimo comma, della Costituzione, e di ogni grave irregolarità contabile e finanziaria in ordine alle quali l'amministrazione non abbia adottato le misure correttive segnalate dall'organo di revisione.

170. Le disposizioni dei commi 166 e 167 si applicano anche agli enti del Servizio sanitario nazionale. Nel caso di enti di cui al presente comma che non abbiano rispettato gli

obblighi previsti ai sensi del comma 166, la Corte trasmette la propria segnalazione alla regione interessata per i conseguenti provvedimenti.

230. All'articolo 35 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, dopo il comma 5, è inserito il seguente:

"5-bis. I vincitori dei concorsi devono permanere nella sede di prima destinazione per un periodo non inferiore a cinque anni. La presente disposizione costituisce norma non derogabile dai contratti collettivi".

276. All'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 1-bis, le parole: "30 giugno 2006" sono sostituite dalle seguenti: "31 marzo 2006";

b) al comma 7, dopo il quarto periodo sono inseriti i seguenti: "Per la rilevazione dalla ricetta dei dati di cui al decreto attuativo del comma 5 del presente articolo, è riconosciuto per gli anni 2006 e 2007 un contributo, nei limiti di 10 milioni di euro, da definire con apposita convenzione tra il Ministero dell'economia e delle finanze, il Ministero della salute e le associazioni di categoria interessate. Con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono definite le modalità erogative. Al relativo onere si provvede utilizzando le risorse di cui al comma 12";

c) dopo il comma 8 sono inseriti i seguenti: "**8-bis.** La mancata o tardiva trasmissione dei dati nel termine di cui al comma 8 è punita

*Entrambe
le sterilizzatrici
vengono fornite
con una serie
completa
di accessori*

SA.GE. SA.GE.

SA.GE. Articoli Sanitari

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

con la sanzione amministrativa pecuniaria di 2 euro per ogni ricetta per la quale la violazione si è verificata.

8-ter. Per le ricette trasmesse nei termini di cui al comma 8, la mancanza di uno o più elementi della ricetta di cui al decreto attuativo del comma 5 del presente articolo è punita con la sanzione amministrativa pecuniaria di 2 euro per ogni ricetta per la quale la violazione si è verificata;

8-quater. L'accertamento della violazione di cui ai commi 8-bis e 8-ter è effettuato dal Corpo della Guardia di finanza, che trasmette il relativo rapporto, ai sensi dell'articolo 17, primo comma, della legge 24 novembre 1981, n. 689, alla direzione provinciale dei servizi vari competente per territorio, per i conseguenti adempimenti. Dell'avvenuta apertura del procedimento e della sua conclusione viene data notizia, a cura della direzione provinciale dei servizi vari, alla competente ragioneria provinciale dello Stato.

8-quinquies. Con riferimento alle ricette per le quali non risulta associato il codice fiscale dell'assistito, rilevato secondo quanto previsto dal presente articolo, l'azienda sanitaria locale competente non procede alla relativa liquidazione, fermo restando che, in caso di ricette redatte manualmente dal medico, il farmacista non è responsabile della mancata rispondenza del codice fiscale rilevato rispetto a quello indicato sulla ricetta che farà comunque fede a tutti gli effetti";

d) dopo il comma 10 è inserito il seguente:
"10-bis. Fuori dai casi previsti dal presente articolo, i dati delle ricette resi disponibili ai sensi del comma 10 rilevano a fini di responsabilità, anche amministrativa o penale, solo previo riscontro del documento cartaceo dal quale gli stessi sono tratti".

279. Lo Stato, in deroga a quanto stabilito dall'articolo 4, comma 3, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, concorre al ripiano dei disavanzi del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2002, 2003 e 2004. A tal fine è autorizzata, a titolo di regolazione debitoria, la spesa di 2.000 milioni di euro per l'anno 2006. L'erogazione del suddetto importo da parte dello Stato è subordinata all'adozione, da parte delle regioni, dei provvedimenti di copertura del residuo disavanzo posto a loro carico per i medesimi anni.

280. L'accesso al concorso di cui al comma 279, da ripartire tra tutte le regioni sulla base del numero dei residenti, con decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, di intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è subordinato all'espressione, entro il termine del 31 marzo 2006, da parte della Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, dell'intesa sullo schema di Piano sanitario nazionale 2006-2008, nonchè, entro il medesimo termine, alla stipula di una intesa tra Stato e regioni, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, che preveda la realizzazione da parte delle regioni degli interventi previsti dal Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa, da allegare alla medesima intesa e che contempli:

a) l'elenco di prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera, di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001,

pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002, e successive modificazioni, per le quali sono fissati nel termine di novanta giorni dalla stipula dell'intesa, nel rispetto della normativa regionale in materia, i tempi massimi di attesa da parte delle singole regioni;

b) la previsione che, in caso di mancata fissazione da parte delle regioni dei tempi di attesa di cui alla lettera a), nelle regioni interessate si applicano direttamente i parametri temporali determinati, entro novanta giorni dalla stipula dell'intesa, in sede di fissazione degli standard di cui all'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;

c) fermo restando il principio di libera scelta da parte del cittadino, il recepimento, da parte delle unità sanitarie locali, dei tempi massimi di attesa, in attuazione della normativa regionale in materia, nonchè in coerenza con i parametri temporali determinati in sede di fissazione degli standard di cui all'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, per le prestazioni di cui all'elenco previsto dalla lettera a), con l'indicazione delle strutture pubbliche e private accreditate presso le quali tali tempi sono assicurati nonchè delle misure previste in caso di superamento dei tempi stabiliti, senza oneri a carico degli assistiti, se non quelli dovuti come partecipazione alla spesa in base alla normativa vigente;

d) la determinazione della quota minima delle risorse di cui all'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, da vincolare alla realizzazione di specifici progetti regionali ai sensi dell'articolo 1, comma 34-bis, della medesima legge, per il perseguimento dell'obiettivo del Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa, ivi compresa la realizzazione da parte delle regioni del

Centro unico di prenotazione (CUP), che opera in collegamento con gli ambulatori dei medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e le altre strutture del territorio, utilizzando in via prioritaria i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta;

e) l'attivazione nel Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) di uno specifico flusso informativo per il monitoraggio delle liste di attesa, che costituisca obbligo informativo ai sensi dell'articolo 3, comma 6, della citata intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005;

f) la previsione che, a certificare la realizzazione degli interventi in attuazione del Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa, provveda il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), di cui all'articolo 9 della citata intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005.

282. Alle aziende sanitarie ed ospedaliere è vietato sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni di cui al citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adottano, sentite le associazioni a difesa dei consumatori e degli utenti, operanti sul proprio territorio e presenti nell'elenco previsto dall'articolo 137 del codice del consumo, di cui al decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206, disposizioni per regolare i casi in cui la sospensione dell'erogazione delle prestazioni è legata a motivi tecnici, informando successivamente, con cadenza semestrale, il Ministero della salute secondo quanto disposto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 16 aprile 2002, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 122 del 27 maggio 2002.

283. Con decreto del Ministro della salute, entro centoventi giorni dalla data di entrata

in vigore della presente legge, è istituita la Commissione nazionale sull'appropriatezza delle prescrizioni, cui sono affidati compiti di promozione di iniziative formative e di informazione per il personale medico e per i soggetti utenti del Servizio sanitario, di monitoraggio, studio e predisposizione di linee-guida per la fissazione di criteri di priorità di appropriatezza delle prestazioni, di forme idonee di controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni delle medesime prestazioni, nonché di promozione di analoghi organismi a livello regionale e aziendale. Con detto decreto del Ministro della salute è fissata la composizione della Commissione, che comprende la partecipazione di esperti in medicina generale, assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera, di rappresentanti del Ministero della salute, di rappresentanti designati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e di un rappresentante del Consiglio nazionale dei consumatori e degli utenti. Le linee-guida sono adottate con decreto del Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro centoventi giorni dalla costituzione della Commissione. Alla Commissione è altresì affidato il compito di fissare i criteri per la determinazione delle sanzioni amministrative previste dal comma 284. Ai componenti della Commissione spetta il solo trattamento di missione. A tal fine è autorizzata la spesa annua di 100.000 euro a decorrere dall'anno 2006.

284. Ai soggetti responsabili delle violazioni al divieto di cui al comma 282 è applicata la sanzione amministrativa da un minimo di 1.000 euro ad un massimo di 6.000 euro. Ai

soggetti responsabili delle violazioni all'obbligo di cui all'articolo 3, comma 8, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, è applicata la sanzione amministrativa da un minimo di 5.000 euro ad un massimo di 20.000 euro. Spetta alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano l'applicazione delle sanzioni di cui al presente comma, secondo i criteri fissati dalla Commissione prevista dal comma 283.

286. La cessione a titolo di donazione di apparecchiature e altri materiali dismessi da aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico e altre organizzazioni similari nazionali a beneficio delle strutture sanitarie nei Paesi in via di sviluppo o in transizione è promossa e coordinata dall'Alleanza degli ospedali italiani nel mondo, di seguito denominata "Alleanza". Gli enti del Servizio sanitario nazionale comunicano all'Alleanza, secondo modalità con essa preventivamente definite, le informazioni relative alla disponibilità delle attrezzature sanitarie in questione allegando il parere favorevole della regione interessata.

292. In coerenza con le risorse programmate per il Servizio sanitario nazionale:

- a) il Ministero della salute promuove, attraverso le procedure di cui all'articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, e all'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, una rimodulazione delle prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza, finalizzata ad incrementare qualitativamente e quantitativamente l'offerta di prestazioni in regime ambulatoriale e, corrispondentemente, decrementare l'offerta di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero;
- b) in materia di assistenza protesica, su proposta del Ministro della salute, si provvede

alla modifica di quanto già previsto dal regolamento di cui al decreto del Ministro della sanità 27 agosto 1999, n. 332, e dal citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001, in modo da prevedere che la fornitura di prodotti monouso per stomizzati e incontinenti e per la prevenzione e cura delle lesioni da decubito venga inserita nel livello essenziale di assistenza integrativa e che sia istituito il repertorio dei presidi protesici ed ortesici erogabili a carico del Servizio sanitario nazionale.

300. Al decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 ("Formazione specialistica" N.d.r.), sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 37, al comma 1, primo periodo, le parole: "di formazione-lavoro" sono sostituite dalle seguenti: "di formazione specialistica";

b) all'articolo 39:

1) il comma 2 è abrogato;

2) il comma 3 è sostituito dal seguente:

"3. Il trattamento economico è costituito da una parte fissa, uguale per tutte le specializzazioni e per tutta la durata del corso, e da una parte variabile, ed è determinato annualmente con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro dell'economia e delle finanze, avuto riguardo preferibilmente al percorso formativo degli ultimi tre anni. In fase di prima applicazione, per gli anni accademici 2006-2007 e 2007-2008, la parte variabile non potrà eccedere il 15 per cento di quella fissa";

3) dopo il comma 4 è aggiunto il seguente:

"4-bis. Alla ripartizione ed assegnazione a favore delle università delle risorse previste per il finanziamento della formazione dei

medici specialisti per l'anno accademico di riferimento si provvede con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro dell'economia e delle finanze";

c) all'articolo 41, il comma 2 è sostituito dal seguente:

"2. A decorrere dall'anno accademico 2006-2007, ai contratti di formazione specialistica si applicano le disposizioni di cui all'articolo 2, comma 26, primo periodo, della legge 8 agosto 1995, n. 335, nonchè le disposizioni di cui all'articolo 45 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326";

d) all'articolo 46, il comma 1 è sostituito dal seguente:

"1. Agli oneri recati dal titolo VI del presente decreto legislativo si provvede nei limiti delle risorse previste dall'articolo 6, comma 2, della legge 29 dicembre 1990, n. 428, e dall'articolo 1 del decreto-legge 2 aprile 2001, n. 90, convertito dalla legge 8 maggio 2001, n. 188, destinate al finanziamento della formazione dei medici specialisti, a incrementate di 70 milioni di euro per l'anno 2006 e di 300 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2007";

e) all'articolo 46, il comma 2 è sostituito dal seguente:

"2. Le disposizioni di cui agli articoli da 37 a 42 si applicano a decorrere dall'anno accademico 2006-2007. I decreti di cui all'articolo 39, commi 3 e 4-bis, sono adottati nel rispetto del limite di spesa di cui al comma 1. Fino all'anno accademico 2005-2006 si applicano le disposizioni di cui al decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257".

Le delibere delle sedute del Consiglio

Riunione del 13 dicembre 2005

Presenti: E. Bartolini (presidente), A. Ferrando (vice presidente), L. Nanni (segretario); M. P. Salusciev (tesoriere) ed i consiglieri: G. Boidi, E. Gatto, R. Ghio, C. Giuntini, M. Giunchedi, G. Sacco; revisori dei conti: M.C. Barberis (presidente), L. Bottaro, L. Lusardi.

Questioni amministrative

Il Consiglio delibera alcuni provvedimenti amministrativi riguardanti: esercizio provvisorio bilancio di previsione 2006; versamento

quote alla Fnomceo; assestamenti al bilancio di previsione 2005.

Richiesta patrocini - Il Consiglio concede il patrocinio al congresso sul tema "Dall'esperienza al futuro della ricostruzione del LCA" che si terrà a Genova l'11/2/2006.

Ratifica verbali Commissione pubblicità - Il Consiglio, ratifica tutte le decisioni prese nelle riunioni della Commissione pubblicità dell'Ordine del 4/11, 14/11, 5/12 contenute nei relativi verbali di seduta

■ Movimento degli iscritti (13 dicembre 2005)

NUOVE ISCRIZIONI - ALBO MEDICI

Paolo Biadene, Reinhard Wandrey, Oxana Ganceriuc

Per trasferimento

Roberto Cagliuso (da Roma), Pietro Bianchi (da Massa-Carrara), Davide Perona (da Torino).

CANCELLAZIONE

Charalampos Mantoukas, Brigitte Elisabeth Becking, Reinout Michiel Fledderus.

Per rinuncia

Alfredo Agnese, Paola Bertone, Claudio Campanella, Paolo Di Pierro, Gian Carlo Gambaro, Leone Grumberg, Manlio Mori, Maria Angela Ramasso.

Per cessata attività

Ermanno Giovanni Boero, Carlo Canonero

Per trasferimento

Riccardo Cavaliere (all'Ordine di Alessandria)

Per decesso: Giuliano Luigi Badino, Virgilio Bardellini, Bartolo Bergomi, Umberto Bonifacio, Rosa Maria Monzeglio, Luciano Radici, Francesco Patrone.

NUOVE ISCRIZIONI - ALBO DEGLI ODONTOIATRI

Franco Ferrari (iscritto anche all'Albo Medici), Federico Parodi Baiardi, Aria Dinari.

Revoca dell'annotazione dall'albo dei medici chirurghi per non esercizio dell'attività odontoiatrica.

Andrea Podestà, Carlo Umberto Pardini.

PROCREAZIONE ASSISTITA

Sulla "Gazzetta Ufficiale" n.282 del 3/12/'05 è stato pubblicato il decreto 7/12/2005 del Ministero della Salute che istituisce il Registro nazionale delle strutture autorizzate all'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita. Obiettivo del Registro è quello di censire questo tipo di strutture consentendo una maggiore chiarezza, sia per quanto riguarda la pubblicità delle tecniche adottate, che dei risultati. Per informazioni: www.omceoge.org

Pagamento dell'Iva pregressa: nessuna sanzione

Sulla materia che identifica le prestazioni sanitarie soggette ad imposta, e sulla quale diverse Direzioni Regionali avevano chiesto chiarimenti, riportiamo integralmente la risoluzione dell'Agenzia delle entrate (n.174 del 22/12/ 2005) in cui si chiarisce che i medici, i quali abbiano applicato l'esenzione Iva su prestazioni che la Corte di giustizia dell'Ue ha dichiarato, invece, imponibili - come per esempio le perizie medico-legali - sono

tenuti a pagare l'imposta richiesta dall'amministrazione finanziaria, ai sensi dell'art. 26 del Dpr 633/1972.

Peraltro, l'Agenzia delle entrate - tenuto conto che i professionisti in oggetto hanno applicato l'esenzione confidando nell'interpretazione costante espressa in passato - precisa che i contribuenti in esame non saranno comunque assoggettati all'applicazione di interessi moratori e sanzioni.

IVA - PRESTAZIONI SANITARIE SOGGETTE AD IMPOSTA - DECORRENZA DEL REGIME DI IMPONIBILITÀ.

"In relazione ai chiarimenti forniti dalla scrivente con la circolare n. 4 del 28 gennaio 2005, che ha recepito l'interpretazione affermata dalla Corte di giustizia della UE in tema di condizioni che legittimano l'applicazione del regime di esenzione da IVA alle prestazioni sanitarie, diverse direzioni regionali hanno chiesto di conoscere il trattamento da riservare alle fatture emesse in relazione ad operazioni che la circolare definisce soggette ad IVA, e che il medico abbia invece erroneamente considerato esenti dal tributo.

In particolare viene rappresentato che i medici che versano nella descritta situazione, in relazione a processi verbali di constatazione diretti a contestare la mancata applicazione dell'imposta, hanno invocato l'applicazione dell'art. 10, comma 3, della legge 27 luglio 200, n. 212, che prevede la non applicabilità delle sanzioni nel caso in cui" ...la violazione dipende da obiettive condizioni di incertezza sulla portata e sull'ambito di applicazione della norma ..."

Al riguardo si fa presente in premessa che la Corte di giustizia, con le sentenze del 20/11/2003 – cause 307/01 e 212/01 - ha ritenuto che l'esenzione da IVA debba essere riconosciuta alle sole prestazioni mediche rese a scopo terapeutico escludendo le prestazioni di medicina legale e, più in generale, quelle il cui scopo principale sia diverso da quello di tutela della salute.

Occorre rammentare che la partecipazione dell'Italia alla Comunità europea impone l'esigenza di applicare il diritto nazionale in conformità al diritto comunitario e ai principi espressi dalla Corte di Giustizia che ai sensi degli articoli 220 e 234 del Trattato CE è il principale interprete di detto diritto.

Alla Corte di Giustizia spetta infatti, secondo le citate disposizioni, la competenza in materia di interpretazione dei trattati e degli atti delle istituzioni, al fine di assicurare nell'ambito comunitario comportamenti uniformi. In relazione a ciò assume rilievo quanto affermato dalla Corte Costituzionale (sentenza 389/1989) secondo cui la Corte di Giustizia, come interprete qualificato del diritto comunitario, ne precisa il significato

con le proprie sentenze e per tal via ne determina l'ampiezza e il contenuto delle possibilità applicative. Quando questo principio viene riferito ad una norma comunitaria avente effetti diretti all'interno degli ordinamenti, la precisazione o l'integrazione del significato normativo compiuto attraverso una sentenza dichiarativa della Corte di Giustizia hanno la stessa immediata efficacia delle disposizioni interpretate.

Le sentenze della Corte di giustizia, in quanto di natura interpretativa, hanno una portata generale ed esplicano pertanto effetti anche per il passato (*ex tunc*) e cioè sono applicabili ai rapporti sorti prima delle pronunce stesse. L'Italia è pertanto obbligata ad applicare sin dall'origine l'interpretazione fornita dalla Corte di Giustizia in materia di esenzione delle prestazioni mediche e quindi risulta legittimo da parte dell'amministrazione finanziaria il recupero dell'imposta nei confronti dei medici legali che hanno applicato l'esenzione da IVA negli anni pregressi.

I medici che abbiano emesso fatture in esenzione da IVA, in relazione ad operazioni da ritenersi imponibili, sono tenuti a regolarizzare le predette operazioni assoggettandole ad imposta, ai sensi dell'art. 26 del DPR n. 633 del 1972.

Peraltro va tenuto conto che i professionisti hanno applicato l'esenzione confidando in un'interpretazione costante espressa in passato, nella materia in questione, dall'amministrazione finanziaria con proprie circolari e risoluzioni. In detta ipotesi, in base al principio della collaborazione e della buona fede che deve caratterizzare i rapporti tra contribuente e amministrazione finanziaria, sancito dall'art. 10 della legge della legge 212/2000 (statuto del contribuente), torna applicabile la previsione di cui al comma 2 del medesimo articolo 10, il quale dispone che **"Non sono irrogate sanzioni nè richiesti interessi moratori al contribuente, qualora egli si sia conformato a indicazioni contenute in atti dell'amministrazione finanziaria"**.

Nuova proroga del Dps: 31 marzo 2006

In data 22 dicembre 2005, il Consiglio dei Ministri ha dato via libera al decreto "milleproroghe", il tradizionale decreto di fine anno che posticipa alcune scadenze previste. Una di queste riguarda gli adempimenti previsti dagli articoli 180 e 181 della Legge sulla privacy. Il D. L. 30/12/05 n.273 art. 10 della G. U. n. 303 del 30/12/05 stabilisce che:

1. Al codice in materia di protezione dei dati personali, di cui al D. LGS 30/6/2003, n° 196, e successive modifiche e integrazioni, sono apportate le seguenti modifiche:

- **art. 180:** al comma 1 le parole "31 dicembre 2005" sono sostituite dalle seguenti: "31 marzo 2006"; al comma 3 le parole "31

marzo 2006" sono sostituite dalle seguenti "30 giugno 2006";

- **art. 181,** comma 1, lettera a) le parole "31 dicembre 2005" sono sostituite dalle seguenti "28 febbraio 2006".

Pertanto, la redazione del Dps è prorogata al 31/3/2006, mentre l' adeguamento degli strumenti elettronici, che non consentono, in tutto o parzialmente, l'applicazione delle misure minime di sicurezza, è spostato al 30/6/2006. Importante ricordare che le misure minime di sicurezza previste dal D.lgs 196/2003 (come per esempio: antivirus, password, backup, firewall, nomina degli incaricati, ecc.) sono già in atto.

Visite fiscali: esenzione o incompatibilità ai fini Iva

La Direzione centrale normativa e contenziosa dell'Agenzia delle entrate, su richiesta della Direzione regionale, si è pronunciata di recente sull'applicazione dell'Iva alle prestazioni rese dai medici che effettuano le visite fiscali per conto dell'Inps. Riportiamo, di seguito, la risoluzione 7 E del 9/01/'06.

“L'Inps, in caso di lavoratore assente per malattia, eroga un'indennità, avente valore sostitutivo della retribuzione, nei casi in cui l'esistenza della malattia sia certa e documentata. Al riguardo, si osserva che il Decreto legge n. 463 del 12 settembre 1983 (convertito con la Legge n. 638 dell'11 novembre 1983), stabilisce, all'art. 5, comma 12, che, per l'effettuazione delle visite mediche domiciliari di controllo dei lavoratori assenti per malattia, l'Inps istituisce, presso le proprie sedi, liste speciali formate da medici vincolati da rapporto di impiego con pubbliche amministrazioni e da medici liberi professionisti, ai quali possono fare ricorso gli istituti previdenziali o i datori di lavoro.

La Direzione regionale si chiede, quindi, se le prestazioni in argomento possano rientrare tra le prestazioni mediche cui si applica l'esenzione dall'imposta sul 2 valore aggiunto di cui all'art. 10, comma 1, n. 18), del Dpr n. 633 del 1972 che fa riferimento alle “prestazioni sanitarie di diagnosi, cura e riabilitazione rese alla persona”.

Quest'ultima disposizione deriva dal recepimento nel nostro ordinamento di quanto previsto dall'art. 13, parte A, n. 1, lett.c), della Sesta direttiva n. 77/388/CEE del 17 maggio 1977.

Con la circolare n. 4 del 2005 si è inteso fornire alcuni chiarimenti in tema di prestazioni

mediche esenti da Iva, alla luce dei principi interpretativi espressi in materia dalla Corte di Giustizia, con particolare riguardo alle prestazioni di natura certificativa e peritale, distinguendo tra di esse le fattispecie riconducibili o meno nell'esenzione. Secondo la giurisprudenza della Corte di Giustizia (cause C-212/01 e C- 307/01), possono beneficiare dell'esenzione da Iva esclusivamente le pre-

L'Inps, in caso di lavoratore assente per malattia, eroga, nei casi in cui l'esistenza della malattia sia certa e documentata, un'indennità avente valore sostitutivo della retribuzione.

stazioni mediche effettuate al fine di tutelare, di mantenere o di ristabilire la salute delle persone, compresi quei trattamenti o accertamenti aventi una finalità preventiva.

In altri termini, è lo scopo della prestazione medica che determina se quest'ultima debba essere esentata dall'Iva.

Pertanto, al fine di delimitare l'ambito di applicazione dell'esenzione occorre individuare il contesto in cui le prestazioni sanitarie sono rese per verificare che le stesse abbiano uno scopo terapeutico.

Riguardo alle visite fiscali effettuate per conto dell'Inps, il medico incaricato deve accertare lo stato di malattia e l'incapacità del lavoratore a svolgere la relativa attività lavorativa, confermando la diagnosi del medico curante, nonché la prognosi, se nota, e provvedendo, eventualmente, a ridurla qualora non sussistano condizioni patologiche giustificative.

Il medico di controllo, inoltre, nel caso in cui

lo stato di incapacità o di inabilità dell'assistito perdurino, pur non potendo prolungare la prognosi, deve accertare l'inedoneità del lavoratore a riprendere l'attività invitandolo a rivolgersi al medico curante per la formulazione di una ulteriore prognosi.

In caso di assenza di patologia in atto, infine, il medico deve dichiarare l'idoneità del lavoratore a riprendere l'attività lavorativa e la capacità a svolgere le mansioni cui è preposto. Queste direttive nascono dall'esigenza sia di individuare i casi in cui non sussiste la malattia dell'assistito, con conseguente perdita del diritto all'indennità relativa, ma soprattutto di tutelare ed, in particolare, di ristabilire la salute dell'assistito al fine di evitare che la stessa venga ulteriormente compromessa.

Del resto, questa soluzione interpretativa, coerente con il criterio dello scopo della prestazione sancito dalla Corte di Giustizia, è stata già adottata nella circolare n. 4 del 2005 con riferimento alle prestazioni mediche rese dall'Inail.

In particolare nella circolare è stato chiarito che gli accertamenti medico-legali effettuati dall'Inail preordinati al riconoscimento o meno di eventuali benefici economici a favore dei lavoratori dipendenti e, quindi, non aventi come finalità la tutela della salute degli stessi, devono essere assoggettati ad Iva.

Tuttavia, si è precisato che nei casi in cui l'Inail renda prestazioni mediche aventi una finalità terapeutica o di prevenzione, queste rientrano nell'ambito di applicazione dell'esenzione di cui all'art. 10, comma 1, n. 18), del D.P.R. n. 633 del 1972.

Inoltre, come riporta la circolare già citata, devono comprendersi, tra le operazioni esenti da Iva, i controlli medici eseguiti sui lavoratori a scopo profilattico o al fine di stabilire l'ido-

neità fisica degli stessi per lo svolgimento di determinate mansioni o per il rientro al lavoro. Considerato che le prestazioni rese dal medico che effettua le visite fiscali per conto dell'Inps sono analoghe alle prestazioni rese dal medico incaricato dall'Inail, trattandosi, in entrambi i casi di prestazioni mediche tendenti a stabilire l'idoneità psico-fisica del lavoratore e la capacità alla ripresa del lavoro, si impone anche per le prime l'esenzione Iva. Ciò si pone in stretta connessione con quanto espresso dalla giurisprudenza della Corte di Giustizia, in particolare nella causa C-307/01, secondo la quale "i controlli medici regolari, istituiti da taluni datori di lavoro e da talune compagnie di assicurazione possono realizzare le condizioni dell'esenzione prevista dall'art. 13, parte A, n. 1, lett. c), della Sesta direttiva, purchè tali controlli siano diretti principalmente a permettere la prevenzione ed il depistaggio di malattie e la verifica costante dello stato di salute dei lavoratori o degli assicurati.

Il fatto che tali controlli medici avvengano su richiesta di terzi, e che possano soddisfare interessi propri dei datori di lavoro o delle compagnie di assicurazioni, non impedisce di considerare che tali controlli hanno come scopo principale la tutela della salute". Pertanto, alla luce delle considerazioni riportate, le prestazioni rese dai medici che effettuano le visite fiscali per conto dell'Inps rientrano tra le prestazioni mediche esenti dall'Iva ai sensi dell'art. 10, comma 1, n. 18), del D.P.R. n. 633 del 1972.

Si fa presente, per completezza, che, anche al di là del caso considerato, il trattamento di esenzione compete in tutte le ipotesi di visite fiscali dirette alla verifica delle condizioni di salute dei lavoratori assenti per malattia".

La psicoterapia di gruppo quale cura palliativa

Le cure palliative possono essere definite come il trattamento del paziente affetto da patologie evolutive ed irreversibili, attraverso il controllo dei suoi sintomi e delle alterazioni psicofisiche, più che della patologia che ne è la causa. **Lo scopo principale delle cure palliative è quello di migliorare anzitutto la qualità di vita piuttosto che la sopravvivenza, assicurando ai pazienti e alle loro famiglie un'assistenza continua e globale.**

Alla base di questa filosofia resta sempre il rispetto dell'essere umano sofferente, l'attenzione al dettaglio, a tutto quello che si può e si deve fare quando "non c'è più niente da fare"; l'attenzione alla vita del paziente, anche se brevissima, privilegiandone gli aspetti qualitativi e arricchendo ogni suo istante di significati e di senso; la capacità di ascoltare, dare presenza, restaurare i rapporti umani ed entrare in rapporto emotivo con pazienti e familiari. Infine, una corretta "filosofia nell'approccio palliativo deve comprendere la capacità di saper riconoscere i propri limiti come curanti e terapisti, recuperando il senso profondo della medicina come scienza ed arte per la salute psicofisica dell'essere umano". (*Ventafriida, 1990*)

Perciò la battuta che così spesso si sente fare nel nostro ambiente: "in fondo non sono altro che un palliativo", non è tanto una risposta denigratoria, quanto una affermazione svalutativa e ingiusta. Perché si provi un po' a curare i sintomi, a ridurre il dolore, la nausea, la depressione; si provi a ridare fiducia e accettazione della terapia che prescriviamo, amore per la vita che ci rimane, per le

relazioni che ci restano! Occorrerà innanzitutto conoscere la diagnosi, i suoi sintomi, la prognosi presunta; e poi valutare gli effetti secondari e le conseguenze della terapia prescritta. Bisogna, inoltre, collegarsi e lavorare in sintonia con i colleghi specialisti che prescrivono i trattamenti specifici, e conoscere la cultura e la mentalità del paziente per pro-

Si può proporre la psicoterapia come un ausilio ad altri trattamenti somatici più invasivi o come uno strumento successivo a momenti in cui la cura farmacologica non riesce più ad arrivare.

porre la cura palliativa più accettata.

E poi bisogna conoscere bene i trattamenti che applichiamo perché, anche se si tratta di cure sintomatiche, anche queste hanno un loro rigore ed un loro protocollo terapeutico è una scheda di valutazione.

Cure palliative non vogliono dire eutanasia, e non vogliono neanche dire improvvisazione e diletterismo, ma sono l'espressione di un approccio medico basato su conoscenze scientifiche e sull'attenzione continua nella loro applicazione.

Perciò ha fatto bene l'Associazione "Gigi Ghirotti" (prof. Franco Enriquet e ing. E. Martinengo) a introdurre i trattamenti di gruppo tra le prestazioni da erogare ai propri assistiti ed in particolare ai pazienti affetti da Aids.

Si può discutere se la psicoterapia, cioè un trattamento medico basato sulla parola e sulla relazione, si possa proporre come alternativo a diversi trattamenti somatici e farma-

cologici dove l'evidenza del corpo malato si impone drammaticamente. Ma si può più facilmente proporre **la psicoterapia come un ausilio ad altri trattamenti somatici più invasivi** o come uno strumento successivo a momenti in cui la cura farmacologica non riesce più ad arrivare.

Non si tratta però solo di assistere, ma proprio di intervenire e proporre soluzioni terapeutiche su aspetti secondari al male.

La psicoterapia di gruppo, il parlare in gruppo, aggiunge elementi nuovi e diversi rispetto alla relazione duale, compare quello che epistemologicamente viene definito "l'effetto specchio", in cui io ritrovo nelle parole degli altri situazioni e affetti che non ero in grado di riconoscere su di me; la coscienza del sé viene attivata dalla conoscenza degli altri, una conoscenza che non è tanto mentale quanto affettiva: la parola, la presenza dell'altro, del mio simile, attiva in me sensazioni non attivabili dalla lettura di un libro o da una lezione ascoltata.

Sul piano metodologico e operativo il gruppo, condotto dalla collega Luisa Casarino (medico psichiatra) e da Elvira Filippelli (psicologa), ha coinvolto la coordinatrice dell'assistenza, sig.ra Doretta Gori, quale presenza centrale affettiva della "Gigi Ghirotti", ed ha trattato 11 pazienti Aids-correlati, per 10 sedute a cadenza settimanale e della durata di un'ora e mezzo ogni seduta.

Il modulo tecnico è stato quello del gruppo psicoeducazionale dove, quali mediatori sono stati proposti alcuni temi, presentati con una piccola dispensa in inizio di seduta: la malattia, le cure, la famiglia, i rapporti affettivi, il sesso, gli amici, il lavoro, la cronicità, quale futuro, la paura della morte.

E' stata data molta attenzione non solo al setting interno, (una stanza di incontri tran-

quilla, un rispetto degli orari, un'astinenza da consigli e proposte operative), ma si è prestata anche attenzione anche al setting esterno, cioè un rapporto complementare con l'Associazione e con gli altri interventi sanitari effettuati, in modo da non rendere antagoniste le modalità psicologiche, rispetto a quelle più propriamente sanitarie somatiche.

Da qui l'importanza della presenza nel gruppo della sig.ra Gori, che garantiva con la sola presenza la continuità e l'impegno dell'Associazione.

Le funzioni terapeutiche attivate da questo tipo di gruppo sono legate all'informazione (una maggior consapevolezza della malattia accresce le possibilità di combatterla), all'infusione della speranza (se siamo qui riuniti è perché crediamo nel futuro e nel senso che ha scambiarci relazioni), all'aiuto reciproco (aiutarsi a vicenda serve, ci rende utili anche quando sembrerebbe che non possiamo essere utili a nessuno), all'universalità (tutti noi abbiamo gli stessi problemi, non siamo soli e compresi).

Ma sono state attivate anche funzioni più inconscie e affettive quali la catarsi (il poter confessare cose tenute nascoste, lo scoprire emozioni di cui si aveva paura) e la coesione di gruppo (lo stare assieme, aver condiviso il gruppo per settimane, crea un affetto di appartenenza che rinforza le capacità dei singoli). Sono state così messe in moto le funzioni terapeutiche specifiche del gruppo, che non solo permettono di tollerare una malattia cronica invalidante, ma aiutano a risolvere sintomi, sia quelli secondari derivati dall'isolamento e dalla deprivazione, che quelli primari quali la depressione reattiva, il rifiuto di assumere terapie, la distruttività verso sé e verso gli altri.

Vorrei portare un esempio (per salvaguardare

la privacy i dati saranno generici) che riguarda un paziente maschio di anni 45 che vive con la madre anziana in un clima di sospetto e persecutorietà, da parte di un vicinato che viene ritenuto inaffidabile e da tenere all'oscuro, in un clima familiare avvelenato, fatto di liti striscianti con presenza continua di fantasie di morte e sensi di colpa, con un servizio sanitario e assistenziale utilizzato non tanto per i trattamenti specifici, che peraltro venivano subito svalutati come inutili e tardivi, ma soprattutto come spettatore e scarico di tensioni intollerabili, in un quadro depressivo dove prevaleva il rifiuto di prendere le terapie delle patologie correlate quali p.e. il diabete, con un'igiene personale trascurata e una condotta alimentare scorretta.

Questo il quadro frequente che notiamo nelle patologie croniche e invalidanti, ed in particolare nei pazienti Aids, così facili alla caduta nella depressione e negli attacchi persecutori. Su questa patologia ha lavorato il gruppo, portando a buoni risultati, con riduzione di molti aspetti che sopra ho genericamente riportato, ma anche, con grande soddisfazio-

ne dei terapeuti e dell'associazione, con il bisogno espresso dai partecipanti al gruppo di ripetere il trattamento, anzi di renderlo più continuativo.

L'affermazione: " intanto devo morire e non ci sono cure risolutive, perciò lasciatemi libero di fare un po, come voglio" , rappresenta una bella sfida per il medico e il terapeuta, perché significa farsi carico anche della parte debole del paziente, quella che non ce la fa più a tenere e vorrebbe abbandonarsi a impulsi distruttivi pur di sedare l'angoscia e il sentimento di impotenza; e spesso il medico inconsciamente cede, perché si sente a sua volta impotente, senza speranza, vuoto, e vorrebbe dire " ma si fai un po', quello che vuoi, io non posso più fare niente per te" , con ciò annullando il proprio lavoro e la motivazione a farlo. Qui interviene la psicoterapia, con la sua tecnica e le sue funzioni.

"Vivere da vivi" non è solo un bello slogan in auge alla Gigi Ghirotti, ma è anche un obiettivo di cura che noi psicoterapeuti di gruppo sentiamo nostro.

Roberto Ghirardelli

Regione: incarichi a tempo determinato

E' stata firmata, dall'Assessore Claudio Montaldo, la circolare inviata ai direttori generali delle Asl riguardante la proroga degli attuali incarichi a tempo determinato sino all'applicazione integrale dei contratti della medicina generale e della specialistica ambulatoriale.

Essendo ancora in corso la trattativa per il rinnovo dell'Accordo integrativo regionale, prevista entro sei mesi, la regolamentazione delle attività svolte dai medici della medicina dei servizi con incarico a tempo determinato (l'art. 75 comma 6 dell'Acn) rimarrà immuta-

ta. Fino ad allora l'Asl potrà, quindi, rinnovare i contratti in scadenza, qualora, si intende, persistano le necessità e i presupposti che hanno determinato l'instaurarsi del rapporto. Quanto sopra vale anche nei confronti dei medici attualmente incaricati a tempo determinato (art. 2 del Protocollo aggiuntivo allegato al Dpr 271/00) per attività finalizzate all'attuazione di specifici progetti temporanei, in considerazione dell'imminente avvio delle trattative per la definizione dell'Accordo integrativo regionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali.

Sesso e salute vanno a braccetto

Possiamo lasciare che di sessualità si occupino prevalentemente figure non mediche o solo alcuni medici specialisti (andrologo, urologo, ginecologo, medico legale)?

Se anche l'Organizzazione mondiale della Sanità ha voluto definire e inserire fra i suoi obiettivi, quale componente imprescindibile della salute, anche quello della salute sessuale, dobbiamo ritenere che questo rientri tra i compiti di tutti i medici, a prescindere dalle specialità.

Di fatto oggi molti medici, di medicina generale e no, si trovano a dover rispondere alle richieste dei pazienti, soprattutto maschi, sulle disfunzioni erettive, avendo a disposizione i noti farmaci. La risposta medica però, il più delle volte si limita alla sola prescrizione. Dopo l'iniziale euforia per questi farmaci - comprensibile visto che erano almeno quattromila anni che l'uomo desiderava e inseguiva una virilità intramontabile, come già il protagonista dell'epopea di Gilgamesh testimonia - si è constatato come in molti casi i problemi sessuali non possano risolversi solo con una magica pillola, se pur di indiscutibile efficacia. Inoltre si è cominciato a capire che le disfunzioni sessuali maschili non sono solo risolte da un'erezione valida ma riguardano anche il desiderio, che sempre più spesso latita, la soddisfazione e quindi il piacere. Inoltre, la scoperta ancora più "sconvolgente" è stata quella di non poter più ignorare la sessualità femminile. Di fatto le donne oggi non solo richiedono aiuto per le loro difficoltà sessuali (vaginismo, dispareunia, anorgasmia, mancanza di desiderio), ma in molti casi rappresentano la principale causa di molte difficoltà maschili che le loro aspettative, reali o presunte, provocano attraverso

l'ansia da prestazione.

Se la sessualità femminile è stata fino a pochi decenni fa legata solo alla maternità, oggi è ritenuta un fattore di stabilità della coppia.

Le separazioni sempre più frequenti, a

Molti problemi di salute quali ansie, depressione, fobie, attacchi di panico, malattie psicosomatiche, che il medico si trova a dover curare, nascono spesso da conflitti e separazioni.

causa di una insoddisfacente vita sessuale, dimostrano come questa sia indispensabile alla durata della coppia e di conseguenza al benessere dei figli.

I recenti dati sull'aumento delle separazioni nella fascia over cinquantacinque dimostrano che anche in questa fase uomini e donne non sono più disposti a rinunciare ad una buona qualità di relazione. Il medico, nonostante poche volte venga chiamato in causa per affrontare i problemi sessuali e lui stesso raramente indagherà questo campo, finisce comunque con l'essere coinvolto successivamente in problemi di salute quali ansie, depressione, fobie, attacchi di panico, malattie psicosomatiche che spesso accompagnano conflitti e separazioni.

Parlare di sessualità oggi non significa più limitarsi all'età adulta ma includere l'intero arco della vita.

Se Freud ha aperto la strada alla conoscenza e all'importanza della sessualità infantile non possiamo ignorare che molti altri studi hanno poi confermato il ruolo delle relazioni infantili e delle loro conseguenze sulla sessualità adulta e le sue scelte. Per un corretto sviluppo psicossessuale occorre attenzione anche sul piano della salute fisica. Spesso, infatti, il

pediatra, il medico di famiglia e altri specialisti si occupano delle patologie più importanti ma non abbastanza delle piccole (ad esempio quelle dell'apparato genitale come fimosi o altre malformazioni) che se non affrontate con la dovuta tempestività e attenzione potranno incidere anche pesantemente sulla sessualità futura dei loro pazienti.

Anche l'adolescenza rimane un periodo critico che richiede attenzione, non solo da parte dei genitori ma anche dei medici, per evitare che l'indispensabile ricerca di conferma della propria identità sessuale avvenga attraverso modalità e "riti" pericolosi e trasgressivi di cui talvolta leggiamo sulla cronaca.

Poter invece agire senza eccessive ansie e timori di inadeguatezza le prime esperienze sessuali rappresenta la strada più sicura per definire la propria mascolinità e femminilità.

L'età anziana infine richiede le stesse attenzioni. L'esigenza di poter ancora esercitare un'attività sessuale emerge oggi con meno vergogna, anche da parte di settantenni ed oltre, specialmente uomini, ma anche donne in relazione al fatto che l'allungamento della

vita media consente di ritrovarsi ancora insieme in età avanzata o di iniziare una nuova relazione.

La necessità di conoscere meglio la sessualità e non solo quella della nostra cultura, è diventata indispensabile dal momento in cui sono sempre più numerose le unioni miste e la convivenza con culture diverse. Basti come esempio il problema delle mutilazioni genitali femminili nelle donne africane che da una parte hanno posto molti ginecologi di fronte al problema pratico di come affrontarle e dall'altra hanno indotto a dover riflettere sul significato della sessualità femminile in culture molto diverse dalla nostra.

In conclusione la sessualità è un incontro di aspetti culturali legati al momento storico e alla realtà sociale che stiamo vivendo, ad aspetti biologici dei quali sempre di più conosciamo i meccanismi, anche quelli della risposta sessuale femminile, ed infine psicologici legati alla storia individuale. Di tutti questi aspetti la formazione del medico dovrebbe tenere conto.

Jole Baldaro Verde - Roberto Todella

Federspev - Alla sede dell'Ordine di Genova alle ore 17, si terranno le conferenze, promosse dalla Federspev, su tradizioni, cultura e attualità Ecco le date: **martedì 14 febbraio**, conferenza del critico d'arte dott. Luciano Caprile su "*La donna nella pittura moderna da Baldini ad oggi*"; **martedì 23 marzo**, conferenza del prof. Franco Bampi su "*Genova e la genovesità*"; **mercoledì 10 maggio**, conferenza del dr. Edoardo Guglielmino su "*E' la vecchiaia una stagione felice?*". Per inf. Andrea tel. 010/587846. **Sabato 1 aprile alle ore 21** al Louisiana Club serata jazz (per inf. 0106970354 o 010/583290).

Graduatorie regionali - Per essere inseriti nelle graduatorie regionali 2007, la domanda va presentata entro il 31/01/06 (fa fede il timbro postale). Per ogni graduatoria va presentata una specifica domanda (il modello è a disposizione all'Ordine o scaricabile dal sito www.omceoge.org). Le domande sono: a) domanda per la graduatoria regionale per la medicina generale; b) domanda per la graduatoria regionale di pediatria di libera scelta; c) domanda per la graduatoria specialistica ambulatoriale. Le domande vanno inviate per racc. con ric. di ritorno o presentate agli uffici competenti nel cui territorio il sanitario chiedi l'incarico.

Rete per la comunicazione rapida **nella sanità**

Per diramare ai colleghi iscritti all'Ordine informazioni importanti, intendiamo sensibilizzare il più possibile i medici ed odontoiatri genovesi a fornirci il numero di cellulare e l'indirizzo e-mail. Al medesimo scopo verrà aperta prossimamente nel nostro sito (<http://www.omceoge.org>) una sezione dedicata alle principali tematiche sanitarie d'attualità per rendere prontamente disponibili informazioni verificate e direttive sanitarie. La

recente emergenza sull'influenza aviaria, per esempio, deve essere affrontata con efficienza e precisione, in modo che tutti i professionisti siano informati sulle procedure preventive, diagnostiche e terapeutiche che è necessario adottare. Lanciamo quindi un accorato appello affinché tutti i medici ed odontoiatri iscritti all'Ordine inviino il proprio numero di telefono cellulare ed indirizzo e-mail ai nostri uffici (010 587846; anagrafica@omceoge.it).

Nuovo direttivo AIDM: **inizia un nuovo percorso**

Ll Direttivo dell'AIDM, appena rieletto, ha iniziato un nuovo percorso nell'intento di dedicare molta energia e molto studio per fare della sezione un valido organismo.

La Presidenza nazionale ha già iniziato l'iter presso il competente Ministero per trasformare l'AIDM in Società scientifica. Questo obbliga le socie ad un notevole impegno culturale e organizzativo immediato e nel futuro, per far sì che il contributo delle donne medico, nei vari campi della medicina diventi ancora maggiore. Ricordiamo, infatti, che, nonostante in Italia le donne medico siano oltre il 50% dei neo-laureati in medicina, soltanto il 10 % raggiunge posizioni apicali. L'attività culturale e di ricerca della sezione si focalizzerà sulle patologie del "gender", sulla medicina preventiva e sul potenziamento dei rapporti con le colleghe che operano in altre realtà nazionali, come si compete ad una società collegata alla "Medical women's international association".

La sezione genovese "Renata Vignolini" ha già organizzato con successo due incontri di aggiornamento: il primo, tenutosi il 10 novembre scorso sulle sindromi neurologiche

e differenze del genere (relatrice dott.ssa Claudia Caponnetto) e sulle sindromi psichiatriche e differenze del genere (relatore dott. Panfilo Ciancaglini); il secondo, del 19 gennaio, sulle donne e le sostanze di abuso (relatrici la prof.ssa Antonietta Martelli e la dott.ssa Sara Grossi). Ecco i prossimi incontri:

- congresso nazionale AIDM, Verona **3-5 marzo 2006**;
- assemblea generale delle socie genovesi **30 marzo 2006** (sede Ordine dei medici di Genova);
- congresso Regionale AIDM, **6 maggio 2006** sede Villa Nobel San Remo (Im).

In preparazione, per ottobre, un corso di aggiornamento (ECM) sui problemi della vecchiaia.

Maria Augusta Masperone

Nuovo direttivo eletto: prof. Rosanna Gusmano (past president), prof. Maria Augusta Masperone (presidente); dott. Paola Rosselli (vice presidente); dott. Ilaria Parola (segretaria); dott. Maria Fernanda Cervar (tesoriera); dott.sse Daniela Lonano, Roberta Napoli, Alba Zolezzi (consigliere).

Terapie innovative in oncoematologia - Si terrà a Sestri Levante, presso l'hotel "Vis a Vis" il giorno **4 marzo**, il convegno organizzato dall'Asl 4 "Chiavarese" dal titolo "Terapie innovative in oncoematologia: aspetti pratici per gli specialisti esterni e per i medici di famiglia". Il convegno è rivolto ai medici operanti nella Asl 4, ma anche, per l'importanza degli argomenti trattati, agli specialisti della Regione Liguria e agli specializzandi dell'Università di Genova (ematologia, oncologia, medicina interna). **Per informazioni tel. 0185/329312.**

Dall'esperienza al futuro nella ricostruzione del Lca" - Questo il titolo del congresso che si terrà allo Sheraton Hotel di Genova l'**11 febbraio** e che punterà l'accento sugli importanti progressi nel trattamento chirurgico della lesione del legamento crociato anteriore. Il congresso è stato accreditato. **Per inf.: tel. 010/5999500** sig.ra Rutigliano.

Il bambino nell'integrazione ospedale-territorio: stiamo lavorando bene? - Questa il tema del V Corso di aggiornamento in allergologia pediatrica che si terrà il 24 - 25 febbraio a S. Margherita Ligure all'Hotel Regina Elena e organizzato dalla Pediatria territoriale Asl 4 Chiavarese (dirigente - G. Napoli). Il corso sarà articolato in tre sezioni: integrazione ospedale - territorio, allergologia e nutrizione nel bambino. Segreteria organizzativa :EMMECI tel. 06.72673416 E-mail: emmeci_srl@tiscali.it www.emmecicongressi.

Anffas - "Dalla diagnosi alla riabilitazione per le persone con ritardo mentale nei diversi cicli della vita", questo il corso che si articolerà in 6 giornate, al Teatro Von Pauer in via Ayroli 35 A 4° piano, **a partire dal 28 gennaio, con conclusione il 17 giugno** e che riguarderà la diagnosi, la valutazione e la costruzione del progetto riabilitativo per le persone disabili. Destinatari del corso sono: medici, psicologi, educatori professionali, terapisti della riabilitazione e infermieri. **Per inf. 010/5762517 - 010/5762511.**

2° corso pratico sulla diagnosi e terapia dell'osteoporosi per il medico specialista - Questo il titolo del corso organizzato dall'Interim (Piccola società cooperativa a responsabilità limitata) che si svolgerà nelle giornate del **31 gennaio** e del **1° febbraio** al Dimi nell'aula delle videoconferenze dell'Università di Genova. L'obiettivo del corso è quello di sviluppare tematiche originali e innovative nel campo dell'osteoporosi e discuterne lo stato dell'arte. Accreditato con 12 crediti ECM. **Per inf.: Aristeia tel. 010583224.**

La gestione della depressione in ambito sanitario - Questo il titolo del corso, indetto dall'associazione "Restless architect oh human possibilities", che si terrà il **23 febbraio** all'Auditorium "Sigi Ziering" in via Rio Torbido a Genova. Obiettivo del corso fare acquisire conoscenze teoriche e aggiornamenti sui modi di leggere e spiegare fenomeni psichici e comportamentali altrimenti incomprensibili, comprendere i meccanismi che determinano la tolleranza alla frustrazione come elemento base della vita lavorativa in ambito sanitario e imparare a conoscere la propria e l'altrui "tenuta narcisistica". 7 crediti ECM. **Per inf.: tel. 079/270464**

I bloccanti neuromuscolari steroidei: uso clinico e monitoraggio - Questo l'incontro che si terrà il **25 febbraio** al Jolly Hotel Marina sull'anestesia, il blocco neuromuscolare e la rianimazione. Ottenuti 4 crediti ECM. Per informazioni: **tel. 0103537242.**

La gestione dell'ansia in ambito sanitario - Si terrà all'Auditorium "Sigi Ziering" in via Rio Torbido a Genova, il **24 febbraio**, una giornata in cui si tratterà di ansia e stress, meccanismi di difesa dell'ansie e qualità della vita. Ricevuti 6 crediti ECM. Per inf.: tel. 079/270464.

Elettrocardiografia - Si terrà il **4 marzo**, al Novotel di Genova in via Cantore 8, il corso di aggiornamento "Elettrocardiografia di base per i medici di medicina generale: rischio cardiovascolare e danno d'organo", organizzato dall'associazione nazionale medici cardiologi ospedalieri (Anmco). Il corso ha come obiettivo di fornire conoscenze e aggiornamenti sull'elettrocardiografia, l'ipertrofia ventricolare sinistra e la prevenzione cardiovascolare. Ottenuti 6 crediti ECM. Per informazioni: **tel. 055/571798**.

Cefalea: impariamo a conoscerla - Questo il titolo dell'incontro che si terrà all'Auditorium dell'Acquario di Genova il **4 febbraio**, organizzato dalla P.H.A. Professional health accreditation. Si parlerà di diagnosi e terapia dell'emigrania, della cefalea tensiva, della cefalea a grappolo, cefalee secondarie e nevralgie, nonché del paziente cefalico (esempio di visita, diario cefalea, iter diagnostico/terapeutico). Per informazioni: **tel. 010/505385**.

Aggiornamenti in epatologia: le epatiti autoimmuni - Il **25 marzo**, si terrà all'Hotel Cenobio dei Dogi a Camogli, un corso di aggiornamento sull'epatiti croniche da virus B e C e su quelle autoimmuni. Promotore dell'evento il dipartimento della direzione universitaria di gastroenterologia ed epatologia di Genova. Crediti ECM: 3. Per inf.i: **tel. 011/505900**.

INSERZIONE PUBBLICITARIA



GLOBALSERVICE
Cooperativa a responsabilità limitata

**PERSONALE QUALIFICATO
PER GLI STUDI PROFESSIONALI**
(medici di famiglia e specialisti)

- ▶ Segretarie con formazione specifica
- ▶ Pulizie degli studi medici

GLOBALSERVICE s.r.l.

Passo Torbella 3/2 - 16159 Genova
Tel.: 010/4695354 - Fax: 010/4696035



Carlo Varese: novant'anni fa

Chi ama girare per Genova certamente conosce la zona dello storico mercato ortofrutticolo di Corso sardegna accanto alla spoglia facciata della chiesa della Santa Fede si affollano, sin dal primo mattino, autocarri di frutta e verdura con grande vociare di scaricatori, venditori ed acquirenti.

Proprio lì accanto vi sono due strade contigue, intitolate a due illustri personaggi dell'ottocento genovese: Carlo Varese e Michele Novaro. Chissà che i due, passeggiando tra gli orti che a quell'epoca verdeggiavano nella zona alle rive del Bisagno, non si fossero per caso incontrati; ma se fosse accaduto non si sarebbero neanche salutati, da illustri sconosciuti; nonostante che il primo fosse già un noto medico scrittore ed il secondo un valente musicista, che aveva fatto le scarpe a Giuseppe Verdi (così si dice, complice Mazzini) nel musicare l'inno di Mameli.

Carlo Varese era nato a Tortona, nel 1793: l'anno terribile della rivoluzione francese, e di spirito francese fu la sua educazione, ricevuta nel liceo di Alessandria. Ma, con le loro opere, anche due grandi italiani, Goldoni e Alfieri, ne furono protagonisti tanto da indurlo, appena quindicenne, a scrivere una tragedia "Oitona", forse anche rappresentata a Tortona e ad Alessandria. Pochi anni dopo, pare per evitare il servizio militare, a quell'epoca ben rischioso, si iscrisse alla facoltà di medicina e si laureò nel 1813 per far pratica a Pavia. Dobbiamo ringraziare una donna, come tante altre volte nella storia della cultura e dell'arte, per la sua sensibilità o la sua intelligenza nell'arguire i possibili sentieri da percorrere nella vita: fu infatti la bella figlia di un medico di Voghera, convo-

lando a giuste nozze, che la confortò, tra un salasso e l'altro, a riprendere la penna. Fu così che nel 1826 Varese pubblicò, anonimo, il suo primo romanzo; il successo fu tale (dieci edizioni, anche in francese) da incoraggiarle sulla strada della narrativa, con apprezzabili risultati: "La fidanzata ligure", stampato nel 1828, vendette a Milano in un sol giorno ben quattrocento copie: roba da far impallidire i più celebri scrittori di oggi. Giuseppe Mazzini onorò il libro di una sua recensione sull'Indicatore Genovese. Proprio a Genova Carlo Varese dedicherà otto volumi di "Storia della Repubblica di Genova dalle sue origini fino al 1514" che gli valse la nomina accademica a Torino e l'offerta di una cattedra universitaria in Inghilterra.

Ormai abitava a Genova e riposava sugli allori dei suoi romanzi, scritti alla maniera di W. Scott e L. Sterne "Sibilla Odaleta". "I Prigionieri di Pizzighettone", ecc..

Superati alcuni dissensi con la censura ebbe un più alto riconoscimento dalla stesso Cavour, che gli affidò l'appendice sul Risorgimento nel "Calendario Generale del Regno"; e poi con l'elezione a deputato nel nuovo Parlamento Italiano con sede a Firenze. Novant'anni fa, in Italia, era epoca di grandi cambiamenti; anche a Genova le nuove generazioni si dimenticarono presto di lui; invecchiato e stanco Carlo Varese si ritirò in Toscana, a Rovezzano; e vi chiuse la vita, nel settembre del 1866.

Solo qualcuno se ne ricorda ancora, passando vicino al mercato di Corso Sardegna.

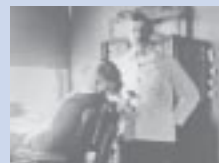


Carlo Varese

Silvano Florato

Notizie dalla C.A.O. Commissione Albo Odontoiatri

A cura di Massimo Gaggero



MODALITÀ DI PUBBLICAZIONE

Si comunica che in questa rubrica, già "Dentisti Notizie", da quest'anno denominata nell'ultima riunione C.A.O. "Notizie dalla C.A.O.", viene pubblicato come in passato, il materiale di pertinenza odon-

toiatrica ricevuto in tempo utile in redazione per fax: 010-593558 **o preferibilmente via e-mail: direzione@omcego.it**.

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

ATTI COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI

Si comunica quanto la C.A.O. ha deliberato nella prima riunione operativa del 4 gennaio u.s.:

A) Cooptazioni - Come successo nelle precedenti C.A.O., sono stati individuati alcuni colleghi iscritti all'Albo Odontoiatri della Provincia di Genova, i quali vengono cooptati in seno alla Commissione: Maria Clemens Barberis; Proscovia Salusciev; Alicia Spolidoro; Claudio Botticelli; Giuseppe Modugno; Gabriele Perosino.

B) Commissioni gruppi di lavoro - Si evidenzia la necessità di costituire alcune Commissioni-gruppi di lavoro per gli iscritti all'Albo Odontoiatri, come già avviene per l'Albo Medici. Al momento vengono individuate le sottoelencate Commissioni-gruppi di lavoro ed altresì i coordinatori delle stesse:
Rapporti con Università ed ospedali: Renato Parodi; *Odontoiatria e disabili, rapporti Ordine e famiglie:* Enrico Calcagno; *Odontoiatria del territorio:* Abdol Hamid Hazini; *Neo laureati - previdenza laureati in odontoiatria:* Massimo Milano; *Coordinamento date eventi culturali odontoiatrici:* Roberto Armano.

Le commissioni gruppi di lavoro avranno carattere elusivamente propositivo e saranno integrate da altri colleghi che verranno individuati dalla C.A.O. nelle prossime riunioni .

C) Attività ordinistiche specifiche - La C.A.O. nomina responsabili i seguenti colleghi: Proscovia Salusciev: *Responsabile parcelle*, Elio Annibaldi: *Responsabile pubblicità*, Maria Clemens Barberis: *Responsabile aperture studi*, Massimo Gaggero: *Responsabile rubrica "Notizie dalla C.A.O." su "Genova Medica"*.

D) Censimento studi - Si decide che, in caso di censimento di uno Studio Odontoiatrico, sul Cartello ordinistico potrà non essere indicato alcun orario, se non espressamente richiesto dall'Odontoiatra.

E) Contrassegni "medico/odontoiatra in visita domiciliare" per gli autoveicoli - bollini per motoveicoli - Si comunica che sono disponibili presso la sede dell'Ordine i contrassegni per la visita domiciliare medico/odontoiatra per autoveicoli ed i bollini medico/odontoiatra da applicare sui motoveicoli. Naturalmente ciò deve avvenire su richiesta dell'interessato autocertificando di avere in cura pazienti non trasportabili.

Comunicazioni di eventi odontoiatrici

ANDI GENOVA

XI Premio Andi Genova

Venerdì 17 febbraio p.v., ore 20.30, nella splendida cornice di Villa Spinola, si celebrerà, in occasione della ricorrenza di S. Apollonia, patrona dei Dentisti, la consegna dei **Premi Andi Genova** per **"meriti associativi"** e per **"meriti scientifico-culturali"**. Dell'evento si invierà ai colleghi genovesi la brochure con relativo invito allegato.

Per informazioni ed adesioni telefonare alla **Segreteria Andi Genova: tel 010/581190** nel nuovo orario di apertura al pubblico, ovvero dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9.00 alle ore 17.00, orario continuato.

Prossimi corsi Andi Genova

Si comunicano **gli incontri culturali** che si svolgeranno prossimamente nella **"Sala Corsi"** presso la sede di Piazza della Vittoria 12/6, Genova:

Corsi sulle emergenze di Pronto Soccorso e di Rianimazione Cardiopolmonare pediatrici (con rilascio di certificazione di riconoscimento internazionale della validità di due anni)

- **Venerdì 24 febbraio** (serata), Corso Retraining BLS-IRC pediatrico, riservato a coloro che hanno già effettuato il corso base.

- **Sabato 25 febbraio**, ore 9-18, Corso Base BLS-IRC pediatrico

Per informazioni ed iscrizioni: Segreteria Andi Genova, tel. 010/581190.

Congresso "Liguria Odontoiatrica" per dentisti e assistenti

Il Congresso "Liguria Odontoiatrica" 2006

si svolgerà il **7 e 8 Aprile p.v.** presso lo Starhotel President di Corte Lambruschini, e avrà come titolo *"Lo specialista di fronte ai problemi clinici: come risolverli"*; prevede relatori di chiara fama nazionale ed internazionale.

Il Congresso fa parte del Circuito Nazionale "Andi Eventi" .

La manifestazione si svolge in due giornate:

- la giornata di **Venerdì 7**, con **quattro Corsi monotematici**, a scelta tra i seguenti: Implantologia, Endodonzia, Protesi e Conservativa.

- nella giornata di **Sabato 8**, si svolgerà il **Congresso**, ore 9-18, che assemblerà in unica sessione i quattro argomenti.

E' previsto, inoltre, sempre nella **giornata di Sabato 8**, ore 9-18, il **Congresso per Assistenti di Studio dal titolo "L'Assistente di Studio Odontoiatrico di fronte ai problemi quotidiani: come risolverli"**; relatori: il "Team docenti" del corso A.S.O. Andi Genova.

Il numero dei posti è limitato a 50 per ogni corso del Venerdì e a 200 per il Congresso di Sabato, mentre per le Assistenti di Studio il numero è limitato a 100 posti.

Per informazioni ed iscrizioni: Segreteria Organizzativa E20 s.r.l. Tel. 010/5960362.

PRIMO MEMORIAL ILIC'

Venerdì 3 febbraio, ore 9-18, presso Sala Corsi Andi Genova, di Piazza della Vittoria 12/6, si svolgerà il **1° Memorial Ivan M Illic'**. Relatori i dott.ri Marco Oddera, Piero Silvestrini Biavati, Carlo Becce, Cesare Robello. Per informazioni ed iscrizioni:

Notizie dalla C.A.O.

Segreteria Organizzativa Illic', telefono 02/55016655.

CONGRESSO NAZIONALE DELLA SICO A GENOVA




Sabato 11 marzo, ore 9-18, presso lo Starhotel President, si svolgerà il **Congresso**

Nazionale della SICO (Società Italiana di Chirurgia Orale) patrocinato da Andi Genova e Andi Liguria. Per informazioni è possibile contattare la Segreteria Scientifica, **dott. Francesco Scarparo**, tel. 049/8762886 e la Segreteria Organizzativa, tel. 0521/290191 e-mail: info@e20srl.com

STRUTTURE PROVVISORIAMENTE ACCREDITATE

(PROVINCIA DI GENOVA)

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

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

RX TF S TC RM

PC Ria RX TF S DS TC RM





PC Ria S DS

RX RT TF DS

PC Ria S DS

TF S

PC Ria RX S DS

STRUTTURE PRIVATE		INDIRIZZO E TEL.	SPECIALITA'										
IST. FIDES		GENOVA											
Dir. Tec.: Dr. C.E. Scielzo		Via Bolzano, 1B											
Spec. Medicina Fisica e Riab.		010/3741548											
Dir. Tec.: D.ssa Caterina Sgarito		Via Valle Calda, 45 (Campoligure)											
Spec. Fisioterapia		010/9219017											
IST. GALENO		GENOVA	PC	RX	RT	TF	S	DS					
Dir. san. e R.B.: D.ssa G. Barberis		P.sso Antiochia 2a											
Biologo Spec.: Igiene or. Lab.		010/319331											
R.B.: Dr. R. Lagorio Spec. Radiologia Medica		010/594409											
Dir. tec.: Dr. G. Brichetto Spec. Ter. Fisica e Riabilitaz.		010/592540											
IST. GIORGI		GENOVA	PC	RX	RT	TF	S	DS	TC	RM			
Dir. San. e R.B.: Dr. G. Giorgi Spec.: Rad. Med.		Via XII Ottobre 114B/R											
Ter.Fis. e Fkt.: D.ssa P. Spigno Spec.: Fisiatria		010/592932											
Dir. San. e R.B.: Dr. P. Sconfienza Spec.: Rad. Med.		Via Vezzani 21r											
Ter.Fis. e Fkt.: Dr. S. Tanganelli Spec.: Fisioterapia		010/7457474/5											
IST. I.R.O. Radiologia - certif. ISO 9002 		GENOVA											
Dir. Tec. e R.B.: Dr. L. Reggiani		Via Vannucci, 1/15											
Spec.: Radiodiagnostica		010/561530-532184											
R.B.: Dr. G. Verso Spec.: Reumatologia													
IST. ISMAR certif. ISO 9002 		GENOVA	PC	Ria	RX		S	DS	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											
<i>Punto prelievi:</i> Via Canepari 65 r		tel. 010/4699669											
IST. LAB certif. ISO 9001-2000 		GENOVA	PC	Ria			S	DS					
Dir. Tec. D.ssa M. Guerrina		Via Cesarea 12/4											
Biologa		010/581181 - 592973											
<i>Punto prelievi:</i> C.so Magenta, 21 A (Castelletto)		tel.010/2513219											
IST. MANARA		GE - BOLZANETO	PC	RX	TF	S	DS	RM					
Dir. San. e Dir. Tec.: Dr. M. Manara		Via Bolzaneto 33/6											
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													
IST. MORGAGNI certif. ISO 9001-2910 		GENOVA	PC	RX			S	DS					
Dir. San. e R.B.: D.ssa A. Lamedica		C.so De Stefanis 1											
Biologo Spec.: Patologia Clinica		010/876606 - 8391235											
R.B.: Dr. L. Berri Spec. Radiologia		Via G. Oberdan 284H/R											
R.B.: Prof. G. Lamedica Spec. Cardiologia		010/321039											
IST. NEUMAIER		GENOVA											
Dir. San. e R.B.: Dr. E. Balestra		Via XX Settembre 5											
Spec.: Radiologia		010/593660											
CENTRO RADIOLOGICO E FISIOTERAPICO		GE - BUSALLA											
Dir. San. e R.B.: Prof. L. Morra		Via Chiappa 4											
Spec.: Radiologia medica		010/9640300											
Resp. Terapia fisica: Dr. Franco Civera Spec.: Fisiatria													
IST. RADIOLOGIA RECCO		GE - RECCO											
Dir. San. e R.B.: Dr. C. A. Melani		P.zza Nicoloso 9/10											
Spec.: Radiodiagnostica		0185/720061											
Resp. Terapia fisica: D.ssa A. Focacci Spec.: Fisiatria													
IST. SALUS certif. ISO 9002 		GENOVA	PC	Ria	MN	RX	RT	TF	S	DS	TC	RM	
Dir. San. e R.B.: Dr. E. Bartolini		P.zza Dante 9											
Spec.: Radiologia Igiene Med. Prev.		010/586642											