

# Genova Medica

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

**10/2006**  
Ottobre



**QUESTIONARIO: Stress  
lavorativo e disagio - pag. 15**  
**CORSO: La cartella clinica  
e il consenso informato - pag. 4**

**La nuova finanziaria  
rappresenta una  
svolta per il Ssn?**

**Cartella clinica  
e responsabilità  
dei medici**

**Risk management:  
un esempio  
tutto genovese**

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



# Genova Medica Bollettino

10/2006  
Ottobre

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

## "GENOVA MEDICA"

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

### Direttore responsabile

Enrico Bartolini

### Comitato di redazione

Alberto Ferrando

Massimo Gaggero

Roberta Baldi

Andrea Stimamiglio

## CONSIGLIO DIRETTIVO

### Presidente

Enrico Bartolini

### Vice Presidente

Alberto Ferrando

### Segretario

Giovanni Regesta

### Tesoriere

Maria Proscovia Salusciev

### Consiglieri

Maria Clemens Barberis

Giuseppina F. Boidi

Luigi Carlo Bottaro

Alberto De Micheli

Riccardo Ghio

Claudio Giuntini

Luciano Lusardi

Gemma Migliaro

Gian Luigi Ravetti

Benedetto Ratto

Andrea Stimamiglio

Giorgio Inglese Ganora

Marco Oddera

## COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

### Presidente

Matteo Basso

### Effettivi

Maurizia Barabino

Aldo Cagnazzo

### Supplente

Maurizio Giunchedi

## COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI

Elio Annibaldi **Presidente**

Massimo Gaggero **Segretario**

Giorgio Inglese Ganora

Paolo Mantovani

Marco Oddera

## Editoriale

- 2 La nuova finanziaria non rappresenta  
una svolta per il Ssn?

## In primo piano

- 3 Cartella clinica: le responsabilità dei medici  
4 Corso : " La cartella clinica e il consenso informato"  
6 Dimenticare o ricordare?

## Vita dell'Ordine

- 8 Risk management: un esempio genovese

## Cronaca & attualità

- 12 Premiato Franco Henriquet con il " Grifo d'oro"  
15 Questionario " Stress lavorativo e disagio"  
19 Il significato etico del budget

## Leggi & regole

- 22 Decreto Bersani: cosa cambia nella tassazione  
23 Quando decorre il diritto al risarcimento

## 24 Corsi & Convegni

## 25 Recensioni

## Medicina & cultura

- 26 Le parole dei medici

## Lettere al direttore

- 28 Dove il medico non è più richiesto

## 29 Notizie dalla C.A.O. a cura di M. Gaggero

**Periodico mensile** - Anno 14 n°10 ottobre 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:** Sir Luke Fildes "The Doctor", 1887 - Tate Gallery,  
London - **Finito di stampare nel mese di ottobre 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  
Site: [www.omceoge.org](http://www.omceoge.org) E-mail: [ordmedge@omceoge.org](mailto:ordmedge@omceoge.org)

sommario

## La nuova finanziaria rappresenta una svolta per il Ssn?

**R**ecentemente il Ministro della salute, Livia Turco, nel commentare le misure adottate per la sanità previste nella finanziaria e le principali novità del nuovo patto per la salute con le regioni, ha sottolineato che: "La Finanziaria 2007 non toglie, ma dà e, insieme al Patto per la salute, salva il servizio sanitario pubblico e lo pone su basi più solide, non solo finanziarie, ma anche di leale e forte collaborazione istituzionale.

Quindi - ha aggiunto - la Finanziaria e il Patto per la salute rappresentano una vera e propria svolta, dopo anni di sottostima del fondo sanitario e di assenza di politiche di investimenti a lungo termine per il Ssn".

Le espressioni del Ministro sono senz'altro degne di nota, ma dopo un'attenta lettura dei capitoli della legge Finanziaria riguardanti gli interventi in materia sanitaria, mi pare doveroso esprimere alcune perplessità sulle necessità, più volte richiamate, di un continuo concerto tra il Ministero della salute ed il Ministero delle finanze. Sembra, dai contenuti della legge, che venga privilegiato soprattutto l'aspetto economico: infatti, il finanziamento del sistema sanitario è attuato dallo Stato mentre i servizi vengono offerti dalle regioni e questo può creare un contenzioso infinito fra Stato e regioni con talvolta una mancanza di assunzione di responsabilità ai diversi livelli.

Come ho già più volte sottolineato sulle pagine di "Genova Medica", pur ritenendo corretta e dovuta la verifica della spesa sani-

taria, sono convinto che il servizio che noi eroghiamo si chiama "salute" e questa non può solamente essere parametrata sui costi, ma anche sulle modalità di come si desidera erogarla. Quando si parla di "livelli essenziali di assistenza", fermo restando il DPCM 29/11/2001, ritengo sia necessario stabilire anche il livello qualitativo del servizio che si vuole erogare. Se me lo permettete, paragonerei, il Ssn ad "un grande albergo" al quale si dovrebbe decidere quante stelle dargli.

Non vorrei che venisse gabellato un hotel da due stelle con uno da quattro!

Oggi è ormai consolidato che il paziente richiede sempre migliori prestazioni e da questo ne deriva che qualità ed efficienza richiedono investimenti e scelte purtroppo anche politicamente impopolari.

Per uscire da questa situazione è necessario che venga definita con chiarezza la "qualità del servizio" che ciascuna regione deve offrire, stabilendo a livello centrale l'ammontare delle risorse necessarie affinché ciascuna di essa possa far fronte in maniera adeguata alle esigenze del cittadino. Ormai, da troppi anni in Italia si governa la sanità con leggi finanziarie annuali e patti per la salute pur sapendo consciamente che ciò porterà ad una continua e costante instabilità finanziaria determinata dall'assenza di una qualsiasi coerenza tra risorse impiegate ed obiettivi di salute definiti.

**Enrico Bartolini**

## Le responsabilità dei medici nella compilazione della cartella clinica

**S**pesso, come si è avuto occasione di affermare da queste colonne, la giurisprudenza ha assunto nei confronti della professione medica atteggiamenti eccessivi e quasi punitivi. Bisogna dire, però, che il rigore richiesto dai giudici non è sempre fuori luogo: nel caso della compilazione delle cartelle cliniche, ad esempio, il personale medico troppo spesso sottovaluta quanto sia rilevante una scrupolosa osservanza delle regole.

La disciplina giuridica sulla cartella clinica è piuttosto sfuggente. Si tenga presente, infatti, che a parte qualche raro intervento normativo (il più importante dei quali è costituito dal D.P.R. n. 128/1969), la gran parte delle regole sono di origine giurisprudenziale, essendosi formate con la progressiva stratificazione delle sentenze dei giudici civili e penali.

Limitandosi a qualche cenno di fondo, deve anzitutto ricordarsi che **la cartella clinica costituisce un vero e proprio atto pubblico**. Si è discusso in passato se il carattere ufficiale della cartella clinica sorgesse con la chiusura del fascicolo e con le dimissioni del paziente (così ad es. Cass. penale, sez. V, 8-2-1991), ovvero se ogni singola annotazione integrasse di per sé gli estremi dell'atto pubblico (così, ex multis, Cass. pen., sez. V, 20-1-1987; Cass. pen., sez. V, 26-11-1997, n. 1098). La questione è ormai risolta nel secondo senso, per cui la cartella clinica è un atto pubblico a formazione progressiva, dal rico-



vero alle dimissioni.

La precedente specificazione rileva per individuare il tipo ed il grado di responsabilità del medico: la qualificazione della cartella come atto pubblico, infatti, implica la qualificazione del medico come pubblico ufficiale certificatore. La soluzione accolta impone al medico curante di annotare sulla cartella clinica gli eventi contestualmente al loro verificarsi, e non in un momento successivo o, addirittura, al momento delle dimissioni. Ciò rileva in particolar modo per il cd. diario clinico: tale scheda deve riportare le indicazioni specifiche relative alle condizioni del paziente in ogni singolo giorno del ricovero. Poiché ogni annotazione si configura come atto autonomo, il diario clinico deve necessariamente essere datato, firmato e timbrato giorno per giorno. Una diversa compilazione (ad esempio la stesura sequenziale di generiche informazioni cliniche, senza firme quotidiane e con la medesima penna e grafia) espone verosimilmente il medico a responsabilità penale per omissione di atti d'ufficio, oppure per falso materiale o ideologico.

Già questo dovrebbe indurre gli operatori a riflettere con attenzione sui rischi che comporta una inesatta tenuta della cartella, cor-

reggendo l'abitudine troppo spesso diffusa di considerare la compilazione una mera formalità burocratica.

Ma c'è di più. **La cartella deve essere compilata in modo chiaro e leggibile, ed ogni annotazione dev'essere riferibile ad un singolo sanitario.** Ciò significa, tra l'altro, che non possono essere apportate cancellazioni, abrasioni o modifiche, né integrazioni ex post. Le uniche correzioni ammissibili sono quelle effettuate con un rigo di penna che lasci leggibile il testo corretto. In ogni altro caso, compresa la contraffazione dell'autore dell'annotazione, il medico risponde penal-

mente di falso materiale: tale reato, disciplinato dall'art. 476 c.p., comporta la reclusione sino a dieci anni.

Qualora invece non siano rappresentate correttamente le circostanze di fatto, sia relative al paziente che al medico (e quindi, ad esempio, qualora manchino le indicazioni di data e ora delle annotazioni, qualora manchino dati relativi all'anamnesi o addirittura quando la grafia sia illeggibile), il sanitario risponde di falso ideologico, ex art. 479 c.p.

Si dica, poi, che l'incompleta compilazione della cartella clinica concreta la presunzione che sussista un nesso di causalità tra condot-

### Corso di aggiornamento:

## LA CARTELLA CLINICA ED IL CONSENSO INFORMATO. ATTI IRRINUNCIABILI DELLA PROFESSIONE.

Martedì 21 e mercoledì 22 novembre alle ore 18,00, si terrà nella sala convegni dell'Ordine dei medici di Genova in piazza della Vittoria 12/5, il corso di aggiornamento: **"La cartella clinica ed il consenso informato. Atti irrinunciabili della professione"**.

### Programma:

18.00 Registrazione partecipanti  
18.15 Presentazione del corso:  
dr. E. Bartolini

#### I Sessione - martedì 21 novembre

Moderatore: d.ssa Virginia Mortara  
18.20 **Gli aspetti deontologici della cartella clinica** - dr. A. Ferrando  
18.35 **La cartella clinica nell'attività odontoiatrica** - dr. E. Annibaldi  
18.50 **La cartella clinica come driver dei flussi informativi** - dr. G. Gaggero  
19.10 **La cartella clinica come strumento di tutela del paziente e del medico**  
dr. A. Stimamiglio, dr. M. Fonzari,  
dr. A. Celenza, dr. A. Lomi,  
avv. A. Lanata.

20.30 Discussione  
21.15 **Distribuzione questionario per verifica apprendimento**

#### II Sessione - mercoledì 22 novembre

Moderatore dr. Claudio Zauli  
18.00 **Aspetti deontologici del consenso informato** - dr. E. Bartolini  
18.15 **Il consenso del paziente tra deontologia e diritto** - prof. M. Canale  
18.45 **Il contenzioso sulla cartella clinica e sul consenso: doveri del medico**  
avv. L. Cuocolo, avv. P. Carbone,  
avv. R. Clavarezza, prof. F. De Stefano  
20.00 Discussione  
21.15 **Distribuzione questionario per verifica apprendimento**  
21.30 Termine dei lavori.

ta del medico e danno, allorché il comportamento del medico sia astrattamente idoneo a produrre il nocumento in capo al paziente.

Infine è ovvio che una inesatta compilazione della cartella clinica espone i sanitari e le Aziende ospedaliere anche a responsabilità civile, con il conseguente obbligo di risarcire il danno ingiusto.

Questi pochi cenni bastano a rendere l'idea di quali e quante siano le responsabilità del medico ospedaliero, ed in specie del primario, nella compilazione e nella tenuta della cartella clinica. È vero che l'eccessiva "invasione" delle regole giuridiche rende viepiù

complesso l'esercizio della professione medica. Ma è altresì vero che alcune regole, in apparenza solo formali, sono da un lato a garanzia del medico e dall'altro a garanzia del bene salute del singolo, che prima di essere paziente è persona umana, come tale protetta dalle regole del diritto e dai principi costituzionali. Non sarà dunque un caso, forse, che Ippocrate incidesse nel marmo – sulle colonne degli asclepei – l'evoluzione clinica dei propri pazienti.

**Prof. avv. Lorenzo Cuocolo**

*Associato di Diritto pubblico comparato -  
Università "L. Bocconi", Milano*

**Modalità di partecipazione:** Le adesioni dovranno pervenire alla segreteria organizzativa a mezzo fax (010 593 558) o e-mail (amministrazione@omceoge.org). Segr. scient.: dr. E. Bartolini, dr. A. Ferrando, prof.

**Relatori:**

**dr. Elio Annibaldi** - *presidente C.A.O. Ordine prov. medici chirurghi e odontoiatri Genova*

**dr. Enrico Bartolini** *presidente Ordine prov. medici chirurghi e odontoiatri - Genova;*

**prof. Marcello Canale** *medico legale;*

**avv. Paolo Carbone** *Ufficio legale, Azienda ospedaliera universitaria "San Martino" Genova;*

**dr. Alfonso Celenza** *Specialista ambulatoriale Asl 3 Genovese;*

**avv. Riccardo Clavarezza** *Ufficio legale, Azienda osp. univ. "San Martino" Genova;*

**avv. Lorenzo Cuocolo** *Università Bocconi, Milano;*

**prof. Francesco De Stefano** *medico legale - Università degli studi di Genova;*

**dr. Alberto Ferrando** *vice presidente -*

G. Regesta. Richiesto accreditamento regionale ECM. Segreteria organizzativa: Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri, Genova, piazza della Vittoria 12/4. Telefono 010 587 846. Dal lun. al ven. 8,30 - 14,30.

*Ordine provinciale medici chirurghi e odontoiatri - Genova;*

**dr. Marco Fonzari** *neurologo, Azienda osp. universitaria "San Martino" Genova;*

**dr. Gabriele Gaggero** *specializzando in anatomia patologica, Azienda ospedaliera universitaria "San Martino" Genova;*

**avv. Alessandro Lanata** *legale Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri - Genova;*

**dr. Andrea Lomi** *medico legale, Asl 3 Genovese;*

**d.ssa Virginia Mortara** *medico legale, sovrintendente medico regionale Inail;*

**dr. Andrea Stimamiglio** *Consigliere - Ordine provinciale medici chirurghi e odontoiatri - Genova;*

**dr. Claudio Zauli** *medico legale, dirigente medico direzione provinciale Inps Genova.*

## Dimenticare o ricordare?

“Dimenticalo... ne troverai uno migliore... non ti merita!” dice la mamma per consolare la figlia abbandonata dal fidanzato. Come se fosse facile dimenticare!

Intanto non lo si può fare a comando, perché i ricordi, come i sentimenti, non sono dominio della ragione né della volontà...e poi perché...siamo sicuri che il dimenticare sia la cosa migliore per l'equilibrio psichico?

La questione è controversa e come al solito divide i neurologi dagli psicoterapeuti.

In Israele, dove il tema del ricordare o dimenticare assume un valore extraindividuale, ha suscitato scalpore l'affermazione di P. Lavitz, neurofisiologo e studioso del sonno di fama internazionale, il quale sostiene che solo l'oblio delle tensioni della giornata, dei traumi, permette un buon sonno e il recupero della piena funzionalità cerebrale e, a sostegno, cita i sopravvissuti della shoà; solo chi ha saputo dimenticare, afferma, è riuscito a trovare un suo equilibrio, non turbato da sogni angosciosi.

Il contrasto con Freud e la psicanalisi sono stridenti, perché la psicoterapia si basa in parte sull'aiutare il paziente a ricordare, a riprendere quel filo interrotto da un trauma o da una forte emozione; per la psicologia dinamica infatti, gli affetti e i pensieri dimenticati, e rimossi dal campo della coscienza, si rifanno vivi con i sintomi nevrotici, i lapsus, i sogni ecc.. Paradossalmente si potrebbe dire che solo ricordando il materiale sprofondata nell'inconscio, si può dimenticare bene. Solo riportando alla coscienza quei ricordi e quelle emozioni che tanto ci avevano spaventato, e solo collegandole con altre parti del proprio



Sè, dando loro una spiegazione, tollerando le ferite, comprendendole in un quadro di insieme più vasto, cioè solo rielaborandole in modo più adulto, solo così si possono accettare e, a questo punto, dimenticare come fenomeni della

nostra vita ormai risolti.

Ricordo il caso di un ragazzo adolescente, depresso e inquieto, traumatizzato dopo aver appreso segreti di famiglia che lo avevano molto emozionato. Aveva alle sue spalle diversi tentativi di suicidio, l'ultimo molto grave, che avevano provocato un lungo ricovero. I colleghi, sia in periodo di degenza che successivamente, ivi compreso il medico di famiglia, avevano sostenuto la famiglia, peraltro collaborante e impegnata, e avevano consigliato un lungo periodo di trattamento sia farmacologico che psicoterapeutico. Invece... superata l'estate, il ragazzo si era trovato una nuova occupazione e una ragazza e, cortesemente, rifiutò ogni ulteriore trattamento medico o psicologico.

Insistere in questo caso non si può ma...cosa pensare? Lasciamo che la vita riprenda il suo corso, pensando che la ferita si chiuderà da se, con una guarigione "naturale", dove, appunto, l'oblio rappresenta la cosa migliore? O aspettarsi che la soluzione trovata sia una guarigione "in difetto", che produce limitazioni funzionali della capacità di pensare e di comportarsi e che pertanto è bene stargli vicino e prepararsi all'insorgenza di sintomi o disturbi comportamentali?

Nel porvi il quesito so di stimolare le risposte di senso comune e di equilibrio, la parte genitoriale che è in noi, che sostiene il ragazzo sofferente comunque e sempre, empaticamente ed emotivamente indifferente alla coerenza teorica. Ma provate a mettervi nei

panni dei colleghi, psichiatri e psicoterapeuti interpellati, e proviamo a fare insieme un discorso clinico. Sul piano neuro-biologico sembra che il sistema nervoso di quel ragazzo abbia ripreso a funzionare, testimoniato dai comportamenti "normali", adattativi, che mostra (va a scuola, ha la ragazza); ed anche dalla partecipazione emotiva (è contento, fa volentieri le cose scelte).

Ma sul piano del funzionamento mentale, resta il sospetto che qualcosa rimanga nascosto, che possa prevalere un Sé volitivo rispetto a un Sé affettivo, che una parte delle proprie funzioni mentali (la memoria) venga scollegata da altre parti (il pensiero, gli affetti), che una parte dell'energia psichica sia spesa per rimuovere i cattivi pensieri e quindi venga a mancare in caso di nuove sfide. Tutto un lavoro interno che forse è bene conoscere ed elaborare.

In campo psicoterapeutico un caso come questo viene chiamato "fuga nella guarigione", affermazione paradossale con cui cer-

chiamo di esprimere come a volte il comportamento "normale", nasconde lacune e ferite... un po' come la guarigione da certe polmoniti che tuttavia ci lasciano più fragili sul piano della funzionalità respiratoria.

La soluzione non ve la so dare, anche perché la clinica ci insegna che bisogna essere elastici, aperti e restare molto aderenti al singolo caso clinico. Invece, in finale, per dilettarvi, vi propongo un dilemma un po' più romantico e letterario: di fronte ai mali della vita, ai traumi, dobbiamo andare avanti senza chiedere grazie né scusa, sopportando i pesi che sopraggiungono e buttandoci dietro le spalle? oppure è meglio piegarsi nel rimorso e nel rimpianto, alla ricerca delle nostre colpe, errori e limiti, nella speranza di poter cominciare una vita più equilibrata?

*Roberto Ghirardelli*

**Elezioni Sip** - Al Congresso nazionale della Società italiana di pediatria, (Catania dal 4 al 7 ottobre scorso), eletto presidente della Sip per il triennio 2007-2009 il prof. Pasquale di Pietro, direttore del Dipartimento emergenza e accettazione pediatrica dell'Istituto Gaslini di Genova. Eletta, nel Consiglio direttivo, la dr.ssa Carla Navone, direttore della Struttura complessa di neonatologia e pediatria dell'"Ospedale S. Corona" di Pietra Ligure.

**Ricettari stupefacenti** - I colleghi in possesso di ricettari madre e figlia di tipo unico ("ricettari gialli"), per la prescrizione di farmaci stupefacenti, contenenti ricette non ancora utilizzate, devono riconsegnarli agli uffici dell'Ordine **entro e non il 30 novembre 2006**.

**La Commissione per lo studio dei problemi sociali derivanti da abuso di sostanze alcoliche, stupefacenti, medicinali e controllo sulla correttezza dell'informazione** (Coordinatore Luigi Bottaro) dopo attenta analisi sulla necessità di fare chiarezza sul problema alcool, proporrà, dal prossimo numero di "Genova Medica", interventi specifici che possano essere d'aiuto nella quotidianità del medico. Troppe volte, infatti, vengono affrontati i diversi aspetti dell'alcolismo senza valutare con la dovuta gravità i rischi professionali, le ricadute psicofisiche degli abusi e senza conoscere gli obblighi previsti dalle normative vigenti.

**Riunione sull'Irap** - E' stata fissata per il **7 novembre, ore 20.30** alla sede dell'Ordine la riunione sui **rimborsi Irap**. Comunicare la propria partecipazione al tel.010/587846 sig. Pittaluga o e-mail: pubblico@omceoge.org.



## Risk management: l'esempio di una realtà tutta genovese

*I verbali delle riunioni della commissione rischio clinico - Coordinatore: dr. Aldo Cagnazzo. Componenti: dr. Maurizio Leone, dr. Andrea Molinelli, dr. Ernesto Nardelli, dr. Michele Paccione, dr. Francesco Ventura.*

**19 giugno 2006**

*La Commissione si è riunita per discutere gli obiettivi prefissati e quindi attuare una programmazione dell'attività.*

*Dopo l'articolo esplicativo sul "Risk management" pubblicato su "Genova Medica" del maggio 2006, ha deciso di svolgere un'indagine al fine di rendere noto come ogni struttura ospedaliera del territorio genovese gestisca questa problematica e in conseguenza quali siano le ricadute sui contratti assicurativi R. C. stipulati. Si è anche deciso di valutare la possibilità di organizzare un convegno sull'argomento nell'ambito del quale si realizzi anche la simulazione di un processo per malpractice medica.*

**24 luglio 2006**

*In questa riunione la Commissione ha iniziato con l'Ospedale Evangelico Internazionale di Genova una serie di incontri per conoscere le varie realtà organizzative per l'attuazione di un programma di "Risk management" ospedaliero. Per l'Ospedale Evangelico Internazionale sono quindi state invitate: la d.ssa Daniela Pezzano dirigente medico della Direzione sanitaria responsabile S.S. rischio clinico, la d.ssa Rita Hervatin responsabile Affari generali e la sig.ra Liliana Ravera collaboratore della Direzione sanitaria esperto "Risk management" Riportiamo di seguito il programma di gestione del rischio clinico dell'ospedale illustrato in questo incontro a cura dei componenti della Commissione "Risk management" dell'Ordine e dei relatori dell' Ospedale Evangelico intervenuti alla riunione.*

L'Ospedale Evangelico Internazionale, come la maggioranza delle strutture sanitarie italiane, ha subito, nell'ultimo quinquennio, un notevole aumento dei costi assicurativi a causa, tra l'altro, di un incremento della sinistrosità. Ciò ha condotto all'innalzamento dei premi e, dal punto di vista normativo, al cambiamento del regime di copertura previsto in polizza, da loss occurrence a claims made.

Sino al 2001 la copertura RC "loss occurrence" aveva tenuto indenne l'Ospedale Evangelico dalle richieste di risarcimento relative a fatti e/o atti avvenuti durante la validità

delle polizze che si erano succedute, senza tenere conto della data di denuncia del sinistro o richiesta di risarcimento.

Questo tipo di copertura, molto ampia non aveva, quindi, mai esposto l'Ospedale Evangelico a rischi di scoperture.

Nell'agosto del 2001 la Compagnia assicuratrice dell'epoca, richiedendo una revisione contrattuale della polizza in vigenza, ha introdotto il regime "claims made", copertura che tiene indenni dalle richieste di risarcimento per fatti e/o atti che avvengano durante la validità della polizza e ricevute nel

corso della validità stessa o per un periodo successivo predefinito, nel caso in specie sino al 31/12/2006. Questo tipo di copertura porta consistenti vantaggi alle sole Compagnie in quanto quest'ultime non prendendo più in carico le denunce tardive, riescono a focalizzare il rischio in tempi più brevi e ad applicare immediatamente un tasso di premio più alto per equilibrare l'andamento sinistri/ premi negativi.

Infatti, seguendo tale logica, a causa di un andamento sinistri non brillante, tale contratto alla fine del 2003 non è stato più rinnovato e l'Ente e il proprio broker hanno avuto notevoli difficoltà a reperire una Compagnia che si accollasse il rischio per l'attività dell'anno 2004. La polizza, poi stipulata, ha comportato un aumento consistente del premio ma soprattutto l'introduzione di una franchigia aggregata di euro 500.000 nonché l'applicazione del regime di claims made cosiddetta "secca" cioè sprovvista sia di pregressa che di postuma.

La stipula di tale nuova polizza con il conseguente aumento dei costi, ma soprattutto l'enorme franchigia hanno provocato serie ripercussioni all'interno della azienda nonché un problematico clima organizzativo aziendale. Si è cercato di porre immediato rimedio a tutto ciò coinvolgendo tutte le realtà aziendali nell'adozione di correttivi destinati soprattutto a migliorare la situazione sinistri tramite il "controllo dei rischi" e la messa a punto di un sistema aziendale per la "gestione del rischio".

Si è operato, su altro versante, per addivenire alla stipula per l'anno 2005 di una polizza

con una franchigia inferiore e una quota di premio pro mille più bassa.

Anche grazie ad un numero potenzialmente inferiore di sinistri è stato possibile raggiungere l'obiettivo prefissato di una polizza con una franchigia aggregata ridotta del 50%, ma soprattutto raccordare, con una pregressa, la polizza 2003 a quella del 2005 e quindi non avere scoperture di alcun tipo per l'anno 2004. La durata della nuova polizza è di 3 anni con rinnovo annuale e con scadenza, quindi, nell'anno 2007.



E' possibile concludere rilevando che le vicissitudini assicurative sopra descritte hanno consentito il positivo effetto di accelerare l'introduzione della "gestione del rischio" che è divenuta patrimonio di tutti gli

operatori dell'Ospedale Evangelico e, soprattutto, punto di forza aziendale con indiscussi benefici, oltre che in termini di attenzione al paziente, anche in termini di sinistrosità.

Fatte queste premesse e riconfermato il fatto che il rischio clinico e le sue conseguenze non solo economiche, da anni, focalizzano l'attenzione di tutti i livelli dell'organizzazione sanitaria e specialmente di coloro che quotidianamente si occupano della salute dei cittadini, affrontando problemi di svariata natura ad essa collegate (deontologici, economici, normativi, sociali, formativi, ecc), si illustra, quindi, direttamente le strategie che l'Ospedale Evangelico Internazionale di Genova ha deciso di implementare per meglio affrontare le crescenti problematiche in merito.

Consci che nessun obiettivo è raggiungibile e nessuna strategia risulta efficace senza il

forte appoggio dell'alta direzione e il coinvolgimento dell'intera organizzazione - intesa come l'insieme di persone che la costituiscono - il lavoro svolto si può illustrare nei seguenti termini:

## **1 DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI**

### **Obiettivi generali**

► Promuovere tra gli operatori la cultura della gestione del rischio clinico come parte integrante di un sistema di qualità aziendale, per aumentare la sicurezza del paziente e migliorare l'appropriatezza, in termini di risultati di salute erogata, della struttura sanitaria.

► Creare un sistema di gestione dei rischi economico/finanziari conseguente allo svolgimento delle attività sanitarie al fine di diminuire il volume del contenzioso e influire positivamente sui premi delle polizze assicurative.

### **Obiettivi specifici**

Istituzionalizzare un sistema di gestione del rischio che veda la:

► Attivazione di un processo di formazione del personale sanitario e non (Ufficio affari generali, Servizio prevenz. e protezione) che consenta agli operatori di affrontare e gestire le problematiche inerenti il rischio clinico.

► Costituzione di un "Glossario del rischio" condiviso dagli ambiti professionali interessati al tema.

► Individuazione degli strumenti e degli indicatori necessari per la rilevazione, valutazione e monitoraggio del rischio clinico, anche sotto l'aspetto della gestione delle controversie/contenziosi.

► Implementazione di un sistema di reporting dei monitoraggi effettuati, che consenta la costituzione di un data-base per le successive elaborazioni statistiche e contenente anche relazioni/proposte sulle azioni di miglio-

ramento individuate.

► Istituzionalizzazione dell'organizzazione attraverso la creazione e riconoscimento ufficiale di diversi organi che svolgono le proprie funzioni a diversi livelli:

◆ Struttura semplice gestione del rischio clinico, afferente alla Direzione sanitaria, con funzioni di coordinamento e supervisione;

◆ Commissione per la gestione del rischio clinico (C.G.R.C.), gruppo costituito dal responsabile della struttura semplice gestione del rischio clinico, dai membri del Nucleo gestione rischio, da direttori di struttura complessa (SS.CC), da rappresentanti del Sistema qualità, con funzioni analitiche e decisionali da proporre all'Alta Direzione;

◆ Nucleo gestione rischio clinico (N.G.R.), costituito da un ristretto numero di persone afferenti alla direzione sanitaria e all'area qualità, fortemente vincolato al segreto d'ufficio e con funzioni di collegamento tra i diversi livelli del sistema, di tutoraggio verso i referenti delle SS.CC., di ricerca e proposta di strumenti necessari, di analisi e misurazione, di elaborazione e diffusione dei dati raccolti;

◆ Referenti di struttura complessa, individuati in ogni S.C. e rappresentativi delle diverse professionalità che vi operano, con funzioni di stimolo verso gli altri professionisti e supervisione delle attività inerenti la gestione del rischio clinico nelle proprie realtà lavorative;

◆ Gruppi di miglioramento, multiprofessionali e multidisciplinari, con funzione di analisi dei processi critici e proposta di azioni di miglioramento delle criticità emerse.

## **2 RISULTATI ATTESI**

► Sviluppare negli operatori la cultura della gestione del rischio clinico garantendo un attento e continuo monitoraggio degli eventi avversi e dei "quasi eventi" teso ad aumentare la sicurezza dei pazienti, con un processo

inserito in un programma di miglioramento continuo della qualità che si presenti anche come elemento di affidabilità in sede di riduzione del contenzioso e di contrattazione con le assicurazioni.

### **3 CONCLUSIONI**

Gli obiettivi specifici prefissati sono stati raggiunti, e ne è prova la certificazione Uni-Enso Vision 2000 del processo per la gestione del rischio clinico ottenuta nel mese di giugno del 2006. Sono stati ufficialmente riconosciuti attraverso delibera gli organi individuati negli obiettivi.

Sino dal 2002 è stata realizzata una intensa attività di formazione di tutto il personale sanitario, tesa all'aumento della cultura della gestione del rischio clinico e alla spinta motivazionale dei professionisti. L'efficacia degli interventi si riscontra nei gruppi di audit clinico attivi presso tutte le SS.CC. che hanno il compito di analizzare retrospettivamente i processi di maggior peso per l'organizzazione in modo da consentire la revisione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali. Questo rappresenta uno dei risultati migliori in termini di coinvolgimento dei professionisti in quanto gli audit clinici sono strumento fondamentale per la gestione del rischio all'interno di quella più importante dimensione rappresentata dal governo clinico.

E' a regime, dal 1° gennaio 2005, lo stru-

mento di Incident Reporting, attraverso un'apposita scheda adattata alla realtà dell'ospedale dopo lo studio di diversi modelli sperimentati in altre regioni italiane. Questo strumento ha consentito, attraverso reportistica semestrale, di individuare processi da sottoporre all'attenzione dei gruppi di miglioramento per l'individuazione delle azioni di miglioramento necessarie.

L'individuazione di indicatori necessari alla valutazione sia del processo sia dei risultati delle prestazioni risulta di fondamentale importanza per la valutazione della qualità erogata. In tutte le SS.CC. sono stati identificati indicatori che vengono rilevati, da parte dei referenti, trimestralmente. I dati sono elaborati dal N.G.R. e trasmessi ai direttori di S.C. al direttore sanitario e alla C.G.R.C. Non meno importante è la diffusione dei dati elaborati verso tutti i professionisti operanti all'interno dell'organizzazione. Su Intranet vengono messe a disposizione le informazioni contenute nei report semestrali rendendole accessibili a tutti i professionisti per mantenere, in tal modo, la spinta motivazionale che consenta il continuo svolgersi delle attività riguardanti la gestione del rischio come parte integrante del governo clinico.

La bibliografia relativa all'articolo è consultabile sul sito: [www.omceoge.org](http://www.omceoge.org)

**R. Hervatin - D. Pezzano.- L. Ravera**

INSERZIONE PUBBLICITARIA

Ges  
LAB

Il Software di cui hai bisogno  
i Professionisti che cerchi

Informatizzazione delle strutture medico-sanitarie

OSI

Passi Organizzazione e Sistemi S.r.l.

Via Carzino 2A/1A Genova - Cell. 348 5862913 Fx 010 4693336 [info@osi-ge.com](mailto:info@osi-ge.com)

## “Grifo d’oro”: l’alto riconoscimento di Palazzo Tursi a Franco Henriquet

**L**il 27 settembre scorso, nel salone di rappresentanza di Palazzo Tursi il sindaco Pericu ha consegnato il “Grifo d’Oro”, il più alto riconoscimento del Comune di



Genova, al fondatore e presidente dell’associazione “Gigi Ghirotti” Franco Henriquet, che molti di noi conoscono, stimano e apprezzano per l’impegno professionale, le doti umane di sensibilità, umiltà e dedizione alla professione di medico. Un uomo che ha dedicato e dedica la vita alle persone che non hanno più prospettive di guarigione e a tutti coloro che, spesso, dopo un calvario fatto di interventi chirurgici, chemio e radioterapia, percorrono l’ultimo claustrofobico tunnel, che non porta più da nessuna parte. Franco Henriquet inizia la sua attività di medico anestesista negli anni 70, presso il reparto di chirurgia toracica di San Martino, segue il caso di Rosanna Benzi, intorno alla quale si raccolgono amici e volontari, collabora alla formazione della rivista “Gli Altri”, volta a superare tutte le forme di emarginazione dei disabili e dà vita all’associazione “Gigi Ghirotti” nel 1984, in ricordo del giornalista e scrittore scomparso nel ’74 per una neoplasia emato-

logica. La “Gigi Ghirotti” è un’associazione di volontariato, sorta per seguire prevalentemente i malati in fase avanzata di malattia, alleviarne il dolore, la sofferenza, e dare sostegno alle famiglie. Dal 1994, è estesa anche ai malati di Aids. Dal 2002 la “Gigi Ghirotti” ha ricevuto in gestione dalla Asl 3 l’“Hospice”, struttura residenziale che accoglie i malati terminali che non possono essere seguiti a casa, perché soli o per la gravosità del carico assistenziale.

L’evento è stato onorato dalle più alte autorità genovesi, oltre che dal sindaco G. Pericu, dal presidente del Consiglio regionale M. Ronzitti e dal presidente della Provincia di Genova A. Repetto.

Numerosissimi erano gli amici, i collaboratori, i volontari e i pazienti con le loro famiglie.

In rappresentanza dell’Ordine dei medici di Genova erano presenti il presidente E. Bartolini, il vice presidente. A. Ferrando e la dott.ssa P. Salusciev che recentemente ha vissuto l’esperienza di una delle tante famiglie colpite dalla malattia grave di un proprio congiunto. Riportiamo la sua commovente testimonianza.

### “Nessuno uomo è un’isola”

**M**ia madre era una donna anziana ma vigile, forte e generosa, adorava la sua famiglia si è ammalata di cancro nel 2004.

Non è stato possibile intervenire chirurgicamente; è stata sottoposta a radioterapia e

chemioterapia, con remissione parziale, in seguito c'è stata una progressione di malattia e nel luglio del 2005 è diventata un'ammalata terminale: si è spenta nell'ottobre del 2005. Negli ultimi tre mesi di malattia ho deciso di trasferire entrambi i miei genitori a casa mia, attivando così un servizio di cure domiciliari, delle quali mi era più facile avere il controllo.

Nelle cure palliative la famiglia diventa un'unità di cura ed ha bisogno di essere supportata dalla presenza di un medico che prende in carico il paziente. Io stessa sono un medico-dentista, ma non mi sono sentita in grado di gestire da sola una situazione di questo genere, poiché, comunque

mettere in atto la terapia del dolore richiede una preparazione specifica e la necessità di adeguarsi a normative severe nella prescrizione di tali farmaci.

Conoscevo da anni l'operato dell'associazione "Gigi Ghirelli" e il nobile impegno del prof. Henriquet, ne condividevo pienamente il motto: "c'è molto da fare quando non c'è più niente da fare". Così ci siamo rivolti a Franco Henriquet, che non ringrazieremo mai abbastanza, e con l'aiuto dell'associazione abbiamo risolto molti problemi pratici che si sono presentati (fra le altre così ricorderò

sempre la disponibilità e la gentilezza di una fisioterapista la sig.ra S. Camoirano), nonché di tutte le persone operatori e volontari che operano nell'associazione, poiché non c'è cosa peggiore per una persona che si amma-

la gravemente, senza prospettive di guarigione di sentirsi solo e abbandonato al suo destino.

Infatti, se si vuol permettere ad una persona di morire nella propria casa, bisogna rendere l'ambiente adeguato alle nuove emergenze ed in grado di rispondere ai bisogni. Se l'assistenza a domicilio vuole essere adeguata deve essere supportata dalla fornitura di quanto serve in maniera puntuale, tempestiva e di facile accessibilità. E così è stato.

Mi sono chiesta molte volte come Franco Henriquet riesca ad aiutare le persone sofferenti fino all'ultimo estremo viaggio. Non ho trovato risposta e mi son tornate alla mente i versi del poeta John Donne:

*Nessun uomo è un'isola,  
completo in se stesso;  
ogni uomo è un pezzo del continente,  
una parte del tutto.*

*Se anche solo una zolla  
venisse lavata via dal mare,  
l'Europa ne sarebbe diminuita,  
come se le mancasse un promontorio,  
come se venisse a mancare  
una dimora di amici tuoi,  
o la tua stessa casa.*

*La morte di qualsiasi uomo mi sminuisce,  
perché io sono parte dell'umanità'.  
E dunque non chiedere mai  
per chi suona la campana:  
suona per te"*

Infatti si deve creare un'alleanza nel contesto di una relazione di aiuto, poiché le cure palliative oltre ad alleviare il dolore sono rivolte al trattamento di tutti i sintomi associati alla progressione della malattia, per il raggiungimento di una qualità di vita residua accettabile. Si tratta di un'esperienza durissima anche dal punto di vista psicologico, poiché si è coinvolti in prima persona, impotenti di fronte al fallimento delle cure, con la difficoltà di sostenere il proprio familiare a sopportare l'insorgenza di disabilità, perdita della propria autonomia, della propria immagine,

della propria dignità. E soprattutto a fronteggiare quell'atteggiamento fisiologicamente depressivo che si genera nel malato che diventa sempre più consapevole della propria fine. Inoltre, l'aver avuto il controllo del dolore che tra i sintomi è il più angosciante e temuto, è stato motivo di notevole sollievo.

La malattia cambia il sistema familiare, è un evento stressante, quasi una malattia familiare, a seconda di come il paziente si percepisce e viene percepito si modificano i ruoli e si ha una redistribuzione delle priorità quotidiane. Come alcuni autori hanno scritto: "aiutare la famiglia equivale ad attivare un potente strumento terapeutico. Franco Henriquet è stato sin dall'inizio un riferimento indispensabile per mia madre e per la nostra famiglia.

Ha condiviso con noi questa battaglia, non eravamo soli. Non è stato facile accettare il distacco, poiché quando si ama molto si

perde molto, ma la morte che da alcuni viene definita "l'ultimo grande atto della vita" ci è sembrata più sopportabile.

Franco Henriquet ha fatto sì che la nostra famiglia possa ricordare la nostra amata come una persona dignitosa e traboccante d'amore fino all'ultimo.

Noi siamo vicini a questi pazienti, anche se ci fanno paura, perché feriscono il nostro narcisismo di medici a volte impotenti, perché fare il medico non è un mestiere qualunque, e se anche costituisce fonte di sostentamento in termini economici, deve comunque essere una scelta motivata da una vocazione alla cura, all'assistenza, alla salute in senso olistico. Spesso uno sguardo, una parola, un gesto, guariscono più di un farmaco.

Impariamo cari amici e colleghi da Franco Henriquet.

*Proscovia Salusciev*

INSERZIONE PUBBLICITARIA



**SA.GE.**

SA.GE.

*Attrezzatura e arredi per studi medici*

**SA.GE. Articoli Sanitari**

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

# QUESTIONARIO

## “Stress lavorativo e disagio”

**L**a finalità del presente questionario è quello di mettere a fuoco gli aspetti positivi e negativi legati al nostro ambiente professionale e lo stress lavorativo e il disagio che ne conseguono.

Norme legislative, carico di lavoro, responsabilità professionale rendono il lavoro sempre più difficile e fonte di tensioni. Stress, perdita di interesse e di slancio per l'attività clinica vanno di pari passo, anzi, si alimentano in un circolo vizioso. Progressivo disinvestimento affettivo dal lavoro, atteggiamento di distacco nei confronti di colleghi, pazienti, Istituzioni, diminuzione del senso di realizzazione professionale possono alimentare condizioni di disagio con conseguenze sul piano professionale e personale.

I risultati del questionario permetteranno di verificare quanto lo stress lavorativo, la gestione dei rapporti familiari e le abitudini di vita siano determinanti o meno sull'aspetto legato all'errore medico, per meglio dire, al fine di valutare, nel “rischio professionale”, come in altre attività lavorative, l'aspetto ambientale quale causa di errore diagnostico o tecnico.

Le domande del questionario sono state strutturate seguendo la logica derivata dalla “Customer/care satisfaction” ed è stato realizzato dalla Commissione rapporti ospedale/territorio dell'Ordine di Genova (componenti: dr. G.L. Bedocchi, dr. M. Caltabellotta, dr. A. Celenza, dr. C. Cordano, dr. P. Cremonesi, dr. L. Manfredini, dr. S. Mazzantini, dr. G.L. Pesce e dr. E. Salomone. Coordinatori: dr. L. Lusardi e dr. L. Bottaro) con la preziosa collaborazione del

Dipartimento di psichiatria di Genova (direttore dr. Luigi Ferrannini), del prof. Ferdinando Pellegrino direttore U.O salute mentale di Salerno e di alcuni consulenti di statistica.

**Certi del tuo interessamento, ti ringraziamo per la collaborazione.**

**P.S : il questionario deve essere anonimo e fatto pervenire all'Ordine dei medici per posta (Piazza della Vittoria 12/4 - 16121 Genova) in una busta senza mittente e con l'indicazione “questionario” oppure depositato nell'apposita urna collocata nell'ingresso degli uffici dell'Ordine entro il 15 novembre 2006 .**





A) FEMMINA MASCHIO 

B) ETA'       
 <35      36-45      46-55      56-65      >66

C) ANNI DI LAUREA      
 <10      11-20      21-30      >31

D) SPECIALIZZAZIONI     
 0      1      +di 1

E) In quale ambito di attività lavorativa operi prevalentemente? (solo una risposta)

- DIPENDENZA  
 LIBERA PROFESSIONE  
 CONVENZIONATO SSN  
 IN ATTESA OCCUPAZIONE FISSA  
 SE VUOI SPECIFICA \_\_\_\_\_

F) Oltre l'attività principale, ne svolgi altre?

- SI   
 NO

G) Per quali motivo ritieni di avere scelto il settore in cui operi? (solo una risposta)

- Passione  
 Prospettive economiche  
 Scelta dettata da circostanze indipendenti dalla propria volontà  
 Familiari (attività già svolte da genitori/parenti)

H) Come giudichi la tua professione? (non più di tre risposte)

- Utile  
 Creativa  
 Noiosa  
 Affascinante  
 Frustrante  
 Monotona  
 Gratificante  
 Umiliante  
 Rischiosa

## PARTE 2°

**I) Quali pensi che siano nella tua professione le più frequenti cause da "stress lavorativo"? (plurime risposte)**

- Doversi confrontare con compiti non affini ai propri interessi e/o competenze
- Burocratizzazione della professione
- Eccessivo carico di lavoro
- Dover subire l'ingerenza della gestione amministrativa/politica dell'Azienda
- Prevalenza degli aspetti economici su quelli professionali
- Avere rapporti insoddisfacenti con i colleghi
- Il rapporto conflittuale con il paziente e/o familiari
- Dover esercitare una medicina difensiva
- Contenzioso legale
- La retribuzione non adeguata
- Lavoro precario
- Scarsa valorizzazione professionale

**J) Riscontri nel tuo quotidiano i seguenti disagi? (plurime risposte)**

- Ansia non motivata
- Irritabilità
- Mancanza di entusiasmo
- Isolamento
- Conflitti in famiglia
- Atteggiamento critico verso i colleghi
- Distacco emotivo dai malati
- Rigidità intellettuale
- Eccessiva impazienza
- Cinismo
- Depressione
- Abuso alcolico
- Utilizzo di droghe d'abuso
- Mancanza di autorevolezza
- Scarso rispetto del ruolo da parte del paziente
- Non adeguata preparazione professionale
- Altro \_\_\_\_\_

**K) In che misura pensi che tutto ciò si ripercuota sulla tua qualità di vita?**

- Irrilevante
- Moderata
- Rilevante

L) Sei soddisfatto del tuo lavoro?

- Completamente
- Abbastanza
- Per niente

M) Se dovessi rifare la tua scelta professionale ripercorreresti il percorso che hai fatto?

- SI
- NO

N) Se hai risposto "NO": sceglieresti un'altra attività nell'ambito professionale?

- SI
- NO

O) Se hai risposto "NO" alla domanda (N): rifaresti il medico?

- SI
- NO

P) Se ritieni opportuno puoi aggiungere un commento anche in relazione ad eventuali motivi di insoddisfazione nel rapporto con i colleghi.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Il significato etico del budget

**A**vere un approccio moralmente corretto ai problemi economici in Sanità, comporta anche favorire l'affermazione nelle aziende sanitarie di alcune funzioni di rilevante significato etico. Una di queste è il controllo di gestione del quale il "budget" è lo strumento fondamentale.

La motivazione di un simile assunto richiede alcune premesse: la necessità della funzione "controllo di gestione" si avverte tanto più un'azienda è complessa, ovvero composta da unità operative, differenti e distanti sul territorio; per non perderne, il controllo chi dirige siffatte aziende, concorda coi responsabili delle varie unità operative obiettivi, possibilmente espressi in numeri, da raggiungere in futuro, richiedendo periodiche relazioni sui risultati ottenuti; il raggiungimento degli obiettivi è economicamente incentivato; il documento che riporta gli accordi presi è denominato "budget". Va aggiunto, perché la chiarezza nell'uso dei termini, specie stranieri, è imprescindibile, che per "sistema di budget" si intende l'insieme degli obiettivi futuri e che con il lemma "budgeting" si indica il processo formale con cui i vari organi dell'impresa si accordano sull'allocatione delle risorse disponibili, sugli obiettivi e successivamente sull'analisi degli scostamenti. Soprattutto da quest'ultima definizione si comprende cosa il "budget" rappresenti: si tratta di un vero e proprio meccanismo gestionale, di una metodologia a supporto dell'attività direzionale, di un meccanismo d'integrazione del sistema organizzativo aziendale, la cui applicazione consente di rispondere alle contingenze esterne e interne

dell'impresa, come sottolineano da anni i professori Agliati e Amigoni, dell'Università Bocconi.

Tutto ciò ci porta a dire che lo strumento "budget" è etico, perché lavora bene quell'azienda che raggiunge i suoi obiettivi ed è fuor di dubbio che il "budget" sia utile a tal fine. Può infatti consentire la "governance" di aziende complesse, senza sacrificare l'autonomia operativa, garantendo però che i singoli obiettivi siano coerenti col disegno globale.

Qualche cenno storico renderà più chiare le definizioni che abbiamo dato: **il controllo di gestione ed il budget sono nati nelle imprese ferroviarie USA dopo il 1850; in Italia se ne è cominciato a parlare dopo il 1930**. Inizialmente il budget ebbe scarsa fortuna nel nostro paese, perché considerato equivalente al bilancio preventivo, ritenuto anch'esso strumento aleatorio, **ma dagli anni 50 è progressivamente è entrato in uso in tutte le principali imprese industriali e commerciali; nella sanità italiana ha fatto il suo ingresso recentemente, dopo la trasformazione delle Unità sanitarie locali in Aziende** e ne è principale propugnatore il prof. Elio Borgonovi dell'Università Bocconi.

Riconosciuta al "budget" la sua importanza, vi è però una osservazione da fare se si esamina la questione sotto il profilo dell'approccio etico all'economia in sanità - tema quanto mai attuale che trova le sue premesse nelle lungimirante affermazione dell'interdipendenza tra ordine economico ed ordine morale, fatta da Pio XI nell'enciclica "Quadragesimo anno" - l'osservazione è questa: il budget è uno strumento virtuoso, di più, un meccanismo, un metodo virtuoso, ma non può essere più di questo: il punto centrale, per quanto riguarda le aziende sanitarie, è a monte e pre-

cisamente a livello di "Corporate governance" ovvero di modalità di governo ed a livello di strategia o, se si preferisce, di mission ed obiettivi di lungo termine. E' qui che vanno poste le premesse perché il "budget" sia effettivamente al servizio di una operazione di riduzione delle aree di spreco e di razionalizzazione delle risorse in modo virtuoso e cioè attraverso una programmazione costruita a partire dalle reali esigenze dei cittadini.

Dalla riflessione su questi aspetti nascono alcune importanti domande: quali sono i veri interessi di una azienda sanitaria? Qual è l'obiettivo prevalente? E' compatibile l'attenzione agli aspetti finanziari con l'attenzione ai problemi sociali connessi con quelli sanitari? Cosa deve prevalere: la preoccupazione per i costi o per gli aspetti etici?

Domande alle quali non si può rispondere senza definire in primis il principio che dovrebbe orientare la spesa sanitaria: realizzare il maggior beneficio al minor costo o il maggior beneficio ai costi che risultano indispensabili o, per lo meno, in funzione delle risorse disponibili? Tornando più strettamente all'argomento budget, ritengo che, già dalle premesse che ho posto e dai cenni storici che ho ricordato, si siano compresi alcuni miei convincimenti, che desidero ora meglio spiegare.

**PRIMO** Il budget assume una valenza etica, solo se viene correttamente utilizzato come mezzo di gestione, non se lo si riduce a strumento di previsione. Ovvero, ha un reale significato solo se serve ad assicurare che le risorse vengano effettivamente utilizzate per conseguire gli obiettivi aziendali.

**SECONDO** Bisogna assolutamente evitare che nell'impiego del budget in sanità prevalga l'ottica burocratica, caratteristica della pubblica amministrazione, che rischierebbe di trasformare un tipico strumento di

efficienza aziendale, quale il budget dovrebbe essere, in un fattore di ulteriore rigidità procedurale e di rallentamento decisionale.

**TERZO** L'utilizzo del budget come strumento di controllo direzionale ha senso solo se vi è unità di direzione aziendale.

Più chiaramente solo se vi è condivisione strategica tra direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo. Ancor più chiaramente: nessuna azienda sanitaria può funzionare, ancorchè dotata di un ottimo sistema di programmazione e controllo, se per motivi di equilibrio politico, vengono nominati un direttore generale un direttore sanitario ed un direttore amministrativo, tra loro scarsamente compatibili e perciò incapaci di fare squadra. La politica in questo campo deve veramente fare un passo indietro! In un'ottica di budgeting, occorre poi che il direttore sanitario e quello amministrativo capiscano che le loro due funzioni devono integrarsi. In altre parole devono essere due managers, non semplicemente un buon contabile ed un bravo medico.

**QUARTO** In un'Azienda sanitaria è fondamentale il ruolo dei medici, che sono prima di tutto dei professionisti.

In un simile contesto è di rigore adottare un modello partecipativo nella definizione degli obiettivi di budget, dirò di più: un atteggiamento autoritario sarebbe segno di una leadership gravemente inadeguata. A mio avviso è proprio il medico, che deve svolgere un fondamentale ruolo di mediazione e di sintesi nell'impiego delle risorse disponibili. Ciò perché non va perso di vista lo scopo di salvaguardare il principio di uguaglianza in materia di salute, che trova il suo primo garante proprio nel medico. Naturalmente ciò accade quando il medico è conscio della dignità della sua professione e la fa rispettare, rispettandola lui stesso per primo. Difatti la professione

medica è sì rispettosa del sistema economico sociale e culturale in cui si inserisce, ma non abdica certo alla sua deontologia e non rinuncia alla sua indipendenza etica. Per questo non si deve chiedere al medico di farsi principalmente homo economicus, imponendogli la continua giustificazione in termini economici del suo agire e l'obbligo di sottoporsi a procedure cavillose, a scapito della costruzione di quella alleanza terapeutica col paziente, che tanto dovrebbe starci a cuore.

**QUINTO** Se lo scenario futuro delle Aziende Sanitarie, italiane in generale e liguri in particolare, è quello di una diminuzione dei posti letto ospedalieri per acuti, di un aumento di quelli destinati alla riabilitazione e di un incremento delle cure domiciliari, consegue, giuoco forza, che vi debba essere un aumento delle risorse destinate al territorio a scapito degli ospedali. E' quindi prevedibile che diventi essenziale il ruolo dei distretti sanitari nei quali già oggi, nominalmente, l'organizzazione del territorio si articola. Per evitare il caos gestionale, sarà fondamentale

proprio il sistema di budget, ma altrettanto importante è preparare adeguatamente i managers che dirigeranno i distretti, sottolineando che, per il buon funzionamento dell'azienda, dovranno essere persone di assoluta fiducia del direttore generale. Spero di aver soddisfatto le vostre attese, precisando cosa è e a cosa serve il budget, riassumendone la storia, puntualizzando le condizioni per un suo corretto impiego in sanità ed il ruolo che potrà avere in base agli scenari che si prospettano. Altri aspetti meriterebbero di essere affrontati. Tra quelli in ambito sanitario cito: cosa fare di fronte a "scostamenti" rilevanti e a comportamenti opportunistici e la necessità di un più ampio ricorso a misurazioni non finanziarie della performance. Sarebbe interessante anche esaminare le critiche che gli studiosi di management rivolgono al "budget" e i tentativi, soprattutto giapponesi, di superare questo strumento e valutare se le innovazioni proposte siano adattabili al mondo della Sanità, ma questo potrebbe essere il tema di un successivo articolo.

*Stefano Alice*

## Importante comunicazione agli iscritti

Sollecitiamo gli iscritti a comunicare, qualora non l'avessero già fatto, il proprio numero di cellulare e l'indirizzo e-mail tramite il coupon sotto riportato (fax dell'Ordine 010/593558).

### All'Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Genova

lo sottoscritto (cognome e nome).....

n. iscrizione Albo.....

*Autorizzo l'utilizzo dei seguenti dati per comunicazioni istituzionali e segnalazioni urgenti in campo sanitario*

Cellulare.....

E-mail.....

#### Dichiaro inoltre

di essere informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono stati destinati i dati personali ai sensi della legge sulla privacy (675/96 succ. mod. ed integrazioni) con il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento (art.7 del D.lgs. 196/2003).

Data.....

Firma.....

## Decreto Bersani: cosa cambia nella tassazione

*Su suggerimento dello Studio Associato Giuliotti riportiamo di seguito i punti del Decreto Bersani che possono interessare la nostra categoria.*

### Obbligo telematico di presentazione dell'elenco clienti e fornitori

In riferimento al periodo d'imposta 2006, tutti i soggetti titolari di partita Iva dovranno inviare, **obbligatoriamente per via telematica**, all'Agenzia delle Entrate l'elenco dei soggetti nei confronti dei quali sono state emesse fatture (clienti) e l'elenco dei soggetti dai quali sono stati effettuati acquisti (fornitori). L'invio avrà cadenza annuale, dovrà essere effettuato entro il 29 aprile di ogni anno e dovrà riferirsi ai dati dell'anno precedente (ad esempio per il 2006 la scadenza sarà 29 aprile 2007). Per quanto concerne **l'elenco clienti** la normativa fa due distinguo di obbligatorietà e cioè :

- per l'anno 2006 è obbligatorio indicare tutti i soggetti titolari di partita Iva nei confronti dei quali è stata emessa fattura;
- dall'anno 2007 è obbligatorio indicare tutti i soggetti (anche privati) nei confronti dei quali è stata emessa fattura;

Per **l'elenco fornitori** è prevista l'indicazione dei soli soggetti titolari di partita Iva dai quali sono stati effettuati acquisti; sono quindi esclusi dall'elenco gli acquisti di beni e servizi esclusi dal campo Iva.

Gli elenchi clienti e fornitori dovranno contenere il codice fiscale e l'importo complessivo delle operazioni effettuate tenendo conto delle variazioni in aumento e in diminuzione (evidenziando l'imponibile, l'imposta, le operazioni non imponibili e quelle esenti).

Il direttore dell'Agenzia delle entrate potrebbe emanare uno specifico provvedimento al

fine di individuare gli elementi informativi che i predetti elenchi dovranno contenere e stabilire la possibilità di una dilazione temporale della loro presentazione per determinate categorie di contribuenti.

### Versamenti telematici F24

A partire dal 1/1/2007 tutti i soggetti contribuenti titolari di partita Iva, ditte individuali o società di persone, saranno tenuti al pagamento delle imposte, tributi e contributi esclusivamente tramite il modello F24 telematico. Il pagamento telematico prevede due modalità:

- tramite il modello **F24 on line** (singola delega)
- tramite il modello **F24 cumulativo**.

Utilizzando il **Modello F24 on line** il pagamento può avvenire in due modalità:

**a) servendosi del sito internet dell'Agenzia delle entrate** - è necessario, però, che il contribuente sia titolare di un conto corrente bancario e che la banca abbia stipulato un'apposita convenzione con l'Agenzia delle entrate e che la stessa abbia rilasciato un apposito "codice pin";

**b) servendosi dell' "Home banking"** utilizzando il mod. F24 - per questa modalità è necessario attivare il servizio presso lo sportello bancario in cui si è correntista.

**Utilizzando il mod. F24 cumulativo** il pagamento può avvenire soltanto recandosi da professionisti, associazioni di categoria o Caf appositamente abilitati a questo tipo di operazione i quali provvederanno al versamento dell'imposta dei contribuenti addebitando la somma direttamente sul c/c dei clienti. I soggetti **non** titolari di partita Iva potranno continuare ad effettuare i propri versamenti tramite il modello F24 cartaceo.

**Lavoro autonomo: nuove regole "contabili"**

I lavoratori autonomi hanno 2 nuovi obblighi:  
1- far transitare per il tramite dei c/c bancari o postali i movimenti finanziari attinenti l'attività professionale;

2- incassare i compensi professionali - con importi unitari che vedremo - tramite forme di pagamento diverse dal denaro contante.

I compensi in denaro per l'esercizio di arti o professioni, quindi, devono essere riscossi esclusivamente mediante assegni non trasferibili, bonifici bancari o altre modalità bancarie o postali oltre che ai vari tipi di pagamento elettronico.

Il Decreto Bersani ha stabilito un limite graduale del divieto sia a livello di importo dei compensi che di periodi temporali:

euro 1.000,00 dal 12 agosto 2006 sino al 30 giugno 2007; euro 500,00 dal 1 luglio 2007 sino al 30 giugno 2008; euro 100,00 dal 1 luglio 2008.

**Importante:** l'Agenzia delle entrate ha confermato che i conti correnti bancari o postali non necessariamente devono essere dedicati esclusivamente all'attività professionale e possono quindi essere utilizzati anche per operazioni non afferenti l'esercizio professionale.

## Quando decorre il diritto al risarcimento

**D**a quando decorre il termine di prescrizione del diritto al risarcimento dei danni per inadempimento contrattuale?

Il quesito assume particolare importanza laddove, come nel caso deciso dal Tribunale di Genova - Sezione II con la recente sentenza del 5/07/'06, insorga una patologia ad anni di distanza dall'effettuazione dell'intervento chirurgico.

La vicenda di cui ci occupiamo riguarda un paziente sottoposto a colecistectomia in via laparotomica nel lontano 1972 al quale, nel corso di un secondo intervento effettuato nel 1998, è stato estratto un corpo estraneo - un tubicino di circa 6 cm di lunghezza - inserito tra il lobo sinistro del fegato ed il coledoco.

Il paziente, quindi, ha ricollegato eziologicamente al primo intervento i dolori e malesseri che per anni lo avevano afflitto, mentre l'Azienda Ospedaliera escepiva l'intervenuta prescrizione del diritto al risarcimento per responsabilità contrattuale, ritenendo che non potesse decorrere dal momento in cui il paziente aveva avuto consapevolezza del

fatto e della causa lesiva. L'organo giudicante ha disposto una consulenza tecnica, che confinava la responsabilità nel solo ambito dell'omessa informativa e della mancanza di consenso informato all'atto operatorio, ovvero a profili attinenti la sfera contrattuale del rapporto professionale.

Su tali dati, **il Tribunale ha ricondotto la decorrenza del termine di prescrizione decennale per il risarcimento dei danni da responsabilità contrattuale, dal momento del verificarsi del fatto lesivo e non da quello della manifestazione esteriore della lesione.** Questa impostazione, già tracciata dalla Suprema Corte (Cass. civ., Sez. II, 28/01/2004, n.1547), appare giustificata dall'esigenza di garantire i rapporti giuridici. Esigenza che si pone in contrasto con la pretesa di far decorrere la prescrizione in esame non dalla data, certa, in cui il fatto dannoso si è verificato ma dal momento, diverso ed assolutamente incerto, in cui il paziente possa aver avuto conoscenza del danno e del suo diritto di farlo valere.

**Avv. Alessandro Lanata**



### **Il paziente neurogeriatrico: prevenzione e terapia**

- Questo il tema del corso di aggiornamento, promosso dall'Associazione italiana di dietetica e nutrizione clinica, che si svolgerà a Genova il **24 novembre** presso il Castello Simon Boccanegra di San Martino in largo Benzi, 10. Verranno trattati gli argomenti della gestione nutrizionale delle patologie in geriatria e la gestione integrata della disfagia. Per inf.: GGallery **tel. 010/888871**.

**150° Anniversario della nascita di S.Freud - Mercoledì 8 novembre**, alle ore 18, si terrà in via Anton M. Maragliano 8/5 a Genova, l'incontro organizzato dal Cesad sul tema: **"La Psicoanalisi a 150 anni dalla nascita del suo fondatore - Ciò che è vivo e ciò che è morto nel pensiero di S.Freud"**. Il prof. Arnaldo Ballerini parlerà sul tema: "La psicopatologia fra comprendere e spiegare: fenomenologia e psicoanalisi". Per inf.: **tel. 010/580903**.

### **Il lavoro femminile in sanità e ricerca medico-scientifica. Potenzialità e limiti**

- Questo il titolo dell'incontro, organizzato dal "Cenacolo di ABC...Salute" di Milano, che si terrà, in concomitanza del "Festival della Scienza", il **6 novembre** (16.30-19.00) all'Accademia nazionale di medicina in via M. Piaggio 17/6 a Genova. Per inf.: Elisabetta Azzoni, Forum Service, **tel. 010/83794224** - e-mail [azzoni@forumservice.net](mailto:azzoni@forumservice.net)

### **Tecniche chirurgiche del prolasso urogenitale**

- Questo il titolo del corso che avrà luogo al Centro congressi Ist/Cba il **16 novembre**. Per inf.: Symposia congressi, **tel. 010/255146-255103**.

**Agopuntura e riabilitazione** - Si terrà il **18 novembre** all'Auditorium Muvita in via Marconi 165 ad Arenzano, il XXI Congresso

nazionale S.I.R.A.A. Per inf.: **marcello.farinelli@asl3.liguria.it**

### **Gli accessi vascolari in oncologia**

- Questo l'argomento del corso teorico pratico che si terrà al Centro congressi Ist/Cba il **14 e 15 novembre**. Per inf.: **Ist tel. 010/5737531** - **claudio.rosellini@istge.it**

### **Applicazioni tecnologiche in chirurgia oncologica**

- Questo il convegno che si terrà al Centro congressi Ist/Cba il **23 e 24 novembre**. Per inf.: BC Congressi, **tel. 010/5957060** - **chiara.beccaro@bccongressi.com**

### **Vecchiaia e psicologia: ruolo e responsabilità dei professionisti coinvolti**

- Questo il corso di aggiornamento, organizzato dal Gruppo geriatrico genovese, che si terrà **venerdì 10 e sabato 11 novembre** al Salone di S. Agostino, in p.zza Sarzano a Genova. Per inf.: **tel. 010/255107**.

### **La Commissione culturale dell'Ordine**

, composta dal presidente S. Fiorato e dai colleghi A. C. Negrini L. Gamberini, E. Gatto ed E. Guglielmino ha organizzato, **venerdì 17 novembre** alle ore 17 presso la sala dell'Ordine, una conferenza sul tema **"Erasmus: ieri e oggi"** relatore E. Gatto.

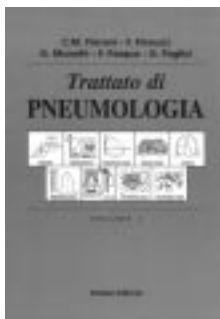
### **1° Congresso Regionale Ligure della Società italiana di alcologia (Sia)**

- Si terrà al Tatro della Gioventù il **15 dicembre** il congresso della Sia. Per inf.: BC Congressi, **tel. 010/5957060**.

### **Enterostomie addominali oggi: quando e come**

- Corso di aggiornamento per medici e infermieri che si terrà il **2 dicembre** alle 8,00, al Novotel Genova in via A. Cantore 8, promosso dalla Società ligure di chirurgia. Per inf.: **tel. 010/4102205 - 319**.

**Le pubblicazioni del mese:** a cura della **Libreria Internazionale Medico Scientifica "Frasconi"**, corso Aldo Gastaldi 193 r. Genova - tel. e fax 0105220147.  
E-mail: [info@libreriafrasconigenova.it](mailto:info@libreriafrasconigenova.it) - Sito: [www.libreriafrasconigenova.it](http://www.libreriafrasconigenova.it)



**"Trattato di pneumologia" di: Fiorani C.M., Fiorucci F., Munafò G., Pasqua F., Puglisi G. - Giugno 2006. Euro 160,00.**

Praticamente un nuovo libro, che conserva della vecchia edizione del 1994 soltanto l'impostazione, improntata alla essenzialità e, speriamo, alla chiarezza. Nei 100 capitoli hanno collaborato numerosi autori universitari ed ospedalieri di chiara fama e la materia è stata, al pari della iconografia, completamente ed esaustivamente aggiornata. Il libro si rivolge essenzialmente agli pneumologi, agli specializzandi in pneumologia, ma anche ai medici di medicina generale che vogliono inquadrare problematiche di malattie respiratorie ed agli stessi studenti di medicina ai quali interessa approfondire la pneumologia.

**"Le basi farmacologiche della terapia 11/ed" di L. L. Brunton, J.S. Lazo, K. L.**



**Parker. Edizione: Goodman & Gilman. Edizione italiana: C.R. Sirtori, F. Celotti, G. Folco, G. Franceschini, S. Govoni, A. Sala. Euro 220.00 (per gli iscritti all'Ordine 187,00).**

Puntuale esce la traduzione della "Bibbia" della farmacologia. In veste completamente rinnovata ci aggiorna su

tutte le importanti ultime acquisizioni in ambito farmacologico riportando nel contempo gli enormi progressi in campo terapeutico. Queste le novità: nuovi capitoli sui trasportatori, il metabolismo dei farmaci e la farmacogenetica; struttura e organizzazione del testo migliorati per consentire un accesso più veloce alle informazioni principali; trattazione aggiornata di tutte le classi di farmaci; trattazione dei meccanismi molecolari delle interazioni tra farmaci più fruibile dal punto di vista clinico; tabelle e figure chiare ed efficaci, appendice comprensiva dei dati farmacocinetici.

**"Prontuario di terapia endocrina e metabolica" di F. Monaco. 2006 - Euro 49.00.**

L'idea di scrivere questo prontuario è nata da un'esperienza diretta dell'autore il quale, facendo una lezione agli studenti del V corso



di laurea in medicina e chirurgia ha domandato che cosa si deve somministrare ad un paziente affetto da insufficienza surrenale cronica. Gli studenti hanno correttamente individuato l'ormone, la posologia ecc..., ma alla

domanda successiva di scrivere la ricetta nessuno era in grado di farlo. Nel testo si troverà, quindi, per ogni malattia, una prima parte in cui sono esposti farmaci da somministrare e relative modalità e una seconda dove vengono descritte le proprietà farmacologiche di ogni farmaco citato.

## Le parole dei medici

*Scrivere chiaramente non è soltanto questione di bella calligrafia*

**S**ono passati cinquemila anni da quando gli antichi egizi si fregavano gli occhi sforzandosi di interpretare le illustrazioni della "scienza medica" incise con geroglifici sull'alto degli obelischi; ma, nonostante il tempo trascorso, può succedere anche a noi, quando prendiamo tra le mani le prescrizioni o i referti dei medici; accade non solo per le calligrafie illeggibili, che meriterebbero l'obbligo di corsi rieducativi; ma anche, e soprattutto, per le terminologie spesso indecifrabili. Ne possono derivare conseguenze di non poco rilievo, dovute ad errori interpretativi, con le immaginabili conseguenze etiche e medico-legali.

Badiamo bene: vittima del linguaggio incomprensibile non è soltanto il pubblico poco edotto in terminologia medica, anche se imbottito di pseudocultura televisiva; ma anche lo stesso medico specialista di branca diversa.

Tempo fa un gastroenterologo mi confessava di non essere riuscito ad interpretare il referto di un ecocardiogramma; riletto il referto mi sono convinto che solo un cardiologo o un cultore della cardiologia poteva essere in grado di interpretare il significato pratico delle varie sigle ed anche delle conclusioni finali. Possiamo tentare di consolarci considerando che il problema del linguaggio medico non è assolutamente nuovo: infatti fin dal medioevo si è introdotto l'uso di terminologie specifiche da parte degli addetti all'arte medica. Nei secoli successivi si accentuò la tendenza ad impiegare parole diverse dal linguaggio comune; tendenza incoraggiata più o meno



fraudolentemente dai ciarlatani e già oggetto di celebri satire da Petrarca a Goldoni e Molière. Uno studio accurato di questo fenomeno è stato recentemente pubblicato da Garzanti; è opera di un esperto linguista, Luca Serianni, ed ha per titolo "Un treno di sintomi". Molte parole sono entrate quasi inconsciamente nel gergo espressivo di noi medici, senza che ci si renda conto della loro indispensabilità.

Il punto più rilevante riguarda l'uso di terminologie tecnicistiche anche quando non sono necessarie; ma anche alcuni termini collaterali al discorso medico sono entrati abitualmente in uso senza reali motivazioni: così "accusare" un sintomo, o definirlo "modesto" o "severo"; invece che, più semplicemente, "segnalare" un sintomo "lieve" o "intenso". Oppure la parola "paziente", in uso fin dal '500, in luogo di "ammalato" o di "persona". Più difficile l'uso semplificato del dizionario tecnologico, che è composto di oltre 5.500 termini medici: uno sproposito, rispetto alle altre scienze.

Bisogna riconoscere che molti di essi sono insostituibili e riescono a sintetizzare un'intera frase: per fare un unico esempio la parola "carfologia" (etimologicamente raccogliere pagliuzze) dovrebbe essere sostituita da: movimento involontario preagonico simile a

chi raccolga fili di paglia.

Ma diversi altri termini sarebbero facilmente sostituibili da parte parole più correnti: risentimento febbrile, a carico di..., in sede, su base..., così pure alcune allocuzioni: "a livello" invece che "in corrispondenza", "in presenza di" invece di "con", "in assenza di" invece di "senza". La sostituzione di parole in gergo professionale al posto di altre comuni è abituale: inibire invece di impedire, pregresso invece di precedente, esordio invece di inizio, elettivo invece di specifico; e ancora: impegno per coinvolgimento, spiccato per elevato; e approccio per avvicinamento, accesso, contatto.

Se entriamo nell'ambito più strettamente tecnologico avremo ancora maggiori difficoltà sostitutive; tantopiù che in questo campo dominano gli anglicismi: by pass, stent, shunt, clearance; e anche borderline, wash out, follow up, screening e così via.

Come ce la caveremo tra qualche anno, quando - a detta degli esperti - l'inglese sarà soppiantato dal cinese e dall'indiano?

Un altro punto che merita attenzione è quello delle sigle. Ogni specialità ha le sue, per cui si giunge all'inflazione e alla confusione: AP può significare anteroposteriore, ante partum, placca arterosclerotica; ma anche pressione arteriosa e polmonite acuta. Per fortuna un minimo di buon senso suggerisce di apporre fra parentesi il significato dopo ogni acronimo.

E' giunto forse il momento di fare una rilettura critica dei nostri testi scientifici e soprattutto dei referti e delle prescrizioni, cercando di rendere il nostro linguaggio professionale comprensibile a tutti.

Respingiamo anzitutto l'ostentazione tecnologica, già stigmatizzata da Totò con la celebre battuta: "Guai se l'ammalato capisse

qualche cosa! Allora i medici che ci starebbero a fare"?

Un'ultima considerazione va rivolta ai foglietti illustrativi dei farmaci e agli articoli di argomento medico sulla stampa non professionale: la chiarezza e la trasparenza dovrebbe essere assoluta, onde evitare qualsiasi fraintendimento; come quello dell'ammalato di anemia che aveva capito dal suo medico di non avere alcuna malattia, ma semplicemente la sua stessa età, cioè gli "anni miei".

**Silvano Fiorato**



### *"Una vela rossa" di Emilio Perissinotti*

Se la poesia è metafora - metafora della vita nei suoi eventi, e del suo stesso senso - questa raccolta poetica di Emilio Perissinotti ("Una vela rossa", Fratelli Frilli Editori) ha colto nel segno: è riguardare il percorso, la scia della barca; con l'amarezza di chi la vede sparire sotto le onde mentre la vela rossa dei sogni giovanili si perde offuscata nella nebbia delle delusioni.

La persistenza delle ingiustizie sociali - di fronte alla quale non ci si arrende nonostante la dura consapevolezza dell'impari lotta - è la trama interiore del discorso poetico di questo libro; dove la speranza perduta sembra stemperarsi in una caustica ironia. Lo scandire asciutto dei versi, a volte con risonanze caproniane, evidenzia una lunga maturazione stilistica che rinuncia all'armonia melodica scegliendo l'essenzialità del discorso poetico. La chiusura è nella sintesi autoironica di quattro versi: "Come si fa ad alzare le vele?/Nessuna meraviglia/ è un battello/in una bottiglia".

## Dove il medico **non è più richiesto**

**L**a regione Liguria, forse una delle prime in Italia (ma non tutte si sono adeguate) ha recentemente adottato, disciplinando la raccolta dei resti umani, una nuova normativa ministeriale che abolisce di fatto la figura del medico nei cimiteri, al fine di presenziare e verificare lo stato di demineralizzazione delle ossa delle salme (valutarne cioè la mummificazione), consentendo così ai comuni di incaricare personale anche non qualificato, autorizzato e, se disponibile, a svolgere tali delicate mansioni.

Con rabbia, delusione e molta preoccupazione ho manifestato le mie forti perplessità, stigmatizzando il necessario e fondamentale ruolo del sanitario in questa pratica, sulla superficialità con la quale si possono trattare oggi i resti umani, decidendo semplicemente, come mi è stato riferito da un interlocutore molto qualificato, sulla base del "buon senso". In definitiva, nessuna verifica, nessun controllo, nessuna etica e, dunque, nessun rispetto.

La mia mente ripercorre allora così velocemente gli anni in cui io, come diversi altri medici, ho ricevuto quegli incarichi, molto impegnativi, di presiedere alla riesumazione dei cadaveri nei campisanti cittadini e durante i quali, accanto a noi, tuttavia inesperti, v'erano gli addetti ai cimiteri che, con vero senso di responsabilità, ci aiutavano a prendere rapide e importanti decisioni in relazione alla raccolta o meno delle povere ossa sepolte. Bastava che solo un osso fosse ancora ancorato o, scusatemi, articolato con un altro, che si negasse la raccolta stessa.

Come non posso dimenticare le circostanze

in cui in certi cimiteri la raccolta veniva presieduta esclusivamente da colleghi "di ruolo", molto più esperti, per oscure (ma non troppo) ragioni di interesse privato, laddove le salme ancora mummificate rischiavano di essere dissezionate, prima di essere raccolte.

Insomma una seria, scientifica e mesta cerimonia in sintonia con la solennità del momento, nel rispetto dei parenti e soprattutto dei defunti. Un esempio per tutti è ciò che è accaduto in un piccolo cimitero di un comune dell'entroterra alla periferia di Genova, dove due giovani e gentili malcapitati, muratori di una impresa edile, hanno raccolto qualche mese fa i resti umani (ma forse erano solo detriti o calcinacci) per fortuna già demineralizzati (la scienza dissacratrice) di una donna deceduta da tempo (circa 10 anni).

Non oso immaginare cosa avrebbero fatto i due muratori se si fossero trovati davanti ad una salma anche solo parzialmente mummificata! Tutto questo nella più completa desolazione e senza la presenza di personale di supporto (anche con un po' di esperienza): tecnici delle onoranze funebri, medico, addetti ai cimiteri e di polizia mortuaria! (la legge prevede due possibilità: la ricomposizione della salma o la sua cremazione; entrambe a pagamento). In fondo è sufficiente avere buon senso, no?

Si sa che per ogni professione v'è una diversa sensibilità culturale (la coscienza del medico, dell'avvocato, del farmacista, del veterinario, del muratore, del panettiere, del netturbino ecc.); allora restituiamo in questa pratica, al medico, quella dignità e sensibilità professionale che gli spetta; potremmo ritrovarci un giorno un addetto alle onoranze funebri per una constatazione di decesso!

*Cosimo Capolongo*

## Notizie dalla C.A.O. Commissione Albo Odontoiatri

A cura di Massimo Gaggero



**MODALITÀ DI PUBBLICAZIONE** - Si comunica che in questa rubrica viene pubblicato il materiale di pertinenza odontoiatrica ricevuto in tempo utile in redazione per fax: 010-593558 **o preferibilmente via e-mail: direzione@omceoge.org** La redazione si riserva di pubblicare articoli e/o comunicazioni di eventi odontoiatrici in modo integrale o parziale, secondo gli spazi disponibili.

## Comunicazioni ai colleghi

### Rinvio versamento per via telematica

Comunichiamo che è stato prorogato al 1° gennaio 2007 il versamento per via telematica del modello F24 per i soggetti titolari di partita Iva ditte individuali o società di persone.

### Potenziata la lotta all'abusivismo

Comunichiamo che nelle bozze del testo della Legge Finanziaria 2007, insieme ad una serie di norme fiscali negative, è contenuta l'importante richiesta del potenziamento

della lotta all'abusivismo con la confisca delle apparecchiature utilizzate da chi esercita senza titoli la professione.

### Tariffe e pubblicità sanitaria

Informiamo i colleghi che le domande per il rilascio dei "nullaosta" per la pubblicità sanitaria continueranno ad essere evase nel rispetto della normativa speciale vigente e relativo regolamento fino al 31/12/2006: termine di scadenza per l'adeguamento delle disposizioni deontologiche.

## ANDI GENOVA

Corsi stagione autunno - inverno 2006

### Sabato 28 ottobre, ore 9.00-18.00

*"Novità in tema di ricostruzioni post-odontiche"*. Relatore: dr. A. Dallari.

5 crediti E.C.M.

### Martedì 7 novembre, ore 20.00-23.00, III serata

Corso di chirurgia orale in tre serate (16/10/06 - 20/10/06 - 7/11/06)

*"La tecnica di rialzo del pavimento del seno mascellare per fini implantari"*

Relatore: dr. T. Vercellotti.

**Tot. 8 crediti E.C.M. per le 3 serate**

### Sabato 18 novembre, ore 9.00-13.00

III Master 2006 per Assistenti e Dentisti

*"Come meglio gestire l'assistenza in chirurgia nello studio odontoiatrico"*

Relatore: dr. R. Sentineri.

### Lunedì 20 novembre, ore 20.00-23.00, III serata

Corso di Ortodonzia in tre serate (25/9/06 - 13/10/06 - 20/11/06)

*"La stabilizzazione attiva e passiva dei segmenti dentali mediante le fibre di vetro"*

Relatore: dr. E. Bolla

**Tot. 8 crediti E.C.M. per le 3 serate.**

### Sabato 25 novembre, ore 9.00-14.00

*"Estetica in protesi fissa su titanio e zirconio"*

con la metodologia CAD/CAM"

Relatore: dr. D. Di Murro

**In fase di accreditamento.**

**Lunedì 27 novembre, ore 20.00 - 23.00**

*"Osteonecrosi ai mascellari da bifosfonati: problema di interesse multidisciplinare"*

Relatori: dr. Paolo Balbi, dr. Andrea Giusti, d.ssa Antonella Barone.

**Corso gratuito, aperto a medici, dentisti e farmacisti.**

**Giovedì 30 novembre, ore 20.00 - 23.00**

Incontro A.N.D.I. - A.P.E.L.

*"Diagnosi e terapie a confronto: la cefalea nel bambino - percorsi condivisi tra Pediatri e Odontoiatri"*.

SEDE: Auditorium Centro Congressi IST/CBA, Largo Rosanna Benzi 10, Genova

**5 crediti E.C.M. per i primi 150 iscritti**

Le iscrizioni sono aperte fino a martedì 28 novembre 2006.

**Sabato 2 dicembre - giornata**

*"La protesi totale con e senza impianti"*

Relatori: dr. T. e F. Ravasini

**5 crediti E.C.M.**

**Venerdì 15 dicembre, ore 18.00-22.00**

**I.R.C. - B.L.S. RETRAINING**

Corso sulle Emergenze di Pronto Soccorso e Rianimazione Cardiopolmonare (con rilascio di certificazione di riconoscimento internazionale della validità di due anni).

**Sabato 16 dicembre, ore 9.00-18.00**

**I.R.C. - B.L.S. CORSO BASE**

Corso sulle Emergenze di Pronto Soccorso e Rianimazione Cardiopolmonare (con rilascio di certificazione di riconoscimento internazionale della validità di due anni).

**10 crediti E.C.M.**

**Corso di Informazione - Formazione sulla radioprotezione.**

**Lunedì 13 novembre, ore 19.00**

Corso per dipendenti di Studi Odontoiatrici

**I Corsi per cui non è specificata la sede, si tengono tutti presso la Sala Corsi Andi Genova. Per informazioni ed iscrizioni contattare la Segreteria Andi Genova Tel. 010/581190.**

## OSPEDALI GALLIERA

**Sabato 28 ottobre**

Corso teorico pratico: *"Il nuovo sistema Protaper Universal: endodonzia predicibile e sicura"*. Relatore: dr. Enrico Cassai.

**Sabato 28 ottobre**

Corso teorico pratico: *"L'odontoiatria ultrasonica: l'utilizzo delle nuove punte in parodontologia e conservativa"*.

Relatore: dr.ssa Viviana Cortesi Ardizzone.

**Sabato 11 novembre**

Corso: teorico pratico: *"La chirurgia orale"*.

Relatore: prof. Paolo Balbi e dr. Vincenzo Del Buono.

**Sabato 18 novembre**

Corso teorico: *"Il ruolo dell'assistente in odontoiatria"*. Relatori: sig.ra Fulvia Magenga e sig.ra Rita Ferreri.

**Sabato 18 novembre**

Corso teorico pratico: *"La protesi su impianti"*. Relatori: dr. Paolo Brunamonti e dr. Alberto Merlini.

**24-25 novembre**

Corso teorico: *"Restauro protesici: lo stato dell'arte"*. Relatore: dr Roberto Spreafico.

**Sabato 2 dicembre**

Corso teorico pratico "Odontoiatria restaurativa post endodontica" Relatore: dr. Guido Fichera.

**Sabato 16 dicembre**

Corso teorico pratico: *"La piccola chirurgia ortodontica"*. Relatore: prof. Donato De Angelis e prof. Armando Silvestrini.

**Per inf.: E20 Srl. tel. 010/5960362**

**e-mail: info@e20srl.com.**

**ASL N. 3, OMCEO IMPERIA E ANDI IM**

**Sabato 18 novembre** corso di aggiornamento "Dalla semplice lesione mucosa al carcinoma del cavo orale" con il patrocinio della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori. Docenti del corso: prof. Renzo




Corvò, dr. Giovanni Margarino, prof. Amedeo Zerbinati.

Sede: Ordine dei Medici di Imperia, Via Cascione, 7 tel. 0183/61925. **Crediti ECM: 3.**

Iscrizione gratuita in ordine di arrivo.

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