

Genova Medica

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

11/2006
Novembre

11 dicembre - ore 20,00
assemblea annuale
ordinaria degli iscritti



**Malasanità: quando
le dichiarazioni fanno
sensazionalismo**

**La responsabilità
disciplinare
dei medici**

**Prescrizione oltre
la media: il medico
non è sanzionabile**

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



Genova Medica Bollettino

11/2006
Novembre

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 Malasanità: quando le dichiarazioni fanno
sensazionalismo

Vita dell'Ordine

- 3 Assemblea ordinaria annuale degli iscritti
6 Le delibere delle sedute del Consiglio
7 Al via il medico euromediterraneo

Note di diritto sanitario

- 8 La responsabilità disciplinare dei medici

Cronaca & attualità

- 10 San Martino e la gestione del rischio clinico
14 Un termine nuovo: l'"appropriatezza"
16 Prescrizione oltre la media: il medico non è sanzionabile
22 Liste d'attesa: la causa non è l'intramoenia
24 Di Pietro ai vertici della Sip

Leggi & regole

- 18 L'Irap nelle attività produttive

25 Recensioni

26 Corsi & Convegni

27 Lettere al direttore

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

29 Medicina & cultura

Arte e scienza: un rapporto problematico

Periodico mensile - Anno 14 n°11 novembre 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:** Thomas Eakins "La lezione del professor Gross" -
Finito di stampare nel mese di novembre 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 E-mail: ordmedge@omceoge.org

sommario

Malasanità: quando le dichiarazioni fanno sensazionalismo

Non passa giorno in cui la nostra professione non sia agli onori della cronaca! Purtroppo solo raramente per magnificare il nostro "modus operandi", quasi sempre, invece, con articoli definiti, in modo spregiativo, di "malasanità".

Attualmente sul motore di ricerca "Google" è possibile trovare circa 500 articoli che riguardano le dichiarazioni recentemente rilasciate a margine di un congresso nazionale medico, sul fatto che in Italia, vi siano 90 morti al giorno per errori sanitari!

E' chiaro che un'apertura in prima pagina su un tema di questo genere assicura un'impennata nella vendita dei quotidiani; ritengo, invece, gravi le dichiarazioni rilasciate da nostri colleghi! Questi, senza preoccuparsi assolutamente del danno che simili affermazioni determinino, ingenerando nel cittadino comprensibile sfiducia nell'intero servizio sanitario nazionale, hanno riportato numeri e cifre soprattutto in modo incompleto e superficiale.

Queste imprecise dichiarazioni, offensive per tutta la classe medica, molte volte sono anche il frutto di un'insufficiente conoscenza a livello nazionale su quanti e quali siano gli errori medici e quali ne siano le effettive conseguenze. Certo, dobbiamo sempre tenere presente che il rischio clinico esiste, come in tutti i paesi avanzati del mondo, e che, come ho già detto in qualche occasione, purtroppo, la morte non è un optional. Il problema deve essere affrontato nella sua globalità poichè, sempre più spesso, la

causa dell'errore può essere determinata anche dall'organizzazione, dagli strumenti e dalle procedure che devono e dovranno essere individuate e corrette.

Quando salta fuori l'errore medico non bisogna solo cercare un colpevole sottraendo fiducia ai cittadini e gettando fango sulla categoria; bisogna incominciare a fornire al paziente tutte quelle informazioni riguardanti le molteplici iniziative che a livello locale e nazionale vengono assunte negli ospedali per promuovere l'affidabilità delle cure.

La consapevolezza dell'importanza della sicurezza in Sanità è, infatti, un argomento che sta molto a cuore ai medici e l'Ordine, attraverso la Commissione "rischio clinico" si sta occupando di raccogliere tutte quelle iniziative di "Risk management" messe in atto dagli ospedali genovesi per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza del paziente. Solo una gestione integrata del rischio può comportare dei cambiamenti e promuovere la crescita della cultura della salute.

Smettiamola di farci del male da soli con autodenuce attraverso i mass media; utilizziamo invece al meglio le istituzioni e, come recentemente ha affermato il presidente Bianco in un comunicato stampa "per quanto riguarda l'informazione potrà ancora di più rendersi utile se riuscirà a dar voce, oltre al fragore degli alberi che cadono, anche al brusio della foresta che cresce".

Enrico Bartolini

Assemblea ordinaria annuale degli iscritti

A dicembre l'approvazione del bilancio preventivo 2007

Bilancio di previsione 2007

In ottemperanza alle disposizioni di legge ed al regolamento per l'amministrazione e la contabilità del nostro ente quest'anno la presentazione del bilancio preventivo non è contestuale alla presentazione del conto consuntivo, ma viene sottoposto all'approvazione dell'assemblea degli iscritti prima dell'inizio del nuovo esercizio finanziario al fine di evitare il ricorso all'esercizio provvisorio.

essere pagate sia in banca, che presso gli uffici postali o direttamente on line tramite bollettini MAV emessi dalla Banca Popolare di Sondrio, scelta da questo Ordine per i costi inferiori. Non sono stati, inoltre, previsti gettoni di presenza, né indennità di carica per i componenti dell'esecutivo.

Sono state previste spese per consulenze legali, fiscali, per "Genova Medica" e per l'aggiornamento professionale degli iscritti e

LUNEDI' 11 DICEMBRE 2006 - ORE 20,00

Teatro della Gioventù, sala Govi, via Cesare 14 - Genova

Per la compilazione del bilancio preventivo 2007 si è provveduto a redigere la situazione al 31/10/06 a cui sono state aggiunte le voci che si stima saranno sostenute negli ultimi due mesi del 2006.

Esaminiamo alcune voci significative.

Per l'anno 2007 il Consiglio ha ritenuto di fissare la quota (€ 96,00 per l'iscrizione ad un solo albo e € 165,00 per il doppio albo) in quanto la Federazione ha in programma un aumento della stessa. Al riguardo va precisato che la tassa annuale non ha subito nessun incremento dal 1991, anzi, dal 2001 al 2005 è diminuita poiché la Federazione ha aumentato la quota di sua spettanza.

Per venire incontro ai giovani medici, il Consiglio ha deliberato, dal 1/1/2007, di non richiedere più la tassa all'atto dell'iscrizione all'Ordine che ammonta a € 20,00 e ha deciso, altresì, di rilasciare gratuitamente i certificati di iscrizione agli Albi. Le quote potranno

l'organizzazione di convegni, congressi e manifestazioni. Sono state previste le rate del mutuo ventennale da versare all'Enpam per la ristrutturazione dell'appartamento recentemente acquistato.

Ovviamente il presente bilancio sarà sottoposto ad un assestamento in fase di presentazione del bilancio consuntivo, che sarà portato all'approvazione dell'assemblea secondo le previsioni della normativa vigente.

Come prevede il regolamento abbiamo anche iscritto un fondo per gli stanziamenti insufficienti e per le spese impreviste.

Tutte le scritture contabili sono state eseguite in conformità alle norme ed ai regolamenti vigenti ed i dati riportati nel quadro generale del bilancio preventivo di entrate e uscite sono stati controllati dal Collegio dei revisori dei conti.

Resto a disposizione dei colleghi per qualunque delucidazione.

Maria Proscovia Salusciev

BILANCIO DI PREVISIONE 2007 - DELIBERA DI CONSIGLIO

Il Consiglio dell'Ordine provinciale dei medici riunito in seduta il 9 novembre 2006

- ◆ esaminato lo schema del bilancio di previsione dell'esercizio finanziario 2007;
- ◆ esaminate le relazioni del Collegio dei revisori dei conti e del tesoriere;
- ◆ visti gli art. 2 e 6 del vigente regolamento per l'amministrazione e la contabilità,

delibera di sottoporre all'approvazione dell'assemblea dei medici e degli odontoiatri **il bilancio di previsione delle entrate e delle spese per l'anno finanziario 2007** e autorizza la riscossione delle tasse e dei diritti e degli altri proventi dovuti per l'anno 2007 ed il versamento delle relative somme, giusta la seguente previsione.

Presumibile avanzo di amministrazione al 1/1/2007		€ 269.547,07
TITOLO I	Entrate contributive	€ 685.403,00
TITOLO II	Entrate diverse	€ 15.000,00
TITOLO III	Entrate per alienazione di beni patrimoniali	€ 0,00
TITOLO IV	Entrate derivanti da accensione di prestiti e mutui	€ 0,00
TITOLO V	Entrate per partite di giro	€ 297.489,00
Totale entrate		€ 1.267.439,07
E' approvata per l'anno 2007 la spesa in € come da seguente, previsione:		
TITOLO I	Spese correnti	€ 854.950,07
TITOLO II	Spese in conto capitale	€ 105.000,00
TITOLO III	Estinzione di mutui e anticipazioni	€ 10.000,00
TITOLO IV	Partite di giro	€ 297.489,00
Totale spese		€ 1.267.439,07

BILANCIO PREVENTIVO ESERCIZIO 2007 QUADRO GENERALE - ENTRATE

Descrizione	Competenza	Cassa
AVANZO DI AMMINISTRAZIONE PRESUNTO	€ + 269.547,07	€ + 0,00
FONDO DI CASSA	€ + 0,00	€ + 329.067,86
TITOLO I ENTRATE CONTRIBUTIVE		
CAPITOLO I Contributi associativi	€ + 685.403,00	€ + 726.264,28
TOTALI TITOLO I E-1	€ + 685.403,00	€ + 726.264,28
TITOLO II ENTRATE DIVERSE		
CAPITOLO II Redditi e proventi patrimoniali	€ + 3.000,00	€ + 3.000,00
CAPITOLO III Entrate per prestazioni di servizi	€ + 2.500,00	€ + 2.500,00
CAPITOLO IV Poste correttive e compensative di spese correnti	€ + 9.500,00	€ + 9.500,00
CAPITOLO V Entrate non classificabili in altre voci	€ + 0,00	€ + 0,00
TOTALI TITOLO II E-2	€ + 15.000,00	€ + 15.000,00
TITOLO III ENTRATE PER ALIENAZIONE DI BENI PATRIMONIALI E RISCOSSIONE DI CREDITI		
CAPITOLO VI Alienazione beni mobili	€ + 0,00	€ + 0,00
CAPITOLO VII Alienazione beni immobili	€ + 0,00	€ + 0,00
CAPITOLO VIII Riscossione crediti	€ + 0,00	€ + 386,13
TOTALI TITOLO III E-3	€ + 0,00	€ + 386,13

TITOLO IV	ENTRATE DERIVANTI DA ACCENSIONE DI PRESTITI E MUTUI		
CAPITOLO IX	Assunzione mutui e prestiti	€ + 0,00	€ + 0,00
	TOTALI TITOLO IV E-4	€ + 0,00	€ + 0,00
TITOLO V	PARTITE DI GIRO		
CAPITOLO X	Entrate aventi natura di partita di giro	€ + 297.489,00	€ + 304.053,18
	TOTALI TITOLO V E-5	€ + 297.489,00	€ + 304.053,18
	Totale generale entrate	€ + 1.267.439,07	€ + 1.374.771,45

BILANCIO PREVENTIVO ESERCIZIO 2007

QUADRO GENERALE - USCITE

Descrizione	Competenza	Cassa	
TITOLO I	SPESE CORRENTI		
CAPITOLO I	Spese per gli organi istituzionali dell'Ente	€ + 21.000,00	€ + 21.000,00
CAPITOLO II	Manutenzione e riparazione ed adattamento locali	€ + 15.000,00	€ + 15.121,87
CAPITOLO III	Oneri e compensi per speciali incarichi	€ + 66.000,00	€ + 66.000,00
CAPITOLO IV	Spese pubblicazioni, acquisto libri, riviste, altro	€ + 60.000,00	€ + 65.732,40
CAPITOLO V	Promozione culturale, convegni, congressi e altre manifestazioni	€ + 45.000,00	€ + 50.056,00
CAPITOLO VI	Spese per accertamenti sanitari	€ + 1.500,00	€ + 1.500,00
CAPITOLO VII	Spese per il personale dipendente	€ + 385.000,00	€ + 424.348,74
CAPITOLO VIII	Spese sede, acquisto materiale e beni di consumo spese telefoniche e postali	€ + 104.000,00	€ + 124.574,60
CAPITOLO IX	Spese per il funzionamento commissioni	€ + 13.000,00	€ + 13.000,00
CAPITOLO X	Commissioni bancarie	€ + 2.000,00	€ + 2.000,00
CAPITOLO XI	Interessi passivi	€ + 10.000,00	€ + 14.789,65
CAPITOLO XII	Premi di assicurazione	€ + 4.000,00	€ + 4.000,00
CAPITOLO XIII	Spese di rappresentanza	€ + 25.000,00	€ + 25.000,00
CAPITOLO XIV	Oneri tributari	€ + 40.000,00	€ + 40.000,00
CAPITOLO XV	Spese per la sede distaccata del Tigullio	€ + 0,00	€ + 0,00
CAPITOLO XVI	Spese per concorsi	€ + 0,00	€ + 0,00
CAPITOLO XVII	Poste correttive e compensative di entrate correnti	€ + 16.450,07	€ + 16.450,07
CAPITOLO XVIII	Fondi di riserva	€ + 47.000,00	€ + 47.000,00
	TOTALI TITOLO I U-1	€ + 854.950,07	€ + 930.573,33
TITOLO II	SPESE IN CONTO CAPITALE		
CAPITOLO XIX	Acquisizioni beni di uso durevole ed opere immobiliari	€ + 90.000,00	€ + 94.193,54
CAPITOLO XX	Accantonamento indennità anzianità e similari	€ + 15.000,00	€ + 15.000,00
	TOTALI TITOLO II U-2	€ + 105.000,00	€ + 109.193,54
TITOLO III	ESTINZIONE DI MUTUI E ANTICIPAZIONI		
CAPITOLO XXI	Estinzione di mutui e anticipazioni	€ + 10.000,00	€ + 13.136,74
	TOTALI TITOLO III U-3	€ + 10.000,00	€ + 13.136,74
TITOLO IV	PARTITE DI GIRO		
CAPITOLO XXII	Uscite aventi natura di partite di giro	€ + 297.489,00	€ + 321.867,84
	TOTALI TITOLO VI U-4	€ + 297.489,00	€ + 321.867,84
	Totale generale uscite	€ + 1.267.439,07	€ + 1.374.771,45

Le delibere delle sedute del Consiglio

Riunione del 20 settembre 2006

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

Riunione sul "Gipef" - Il Consiglio delibera di contribuire all'organizzazione del Meeting internazionale "Mediterraneo: mare nostrum", Genova 21 e 22 ottobre.

Organizzazione corsi di aggiornamento con richiesta crediti formativi regionali - Il Consiglio delibera un corso intermedio/avanzato sull'approccio ai pazienti in lingua inglese, e un convegno sulla cartella clinica e sul consenso informato.

Questioni amministrative - Il Consiglio delibera di affidare alla Banca Popolare di Sondrio il servizio di incasso e gestione dei contributi di iscrizione agli Albi degli iscritti all'Ordine di Genova per l'anno 2007. Vengono, inoltre, deliberate altre spese.

Il Consiglio concede il patrocinio a:

- 1° Congresso Regionale Ligure SIA, Genova 15 dicembre;

- Convegno Hot Topics in cardiologia e cardiocirurgia, Genova 7 ottobre;
- Convegno regionale "La rete regionale per la gestione del rischio clinico: esperienze a confronto e strumenti del governo clinico", a Sestri Levante 12 ottobre;
- Convegno regionale dell'ALU "La calcolosi urinaria", Genova 11 novembre.

Ratifica verbali Commissione pubblicità - Il Consiglio, viste le istanze per ottenere la nulla/osta alla pubblicità sanitaria, delibera di ratificare tutte le decisioni prese nelle riunioni della Commissione pubblicità dell'Ordine del 7 agosto e del 13 e 15 settembre 2006 contenute nei relativi verbali di seduta.

Movimento degli iscritti (20 settembre 2006)

ALBO MEDICI - nuove iscrizioni

Maria Haupt, Daniela Paola Rossi, Enrica Guaraglia, Joerg Siegmar (cittadino tedesco).

Per trasferimento: Bruno Icardi (già iscritto all'Albo Odont.), Paola Maria Bini (da An).

CANCELLAZIONI - per decesso: Umberto Vassallo, Umberto Tassone, Giulio Pierallini, Yiuri Bounimovitch, Orietta Bernatzky, Anton Giulio Nasta, Natale Piccoli, Valerio Graziano Valeriani

ALBO ODONTOIATRI - CANCELLAZIONI per decesso: Umberto Vassallo.

Benvenuti giovani colleghi!

Giovedì 26 ottobre 2006, venticinque medici e due odontoiatri hanno preso parte alla cerimonia per il giuramento professionale che l'Ordine ha voluto organizzare presso la propria sede, come previsto dal Codice di deontologia medica.

I neolaureati hanno pronunciato la formula del giuramento ricevendo una copia del Codice e una raccolta di note informative utili allo svolgimento dell'attività lavorativa.

A tutti loro il benvenuto e gli auguri di una brillante carriera da parte del Consiglio dell'Ordine di Genova.

Al via il medico euromediterraneo

Per promuovere e sostenere il progetto del medico euromediterraneo è stato organizzato, con successo, un meeting internazionale svoltosi il 21 ottobre a Genova. Lo scopo era quello di sviluppare, tra le due sponde del Mediterraneo, una strategia comune per abbattere le diversità professionali legate all'appartenenza a paesi così diversi per contesti sociali e culturali.



“Il nostro intento - ha dichiarato il presidente della

Fnomceo, Amedeo Bianco - è di organizzare una rete di relazioni stabili sulle quali costruire politiche sanitarie comuni e fondare la nostra opera professionale”. Eolo Parodi, presidente dell'Enpam, ha voluto sottolineare come queste relazioni “possano concretamente spianare la strada al dialogo politico”.



Anche il professor Salvatore Amato, chairman dell'evento, ha sottolineato come, “facendo leva sull'unica, comune, cultura mediterranea e riconoscendo non solo il valore culturale, ma anche e soprattutto il valore sociale del medico”, sarà possibile armonizzare le diversità che dovrebbero essere “costruttivamente espresse”, per realizzare forme concrete di partnership.

Il presidente dell'Ordine di Genova, Enrico Bartolini, ha invece auspicato che, “attraverso l'opera degli Ordini venga quanto prima normata una qualche forma di certificazione, da tutti condivisa, che permetta al medico di esercitare in piena libertà ed in scienza e coscienza senza frontiere”.

Presente al convegno anche M. Paola De Martino, responsabile per l'Estero e l'Europa del ministero della Salute che ha reso noti i rapporti di partnership tra il ministero italiano e i vari paesi che si affacciano sul Mediterraneo.

Insomma, medici, dentisti ed esperti italiani, insieme a quelli di Algeria, Tunisia, Libia ma anche Croazia, Grecia, Portogallo, Spagna - tanto per citare solo alcuni dei paesi presenti all'evento - hanno confrontato le loro esperienze e realtà professionali e ipotizzato meccanismi e possibili strumenti comuni, soprattutto, formazione, e telemedicina.

INSERZIONE PUBBLICITARIA

Ges
LAB

Il Software di cui hai bisogno
i Professionisti che cerchi

Informatizzazione delle strutture medico-sanitarie



Passi Organizzazione e Sistemi S.r.l.

Via Carzino 2A/1A Genova - Cell. 348 5862913 Fx 010 4693336 info@osi-ge.com

La responsabilità disciplinare dei medici al vaglio della cassazione

Un tema importante, di cui tuttavia si parla poco, è quello della responsabilità disciplinare del medico. Oltre infatti alla responsabilità penale, a quella civile e a quella contabile (spesso associate a fenomeni di malpractice), il medico è anche soggetto alla responsabilità disciplinare per violazione di regole deontologiche. La professione medica, in quanto professione protetta, è sottoposta infatti a regole particolari non applicabili alla generalità delle professioni: è il caso, appunto, del Codice di deontologia, approvato nella più recente versione il 3 ottobre 1998 e disponibile on-line all'indirizzo www.omceo-ge.org.

Un profilo molto delicato è quello relativo all'apparato sanzionatorio e alla relativa giustiziabilità degli illeciti previsti nel Codice. In argomento è intervenuta recentemente la Corte di cassazione con una sentenza che, cercando di dipanare la stratificazione normativa in materia – risalente in parte all'epoca fascista – ha fissato alcuni punti di cui è opportuno dare conto (cfr. Cass. civ., sez. III, 31 maggio 2006, n.13004).

I fatti riguardano un cardiologo condannato dal Tribunale penale a cinque mesi di reclusione per aver, in un caso, chiesto ed ottenuto un pagamento a fronte di una prestazione resa in ospedale; in un altro caso, per aver "dirottato" un paziente dall'ospedale al proprio studio privato, ottenendone un indebito



vantaggio economico.

Alla condanna penale faceva seguito la sospensione e l'avvio del procedimento di recesso da parte dell'azienda ospedaliera presso la quale il sanitario svolgeva il proprio servizio. Infine, venuto a conoscenza dei fatti, il Consiglio dell'Ordine apriva un procedimento disciplinare (ex art. 38, D.P.R. 221/1950), concluso con due mesi di sospensione dall'esercizio della professione. Avverso tale sentenza, il medico proponeva ricorso alla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie, cioè all'organo "di appello", chiamato a giudicare in secondo grado sulle decisioni disciplinari dell'Ordine. A fronte della conferma del verdetto negativo, il medico proponeva infine ricorso per Cassazione.

Fra i vari motivi di ricorso merita particolare attenzione quello concernente l'estensione della responsabilità disciplinare. Il medico, infatti, richiama a propria difesa il decreto legislativo n. 233 del 1946, che – a suo dire – circoscrive la sanzionabilità delle norme deontologiche agli atti compiuti nello svolgimento della professione, ritenendosi tale solo quella espletata secondo un modello organizzativo autonomo.

Il medico, in sostanza, ritiene che il proprio comportamento non sia passibile di sanzioni disciplinari perché, da un lato, non era strettamente configurabile come svolgimento di attività medica; dall'altro, era comunque stato posto in essere all'interno di un rappor-

to di lavoro subordinato in un'azienda sanitaria. Questa impostazione viene peraltro rigettata con fermezza dalla Corte di cassazione, che conferma le sanzioni irrogate e condanna pure il medico al pagamento delle spese processuali. In particolare, la Corte precisa (applicando principi affermati per la responsabilità di avvocati e ingegneri) che il potere disciplinare degli Ordini si estende anche a comportamenti tenuti nello svolgimento di attività diverse da quelle strettamente professionali, che però siano suscettibili di arrecare pregiudizio al decoro della professione. Viene infatti richiamato l'art. 1 del Codice di deontologia medica, in base al quale "il comportamento del medico, anche al di fuori dell'esercizio della professione, deve essere consono al decoro e alla dignità della stes-

sa". Quanto poi al secondo profilo, riguardante l'ambito professionale occasione dei comportamenti censurati, la Corte precisa – interpretando estensivamente il D.lgs. del 1946 – che non può escludersi la sanzionabilità dei comportamenti tenuti al di fuori dello stretto esercizio della libera professione. Viene pertanto chiarito che, per quanto il potere disciplinare non possa incidere sul rapporto di impiego pubblico o privato, il decoro della professione medica debba essere tutelato dalle norme deontologiche a prescindere dalla forma e dall'organizzazione in cui la stessa professione viene svolta. Anche i comportamenti tenuti in ospedale o in case di cura private, dunque, sono pienamente assoggettabili al potere disciplinare dell'Ordine.

La sentenza annotata chiarisce dunque l'estensione della responsabilità disciplinare, chiamando i medici ad uno scrupoloso rispetto dei propri doveri deontologici, rimarcando anche i limiti che derivano dall'esercizio di una professione "protetta".

Prof. Avv. Lorenzo Cuocolo

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

INSERZIONE PUBBLICITARIA

Ecografo Digitale Carrellato



SAGE. Articoli Sanitari

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

Consiglio superiore di sanità

Sono stati chiamati a far parte del Consiglio superiore di sanità che si è insediato il 23 novembre il dr. Amedeo Bianco, presidente della Fnomceo, il dr. Costantino Troise, direttore del Dipartimento di medicina interna e malattie infettive dell'Ospedale San Martino. A loro i complimenti per la prestigiosa carica e gli auguri di buon lavoro dal Consiglio dell'Ordine.

L'esperienza di San Martino sulla gestione del rischio clinico

Dopo un significativo lavoro di analisi svolto da un gruppo multi-disciplinare costituito da diverse U. O. di staff e di line e coordinato da Rita Rosso, Roberta Serena, Francesca Savaglia e i membri Ugr, la Direzione generale dell'A.O. universitaria "San Martino" di Genova, ha concluso il primo progetto di gestione del rischio clinico in tutta l'azienda.

L'importanza della gestione del rischio

Partendo dalla considerazione di fondo che gli eventi avversi, o errori, sono una componente inevitabile di ogni realtà umana, è necessario non solo riconoscere che l'attività di un'Azienda come quella sanitaria comporta una dose particolarmente elevata di rischio, ma anche prendere atto del fatto che le Aziende sanitarie non hanno al loro interno aree a "rischio zero". È fondamentale, quindi, in primo luogo porre in atto un insieme di azioni che abbassino la probabilità che alcuni eventi accadano ed in secondo luogo attivare delle difese in grado di arginare le conseguenze negative degli eventi verificatisi.

La nostra esperienza

Lo studio svolto al "San Martino" si è innanzitutto focalizzato sulla ricerca di incidenti legati al comportamento umano. Sono state messe in evidenza le condizioni organizzative nelle quali tali incidenti si sono manifestati, tenendo conto quindi di insiemi umani, tecnologici, relazionali e procedurali, tutti tra loro fortemente interconnessi e interattivi. Il tentativo è stato quello di far emergere problemi nascosti e profondi, e su questa

base di conoscenza procedere ad un ripensamento del processo organizzativo. La "gestione del rischio clinico" in ambito sanitario richiede un fondamentale cambio di prospettiva: **considerare l'errore, o l'evento avverso, oppure ancora l'evento "sentinella", come fonte di apprendimento per evitare il ripetersi delle circostanze che hanno portato a sbagliare.**

L'obiettivo primario di tutto il lavoro è stato quello di creare le condizioni ideali affinché la cultura dell' **"imparare dall'errore"** attecchisse all'interno di tutta l'Azienda e diventasse una strategia vincente all'interno di una moderna interpretazione del percorso di certificazione aziendale UNI EN ISO 9001:2000; ciò si traduce nel considerare tutti gli eventi avversi come "non conformità" di sistema o di processo che necessariamente danno origine ad una azione preventiva e/o correttiva di miglioramento, con verifica a posteriori dell'efficacia dell'azione stessa.

La metodologia utilizzata è stata ricavata dalle linee guida del Ministero della salute, Dipartimento della qualità, e dal modello di accreditamento all'eccellenza secondo la "Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations" (J.C.A.H.O.), oltre che dalla più moderna bibliografia internazionale disponibile. L'esperienza è partita da uno studio pilota durato otto mesi nel corso del 2004, su due Unità operative di chirurgia: vascolare e plastica che hanno dato piena e consapevole disponibilità ed hanno fornito un fondamentale ed indispensabile contributo. Lo stesso tipo di analisi, avendo portato ad ottimi risultati, è stato esteso all'intera

azienda nel 2005/06.

L'analisi svolta si è avvalsa di numerose competenze, quelle della cosiddetta **Unità di Gestione del Rischio (UGR)** composta da: affari generali e legali, direzione sanitaria, controllo di gestione, medicina legale, servizio prevenzione e protezione, farmacia ed ufficio qualità, accreditamento e relazioni con il pubblico.

L'analisi reattiva

Il progetto si è svolto in due fasi; durante la prima, definita "analisi reattiva", si è cercato di studiare a posteriori gli incidenti.

In particolare sono stati utilizzati i seguenti strumenti :

1. "incident reporting" attraverso la raccolta di schede di segnalazione di potenziali errori;
2. analisi delle cartelle cliniche;
3. analisi dei processi;
4. valutazione del carico assistenziale quotidiano.

L'"Incident reporting" è una raccolta volontaria di schede per le segnalazioni di eventi avversi. Segnala errori o "possibili errori" che permettono di raccogliere informazioni fondamentali per tracciare il percorso che ha permesso il verificarsi dell'evento avverso. La segnalazione spontanea degli eventi è uno degli strumenti più frequentemente indicati come fondamentali per una corretta gestione dei rischi in quanto permette di ottenere non solo la possibilità di delineare a livello qualitativo il profilo di rischio di una specifica U.O., ma anche di coinvolgere tutti gli operatori, sensibilizzandoli al tema della sicurezza del paziente; inoltre aiutano a trovare alcuni di quei numerosissimi near-miss events, o "errori che non hanno portato danno" che quotidianamente si verificano in un'Azienda Sanitaria (J.C.A.H.O. sentinel event policy

1996). Il lato più critico in questa fase si è rivelato essere in tutta l'Azienda la diffidenza da parte degli operatori; si è reso infatti necessario sensibilizzare gli operatori all'utilizzo dello strumento tramite uno specifico corso di formazione realizzato a circa 1500 operatori dal personale dell'Unità Operativa Ufficio Qualità, Accreditamento e Relazioni con il Pubblico.

Ciò ha permesso di creare un ambiente facilitante permettendo un approccio all'errore basato su principi di miglioramento continuo e non su punizioni o colpevolizzazione. L'azienda è riuscita a passare da una visione dell'errore basato sulla persona ad una visione di sistema.

L'analisi delle cartelle cliniche è avvenuta da parte di team dedicati seguendo criteri validati a livello internazionale:

1. I criteri minimi di accettabilità della cartella clinica (J.C.A.H.O.);
2. I diciotto criteri di Vincent;
3. Gli otto principi di Wolff.

Sono state visionate 413 cartelle cliniche.

I dati così rilevati sono stati analizzati tramite due metodologie riconosciute a livello internazionale e citate dal D.M. del Ministero della salute:

- ▶ la Failure Mode and Effects Analysis (F.M.E.A);
- ▶ la Root Causes Analysis (R.C.A).

Obiettivo della "Failure Mode and Effects Analysis" è l'individuazione di come e dove il sistema può fallire, partendo dall'evento avverso, ricercando ciò che potrebbe accadere ed i suoi possibili effetti.

La "Root Causes Analysis" è un'indagine strutturata che ha lo scopo di identificare la causa vera di un problema e le azioni necessarie per eliminarla. L'analisi, quindi, indaga sulle potenziali cause profonde (fattori organizzativi e gestionali) per arrivare ad indivi-

duare la "causa radice" del problema. Contestualmente è stata effettuata una scomposizione dei processi (degenza, ambulatorio, day hospital, ecc...) secondo la metodologia Iso, con la relativa individuazione di "chi fa le cose", ovvero delle matrici delle responsabilità. Infine il Controllo di gestione ha realizzato una valutazione del carico assistenziale quotidiano durante il periodo di studio tramite due indicatori:

- ▶ il Peso DRG (complessità);
- ▶ il grado di severità di malattia secondo APR-DRG.

L'analisi proattiva

Sui dati ottenuti è stata quindi calcolata la "probabilità di occorrenza" dell'errore espressa in percentuale per permettere un confronto diretto tra le Unità operative coinvolte. La percentuale è stata correlata alla gravità del danno provocato dall'evento avverso ed inserita nel percorso assistenziale in base alla suddetta scomposizione dei processi. In tal modo è stato possibile non solo correlare la frequenza dell'evento avverso alla gravità del danno provocato, ma anche dare una giusta collocazione dell'evento all'interno del percorso assistenziale del paziente.

Conclusioni

L'esperienza ha fatto comprendere l'importanza di dare inizio ad un cambiamento del punto di vista sull'errore in medicina, creando un clima di fiducia all'interno del quale è stato ed è tuttora possibile "imparare dagli errori" (principio base della learning organization), attuando un coinvolgimento dei clinici e degli operatori sanitari a tutti i livelli organizzativi del progetto e gettando le basi affinché la gestione del rischio clinico possa diventare uno strumento di governo clinico.

Altro fattore vincente è stato il ruolo dell'Unità di gestione del rischio interdiscipli-

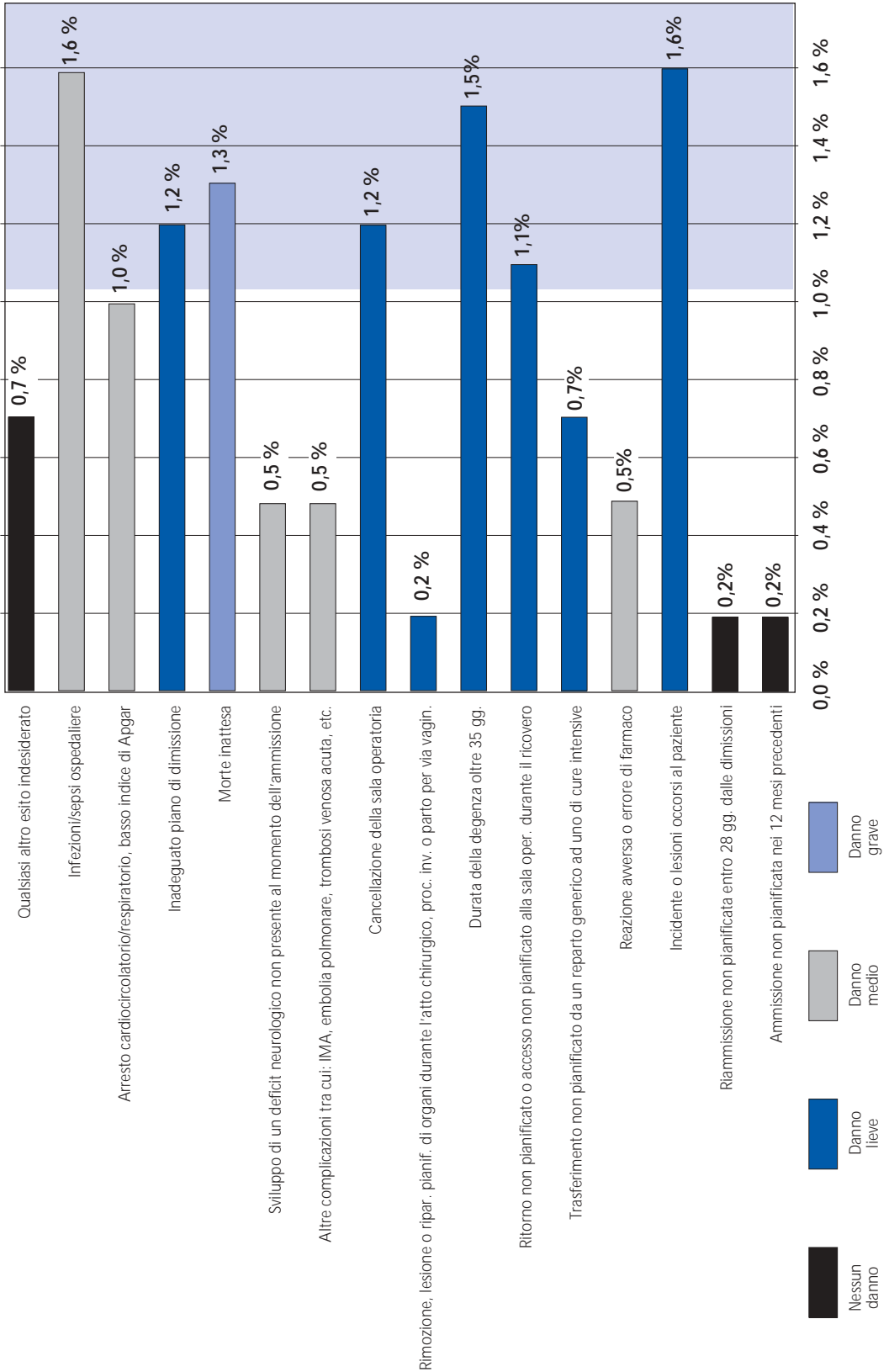
nare che ha chiarito in modo inequivocabile la collocazione della segnalazione (Incident reporting) nell'ambito del miglioramento dell'attività assistenziale. La segnalazione spontanea degli eventi ha richiesto un certo tempo per essere accettata dagli operatori per i quali è stato necessario un vero e proprio cambiamento culturale nel percepire gli eventi avversi come occasioni di miglioramento. L'esperienza ha creato opportunità importantissime, molti clinici ne hanno riconosciuto l'utilità anche come strumento per avviare attività di "Audit" all'interno dell'Unità operativa e, finalmente, la consapevolezza dei rischi connessi alla propria attività è stata vista come un primo ed indispensabile passo per giungere alla loro gestione.

Progetti di questo tipo aiutano a diffondere una nuova cultura della salute capace di dare massimo sviluppo ai servizi integrati che considerano la globalità della persona in tutte le sue dimensioni in rapporto ai suoi disturbi, problemi o patologie correlati alla componente psicologica, sociale, familiare, relazionale e lavorativa, agli stili di vita e ai fattori ambientali; ed in questo l'integrazione di diverse discipline, come nel caso dell'Ugr, diviene un presupposto fondamentale.

Tale orientamento, infatti, ha permesso di arrivare alla cogestione amministrativa, medico legale ed assicurativa del contenzioso, alla raccolta di numerosi dati ed alla formulazione di reports tempestivi, ad analizzare le cause degli eventi approfonditamente, ad una valutazione medico legale che sia garanzia di onestà nei confronti dei cittadini ed a promuovere iniziative di prevenzione dei conflitti con la modifica dei percorsi assistenziali e la formazione del personale.

Accanto il grafico che mette in evidenza la situazione aziendale dopo il progetto.

Mappatura degli eventi avversi risultanti dall'analisi campionaria di cartelle cliniche chiuse 2004-2005-2006 secondo Vincent e Wolff con evidenza cromatica dell'indice di priorità di rischio al termine del progetto.
(base campionaria complessiva = 413 cartelle cliniche)



Un termine nuovo: l'"appropriatezza"

Attualmente il sostantivo "appropriatezza" è uno dei più usati in Sanità ed appare in ben 299.000 documenti, rintracciabili grazie al motore di ricerca "Google". Un altro aspetto particolare, ricavabile da un rapido esame dei 773 file della prima selezione di "Google" è che la Sanità è, al momento, l'ambito esclusivo di utilizzo del termine, che in Italia è perciò divenuto proprio del gergo medico.

Nascita e sviluppo del concetto di appropriatezza

Per capire cosa si intenda per "appropriatezza" è utile ricordare che in italiano "appropriato" vuol dire adatto, conveniente, anche nel senso di proporzionato, adeguato, conforme, che il particolare significato che può assumere, in *american english* dal verbo "to appropriate", è stanziare denaro. Ciò perché è proprio negli Stati Uniti, che gli esperti di gestione dei sistemi sanitari hanno introdotto per la prima volta il concetto di *appropriateness*, scegliendo un termine che faceva immediatamente pensare alla necessità di coniugare l'aspetto sanitario e quello economico.

Il dibattito verteva sulla possibilità di rendere gli ospedali più efficienti e meno costosi, mediante l'introduzione di sistemi di remunerazione, della loro attività, in base alle prestazioni effettivamente erogate (Drg). Uno dei punti deboli del sistema che si intendeva adottare è che esso comporta, quasi fisiologicamente, una quota di "sovratrattamento" ed era quindi logico aspettarsi che ai benefici sperati, si contrapponesse da un lato un aumento di prestazioni inutili per il paziente e dall'altro la scelta opportunistica di effettuare alcune prestazioni ad un livello assi-

stenziale più intensivo del necessario. Si pensò che per minimizzare l'entità di questi effetti indesiderati, fosse opportuno munirsi di uno strumento, che consentisse la valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni, non solo sotto l'aspetto clinico - come era sempre avvenuto - ma anche sotto il profilo organizzativo.

Ricordiamo brevemente alcuni degli ambiti in cui è stato fatto rientrare, non senza forzature, il tema dell'appropriatezza: la variabilità della pratica medica; le disuguaglianze nell'assistenza sanitaria causate dalle differenze socioeconomiche; il fallimento del mercato in sanità; la iatrogenesi da sovrautilizzo delle prestazioni; la medicina d'iniziativa e il sottoutilizzo delle risorse; la correttezza e la qualità delle prestazioni. Per valutare la pertinenza di tutti questi ambiti rispetto all'argomento appropriatezza non basterebbe un trattato. Mi limiterò a due osservazioni:

◆ **Primo** - Una certa variabilità nella pratica medica sarà sempre presente, perché espressione della libertà di scelta del paziente e di quella clinica del medico, che ha la responsabilità di individuare, secondo scienza e coscienza, ciò che è meglio per ogni suo singolo paziente; perciò sbaglia chi crede che la variabilità delle cure verrà eliminata dall'*appropriateness* o dall'*evidence based medicine* così come si illudono quegli esperti di management, colpevolmente digiuni di antropologia, che pensano che il medico possa venir sostituito da un computer e da un sistema esperto.

◆ **Secondo** - Originariamente l'appropriatezza era attinente esclusivamente al processo decisionale e perciò non dovrebbe aver nulla a che vedere con la qualità; difatti nulla

vieta di far male la cosa giusta.

La valutazione dell'appropriatezza in Italia

Al di là di ogni divagazione di carattere culturale il tema della valutazione dell'appropriatezza è particolarmente importante in Italia. Difatti anche noi abbiamo adottato da circa 10 anni il finanziamento a prestazione dell'attività ospedaliera e per alcuni motivi - tra i quali l'esubero di ospedali, che caratterizza il nostro SSN - gli effetti indesiderati di tale modalità di pagamento si sono manifestati in maniera così massiccia, da compromettere seriamente quel recupero di efficienza che i Drg dovrebbero garantire. E' perciò particolarmente interessante l'iniziativa dell'istituto "Mario Negri" di Milano che partendo dall'Aep statunitense ha sviluppato il **Pruo (Protocollo di revisione dell'utilizzo dell'ospedale)**, basato anch'esso sull'esame di cartelle cliniche.

Va subito detto che in Friuli Venezia Giulia, dove il Pruo, associato ad incentivi economici per l'appropriatezza, è in uso dal 1995, si è verificata una importante riduzione dei tassi di ospedalizzazione regionali, in controtendenza rispetto ai dati nazionali: i ricoveri sono infatti diminuiti del 23,5% dal 1995 al 2000 (Lattuada L. e coll). E' però difficile dire quanto si debba al Pruo un così buon risultato, giacché la strategia di quella Regione è articolata: dal 1999 è stata introdotta una ulteriore modalità di controllo dell'attività ospedaliera, basata sull'elaborazione di indicatori, i cui valori anomali possono dar luogo ad una penalizzazione economica o ad un controllo campionario sulle cartelle cliniche.

In Piemonte il Pruo è stato utile anche per fornire dei dati oggettivi con i quali effettuare un confronto sull'appropriatezza dei ricoveri, tra Unità operative analoghe della stessa

Azienda ospedaliera (Gandini F. e coll.).

Nell'esperienza pugliese la riflessione sui motivi dell'inappropriatezza dei ricoveri, che il Pruo ha fatto emergere, ha portato ad interessanti conclusioni: vi erano significative carenze del sistema dell'emergenza, in particolare mancavano posti letto di osservazione breve intensiva (Obi) e l'ospedale surrogava i livelli assistenziali meno complessi, veniva così confermata la necessità di un maggior numero di strutture di accoglienza post acuzie (Rsa, Rp), che costituissero una valida alternativa all'ospedale (Petroli M. e coll.).

Il Pruo, che si è rivelato utile nel ridurre gli effetti indesiderati dei Drg, si presta, opportunamente modificato, anche alla valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri in regime di *day hospital*.

La Regione Lazio ha sviluppato un suo sistema, di analogo significato, denominato **Appro (Appropriatezza ricoveri ospedalieri)**, che non si basa come il Pruo sull'esame delle cartelle cliniche, ma valuta l'appropriatezza dei ricoveri a partire dagli archivi informatici delle dimissioni dall'ospedale (Materia E.).

Nel concludere la disamina dell'applicazione del concetto di appropriatezza nella Sanità italiana, è opportuno fare un cenno alle cure primarie, al cosiddetto territorio. Infatti nella convenzione per la medicina generale è detto che i medici debbono concorrere, con le altre figure professionali, ad assicurare l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse e a ridurre gli sprechi; per far ciò occorre che essi prescrivano solo quelle prestazioni la cui efficacia è riconosciuta secondo le evidenze scientifiche (Ebm); inoltre si aggiunge, che le prestazioni prescrivibili debbono essere riservate ai soggetti, che maggiormente possono trarne beneficio. In concreto nella convenzione, viene richiamato l'obbligo del rispetto delle

Non è sanzionabile il medico che prescrive oltre la media

Spetta all'Asl l'onere della prova certa di inappropriatezza delle prescrizioni.

L'argomento è molto attuale: l'emendamento all'art 88 della legge finanziaria 2007, proposto dai componenti del gruppo di Alleanza Nazionale che fanno parte della XII commissione permanente (Affari sociali) della Camera dei deputati, ripropone l'uso dello sfioramento dei tetti di spesa quale parametro per avviare procedure di controllo per l'appropriatezza prescrittiva.

Il testo dell'emendamento recita: "le Regioni sono tenute ad istituire procedure di controllo sull'appropriatezza dell'assistenza specialistica e farmaceutica, basate sulla verifica sistematica delle prescrizioni eccedenti appositi tetti di spesa, determinati per ciascun medico di medicina generale, in corrispondenza del numero dei propri assistiti, distinti per fasce di età e di bisogno assistenziale. I tetti di spesa devono essere fissati in modo da conseguire una complessiva riduzione della spesa sanitaria per l'assistenza special-

stica e farmaceutica, a livello regionale, non inferiore al 10 per cento."

Bisogna peraltro precisare che sia la dottrina che la giurisprudenza non concordano nel ritenere l'iperprescrizione un indicatore di inappropriatezza.

Il giudice del Lavoro del Tribunale di Pordenone con sentenza n. 99 del 11 maggio 2006 (depositata in Cancelleria il 25.5.2006) ha condannato l'Asl n. 6 Friuli Occidentale a restituire gli importi trattenuti ad un medico di medicina generale a titolo di rimborso coattivo per prescrizioni di farmaci ritenute improprie e superiori alla media di prescrizione dei medici dello stesso distretto sanitario.

Il giudice ha poi ritenuto corrette le prescrizioni sulla base dell'esame delle stesse effettuato dal perito d'ufficio e ha rilevato che l'Asl non ha prodotto alcuna prova concreta attestante l'inappropriatezza delle stesse e il presunto danno erariale motivante la sanzio-

note Aifa nel prescrivere i medicinali, pena il rimborso, da parte del medico, del farmaco indebitamente prescritto (Acn art.27).

Il rischio da evitare è che una interpretazione miope di tutto ciò porti alla riscoperta, da parte delle Aziende sanitarie, di un vecchio strumento, già utilizzato in passato per riportare nella media la spesa dei medici di medicina generale iperprescrittori: il "tetto di spesa", il cui funzionamento è solo apparente perché - è bene ricordarlo - ha come effetti indesiderati l'aumento degli accessi al pronto soccorso e quello dei ricoveri ospedalieri e, quindi comporta una crescita della spesa

sanitaria complessiva, in luogo dell'auspicato risparmio. Per quanto riguarda le cure primarie, un modello interessante è quello emiliano romagnolo: sono stati individuati 16 Drg ad alto rischio di inappropriatezza (es. le lesioni mammarie benigne, le alterazioni dell'equilibrio, la calcolosi urinaria) e si sono concordate modalità operative, tra medici generali ed ospedale, secondo la logica dei percorsi diagnostico-terapeutici (Pdt). E' necessario, insomma, definire le condizioni di erogabilità delle prestazioni che, più frequentemente, sono oggetto di eccessiva variabilità ed inappropriata prescrittiva (Psn 2006-2008).

ne economica inflitta dall'Asl al medico ricorrente.

Va rilevato che la prescrizione inappropriata, in quanto violazione di legge (n. 425/1996), costituisce responsabilità extra-contrattuale per cui, ai sensi dell'art. 2697 CC, spetta all'Asl l'onere della prova certa di inappropriata delle prescrizioni, non al medico che ai sensi dell'art. 27 dell'ACN 2005 ha la facoltà e non l'obbligo di presentare controdeduzione alla contestazione d'addebito.

La sentenza 99\2006 del Giudice del Lavoro di Pordenone smentisce il teorema che la prescrizione di farmaci al di sopra della media di prescrizione degli altri medici sia di per sé un indicatore di inappropriata e quindi di un danno erariale. Questo teorema è nato da un'interpretazione distorta della sentenza n. 275 del 28.6.2004 della Corte dei Conti dell'Umbria che in realtà è entrata nel merito delle singole prescrizioni e non ha affatto giudicato l'astratto scostamento dalle medie di prescrizione dei medici come unica prova certa di inappropriata.

Infatti, la letteratura scientifica ha ampiamente dimostrato che molte malattie comuni

sono sottodiagnosticate e sottotrattate con la conseguenza che il medico che prescrive di più potrebbe anche essere semplicemente più interventista o più impegnato a curare rispetto alla media dei suoi colleghi (Il Sole 24ore Sanità n. 9/2005); quindi il controllo sulle prescrizioni non sembra migliorare la salute degli utenti, né ridurre il costo dei ricoveri ospedalieri (BMJ 2005, 330:293).

Nella sentenza del giudice di Pordenone non è stata neppure sollevata la questione preliminare dell'incompetenza del Direttore Generale dell'Asl ad emettere provvedimenti di recupero coattivo dei crediti (trattenute dirette dai compensi del medico convenzionato), sebbene la sentenza n.5101 del 17 settembre 2003 del Tar Toscana sezione II abbia chiaramente definito l'Asl un ente autonomo privo del potere di recupero coattivo diretto dei crediti ai sensi del D.Lgs 229/1999.

Andrea Stimamiglio

Fonti: SIMG News 100/2006, Mauro Marin in sito Univadis, comunicato stampa FIMMG 24 ottobre 2006.

Riflessioni conclusive

In conclusione è bene ricordare il punto fondamentale: in sanità ogni sistema di finanziamento basato sulle prestazioni erogate, comporta un rischio di sovratrattamento, che va limitato con delle revisioni; per effettuarle è necessario disporre di strumenti per misurare l'appropriata. Che la valutazione riguardi al contempo aspetti sanitari ed economici è implicito ed eticamente accettabile, perché, come ha scritto R.H. Brook: "Senza metodi per identificare l'assistenza non appropriata la possibilità di garantire la copertura sanitaria per tutti potrebbe venir meno." Ma, se

oltre a migliorare l'efficienza e a ridurre i costi, si intende migliorare la qualità del servizio, non basta basare il finanziamento sulle prestazioni effettuate, controllandone a campione l'appropriata, occorre avviare un programma di "clinical governance" serio, ovvero basato su più elementi interconnessi, i principali dei quali sono: la formazione continua (ECM); la gestione del rischio (Rm); i piani diagnostico-terapeutici (Pdt); l'audit clinico; la medicina basata sulle evidenze scientifiche (Ebm); la programmazione e il controllo amministrativo (Pc); l'informatizzazione (It).

Stefano Alice



L'Irap nelle attività produttive

Con il decreto legge n.446 del 15/12/1997 viene istituita l'imposta regionale sulle attività produttive.

Tale imposta è stata introdotta in sostituzione di altri tributi che sono stati soppressi: l'Illor, l'imposta sul patrimonio netto delle imprese, la tassa di concessione governativa sulla partita Iva, il contributo per il servizio sanitario nazionale, i contributi per l'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi, i contributi per l'assistenza di malattia ai pensionati, e la tassa di concessione comunale.

Il presupposto dell'imposta è l'esercizio di un'attività autonomamente organizzata diretta alla produzione o allo scambio di beni o alla prestazione di servizi. In ogni caso l'attività esercitata da società ed enti (organi e amministrazioni statali) costituisce presupposto dell'imposta.

Soggetti passivi:

- ◆ società di capitali;
- ◆ società di persone;
- ◆ persone fisiche e società semplici esercenti arti e professioni;
- ◆ produttori agricoli titolari di reddito agrario;
- ◆ amministrazioni pubbliche;
- ◆ enti non commerciali residenti.

Soggetti esclusi:

- fondi comuni di investimento;
- fondi pensione.

Base imponibile

L'imposta viene applicata sul valore della produzione netta derivante dall'attività esercitata nel territorio della regione, viene dichiarata e liquidata nel modello unico.

Nel caso degli enti, che non svolgono attività commerciali, la base imponibile va calcolata sulla somma delle retribuzioni per lavoro

dipendente (spettanti, ma non necessariamente erogate), dei compensi per collaborazione coordinata continuativa e prestazioni occasionali.

Valore netto della produzione per gli esercenti arti e professioni

Il valore netto della produzione è dato dalla differenza tra i compensi percepiti e l'ammontare dei costi sostenuti inerenti l'attività esercitata, compreso l'ammortamento dei beni materiali ed immateriali, esclusi gli interessi passivi e le spese per il personale dipendente. Sono ammessi in deduzione i contributi per le assicurazioni obbligatorie contro gli infortuni sul lavoro, le spese relative agli apprendisti, ai disabili, e le spese per il personale assunto con contratti di formazione lavoro. Sono inoltre previste delle deduzioni forfetarie graduate in base all'imponibile e al numero di dipendenti impiegati.

Non sono invece deducibili i compensi per attività commerciali e per prestazioni di lavoro autonomo non esercitate abitualmente e i canoni relativi a contratti di locazione finanziaria limitatamente alla parte riferibile agli interessi passivi.

Aliquota applicata

L'aliquota applicata è del 4,25%, ma le Regioni hanno la facoltà di variarla di un punto percentuale.

Nel caso in cui l'imposta venga applicata ai soggetti esercenti attività non commerciali l'aliquota è del 8,5%.

Contenzioso

L'Irap negli ultimi tempi ha dato luogo ad un contenzioso che si è sviluppato su due fronti: quello Europeo e quello nazionale.

Il primo ha trovato fondamento nella VI direttiva Cee n° 77/388 art. 33 che impone agli stati membri il divieto dell'introduzione di imposte sulla cifra di affari. Tale principio ha la finalità di armonizzare, nell'ambito degli Stati appartenenti all'Unione Europea, la disciplina dell'imposta sul valore aggiunto, impedendo agli Stati membri di imporre dei tributi aventi le stesse caratteristiche dell'Iva.

Dal momento che l'Irap ha come soggetti passivi persone fisiche e giuridiche la cui attività è volta alla produzione o allo scambio di beni o alla prestazione di servizi, e che colpisce il valore netto dello produzione ovvero il valore aggiunto creato dall'imprenditore o meglio dalla struttura organizzata del soggetto passivo Irap, è stata ravvisata nell'introduzione dell'Irap una duplicazione dell'imposta sul valore aggiunto.

La Corte di Giustizia europea è intervenuta con sentenza del 3 ottobre 2006, negando la tesi di cui sopra.

Il secondo fronte, quello nazionale, ha invece come fondamento l'esistenza o meno di un'attività organizzata che qualifichi il contribuente come soggetto passivo Irap.

Infatti la Corte costituzionale con sentenza n° 156 del 21 maggio 2001 ha messo in evidenza in via interpretativa i seguenti principi.

L'Irap non è un'imposta sul reddito, bensì un'imposta che colpisce il valore aggiunto prodotto dalle attività autonomamente organizzate.

Inoltre mentre l'elemento caratteristico di detta imposta è connaturato alla nozione stessa di impresa, altrettanto non può dirsi per quanto riguarda l'attività di lavoro autonomo, ancorché professionale svolta con carattere di abitualità, nel senso che è possibile ipotizzare un'attività professionale svolta in assenza di organizzazione di capitale e di lavoro altrui. Nel caso di un'attività professionale che fosse svolta in assenza di elementi di organizzazione, risulterà mancante il presupposto, con la conseguente inapplicabilità dell'imposta stessa. Pertanto, al fine di presentare un'istanza di rimborso, sulla base di quanto affermato dalla Corte costituzionale, e soprattutto in sede di contenzioso, è fondamentale illustrare le modalità di svolgimento dell'attività esibendo il quadro RE del modello unico, da cui risultano eventuali compensi a dipendenti o altri collaboratori, il libro cespiti e si devono produrre le prove relative agli avvenuti versamenti. Tale istanza va inoltrata all'Ufficio delle entrate competente entro 48 mesi dal versamento del tributo di cui si richiede il rimborso.

I versamenti delle asl ai fondi speciali Enpam

Situazione al 31 ottobre 2006 - a cura di Maria Clemens Barberis

A.S.L.	AMBULATORIALI E MED. SERVIZI	GENERICI E PEDIATRI	GUARDIA MEDICA	MEDICI DEL TERRITORIO	SPECIALISTI CONV. ESTERNI
N. 3 Genovese	agosto e sett. '06	giugno, luglio, agosto '06 cong. 2005	giugno, luglio e agosto '06	giugno, luglio e agosto '06	marzo, aprile e maggio '06
N. 4 Chiavarese	sett. e ott. '06	giugno, luglio e agosto 2006	sett. e ott. '06	-	aprile, magg., giu. lugl. e agosto '06

Irap e condono

Sulla compatibilità del diritto al rimborso Irap ed il condono previsto dalla legge 289/2002 si è a lungo dibattuto.

Inizialmente la giurisprudenza riteneva che con il condono il contribuente definisse gli imponibili indicati in dichiarazione, e rinun- ciasse ad ogni contenzioso derivante da essi. Successivamente l'orientamento è mutato, ritenendo che il condono definisca l'entità del reddito, ma non impedisca la restituzione di quanto non dovuto.

Irap e medici

Abbandonato il filone relativo alla VI direttiva europea, rimane quello fondato sulla sentenza della Corte costituzionale. Il punto cruciale riguarda pertanto la definizione di autonoma organizzazione. Tale aspetto va considerato sotto due punti di vista: quantitativo e qualitativo. Per quanto concerne il primo aspetto, senz'altro l'assenza di collaboratori e di beni strumentali esclude l'assoggettabilità ad Irap del contribuente. Comunque la presenza di beni strumentali non necessariamente comporta la soggettività passiva Irap del professionista. Infatti si deve operare una valutazione sul tipo di attività svolta. Se si tratta di una prestazione che solo il professionista può svolgere e che in sua mancanza non sarebbe possibile fornire indipendentemente dal capitale apportato per lo svolgimento dell'attività, è da escludere l'esistenza del presupposto dell'Irap.

Nel caso dei medici di base convenzionati con le Asl l'autonoma organizzazione non è per esempio stata riscontrata dalla Commissione tributaria regionale di Bari sezione XV che con sentenza n.146 del 17/01/2006 ha stabilito che i **medici di base convenzionati con le aziende sanitarie locali** non sono soggetti a Irap. In questo

caso, secondo il giudice pugliese, il medico esercita l'incarico sotto il potere di sorveglianza delle Asl, a seguito di un concorso per titoli e con l'iscrizione in speciali elenchi. Inoltre per l'esercizio dell'attività il medico deve aprire un ambulatorio in un località che gli viene assegnata, non potendo superare un numero massimo di assistiti e dovendo osservare un orario di apertura ed esecuzione delle visite domiciliari. Tutti questi elementi hanno portato il giudice ad escludere l'esistenza di un'autonoma organizzazione a prescindere dal fatto che nel caso specifico dalla dichiarazione dei redditi non comparissero spese per il personale, mentre le spese per l'acquisto di beni strumentali non superavano il 5,6% del reddito lordo.

Il caso dei medici di base rappresenta una condizione molto particolare, in cui i vincoli, posti sulle modalità di svolgimento dell'attività, limitano in modo particolarmente significativo l'autonomia organizzativa del contribuente, e pertanto è abbastanza agevole considerare questa categoria come non soggetta ad Irap. Anche per gli **odontoiatri che esercitano la professione in modo autonomo** e senza i vincoli dei medici di famiglia il Giudice tributario del Lazio ha escluso l'applicabilità dell'imposta. Infatti la Commissione Tributaria del Lazio sezione XIV con sentenza n.98 del 19/07/2005 ha affermato che l'imposta è dovuta solo nel caso in



cui il contribuente esercita l'attività con un organizzazione autonoma, costituita da capitale e lavoro in modo tale da creare valore aggiunto anche senza l'apporto personale del professionista. In questo caso esiste una struttura organizzativa, dove possono figurare beni strumentali e lavoro altrui, ma che non può funzionare in assenza del professionista che presta la sua opera. L'Irap però interessa in alcuni casi anche quei **medici che esercitano attività intramuraria** i cui compensi sono assimilati a quelli di lavoro dipendente. Infatti in manifesta difformità dalla normativa vigente, le Asl hanno fatto pagare l'imposta ai medici sotto forma di trattenuta sugli emolumenti corrisposti.

Il trattamento tributario dei proventi derivanti dall'attività professionale intramoenia è a carico dell'azienda sanitaria di appartenenza del medico. Come specificato dalle circolari 88/E del 28/09/2001, 1/E del 2/01/2002, e 86/E del 13/03/2002, l'attività Asl è configurabile come attività istituzionale e non commerciale, pertanto l'Asl deve applicare sui compensi spettanti al personale l'aliquota del 8,5%. Il soggetto passivo in questo caso è esclusivamente la Asl che deve provvedere a tutti gli adempimenti relativi all'obbligazione tributaria tra cui il versamento dell'imposta. La normativa vigente non giustifica alcun meccanismo che permetta il riaddebito automatico dell'imposta sul professionista. In tal senso si è pronunciato il Tribunale di Belluno che con sentenza del 26/04/2001 ha accolto il ricorso al Giudice del Lavoro con cui i medici dipendenti della Ulss 1 di Belluno esercenti attività intramoenia chiedevano che venissero dichiarate illegittime le ritenute stipendiali operate dalla Ulss a titolo di Irap.

Il Giudice del Lavoro ha infatti ravvisato che il soggetto passivo Irap è la Ulss di Belluno e

che l'attività svolta dai medici in intramoenia non può essere assimilata all'attività di libero professionista. Pertanto non trova alcuna giustificazione il comportamento della Ulss che in via del tutto unilaterale ha posto a carico del personale medico l'onere derivante dall'introduzione dell'Irap.

Il Giudice del lavoro ha tuttavia rimarcato che la normativa vigente non esclude la possibilità di una ripartizione tra amministrazione e i medici dell'onere derivante dall'introduzione dell'Irap, purchè essa venga determinata con le OO. SS. di categoria e recepita nel regolamento aziendale.

Conclusioni

Alla luce di quanto fin'ora esposto si pone il quesito sul comportamento da mantenere da parte di quei professionisti che esercitano la loro attività in assenza del requisito dell'autonomia organizzazione.

Le alternative che si presentano sono: pagare l'imposta e chiedere il rimborso, oppure non pagarla. Nella prima ipotesi la domanda rivolta agli uffici dell'Agenzia delle entrate avrà molto probabilmente esito negativo, ed il contribuente dovrà scegliere se proseguire o meno nel contenzioso di fronte alle Commissioni tributarie oppure rinunciare. Tale valutazione dovrà essere effettuata considerando l'entità delle somme chieste a rimborso e delle spese della procedura. Nella seconda ipotesi il contribuente va sicuramente incontro ad un contenzioso che sfocerà senz'altro nell'iscrizione a ruolo degli importi non dichiarati e non versati, oltre sanzioni ed interessi. Sottolineiamo che le Commissioni tributarie possono stabilire che le spese del giudizio siano a carico della parte soccombente oppure siano "compensate", nel senso che ognuna delle parti sostenga le proprie.

Studio Associato Giulietti

Liste d'attesa: la causa non è l'intramoenia

Periodicamente, come un fiume carsico, torna di attualità il problema della presunta correlazione tra liste di attesa e libera professione intramoenia (LPI), imputando a quest'ultima l'esistenza e la durata delle attese. Di qui la richiesta, da più parti, di limitare fortemente, o vietare del tutto, la libera professione ai medici dipendenti.

Certamente le liste di attesa rappresentano uno dei problemi più frequenti e più complessi che tutti i sistemi sanitari pubblici si trovano ad affrontare ed anche uno dei più importanti nel vissuto dei cittadini.

Bisognerebbe, però, distinguere tra attese clinicamente significative e attese prive di ricadute cliniche, tra attese di prestazioni efficaci ed attese per esami inappropriati. E' il caso, ad esempio, di ricordare che non poche prestazioni di diagnostica strumentale, per le quali la domanda è maggiore, sono gravate da elevati tassi di inappropriatezza. Nei sistemi sanitari in cui i pazienti non devono pagare le prestazioni di tasca propria (out of pocket) le liste di attesa rappresentano un elemento strutturale. Sempre più, infatti, sono i pazienti che ricorrono alle visite in ospedale per i seguenti motivi: la possibilità di trovare, solo in ospedale, strumenti diagnostici sempre più sofisticati, l'aumento delle malattie ad andamento cronico (sia degenerative che neoplastiche), una crescente richiesta di visite mediche specialistiche legate alla prevenzione.

Senza escludere che il continuo sviluppo di un (super)mercato della salute, esterno al SSN, porta all'inflazione della medicina e della medicalizzazione pervasiva della società. A questa crescente richiesta le Aziende sanitarie rispondono tentando di aumentare

l'offerta di prestazioni e servizi, nonostante il pesante e sistematico "definanziamento" degli ultimi anni. I continui tagli finanziari hanno comportato la riduzione delle dotazioni organiche per il blocco del turnover, la limitazione degli acquisti di beni e servizi (farmaci, kit diagnostici, kit chirurgici, protesi, ecc.), il mancato rinnovo delle tecnologie mediche e la riduzione di formazione del personale che risulta ancora appaltata alla "magnanimità" delle aziende farmaceutiche.

Quanto ha pesato tutto ciò sull'aumento dei tempi di attesa? Meno della libera professione intramoenia? E perché mai nessun Catone ne parla? Quanto pesa sulla mobilità passiva la fatiscenza strutturale di molti ospedali di fronte al confort delle strutture private accreditate ed alla presenza sul territorio di professionisti esterni al SSR?

Il sottofinanziamento del sistema pubblico ha comportato una crescita della spesa privata, un mercato che nelle sue varie componenti ha un valore di almeno 25 miliardi di euro, di cui circa uno è dovuto alla libera professione intramoenia. Chi vuol impedire ai medici del Ssn l'esercizio della libera professione vuole, in realtà, regalare questa attività alle strutture private, allocando consistenti risorse al di fuori del sistema sanitario pubblico e contribuendo ad un suo ulteriore impoverimento. Un sistema sanitario pubblico povero e per i poveri è l'obiettivo di molti.

In tale contesto la LPI, i cui cardini normativi non sono decisi "ad libitum" dal singolo



medico, ma previsti da leggi e contratti, rappresenta per le Aziende sanitarie una delle possibilità per acquisire, con proprio personale, prestazioni aggiuntive a quelle istituzionali ed anche uno strumento per assicurare a tutti i cittadini l'accesso a prestazioni le cui caratteristiche di qualità e sicurezza sono garantite dal Ssn. La libera professione intramoenia non interferisce affatto con l'orario di servizio dei medici, in quasi tutti gli ospedali largamente superato per decine di migliaia di ore, non retribuite e difficilmente recuperabili. Inoltre i medici hanno accettato che l'ultimo Ccnl finalizzasse un incremento del loro lavoro pari a ben 2.600.000 ore annue proprio per ridurre le liste di attesa.

Nella maggior parte delle aziende sanitarie, però, le condizioni per l'esercizio della LPI non esistono. La cosiddetta "intramoenia allargata" è nata come modalità organizzativa transitoria per garantire il diritto dei medici all'esercizio della libera professione e quello dei pazienti di scegliersi uno specialista di fiducia, a fronte dell'inesistenza di spazi separati e distinti voluti dalla legge e per i quali sono state stanziati, ma non spese, consistenti risorse economiche. Succede, quindi, che molti medici, quando esercitano, mettano a disposizione spazi e tecnologie caricandosene anche l'onere economico, ma riconoscendo ugualmente all'azienda sanitarie parte degli introiti percepiti.

L'intramoenia "allargata" è disciplinata da norme rigorose che, se correttamente applicate, dovrebbero rendere difficili distorsioni e speculazioni. Il medico pubblico dipendente effettua la libera professione in strutture individuate con l'Azienda sanitaria, in tempi contingentati e documentati, con tariffe concordate e calmierate, con regole rigide definite contrattualmente che presuppongono uno

stretto rapporto tra volumi prestazionali libero professionali e quelli istituzionali, con sanzioni previste contrattualmente.

L'automatismo della relazione negativa tra LPI e tempi d'attesa esiste solo in una visione truffaldina della attività professionale medica, o in pregiudizi ideologici che danno per scontato l'obbligo per i medici di dilatare all'infinito il debito orario contrattuale. Laddove i due termini sembrano, a volte, entrare in conflitto vanno ricercate carenze del sistema di organizzazione o di controllo.

Il nodo del problema delle liste di attesa resta, comunque, il governo della domanda di servizi sanitari, secondo criteri di priorità ed appropriatezza clinica. L'esperienza, anche internazionale, dimostra che un sistema basato solo sull'aumento dell'offerta presenta una elevata visibilità politica e di impatto sulla pubblica opinione, ma risultati di breve periodo. Inoltre, può creare conseguenze negative quali l'aumento dei carichi di lavoro per il personale non compatibili con le dotazioni organiche, l'utilizzo delle apparecchiature diagnostiche in modo inappropriato per puro incremento quantitativo, la crescita della spesa sanitaria indotta da un consumismo non controllato solo per accontentare il "cliente".

Come si vede la materia è complessa e per il suo coinvolgere diritti di vari soggetti meriterebbe una riflessione serena e costruttiva, scevra da slogan e falsa coscienza. Nessuna demagogia, però, potrà negare ai medici ospedalieri il diritto di esercitare la libera professione nei modi e nei tempi previsti dalle leggi e dalla contrattazione tra le parti, nei confronti dei pazienti che decidono liberamente di sceglierli come professionisti di riferimento.

Costantino Troise

Di Pietro ai vertici della Sip



Assumere la presidenza di una Società scientifica è sempre un impegno gravoso e importante e se questa società è la **Società italiana di pediatria** lo è, a mio avviso, ancora di più. La ragione è una peculiarità della pediatria che la differenzia dalla maggior parte delle altre discipline mediche: il riferimento del pediatra non un "organo" o un "apparato", ma un individuo, per di più nelle fasi più delicate della propria vita: la nascita, l'infanzia e l'adolescenza. Questo comporta, per noi pediatri, la necessità di operare non solo a difesa e nell'interesse dello sviluppo scientifico e organizzativo di uno specifico settore della medicina, ma anche a tutela del benessere di una "categoria debole" quale è quella dei bambini. Un benessere non limitato alla condizione fisica, ma che consideri anche gli aspetti psicologici e sociali. Il sistema di assistenza pediatrica ha complessivamente raggiunto, in Italia, livelli di buona efficacia e ne sono testimonianza, tra l'altro, gli indici di mortalità perinatale ed infantile che sono tra i più bassi nel mondo. Questi livelli presentano, però, ancora delle forti disomogeneità territoriali. Genova, da questo punto di vista è - grazie anche al Gaslini - una realtà parzialmente privilegiata. Il mio impegno di Presidente sarà proprio quello di fare esercitare alla SIP una attenta e competente azione propositiva e di controllo da un lato, perché si vada verso il superamento almeno delle più gravi disomogeneità territoriali (una caso esemplare è rappresentato dal trasporto neonatale che in alcune aree del paese è gestito in modo assolutamente inadeguato), dall'altro (e questo vale anche per le realtà dove gli standard assisten-

ziali sono già di eccellenza), perché i processi di "razionalizzazione" organizzativa, in atto dovunque, non siano mai dettati solo da valutazioni economiche e di risparmio.

Così come dovrà essere difesa e sostenuta la pediatria di famiglia che, sebbene debba trovare, in stretta sinergia con l'ospedale, nuove e più efficaci soluzioni per garantire una effettiva continuità assistenziale sul territorio, è stata ed è una risorsa preziosissima per garantire al bambino una assistenza, anche sociale, competente e capillare e lo sarà tanto più con l'incremento delle patologie croniche in età pediatrica che richiedono una efficace risposta del territorio.

Con estrema sincerità ammetto di essere emozionato ed orgoglioso di assumere un incarico prestigioso quale è quello di presidente della Sip, incarico che, in passato, è stato di grandissimi e indiscussi Maestri della Pediatria Italiana, dei quali mi auguro di essere degno successore.

E con altrettanta sincerità sento di dovere gran parte del merito di aver raggiunto questo risultato a Genova, dove mi sono formato, avendo maestri del livello di Gennaro Sansone e di Luisa Massimo, con la quale ho avuto il privilegio di preparare la mia tesi di laurea, e dove ho avuto modo di svolgere per quasi 40 anni la mia professione, avendo alle spalle una realtà come il Gaslini che rappresenta una vera eccellenza per la Pediatria italiana.

A tutti coloro che mi sono stati e mi saranno vicini in questo impegno, il mio grazie.

Pasquale Di Pietro

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 - Sito: www.libreriafrasconigenova.it



"Dizionario medico illustrato. Inglese-italiano" G. Belcaro, M.R. Cesarone, A. M. Belcaro
Ed. Minerva Medica

Gli autori hanno avvertito la necessità di far nascere questo dizionario di dimensioni tascabili che ha la dote non comune di essere insieme semplice e completo. Il volume si rivolge non solo agli studenti che ruotano nella sfera medico-scientifica, ma è indirizzato anche ai molti medici che spesso hanno difficoltà di dialogo ai congressi internazionali o che si trovano a disagio a rispondere a quesiti, magari troppo articolati, che sono loro proposti dopo aver presentato una relazione importante, oppure devono semplicemente comprendere meglio un testo scientifico scritto in lingua inglese.



"Chemioterapici antifettivi e loro impiego razionale" di Dante Bassetti
Ottava edizione 2006.
Ed. Mattioli 1885

L'ottava edizione si caratterizza per un importante ampliamento della parte relativa alla farmacologia clinica degli agenti antifettivi, oltre ad un aggiornamento relativo a tutti i nuovi antibiotici, antifungini, antiparassitari e antivirali, anche quelli non ancora in commercio né in Italia né all'Estero.

Completano la revisione una serie di nuove e più articolate tabelle utili a comprendere meglio le varie caratteristiche dei farmaci trattati.



"L'esame clinico. Un approccio EBM"
Joshua Cleland
Ed. italiana a cura di Silvano Ferrari
Marco Testa
Ed. Elsevier 2006

Joshua Cleland, con questo testo ideato come una guida maneggevole e di veloce consultazione, ha mosso il primo passo per portare l'esame obiettivo ortopedico in linea con i principi della medicina basata sulle prove di efficacia (EBM). L'EBM, sempre più frequentemente inserita in tutti gli aspetti del rapporto terapeuta/paziente (compresi l'esame obiettivo, la diagnosi, la prognosi e il trattamento terapeutico) sta infatti assumendo un ruolo sempre più importante anche nella pratica clinica del fisioterapista.

Questo manuale affronta il problema "diagnosi", ancora non del tutto esplorato in EBM, in modo rigoroso e sistematico, e si pone come strumento fondamentale e unico per il clinico che desidera conoscere l'importanza dell'utilità diagnostica dei test e delle misurazioni più comunemente utilizzate.

Enterostomie addominali oggi: quando

e come - Questo il corso di aggiornamento per medici e infermieri che si terrà al Novotel Genova, il **2 dicembre** alle ore 8.00, promosso dall'ospedale "Villa Scassi" di Sampierdarena e dalla Società ligure di chirurgia. Iscrizione gratuita per medici e infermieri. Per iscriz. e inf.: **tel. 010/4102205-319**.

Psichiatria nella comunità tra specificità

e integrazione - Questo il titolo del convegno che si terrà a Genova il **7 dicembre** alle Cisterne di Palazzo Ducale promosso dalla Società italiana di psichiatria. Per inf.: **tel. 019/8485159**

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

- Si terrà, alla sala conferenze del Comando Regione Carabinieri Liguria, il **15 dicembre**, il congresso della Sia indirizzato ai medici, infermieri, psicologi e dietetisti. Quota di iscrizione 30,00 euro. Convegno accreditato. Per inf.: BC Congressi, **tel. 010/5957060**.

Master in "Psicoterapia breve strategica"

- Questo il titolo del master, della durata

di due anni, che si terrà a Genova, con avvio nel **gennaio 2007** e indirizzato a medici e psicologi e organizzato dalla Scuola di psicoterapia breve strategica di Arezzo. Per inf. ed iscr.: Andrea Vallarino **tel.010/2467677, cell. 349/6922664**.

Specializzazione in psicoterapia

- Sono aperte le iscrizioni (**con scadenza 31 gennaio**) alla Scuola di specializzazione quadriennale in psicoterapia professionale sistematica, psicopatologia fenomenologica e analisi dialettica, con inizio il **20 febbraio**. Posti disponibili: 7. Disponibili due borse di studio per giovani medici. Per inf.: **tel. 010/580903**.

Primo Soccorso

- Il Cisom, Corpo italiano di soccorso organizza un corso di aggiornamento che avrà inizio **martedì 30 gennaio 2007** alle ore 16 presso l'aula magna della Clinica chirurgica in via De Toni 2 a Genova. Le lezioni, sull'emergenza pediatrica, cardiovascolare, neurologica, chirurgica, Orl, oculistica e ortopedica, si svolgeranno tutti i martedì dalle 16 alle 18 fino al 3 aprile. Per informazioni: **tel. 010/2512821**.

Un collega ricorda Massimo Pasqualini

Amicizia, affetto e stima si mescolano in un unico sentimento che, quando penso a Massimo Pasqualini, rende ancora più difficile il dover accettare la sua mancanza. Abbiamo passato insieme gran parte della nostra vita chirurgica, dividendo sia momenti esaltanti che altri più difficili: le prime resezioni epatiche, i primi trapianti di fegato, i dieci anni al Santa Corona.

La differenza di età e di esperienza iniziale ben presto sono state colmate dalla sua innata predisposizione alla chirurgia e velocità di apprendimento. Alla pari si discuteva e si lavorava e alla stima man mano si aggiungeva l'amicizia e l'affetto. I pazienti lo amavano per la sua gentilezza e umanità e lo stimavano per la sua capacità.

Il suo non era un carattere facile, ma una

E al povero cittadino malato chi ci pensa?

Scrivo in qualità di medico di medicina generale appartenente ad una cosiddetta medicina di gruppo. Tale forma associativa è prevista dall'art. 54 dell'Accordo collettivo nazionale (rinnovato l'anno scorso con un ritar- do di 3 anni e, in oggi, già scaduto) al fine di: facilitare il rapporto tra cittadino e medico di libera scelta, garantire un più elevato livello qualitativo e una maggiore appropriatezza delle prestazioni erogate, realizzare adeguate forme di continuità dell'assistenza e delle cure anche attraverso modalità di integrazione professionale tra medici, perseguire il coordina- mento funzionale dell'attività dei medici di medicina generale con i servizi e le attività del Distretto, realizzare forme di maggiore fruibilità e accessibilità, da parte dei cittadini, dei servizi e delle attività dei medici di medicina generale, perseguire maggiori e più qualificanti standard strutturali, strumentali e di organizza- zione della attività professionale, condividere ed implementare linee guida diagnostico tera- peutiche per le patologie a più alta prevalenza e attuare momenti di verifica periodica. Ebbene, tutte queste belle cose ai medici ma

profonda onestà intellettuale lo teneva sem- pre lontano da facili compromessi e piccoli interessi. Era un "combattente" e lo ha dimostrato anche nella malattia, affrontata con una forza e una dignità rara.

E' facile scivolare nella retorica, ma credo che la commozione presente sul volto di amici, colleghi e pazienti presenti a quella ultima messa siano la conferma più vera di queste mie parole.

Riccardo Pellicci

soprattutto agli utenti della Asl 3 sono negate. La scorsa settimana mi sono informato presso gli uffici della Asl di via G. Maggio per cono- scere le modalità burocratiche al fine di aggiungere un nuovo membro alla nostra già costituita medicina di gruppo.

La risposta è stata negativa in quanto la Regione ha bloccato non solo la costituzione di nuove forme associative fra medici ma anche l'ampliamento di pre-esistenti.

Di questi tempi non si fa altro che leggere, sulla stampa medica e non, di forme associati- ve proposte o comunque approvate dai nostri politici quali le Unità territoriali di assistenza primaria (UTAP), Nuclei di cure primarie (NCP), Casa della salute, e altre analoghe, tutte orien- tate verso soluzioni capaci di garantire la conti- nuità delle cure, l'integrazione ospedale/territo- rio, l'integrazione socio-sanitaria. Perché da noi tutto questo viene ostacolato, anzi impedito?

I cittadini devono conoscere i loro diritti negati: quanto sopra si aggiunge alle infinite norme che regolano le prescrizioni di molti farmaci a carico del Ssn (note AIFA), limitano il numero di pezzi prescrivibili, subordinano molte ricette alla presenza di piani terapeutici redatti da spe- cialisti, obbligandoci ad un costante contenzio- so con loro, increduli di fronte a tante diffi- coltà. L'ultima chicca da far notare al cittadino è l'emendamento proposto alla Legge Finanziaria 1746-bis/XII/88.5: "I tetti di spesa devono essere fissati in modo da conseguire una complessiva riduzione della spesa sanitaria per l'assistenza specialistica e farmaceutica, a livello regionale, non inferiore al 10 per cento". Ci aspettiamo quanto prima l'imposi- zione di Linee guida e percorsi diagnostico- terapeutici per limitare anche la prescrizione di esami ematologici o indagini strumentali.

C'è un limite al peggio?

Giovanni Pistocchi

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.

Abusivismo della professione - Il presidente Giuseppe Renzo ha espresso, con una comunicazione ai ministeri dell'Economia e della Salute, pieno sostegno all'iniziativa governativa che prevede una norma su "la confisca delle attrezzature utilizzate per l'esercizio abusivo della professione sanitaria" e ribadisce la richiesta che, oltre alla con-

fisca, sia previsto anche un aggravamento, se non della pena detentiva, almeno della multa nei confronti dei condannati.



Il presidente chiede, inoltre, di **rideterminare l'importo dei costi deducibili delle singole fatture passive**, ad oggi stimati in € 516,45, e di portare la cifra ad € 1.032,90.

Comunicazioni di eventi odontoiatrici

ANDI GENOVA

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 al 28/11/2006.

Sabato 2 dicembre - giornata

"La protesi totale con e senza impianti"

Relatori: dr. T. e F. Ravasini. Sede: Sala Corsi Andi Genova. **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). Sede: Sala Corsi Andi Genova.

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 certificazione di riconoscimento internazionale valido 2 anni). Sede: Sala Corsi Andi Genova.

Per inf. ed iscr. contattare la Segreteria Andi Genova Tel. 010/581190.

OSPEDALI GALLIERA

Sabato 2 dicembre

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

Sabato 16 dicembre

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

**Per inf.: E20 Srl. tel. 010/5960362
e-mail: info@e20srl.com.**

Arte e scienza: un rapporto problematico

Quando i recettori molecolari della retina trasmettono un segnale elettrico al nostro cervello che elabora l'immagine, si compie un itinerario che connette idealmente alla nostra interiorità il dato recepito dall'esterno.

Anche agli altri sensi è riservato un analogo percorso, che sale da una sezione all'altra del nostro edificio intellettuale, al cui vertice - come scrive Kandinskij nel suo testo "Lo spirito dell'arte" - sta la dimora comune dell'arte e della scienza.

Secondo alcuni si tratterebbe di una convivenza da "separati in casa", perché la scienza si occupa di cose razionali mentre l'arte è frutto dell'immaginazione creativa.

Ma le cose non sono così semplici.

A chiarirci le idee può aiutarci la filosofia, che già con Pitagora, sei secoli prima di Cristo, aveva sostenuto l'esistenza di un principio universale che va al di là dei dati conoscitivi: un ritmo matematico-musicale; si viene così a creare il primo legame metaforico tra scienza e arte. Un passo più avanti lo farà Alcmeone, filosofo presocratico, considerato padre della biologia; infatti egli intuì la sede di elaborazione delle acquisizioni sensoriali proprio nel cervello, distinguendo il percepire dal capire.

Un altro aiuto ci viene dato da Lucrezio, che nel "De rerum natura" trasforma in poesia la teoria atomistica di Democrito nella costituzione delle cose, superando la loro oggettività. Anche Cartesio si occuperà del problema, ma insisterà sul dualismo tra i dati percepiti dall'esterno (res extensa) e quelli elaborati dall'intelletto (res cogitans); che peraltro trovano per lui un punto d'incontro alla base del cervello, nella ghiandola pineale.

Come si vede i filosofi concordano su un punto: che l'attività razionale e quella creativa dell'uomo risiedono nel cervello dove sono recepiti i dati sensoriali. Sulla base di questo concetto ormai acquisito cerchiamo di percorrere il binario parallelo dell'arte. Immaginiamo i nostri antenati del Paleolitico che nel buio delle caverne, illuminate fiocamente da qualche fiamma, raffiguravano sulle pareti uomini e bestie, momenti di danza e di battaglia: rappresentazioni che, a detta degli esperti, non erano solo descrizione di scene naturali, ma richiami magici e propiziatori.

Il passaggio dal reale all'immaginario sarà del tutto evidente nel successivo Periodo Neolitico, quando la scoperta della ceramica consentirà libere forme espressive, con decorazioni geometriche: prima rappresentazione di quei ritmi matematico-cosmici di cui poi tratteranno i Pitagorici.

La sublimazione dei dati sensoriali in forme artistiche si svilupperà poi nella scultura, dall'Oriente all'Egitto e poi nell'arte greco-romana, raggiungendo infine la perfezione anatomica e addirittura l'espressione dei sentimenti. Si afferma così la capacità interiore dell'artista di partire dall'osservazione del reale per rielaborarlo.

E' qui che la scienza offre il suo aiuto: basti pensare alle impostazioni prospettiche dei pittori del Rinascimento (da Masaccio, a Paolo Uccello e a Piero della Francesca) basate sulle leggi della geometria. Ed è qui che comincia ad emergere un nuovo rapporto tra il creativo e il razionale: l'idea di un ritmo rappresentabile graficamente.

E' lo stesso ritmo che è alla base di un'altra

forma di arte: la musica; ma anche il canto, la poesia e la danza. Ad esse vengono da sempre attribuite funzioni che vanno al di là del piacere dell'ascolto o del divertimento: Orfeo cantando al suono della sua lira tenta di strappare Euridice dalle tenebre eterne e David con la sua cetra riesce a calmare gli accessi di follia di Re Saul.

La musica, dunque, è considerata espressione di un ritmo interiore che è in consonanza con un ritmo cosmico creativo; e lo stesso è per la poesia, tanto da far scrivere a Dante nel ventiquattresimo canto del Purgatorio i celebri versi "a quel modo che detta dentro vo significando". L'artista legge in se stesso, o meglio intuisce per barlumi, questa dettatura; lo scienziato non farà forse lo stesso?

Leonardo da Vinci sembra la perfetta fusione della scienza e dell'arte: è l'intuizione che costituisce l'invisibile anello di congiunzione nel vertice intellettuale dell'uomo: anche le grandi scoperte della scienza ne sono talora frutto evidente. Gli esempi possono essere molteplici, ma basterebbe fare due nomi: Einstein e Fleming, e tutti sanno perché.

Ed è ancora pura intuizione ciò che possiamo riscontrare nell'arte moderna. Basti pensare alla pittura astratta del Novecento, dove l'intuizione geometrica trasforma l'osservazione della natura: Mondrian ci meraviglia con il nitore dei suoi quadrati e dei suoi rettangoli; ma, se ne studiamo la lunga preparazione, ci rendiamo conto di come si trasforma progressivamente un albero fronzuto in una rappresentazione geometrica.

E' un distillato cromatico di ritmi, di vibrazioni interiori; lo stesso che mettono sulla tela, senza alcuna immagine, i pittori informali; lo stesso che fa vibrare di luce i quadri degli Impressionisti e che ci incanta di fronte ai girasoli di Van Gogh. Eppure sono gli stessi

girasoli che se li vediamo in natura non ci suscitano le stesse emozioni.

Questo perché il pittore è riuscito a cogliere e a trasmetterci l'archetipo del fiore, la sua anima. Dunque è l'intuizione che funziona nell'arte come nella scienza, tanto da poter provocare nella pittura delle rappresentazioni scientifiche. A questo proposito Rocco Borella, noto pittore genovese del '900, asseriva che alcuni suoi quadri potevano essere letti - da chi vi cercasse immagini reali- come una ri-creazione di vetrini istologici. Del resto sarebbe facile accostare i filiformi intrichi dipinti da Pollock ai tessuti cerebrali visti al microscopio elettronico; o le "cupole rosse e bianche" di Klee alle squame impercettibili di un'ala di farfalla; o, ancora, le curve di un quadro di Picabia del 1914 con le stesse immagini che, molti anni dopo, ci avrebbe fornito un acceleratore nucleare.

E che dire poi degli astri multicolori di Mirò o delle macchie esplosive di Kandinskij, che sembrano raffigurare la carica energetica della materia, descritta dall'equazione materia/energia di Albert Einstein?

Sembra addirittura che l'arte anticipi la scienza nella ricerca di carpire il segreto delle cose. Gli scienziati e gli artisti sono gli esploratori che mandiamo avanti per conoscere noi stessi e il mondo che ci circonda.

Oggi l'artista, come tutti noi, è immerso nel mondo che gli ha creato la scienza: le lampade mettono dovunque nuove luci, anche se ci hanno perduto il piacere del cielo stellato; i motori emettono continui fracassi, rendendo sempre più difficile un angolo di silenzio; le onde informatiche, come gli orizzonti spaziali, hanno sfondato ogni limite attorno a noi.

L'espressione artistica è necessariamente nuova e usa nuove forme espressive che la scienza le fornisce: tutto si sta rinnovando

per portare alla superficie quanto si nasconde sotto il velo della quotidianità.

Ci resta il dubbio che questo velo nasconda un drammatico vuoto di ideali e di speranze.

Perché se fosse vero che l'arte a volte percorrere la scienza nella scoperta del mondo, allora le sue ultime espressioni ci raffigurano

un grande deserto: le "installazioni" rappresentano stanze del tutto vuote, al cui centro giace l'esile ramo di un albero spoglio.




Speriamo che ancora una volta l'arte e la scienza, cioè il sommo vertice dell'umano intelletto, abbiano la capacità di farlo rifiorire.

Silviano Fiorato

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	RX	TF	S	TC	RM			
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	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									
Poliambulatorio specialistico	GENOVA - PEGLI								
Dir. Tec.: Dr. S. Venier Medico Chirurgo	Via Martitri della Libertà, 30c 010/6982796								
Punto prelievi	Via Teodoro di Monferrato, 58r.								
Responsabile Dr. S. Vernier Medico Chirurgo	010/6967470 - 6982796								
IST. BIOTEST ANALISI ISO 9002	GENOVA	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									
IST. Rad. e T. Fisica CICIO ISO 9001-2000 	GENOVA			RX	RT	TF	DS		
Dir. San. e R.B.: Dr. G. Cicio	C.so Sardegna 40a								
Spec.: Radiologia	010/501994								
C.M.N. Laboratorio analisi mediche	GENOVA	PC	Ria			S	DS		
Dir. San.: G.B. Vicari	Via Torti, 6/3								
Spec.: Medicina nucleare	010/8680862								
C.M.R. CENTRO MEDICO RIABILITATIVO	GENOVA Casarza Ligure					TF	S		
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	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								

STRUTTURE PRIVATE		INDIRIZZO E TEL.	SPECIALITA'										
IST. FIDES		GENOVA											
Dir. Tec.: Dr. F. Veccia		Via Bolzano, 1B											
Spec.: Fkt. e rieduc. neuromotoria		010/3741548											
Dir. Tec.: D.ssa Caterina Sgarito		Via Valle Calda, 45 (Campoligure)											
Spec.: Fisioterapia		010/9219017											
IST. GALENO		GENOVA											
Dir. san. Dr. F. Bastoni		P.sso Antiochia 2a											
Spec.: Igiene e Medicina Preventiva		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											
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 San Vincenzo, 2/4											
Spec.: Radiodiagnostica		"Torre S. Vincenzo"											
R.B.: D.ssa C. Ivaldi		010/561530-532184											
IST. ISMAR certif. ISO 9002		GENOVA											
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											
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											
Dir. San. e Dir. Tec.: Dr. M. Manara		Via Custo 11 r.											
Spec. Radiologia Medica		010/7455063											
Dir. Tec.: D.ssa C. Sgarito		Via B. Parodi 15/21/25 r											
Spec.: Medicina Fisica e Riabilitazione		010/7455922 tel. e fax											
Patologia clinica: dir. tec. D.ssa L. Vignolo Biologa													
IST. MORGAGNI certif. ISO 9001-2910		GENOVA											
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. L. Berri		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											
Dir. San. e R.B.: Dr. E. Bartolini		P.zza Dante 9											
Spec.: Radiologia Igiene Med. Prev.		010/586642											

RX TF

PC RX RT TF S DS

PC RX RT TF S DS TC RM

RX TF S DS

PC Ria RX S TC

PC Ria S

PC RX TF S DS TC RM

PC RX S DS

RX RT TF DS

RX TF DS

RX RT TF DS

PC Ria MN RX RT TF S DS TC RM