

Genova Medica

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

12/2006
Dicembre



**Quale futuro
per gli Ordini
professionali?**

**Medicina
di famiglia: cosa
pensano gli studenti**

**Rischio clinico:
l'esperienza
dell'Asl 4 Chiavarese**

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



Genova Medica Bollettino

12/2006
Dicembre

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 Quale futuro per gli Ordini?

In primo piano

3 Medicina di famiglia: cosa pensano gli studenti

Note di diritto sanitario

8 Accesso alla cartella clinica e tutela della privacy

Cronaca & attualità

9 Polonio 210: il radioisotopo killer d'attualità

10 Rischio clinico: l'esperienza dell'Asl 4 Chiavarese

15 Il pediatra e il bambino maltrattato

18 Il volontariato genovese all'estero

20 La nostra professione è la cura dell'uomo

24 La pinacoteca di Voltaggio

Vita dell'Ordine

14 Le delibere delle sedute del Consiglio

17 Le problematiche alcol correlate

Medicina & cultura

26 Maria Montessori: un seme per il futuro

19 **Corsi & Convegni**

22 **Recensioni**

25 **Lettere al direttore**

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

*La redazione di "Genova Medica" augura a tutti i lettori
buon Natale e felice anno nuovo!*

Periodico mensile - Anno 14 n°12 dicembre 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:** Robert Florczak "The country doctor" - **Finito di
stampare nel mese di dicembre 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

Quale futuro per gli Ordini?

La riforma delle professioni intellettuali sta procedendo. Il Consiglio dei Ministri ha licenziato il disegno di legge Mastella e già da più parti si registrano forti segnali di preoccupazione per un futuro di grande incertezza per gli Ordini. Questo disegno di legge, infatti, oltre a riordinare l'accesso alle professioni intellettuali e disciplinare le società professionali, dovrà riorganizzare Ordini, Albi e Collegi e procedere al riconoscimento delle associazioni professionali. Se è vero che il varo della legge per la riforma delle professioni e degli Ordini ha avuto negli ultimi mesi un'accelerazione, dovuta anche al processo di "modernizzazione" in corso, questo non significa che non si debba tener conto di tanti anni di storia e di tradizioni. Proprio la



nostra Federazione, in un recente convegno, ha presentato un pacchetto di proposte in materia di formazione pre e post laurea delineando già un programma a tutto campo sull'iter formativo dei giovani medici e legittimando ulteriormente il ruolo di cooperazione e di vigilanza degli Ordini professionali. Purtroppo, sembra che la strada di un "ringiovanimento" della struttura ordinistica trovi già degli ostacoli da superare; si stanno profilando aree di incertezza che lasciano ampi spazi a supposizioni negative sul futuro dell'istituzione. In questa circostanza è doveroso porsi alcune domande: quale futuro per gli Ordini? Sono ancora necessari? Hanno ancora un ruolo? Sono d'accordo con il Ministro Turco quando a tale proposito, ha recentemente affermato che gli Ordini vanno "difesi", perché non rappresentano interessi corporativistici, bensì strumenti a tutela del "bene salute" che riguarda, indiscriminatamente, tutti i cittadini. Tutti gli Ordini, vecchi e istituendi, sono parte fondamentale del governo del sistema sanitario e fondamentali per quella garanzia di qualità nell'esercizio professionale che diventa sempre più indicatore per eccellenza di un buon sistema sanitario. Mi auguro che il Ministro sostenga questa posizione nelle sedi opportune, poichè l'istituzione ordinistica non è lo Stato o la Regione, non è per i soli medici o odontoiatri e non è solo per i pazienti, ma è funzione di controllo per tutti quanti, ed è per questo che va difesa, perché la sua linea è sempre stata quella di difendere soprattutto il decoro e la dignità della professione. L'Ordine deve essere visto come uno strumento di garanzia della nostra professionalità verso i pazienti, ma anche come uno strumento di dialogo interno e di difesa dell'unità della categoria.

Enrico Bartolini

Medicina di famiglia: cosa pensano gli studenti

Un'indagine tra gli studenti del 5° e 6° anno presso gli studi dei Mmg

Si è appena concluso, per il terzo anno consecutivo, il periodo di frequenza degli studenti degli ultimi anni del corso di laurea specialistica in medicina e chirurgia dell'Università degli studi di Genova presso gli studi dei Mmg tutor.

L'esperienza è stata resa possibile da un protocollo di intesa firmato con l'Università nell'aprile 2003 e che prevede l'inserimento di questo tipo di internato fra le ADE (Attività didattiche elettive).

La frequenza è stata preceduta da un seminario introduttivo, nel quale sono stati discussi scopi e metodi, e seguita da un seminario conclusivo a cui sono stati invitati studenti e tutor e nel quale sono stati raccolti commenti e opinioni.

Ogni studente è stato fornito di un "Libretto osservazionale", quest'anno molto variato rispetto a quello utilizzato negli scorsi anni per dar modo allo studente di meglio esprimere il proprio parere sui diversi aspetti dell'esperienza osservata e sulla peculiarità del metodo della medicina generale.



Il libretto si compone di 13 domande a risposta guidata e 4 a risposta libera; ci sembra interessante una rivisitazione dei commenti degli studenti, anche per valutare se l'esperienza è stata utile e quali cambiamenti debbano essere apportati nel futuro.

DOMANDE A RISPOSTA GUIDATA

Nella figura 1 a pag.5, compare il questionario sottoposto agli studenti.

Dall'analisi delle prime risposte (figure 2 e 3) si può osservare come l'esperienza fatta abbia modificato l'idea che la maggior parte degli studenti aveva della medicina di famiglia; in particolare (figura 4), il 20% degli studenti ritiene di dover cambiare il precedente orientamento professionale e che tenterà l'esame di ammissione al triennio di formazione specifica in medicina generale, il 35% rimane saldo nelle sue scelte e il 45% si dichiara incerto.

Tutti gli studenti ritengono che il tutor sia stato disponibile "molto" o "moltissimo" nel suo ruolo didattico, mentre il 90% ha avuto modo di confrontarsi con patologie mai viste in corsia o comunque in una fase diversa da

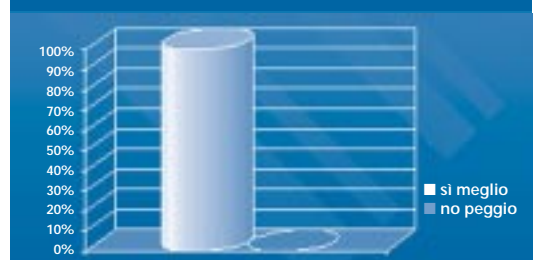
Figura 2

L'esperienza fatta ha modificato l'idea che avevi della medicina di famiglia?



Figura 3

Se sì, in meglio o in peggio?



quella in cui erano state osservate in precedenza.

Un solo studente ritiene che l'esperienza non sia stata utile "da un punto di vista pratico", mentre la totalità concorda nel dire che consiglierebbe la frequenza presso gli studi dei Mmg ad un compagno di studi, anche perché (90% dei casi) durante l'internato si ha modo di visitare pazienti e di verificare le proprie conoscenze semeiologiche.

L'ultima domanda (figura 5) vedeva tutti gli studenti concordi nel dire che sia necessario istituire una specialità in medicina di famiglia in linea con gli standard europei, come d'altra parte previsto dalla direttiva 93/16/Eec del 5/4/1993 mai applicata in Italia e esecutiva nella quasi totalità degli altri paesi.

DOMANDE A RISPOSTA LIBERA

Come detto in precedenza, nel "Libretto osservazionale" si è ritenuto utile lasciare uno spazio allo studente per rispondere liberamente a quattro domande che implicavano una riflessione su diversi aspetti dell'esperienza condotta.

Le risposte, necessariamente più difficili da sintetizzare rispetto alla sezione "guidata", sono però state molto interessanti e bene rendono l'idea di che cosa sia significato questo internato per gli studenti.

Che cosa ne pensa (questionario 1) lo stu-

dente della relazione medico di medicina generale - paziente?

"Da ciò che ho potuto osservare" commenta una studentessa "la relazione intercorrente fra Mmg e paziente è nettamente diversa rispetto a quella che solitamente si riscontra in una corsia di ospedale, nella quale per diversi motivi (giustificabili e non) vi è un elevato grado di spersonalizzazione, anche se è bene sottolineare che tale concetto non deve essere generalizzato per tutti i reparti o per tutti i medici. Esprimo un giudizio positivo per il mio tutor, ricco di ascolto e comprensione indipendentemente alla presenza o meno di un reale stato patologico e del suo livello di gravità".

Un altro nota che "è una relazione diversa, dove la fiducia nel terapeuta è dovuta ad un rapporto consolidato nel tempo, più che a un semplice riconoscimento della carica e del ruolo svolto"; viene comunque notata una possibile fonte di contrasti, visto che il rapporto con il paziente "è più intimo rispetto ad una corsia, più soddisfacente, ma al tempo stesso più conflittuale in quanto il paziente è sempre più informato: spesso male dai media, e tende a voler fare di testa propria".

Alla domanda su che cosa sia piaciuto della medicina di famiglia (questionario 2), molti insistono sul tipo di rapporto che si viene ad

Figura 4
Pensi che le tue scelte future cambieranno dopo questa esperienza?

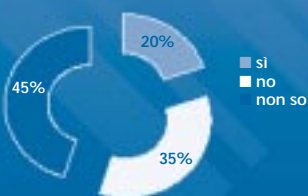


Figura 5 - Ritieni utile una specialità in medicina di famiglia?



Figura 1 - Questionario di valutazione (da compilare al termine dell'internato dallo studente)

- 1) L'esperienza fatta ha modificato l'idea che avevi della medicina di famiglia? sì no
- 2) Se sì, in meglio in peggio? in meglio in peggio
- 3) Pensi che le tue scelte future cambieranno dopo questa esperienza? sì no non so
- 4) L'esperienza accanto al tutor in ambulatorio ha risposto alle tue aspettative?
 nulla poco abbastanza molto moltissimo
- 5) Il Tutor è stato disponibile nel suo ruolo didattico?
 nulla poco abbastanza molto moltissimo
- 6) Pensi che il tempo dedicato a questa esperienza sia stato: q insufficiente sufficiente eccessivo
- 7) Ti è capitato di osservare patologie che non avevi mai visto in corsia? sì no
- 8) Ti è capitato di osservare patologie in una fase diversa da come le avevi osservate in precedenti esperienze (esordio, follow up, etc)? sì no
- 9) L'esperienza è stata utile da un punto di vista "pratico"? sì no
- 10) Consigliaresti questa esperienza ad un compagno di studi? sì no
- 11) Hai avuto occasione di visitare pazienti e verificare le tue conoscenze semeiologiche? sì no
- 12) Riterresti utile una specialità in medicina di famiglia? sì no

Questionario 1 - Che cosa ne pensi della relazione medico-paziente?

- Penso che sia una relazione difficile, ma molto affascinante. È di reciproca stima, e se il medico è un bravo professionista il paziente riesce a fidarsi anche quando lo stesso curante non è in grado di rispondere appieno, per qualsivoglia motivo, alle aspettative di cura del paziente stesso. Inoltre, cosa che noi studenti non vediamo, ma penso anche il medico ospedaliero non veda, è la continuità di rapporto che permette di conoscere il paziente e di curarlo al meglio.
- Diversa da quella che si può instaurare in ospedale, è molto più sincera, diretta. La conoscenza e la fiducia reciproche sono maggiori e già consolidate e questo permette una relazione terapeutica più efficace. L'ambiente più informale mette il paziente a proprio agio e gli permette di esprimere più liberamente le proprie esigenze e i propri dubbi.
- Tale rapporto è sicuramente migliorato e non si riduce più alla sola compilazione di ricette. Il medico è un riferimento per il paziente, anche in rapporto a percorsi specialistici.
- Ho potuto notare il rapporto di confidenza, stima, spesso anche di esigenza da parte del paziente e la risposta cordiale, paziente ma nello stesso tempo anche professionale da parte del Mmg.
- Il Mmg, meglio di altri specialisti, sa rapportarsi alle varie tipologie di pazienti.
- E' un tipo di professione che si svolge in un contesto più umano ed amichevole.
- E' un rapporto che può dare soddisfazione ma è ad alto rischio di stress.
- Trovo che il Mmg sia una figura professionale e rassicurante per il paziente.
- Sicuramente è un rapporto più confidenziale e meno freddo di quello tra paziente e medico in corsia. I pazienti si sentono più a loro agio nella descrizione dei loro problemi e anche dal punto di vista anamnestico sono più esaustivi e dettagliati.
- Spesso il Mmg ha in carico intere famiglie, e può venir visto come parente aggiunto; non viene consultato solo per problematiche cliniche, ma anche per altre questioni, specie dagli anziani.
- Nel confronto con le mie esperienze universitarie mi sono reso conto di quanto troppo spesso il contatto con il paziente sia ridotto al minimo considerando le patologie solo al momento del ricovero.
- Il medico di famiglia rappresenta la figura di riferimento per il paziente anche se per le sempre maggiori conoscenze questa fiducia non è più incondizionata.
- E' una relazione lunga: il paziente si fida del medico perché lo conosce di più.
- E' una relazione diversa, dove la fiducia nel terapeuta è dovuta ad un rapporto consolidato nel tempo, più che a un semplice riconoscimento della carica e del ruolo svolto.
- Si tratta di una relazione di fiducia nei confronti del Medico, che dovrà avere una preparazione da "psicologo" per riuscire a capire ed avvicinare il paziente.
- Penso che sia più intima rispetto ad una corsia, più soddisfacente, ma al tempo stesso più conflittuale in quanto il paziente è sempre più informato (spesso male informato dai media, e tende a voler fare di testa propria).
- Da ciò che ho potuto osservare, la relazione intercorrente fra MMG e paziente è nettamente diversa rispetto a quella che solitamente si riscontra in una corsia di ospedale, nella quale per diversi motivi (giustificabili e non) vi è un elevato grado di spersonalizzazione anche se è bene sottolineare che tale concetto non deve essere generalizzato per tutti i reparti o per tutti i medici. Esprimo un giudizio positivo per il mio Tutor, ricco di ascolto e comprensione indipendentemente alla presenza o meno di un reale stato patologico e del suo livello di gravità.

instaurare, e sulla possibilità di trovarsi di fronte ad un'ampia gamma di patologie. Uno studente insiste sul "clima informale con i pazienti, l'organizzazione dello studio, l'importanza della pratica semeiologica", mentre un altro nota che "può capitare di vedere i pazienti più volte, è interessante seguire i loro sviluppi; è possibile trarre un arricchimento personale dal rapporto umano e dalla gratitudine dei pazienti".

C'è anche però il rovescio della medaglia: che cosa non funziona (questionario 3) nella medicina di famiglia? La risposta è pressoché unanime: la parte burocratica toglie molto tempo che potrebbe essere dedicato alla cura dei pazienti.

Uno studente osserva anche che può esserci

il rischio "conoscendo i pazienti, di dare per scontata la diagnosi, senza pensare ad alternative", mentre un altro osserva che "i pazienti vogliono decidere da sé l'iter diagnostico di alcune malattie".

Il commento libero finale (questionario 4) è in genere positivo sull'esperienza fatta, che dovrebbe, secondo uno studente, "essere inserita fra le attività curriculari e non essere solo un'attività elettiva".

Vogliamo concludere con le parole di una studentessa che ci sembra possano riassumere il pensiero dei molti intervenuti al seminario conclusivo dell'ADE: "E' stata una magnifica esperienza sia dal punto di vista lavorativo, sia umano. Certo ha sfatato quello che si dice del medico di base, facendomi riflettere

Questionario 2 – Che cosa ti è piaciuto della medicina di famiglia?

- Il rapporto umano che si viene ad instaurare, ma anche la possibilità di trovarsi di fronte ad una vasta gamma di differenti patologie.
- Il seguire l'evoluzione del paziente, verificando dove la medicina ottiene i suoi successi.
- Il rapporto con il paziente, la possibilità di trattare uno spettro più ampio di quello di una singola specialità.
- La possibilità di seguire il paziente nel tempo.
- Il MMG rappresenta il primo livello di assistenza al paziente.
- Il poter seguire il paziente nel tempo, conoscendo meglio la sua storia clinica ed il suo profilo psicologico e potendo così impostare una terapia basata non solo sui farmaci ma anche su un'attenta modificazione delle abitudini di vita.
- Il medico di famiglia è un vero medico sul campo, che deve dimostrare umanità, buon senso e ottime capacità semeiologiche. E' un lavoro molto più complesso e vario di quanto si creda!
- Mi piace molto la mentalità che c'è dietro questo lavoro, molto diversa da quella della corsia. Il medico ha poche strumenti che lo possono aiutare, tranne la clinica che assume così un ruolo fondamentale.
- Può capitare di vedere alcuni pazienti più volte, ed è interessante seguire i loro sviluppi; è possibile trarre un arricchimento personale dal rapporto umano e dalla gratitudine dei pazienti.
- Il forte legame che si crea fra medico e paziente, durante ogni singola visita: un contatto più umano all'approccio con il malato.
- Il clima informale con i pazienti, l'organizzazione dello studio; mi è piaciuto anche il fatto che c'è molta pratica semeiologica.
- Il fatto che è più finalizzata alla cura della persona che della malattia; il medico di famiglia può conoscere e "aiutare" la persona nel suo insieme.
- Vedere e potermi avvicinare ad una realtà diversa di rapporto medico-paziente rispetto a quella ospedaliera. Ho inoltre imparato alcune manovre semeiologiche che in ospedale a volte vengono sottovalutate.
- Il rapporto che si instaura fra medico e paziente è un rapporto delicato. Nell'ambito della medicina di famiglia si possono incontrare malattie rarissime, e far diagnosi per primi. In più si possono far studi e ricerche a livello ambulatoriale.
- Il fatto di avere una relazione più stretta ed informale con il paziente, e di trovarsi di fronte ad una ampia varietà di casistica.
- Per come intendo la medicina il rapporto medico-paziente, sia dal punto di vista professionale terapeutico, sia da quello umano. Il MMG è alla base di una piramide composta, sopra quella base, da tutti i medici specialisti. Egli è la prima persona al quale si rivolge la persona presunta malata e questo concentra sul medico di famiglia una grande responsabilità ed un valore anche per l'aspetto economico sociale.

sul futuro professionale che deve, da oggi, tenere presente la possibilità di fare un mestiere bello e che dà molte soddisfazioni".

Andrea Stimamiglio

Questionario 3 - Che cosa non ti è piaciuto della medicina di famiglia?

- L'eccessiva burocrazia alla quale devono attenersi i MMG. Non immaginavo fosse a tal punto complicata, a volte pare quasi alienante da quello che è poi il lavoro proprio del medico.
- Conoscendo i pazienti, ci può essere il rischio di pensare già di sapere qual'è il problema, senza pensare a "cose nuove".
- Le scarse risorse penalizzano in parte il rapporto medico – paziente, in particolare per quanto riguarda il tempo dedicato al colloquio e alle visite.
- L'eccessiva parte burocratica, che potrebbe far perdere il vero significato della medicina come scienza.
- L'incapacità dei pazienti di seguire i consigli del medico, la difficoltà del dialogo con pazienti molto anziani, le bugie e gli sfoghi esagerati dei pazienti, la mancanza del lavoro di équipe.
- Il fatto che in molti casi l'indagine diagnostica viene affidata ad altri specialisti.
- Niente di particolare, il mio giudizio è del tutto positivo.
- La parte burocratica, anche se naturalmente è necessaria.
- Qualche volta l'eccessivo affollamento non permette di dedicare molto tempo ad ogni paziente, ma per fortuna non è capitato spesso. L'eccessiva burocrazia toglie tempo per i pazienti.
- Le pretese dei pazienti di decidere da sé l'iter diagnostico di alcune malattie.
- La situazione che spesso si crea per cui molti pazienti ricorrono al medico solo per ricette e certificati.
- Meno burocrazia, per cui si spreca tempo prezioso. La pratica clinica è limitata all'esame obiettivo.
- Il fatto di essere limitati nella prescrizione di esami e medicine e dalla burocrazia eccessiva.
- L'eccessiva burocrazia, anche se l'informatica sembra che in alcuni casi abbia diminuito il livello di tale elemento negativo.

Questionario 4 - Commento libero, suggerimento per migliorare l'esperienza

- Esperienza positiva, mi sono trovata bene con il mio tutor; forse sarebbe interessante poter frequentare anche altri studi per vedere anche altri differenti approcci.
- Ho trovato questa esperienza molto valida, tanto da pensare che si potrebbe renderla obbligatoria per gli studenti del corso di laurea in Medicina, magari al posto di internati in reparti di medicina interna o specialistici dove lo studente, spessissimo abbandonato a se stesso, non ha modo di apprendere granché.
- Esperienza esemplare, non cambierei nulla.
- Esperienza molto valida: vorrei fare il pediatra, ma continuerò comunque quando ne avrò l'opportunità a frequentare l'ambulatorio del MMG per imparare ulteriori aspetti e nozioni che è difficile apprendere in corsia. Ritengo che la durata dell'esperienza dovrebbe però essere di almeno 40 ore.
- Consiglierei sicuramente questa esperienza ai miei compagni perché permette di imparare moltissime cose pratiche come la ricettazione (!) e la compilazione dei certificati, che durante le lezioni universitarie vengono troppo spesso trascurate.
- Sarebbe ottimo poter rifare l'esperienza nel corso degli anni, per mettere alla prova le conoscenze acquisite nel frattempo.
- Esperienza molto positiva, dovrebbe essere inserita fra le attività curriculari e non essere solo un'attività elettiva.
- Penso che la possibilità di frequentare lo studio medico metta lo studente di fronte alle problematiche che un medico deve affrontare ogni giorno; si ha la possibilità di mettere in pratica manovre semeiologiche che a volte non è possibile eseguire in corsia.
- E' un'esperienza molto bella ed utile. Si possono imparare delle cose che in una corsia ospedaliera non è possibile, p.e. il rapporto malato-medico. Sarebbe opportuno organizzare molto più spesso questa ADE durante tutto l'anno.
- Secondo me la si dovrebbe rendere obbligatoria.
- E' stata un'esperienza molto importante e formativa. Dato il mio personale parere positivo, suggerisco l'aumento sia del numero delle ore, sia della frequenza delle attività.
- E' stata una magnifica esperienza sia dal punto di vista "lavorativo" sia umano. Certo ha sfatato quello che si dice del medico di base, facendomi riflettere sul futuro professionale che deve, da oggi, tenere presente la possibilità di fare un mestiere bello e che dà molte soddisfazioni.

Accesso alla cartella clinica e tutela della privacy: un equilibrio instabile

Un tema particolarmente controverso è quello del rapporto tra soggetti legittimati ad accedere alla cartella clinica e tutela della riservatezza del paziente. Sul punto si è recentemente pronunciato il Consiglio di Stato (Cons. Stato, sez. V, sent. n. 6681 del 14-11-2006) con una sentenza che merita di essere annotata.

Il caso di specie è piuttosto curioso: si trattava di un marito desideroso di accedere alla cartella clinica della moglie archiviata presso un centro di salute mentale. La cartella, infatti, doveva servire al coniuge per difendersi presso il Tribunale ecclesiastico e riuscire ad ottenere l'annullamento del matrimonio, sul presupposto dell'insanità mentale della moglie, celata al momento delle nozze.

Alla richiesta di consegna della cartella clinica da parte del marito (tecnicamente si tratta di accesso agli atti dell'amministrazione) l'Azienda sanitaria competente non ha risposto e, tacendo, ha prodotto un risultato equivalente al rigetto dell'istanza. Per ciò il marito ha proposto ricorso al Tar, che ha accolto il ricorso, ordinando alla Asl la consegna della cartella. Contro la sentenza del Tar la moglie ha proposto ricorso al Consiglio di Stato, che però ha rigettato l'istanza, confermando la sentenza del tribunale amministrativo di primo grado.

Il caso in questione pone interessanti interrogativi circa la possibilità di accedere alla cartella clinica da parte di soggetti diversi dal paziente. Di norma si ritiene che possano accedere alla cartella clinica, oltre al paziente stesso, le persone fornite di delega scritta, il tutore o chi esercita la patria potestà in caso di paziente incapace o minore, il medico curante se delegato, il per-

sonale del SSN, gli enti previdenziali e l'autorità giudiziaria. A queste categorie si aggiungono, ovviamente, gli eredi legittimi in caso di morte del paziente (cfr. art. 5, D.P.R. n. 128/1969).

In linea di massima, dunque, vige la regola per cui la cartella clinica non può essere consegnata ai familiari senza il consenso scritto del paziente. Questo principio, tuttavia, incontra dei limiti nella normativa generale sul procedimento amministrativo, nonché nella normativa privacy, di recente introduzione nell'ordinamento italiano. Sotto il primo profilo, l'art. 24 della legge n. 241 del 1990, dopo aver premesso che l'accesso può essere escluso quando i documenti riguardano la riservatezza, ed in particolare gli interessi sanitari delle persone, precisa che, comunque, l'accesso deve essere sempre garantito quando la conoscenza degli atti amministrativi "sia necessaria per curare o per difendere i propri interessi giuridici".

Il Codice della privacy (d.lgs. n. 196/2003), inoltre, dispone in generale all'art. 60 che i dati idonei a rivelare lo stato di salute di una persona possono essere comunicati solo qualora la situazione giuridica per la quale si chiede la comunicazione sia di rango almeno pari ai diritti dell'interessato.

Con specifico riferimento alle cartelle cliniche, l'art. 92 precisa che il rilascio della cartella a persona diversa dal paziente può essere consentito solo quando ciò serva a far valere un diritto in sede giudiziale.

Nonostante le apparenze, dunque, il quadro normativo è tutt'altro che lineare e non è sempre agevole capire a quali soggetti la cartella possa essere rilasciata. Nei casi come quello in esame, in particolare, è necessario effettuare un

bilanciamento tra le esigenze di riservatezza del titolare dei dati contenuti nella cartella e l'esigenza di tutelare un diritto del richiedente.

La sentenza del Consiglio di Stato dà prevalenza al diritto di accesso, lasciando soccombere le esigenze di riservatezza. E il giudice sottolinea che non è neppure necessaria un'indagine penetrante in merito all'essenzialità o meno ai fini del processo della documentazione richiesta, né è necessaria la previa instaurazione del giudizio, poiché per legittimare la consegna

della cartella clinica è sufficiente la "semplice, ragionevole intenzione di intentare l'azione giudiziale". In questo caso, dunque, la privacy fa un passo indietro. Ma non si scordi che, di norma, la diffusione non autorizzata di dati sensibili (come quelli sanitari contenuti nella cartella clinica) configura un reato che può essere punito anche con la reclusione.

Prof. avv. Lorenzo Cuocolo

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

CRONACA & ATTUALITA'

Polonio 210: il radioisotopo killer d'attualità

L media ci stanno fornendo, a getto continuo, dati ed informazioni semplificate o approssimative su un radioelemento a tutti pressoché ignoto, ottenuto all'inizio dello scorso secolo, da Maria Curie che, in onore della sua terra di origine, lo chiamò "polonio". Per chiarire qualche nozione utile a comprendere l'alta tossicità del polonio 210, che ha effetti acuti e deleteri sulla persona, riportiamo alcuni elementi e dati, tratti da una nota del Professor Giorgio Trenta, medico e fisico, Presidente dell'AIMM (Associazione Italiana di Radioprotezione Medica).

Nel nostro organismo il polonio è presente in tracce, ma quando vi è introdotto, sotto forma solubile di cloruro, raggiunge in piccola parte (30%) fegato, milza e reni, mentre il restante si distribuisce a tutti gli altri tessuti.

L'attività specifica del polonio 210 è molto elevata, con un periodo di dimezzamento fisico di 138 giorni, limite della potenziale utilizzazione ed un periodo di dimezzamento biologico di 50 giorni.

L'introduzione di 1 microgrammo del radio-nuclide (assumendo il coefficiente di dose per

i lavoratori) porterebbe a una dose efficace di 40 Sievert, sicuramente mortale.

Con la trasformazione spontanea del nucleo (decadimento radioattivo) avviene l'emissione di particelle alfa molto energetiche, con possibili effetti deterministici per esposizioni parziali ed a dosi molto elevate.

Sintetizzati gli aspetti fisici e medici del polonio, rimane nella penna il rilievo per un episodio di sbrigativa informazione giornalistica: l'inesatto, gonfiato raffronto tra esposizioni a rischio radiazioni, riferito da un britannico cultore di storia della scienza, secondo il quale gli asseriti 0,04 picocurie di polonio che sarebbero presenti in ogni sigaretta -a causa della contaminazione delle piante di tabacco-equivarrebbero, per un mezzo pacchetto, a "300 raggi X al petto".

Va bene dissuadere dal fumo, è invece riprovevole, con confronti da pallottoliere, esporre quanto mai confutabili dati che possono confondere persone non in grado di valutare le esposizioni per le sigarette fumate e paragarle poi con quelle dovute ad esami per fini diagnostici.

Donato Fierro

Viaggio nella gestione del rischio clinico: l'esperienza dell'Asl 4 Chiavarese

Il 7 novembre la Commissione Risk management (componenti: A. Cagnazzo, M. Leone, A. Molinelli, E. Nardelli, M. Paccione, F. Ventura) ha proseguito la sua attività di raccolta di informazioni riguardanti i programmi di Risk Management realizzati dalle Asl di Genova e Provincia alla riunione hanno partecipato le dottoresse C. Giordano e G. Caffarena dell'Asl 4 Chiavarese.

GLI ASPETTI ASSICURATIVI

L'assicurazione del rischio sanitario è, come noto, argomento di stringente attualità per tutte le strutture sanitarie italiane (e non solo) che si devono confrontare con una sempre maggiore litigiosità dei pazienti, alimentata dalla diffusione di notizie sulla malpractice medica, spesso infondate od esagerate, da parte dei mezzi di comunicazione di massa. Anche la Asl 4 "Chiavarese", nel corso degli ultimi anni, ha subito le conseguenze di tale fenomeno, registrando un aumento delle richieste di risarcimento danni che, a sua volta, ha generato un incremento dei costi assicurativi aziendali della polizza Rct, sia per l'entità dei premi annui pagati, sia per l'effetto dell'introduzione, nei recenti contratti assicurativi, di franchigie aggregate annuali, di importo assai elevato, entro cui l'azienda sostiene in proprio l'onere del risarcimento. La "novità tecnica" della franchigia pertanto ha fatto emergere la necessità di una riorganizzazione complessiva della gestione dei sinistri da parte dell'ufficio assicurativo della Asl che, da ruolo di mero "passacarte" tra dan-

neggiato e assicuratore, ha dovuto acquisire maggiore consapevolezza sull'andamento di quei sinistri che vengono, seppur tramite assicuratore, pagati con soldi dell'azienda.

Si è ritenuto che il primo passo da compiere fosse quello di prendere coscienza della situazione del contenzioso e pertanto è iniziato un

paziente lavoro di monitoraggio dei sinistri, attraverso la stesura di tabelle con indicazione del terzo richiedente, data dell'evento, data della denuncia, descrizione sommaria dell'evento dannoso, stato del sinistro (importo riservato, importo

liquidato, reiezione) e suo costante aggiornamento. E' inoltre emersa l'esigenza di sensibilizzare, sul problema sinistri, le varie realtà aziendali, coinvolgendo i responsabili di struttura non soltanto, come era avvenuto da sempre, nella fase di istruttoria delle richieste di risarcimento attraverso la stesura delle relazioni sui casi, ma anche, informandoli periodicamente sull'andamento della situazione dei sinistri, attraverso la trasmissione di dette tabelle: al fine di sviluppare analisi e valutazioni sugli eventi avversi, di attuare azioni correttive e misure preventive al ripetersi di errori, la situazione dei sinistri viene anche comunicata alla Direzione aziendale, alla Struttura complessa direzione medica e alla Struttura semplice qualità e accreditamento.

Inoltre poiché la liquidazione dei sinistri pagati in franchigia, ma gestiti dall'assicuratore, necessita di una preventiva autorizzazione da parte dell'azienda, è iniziata altresì una profi-



cua collaborazione con il medico legale della Asl, affinché esprima il suo parere sulle proposte di risarcibilità del danno trasmesse dagli assicuratori.

Sulla base di questa esperienza, nel corso dell'anno 2006, è stata formalizzata in azienda la costituzione di un Comitato tecnico per la gestione dei sinistri. Tale Comitato, composto dal medico legale della Asl e da figure professionali con competenze in materia legale ed assicurativa, si riunisce periodicamente con un liquidatore della compagnia assicuratrice e con il medico legale fiduciario della compagnia stessa, per valutare le richieste risarcitorie pervenute e verificarne la loro fondatezza. I vari casi vengono così esaminati e discussi, sottoposti ad attenta analisi e ad un giudizio finale: nel caso di accertamento di responsabilità, si perviene all'accoglimento della richiesta e si concorda l'entità del danno, mentre, in caso di rigetto, per esclusione di responsabilità, si convengono le tesi difensive a sostegno della decisione assunta.

I casi che necessitano di ulteriori approfondimenti, di natura sanitaria e/o amministrativa, vengono rinviati, per la loro definizione, a successive riunioni.

Il riscontro positivo di questa esperienza, che sarà più evidente nel medio e lungo periodo, anche per intervento degli strumenti collegati alla gestione del rischio clinico, consente, allo stato attuale, di avere un controllo e un monitoraggio costante degli eventi dannosi, accertare la correttezza delle procedure messe in atto dagli assicuratori, gestire in maniera più efficace ed efficiente le risorse economiche legate alla franchigia, prevenire possibili azioni contenziose, individuare azioni correttive per migliorare i processi di cura-assistenza ai pazienti.

Pensiamo che la nostra Asl, attraverso questo

comitato e gli altri strumenti di risk management che verranno appresso descritti, potrà presentarsi nei prossimi anni alle gare europee per la Rct, con una veste decisamente nuova, come una moderna azienda che affronta il tema del rischio clinico su più fronti, sensibile ai cambiamenti, anche culturali, imposti dalle nuove spinte sociali, vigile al controllo e al miglioramento del livello di sicurezza dei processi organizzativi, nell'interesse della salute dei cittadini: auspichiamo fortemente che l'attivazione di questi sistemi consentirà un più agevole confronto con il mercato assicurativo, anche nell'ottica di possibili risparmi economici.

Il rischio clinico - Premessa

In considerazione della rilevanza che la gestione del rischio clinico sta assumendo sul panorama sia internazionale sia nazionale, le Direzioni generale e sanitaria della Asl 4 Chiavarese hanno recepito il bisogno di avviare un progetto di gestione del rischio clinico.

Il progetto ha lo scopo di effettuare la mappatura, la misurazione ed il monitoraggio delle criticità del sistema e dei processi assistenziali, l'analisi degli eventi avversi e dei *near misses*, al fine di sviluppare, attraverso vari strumenti, le strategie preventive e di intervento, tese alla riduzione dei rischi in termini di salute per i cittadini, per gli operatori ed in termini economici per l'Azienda.

In ambito sanitario non esistono realtà prive di rischi, anzi, ve ne sono alcune che, per la loro complessità, risultano essere particolarmente interessate da eventi avversi per cui è necessario dedicare risorse al fine di individuare, valutare e trattare i rischi attuali e potenziali. La gestione del rischio clinico a livello aziendale diventa uno strumento efficace grazie al diretto coinvolgimento di tutte le figure professionali che quotidianamente

gestiscono i processi produttivi e sono responsabili, a vari livelli, della salute, e quindi della sicurezza dei nostri pazienti.

Inizio del progetto

La Asl 4 Chiavarese ha intrapreso nel 2001 un progetto di certificazione Iso 9001:2000 attraverso l'utilizzo del sistema inglese "The Health quality service" (HQS) che dedica 4 dei suoi 53 standard al governo clinico e alla gestione del rischio. Pertanto la struttura Qualità ed accreditamento ha elaborato una serie di strumenti atti ad ottenere una mappatura dei rischi e ad individuare le azioni preventive e correttive da intraprendere. Questi strumenti sono rappresentati da: il brainstorming del rischio, l'audit clinico, la scheda di segnalazione degli eventi e la formazione

Brainstorming

Incontro annuale del personale delle singole strutture ospedaliere e amministrative, al fine di individuare i rischi maggiori del proprio ambito lavorativo. Ai rischi evidenziati viene assegnato un punteggio a seconda della criticità e quindi individuato un piano di azione, definendone la responsabilità e la tempistica.

Audit clinico

Iniziativa programmata mensilmente, condotta da professionisti appartenenti alla stessa struttura o a strutture diverse, con lo scopo di migliorare la qualità e gli esiti dell'assistenza, esaminare la propria attività e i propri risultati a confronto con standard concordati. Tramite l'utilizzo della procedura aziendale dell'audit clinico tale analisi aiuta a misurare indicatori di processo e di esito per patologia e a valutare percorsi assistenziali critici.

La scheda di segnalazione eventi- rischio clinico

La scheda di segnalazione eventi-rischio clinico è stata sperimentata nel dicembre del 2004 da 6 strutture pilota, sia ospedaliere che

territoriali e dopo quattro mesi, è stata diffusa unitamente alla procedura di gestione del rischio clinico a tutte le strutture della Asl 4 Chiavarese, con lo scopo di utilizzarla come strumento di apprendimento.

Incident reporting anno 2005

Nell'anno 2005 hanno partecipato al progetto 29 strutture.

Le schede pervenuteci riguardavano principalmente *near misses* o eventi che non hanno determinato un danno; sono state classificate e suddivise in due tipologie principali di errori, errore terapeutico per il 31% ed errore assistenziali-organizzativo per il 69%.

I dati raccolti sono sovrapponibili ai dati statistici internazionali, che evidenziano la difficoltà di gestire un'organizzazione complessa quale la struttura ospedaliera, e la presenza di errori latenti propri del sistema sanitario. Questi possono dare avvio alla cosiddetta "traiettoria delle opportunità" e quindi generare un evento avverso da parte del personale coinvolto nei processi assistenziali.

Abbiamo inoltre visto che il 25% degli eventi legati al processo della terapia erano da imputare all'utilizzo del modulo unico di terapia appena introdotto e pertanto, grazie a queste segnalazioni insieme al dipartimento medico, è stata effettuata una revisione del modulo, con una successiva evidente riduzione delle segnalazioni.

Incident reporting 2006

Nell'anno 2006 hanno partecipato al progetto 27 strutture.

Le schede pervenuteci riguardavano principalmente *near misses* o eventi che non hanno determinato un danno e sono state classificate e suddivise in due tipologie principali di errori: terapeutico per il 24% e assistenziale-organizzativo per il 76%.

L'analisi delle segnalazioni ci ha permesso di

individuare ed applicare misure preventive efficaci nell'ambito dei processi analizzati.

Formazione

Dal 2003 si sono sviluppati programmi formativi sul sistema qualità e sulla gestione del rischio clinico. Sono stati accreditati incontri mensili all'interno delle strutture, gestiti dai referenti qualità e dai referenti rischio clinico, per sviluppare azioni correttive o preventive, sull'analisi delle proprie segnalazioni di rischio, o sugli esiti degli audit clinici svolti.

Sono programmati incontri mensili tenuti dal personale della Struttura qualità ed accreditamento relativi alla gestione del rischio ed agli strumenti da utilizzare. Inoltre nel 2005 è stato organizzato un corso di aggiornamento sulla gestione del rischio clinico, in collaborazione con la struttura Affari generali e legali.

Altri progetti - Supportati dai coordinatori degli standard clinici (rappresentati da un medico dell'ospedale e da un medico di medicina generale), dai referenti rischio clinico, dai referenti qualità individuati in ogni struttura e dal gruppo aziendale HQS (costituito da personale medico e infermieristico della Asl 4), sono stati elaborati e introdotti alcuni strumenti nuovi come la cartella clinica unificata, il modulo unico della terapia, il consenso informato e la check-list di accesso del paziente alla sala operatoria.

Obiettivi a breve termine

- ▶ Continuo aggiornamento divulgando i dati interni;
- ▶ revisione cartella clinica, modulo consenso informato e modulo unico terapia;
- ▶ prosecuzione progetto integrazione ospedale-territorio (Coordinatori standard clinici, medicina di base);
- ▶ istituzione Unità di gestione del rischio.

L'Unità di gestione del rischio aziendale ha lo scopo di prevedere una strategia unica per la

gestione di tutti i rischi. I compiti sono:

- ▶ Analizzare i dati valutando le priorità di intervento;
- ▶ Analizzare le proposte emerse dai responsabili del rischio delle strutture;
- ▶ Comunicare con la Direzione sanitaria e con la Direzione generale.

I componenti dell'Unità di gestione del rischio sono: direzione medica di presidio, qualità ed accreditamento, ufficio infermieristico, coordinatori standard clinici, affari generali e legali, medico legale, ufficio tecnico, medico competente, farmacia, centro trasfusionale, formazione.

Conclusioni

Gli strumenti utilizzati ci hanno consentito di registrare e misurare ciò che spesso viene affrontato, risolto, archiviato e dimenticato nella pratica quotidiana. I primi dati raccolti evidenziano le potenzialità del progetto innanzitutto in termini di consapevolezza degli operatori in merito al problema della sicurezza del paziente.

La scheda di segnalazione diventa un interessante strumento per avviare attività di auditing all'interno delle strutture. In questo modo la segnalazione dell'errore diventa uno strumento sostanziale per favorire il miglioramento dell'assistenza e della sicurezza dei pazienti. Si è evidenziata una maggiore fiducia nei principi della gestione del rischio, gli operatori si rendono conto che lavorare seguendo delle regole porta beneficio all'attività svolta e questo li ha indotti a mettere in discussione le proprie convinzioni e il proprio operato, e a produrre documenti significativi che vengono revisionati regolarmente anche attraverso programmi di audit, per garantire coerenza tra documentazione e pratica.

C. Giordano, G. Caffarena, K. Licciardi, A. Cavanna, P. Cavagnaro, G. Caristo

Le delibere delle sedute del Consiglio

Riunione del 26 ottobre 2006

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

Commissione psichiatria - Il Consiglio delibera la costituzione della Commissione di psichiatria. Coordinatore: G. Boidi; componenti:

Movimento degli iscritti (26 ottobre 2006)

ALBO MEDICI - nuove iscrizioni

Francesco De Vito, Ana Cristina Daniel, Alex Gukov. **Per trasferimento:** Paola Lorenzi (da Imperia), Margherita Maffeo (da Cuneo).

CANCELLAZIONI - per rinuncia: Giovanni Castagnola, Salvatore Spensieri, Ferruccio Bianchetti - **per cessata attività:** Erminio Maculotti, Luigia Maria Taricco - **per trasferimento:** Alessia Schinard (trasferimento estero CH) - **per decesso:** Aldo Aicardi, Alessandra Berti, Guido Celle, Fernando Grassi, Maria Grossi Bianchi, Annibale Mandato.

ALBO ODONTOIATRI - nuove iscrizioni: Gianfranco Bindi.

CANCELLAZIONI - per rinuncia: Ferruccio Bianchetti, Lazzaro Delfino, Giovanni Castagnola, Enrico Righi - **per decesso:** Annibale Mandato.

G. Sacco, F. Gabrielli, E. Maura, S. Schiaffino, F. Canale, G. Montinari, P. Severino. E. Ducci e G. Nuvoli segretario (nella seduta del 9 novembre è stato nominato anche il R. Ghirardelli).

Delibere amministrative: assestamento bilancio preventivo 2006; acquisto antivirus "Trend micro"; intervento di manutenzione della sede e sgavio esattoriale.

Il Consiglio concede il patrocinio a:

► Il° Convegno regionale "Aterotrombosi: recenti progressi e nuove strategie nella terapia dell'ateriosclerosi e della trombosi", Genova 28 ottobre;

► Il° Convegno Regionale SICCR "Le emorragie colo-rettali acute: vecchi quesiti e nuove strategie", Cogoletto 3 febbraio 2007;

► Convegno "La cartella clinica informatizzata: esperienze a confronto", Genova 3/02/2007;

► Corso di aggiornamento "Il paziente neurogeriatrico: prevenzione e terapia", Genova 24 novembre;

► XXI Congresso Nazionale S.I.R.A.A. "Agopuntura e riabilitazione", Arenzano 18/11;

► Corso "Buona prassi per la presa in carico della persona con disabilità", Genova 27-28 ottobre e 3-4 novembre;

► Convegno "Il naso ed i suoi dintorni" Genova 9-10 febbraio 2007;

► IV Corso di formazione in dermatologia pediatrica, Riomaggiore (SP) 14 aprile 2007.

Nuova Commissione - Il Consiglio delibera la costituzione di una Commissione composta dai colleghi M. Basso, L. Lusardi, L. Nanni, A. Stimamiglio, E. Annibaldi, M. Gaggero, G. Inglese Ganora e M. P. Salusciev per la valutazione della pubblicità sanitaria, convenzioni e pubblicazioni su opuscoli.

Il pediatra e il bambino maltrattato

L'emergenza maltrattamento e abuso dei minori è una caratteristica del nostro tempo, che mette in primo piano il ruolo del pediatra, chiamandolo in causa come sensore privilegiato nella rete di protezione del bambino.

Al pediatra giungono in primo luogo delle informazioni generali, relative all'ambiente e alle caratteristiche che predispongono il caso alle relazioni violente, e anche i primi segni di disagio, a volte persino le prime rivelazioni, che si manifestano quando si rende necessario intervenire, distinguendo fra indicatori e



segni che potrebbero indurre valutazioni falso-positive.

Una delle prime situazioni critiche nelle quali il pediatra viene necessariamente coinvolto riguarda il conflitto esistente tra la propria immagine di "protettore della famiglia", e quella potenziale di suo "accusatore", qualora tra gli interessi superiori del minore e quelli dei genitori si dispieghi un conflitto non più mediabile. In tali casi, al pediatra è richiesto di segnalare l'abuso, e di favorire l'instaurarsi di tutte le procedure atte a mettere il minore in uno stato di protezione. Ma quali sono i

Abuso e maltrattamento: verso una rete di collaborazione socio sanitaria

Molti medici e operatori sanitari e sociali, soprattutto nel passato, posti di fronte a casi di maltrattamento sospetto o palese, arretrano sgomenti: troppo pesante è la prospettiva di dover mentalizzare il dolore di un bambino sottoposto ad un qualunque tipo di abuso, troppo impegnativa è la prospettiva di tollerare i sentimenti di inadeguatezza e di colpa con cui si deve convivere, mentre si tenta di intervenire a proteggere quel bambino. Così il medico avverte il proprio isolamento e la mancanza di una preparazione specifica per affrontare tali situazioni complesse e conflittuali. Da anni questo tema è trattato in corsi e convegni pediatrici (nel 1999, l'Ordine dei medici aveva organizzato un convegno sull'argomento). In Liguria, nel 2006, a tutti i pediatri di famiglia è stato proposto un corso sul disagio sociale e sull'abuso e il maltrattamento. Il corso, gestito dai referenti alla for-

mazione della Fimp, coordinati dal savonese Emanuele Varaldo, è stato reso possibile grazie alla sensibilità e alla disponibilità della Regione che lo ha approvato e finanziato. Il corso si è svolto in 4 giornate a "piccoli gruppi" di 40 pediatri con la metodica dell'apprendimento attivo e con la partecipazione attiva dei discenti coordinati da tutor specificamente preparati. Oltre il 90% dei pediatri di famiglia ha partecipato, con un altissimo grado di soddisfazione.

Iniziative quali quella della Asl 3 segnalata nell'articolo precedente sono in atto o si stanno avviando in altre Asl Liguri con la partecipazione dei Comuni e delle Province. Tali iniziative saranno coordinate da un tavolo di lavoro regionale a cui partecipano aziende, Comuni e pediatri. Si auspica che da tutto questo possa nascere una rete che possa offrire aiuto agli operatori. **A. Ferrando**

primi segni che si manifestano in un minore, poniamo, sessualmente abusato? Vediamoli. Sono i segni considerati "indicatori" di una situazione di pregiudizio grave a carico di un bambino, quale, appunto, l'abuso sessuale:

- ◆ brusco cambiamento del comportamento e del tono dell'umore;
- ◆ regressione (anche senso-motoria);
- ◆ stati d'angoscia e fobie a comparsa improvvisa;
- ◆ disturbi del sonno a comparsa improvvisa;
- ◆ disturbi alimentari a comparsa improvvisa;
- ◆ conoscenze sessuali incongrue con l'età;
- ◆ comportamenti sessualizzati incongrui con l'età;
- ◆ isolamento simil-autistico;
- ◆ confusione mentale;
- ◆ amnesia post-traumatica;
- ◆ auto- ed eteroaggressività;
- ◆ ipercinesia e deficit di attenzione;
- ◆ inibizione dell'apprendimento;
- ◆ enuresi, encopresi, e comportamenti oppositivi correlati;
- ◆ disegni e giochi ad alta valenza simbolica.

Di fronte a tali segni (non è necessario trovarli tutti assieme), è lecito avanzare il sospetto di un abuso sessuale; ma per fare diagnosi occorre un insieme di fattori, destinati a culminare in una rivelazione da parte della vittima. La rivelazione può esserci (laddove il bambino sente che il suo universo relazionale non è limitato all'abusante), e manifestarsi nei confronti di una persona con la quale si sia instaurato preventivamente un rapporto di confidenza (un genitore, un familiare, il pediatra stesso, o un insegnante).

Tale rivelazione ha per il bambino un particolare valore terapeutico, perché sancisce il momento in cui il bambino può ricominciare a fidarsi del mondo degli adulti. E' necessario quindi che l'adulto non perda questa grande occasione. Quando il trauma non viene rico-

nosciuto immediatamente, quando gli abusi possono continuare al riparo dall'attenzione di adulti protettivi, allora il bambino dovrà pensare da sé alla propria difesa, con i pochi e patogeni mezzi a disposizione di chi è piccolo e solo.

Tali strategie di autodifesa sono improntate all'alleanza con l'abusante, come ha recentemente dimostrato l'impressionante caso di una ragazza austriaca sequestrata per otto anni da un pedofilo. E' da qui che partono le più gravi patologie, destinate a manifestarsi più tardi, e soprattutto in corrispondenza con le prime esperienze sessuali dell'adolescenza. E' lì che si possono riscontrare i segni ad insorgenza tardiva di un abuso sessuale: anorgasmia, stati depressivi, tossicodipendenza, pedofilia, disturbi del comportamento alimentare, disturbi ossessivo-compulsivi, sviluppi atipici dell'identità di genere, sindrome da adattamento al trauma, perversioni, psicosi.

Anche in questi casi, le persone che hanno maggior vicinanza alla vittima, possono diventare preziosi raccoglitori di confidenze.

Spesso è proprio al pediatra che i ragazzi si rivolgono, nella speranza di nascondere dietro un sintomo fisico, la propria vergogna inconfessabile. Ed è qui che il medico assume un ruolo insostituibile.

Quando è necessario "fare la parte dei cattivi" in un processo di tutela e di denuncia di un abuso, il pediatra che abbia necessità di conservare intatta la propria immagine rispetto alla famiglia che continua ad avere in carico, può rivolgersi ad una struttura pubblica.

A questo scopo, il **"Centro sul maltrattamento e l'abuso dei minori" della Asl 3** è a disposizione per consulenze, pareri, prese in carico, e sostegno rispetto all'osservanza delle procedure giudiziarie da adottare.

N. Fadda, R. Gnotta, G. Guasto

Le problematiche alcol correlate

I problemi alcol correlati sono una delle maggiori emergenze sanitarie nelle società occidentali. **L'alcolismo è un problema grave e terribile, spesso consumato nella solitudine delle case e, serbato, come un vergognoso segreto, all'interno delle famiglie.** E' un problema trasversale, non conosce barriere e può riguardare indifferentemente maschi e femmine di ogni età e classe sociale.

Alcuni dati epidemiologici:

- ◆ il 7/10% della popolazione ha problemi alcol correlati;
- ◆ l'alcol è ormai divenuta la terza causa di mortalità con oltre 30.000 vittime l'anno (15.000 per cirrosi epatica, 3.500 per tumori dell'esofago, 3.000 per incidenti stradali, e 8.500 per altre cause alcol correlate);
- ◆ il 15/20 % dei ricoveri hanno come concausa l'alcol;
- ◆ il 50% degli incidenti stradali e di quelli sul lavoro ha come concausa l'alcol;
- ◆ molte violenze famigliari e sociali hanno come causa l'alcol;
- ◆ il consumo di alcol è in aumento tra i giovani. Nel corso del 2006 è stata resa pubblica un'analisi europea dei problemi alcol correlati condotta dalla Commissione europea della salute. Fra le varie conclusioni emergono i seguenti dati: **i costi tangibili riferiti al consumo di alcol** sono stati stimati in 125 miliardi di euro nel 2003, e di questi circa 59 miliardi di euro riguardano **la perdita di produttività** derivante da assenteismo, disoccupazione e anni di lavoro persi a causa di morte prematura. I **costi intangibili dell'alcol** (che descrivono il valore che gli

individui attribuiscono alla sofferenza e alla morte) all'interno dell'Unione europea sono stati stimati in 270 miliardi di euro nel 2003.

L'alcol è un determinante di salute, responsabile del 7.4% di tutte le disabilità e delle morti premature nell'Unione europea (almeno 195.000 morti ogni anno). L'alcol è causa di danni provocati ad altri individui diversi dai bevitori, che comprendono circa 60.000 nascite sottopeso, dai 5 ai 9 milioni di bambini che vivono in famiglie con problemi di alcol e 10.000 morti per incidenti stradali (persone che non erano alla guida). **In Liguria vi sono circa 40.000 bevitori** problematici che giungono all'osservazione ospedaliera per la maggior parte per problemi legati alla dipendenza dall'alcol con il 50% circa di ricoveri in carattere di urgenza e spesso troppo tardi per le complicanze gravi come la cirrosi. Da uno studio ospedaliero da noi condotto nel quinquennio 2000-2005 abbiamo notato un progressivo incremento dei ricoveri per patologie alcol correlate con un aumento di ricoveri femminili pari al 10%. L'età media dei ricoverati è di circa 56 anni. Ma il dato più significativo è che, confrontando i nostri dati con quelli nazionali, il problema è sottostimato e spesso il problema alcol correlato è camuffato, anche involontariamente, sotto un'altra diagnosi. Per cui in 1 solo paziente su 30 che giungono all'osservazione ospedaliera viene posta anche la diagnosi di alcolismo. Nel corso degli anni abbiamo quindi notato che i problemi alcol correlati sono spesso non riconosciuti nei pazienti o comunque sottostimati. **I pazienti inviati dai Pronto Soccorso**



ai reparti sono spesso dimessi senza indicazione al recupero post ricovero e altrettanto spesso sono inviati dall'accettazione, per problemi di sovraffollamento, in svariati reparti esclusivamente in relazione alla disponibilità dei posti letto.

Vi è un alto tasso di recidiva alcolica post dimissione. Non ultimo il fallimento di una disintossicazione ospedaliera è psicologicamente molto dannoso per il futuro del paziente. Da questo si evince la necessità di eseguire ricoveri mirati e programmati per il recupero del paziente, nel momento in cui gli stessi sono psicologicamente motivati. Vi è necessità di creare un ambiente il più umano e confortevole possibile con uno stretto legame con le strutture esterne (Sert, associazioni di volontariato), i medici di famiglia e le fami-

glie. Bisogna integrare ospedale e territorio programmando visite da parte degli operatori territoriali in ospedale durante il ricovero dei pazienti, al fine di attuare la continuità assistenziale. Bisogna seguire i pazienti dimessi al fine di mantenere un costante rapporto medico, psicologico ed empatico con il paziente.

Non ultimo si devono attuare **misure di prevenzione dell'alcolismo** al fine di evitare le complicanze cliniche e sociali che gravano in maniera pesantissima sulla società sia in termini economici che sociali: cirrosi epatica e tumori epatici, patologie multiorgano alcol correlate, diffusione dell'alcolismo fra i giovani, disturbi sociali, incidenti traumatici stradali e famigliari, disturbi di ordine pubblico.

Alessandro Sumberaz, Gianni Testino

Il volontariato genovese all'estero

Genova è sempre stata una città riservata, ma le iniziative solidali sono molteplici e spesso poco conosciute; poco note sono le iniziative di solidarietà mediche presso le popolazioni del terzo mondo. **Giovedì 25 gennaio 2007 alle ore 15** all'Ipercoop di San Biagio in Valpolcevera si terrà una conferenza aperta al pubblico dal titolo: **"Guatemala e Capoverde: l'impegno genovese del volontariato in due ospedali"**, in cui verranno presentati l'ospedale "Centro de Ayuda Sanitaria Recco 7" situato a San Pedro Yepocapa in Guatemala, voluto e costruito da Giancarlo Noris, giornalista genovese di Recco, che ormai vive nell'Ospedale, e il "Centro Socio Sanitario Sao Francisco" situato nell'isola di Fogo, arci-

pelago di Capo Verde. Entrambi gli ospedali sono principalmente chirurgici, sorti in una realtà completamente priva di strutture chirurgiche ed entrambi si sono giovati negli ultimi anni della professionalità di molti chirurghi genovesi, giovani e meno giovani, professionisti affermati, primari ospedalieri, docenti e professori universitari che hanno messo a disposizione la propria professionalità e il proprio tempo libero (rinunciando alle ferie) per fare vivere questi ospedali. L'ospedale Sao Francisco è supportato, per la turnazione chirurgica, dall'Università di Genova e quello di Yepocapa da un gruppo di medici di Ravenna. Alcuni filmati ed un'esposizione fotografica saranno presentati alla conferenza. Per informazioni on-line digitare le parole di ricerca: "ospedale Sao Francisco Fogo", "Amici di Recco 7", "Yepocapa", "Capo Verde", "Missioni Cappuccini e simili".

Domenico Dato

IV Corso di formazione in dermatologia pediatrica - Promosso dall'Istituto Giannina Gaslini **sabato 14 aprile 2007** al Castello di Riomaggiore e rivolto dermatologi e pediatri. Per inf.: **tel. 010 5636.554/805**.

Psicoanalisi e analisi dialettica - Questo l'incontro del Cesad che si terrà a Genova **giovedì 11 gennaio 2007**, alle ore 18.15, nella sede dell'Istituto per le scienze psicologiche e la psicoterapia sistematica. La partecipazione è libera. Per inf.: tel.: **010 580903**.

Screening e diagnosi precoce nell'autismo - Si terrà **sabato 20 gennaio** nella sede dell'Ordine dei medici di Genova un corso sull'autismo. Per inf. tel.: **010 255146**.

La Cartella Clinica informatizzata : esperienze a confronto - Questo il convegno promosso dall'Ospedale "Villa Scassi" che si terrà

a Genova al Jolly Hotel Marina il **3 febbraio** alle 10. Per inf.: CSR Congressi tel **051/765357**.

Le emorragie colo-rettali acute: vecchi quesiti e nuove strategie - Questo il 2° convegno regionale della società italiana di chirurgia colonrettale che si terrà **sabato 3 febbraio 2007** all'Auditorium Comunale di Cogoleto. Per inf.: **tel. 010/888871**.

Commissione culturale - La commissione culturale dell'Ordine, (presidente S. Fiorato, componenti A. C. Negrini L. Gamberini, E. Gatto ed E. Guglielmino) ha organizzato, **martedì 16 gennaio alle** ore 17, nella sala conferenze dell'Ordine, la conferenza **"Gli etruschi: un discorso per non iniziati"**, relatore Sandro Loero.

L'Africa per i medici volontari

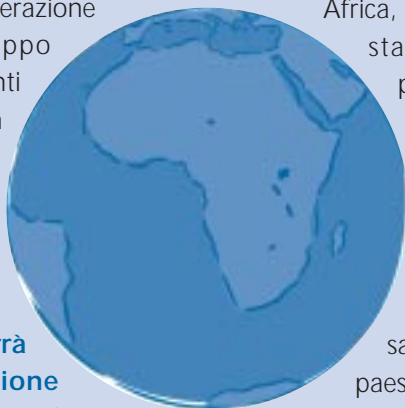
Il Dipartimento di discipline chirurgiche morfologiche e metodologie integrate (Dicmi) dell'Università di Genova, diretto dal prof. Berti Riboli, già da alcuni anni è impegnato nella cooperazione con i paesi in via di sviluppo (PVS), sia attraverso interventi diretti clinico-assistenziali in collaborazione con le principali Ong del settore sanitario, sia attraverso la realizzazione di specifici corsi di formazione.

Dal 22 al 24 febbraio si terrà a Genova la quinta edizione del corso pratico di formazione "Medici in Africa". a numero chiuso per

medici, infermieri e tecnici che intendono offrire la propria esperienza e professionalità, sia inserendosi nei quadri di Organizzazioni non governative (tra cui il CUAMM di Padova), sia direttamente come singoli professionisti. Il corpo docente dei corsi è composto da circa una trentina di esperti che hanno svolto la loro attività sanitaria in

Africa, Asia e America Latina. L'impostazione del corso consente ai partecipanti, qualora lo desiderassero, di essere inseriti, anche per brevi periodi, in programmi di volontariato attivo in alcuni paesi dell'Africa subsahariana gestiti dal Dicmi e/o da realtà sanitarie già presenti nei diversi paesi. Per ulteriori informazioni:

tel. 0103537220, cell.: 3475659552, antonio.terrizzi@unige.it



La nostra professione è la cura dell'uomo

E in corso la revisione del Codice deontologico, la cui ultima versione data al 1998.

E' forte la preoccupazione per una concezione della professione "nei fatti" asservita ad un "potere" che pretende di farsi egemone, decidendo a priori quali siano i bisogni e preconfezionando risposte, al di fuori ed oltre l'interesse vero della persona.

I recenti dibattiti sul tema dell'eutanasia, presentata come nuovo "diritto" dell'individuo o addirittura come "dovere sociale", sembrano negare lo scopo e la natura profonda di qualsiasi deontologia medica: la cura, "fino in fondo" del paziente, indipendentemente da qualsiasi considerazione.

Prevale una mentalità, una concezione dell'uomo e di conseguenza della professione medica, che utilizzando strumentalmente il principio della "qualità della vita", nega la possibilità che la vita stessa abbia un senso, un significato anche nell'esperienza dell'imperfezione. Per questa mentalità (molto di moda nei media) il compito del medico non è più quello di accompagnare l'uomo, facendo tutto il possibile per alleviarne la sofferenza, ma quello di eliminarne i "difetti" (la medicina predittiva sarà la medicina dell'uomo perfetto?).

Consapevole delle conseguenze che una simile mentalità potrà avere sulla pratica medica ed in previsione della stesura definitiva del nuovo Codice, vorremmo ribadire alcuni punti che ritengo basilari, perchè radicati nella tradizione del nostro Paese, fondata sulla tutela della persona in quanto tale, concepita libera ed all'interno di un rapporto che va oltre la legge.

1. Il medico è un uomo e come tale è sotto la

tutela della "Carta dei diritti fondamentali".

Diritto fondamentale è il rispetto delle idee che fondano il suo comportamento morale; da ciò discende in linea diretta la sua indipendenza, che è cardine della Professione, indipendenza deontologicamente difesa ed affermata nella misura in cui garantisce all'altro soggetto del contratto (il paziente) la certezza che nessun conflitto esterno potrà minare il patto di cura.

2. Le leggi dello Stato, espressione di scelte collettive, quando vanno a minare l'indipendenza del medico,

possono essere applicate rispettando quanto detto sopra solo se è prevista la possibilità di obiezione di coscienza. Fatto salvo questo principio di libertà e non limitandone in alcun modo l'esercizio, un codice che si avventuri in campi "difficili" come quelli della bioetica potrebbe essere ancora la casa comune di tutti i medici ed evitarne la diaspora o i conflitti su base ideologica. A questo riguardo esistono posizioni che riteniamo irrinunciabili perchè sanciscono un diritto non contrattabile del professionista in tutela della vita e della persona.

3. Tutela della professione.

Alla luce delle recenti disposizioni legislative (cfr. il Decreto Bersani) e in difesa delle professioni che mai come oggi rischiano di soccombere alla normativa dello Stato (è reale il pericolo di una professione asservita allo Stato), è indispensabile che il nostro Codice difenda la libertà dei professionisti sancendo in termini inequivocabili:

- a)** l'autonomia del Codice rispetto alla normativa di legge;
- b)** la difesa della possibilità che la legge deontologica possa operare scelte non necessaria-

mente coincidenti con la legge dello Stato;

c) la scelta di seguire alcuni principi-guida quali il principio di libertà e coscienza oltre a valori assoluti quali la difesa della vita.

4. Tutela degli Ordini Professionali

Anche l'autonomia degli Ordini Professionali è in grave pericolo. Si prospetta il rischio che vengano accorpati, esautorati di ogni autorità o addirittura spinti all'estinzione qualora privati dell'iscrizione obbligatoria all'esercizio professionale.

Difendere l'Ordine professionale medico non significa in primis garantire privilegi o autoreferenzialità, ma difendere innanzitutto il valore inalienabile di un rapporto di cura, quello fra medico e paziente che per la disparità di condizione richiede anche l'esistenza di un ente "terzo", che possa garantire il cittadino e la collettività circa i requisiti, le competenze e la professionalità di chi fornisce la prestazione o, ancor meglio, si espone in un rapporto in cui mette in gioco le conoscenze e l'esperienza maturate.

E' ovvio che al momento non vi sono altri soggetti in grado di svolgere queste funzioni, che Stato e sindacati vorrebbero invece avocare a sé. Ciascuno ha compiti differenti. E' evidente come il pianeta sanità - del quale fan parte 380.000 medici, per importanza e fatturato seconda azienda italiana - sia appetibile preda dei politici soprattutto laddove produce profitti e ricchezza (vedi Enpam).

E' pertanto necessario sostenere la Fnomceo nella difesa della propria autonomia.

5. Si auspica che all'interno dei vari Ordini Provinciali si apra un dibattito in merito alle questioni affrontate e per questo si sollecita un'ampia ed adeguata informazione agli iscritti su quanto sta accadendo.

Gemma Migliaro, Maurizio Giunchedi

QUOTA D'ISCRIZIONE ALL'ALBO

La quota per il 2007 dovrà essere pagata, **entro e non oltre il 31 gennaio 2007**, tramite bollettino M.Av. della "Banca Popolare di Sondrio", con le seguenti modalità:

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

Per inf.: Banca Popolare di Sondrio, via G. d'Annunzio, 1 Genova - Tel.: 010 5535127.

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

INSERZIONE PUBBLICITARIA

Monitor MP700 Con stampante termica



SA.GE. SA.GE.

SA.GE. Articoli Sanitari
Via Vito Vitale, 26 - 16143 Genova
Tel. 010/5220296 Fax 010/5450733

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



"Scleroterapia"

II Ed. a cura di: F. Mariani - S. Mancini
Euro 35,00

Ed.: Minerva Medica

La nuova edizione, a distanza di 10 anni dalla prima, riporta i notevoli miglioramenti delle sostanze e delle tecniche utilizzate nella terapia sclerosante. Per questo motivo la scleroterapia ha mantenuto un ruolo di primaria importanza nella cura dell'insufficienza venosa cronica degli arti inferiori. Gli autori hanno provveduto a rivedere e aggiornare il testo precedente strutturando la nuova edizione come un manuale di facile e immediata consultazione, con l'intento di privilegiare gli aspetti più pratici della terapia. I capitoli dedicati alla schiuma sclerosante occupano uno spazio di rilievo nel volume e riportano fedelmente le esperienze di alcuni tra i maggiori esperti italiani nella metodica, che tanta importanza e diffusione ha raggiunto tra gli specialisti.



"Farmacologia per immagini" di Lüllmann H. -Mohr K. - Prezzo: euro 35,00. Anno 2006

Questo atlante tascabile di farmacologia offre una rappresentazione compendiarica della scienza farmacologica, sia con le parole sia attraverso le

immagini. La prima parte di farmacologia generale è dedicata ad aspetti della farmacologia che possono essere considerati indipendenti dai singoli farmaci, dove vengono presentati i meccanismi molecolari degli effetti farmacologici delle varie sostanze. Nella seconda parte, la farmacologia speciale, vengono presentati i diversi gruppi di sostanze, con particolare attenzione agli aspetti funzionali e terapeutici. È rivolto sia agli studenti di medicina, odontoiatria e farmacia sia a tutti coloro che sono interessati alla scienza della terapia farmacologica.



"Alimentazione: domande e risposte" II ed. di: E. Del Toma Euro 16,00 - Ed.: Il Pensiero scientifico

La pasta e le diete: convivenza difficile? Esiste l'alimento-farmaco? Bevande alcoliche: quando comincia il rischio? Yogurt e probiotici: innovazioni positive? Esistono prove scientifiche a favore delle diete iperproteiche? Nitrati e polifostati contenuti nei salumi sono pericolosi per la salute? "Da consumarsi preferibilmente entro" e "Data di scadenza": c'è una differenza? Quanto tempo può passare tra l'acquisto di un prodotto surgelato e il suo trasporto nel freezer? Siamo tutti malati di intestino irritabile? Allergie alimentari: come accertarle e cosa eliminare? Quali consigli per chi mangia fuori casa? Cosa mangiare prima e dopo l'attività sportiva?



“Luci ed ombre nella coppia di oggi”

A cura di Jole Baldaro Verde e Roberto Todella.

Editore: Franco Angeli.

Quale futuro per la coppia? Cosa la rende fragile e allo stesso tempo sempre attraente? Quali le sue origini e la sua evoluzione?

Queste sono alcune domande che i curatori di questo libro si sono posti analizzando la coppia nella realtà di oggi, con le sue luci e le sue ombre, con le tante novità e le conseguenti difficoltà che la investono. Il testo nasce dal confronto di un gruppo di medici e psicologi appartenenti al Centro interdisciplinare per la ricerca in sessuologia di Genova (www.cirs-online.it) ed è il frutto della loro esperienza in qualità di terapeuti. Partendo dalle mutate relazioni tra uomini e donne vengono trattati temi quali la formazione della coppia in età adolescenziale, la ricerca del partner, la difficoltà di distacco dalle famiglie di origine, la “costruzione” di una coppia e i “giochi” al suo interno, la centralità del piacere e dell’eros affinché possa

durare, i momenti di affanno e i passaggi di età fino alla coppia anziana. Inoltre vengono analizzati l’affettività e la sessualità nelle coppie omosessuali maschili e femminili e la coppia nella cultura islamica.



“Trattato della malattia maniaco-depressiva” di G. Roccatagliata e C. Albano.

Liguori Editore.

Scopo di questa fondamentale opera è dimostrare che da sempre la psichiatria si è fondata sulla biologia, e che le manifestazioni psicopatologiche dei disturbi dell’umore esprimono, seppur in forme diverse, il sottostante squilibrio biochimico.

Questa impostazione, che dilata con fondatezza i confini delle moderne modalità d’indagine sui disturbi dell’umore, avvalorata anche dalla moderna nosologia, è soprattutto sostenuta sia dalle ricerche biochimiche sia dai risultati terapeutici che si ottengono in disturbi che erano ritenuti autonomi rispetto ai disturbi dell’umore, come tipicamente è avvenuto per le sintomatologie cosiddette psiconevrotiche.

INSERZIONE PUBBLICITARIA

Ges
LAB

Il Software di cui hai bisogno
i Professionisti che cerchi
Informatizzazione delle strutture medico-sanitarie

OSI

Passi Organizzazione e Sistemi S.r.l.

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

La pinacoteca di Voltaggio

Care amiche, socie e simpatizzanti, grazie al filo conduttore che mi lega a Voltaggio, quest'anno la prima gita socio-culturale dell'Ammi (Associazione mogli medici italiani) si è snodata lungo le curve della Castagnola sino al sagrato dell'antica chiesa parrocchiale. E', un filo d'amore, di tradizioni familiari, di rispetto e di difesa dei valori in questo piccolo paese dell'Alta Val Lemme, la cui gente dall'indole forte e generosa è sempre pronta ad aiutarvi.

Magnificherei per ore gli oratori ricchi di reperti d'arte e gli splendidi Palazzo De Ferrari Galliera, Palazzo Scorza-Battilana e Palazzo Scorza Ambrogini, che conservano intatti elementi architettonici originali.

Senza fermarsi alla fonte d'acqua sulfurea, le socie hanno invece privilegiato la Pinacoteca del convento dei Padri Cappuccini (edificato nel 1603) che ospita una stupefacente raccolta di quadri, tutti rigorosamente ispirati all'iconografia sacra, collezionati a partire dal 1870 circa da Padre Pietro Repetto, frate cappuccino.

Appartenendo ad un Ordine tradizionalmente povero, poté agire solo tramite offerte ed elemosine, probabilmente donazioni in natura. La bellezza e la grandiosità di questi autentici capolavori lascia ammirati: circa duecentocinquanta opere (di cui solo la metà esposte al pubblico) di maestri liguri e lombardi dal XVI al XVIII secolo in un'atmosfera che ci riporta alla vita scandita del convento, alla sua quiete mistica. Da Andrea Semino a Luca Cambiaso; da G.B. Paggi a Lazzaro



Tavarone, a Bernardo Strozzi; dall'Ansaldo allo Scorza, al Fiasella, dall'Assereto a Orazio de Ferrari, al Grechetto, a Domenico Piola. In così tanto repertorio, ci è stata di grande aiuto la competenza e la sensibilità della

nostra guida Sig.ra Grazia Dellepiane.

A nostro parere questo Convento-Pinacoteca meriterebbe davvero d'essere inserito negli itinerari culturali non solo italiani, ma anche esteri.

Dopo il "sacro", il profano. Nel pomeriggio, le socie si sono dedicate allo shopping al celeberrimo Outlet di Serravalle Scrivia, cariche di regali e compiutamente felici.

Colgo l'occasione per inviare a tutte voi ed alle vostre famiglie un augurio cordialissimo di buone feste e soprattutto di buon anno nuovo. Un augurio di cuore al dr. Bartolini, presidente dell'Ordine dei medici ed alla redazione di "Genova Medica", che sempre gentilmente ci ospita.

Margherita Celenza

Lettere al direttore



Caro presidente, scrivo a "Genova Medica" per presentare, non certo a te, che sei stato testimone di diverse nostre iniziative sul territorio, quanto ai numerosi colleghi, l'Associazione nazionale dei medici d'azienda e competenti (Anma) che opera in Liguria dal 2001, dove raccoglie la stragrande maggioranza dei medici del lavoro competenti (ai sensi del D.L. 626/94 e successive modifiche) e produce aggiornamento professionale ed eventi scientifici ECM, come Provider accreditato dal Ministero della Salute.

Purtroppo mi succede sempre più spesso di avvertire nell'opinione pubblica la mancanza di una cultura della sicurezza e della prevenzione, che favorisce il triste fenomeno degli infortuni sul lavoro (3 al giorno in Italia), ma anche la scarsa conoscenza della nostra disciplina da parte di molti colleghi, tanto è vero che iniziative ed eventi dedicati alla prevenzione in diversi ambiti, spesso non prevedono la partecipazione o per lo meno il coinvolgimento di un medico del lavoro competente. Preciso subito che non intendo produrre uno spot pubblicitario della nostra associazione, ben nota agli "addetti ai lavori" in Italia dal 1987, quanto esprimere la disponibilità al confronto ed alla collaborazione, verso colleghi, società scientifiche ed enti, su temi cruciali



ed interdisciplinari che ci coinvolgono quotidianamente, come, ad esempio, gli infortuni sul lavoro e la caduta dall'alto in particolare, la certificazione di idoneità al lavoro specifico, la ripresa lavorativa dopo malattia, le tossicodipendenze e l'alcolismo nei luoghi di lavoro.

A proposito di consumo di alcolici, concludo con un esempio pratico.

Nel disinteresse generale dei "media" è stata recepita una norma, composta dalla legge quadro 125/2001 e dal provvedimento 16 marzo 2006, che vieta il consumo di bevande alcoliche durante il turno di lavoro per numerose mansioni, allo scopo di fronteggiare la piaga degli infortuni correlati al consumo di

alcol (10-20 % del totale, fino a quasi 200.000/anno), considerato che in Italia sono censiti circa un milione di alcolisti e tre milioni di bevitori a rischio. Credo che sia giunto il momento di parlarne insieme (medici competenti, gastroenterologi e medici di fami-

glia, medici del Sert e del Pronto soccorso), informare correttamente l'opinione pubblica e formare i lavoratori interessati, altrimenti l'alternativa resta quella di continuare a versare lacrime di coccodrillo dopo ogni morte sul lavoro.

Noi non disponiamo della "bacchetta magica" per questa ed altre problematiche, tuttavia intendiamo impegnarci, come medici del lavoro, nell'interesse della collettività, dei lavoratori e di migliaia di imprese, grandi e piccole, che credono come noi nella possibilità di un lavoro sicuro, confortevole e produttivo.

Paolo Santucci

Maria Montessori: un seme per il futuro

Oggi le sue convinzioni potrebbero aprire una speranza per l'avvenire

Era il giorno dell'Epifania di cent'anni fa, nel 1907, quando Maria Montessori entrò in un pianterreno di via dei Marsi, a Roma, nel quartiere di San Lorenzo; aveva allora 37 anni, perché era nata, insieme all'Italia unificata, nel 1870; e da poco più di dieci anni era laureata in medicina: una delle prime rarissime donne medico - in tutto sei - della nuova Italia. E' facile immaginare con quali contrasti, e con quanto coraggio e determinazione fosse arrivata a quel traguardo. La sua scelta era radicata in una precisa convinzione: che le ingiustizie sociali e la sofferta condizione femminile, distorcendo l'equilibrato sviluppo fisico e psichico fin dalla prima infanzia, fossero una potenziale causa di molta delinquenza; specialmente quando i bambini psichicamente anormali venivano abbandonati a se stessi.

I suoi studi in antropologia pedagogica e la sua nomina ad assistente presso la Clinica psichiatrica dell'Università di Roma le consentirono di far ascoltare la sua voce nei congressi medici. Era sua convinzione, infatti, che proprio ai medici toccasse il ruolo specifico di assumersi la conduzione responsabile dei metodi di rieducazione dei bambini con anomalie psichiche e della relativa prevenzione. Nonostante le porte chiuse del mondo accademico la risonanza di Maria Montessori giunse alle orecchie del ministro della Pubblica Istruzione Guido Baccelli; ebbe così l'incarico di tenere un corso alle maestre romane e poi di aprire una scuola magistrale ortofrenica; nonché di organizzare una rete

di asili infantili nei quartieri popolari di Roma. E fu a questo punto della sua vita, come si ricordava prima, che il giorno dell'Epifania di



cent'anni fa Maria Montessori entrò nel freddo pianoterra di un palazzo romano. E vi trovò il deserto: solo qualche tavolino e qualche sedia; né banchi, né cattedre, né insegnanti, né soldi per averli. Fu suo merito impegnarsi per ottenerli.

Forse, chissà, le sarà balenata l'idea che i bambini normali si divertivano anche solo con uno spago e una molletta, o con piccolo quadrato di cartone colorato; tanto più che l'utilizzo di materiali sensoriali per lo sviluppo dell'attività psichica era già stato oggetto dei suoi studi, in alternativa alla rigidità delle metodologie repressive allora in uso. Infatti le sue ricerche antropologiche l'avevano convinta della possibilità di una strada educativa, basata sulla cura dell'ambiente e sull'osservazione dei bambini "con la lente dell'entomologo" nella libera scelta delle loro attività.

La nuova strada educativa di Maria Montessori venne illustrata in due libri che la resero in breve tempo famosa anche in campo internazionale: e nel 1909 "Il metodo

della pedagogia scientifica applicato alle Case dei Bambini"; e nel 1916 "L'autoeducazione nelle scuole elementari".

La diffusione delle sue proposte educative andò ben oltre le previsioni: già prima del 1924 iniziò l'applicazione delle sue impostazioni metodologiche, non solo in Italia ma anche in Francia, Germania, Inghilterra, Spagna, Olanda, Danimarca; e, fuori Europa, in America, in Africa e in Asia. Durante tutto il periodo del regime fascista Maria Montessori restò fuori d'Italia in esilio volontario. Dopo un lungo soggiorno in Spagna, alla fine ostacolato dal franchismo, si trasferì in India e rientrò in patria solo nel 1947.

Due anni dopo, nel 1949, la Francia le offrì il segno della sua massima considerazione, conferendole la Legion d'onore. Nel 1950 venne proposto il suo nome nella rosa dei candidati al premio Nobel per la pace; e fu questo l'ultimo grande omaggio a Maria Montessori prima della sua fine: chiuse la sua vita in silenzio, a Noordwijk, in Olanda, nel 1952. Questo schematico disegno biografico di Maria Montessori può servire solo da sfondo al complesso quadro delle sue attività, volte a garantire a tutti i bambini - senza distinzione di ceto sociale, di razza, di religione e di sesso - il pieno sviluppo delle loro capacità psicointellettive.

Soprattutto rilevante il suo impegno a promuovere - tramite corsi internazionali agli insegnanti - una riforma dell'educazione che deve avere per meta la pace: che è considerata una scienza, e non più astratta utopia.

E' evidente quanto sia importante proprio adesso il suo messaggio formativo: proprio adesso quando ai bambini si insegna la violenza addirittura con esercitazioni militari e quando i bambini stessi sono oggetto di violenza continua, sia per condizioni di degrado

sociale, sia per persecuzioni politiche o razziali. Anche nelle famiglie dei paesi cosiddetti civili la cultura della violenza e della sopraffazione competitiva è purtroppo estremamente diffusa.

Maria Montessori ha insegnato che al bambino non va "imposta" l'educazione: la sua crescita deve essere autonoma rispetto all'adulto e deve essere frutto di libere scelte creative in relazione con le persone e con l'ambiente ("aiutami a fare da me"). Solo così il bambino è posto in grado di costruire una propria autonoma personalità. In questa costruzione l'educatore dovrà intervenire solo aiutando il bambino a "fare da se", agendo secondo la propria natura: fornendo al bambino il materiale per il suo sviluppo e garantendogli l'ambiente dove possa liberamente operare le sue scelte.

L'educatore diventa così un soggetto-guida che promuove e segue l'interazione tra il bambino e il materiale a sua disposizione. Inoltre dovrà rimuovere i complessi di aggressività, di timidezza, e anche di bugie, che i bambini - già nei primi anni di vita - si costruiscono come guscio protettivo. La formazione individuale si acquisisce dando fiducia e incoraggiamento, senza competitività, a seconda delle capacità personali; nel rispetto dei confini della propria libertà e delle regole della non-violenza; in una parola: educare ad una ideale "normalità".

Se entriamo in un ambiente montessoriano per la prima infanzia vedremo per prima cosa oggetti geometrici multicolori semplicissimi: mattoncini rossi, mattoncini blu; uno rosso, preso da solo, rappresenta l'uno, cioè l'unità di base; uno rosso e uno blu diventano il due; e così via, con i multipli, si arriva concettualmente, per via sperimentale, alla complessità; che diventa cosciente costruzione

mentale. Si scopre così, con il contatto fisico con l'oggetto, il senso tattile, visivo, e olfattivo, prendendo gusto alla costruzione.

Materializzando concetti astratti il bambino diventa in tal modo scienziato per se stesso.

E' la strada per entrare nel mondo delle relazioni e dei perché: un'esplorazione continua che parte dall'ambiente scolastico. Libri, mezzi audiovisivi ed informatici saranno di supporto all'insegnante per l'acquisizione di conoscenze globali. Occorre d'altra parte tener presente che, all'infuori della scuola, esiste un bombardamento di stimoli audiovisivi che influisce sul sottile tessuto delle menti in via di formazione.

Di fronte a questa evoluzione tecnica il mattoncino rosso potrebbe sembrare un oggetto obsoleto; eppure, a ben pensarci, è pur sempre da un mattoncino che si parte per costruire qualsiasi edificio; ed è pur sempre l'unità di base a moltiplicarsi nella costituzione dell'universo.

E' forse sviluppando questo concetto che Maria Montessori parla di educazione cosmica; che si può acquisire solo a partire dall'infanzia, essendo gli adulti irrimediabilmente compromessi negli atroci giuochi del loro potere e sordi ad ogni richiamo.

La nostra speranza per il futuro del mondo è dunque riposta nella società dei bambini, con la possibilità di migliorarci proprio attraverso una educazione mirata a favorire lo sviluppo del genere umano.

Così infatti diceva testualmente Maria Montessori, a Londra, nel 1939: " Il problema dell'educazione presenta oggi un'importanza di ordine generale. E' necessario che la sua soluzione favorisca e protegga lo sviluppo del genere umano. Aiutando l'individuo a migliorarsi, l'educazione aiuta la società a migliorarsi". Sono passati cent'anni dall'inizio del metodo educativo montessoriano; e più di sessanta dall'ascolto di queste parole, che sono pur sempre di grande attualità.

Purtroppo sono mancati gli impegni politico-amministrativi e le volontà operative, particolarmente proprio in Italia, dove le scuole montessoriane si contano sulle dita di una mano; dove forse non sono neppure tenute in debita considerazione. Ma c'è più di un motivo per essere convinti che proprio l'educazione è l'unico filo di Arianna per uscire dall'attuale labirinto, dove rischiamo di perdersi in un esecrabile scontro di civiltà.

E' un filo molto sottile, che quasi non si vede; ma anche un seme non si vede, eppure ancora germoglia.

Silvano Fiorato

Questo articolo è stato redatto con la collaborazione del Centro Studi Montessori di Genova, nelle persone di Roberta Parodi, Daniela Timossi e Vanda Mazzarello.

*A Maria Montessori sarà dedicato un convegno il **24 gennaio 2007** presso la Biblioteca De Amicis nell'area del Porto Antico di Genova.*

Importante comunicazione agli iscritti

Sollecitiamo gli iscritti a comunicare, qualora non l'avessero già fatto, il proprio numero di cellulare e l'indirizzo e-mail all'Ordine dei Medici tramite:

telefono 010/587846, fax dell'Ordine 010/593558 oppure

e-mail: anagrafica@omceoge.org

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.

A proposito di convenzionamento

Riceviamo dagli organi locali dell'Associazione Nazionale Dentisti la Circolare Andi Nazionale N° 30.1389.SS.P, avente per oggetto l'argomento "Convenzioni". Si prende favorevolmente atto che l'Associazione Nazionale Dentisti Italiani ribadisce con questa circolare a livello nazionale il **"rifiuto del convenzionamento diretto in qualsiasi forma"** in quanto limita la libera scelta del professionista da parte del paziente.

Nell'ottica di realizzare, anche come impegno congressuale, una *"Campagna di informazione per i colleghi sulle cautele da adottare in presenza di una proposta di convenzionamento sia diretto che indiretto"*, l'Andi ha fatto pervenire il documento della Segreteria Sindacale Nazionale, di seguito riportato, del quale si

condividono contenuti e finalità che la Cao di Genova da sempre ha sostenuto con atti ed informazioni, specificando la sostanziale differenza tra convenzionamenti in forma diretta ed indiretta. Pertanto, volentieri divulghiamo il documento tramite la nostra rubrica.

Crediamo che la nostra Cao dovrà quindi affrontare in questo prossimo futuro (1° gennaio 2007), in una fase nella quale viene revisionato il nostro Codice Deontologico, questi ed altri argomenti, auspicando che le numerose modifiche legislative non debbano portare incertezze interpretative che possano danneggiare il rispetto della tutela del cittadino e del decoro della professione.

*Per la Cao Genova
Il Presidente dr. Elio Annibaldi*

Il comunicato dell'Andi Nazionale

Contrastare il convenzionamento rappresenta un impegno prioritario per la nostra Associazione. Ne abbiamo parlato molte volte, ma, per capirne ancora meglio le insidie, può essere istruttivo guardare alla storia dell'odontoiatria. Per fare esempio, diversi anni fa, i dentisti statunitensi accolsero con un certo favore la proposta del conven-

zionamento. Si promisero rimborsi allettanti ed aumentò il numero dei pazienti. Poi, con il passare del tempo, questi vantaggi vennero meno: le tariffe restarono più o meno le stesse mentre i costi aumentarono. Ma il fatto più grave fu che **la gestione dei pazienti venne di fatto trasferita ai terzi paganti che, a tutt'oggi, condizionano la scelta**

del dentista con logiche prettamente mercantili. I terzi paganti si sono arricchiti e ne sono usciti perdenti:

● *i dentisti convenzionati, che si sono impoveriti, hanno peggiorato la qualità della loro vita professionale ed hanno così indotto un incremento di contenziosi medico legali;*

● *i dentisti non convenzionati, vittime di una concorrenza sleale perché attuata con logiche mercantili e non con quelle legate alla professionalità;*

● *i pazienti, perché la qualità delle prestazioni odontoiatriche è peggiorata, così come il rapporto fiduciario dentista/paziente.*

Da alcuni anni, vista l'esperienza negativa, si assiste ad un graduale ritorno alla libera professione pura, slegata dalle convenzioni. Si tratta di un percorso lento e difficile perché non è semplice perdere le cattive consuetudini indotte dal convenzionamento.

In Italia, da alcuni anni, assistiamo ad un insistente tentativo fatta di campagne acquisti da parte dei terzi paganti, o quarti lucranti. Consapevoli delle difficoltà nell'acquisire nuovi dentisti convenzionati, i terzi paganti propongono rimborsi sempre più alti oppure altri fantasiosi incentivi economici dei quali avremo modo di parlare in altre occasioni.

Siamo tutti consapevoli del momento di

difficoltà che attanaglia la nostra professione, questo però non deve indurci a cedere alle lusinghe di chi, col tempo, vorrebbe diventare il nostro padrone.

Cedere significa perdere la libertà.

*Per ovviare alle attuali difficoltà in campo odontoiatrico, è necessario agire sulla pletera odontoiatrica e soprattutto sui cittadini che non attuano prevenzione primaria e secondaria. Il 70% della popolazione non si reca regolarmente dal dentista e dunque non è consapevole di come una corretta igiene orale e l'intercettazione delle malattie rappresentino la vera fonte di risparmio biologico e pecuniario. Per fare un esempio, spesso il paziente virtuoso, quello che applica la prevenzione primaria e che si reca regolarmente dal dentista per intercettare eventuali patologie, spende in un anno meno soldi rispetto a quelli sborsati recandosi dal parrucchiere. Eppure, si dice, è il dentista che è caro! E' questa l'informazione che deve essere fornita ai pazienti! Deve farlo l'Associazione, ma possiamo e dobbiamo farlo anche noi quotidianamente ed efficacemente nei nostri ambulatori. Dedichiamo più tempo ad informare i pazienti. **La conoscenza condivisa, la cultura della salute del cavo orale, l'informazione efficace, la professionalità: queste sono le armi per tutelare la nostra professione.***

Consiglio Superiore della Sanità: prestigioso riconoscimento ad Andi

Il Presidente Nazionale dr. Roberto Callioni è stato nominato nell'ambito del nuovo Consiglio Superiore di Sanità. E' la prima volta nella storia del CSS per un odontoiatra libero professionista.

In una dichiarazione rilasciata alla stampa, il

presidente ha così commentato la nomina: *"Un prestigioso riconoscimento ad Andi, alla categoria tutta, alla libera professione odontoiatrica. Un colpo d'ala dell'Associazione che viene così proiettata nel novero delle grandi associazioni di categoria del mondo*

