

Genova Medica

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

Marzo 2007

www.omceoge.org



Editoriale

Un patto per la salute: per i cittadini e con i cittadini

In primo piano

Medici specializzandi: dignità negata

Cronaca & Attualità

Continuità Assistenziale: firmato l'accordo integrativo regionale

Vita dell'Ordine

Ordine e sindacati: obiettivi comuni

Parliamo di...

Accanimento terapeutico, testamento biologico, eutanasia

Notizie dalla C.A.O.



Genova Medica

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

3/2007
Marzo

www.omceoge.org

"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 Un patto per la salute: per i cittadini e con i cittadini

In primo piano

3 Medici specializzandi: dignità negata

Note di diritto sanitario

4 Il Tar su incarichi ospedalieri e obbligo di gara

6 Specializzandi '83/'91: panorama giurisprudenziale

Vita dell'Ordine

5 Ordine e sindacati: obiettivi comuni

Cronaca & attualità

8 Continuità assistenziale:
firmato l'accordo integrativo regionale

14 Farmaci e informazione

17 Errori clinici e medicina difensiva

Medicina & società

12 La musica dei nonni è anche la nostra

19 Recensioni

20 Corsi & Convegni

Parliamo di...

22 Accanimento terapeutico, testamento biologico,
eutanasia

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

sommario

Periodico mensile - Anno 15 n°3 marzo 2007 - 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:** "Autoritratto con l'influenza spagnola"
di Edvard Munch (1863-1944). **Finito di stampare nel mese di marzo 2007.**



Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Genova:
Piazza della Vittoria 12/4 - 16121 Genova Tel. 010. 58.78.46 Fax 59.35.5
E-mail: ordmedge@omceoge.org

Un patto per la salute: per i cittadini e con i cittadini

Un interessante dossier sulla "devolution" pubblicato su un noto mensile sanitario ha riproposto alcune questioni che già in passato erano state ampiamente dibattute e avevano raccolto consensi e critiche da più parti.

Il dossier riporta alcuni dati recentemente elaborati dal Forum per la ricerca biomedica attraverso un rapporto "Cittadini e sanità", che ha analizzato, nel quadriennio 2002-2006, alcuni trends particolarmente significativi che riguardano le opinioni degli italiani sugli assetti istituzionali, sui servizi e su alcune tematiche della ricerca biomedica. Da una lettura di quanto pubblicato emerge chiaramente che la mancata applicazione della devolution in sanità ha spento gli entusiasmi dei cittadini i quali, inizialmente, avevano dimostrato un notevole interesse e aspettative di cambiamento ma, poi, con il passare del tempo non hanno riscontrato risultati concreti e fortemente innovativi. Ma può funzionare la devolution in sanità?

Allo stato attuale, segnali evidenti di una mancata autonomia organizzativa da parte delle Regioni si è potuta constatare in varie occasioni ed, in particolare, a seguito di numerose leggi e decreti attuativi emanati dallo Stato, quale segnale inequivocabile per rimarcare la sua funzione centrale.

Infatti, l'emanazione della legge Bersani e il disegno di legge sulla riforma degli Ordini esprimono la volontà da parte dello Stato di governare in modo decisivo ed impositivo le Regioni. Non bisogna però dimenticare che la salute è un bene comune ed è un diritto

che deve essere assicurato a tutti i cittadini ai quali debbono essere forniti uguali servizi di qualità ed efficacia ma, purtroppo, come ben sappiamo ci sono ancora forti elementi di disuguaglianza, soprattutto, a sfavore delle persone e delle aree geograficamente svantaggiate. Compito dello Stato, quindi, dovrebbe essere quello di supportare quelle regioni in difficoltà, affinché queste ultime possano fornire una sanità di qualità adeguata alla propria popolazione.

Auspichiamo, quindi, che il nuovo "patto per la salute", voluto fortemente dal Ministro Turco, possa riaffermare nuove strategie e un unico grande obiettivo che ridefinisca modi e forme del sistema affinché esso sia finalmente orientato verso i bisogni dei cittadini e risponda in maniera appropriata ai problemi complessi di una società moderna in continua evoluzione.

Concetti ribaditi nuovamente dal Ministro che, nel corso della sua recente visita a Genova, ha sottolineato l'attenzione del Governo verso la realtà sociosanitaria della nostra regione che, rispetto ad altre, presenta maggiori criticità proprio per la sua popolazione anziana. E il fatto che il Ministro giudichi la Liguria "il laboratorio della sfida più difficile" e la prima regione italiana a rendere esigibili le misure del Fondo regionale per la non autosufficienza è sicuramente emblematico. Proprio per questo prendiamo questa dichiarazione come impegno prioritario con la speranza che la nostra terza e quarta età sia pienamente tutelata nella sua qualità di vita.

Enrico Bartolini

Medici specializzandi: dignità negata

“**G**li specializzandi? Servono. Anzi a volte diventano indispensabili...” Così Lionello Ferrando, ex direttore generale del San Martino, inizia la sua intervista su “La Repubblica” del 2 marzo.

Nonostante la coscienza dell'utilità degli specializzandi da anni viene loro negata la dignità di essere riconosciuti lavoratori anche se in formazione. Attualmente il ruolo del medico specializzando è regolamentato dal Decreto legislativo (D.lgs) 257/91 che lo definisce di fatto uno studente titolare di una borsa di studio ministeriale. Da questa borsa, che peraltro rimane invariata da 13 anni, vanno sottratte iscrizione all'Università, all'Ordine dei medici, l'Enpam, l'Onaosi. 800 euro mensili netti in busta! Naturalmente non esistono contributi previdenziali, ferie, malattia, né tutela della gravidanza. Nell'agosto 1999, 12 anni dopo



l'Europa, è stato varato il D.lgs n. 368 quale recepimento della direttiva comunitaria in ambito di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli (93/16/CE), ma è soltanto con la Finanziaria del 2006, dopo anni di battaglie, che viene finanziata la legge 368/99. Quello che continua a mancare, per lentezze burocratiche senza alcuna giustificazione plau-

sibile, è però l'uscita di un DPCM che porti all'attuazione dei contratti di formazione specialistica. Nel frattempo si è instaurata una situazione di anarchia sempre più grave in cui ogni ateneo e azienda ospedaliera recepisce in modo non univoco le regole su assicurazione, malattia, tutela della maternità, responsabilità assistenziali e garanzie formative.

Intanto il lavoro dei medici specializzandi all'interno delle strutture universitarie ed ospedaliere continua come sempre: teoricamente la finalità sarebbe la graduale acquisizione di competenze specialistiche, ma spesso sostituisce l'attività del personale di ruolo e si concretizza nella gestione quotidiana della degenza nei reparti. **Gli specializzandi sono medici chirurghi, abilitati all'esercizio della professione, svolgono un lavoro all'interno delle strutture del Sistema sanitario nazionale,**

garantendo servizi e prestazioni sanitarie e sono soggetti agli stessi rischi lavorativi dei colleghi strutturati (la responsabilità penale è personale!). In questa situazione di evidente disagio, a cui si aggiunge l'ennesimo ritardo di uscita del bando di concorso per l'esame di ammissione alle Scuole di specializzazione, si è

svolta il 2 marzo, promossa dalla Federspecializzandi, una giornata di astensione a cui hanno aderito i medici specializzandi appoggiati anche dai colleghi neolaureati e che ha visto un'altissima adesione. Il prossimo appuntamento è l'astensione dalle attività lavorative per tre giorni a partire da lunedì 2 aprile.

Michela Trimboli

Commissione giovani medici

Il Tar su incarichi ospedalieri e obbligo di gara

Il Tribunale amministrativo regionale della Liguria ha recentemente pronunciato una interessante sentenza (30 ottobre 2006, n. 1291) in tema di incarichi ospedalieri a soggetti estranei al novero dei medici ospedalieri, pervenendo ad un orientamento innovativo, non privo di profili di interesse.

I fatti riguardavano l'istituzione presso l'ospedale di Bordighera di un centro ortopedico avanzato di chirurgia protesica. **L'Asl n. 1 imperiese procedeva a stipulare un contratto privatistico triennale con tre professionisti ortopedici, non rientranti fra i medici ospedalieri in servizio presso la predetta azienda sanitaria.**

All'istituzione del centro ortopedico-chirurgico si opponeva il direttore della struttura complessa di ortopedia e traumatologia del vicino ospedale di San Remo, presentando ricorso al Tar e chiedendo l'annullamento della delibera dell'Asl imperiese sotto diversi profili, contestati dai medici controinteressati costituitisi in giudizio. È opportuno dar conto brevemente dei profili più rilevanti.

Anzitutto il Tar liquida nelle prime righe della decisione le questioni relative alla giurisdizione del giudice amministrativo e all'interesse a ricorrere del primario di San Remo, risolvendo entrambi i profili in senso affermativo. Con particolare riferimento all'interesse al ricorso, i giudici sottolineano come la creazione della nuova struttura specialistica a Bordighera comporta per il ricorrente uno svuotamento delle proprie attribuzioni e una restrizione nel mandato ricevuto.

Superate queste eccezioni preliminari, il Tar affronta questioni di grande rilievo sostanziale. In primo luogo viene chiarito, ricostruendo sinteticamente il quadro normativo, che le

pubbliche amministrazioni – ivi comprese le Asl – possono stipulare accordi anche con soggetti esterni all'amministrazione per erogare servizi connessi alle potestà pubbliche, soprattutto qualora sia dimostrato che la struttura pubblica non disponga delle risorse e dei mezzi necessari per far fronte ai propri obblighi. Pertanto viene definita "ormai recesiva" la ricostruzione, prospettata dal ricorrente, in base alla quale i servizi sanitari possono essere forniti dalle strutture pubbliche solo avvalendosi di personale regolarmente assunto.

Un secondo profilo di grande importanza riguarda i margini di scelta che ha un'Azienda sanitaria per contrastare trends negativi nella gestione e nell'erogazione dei servizi sanitari. Nel caso di specie, l'istituzione del centro di eccellenza ortopedico-chirurgico era volta a contrastare la "fuga di pazienti" dall'area sanremese, spesso inclini a cercare servizi specialistici di tal fatta in altre aree della Regione o in altre Regioni. Ebbene, il Tribunale amministrativo ritiene che la motivazione della scelta di istituire una nuova struttura, anziché rafforzare quelle esistenti, non debba essere particolarmente stringente, posto che la decisione rientra nella cd. discrezionalità amministrativa, non sindacabile dai giudici: in altre parole, le diverse possibili scelte su come organizzare il servizio sanitario sono modelli alternativi di soddisfazione dell'interesse pubblico e dunque non possono essere censurate dal Tar.

Il terzo profilo è quello di maggior interesse, e pone elementi innovativi nella materia dei servizi sanitari. Il ricorrente, infatti, lamenta la mancata applicazione delle normative comunitarie in tema di "evidenza pubblica". Viene

Ordine e sindacati: un percorso condiviso

Riorganizzazione della rete ospedaliera regionale e del territorio, contenimento della spesa farmaceutica, Governo clinico, ECM, riforma delle professioni intellettuali: questi gli argomenti sui quali l'Ordine ha invitato le Organizzazioni sindacali mediche e odontoiatriche a confrontarsi.

Sono state diciassette le sigle sindacali (Anao, Anpo, Cimo, Umsted, Fesmed, Cgil Medici, Cisl Medici, Uil Medici, Fimmg, Fimmg-Continuità Assistenziale, Sumai, Snam, Fimp, Smi-Assimefac, Snr, Andi, Aio)



che martedì 6 marzo hanno risposto all'appello del presidente Bartolini il quale è convinto che solo con un percorso condiviso e con una volontà comune d'intenti all'interno della categoria medica e odontoiatrica è possibile ottenere dei risultati concreti. Per far questo, però, è necessario che i processi di riorganizzazione debbano avvenire nella massima trasparenza possibile e che ci sia la partecipazione attiva dei medici ai tavoli di lavoro Asl-Regione. Per queste ragioni si è voluto prendere l'impegno di avviare uno studio sulle tematiche che quotidianamente investono l'attività (ruolo professionale - ricollocazioni lavorative - rapporti con l'Assessorato alla Salute - progetti ospedali/territorio - attività farmaceutica - posti letto) e di stilare un documento su obiettivi comuni. "Solo così - si dice certo il presidente Bartolini - è possibile gettare le basi di un Governo clinico d'eccellenza".

cioè sostenuto che l'affidamento di un servizio come quello previsto dall'Asl imperiese debba sempre essere effettuato mediante una gara comparativa tra diversi possibili aspiranti.

È noto, infatti, che la progressiva integrazione europea ha portato a discipline sempre più rigorose in tema di tutela della concorrenza: come negli appalti di lavori, anche quando si affida un servizio è necessario un momento di confronto tra i diversi aspiranti. Si tratta, appunto, delle cd. procedure ad evidenza pubblica.

Il Tar, con una sentenza innovativa, sposa la tesi del ricorrente e dichiara l'illegittimità della delibera dell'Asl imperiese di affidamento dell'incarico ai tre professionisti extra-ospedalieri, sottolineando che la scelta dei medici cui

affidare il nuovo servizio specialistico avrebbe dovuto essere preceduta da una gara aperta tra i possibili interessati.

Infine, il Tribunale precisa che nel caso di specie non può neppure trovare applicazione la normativa che consente alle Asl di conferire incarichi individuali ad esperti di provata esperienza (d.lgs. n. 165/2001), dal momento che nel caso in questione non si trattava di un rapporto personale, bensì di un rapporto stipulato con tre medici per la gestione di una nuova struttura, vertendosi dunque al di fuori dagli "incarichi individuali" cui espressamente si riferisce la normativa.

Prof. Avv. Lorenzo Cuocolo

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

Specializzandi '83/'91: panorama giurisprudenziale

Il Consiglio di Stato è ritornato sulla nota problematica degli emolumenti reclamati dai medici specializzandi per il periodo 1983-1991.

Preliminarmente, il supremo organo della Giustizia amministrativa ha rilevato l'inconciabilità fra le richieste avanzate dai ricorrenti ed il procedimento speciale coltivato dagli stessi (impugnazione del silenzio - rifiuto della Pubblica amministrazione).

Nonostante la circostanza fosse di per sè sufficiente a condurre ad una pronuncia di inammissibilità del ricorso, i giudici non si sono sottratti ad un'articolata disamina del merito della domanda, così offrendo diversi spunti di riflessione. In particolare, nella motivazione del provvedimento viene posto l'accento sul fatto che ai medici iscritti alle scuole di specializzazione nel periodo 1983/1991 era assicurata sia la possibilità di esercitare attività libero-professionale, sia di avere rapporti di lavoro compatibili con la frequenza ai corsi.

Tale considerazione, quindi, ha portato il **Consiglio di Stato** ad escludere la sovrapponibilità della posizione giuridica di costoro con quella dei colleghi entrati in specialità dopo l'emanazione del Decreto legislativo 257/1991 il quale, come è noto, ha sostanzialmente precluso lo svolgimento di qualsivoglia attività durante la frequenza dei corsi.

In buona sostanza, soltanto chi si è trovato soggetto ai pregnanti vincoli del citato Decreto legislativo avrebbe diritto a quell'adeguata remunerazione prevista dalle direttive comunitarie per la formazione a tempo pieno del medico specializzando. Adeguata remunerazione che corrisponderebbe alle borse di studio erogate ai medici specializzandi, secondo i giudici aventi lo scopo di "consenti-

re la sopravvivenza" e non altro.

Spingendosi in una rivisitazione a tutto campo della problematica, il Consiglio di Stato non ha neppure ravvisato l'obbligo per la Pubblica amministrazione di estendere a tutti gli specializzati 1983/91 gli effetti favorevoli di quelle sentenze del Tar Lazio richiamate dalla Legge 370/1999. Legge che, come è noto a molti, aveva disposto in favore dei soli medici beneficiari di siffatte sentenze una borsa di studio di lire 13.000.000 per ogni anno di corso. Nella sentenza in esame non manca, poi, un cenno ai termini prescrizionali in materia, affermandosi che il diritto a percepire somme sostitutive dell'adeguata remunerazione prevista dalle direttive comunitarie, così come quello al risarcimento del danno per tardiva attuazione delle direttive medesime, si prescrive con il decorso di un quinquennio a decorrere dalla conclusione di ciascun anno accademico o, al più tardi, dall'entrata in vigore del D.L. 257/1991.

A riprova della rigidità dell'orientamento giuridico manifestato, valga ritrascrivere la chiosa finale del Consiglio di Stato: "...proprio l'accoglimento della domanda dei ricorrenti introdurrebbe una ingiustificabile disparità di trattamento tra questi ultimi ed i medici ammessi al corso con il nuovo ordinamento, soggetti a restrizioni non previste per i medici ammessi con il pregresso sistema...".

In questo contesto, vista anche la recentissima sentenza del Tribunale di Roma, pare opportuno disquisire riguardo una diversa ed alternativa strada processuale, già in passato percorsa da alcuni medici.

Si tratta, nel dettaglio, di un'azione volta ad ottenere non già delle somme corrispondenti agli importi delle borse di studio per la fre-

quenza di una scuola di specializzazione nel periodo 1983/91, bensì il risarcimento dei danni per tardivo ed inesatto adempimento della normativa comunitaria da parte del Legislatore nazionale.

Ebbene, al pari del **Tribunale di Roma** altri Giudici di merito hanno già riconosciuto siffatto diritto al risarcimento del danno, ottenendo anche l'avallo della Corte di Cassazione Civile (sentenza n. 7630 del 16/05/2003) la quale, tra l'altro, ha precisato quanto in appresso: *"Il medico che ha conseguito il diploma di specialità prima che l'ordinamento universitario si fosse conformato alle direttive comunitarie 75/363/CEE del 16 giugno 1975 e 82/76/CEE e che chiede il risarcimento per omessa attuazione delle medesime direttive, non è tenuto a provare i requisiti di esclusività del rapporto e di continuità del corso, poiché l'eventuale mancanza di tali requisiti costituisce oggetto dell'inadempimen-*

to dello Stato Italiano che non ha disciplinato il corso secondo le disposizioni della disciplina comunitaria".

Il riconoscimento del diritto che qui ci occupa, nonostante abbia condotto a consistenti condanne al risarcimento sulla base del favorevole parametro dell'importo delle borse di studio, è, tuttavia, rimasto ancorato a ben definiti presupposti.

Ed invero, nella materia vige un termine prescrizione di cinque anni, ditalchè i soggetti che promuovono la relativa azione giudiziaria devono dimostrare di aver interrotto il termine predetto. Ciò, attraverso l'invio, prima di ogni scadenza quinquennale a far data dall'entrata in vigore del D.L.vo 257/91, di una richiesta di risarcimento mediante lettera raccomandata a tutti gli enti interessati, segnatamente ma non esaustivamente alla Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Avv. Alessandro Lanata

Sfigmomanometro Perfect-Aneroid

SA.GE. SA.GE.

ERKA.

SA.GE. Articoli Sanitari

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

Continuità Assistenziale: firmato l'accordo integrativo regionale

Con l'accordo integrativo regionale la Regione Liguria e le Organizzazioni Sindacali si propongono con questo accordo di:

- promuovere una complessiva riqualificazione del servizio di Continuità Assistenziale attraverso un maggiore coordinamento con i medici di medicina generale e le altre figure professionali che, come gli specialisti ambulatoriali e i PIs, operano nell'ambito dell'assistenza

Art. 1 (Orario di servizio)

L'attività dei medici di Continuità Assistenziale è estesa dalle ore 8:00 alle ore 10:00 dei giorni prefestivi.

Art. 2 (Festività di particolare rilevanza)

Per le festività di particolare rilevanza, di seguito elencate, è prevista una remunerazione maggiorata di 50,00 euro per turni di 12 ore: 1° gennaio dalle 00.00 alle 20.00, 6 gennaio dalle 8.00 alle 20.00, Pasqua dalle 8.00 alle 20.00, lunedì dell'Angelo dalle 8.00 alle 20.00, 25 aprile dalle 8.00 alle 20.00, 1° maggio dalle 8.00 alle 20.00. 2 giugno dalle 8.00 alle 20.00, 15 agosto dalle 8.00 alle 20.00, 1° novembre dalle 8.00 alle 20.00, 8 dicembre dalle 8.00 alle 20.00, 24 dicembre dalle 20.00 alle 24.00, 25 dicembre dalle 00.00 alle 24.00, 26 dicembre dalle 00.00 alle 20.00, 31 dicembre dalle 20.00 alle 24.00.

Art 3 (Remunerazione)

I medici di Continuità Assistenziale vengono remunerati secondo quanto previsto dall'art. 72 dell'Acn. Per quanto riguarda l'Accordo di cui alla DGR n. 875 del 25 luglio 2003, le Aziende sanitarie locali sono tenute, entro 6 mesi dall'entrata in vigore del presente Accordo, a definire e concordare con le

territoriale;

- attivare specifiche iniziative di formazione, vista la peculiarità e delicatezza del servizio, che richiede un'adeguata preparazione professionale, tenuto conto del contesto sociale, ambientale e di sicurezza nel quale i medici si trovano ad operare;

- la stabilizzazione del personale per perseguire migliori standard qualitativi ed organizzativi.

Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative le progettualità di cui all'Accordo medesimo, prevedendo anche le modalità di verifica del raggiungimento degli obiettivi e di corresponsione della relativa remunerazione. Nel caso in cui alla scadenza dei 6 mesi non fossero definiti compiutamente i progetti aziendali, la questione dovrà essere affrontata a livello di Comitato regionale.

Art. 4 (Rapporto ottimale)

Data la particolare conformazione demografica ligure, si concorda di definire le esigenze di organico del servizio di Continuità Assistenziale non già sulla base di un predefinito e teorico rapporto ottimale, bensì in considerazione delle effettive necessità riscontrate nei vari poli.

In particolare sono individuate due tipologie di poli di Continuità Assistenziale:

1. Polo ubicato in zona montana a scarsa densità abitativa.
2. Polo ubicato in zona metropolitana ad alta densità abitativa o in zona costiera.

Per quanto concerne la prima tipologia, si evidenzia che l'attuale assetto dei poli montani garantisce il servizio anche con un rapporto a volte superiore a 1/5000 contro una condizio-

ne orografica sfavorevole, pertanto si valuta di lasciare invariato l'attuale assetto dei poli per tale area. Con riferimento invece alla seconda tipologia, che può manifestare criticità legate a carenze in particolari periodi dell'anno o per particolari situazioni anche a carattere contingente, le Aziende, d'intesa con le Organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo, possono intervenire con adeguamenti di tipo organizzativo sulla base delle criticità riscontrate, dipendenti da particolari situazioni orogeografiche, sociali, abitative in relazione alla densità della popolazione, in particolare per la situazione dell'area metropolitana genovese e delle aree a forte afflusso turistico.

Art. 5

(Medici temporaneamente o definitivamente inabili al servizio)

In applicazione dell'art. 73 comma 4 dell'Acn, gli incarichi disponibili nell'ambito del servizio di Continuità Assistenziale presso le centrali operative dovranno essere coperti, in via prioritaria, da personale titolare di incarico divenuto inabile allo svolgimento dell'attività di continuità assistenziale, per il quale non ricorrano le circostanze di cui all'art. 19, comma 1 lett. f. I medici con le caratteristiche di cui sopra, che rimangano eventualmente in esubero, dovranno essere assegnati ad altre attività territoriali secondo le necessità aziendali, mantenendo l'inquadramento giuridico ed economico della continuità assistenziale.

Art. 6 (Formazione)

I medici, per svolgere attività di Continuità Assistenziale, devono aver frequentato con profitto un corso di formazione B.L.S.. Per i nuovi incarichi il corso dovrà effettuarsi entro 6 mesi. Inoltre dovranno annualmente prevedersi corsi, per un totale di 40 ore obbligatorie e retribuite, come previsto dall'art. 20 comma 12 dell'ACN, di formazione specifica in

Continuità Assistenziale e provvedere all'inserimento all'interno del corso di formazione specifica in medicina generale di lezioni dedicate alla Continuità Assistenziale, finalizzate prioritariamente alla formazione pediatrica 0-6 anni e alla formazione di medico di centrale. Nell'ambito delle attività di programmazione ed organizzazione della formazione professionale dei medici dovranno essere opportunamente coinvolti rappresentanti dei medici di continuità assistenziale

Art. 7 (Reperibilità)

In considerazione delle diverse esigenze delle singole aziende, la modalità di organizzazione e la remunerazione della reperibilità sarà disciplinata nell'ambito degli accordi aziendali, negli orari previsti dall'art. 71 dell'ACN e dal presente Accordo, prevedendo comunque che ciascun medico sia reperibile per almeno 3 poli nello stesso ambito, ove esistenti.

Il medico reperibile mantiene il diritto al compenso di reperibilità anche nel caso in cui venga impiegato in turno di servizio.

Art. 8 (Unificazione di due poli)

In caso di improvvisa assenza di un medico, e conseguente mancata copertura di un polo, l'Azienda remunera il medico, in servizio presso un altro polo, che subentra, prevedendo un compenso orario maggiorato del 30%. Nel caso in cui le procedure organizzative in uso prevedano l'intervento di più medici, tale maggiorazione è suddivisa equamente sulla remunerazione di tutti i medici intervenuti (ad esempio: se intervengono 3 medici, ciascuno avrà un compenso orario maggiorato del 10%).

Art. 9 (Accesso alle sostituzioni e agli incarichi provvisori)

Ad integrazione di quanto previsto dalla norma transitoria n. 4 c. 3 e dalla norma finale n. 5 dell'ACN, nella scelta dei medici da incaricarsi per sostituzioni e incarichi provvisori, le

Aziende devono utilizzare i seguenti criteri:

1. valutazione dell'anzianità di servizio (determinata in base ai criteri della graduatoria regionale e secondo il principio per cui l'anzianità di servizio maturata nell'azienda che bandisce l'incarico vale il doppio);

2. a parità di anzianità di servizio, prevale il possesso e la valutazione delle seguenti condizioni: residenza da almeno 2 anni presso l'Asl, che bandisce l'incarico o anzianità di laurea.

3. a parità di punteggio per i requisiti di cui sopra, prevale la minore età al conseguimento del diploma di laurea.

Le Aziende (art. 15 comma 12 dell'ACN) istituiscono apposite graduatorie di disponibilità di medici non iscritti nella graduatoria regionale di settore, da utilizzarsi per l'assegnazione di incarichi di sostituzione o provvisori nel caso in cui si debba ricorrere a quanto disposto dall'art. 70 comma 6 dell'Accordo collettivo nazionale.

Nel caso in cui persista carenza di personale, le Aziende possono conferire incarichi a medici che abbiano conseguito abilitazione professionale dopo il 31/12/1994 e non in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale, secondo quanto disposto dalla norma finale n. 5 dell'ACN.

Sulla base di quanto disposto dall'art. 70 comma 8 dell'ACN al fine di garantire migliori standard qualitativi e organizzativi al servizio mediante il consolidamento del personale utilizzato, si stabilisce che ai medici che possono essere impiegati per sostituzioni e incarichi provvisori, che abbiano svolto almeno 4000 ore di servizio al 31/12/2006 e non siano mai incorsi in provvedimenti disciplinari, possano essere conferiti incarichi per un periodo fino a 12 mesi.

Art. 10

(Requisiti per l'ammissione al servizio)

Le peculiarità del servizio di Continuità Assistenziale esigono che il personale in esso operante sia in possesso di requisiti attitudinali e professionali tali da garantirne l'adeguatezza. Le Aziende sono tenute a verificare tali requisiti nei limiti consentiti dalla vigente normativa. In particolare le parti si impegnano a valutare, anche di intesa con l'Ordine dei Medici, la possibilità di attivare specifiche procedure finalizzate alla definizione e alla verifica dei requisiti suddetti.

Le Aziende verificano la presenza dei requisiti suddetti anche per i medici ai quali vengano affidate sostituzioni temporanee; a tale fine, detti medici di norma sono tratti da graduatorie o elenchi aziendali e le Aziende verificano la corretta copertura dei turni.

Art. 11 (Visite occasionali ad utenti non residenti in Regione Liguria)

Nelle località a forte afflusso turistico nelle quali il Comune non abbia attivato, d'intesa con la Asl competente, un servizio di "guardia turistica" senza spese a carico dell'utente non residente, trova applicazione quanto disposto dall'art. 32 dell'ACN del 23 marzo 2005 anche con riguardo al servizio di Continuità Assistenziale. Pertanto l'utente non residente in Regione Liguria che utilizza il servizio di continuità assistenziale è tenuto a corrispondere alla Asl le somme previste dall'art. 57, con modalità definite dalle singole Asl.

Il 50% delle somme così incassate vengono destinate dalla Asl al medico che ha erogato la prestazione, mentre il restante 50% è utilizzato per attività relative al servizio di continuità assistenziale.

Art. 12

(Sicurezza e dotazioni minime nelle sedi di Continuità Assistenziale)

Le Asl, sono obbligate a garantire che le sedi dei poli di Continuità Assistenziale siano dota-

te di locali idonei per l'attività dei medici, abbiano adeguate misure di sicurezza e siano dotate di servizi igienici. A tal fine le Asl, dovranno verificare l'idoneità delle sedi e porre in essere nel più breve tempo possibile, e comunque non oltre sei mesi dall'approvazione del presente Accordo, tutte le iniziative possibili per renderle adeguate.

L'azienda è tenuta a fornire i farmaci ed i materiali necessari ad effettuare gli interventi (almeno un fonendoscopio, uno sfigmomanometro, un otoscopio ed un saturimetro); inoltre, i medici di Continuità Assistenziale verranno dotati di un giubbotto che permetta l'identificazione della loro funzione. Nel caso che i medici di Continuità Assistenziale vengano impegnati in attività ambulatoriale dovranno essere previsti locali idonei all'uso.

Art. 13 (Centrale operativa)

Al fine di ridurre l'utilizzo improprio dei medici di Continuità Assistenziale in situazioni tipiche dell'emergenza-urgenza medica e psichiatrica, si concorda:

- di istituire un numero unico di chiamata, centralizzato almeno a livello di territorio Asl (e successivamente a livello regionale), che

sia portato a conoscenza dei cittadini mediante le opportune iniziative (comunicati stampa, diffusione di opuscoli informativi e carte dei servizi presso studi medici, ospedali e farmacie, ecc.),

- di definire linee guida ad utilizzo del personale impiegato nelle centrali operative di Continuità Assistenziale, che consentano di gestire nella maniera più efficace l'attivazione dei servizi di assistenza a seguito delle chiamate ricevute;

- di attivare le opportune iniziative di formazione per il personale suddetto, coinvolgendo nella loro definizione le componenti di rappresentanza dei medici di Continuità Assistenziale;

- di attivare le necessarie misure organizzative per il perfezionamento dei percorsi finalizzati a garantire l'assistenza più idonea al paziente, anche mediante il coordinamento con la centrale operativa 118, al fine di evitare che si verifichino situazioni potenzialmente pericolose per lo stesso anche in considerazione dei limiti e dei compiti del medico di Continuità Assistenziale. Per quanto non espressamente previsto nel presente Accordo, si fa riferimento all'Accordo collettivo nazionale.



Corso Tutor universitari per Mmg e Pls - Per i Mmg e i Pls che intendano ospitare nel proprio studio studenti del IV, V e VI anno del corso di laurea specialistica in medicina e chirurgia per un periodo di due settimane, la Facoltà di medicina e chirurgia dell'Università di Genova con la Scuola ligure medicina territoriale organizzano **a Genova, venerdì 20 aprile** dalle 20 alle 23 e **sabato 21 aprile** dalle 8,30 alle 18 un corso Tutor. **Per le iscrizioni** inviare un'e-mail a: Andrea Stimamiglio (andrea.stimamiglio@fastwebnet.it) indicando nome, cognome, attività esercitata (Mmg/Pls), indirizzo e-mail, cellulare, anno di laurea, indirizzo di studio. Saranno accettate le prime 30 domande.

"I problemi della società multietnica" - Questo il titolo del premio letterario indetto dalla "Fondazione prof. Paolo Michele Erede". Il bando del concorso e la domanda di partecipazione sono disponibili sul sito: www.fondazione-erede.org oppure scrivendo a casella postale 1095-16100 Genova centro. Gli elaborati dovranno essere consegnati entro il **30 giugno**. Premi: 1° classificato euro 1.500,00, 2° euro 500,00, 3° euro 250,00, dal 4° al 8° euro 100,00 in buoni libro).



La musica dei nonni è anche la nostra

Non solo la mente ha una memoria, ma anche il corpo ha una sua conoscenza degli avvenimenti passati, una traccia dei traumi e delle influenze subite.



Mia moglie quando sente la musica da camera prova un piacere molto forte, non tanto e non solo per le qualità dello spartito o dell'interprete, ma perchè le ricorda l'armonia che fluiva dal vecchio

apparecchio radio dei nonni, un'atmosfera infantile dolce, magica...che si ripete adesso, a teatro, quando lei, ormai grande, ricorda quel tipo di musica.

Potenza del ricordo affettivo, delle sensazioni che risalgono all'infanzia e che sembrano più belle più intense delle attuali, direbbe Marcel Proust, forse in modo più articolato e loquace del mio! Che dire poi, di quelle riunioni familiari o tra vecchi amici, in cui periodicamente, iterativamente e senza alcuna variazione, vengono ripetuti vecchi ricordi infantili, dove ognuno torna a commuoversi o a sorridere anche se ne sa in anticipo la narrazione e il finale, e nulla è detto che non sia abbondantemente risaputo? Anzi proprio perché nulla è nuovo, il ricordo diventa ancora più intenso.

Sembra proprio che l'imprinting infantile, le prime emozioni, determinino il nostro futuro, anzi la qualità del nostro sentire.

Non è una cosa piacevole da riconoscere sul piano logico, perché narcisisticamente imma-

giniamo invece di essere aperti alle esperienze successive, liberi, non condizionati.

E va ancora bene finché ci riferiamo ai ricordi dai tre anni in su, cioè quando la memoria ci aiuta e le emozioni sono ormai ben rappresentate sul piano simbolico. Ma pensate un po' agli anni precedenti, quando il bambino sente e soffre o gioisce, ma non sa ancora di cosa si tratti, o alla vita intrauterina, dove, sembra accertato, si provano sensazioni, anzi addirittura si percepisce la musica cantata dalle mamme che ci portano in grembo!

Questa, come intuivate, è la base della psicoanalisi e delle psicoterapie dinamiche, dove si tenta di ricordare e di ricostruire i primi affetti e le antiche emozioni.

Quanti pazienti, soprattutto quelli di mezz'età, mi dicono: non capisco, ho superato brillantemente le difficoltà della mia infanzia, me ne sono fatta una ragione, cosa c'entra adesso tutto questo con i miei sintomi attuali, se non dormo, se ho la fobia dell'aereo, se sono depresso! Eppure, come la musica del teatro ricorda a mia moglie i suoi nonni e soprattutto la serenità che provava stando in casa loro, forse lo spazio stretto dell'aereo può farci rivivere qualche altra antica costrizione, quella vecchia sensazione di essere senza vie di uscita che inconsciamente abbiamo provato tanti anni fa, o forse l'arrivo imminente della vecchiaia ci riporta ad antiche angosce, nella nostra adolescenza, quando tutto sembrava così eccitante ed inquietante, mentre noi ora non ci sentiamo più così pronti ad affrontare altri cambiamenti.

I miei colleghi neurologi diranno a questo punto: questa è solo letteratura!...in realtà manca qualche mediatore cerebrale...bastano un po' di inibitori del re-uptake della serotonina o qualche benzodiazepina, capaci di ripristinare un corretto collegamento neuro-

nale e attivare quelle fortissime capacità di recupero (o di resilienza come ora si preferisce dire, all'inglese), di cui è capace il nostro encefalo. Hanno ragione...anzi...abbiamo ragione tutti e due! Perché, come il Pc che abbiamo in casa, anche la nostra mente è fatta di hardware e di software, e occorreranno una robusta memoria e un potente processore accanto a programmi sofisticati, capaci di leggere e interpretare quei segnali che noi digitiamo sulla tastiera.

Vorrei anzi sostenere che non solo la mente ha una memoria, ma anche il corpo ha una sua conoscenza degli avvenimenti passati, una traccia dei traumi e delle influenze subite. Anche il fegato, il cuore, i polmoni "ricordano", sia pure in un modo loro, le antiche patologie e i traumi subiti in passato. L'occhio del trapiantato non ha la stessa sicurezza della visione naturale e il portatore di by-pass sente un certo languore, anche se il cardiologo gli dice il contrario. Perciò, di fronte al malato che ci porta i suoi mali, sarebbe bene non considerare come esaustiva solo la diagnostica, "una bella Tac e non ci si pensa più"... ma ricordarsi anche dell'anamnesi, e dell'ascolto del paziente, e capire, per esempio perché è venuto proprio ora e perché ha scelto proprio me. Questa credenza appartiene anche ai pazienti, i quali fanno le loro scelte terapeutiche, inconscie, e continuano ad usare la dizio-

ne: "medico di famiglia", con cui si sottintende un collega che mentre visita il nostro fegato, si ricorda anche del fegato di mio padre e dell'epatite che abbiamo fatto da piccoli ed anche della nostra propensione ad ammalarci o spaventarci. Un medico cioè che non si limita al fegato attuale, nel fare diagnosi e prescrivere il rimedio, ma si rivolge a noi tutti interi, e ci dà la medicina giusta, quella adatta proprio per noi, diversa da quella che darebbe un altro medico, fosse pure un valente specialista, ma che non ci conosce, non entra in empatia, si attiene ai protocolli terapeutici e il resto non gli interessa.

Mi ripeto, sarò banale ed un po' troppo eclettico, ma il buon senso terapeutico dovrebbe tener presente entrambe le cose: sia una attenta lettura del dato diagnostico, prescindendo dalla storia individuale, sia una visione di insieme del corpo e della storia del nostro paziente. La conclusione di questa tiritera, cari colleghi, non è un elenco delle nostre *querelles* né un elogio della psicoterapia, è piuttosto un invito a specializzarsi, a studiare nuovi metodi diagnostici, ma non cessare mai di ascoltare il paziente (e di mettersi in sintonia con lui), perché, anche se il sintomo, la "musica", è sempre la stessa, è il modo di ascoltarla che ne cambia la comprensione!

Roberto Ghirardelli
Commissione psichiatria

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.n.c. - Passi Gianni e Dario S.r.l.

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

Farmaci: un'associazione vigila sull'informazione

E' importante saper distinguere un'informazione corretta da una ingannevole? Un articolo tratto da "introduction to Healthy Skepticism Inc" by Peter R. Mansfield e pubblicato sulla rivista "Dialogo sui farmaci" ci fornisce interessanti spunti di riflessione.

L'organizzazione internazionale no-profit **Healthy Skepticism Inc** si rivolge agli operatori sanitari con l'obiettivo di migliorare la salute attraverso un approccio critico nei confronti delle informazioni sui farmaci soprattutto se non supportate da evidenze scientifiche.

Healthy Skepticism ha iniziato l'attività nel 1983 con il nome di Medical Lobby for Appropriate Marketing. Per i primi 18 anni ha denunciato le tecniche di marketing scorretto nei Paesi in via di sviluppo e ha richiesto ai responsabili delle ditte farmaceutiche spiegazioni su alcune delle loro attività. Dal 2001 l'organizzazione è diventata Healthy Skepticism (HS) ed ha ampliato il suo raggio d'azione includendo la formazione e la ricerca con particolare attenzione alla promozione ingannevole dei farmaci in tutti i Paesi.

Collabora con vari organismi internazionali, ha sede in Australia e conta associati in 46 diversi Paesi finanziandosi attraverso le quote associative. Chiunque sia interessato può abbonarsi o diventare membro di Healthy Skepticism Inc, la quota è in base al reddito: pensionati e studenti hanno iscrizione gratuita. Maggiori informazioni sono disponibili al sito ufficiale: www.hethyskepticism.org.

Promozione ingannevole

Come tutti gli esseri umani, secondo un esperto di marketing, "anche i medici hanno un'immagine di sé tale da ritenersi razionali e

logici, specialmente nella scelta dei farmaci. Il pubblicitario deve far appello a questa immagine razionale e nello stesso tempo richiamare i fattori emozionali che più profondamente determinano le vendite". Gli operatori sanitari raramente hanno il tempo e tutte le conoscenze richieste (farmacologiche, logiche, psicologiche, economiche, etc.) per prendere le giuste decisioni e per questo, ricorrono spesso, anche inconsciamente, a scorciatoie che sono più facili rispetto al tempo e allo sforzo necessari per esaminare tutte le evidenze rilevanti.

Esempi di queste scorciatoie sono:

1. fidarsi degli esperti;
2. fidarsi dei colleghi (usare un farmaco perché è il farmaco più prescritto);
3. fidarsi della gente che ci piace (l'informatore scientifico simpatico);
4. credere che i nuovi farmaci "sono migliori";
5. credere che i farmaci più costosi "sono migliori".

Queste 5 scorciatoie distolgono l'attenzione dei medici dalle informazioni più rilevanti che dovrebbero determinare le loro scelte prescrittive e quindi possono indurre ad errore. **La decisione presa attraverso le scorciatoie si basa su delle supposizioni:** per esempio, si dà per scontato che la raccomandazione dell'esperto sia affidabile, obiettiva e rilevante. Solo quando una tale supposizione è scientificamente giustificata, è un modo facile per ottenere una buona risposta. Tuttavia, quando una scorciatoia non è provata, può portare a conclusioni sbagliate e, in modo non intenzionale, si finisce per andare contro gli interessi degli stessi pazienti.

Le ditte farmaceutiche usano tecniche efficaci per indurre i medici ad usare le scorciatoie abituali, come affidarsi ad un esperto per par-

lare in un meeting e influenzare così favorevolmente altri medici.

Dove si sbaglia?

Sono riportate di seguito alcune modalità di promozione ingannevole che possono indurre a valutazioni sbagliate da parte del medico.

- ◆ *False informazioni* includono l'esagerazione di benefici e la minimizzazione dei rischi.
- ◆ *Affermazioni non giustificate* che possono essere vere o meno, ma non sono supportate da adeguata documentazione (evidenze).
- ◆ *Affermazioni ambigue* che danno spazio a più di un'interpretazione e possono essere fuorvianti quando l'interpretazione è influenzata da buoni propositi.
- ◆ *Mancano le informazioni* di cui il medico ha bisogno.
- ◆ Di solito *le ricerche finanziate dalle aziende farmaceutiche* sono ad hoc per incrementare il profitto.
- ◆ Le spiegazioni sugli effetti avversi *in caratteri piccoli* sono fuorvianti perché si leggono con difficoltà oppure sono presentate in modo dettagliato e poco invitante.
- ◆ *Dichiarazioni selezionate* possono omettere parole sfavorevoli.
- ◆ *Semplificazioni delle informazioni*, non considerando altre possibili cause e associazioni, portano a conclusioni sbagliate.
- ◆ *Preconcetti di certezza* fanno considerare che, negli studi clinici, le differenze tra gruppi siano dovuti agli effetti del farmaco. Questa scorciatoia è fuorviante quando gli studi sono ristretti e/o troppo brevi per dare stime reali del grado degli effetti dovuti al farmaco.
- ◆ *Gli end point secondari* sono i risultati che possono o meno alterare lo stato di salute che realmente interessa. Se un farmaco migliora questa situazione secondaria, si presume sia



efficace anche per il risultato clinico principale.

◆ *I meccanismi d'azione* sono teorie su come il farmaco agisce per considerare in anticipo gli effetti. La previsione potrebbe essere sbagliata se la teoria non è corretta o se c'è un altro meccanismo d'azione non noto.

◆ Un reciproco obbligo morale è *la risposta normale* per chi riceve un regalo. Gli informatori farmaceutici usano i regali per far sentire il medico in una sorta di "dover" ricambiare.

◆ *L'immagine pubblicitaria* può distrarre il medico facendo leva sulle sue paure, come il fallimento, o su desideri legati al potere, al rispetto, al benessere, alla velocità, alla semplicità, alla sicurezza o al sesso.

◆ *Molti studi confrontano farmaci con comparators inappropriati*, come il placebo, piuttosto che con la migliore alternativa farmacologica disponibile. Qualora invece venisse confrontato con un competitore, potrebbe sembrare più efficace se paragonato ad un dosaggio minore, oppure sembrare più sicuro se confrontato con dosi più alte del competitore.

◆ *Anche in ambito medico gioca un ruolo importante l'uso di metafore*. La menopausa è stata descritta come una malattia simile al diabete. Questo ha portato molti medici a credere, sbagliando, che un terapia ormonale sostitutiva a lungo termine sia assolutamente salutare.

Come evitare l'errore? Queste le 3 strategie per ridurre il rischio di essere ingannati:

1. minimizzando i danni da esposizione alla promozione;
 2. evitare l'esposizione alla promozione;
 3. fare quanto indicato nei due punti precedenti.
- Nessuna di queste strategie è stata testata, quindi non si conosce quale funzioni meglio,

ogni operatore sanitario dovrà decidere come rispondere alla sfida della promozione farmaceutica ingannevole.

Piano di riforma di healthy skepticism

Piuttosto di dare la colpa alle singole persone e alle compagnie farmaceutiche, Healthy Skepticism Inc ritiene che sia le tecniche di marketing, che le decisioni scorrette derivino da problemi insiti nel sistema.

Quando le compagnie farmaceutiche producono promozione ingannevole, sono ricompensate da maggiori prescrizioni dei medici. Quando i medici prescrivono di più, ritornano alle compagnie maggiori fondi da spendere per formazione, ricerca, campioni gratuiti, visite degli informatori, cancelleria, strumenti e giochi firmati. Questo succede sia per i medici che per le compagnie farmaceutiche che, anche in buona fede, sono convinti di fare il meglio per i pazienti. Questo circolo vizioso di "cattiva" informazione e "cattiva" decisione può essere costituito da un comportamento deliberatamente non etico.

Il piano di riforma suggerito da Healthy Skepticism per intervenire su questo circolo vizioso comprende 3 principali aree di azione.

1. Migliorare la regolamentazione della promozione scientifica.

Secondo il sociologo John Braithwaite "l'uso di notifiche e sanzioni lievi per tutti coloro che sono coinvolti aiuterebbe a capire che se i problemi non sono risolti ci sarà un'inevitabile escalation di sanzioni più pesanti"; tanto da rendere la pratica non più finanziariamente vantaggiosa e quindi inutile.

2. Migliorare la capacità di prendere delle decisioni.

Siamo sempre vulnerabili alla comunicazione ingannevole a prescindere dall'intelligenza e dal grado d'istruzione. Si pensa che solo gli altri possano essere ingannati: fino a quando gli operatori sanitari continueranno a sentirsi invulnerabili o troppo sicuri di sé per

usare le capacità di difendersi, non aumenterà la resistenza all'inganno. La chiave sta nell'aiutare le persone ad accettare il fatto di essere vulnerabili.

3. Riprogettare i sistemi di incentivazione.

Healthy Skepticism suggerisce di riprogettare il sistema di incentivazione in modo che gli operatori sanitari, personale del mondo dell'informazione, legislatori, consumatori e le loro organizzazioni siano ricompensati in modo economicamente più vantaggioso per le pratiche ottimali.

◆ **Incentivazione dei professionisti della salute.** I medici non dovrebbero ricevere ricompense collegate ad una decisione non del tutto appropriata. Dovrebbero essere proibiti i regali interessati.

◆ **Incentivazione delle organizzazioni dei consumatori.** Sarebbe auspicabile che queste organizzazioni avessero accesso a fondi alternativi a quelli delle aziende farmaceutiche.

◆ **Incentivazioni delle aziende farmaceutiche.** Queste svolgono quattro principali funzioni: fabbricazione, ricerca, promozione e informazione sui farmaci. I risultati di queste funzioni sono distorti a causa di un sistema che riconosce solo le attività che aumentano le vendite dei farmaci più costosi. Healthy Skepticism suggerisce che le quattro funzioni vengano considerate separatamente accanto alle agenzie governative con uguale accesso ai fondi comuni sia per le compagnie farmaceutiche che per gli enti universitari e governativi. Se la performance di una compagnia è scarsa non verrà sovvenzionata per questa funzione. Il prezzo del farmaco in questione non includerebbe un premio per la ricerca, la promozione e l'informazione. Di conseguenza, le ditte farmaceutiche non avrebbero profitto dalle funzioni che non rendono. Prezzi più bassi favorirebbero il rapporto costo beneficio per un maggior numero di persone.

Errori clinici e medicina difensiva

Si è tenuto il 24 febbraio all'Ordine di La Spezia un convegno dal titolo "L'errore medico. Aspetti medico-legali, assicurativi e giudiziari". Ne riportiamo una breve relazione del collega Luigi Caselli, segretario regionale Federspev.

Durante la prima relazione del congresso il collega Emilio Falco, primario chirurgo al Sant'Andrea lancia un "j'accuse" contro il rullo compressore del burocratismo sanitario che pretende di trasformare il delicato, meditato,

sapiente atto medico della diagnosi e della cura, medica o chirurgica che sia, in puro atto tecnico gestionale, da confinare nei limiti di Drg e di implicazioni statistiche ed epidemiologiche, epidemiologico-budgettarie, "Come

posso - si chiede il collega - da chirurgo responsabile di una équipe ospedaliera, intervenire con la necessaria serenità e non lasciarmi distrarre da tutte le responsabilità aggiuntive che oggi l'amministrazione sanitaria pone a capo della "nuova" figura di primario? Con quale competenza posso rispondere della sicurezza antinfortunistica, dell'impiantistica più varia, della gestione del personale e

delle risorse; non basta più occuparsi del paziente a salvaguardia della sua salute, scegliere per lui le opzioni terapeutiche migliori, più aggiornate, più collaudate e più accettate? Come trovo il tempo e il modo per acquisirne il consenso "consapevole", informandolo secondo lo spirito della legge, cioè spiegandogli in termini inequivocabilmente recepibili dal suo grado di istruzione e dalla sua sensibilità influenzata dalla sofferenza e dall'ansia per l'imminente intervento?"

Il medico deve ascoltare il paziente, agire nel suo interesse, persino nella scelta del luogo di cura, comprenderne anche le nuove esigenze derivanti dal mutato rapporto medico-paziente. Indietro non si torna: addio al bonario paternalismo, ma anche allo pseudo paritario consenso assenso. Siamo ormai alla fase contrattualistica, dove si cerca di negoziare non solo la guarigione, ma la qualità della vita, confidando in una sorta di taumaturgismo sanitario e di perfezionismo scientifico millantati dai media. Superati i concetti di consenso (acritico e protocollare) e di assenso (che pur prevede il diritto a "non sapere"), ora bisogna tener conto del "dissenso" del paziente: contrasto a cure non condivise, anche per motivi ideologici, come succede per i Testimoni di Geova; del resto la qualità della vita non si misura con parametri oggettivi, e si può non essere d'accordo con la scienza.

Se nei rapporti con il paziente il medico odierno deve affrontare questa negativa evoluzione, perdendo molta della sua passata "intangibilità", anche in quelli con il magistrato ha ceduto terreno. Infatti nel tempo si è verificata una accresciuta sensibilità alle istanze dell'opinione pubblica, parallelamente ad una maggiore attenzione all'operato del medico.



Questi, a fianco di un ammorbidimento dell'atteggiamento penalistico, ha dovuto registrare un irrigidimento di quello civilistico, dove è particolarmente esposto anche per mancanza di una normativa specifica. A peggiorare la situazione del medico, l'affermazione della giurisprudenza che la scienza e la tecnica sanitarie hanno raggiunto livelli tali da rendere meno comprensibile l'insufficiente o negativo risultato del suo intervento, vanificando il concetto sinora invalso che il medico fosse incolpabile soltanto per dolo o colpa grave. Così recita infatti una sentenza della Cassazione (3.03.95, n.2466), che di fatto affossa il "buonismo" dell'art. 2236 C.c. che fungeva da salvagente nei casi di particolare difficoltà. Così, da alcune sentenze del 1973 in poi, il magistrato considera rilevanti anche le ipotesi di "colpa lieve", e sposta sempre di più l'attenzione dall'autore alla vittima. Questa, al centro della responsabilità contrattuale del medico, lo fa rispondere anche quando la sua opera riveste un'importanza apparentemente secondaria, come nel caso della scelta del luogo di cura. Il curante risponde, infatti, delle conseguenze avverse, pur se causate da altri, o da strutture o professionalità non adeguate, configurandosi pur sempre, se non un "contratto", un "contatto" reso responsabile dalla consapevolezza dei rischi.

Non minori sono poi anche le responsabilità "indirette" dei membri di una équipe: il sanitario non può esimersi dal conoscere e valutare l'attività precedente e contestuale dei colleghi. Per tutti vale l'obbligo della corretta prassi. **Talora l'errore può essere "medico", ma non "del medico", in quanto prodotto da un insieme di fattori ambientali e operativi non direttamente dipendenti dal curante;** tuttavia questi ne è spesso il solo o il maggior responsabile. L'errore può anche

non nascere dal fare, ma dal "non fare": l'omissione o l'inadeguatezza comportano anch'esse la responsabilità. Ci può essere errore tanto nell'iter diagnostico come nella terapia, sia per difetto di ragionamento che di accertamento. Può essere commesso involontariamente (per stanchezza, disattenzione, errori della memoria), o con partecipazione: per errata valutazione, per scelta inadeguata, per deviazione da standard consolidato o da ignoranza di linee guida validate. E c'è pure l'errore "incolpevole", quando non è il curante, ma la scienza incapace di risolvere la patologia. Questo succede più spesso di quanto si pensi, è grave, ma ignorato dai media. Si può rispondere per un mancato risultato, non tanto per la mera aspettativa di quello, quanto per la perdita di un valore patrimoniale, una chance, resa vana dall'insuccesso.

Nell'ambito della attività ospedaliera, può essere chiamato a rispondere di danni chiunque operi nelle strutture e nei servizi. Anche il direttore amministrativo è penalmente responsabile, ad esempio nel caso in cui non abbia predisposto quel minimo di assistenza che tutti gli interventi chirurgici impongono. Le scarse risorse a disposizione degli ospedali sono un fattore aggiuntivo di rischio per i sanitari dipendenti. La responsabilità di questi, nel caso di errore metodologico, è correlata al grado di rischio specifico, confrontato con le percentuali statistiche. Il sanitario ospedaliero ha l'obbligo di redarre correttamente, tra l'altro, la cartella clinica: l'incompletezza o l'illeggibilità di questa, qualora ne derivasse un evento avverso, ne denuncerebbero la responsabilità. Il lungo elenco delle responsabilità del medico causa l'aumento della medicina difensiva come un ulteriore degrado e impone al legislatore il ricorso alla tutela di una normazione chiara.

Publicazioni a cura della **Libreria Internazionale Medico Scientifica "Frasconi"**,
C.so A. Gastaldi 193 r. Genova - tel. e fax 0105220147.
E-mail: info@libreriafrasconigenova.it - Sito: www.libreriafrasconigenova.it



“Le emergenze: diagnosi e trattamento attuali” di Stone - Humphries.

Edizioni: Piccin

Lo scopo della quinta edizione di questo testo è di presentare informazioni concise, facili da leggere e pratiche, sulla diagnosi ed il trattamento di un ampio spettro di condizioni che si presentano nel dipartimento d'emergenza. Il testo prima tratta la gestione immediata dei problemi che mettono in pericolo la vita, e poi presenta la valutazione ed il trattamento di malattie specifiche. Nella nuova sezione "Aspetti speciali della medicina d'emergenza" c'è un capitolo dedicato agli agenti radioattivi, biologici e chimici e le armi di distruzione di massa. Quest'opera è utile per tutti gli operatori del dipartimento d'emergenza, come medici, frequentatori, studenti di medicina o collaboratori di medici.

mento del viso e del collo. Il testo è diviso in due parti. La prima tratta di medicina estetica e descrive in modo essenziale, ma completo, le diverse tecniche mediche, con particolare attenzione all'utilizzo di sostanze come la tossina botulinica, il TCA, i filler. La seconda parte è dedicata alla chirurgia estetica e illustra le tecniche chirurgiche con il supporto di disegni che descrivono i tempi dell'intervento e le immagini del risultato finale. Il capitolo conclusivo affronta i principi cardine della responsabilità professionale del medico e del chirurgo estetico e del consenso informato.



“Medicina e chirurgia estetica del viso e del collo” - S.I.E.S. (Società italiana di medicina e chirurgia estetica)

A cura di Maurizio Priori

Edizioni: Masson

Il volume si presenta come un pratico strumento di approfondimento e di consultazione per lo specialista che si occupa delle tecniche mediche e chirurgiche per il ringiovanimento e/o modella-



“Non temerai alcun male. Storie di medici e pazienti genovesi in lotta contro il dolore reumatico”

di Guido Rovetta e Mariateresa Bora.
Fratelli Frilli Editori

Non temerai alcun male è il resoconto romanizzato – poiché gli atti e i fatti non si riferiscono a persone e circostanze reali - della lotta condotta dai medici e dai pazienti del Centro reumatologico Bruzzone di Genova contro il dolore artrosico. Gli autori hanno cercato tuttavia di ripetere fedelmente, se non i fatti specifici, almeno il clima e le circostanze degli avvenimenti. Fra lezioni, aneddoti, episodi di vita quotidiana, ricerche scientifiche, sperimentazioni cliniche, cure più o meno ortodosse, molte osservazioni derivate dai sessantaquattromila cittadini genovesi che hanno consultato il centro dal 1975 al 2006.

“Risk management e contenzioso. La parola ai protagonisti” - Questo il convegno che la Commissione “Risk management” dell’Ordine dei medici di Genova, dopo aver raccolto informazioni sulla gestione del rischio clinico negli Ospedali della nostra provincia, ha organizzato giovedì **3 e 10 maggio** dalle ore 18,30 alle ore 21 nella sala dell’Ordine dei medici. Nella prima serata saranno affrontate tematiche quali: il progetto regionale, il ruolo di garanzia della medicina legale, la tutela assicurativa del medico, l’assicurazione professionale ed altre ancora. Nella seconda serata la parola sarà data ai professionisti che affronteranno il contenzioso. Il programma del convegno sarà pubblicato sul prossimo numero di “Genova Medica” e sul sito internet www.omceoge.org.

Commissione culturale dell’Ordine dei medici di Genova - Si terrà **martedì 17 aprile** alle 17,00 nella sala didattica dell’Ordine la conferenza **“Profondo rosa, tra femminilità e femminismo”**, relatrice Franca Rossi Galli.

IV corso interdisciplinare di aggiornamento in adolescentologia - Si terrà il **16 e 17 aprile** all’Hotel Villa Pagoda a **Genova-Nervi** un corso finalizzato all’approccio multidisciplinare dell’assistenza all’adolescente. Per inf.: studio Viale von der Goltz **tel.010/873106**.

Workshop su paura, panico, fobie - Questo il seminario di formazione clinica, della scuola di psicoterapia breve strategica di Arezzo, che si terrà a Genova il **15 aprile** all’hotel Jolly Marina. Quota individuale 150,00 euro, studenti e collaboratori 100,00, studenti universitari 50,00. Per inf.: dr. Vallarino **tel.010/2467677, 349/6922664**.

Corso triennale di omeopatia - Sono aper-

te le iscrizioni per l’anno accademico 2007/2008 della S.m.b. Italia, affiliata Fism. A conclusione del corso, che si terrà a **Genova**, verrà rilasciato, dopo un esame finale, il Diploma in omeopatia. Per inf.: **06/91968024 - smbitalia@smbitalia.org**

Seminario arenzane di medicina interna - Il seminario si terrà ad Arenzano **sabato 14 aprile**. Per inf.: Aristeia tel. 010/583224.

Chirurgia maggiore: tempi di degenza e continuità di cura - Questo il convegno della Società ligure di chirurgia che si terrà a **Genova** presso l’Auletta didattica e Aula magna della Clinica chirurgica il **20 e 21 aprile** alle ore 8.30, sulla riduzione dei tempi di degenza per i pazienti sottoposti a interventi di chirurgia maggiore. Per inf.: tel. 0103537255 e-mail: dicmi@unige.it

Training sulla consulenza filosofica nell’arte medica - L’Associazione italiana psicofilosofi, in collaborazione con Simg sezione di Genova propone un breve training pratico sul dialogo socratico per il raggiungimento di una migliore alleanza terapeutica. Il corso si svolgerà in due serate di due ore ciascuna, in date da definire nei mesi di **aprile/maggio**, a **Genova** in via F. Aprile 31/4. Per inf.: dr. P. Brasesco, tel. 3356593590 e-mail brasesco@fastwebnet.it

L’organizzazione territoriale per le gravi cerebrolesioni: realtà territoriale - Questo il tema del convegno che si terrà il **18 maggio** promosso dall’Associazione Rinascita Vita. Per inf.: **tel.010/582413**.

L’incontinenza urinaria femminile per medici di medicina generale e ginecologi del territorio - Questo il tema dell’incontro che si terrà il **4 maggio** nella sala dell’Ordine di Genova. Per inf.: BC Congressi **tel. 010/5957060**.

Gli strumenti della consulenza filosofica nell'arte medica

"Il medico che si fa filosofo è pari ad un dio" Ippocrate

La cura dipende sempre dalla scienza, ma non solo. Dipende anche dal modo in cui il medico si prende cura del malato e dalle sue capacità di conoscerlo, dallo stile di accoglierlo, cioè dalla stessa relazione medico-paziente. Non è solo il tempo che il medico ha a disposizione a incidere sulla conoscenza del malato e sulla qualità della relazione, ma è lo stile del discorso che avviene tra i due a scoprire la verità sulla malattia e a costruire quell'intesa necessaria alla buona riuscita della cura.

Si parla di consenso informato, di alleanza terapeutica, della necessità di umanizzare la medicina e dell'apertura culturale che richiede la conoscenza del malato nella sua singolarità. Sembra che il medico, per fare il medico, debba conoscere e applicare tutte le metodologie e procedure scientifiche e nello stesso tempo essere critico e possedere la sensibilità verso il malato, l'abilità di dialogare con lui e di prendersi la responsabilità

dell'altro con amabilità e buon senso.

La consulenza filosofica è una relazione di orientamento basata sul libero dialogo tra un filosofo e una persona, non affetta da psicopatologie, che sente bisogno di essere aiutata nell'affrontare le proprie problematiche esistenziali. Gli stessi strumenti della consulenza filosofica possono aiutare anche i medici ad affrontare la malattia nella sua complessità esistenziale e offrire loro uno strumento in più nel dialogo con i pazienti, al fine di attualizzare una soddisfacente alleanza terapeutica.

Mettersi di fronte al paziente, utilizzando uno degli approcci filosofici pratici, vuol dire riuscire a creare lo spazio nel quale poter curare e prendersi cura dell'altro attraverso alcune metodologie elaborate e usate quotidianamente dai consulenti filosofici nel loro lavoro. Vuol anche dire evitare la dispersione di energie e di tempo prezioso sia del medico che del malato.

Vesna Bijelic - Pierclaudio Brasesco

"Komera Rwanda" cerca medici

Negli ultimi due anni l'associazione "Komera Rwanda" ha portato a termine numerosi progetti presso la missione di Gatare, (distretto di Nyamagabe nel sud del Rwanda), uno di questi è la costruzione di un locale da adibire a poliambulatorio sia per la cura e la prevenzione, in particolare di malattie pediatriche, sia come ambulatorio odontoiatrico, che come studio oculistico. Ad aprile il dr. Antonio Plutino si recherà a Gatare per rendere operativo e inaugurare l'ambulatorio odontoiatrico, che sarà in futuro gestito esclusivamente da personale paramedico locale. Compito principale del dr. Plutino sarà quello di insegnare

agli infermieri locali la tecnica e i principi essenziali che permetteranno di eseguire correttamente gli interventi odontoiatrici più comuni, affiancandoli e accompagnandoli nel lavoro di tutti i giorni. Per raggiungere gli obiettivi attesi, ci rivolgiamo ad odontoiatri, oculisti e pediatri della provincia di Genova disposti sia a trascorrere un periodo di tempo a Gatare per proseguire il programma di formazione del personale, sia a reperire mezzi e materiale necessari per il funzionamento dell'ambulatorio.

Per informazioni: www.komerarwanda.org oppure info@komerarwanda.org oppure tel.010/5702007 (studio dr. Antonio Plutino).

Accanimento terapeutico, testamento biologico, eutanasia: tre problemi contigui? Continuazione di un discorso.

Proponiamo ai lettori una sintesi delle singole relazioni tenutesi durante la tavola rotonda "Accanimento terapeutico, testamento biologico, eutanasia: tre problemi contigui?" che si è tenuta sabato 3 marzo nella sala conferenze dell'Ordine dei medici di Genova.

Ci scusiamo se, per brevità, fossero state trascurate alcune parti degli interventi dei relatori; sperando, comunque, di non essere stati troppo imprecisi nel sintetizzarli.

Una proposta di studio

Il professor **Don Antonio Balletto**, teologo, premette di parlare a titolo personale, tenendo presenti i tre criteri guida che sempre ha seguito nella sua esperienza di studioso e di insegnante di filosofia e di teologia: la serietà nello studio dei problemi, la libertà di giudizio e di espressione, l'autonomia, che non significa totale indipendenza.

Gli argomenti proposti dalla tavola rotonda richiedono uno scavo lento e paziente, perché sono temi molto delicati che debbono essere sottratti a schemi preconcepiuti o a scelte emotive; tenendo sempre presente che il fine cui si tende è il bene della persona.

Vi può essere conflitto tra il "libero sentire" del singolo e l'istituto giuridico (l'antico problema di Antigone): così accade oggi quando si prende in esame la decisione di porre fine alla propria esistenza e di essere aiutati in tale senso.

La risposta al quesito sulla liceità dell'eutanasia è sostanzialmente identica nel pensiero classico greco e nella visione biblico-cristiana: il rifiuto della vita non è accettabile né lecito. Tre sono le ragioni del rifiuto: la sacralità della vita, il potere di Dio o degli dei, il danno alla "Societas". Non si deve però dimenticare che la sacralità della

vita non può essere scissa dal suo aspetto biologico. Esistono peraltro alcuni casi storici in cui l'eutanasia fu giustificata o elogiata, come il suicidio degli ebrei assediati dai romani o quello delle vergini per evitare lo stupro. Vi sono dunque eccezioni.

Oggi si è fatta sempre più strada l'importanza fondamentale della dignità della persona e del rispetto della sua volontà razionale e libera: parafrasando San Tommaso: l'uomo è provvidenza di sé a se stesso. Ciò vale anche nella capacità di decidere il senso che attribuisce alla sua propria esistenza; chissà, quindi, che in circostanze estreme, non possa pensare di porvi fine? Si apre quindi un grande problema che comporta una lunga riflessione sul piano etico e giuridico. Quindi, al termine dell'intervento, una proposta di studio, senza conclusioni affrettate, che tenga presente che la sacralità della vita non è un concetto puramente astratto.

Le difficoltà della legge

Il magistrato **Luigi Meloni**, presidente del Comitato bioetico dell'Ospedale di San Martino, dedica la sua particolare attenzione al tema del testamento biologico, che può essere considerato una proiezione del consenso informato.

Infatti la definizione stilata dalla Commissione culturale dell'Ordine dei medici di Genova lo ha sintetizzato in questi termini: "dichiarazione anticipata di volontà relativa al trattamento sanitario che si vorrà o non vorrà ricevere quando, per la perdita della capacità naturale, non si fosse in grado di esprimere un senso informato". Questa definizione cerca di rimediare ad un vuoto normativo e legislativo sempre più sentito, data l'innegabile attualità di questa tematica. Già nel 2002 erano stati posti dei quesiti nel merito al Comitato nazionale di Bioetica; ma la difficoltà a tradurre questa esigenza in norma di

legge ha fatto sì che ancora oggi se ne stia discutendo: vi sono ben otto proposte di legge al Senato ed altre alla Camera; in campo internazionale il diritto è riconosciuto dalla Convenzione di Oviedo, ratificata anche dall'Italia. Sarà necessario trovare un punto di accordo a partire dall'articolo 32 della Costituzione ("nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge") e dal già citato articolo 38 del Codice di deontologia medica riguardante le direttive anticipate espresse dal cittadino.

Il riconoscimento pratico di questo diritto della persona è già stato applicato in un caso all'Ospedale genovese di San Martino con approvazione del suo Comitato bioetico.

Le difficoltà da superare riguardano: la precisa formulazione del testo (anche con l'aiuto dei medici); l'autenticità legale del documento; la sua concreta operabilità; la sua scadenza e rinnovabilità, nonché la sua revocabilità; ed infine l'obiezione di coscienza del medico.

C'è da sperare che si giunga alla definizione di questi problemi di fronte ad una esigenza sempre più sentita e diffusa; di cui si è fatto interprete Umberto Veronesi con la formulazione di un testamento biologico che molti cittadini stanno valutando di sottoscrivere.

Dolore terminale ed eutanasia

Il professor **Franco Henriquet** è ogni giorno di fronte a questi problemi, per cui la sua voce è di particolare interesse per tutti

Occorre distinguere tra la terapia del dolore attuata in particolari situazioni di difficoltà e l'eutanasia.

Nelle fasi più avanzate delle malattie di tumore vi sono talora situazioni che comportano sofferenze tali per le quali non sono sufficienti ad alleviarle dosi pur alte dei farmaci analgesici. Una di queste condizioni più frequenti è la sofferenza indotta da un grave insufficienza respiratoria secondaria solitamente al cancro del polmone. Il malato può andare incontro a crisi di fame d'aria, senso di soffocazione e angoscia di

morte. L'unica possibilità per lenire questa grave sofferenza è la somministrazione di farmaci che aboliscano la coscienza. Poiché si tratta di situazioni di terminalità di vita alla perdita della coscienza segue generalmente la morte.

Chi sostiene la causa della legalizzazione dell'eutanasia giudica questa pratica come atto eutanascico vero e proprio. Taccia anche di ipocrisia chi vi ricorre non volendo ammettere che ha praticato l'eutanasia.

E' importante ricordare che l'eutanasia è un atto deliberato con la precisa intenzione di porre fine alla vita attraverso la somministrazione di un farmaco o una sostanza che induca immediatamente la morte. Ben diverso è il comportamento di chi somministra un farmaco con l'intenzione di impedire una sofferenza intollerabile, pur dovendolo dare a una dose tale da indurre il sonno e pur sapendo che da quel sonno il malato non potrebbe più risvegliarsi. Ci sono due elementi che non possono far rientrare questa pratica nell'eutanasia. Il primo sta nell'intenzionalità prima dell'atto: alleviare una grave sofferenza non diversamente dominabile.

Il secondo sta nella possibile reversibilità della sedazione. Chi pratica la terapia del dolore sa che in determinate situazioni si può interrompere la somministrazione del farmaco che ha indotto il sonno per rivalutare la situazione clinica in stato di coscienza e decidere i successivi comportamenti terapeutici. Sono le evenienze che si possono verificare con più frequenza negli episodi di grave agitazione psicomotoria, negli episodi convulsivi subentranti, in momenti di gravissime crisi dolorose con perdita di controllo psichico. La sedazione profonda, cioè una sedazione che abolisce lo stato di coscienza, è un provvedimento che fa parte integrante della pratica medica delle cure palliative, è un atto doveroso e riconosciuto legittimo dalla stessa morale cattolica.

Un vecchietto abbandonato

Il professor **Emilio Gatto** apre il suo intervento con la suggestiva immagine di un vecchietto

abbandonato che bussa alla porta di un medico: è il "divino" Ippocrate, ormai irricognoscibile, un tempo onorato col giuramento che impegnava tutti i medici; un impegno che si poteva riassumere in due sole parole: dedizione e disponibilità. Oggi che la tecnologia ha conquistato il terreno diagnostico e terapeutico, accanto agli eclatanti risultati positivi possono emergere nuovi problemi nel rapporto medico-paziente. Così è per l'accanimento terapeutico, inteso come imposizione di sopravvivenza al di là di ogni possibile recupero di condizioni vitali autonome; tenendo anche in considerazione il dispendio di risorse umane ed economiche. Questo criterio limitativo sarebbe stato inimmaginabile fino a pochi decenni fa. In proposito alla difficoltà di valutazione del grado di possibile recupero con l'insistenza terapeutica, cita due casi della sua esperienza medica non recente: in entrambi le probabilità di recupero sembravano così esigue da sconfinare nell'attuale concezione di "accanimento"; ma l'ostinazione terapeutica e l'applicazione di conoscenze scientifiche apparentemente non primarie avevano conseguito l'obiettivo auspicato.

Non meno complesso il problema dell'eutanasia, che equivale, dal punto di vista del richiedente, ad un suicidio assistito. In alcune etnie il suicidio rituale è nella tradizione religiosa. Trasferito in campo medico il rispetto della scelta del richiedente comporta l'intervento di una persona esecutrice: che necessariamente è un medico. Sul piano legislativo il suo rifiuto sarebbe colpa omissiva qualora non fosse ammessa l'obiezione di coscienza. In ogni caso spetterebbe al medico la risposta a due quesiti: la piena capacità di intendere e di volere ("competenza") e la valutazione che la richiesta di eutanasia non sia altro che una richiesta di non soffrire o di soffrire di meno. A questo punto, infatti, si aprirebbe il capitolo della terapia del dolore e dell'amorevole cura del sofferente, che riducono le richieste di eutanasia di oltre il novanta per cento; considerazione da tenere presente anche in tema di testamento biologico.

Welby e Riccio

Il dottor **Marco Fallabrini**, medico, precisa all'inizio del suo intervento di essere membro dell'Associazione Luca Coscioni, che propugna la libertà di ricerca scientifica segnatamente nel campo medico e l'esplicito riconoscimento legale del diritto del cittadino a scegliere la sospensione dell'accanimento terapeutico o di respingere anche l'inizio con una dichiarazione preventiva, come il testamento biologico.

La mancanza di legislazione nel merito si è manifestata in modo eclatante con la vicenda di Piergiorgio Welby, che ha deliberatamente voluto fare della sua morte un atto pubblico.

Infatti la sua battaglia per ottenere il distacco dal ventilatore polmonare era risultata vana e non era servita neanche la lettera da lui inviata al presidente della Repubblica né le espressioni di solidarietà espresse dal Ministro della salute e dal presidente della Commissione sanità del senato. Il dottore Mario Riccio il 20 dicembre scorso ha deciso di aderire, come è noto, alla richiesta di Piergiorgio Welby di essere staccato dal respiratore; il Consiglio dell'Ordine dei medici di Cremona, al quale è iscritto, lo ha proscioltto all'unanimità dall'accusa di comportamento censurabile, in considerazione di tre principi: 1) che il codice etico prevede che nessun malato può essere curato contro la sua volontà; 2) che l'espressione di questa volontà era stata lucida e cosciente; 3) che la sedazione del malato era avvenuta secondo i protocolli internazionali. Quindi laddove la magistratura si è palesata incerta l'Ordine dei medici si è espresso invece con decisione. Peraltro sul tema dell'eutanasia si è aperta una lunga e difficile discussione, dove vengono prese in esame le norme legislative di alcuni stati – come il Belgio e la Francia – e il pensiero della cultura cattolica; nel merito cita un articolo del Cardinal Martini, che invita ad un "supplemento di saggezza per non prolungare i trattamenti quando ormai non servono più alla persona".

Accompagnare alla morte

Il **prof. Giandomenico Sacco**, neuropsichiatra,

mette in guardia dall'orientamento culturale che definisce del tutto insensata l'ostinazione in una strategia terapeutica atta a migliorare, nel tempo della sua protrazione, la qualità della vita. Al medico spetta il compito di chiarire al paziente la differenza tra il "curarlo", nel senso di "guarirlo" (impossibile nel malato a prognosi infausta) e il "curarlo" nel senso di "prendersi cura" di lui. A questo proposito la legge italiana tutela già la scelta di rinunciare a terapie inutili sul piano biologico, fino a configurare teoricamente una possibile eutanasia passiva. Ma poiché nessuno è irrimediabilmente solo sulla terra si può provvedere ad un "accompagnamento" comunitario organizzato, anche senza e oltre la famiglia; esistono in proposito – specialmente all'estero, ma anche in Italia, per merito dell'Associazione Gigi Ghirotti – strutture dotate di medici e personale che consentono di esperire una vita totalmente nuova: ovviamente più povera della precedente sul piano biologico, ma molto spesso ricca su quello mentale, sia sul versante razionale che su quello emotivo-affettivo. Tutto ciò è reso possibile dall'ormai affermata "psichiatria tanatologica" iniziata dalla pioniera Elisabeth Kubler-Ross e sviluppata con i contributi di altri, tra cui David Spiegel di cui sono noti gli spettacolosi successi della psicoterapia di gruppo dei malati terminali. Il relatore ritiene che questa sia la forma di eutanasia veramente degna dell'uomo: infatti è dimostrato che tutti i pazienti terminali che fruiscono di questo dolce accompagnamento collettivo ritirano la loro precedente richiesta di eutanasia formulata dai "se stessi di prima", all'epoca già psicologicamente uccisi dall'isolamento umano. Infatti i nuovi amici (anche "terminali") e i nuovi se stessi sperimentano insieme una rinascita psicologica che avvia ad una morte partecipata, raddoppiando statisticamente la spettanza di vita. Speriamo dunque – conclude il relatore – che non sia questo prolungamento migliorativo che ostinatamente l'attuale società rifiuta.

Alcune considerazioni finali

Anche se è difficile, come moderatore

dell'incontro, estrarre un nocciolo dal ventaglio di opinioni espresse dai relatori, mi sembra che alla domanda posta a tema della tavola rotonda la risposta di massima sia stata affermativa. Infatti si è precisato che il terreno del cosiddetto accanimento terapeutico inizia laddove manca un testamento biologico; e può protrarsi fino al limite dell'eutanasia passiva. All'inizio di questa catena c'è il consenso informato, di cui il testamento biologico è premessa o corollario; alla fine c'è la sedazione terminale e l'eventuale cessazione del trattamento che consente una sopravvivenza puramente biologica. Resta distinta l'eutanasia vera e propria, intesa come atto deliberato per porre fine alla vita.

A questo punto la legge, finora mancante, deve tener presenti due figure caposaldo: la persona assistita e il medico curante, entrambi portatori di diritti e di doveri. Teoricamente la persona assistita ha già pieno diritto di scelta nell'accettare o respingere le cure, anche fossero vitali; ma è ancora in discussione l'espressione preventiva di questo diritto, con un testamento biologico. Dall'altro lato c'è il medico, che ha il dovere istituzionale dell'assistenza e che, qualora se ne astenesse (come nel caso dell'eutanasia passiva) commetterebbe un reato, fino alla possibile accusa di omicidio di consenziente. Compito della legge è dunque tener conto di queste due esigenze formalmente opposte, ma confluenti nell'intento di alleviare ogni sofferenza; considerando la difficoltà di una comune direttiva a fronte di una infinità di situazioni mai uguali. Quindi protrarre la vita ma non il dolore né lo stato vegetativo; e ricordarci, al di là di tutte le diatribe, l'ammonimento di una persona che non può essere accusata di laicismo, santa Teresa di Lisieux: "è inutile scrivere tante belle cose sulla sofferenza; bisogna esserci, bisogna provarla".

Silviano Fiorato

Riportiamo, inoltre, la relazione "Il nuovo codice deontologico e le sfide della bioetica" trattato nel corso del convegno dalla

dr.ssa Gemma Migliaro.

Di questi tempi termini come: accanimento terapeutico, eutanasia e testamento biologico vengono utilizzati sulla stampa, in televisione e nel parlare comune senza che esista un consenso assoluto, sul loro contenuto, e questo è fonte di confusione, fraintendimenti e possibilità di manipolazione mediatica.

La revisione del Codice di deontologia medica, conclusasi il 16.12.2006, ha affrontato anche questi temi e occorre che tutti i colleghi prendano atto delle sue disposizioni.

1. Il nuovo Codice parla di eutanasia all'art. 17 ("Il medico, anche su richiesta del malato, non deve effettuare né favorire trattamenti finalizzati a provocarne la morte"). Quest'articolo è ancora presente nel Codice, mentre, nel corso della discussione era stato proposto di abolirlo; inoltre esso è stato spostato dal titolo III (Rapporti col cittadino) al titolo II (Doveri generali del medico.), mettendo così maggiormente in evidenza il fatto che la Fnomceo considera un punto fermo il divieto di qualunque forma di eutanasia.

2. Il Codice parla di accanimento diagnostico e terapeutico all'art.16 ("Il medico, anche tenendo conto delle volontà del paziente, laddove espresse, deve astenersi dall'ostinazione in trattamenti diagnostici e terapeutici da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute e/o un miglioramento della qualità della vita"). Si prende in considerazione il criterio di beneficiabilità e si parla di qualità della vita senza dare definizioni di cosa si intenda con quel termine. La volontà del paziente sembra essere fattore cogente ma non vincolante sull'operato del medico.

3. L'articolo 38 parla di autonomia del cittadino e direttive anticipate (... " Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà, deve tener conto nelle proprie scelte di quanto precedentemente manifestato dallo stesso in modo certo e documentato.")

Non vi è nessun obbligo assoluto per il medico

e non si fa menzione di testamenti biologici: si parla di manifestazioni di volontà espresse precedentemente, senza dare altre indicazioni, precisando tuttavia che tali volontà devono essere certe e documentate.

In sintesi, occorre porsi la domanda su quale spazio resti per l'autonomia del medico.

Scorrendo il Codice, si osserva come l'art. 19 della versione 1998 "Rifiuto di prestazione d'opera professionale" è diventato art. 22 "Autonomia e responsabilità diagnostico –terapeutica" (Il medico al quale vengano richieste prestazioni che contrastino con la sua coscienza o con il suo convincimento clinico, può rifiutare la propria opera, a meno che questo comportamento non sia di grave e immediato nocumento per la salute della persona assistita e deve fornire al cittadino ogni utile informazione e chiarimento). In esso si riafferma la possibilità per il medico di rifiutare la propria opera quando la prestazione richiesta venga in contrasto con la sua coscienza o con il suo convincimento clinico. La libertà professionale però non è solo libertà di "non fare" o di astenersi; occorre salvaguardare la libertà del vero agire medico, cioè del rapporto terapeutico.

Nonostante la pressione dei mass-media e di correnti ideologiche molto attrezzate ad agire sull'opinione pubblica la categoria medica ha saputo, con questa stesura del proprio codice deontologico, conservare una indipendenza di pensiero che trae fondamento dalla storia millenaria della professione stessa.

Viene ribadita la necessità che si instauri una alleanza terapeutica che non può limitarsi alla burocratica acquisizione di un consenso.

Tramonta invece definitivamente il paternalismo medico ed acquista valore la volontà liberamente espressa del cittadino.

Esisterà comunque sempre una dialettica fra la professione medica, la sua deontologia e leggi dello stato e questo per la tutela della dignità e indipendenza della professione medica e della dignità e salvaguardia del cittadino.

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.

Un saluto al Prof. Ricci



E' mancato il Prof. Giuliano Ricci, con lui abbiamo perso un amico fedele, un consigliere sincero, un esempio chiaro di vita.

Aveva fatto dell'Andi la sua seconda famiglia e come un padre ci ha insegnato tantissimo, soprattutto con l'esempio della sua correttezza e dedizione, arrivando,

per i suoi indiscussi meriti, alle più alte cariche associative ricoprendo per anni anche incarichi Nazionali di grande responsabilità come la Vice Presidenza e la Segreteria Culturale. Ha rivestito ruoli importanti anche nell'Ordine dei Medici di Genova direttamente nel Consiglio dell'Ordine e per molti anni nella Commissione Odontoiatri di cui è stato Presidente. Lo ricorderemo sempre con immutato affetto e ci mancherà per i suoi consigli e per il suo arguto sorriso.

Gabriele Perosino (Presidente Andi Genova, Cooptato Cao Ordine dei Medici di Genova)

12° Premio Andi Genova a Naldini e Casartelli

Venerdì 16 febbraio u.s. si è svolta la cerimonia di consegna del 12° Premio Andi Genova, in occasione della cena associativa di S. Appollonia, Patrona dei Dentisti.

Il premio Tullio Zunino per meriti associativi è andato al dr. Renato Naldini di Livorno, il quale, per anni, a fianco dei "senatori" associativi genovesi ha portato l'Andi a nuovi concetti di modernità ed efficienza.

Il premio Giuseppe Sfregola per meriti Scientifico Culturali e' stato assegnato al dr. Ivano Casartelli di Como, amico dell'Andi Genova e docente di innumerevoli corsi presso la nostra sezione divulgando un'importante cultura alla portata di tutti gli Odontoiatri. Erano presenti all'evento, nella

splendida "Sala degli Specchi" di Villa Spinola, oltre novanta partecipanti tra cui il Presidente Nazionale Andi dr. Roberto Callioni, il Segretario Sindacale Nazionale Andi dr. G. Franco Prada, il Tesoriere Nazionale Andi dr. Gerardo Ghetti ed i presidenti regionali Andi dr. Antonio Libero, dr. Stefano Mirengi e dr. Massimo Gaggero; a rappresentare l'Ordine di Genova c'erano il Segretario Prof. Giovanni Regesta, il Tesoriere dr.ssa Proscovia Salusciev il Consigliere dr. Giorgio Inglese Ganora con il presidente Cao dr. Elio Annibaldi. Le istituzioni erano rappresentate dai Consiglieri regionali dr. Matteo Rosso e dr. Gianni Plinio, dal Comandante dei NAS Regione Liguria Luogotenente Angelo Melpignano ed inoltre, dal Consigliere comu-

nale dr. Emilio Pratonlongo.

Erano presenti i rappresentanti dell'Università, degli Ospedali Genovesi e dell'Associazione Amici di Brugg nonché tutti i dirigenti Andi regionali e provinciali nell'ottica dell'unità della Categoria Odontoiatrica Genovese.

L'ANDI A SAN PATRIGNANO PER COLTIVARE LA VOCAZIONE AL VOLONTARIATO

"I dentisti sono particolarmente sensibili alle istanze dei più deboli. Forte è il loro impegno verso il sociale che si manifesta in molte iniziative. Un impegno che come Andi stiamo valorizzando ed incentivando". Ed una dimostrazione della concretezza di queste parole, pronunciate dal Presidente Nazionale Andi Roberto Callioni al termine del suo indirizzo di

E' stata una bella serata anche con spunti di commozione, ben orchestrata dal neo presidente Andi Genova dr. Gabriele Perosino che ha diretto tutte le premiazioni con navigata maestria insieme ai Segretari dr. Uberto Poggio e dr. Paolo Mantovani.

saluto pronunciato durante l'apertura del secondo Convegno Cooperazione e volontariato odontoiatrico, è stata proprio la due giorni di studio, confronto e ricerca organizzati dalla Fondazione Andi Onlus presso la comunità di San Patrignano. I lavori sono cominciati venerdì 2 marzo con il primo Simposio sulla **Displasia Ectodermica** e sabato 3 marzo con il **Convegno Cooperazione e Volontariato Odontoiatrico**.

Dalla Fnomceo - Legge sui diritti acquisiti per l'esercizio dell'odontoiatria

Nella Gazzetta Ufficiale n. 40 del 17 febbraio 2007 - Supplemento Ordinario n. 41 - è stata pubblicata la Legge comunitaria 2006 (Legge 6 febbraio 2007 n.13) che **chiarisce definitivamente il quadro della legittimazione all'esercizio della professione odontoiatrica**. In particolare vengono apportate le seguenti aggiunte alla legge 409: **art.19** - "ai medici che hanno iniziato la loro formazione universitaria in medicina dopo il 31 dicembre 1984 e che sono in possesso di un diploma di specializzazione triennale in campo odontoia-

trico il cui corso di studi ha avuto inizio entro il 31 dicembre 1994 e che si sono effettivamente e lecitamente dedicati, a titolo principale, all'attività di cui all'articolo 2 per tre anni consecutivi nel corso dei cinque anni che precedono il rilascio dell'attestato"; art. 20 - "i medici che hanno iniziato la loro formazione universitaria in medicina dopo il 31 dicembre 1984 e che sono in possesso di un diploma di specializzazione triennale in campo odontoiatrico il cui corso di studi ha avuto inizio entro il 31 dicembre 1994".

L'associazione Arkè promuove "Un dentista per amico"

Sul territorio del Tigullio, opera dal 2000 l'Associazione di volontariato Arkè, nata per aiutare bambini e ragazzi che versano in gravi condizioni di disagio sociale ed economico. Attualmente il progetto principale dell'Associazione, chiamato **"Un dentista per amico"**, coinvolge oltre cento eccellenti professionisti, dentisti e odontoiatri di Genova

e provincia che prestano gratuitamente la propria opera, curando quasi duecento tra bambini e ragazzi (segnalati dai Servizi sociali del territorio o da Istituti e Comunità) che non avrebbero, altrimenti, la possibilità di ricevere cure privatamente. Sono, inoltre, in programma altri due progetti: una residenza protetta per bambine e adolescenti a rischio o mal-

trattate, e un centro diurno per la prevenzione sociale e il recupero di minori a rischio.

I medici che desiderano aderire a questo progetto possono chiamare al numero 0185/1993260. Chi, invece, volesse soste-

nere l'associazione con un contributo può farlo tramite il c/c 178780.15 Banca Carige Ag.2 Rapallo, ABI 06175 CAB 32112, intestandolo all'Associazione Arkè.

Alessandra Crovetto Chiappori

ANDI GENOVA - CORSI

Sede Corsi: Sala Corsi Andi Genova, piazza della Vittoria 12/6. Per informazioni ed iscrizioni: Segreteria Andi Genova, 010/581190.

Sabato 5 maggio ore 9 - 13

Corso di pedodonzia - dr. Roberto Olivi

Sabato 26 maggio e Sabato 9 giugno

Corso di parodontologia in due giornate:

1° giornata ore 9-13: "Rigenerazione parodontale: nuovi approcci chirurgici e scelta dei materiali", Prof. Maurizio Tonetti.

2° giornata ore 9-13: "La chirurgia muco gengivale finalizzata alla ricopertura radicolare"

Dr. Umberto Romagnoli

Mercoledì 20 giugno - Ore 20-23

Serata di gnatologia - Dr. Giorgio Magnano

CONGRESSO "LIGURIA ODONTOIATRICA" 2007

Genova, venerdì 30 - sabato 31 marzo

Galata Museo del Mare.

Orientamenti clinici riabilitativi; estetica dentale: dal piano di trattamento alla riabilitazione bioestetica.

Per Odontoiatri e Assistenti Studio

Il congresso si articola in due giornate:

- **venerdì 30** con due **corsi** tenuti dal **prof.**

Tomaso Vercellotti (*Preparazione ultrasonica del sito impiantare con Il Piezosurgery*) e dal **prof. Mauro La Banca** (*Chirurgia Orale ed Implantologia: riduzione dei rischi nella pratica quotidiana*).

- **sabato 31** si terrà il **Congresso Odontoiatri** con relatori di chiara fama: d.ssa Francesca Manfrini e dr. Giovanni Manfrini; dr. Albino Triaca, dr. Arturo Fortini, dr. Nikolaos Perakis, dr. Massimo Buda.

- sempre **sabato 31** è previsto il **Congresso**

Assistenti con i relatori: dr. Alberto Grollo, prof. Carlo Guastamacchia, dr. Silvio Falcioni, prof. Marco Mozzati e dr. Matteo Scoletta.

Nella serata di **venerdì 30** a partire dalle 19 ritorna **l'Enjoy in Congress**,

Per informazioni ed iscrizioni contattare esclusivamente la **Segreteria congressuale E20 s.r.l.** tel.010/5960362 - fax. 010/5370882.

E-mail: info@e20srl.com

web-site: www.e20srl.com

CENACOLO ODONTOSTOMATOLOGICO ITALIANO - Sezione ligure

14-15 aprile: corso base teorico e pratico di cefalometria ortodontica: "Tracciato semplificato, tracciato postero-anteriore". 46 crediti E.C.M.. Resp.: dr. K. Akhavan Sadeghi. Sede: c/o studio del presidente dr. K. A. Sadeghi: via Cesarea 3/2 Genova.

12 maggio e 7 luglio: Corso avanzato di gnatologia. In fase di accreditamento - Responsabile: dr. P. Silvestrini.

COI-AIOG Elezioni

Il Cenacolo Odontostomatologico Ligure, sede locale del COI AIOG, ringrazia la CAO per i graditissimi auguri ricevuti in occasione dell'insediamento del nuovo Presidente e del nuovo Consiglio Direttivo. Ribadendo il suo impegno nel promuovere dialogo, formazione ed aggiornamento tra tutte le figure professionali dell'odontostomatologia, il Cenacolo Odontostomatologico Ligure presenta il suo Consiglio Direttivo. Presidente: dr. Kamran Akhavan Sadeghi, Vicepresidente: dr. Roberto Armanino, dr. Piero Silvestrini, Segretario: dr.

STRUTTURE PRIVATE		INDIRIZZO E TEL.	SPECIALITA'								
IST. TARTARINI		GE - SESTRI P.	PC	Ria	RX	RT	TF	S	DS		
Dir. Tec.: D.ssa M. C. Parodi, biologa Spec.: igiene or. lab.		P.zza Dei Nattino 1									
Dir. Tec.: Dr. A. Picasso Spec.: radiologia		010/6531442									
Dir. Tec.: D.ssa I. Parola Spec.: med. fisica e riabil.		fax 6531438									
IST. TURTULICI RADIOLOGICO TIR		GENOVA			RX	RT		DS	TC	RM	
Dir. San.: Dr. Vincenzo Turtulici		Via Colombo, 11-1° piano									
Spec.: radiologia medica		010/593871									
IST. VALE		GENOVA	PC	Ria				S	DS		
Dir. San.: G.B. Vicari		Via Carlo Rolando, 87 r									
Spec.: Medicina nucleare		010/414903									
Punto prelievi		Via Monte Zovetto 9/2									
EMOS c/o il Baluardo		GENOVA	PC						DS		
Dir. Tec.: Prof. E. Salvidio già dir. scuola di spec. in ematologia clinica e di laboratorio		Via Calata Marinetta, 30									
R. B.: Prof. D. Fierro Spec.: radiologia		Porto Antico									
Punto prelievi		Via G. Torti 30/1									
		010/2472149 fax 2466511									
		010/513895									
ISTITUTI NON CONVENZIONATI SSN			SPECIALITA'								
LABORATORIO ALBARO certif. ISO 9001/2000		GENOVA	PC	Ria	RX	TF	S	DS	TC	RM	
Dir. San.: Prof. R. Bonanni Spec. in Ematologia		Via P. Boselli 30									
Microbiologia medica, Anatomia patologica		010/3621769									
R.B.: D.ssa M. Clavarezza Spec.: Igiene		Num. V. 800060383									
R.B.: L. De Martini Spec.: Radiologia											
R.B.: Prof. M.V. Iannetti Spec.: cardiologia		www.laboratorioalbaro.com									
ISTITUTO IL BALUARDO certif. ISO 9002		GENOVA			RX	TF	S	DS	TC	RM	
Dir. San.: Prof. E. Salvidio prof. onor. in clin. med.		P.zza Cavour									
R.B.: Prof. D. Fierro Spec.: Radiologia		Porto Antico									
R.B.: Dr. M. Dogliotti Spec.: Fisiocinesiterapia		010/2471034									
R.B.: Dr. G. Bavastro Spec.: Cardiologia		fax 2466511									
IST. BOBBIO 2		GENOVA					TF	S			
Dir. San. e R.B.: Dr. S. Diociaiuti		Via G. B. D'Albertis, 9 c.									
Spec.: Fisiatria		010/354921									
CENTRO MEDICO ELLE-EMME		GENOVA PRA'					TF	S	DS		
Dir. Tec.: Dr. G. Leoncini		Via Sapello, 2									
Spec.: Cardiologia - Spec.: Pneumologia		010/667066									
Spec.: Medicina dello Sport											
TMA - TECNOLOGIE MEDICHE AVANZATE		GENOVA			RX			S	DS	TC	RM
Dir. Tec.: Dr. A. Gambaro certif. ISO 9001:2000		Via Montallegro, 48									
Spec.: Radiodiagnostica		010/316523 - 3622923									
www.montallegro.it/TMA tma@montallegro.it		fax 010/3622771									
STUDIO GAZZERRO		GENOVA			RX	TF	S		TC	RM	
Dir. San.: Dr. Corrado Gazzerro		Piazza Borgo Pila, 3									
Spec.: Radiologia		010/588952									
www.gazzerro.com		fax 588410									
RIABILITA		GENOVA						TF			
Dir. Tec.: Dr. G. M. Vassallo		Via Montallegro, 48 c									
Spec.: Fisiatria		010/3622448									
Spec.: Medicina dello sport		fax 010/3622771									

LEGENDA: PC = Patologia Clinica, TF = Terapia Fisica, R.B. = Responsabile di Branca, Ria = Radioimmunologia, S = Altre Specialità, L.D. = Libero Docente, MN = Medicina Nucleare in Vivo, DS = Diagnostica strumentale, RX = Rad. Diagnostica, TC = Tomografia Comp., RT = Roentgen Terapia, RM = Risonanza Magnetica