

Genova Medica

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

Giugno 2007

www.omceoge.org



Editoriale

Intramoenia: un tavolo tecnico dell'Ordine

Cronaca & attualità

Prima Conferenza tecnica della rete oncologica ligure

In primo piano

Risk management: il progetto di Villa Scassi

Note di diritto sanitario

Giurisprudenza e informazione specialistica

SPECIALE INSERTO
Accordo integrativo regionale per i pediatri

Notizie dalla C.A.O.



Genova Medica

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

www.omceoge.org

6/2007
Giugno

"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 Intramoenia: un tavolo tecnico dell'Ordine

In primo piano

3 Risk management: il progetto Villa Scassi

Cronaca & attualità

7 1° Conferenza tecnica della rete oncologica ligure

13 Campagna di comunicazione sulla tessera sanitaria

14 Pancreatite cronica ed alcol": nuovi traguardi

Note di diritto sanitario

9 Giurisprudenza e formazione specialistica

10 Medici universitari: i difficili equilibri tra ricerca e
attività assistenziale

12 Conciliazioni delle controversie civilistiche in Sanità

Medicina & volontariato

15 E' nata l'associazione Onlus "Medici in Africa"

16 Recensioni

17 Corsi & Convegni

Medicina & cultura

18 Il vero volto della donna di oggi

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

sommario

SPECIALE INSERTO (pagine centrali)

Accordo integrativo regionale per i pediatri

Periodico mensile - Anno 15 n°6 giugno 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:** "The doctor" di Alberto Godoy. **Finito di
stampare nel mese di giugno 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 59.35.58
E-mail: ordmedge@omceoge.org

Attività libero professionale intramoenia: un tavolo tecnico dell'Ordine

A quasi un anno di distanza dall'entrata in vigore del contestatissimo Decreto Bersani che ancora oggi continua a provocare accese reazioni in molte categorie professionali, ecco profilarsi all'orizzonte la scadenza dell'ennesima, ulteriore proroga del 31 luglio 2007, fissata per gli interventi strutturali da parte delle aziende sanitarie per attuare gli spazi necessari a garantire ai medici lo svolgimento dell'attività libero professionale intramoenia. Il Decreto prevedeva anche che, in caso contrario, i direttori generali potessero essere "commissariati" dalle regioni alle quali erano affidati i controlli sulle modalità di svolgimento di detta attività e l'adozione di eventuali misure "punitive" nei confronti delle aziende inadempienti.

Grazie al Decreto Bindi, già nel 1999, tale attività era salita agli onori della cronaca e in allora si era scontrata con la dura realtà: la mancanza degli spazi all'interno delle strutture ospedaliere e le sacrosante critiche di un Ordine professionale: il nostro, che cercava di bloccare l'attivazione considerandola antideontologica.

Nel corso degli anni ci sono stati anche dei cambiamenti e l'attività professionale intramoenia si è "allargata", ma nella sostanza non è cambiata; anzi, si sono evidenziate anche delle naturali storture che la Commissione Sanità del Senato ha puntualmente dichiarato in una sua recente relazione che il settimanale "L'Espresso" ha riportato in un articolo piuttosto discutibile e di basso profilo.

Come succede spesso nel nostro Paese di fronte all'ennesima scadenza alla quale non è possibile far fronte ecco pronto un nuovo disegno di legge, che fissa una ulteriore proroga di un anno e stabilisce anche disposizioni in materia

di sicurezza delle strutture sanitarie e gestione del rischio clinico per la sicurezza dei pazienti, incluso il rischio di infezioni nosocomiali. Sull'argomento è intervenuto anche il collega **Amedeo Bianco** che, in una intervista, ha dichiarato che "dobbiamo partire dagli interessi dei cittadini ai quali va consegnato un sistema trasparente e nel rispetto dei loro diritti".

Proprio nel rispetto di questi diritti che coincidono con quelli dei medici, **il Consiglio dell'Ordine di Genova**, nella seduta del 31 maggio, **ha istituito un tavolo tecnico sulla libera professione intramoenia, coordinata dal segretario dell'Ordine G. Regesta e dai consiglieri N. Boidi, A. Cagnazzo, R. Ghio e A. De Micheli.** L'impegno dell'Ordine è come quello di dieci anni fa quando allora si contestava duramente l'attuazione di un'attività non condividendone le finalità. Ora che tale attività, però, ha ormai preso campo è necessario ed indispensabile che ai medici venga garantita l'effettiva libertà di esercizio della libera professione in spazi attrezzati, distinti e rispettosi del decoro e della dignità professionale.

La qualità oggi è fondamentale, lavorare in ambienti decorosi significa offrire al cittadino la tranquillità di un servizio erogato con qualità e consapevolezza, mettendo in atto tutte le misure necessarie per ridurre al minimo il rischio clinico. La nostra professionalità deve essere difesa a tutti i costi, non permettiamo che venga svilita, piuttosto rifiutiamoci di svolgere la nostra attività laddove non veniamo rispettati o ancor peggio ci viene millantato sulla carta quella che in pratica non è possibile.

Ricordatevi che l'Ordine è al Vostro fianco e questo tavolo tecnico lo dimostra.

Enrico Bartolini

Risk management: un approccio integrato ed interdisciplinare per la gestione del rischio

Prosegue l'indagine sui programmi per la gestione del rischio clinico negli ospedali di Genova e Provincia promossa dalla Commissione dell'Ordine (componenti: A. Cagnazzo, M. Leone, A. Molinelli, E. Nardelli, M. Paccione, F. Ventura). Pubblichiamo la relazione dell'azienda ospedaliera Villa Scassi a cura dell'avv. Giovanna Depetro, direttore responsabile dell'Unità operativa Affari generali e project manager per il Risk management e di Pierpaolo Maggioni direttore responsabile SOAS.

Sulla base delle recenti linee guida regionali, l'azienda ospedaliera Villa Scassi ha attivato, al proprio interno, un progetto di "Risk management" per la gestione del rischio come strumento di governo clinico.

Gli obiettivi generali di una strategia di gestione integrata del rischio sono:

1. adottare un approccio integrato alla gestione del rischio;
2. assicurare che le metodologie della gestione del rischio siano diffuse a tutti i livelli dell'organizzazione e sistematicamente adottate;
3. valutare l'andamento dei livelli di rischio;
4. garantire che la gestione del rischio sia coerente ed a supporto del raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali;
5. migliorare la qualità del servizio offerto ai pazienti;
6. intraprendere azioni per prevenire e ridurre l'incidenza di eventi avversi;
7. minimizzare i costi umani degli eventi avversi;
8. minimizzare le conseguenze finanziarie e di immagine degli eventi avversi;

9. minimizzare i rischi associati all'implementazione di nuove tecnologie ed attività;
10. gestire in modo efficace ed efficiente il rapporto con le assicurazioni.

Per agevolare la gestione sistemica del progetto sono stati identificati tre diversi livelli:

1 livello strategico, gestito da una Commissione aziendale di Risk management, ora definita U.G.R. (Unità di gestione del rischio) costituita da:

- ◆ direttore sanitario;
 - ◆ direttore di presidio;
 - ◆ direttori di dipartimento;
 - ◆ dirigente responsabile dell'U.O. Sviluppo organizzativo attività sanitarie;
 - ◆ project manager responsabile del progetto aziendale di risk management e dirigente responsabile dell'U.O. Affari generali e legali;
 - ◆ dirigente responsabile del Servizio prevenzione e protezione aziendale;
 - ◆ responsabile dell'ufficio Qualità-urp ed avente la funzione di definire-istituire gruppi di analisi del rischio, individuare i referenti per l'analisi clinica del rischio nelle singole strutture coinvolte, analizzare i reports provenienti dalle varie fonti informative, sviluppare i piani di azione per la gestione ed il trattamento dei rischi sulla base di priorità e trattabilità, fornire indirizzi strategici e sviluppare strategie di prevenzione, soluzioni organizzative e correttive, sviluppare linee formative e monitorare l'evoluzione nel tempo degli eventi indesiderati.
- Detta U.G.R. può, per snellezza di procedure, di volta in volta, avvalersi delle professionalità ritenute necessarie per lo svolgimento delle proprie funzioni ed in particolare dell'apporto delle strutture deputate alla formazione, al

controllo di gestione, alla farmacia, al servizio infermieristico, nonché di ulteriori rappresentanti delle strutture sanitarie particolarmente interessati e competenti sul tema del risk management e di rappresentanti delle associazioni di tutela dei diritti dei cittadini.

E' stata pure stipulata una convenzione con San Martino e le cliniche universitarie convenzionate per la fruizione di prestazioni consulenziali di tipo medico legale, per l'elaborazione di linee guida e modalità operative per l'implementazione e gestione operativa del progetto di Risk management, monitoraggio della reportistica, sviluppo di piani di azione per la gestione ed il trattamento dei rischi sulla base delle priorità e trattabilità individuate e per l'attuazione di strategie di prevenzione, correttivi e linee formative.

② Livello di pianificazione e coordinamento: area tecnico scientifica di coordinamento e di effettiva gestione delle attività volte a ridurre il rischio, compresa l'attività di formazione e di diffusione dei principi e dei metodi di gestione del rischio, rappresentata dalle Unità operative Affari generali e legali, Sviluppo organizzativo attività sanitarie, Servizio di prevenzione e protezione, Ufficio qualità-Urp, Servizio informativo aziendale;

③ Livello di implementazione e gestione, rappresentato dalla rete operativa dei referenti di progetto all'interno delle strutture aziendali interessate dallo stesso, con il compito di facilitare l'implementazione degli strumenti nelle proprie realtà operative e di diffondere nelle stesse un corretto approccio all'errore ed alla sicurezza.

La Commissione Risk management aziendale ha immediatamente avviato i suoi lavori, delineando un cronoprogramma di interventi per l'implementazione del progetto.

In sostituzione di una schedatura cartacea dei sinistri, **dal 2004 l'Azienda ha a disposizione**

presso l'U.O.Affari Generali e Legali una banca dati informatica che consente l'analisi dell'andamento storico dei sinistri per tipologia di evento e delle relative eventuali vertenze per tutte le polizze aziendali.

Dal 2002 è stato inserito nella polizza assicurativa RCT/RCO un sistema di monitoraggio della gestione della polizza stessa ed avviate procedure organizzative che riducono i tempi di documentazione delle richieste risarcitorie. L'obiettivo è quindi quello di sviluppare ulteriormente dette banche dati, valutarne l'interrelazionabilità ed incrementarle con strumenti di risk management per il monitoraggio dei "quasi eventi" (*incident reporting*), al fine di pianificare azioni e correttivi incidenti sulla sinistrosità aziendale.

Il progetto aziendale è stato avviato lavorando su quello esistente fin dal 1995 e che ha rappresentato, inconsapevole, l'attività di Risk management:

- ◆ dal 1995 redazione del Documento della sicurezza di cui al Dlgs 626/94 e suo costante aggiornamento;
- ◆ dal 1999, distribuzione ai dipendenti di nota informativa sulla prevenzione incendi;
- ◆ dal 2002, contrattualizzazione della reportistica sull'andamento delle polizze assicurative e attivazione di procedura di gestione dei reclami;
- ◆ nel 2003, designazione dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza; approvazione di norme interne per la protezione e sicurezza relativa alle radiazioni ionizzanti e individuazione dei responsabili degli impianti radiologici e di risonanza magnetica;
- ◆ dal 2004, costituzione di banca dati informatica dei sinistri in sostituzione di quella cartacea e formazione del personale sulla prevenzione incendi;
- ◆ nel 2005, approvazione del documento di valutazione del rischio incendio e pianificazio-

ne dell'emergenza, con individuazione degli addetti all'emergenza e approvazione di norme interne per la sicurezza dell'impianto e della sala di risonanza magnetica total body;

◆ complessivo rinnovo programmato del parco elettromedicali ed affidamento ad ATI specializzata in ingegneria clinica della relativa manutenzione;

◆ adozione di procedure, interventi organizzativi, formativi e strutturali per l'utilizzazione di agenti e/o sostanze e/o materiali a rischio chimico o biologico;

◆ realizzazione tra il 2004 ed il 2005 di sistema di accesso controllato e monitoraggio costante degli accessi alla cinta ospedaliera con apparato di videosorveglianza e personale vigilanza;

◆ nel 2005 certificazione delle Unità operative di Medicina d'urgenza, Centro trasfusionale, Centro grandi ustionati, Cardiologia, UTIC, Anestesia e rianimazione, Laboratorio analisi, Gestione risorse, Ufficio qualità.

La Commissione risk management ritiene che il progetto debba coinvolgere tutte le realtà aziendali, ma nello stesso tempo, ha considerato utile, per il raggiungimento in tempi ragionevoli di risultati apprezzabili, l'avvio dello stesso in aree pilota: medicina d'urgenza, ostetricia e ginecologia, ortopedia.

In quest'ottica sono stati individuati due referenti (uno di area medica ed uno di area infermieristica) per ognuna delle strutture sanitarie aziendali e progettata una scheda di Incident reporting per la segnalazione spontanea anche dei "near miss".

Come indispensabile, peraltro, in ogni progetto innovativo, è stato previsto anche un passaggio formativo, che ha interessato tre target, con l'obiettivo di ottenere che la funzione di gestione del rischio clinico permei l'intera organizzazione:

1. livello strategico (Commissione Risk

management);

2. figure di coordinamento della funzione di gestione del rischio clinico di tutte le UU.OO. Aziendali;

3. operatori e professionisti delle Unità operative coinvolte nella fase sperimentale di applicazione dello strumento di Incident reporting (medicina d'urgenza, ostetricia e ginecologia, ortopedia).

La formulazione del progetto formativo è stata orientata all'acquisizione di conoscenze di base e specifiche anche metodologiche ed all'adozione di atteggiamenti culturali facilitanti l'attività di gestione del rischio clinico.

Lo stesso si è articolato, nel periodo di giugno-luglio 2005, in quattro diversi corsi (principi e metodi di clinical risk management; root cause analysis; gestione del rischio clinico; incident reporting), per un totale di 32 ore di lezione, con presentazione anche di un'esperienza ormai consolidata in materia da parte dell'Asl di Modena.

Nel corso del 2006, essendosi riscontrata una non sufficiente trasmissione delle informazioni da parte dei referenti aziendali di progetto al rimanente personale delle strutture, sono stati organizzati ulteriori n.10 corsi sui principi generali del Risk management e sull'Incident reporting, per un totale di circa 80 ore di lezione, coinvolgenti tutto il personale medico e del comparto sanitario di ulteriori otto strutture complesse aziendali. Per il 2007 è prevista l'attivazione di ancora n.22 analoghi corsi a completamento della formazione di base di tutto il personale medico e del comparto sanitario delle rimanenti strutture complesse aziendali, per un totale di circa 176 ore di lezione. Nel corrente anno 2007, inoltre, stante la comunanza di interessi nell'implementazione della qualità delle prestazioni aziendali per quanto attiene accreditamento, certificazione e risk management, la Direzione azien-

dale ha deciso di individuare due referenti per ogni struttura sanitaria unici per i tre suddetti progetti aziendali. L'avvio del progetto ha consentito, peraltro, già in questa fase, stante la concomitanza con la



procedura di gara di rinnovo delle polizze assicurative aziendali, di raggiungere un immediato obiettivo di risparmio economico, che già solo per la polizza RCT/RCO, avente la maggiore incidenza sui costi aziendali, ha superato addirittura il 50%.

Nell'ambito del nuovo contratto assicurativo inoltre, nel corso del 2007, sono stati avviate riunioni gestite dalle Unità operativa Affari generali e legali, SOAS e medici specialisti nelle aree coinvolte, per l'analisi, con gli strumenti del Risk management (audit, RCA), di casi aziendali di sinistro per i quali la valutazione medico legale delinea profili di possibile risarcibilità.

Nel corso del 2006 per sensibilizzazione da parte di alcuni professionisti operanti all'interno di Villa Scassi, che avendo avuto esperienza di *audit clinico* nel corso di attività svolte all'estero, è stato espressamente richiesto alla Direzione sanitaria di porre in atto un periodo di sperimentazione di tale attività all'interno del Dipartimento chirurgico che ha coinvolto le Unità operative di Chirurgia generale, Chirurgia vascolare ed urologia. Queste iniziative spontanee hanno creato interesse in altre Unità operative aziendali, facilitandone il successivo coinvolgimento in analoghe esperienze. **Si è quindi arrivati a definire un modello di audit condiviso con le Unità operative aziendali** che ha portato alla diffusione dello strumento in tutta l'Azienda ed alla progettazione di un programma di auditing per l'anno 2007 correlato al sistema di budgeting.

In particolare sono state assunte nel 2007 ini-

ziative di audit interdipartimentale coinvolgenti le Unità operative di area medica e chirurgica per l'analisi del pneumotorace idiomatico. Tale attività è in corso anche all'interno del Dipartimento

materno infantile ove si sta effettuando la scelta della patologia sulla quale focalizzare l'attività dei gruppi.

E' prevista l'estensione dell'esperienza di auditing nel 2007 anche all'interno del Dipartimento di chirurgia ove è stata proposta l'analisi della patologia "neoplasia della mammella". Per quanto attiene i tempi di implementazione dell'attività sopra descritta: a partire dalla seconda metà del marzo 2007 hanno avuto luogo i primi incontri di audit relativi al pneumotorace ed a seguire verranno sviluppate le ulteriori iniziative sopra citate.

Dette analisi consentiranno di individuare possibili latent failure, con conseguenti interventi organizzativi correttivi, in applicazione del principio alla base del progetto aziendale: "imparare dall'errore".

Sempre nel 2007 verrà attivato presso una Sala operatoria di chirurgia un'analisi FMEA/FMECA del percorso di identificazione ed accettazione del paziente.

Il Cio (Comitato infezioni ospedaliere) aziendale, ricostituito nel 2005, monitorizza eventi sentinella relativi alle infezioni ospedaliere, attenendosi alle indicazioni del Ministero della Salute e del W.H.O. Inoltre è impegnato a sviluppare un monitoraggio continuo sulle infezioni del sito chirurgico all'interno dei gruppi operatori aziendali.

I dati relativi alle segnalazioni dei reparti di eventi sentinella vengono raccolti in un data base aziendale, i cui reports mensili sono disponibili in intranet, unitamente ai risultati delle analisi di Laboratorio relative agli stessi.

Prima Conferenza tecnica della rete oncologica ligure

L16 maggio si è tenuta la prima conferenza tecnica della Rete oncologica ligure, incentrata sulle problematiche relative alle linee guida per la prevenzione, diagnosi e terapia del carcinoma mammario e del carcinoma coloretta-
le, vertendo sulla presentazione degli indicatori che saranno utilizzati per monitorare e promuovere la qualità assistenziale in queste due neoplasie su tutto il territorio ligure.

Di fatto, la conferenza ha segnato l'avvio della fase operativa della Rete, ma soprattutto ha sancito il principio che rappresenta la "rivoluzione" del modo di concepire la valutazione della sanità da parte della Regione Liguria e delle Aziende Sanitarie: da oggi, in queste due neoplasie, (presto anche in altri tumori di grande impatto sociale), l'assistenza ricevuta dalla popolazione ligure viene valutata in base all'adeguatezza e appropriatezza delle risposte ai bisogni sanitari della popolazione. Pertanto, l'analisi dell'assistenza in termini di efficienza, di volumi di prestazioni prodotti, o anche di disponibilità di risorse tecnologiche avanzate è affiancata da rilevazioni, quanto più possibile oggettive, su indicatori di qualità e di processo.

In pratica, l'attenzione si sposta da chi fornisce le prestazioni a chi le riceve.

L'obiettivo è quello di creare un sistema di garanzie in campo oncologico, per cui ogni individuo che entra in contatto con il sistema sanitario ligure per qualsiasi motivo, di prevenzione, diagnosi o terapia oncologica, deve poter contare su un'organizzazione complessiva, un sistema appunto, che ha la responsabilità di prendersi carico dei suoi reali bisogni sanitari e soddisfarli in maniera adeguata, utilizzando tutte le risorse disponibili all'interno del sistema. Sembra un concetto scontato, ma non lo è: la sanità italiana, negli ultimi lustri, nel perseguire sacrosanti

obiettivi di efficienza attraverso l'aziendalizzazione, ne ha talvolta travisato le implicazioni, introducendo elementi di concorrenza tra le varie aziende. Riportando al centro del sistema sanitario regionale il cittadino, se ne sancisce la missione primaria al cui raggiungimento devono concorrere tutte le sue componenti. Le parole chiave diventano quindi collaborazione e integrazione tra strutture, tra ospedali specializzati e ospedali generali, tra ospedali e strutture e operatori del territorio, finalizzate al raggiungimento di standard elevati e omogenei di qualità assistenziale. Non è infatti concepibile che a due pazienti liguri con la stessa affezione ma residenti in aree diverse vengano offerti trattamenti diversi, uno dei quali è potenzialmente subottimale: se le differenze nell'offerta sono legate alla disponibilità di competenze specialistiche e/o di tecnologie, distribuite, per ovvi motivi, in modo disomogeneo sul territorio ligure, è compito del Sistema sanitario regionale garantire a tutti i pazienti l'accesso ai migliori trattamenti, promuovendo la collaborazione e l'integrazione tra i diversi soggetti. Se invece il differente trattamento è legato ai diversi orientamenti dei professionisti, il Ssr deve promuovere il confronto tra questi per arrivare alla definizione di standard condivisi e ottimali di comportamento.

La Regione Liguria ha scelto di partire proprio da quest'ultimo aspetto, e di non di impegnarsi inizialmente in interventi di riorganizzazione che fatalmente avrebbero comportato un certo grado di arbitrarietà, data la mancanza di informazioni sull'assistenza oncologica in Liguria. Ha così avviato la definizione e la rilevazione di una serie di indicatori che dovrebbero permettere di valutare la qualità di questa assistenza. Questi indicatori, che sono stati identificati da gruppi di lavoro specialistici espressione delle diverse

realità sanitarie liguri, sono derivati da autorevoli Linee guida nazionali e internazionali che diventano quindi il riferimento qualitativo per l'assistenza oncologica ligure. L'ipotesi di specifiche Linee guida regionali non viene abbandonata (anzi, su alcuni temi specifici, come quelli preventivi e diagnostici, queste sono già pronte) ma viene perseguita in un'ottica pragmatica, tenendo conto della grande quantità di risorse necessarie per la loro preparazione e del fatto che molte altre regioni si stanno impegnando nella stessa direzione, per cui è presumibile una confluenza degli sforzi in un'unica iniziativa nazionale. La rilevazione degli indicatori su tutta l'area ligure sarà progressivamente avviata nei prossimi mesi, mentre contemporaneamente lo stesso processo sarà attivato in altre neoplasie, definendo gli indicatori e iniziandone la rilevazione. È da notare, a questo proposito, che alcuni tra gli specialisti coinvolti cambiano a seconda della sede di ogni neoplasia, per cui, ad esempio, quando si affronteranno le neoplasie polmonari sarà necessario coinvolgere pneumologie e chirurgia toraciche, mentre nel c. prostatico non si potrà prescindere dalle urologie. In alcuni gruppi di neoplasie, come quelle emolinfopoietiche, la rete collaborativa è già una realtà di fatto, per cui il compito della Rete oncologica ligure è quello di formalizzarne la composizione, la metodologia di lavoro, e gli indicatori di qualità. Esistono, poi, professionalità e attività il cui ruolo è trasversale e in buona parte simile in tutte le neoplasie: queste includono tutte le terapie di supporto, i trattamenti delle tossicità derivanti da trattamenti antineoplastici, i trattamenti e la prevenzione in campo riabilitativo, la diagnostica e l'assistenza in ambito psicologico. In questi settori, gli standard assistenziali e gli indicatori di qualità sono sviluppati prescindendo, almeno in parte, dalle singole neoplasie.

Nel corso del 2008 dovrebbe così rendersi pro-

gressivamente disponibile un quadro complessivamente ma sufficientemente dettagliato della qualità dell'assistenza oncologica in Liguria, che permetterà di mettere in evidenza gli eventuali aspetti critici a livello locale o generale, con le eventuali carenze o aree di inappropriatazza: sarà così possibile focalizzare gli interventi (strutturali, organizzativi, formativi, o altro) sulla base di priorità definite da bisogni assistenziali non (completamente) soddisfatti. D'altra parte, la consapevolezza che è in atto la rilevazione di indicatori che fanno riferimento a Linee guida di autorevolezza indiscussa, funzionerà probabilmente da stimolo per le Aziende, inducendole a fornire a strutture e operatori gli strumenti, non solo tecnologici, necessari per il miglioramento della qualità assistenziale e generando una positiva dialettica all'interno della sanità ligure: è quindi verosimile e (sperabile) che queste rilevazioni forniscano risultati che già risentono positivamente della rilevazione stessa.

In conclusione, la rete Oncologica della Regione Liguria rappresenta un progetto innovativo e di grande complessità, anche perché si interfaccia con altre iniziative, come quelle della Commissione regionale sui farmaci antineoplastici innovativi, dei Registri di incidenza, mortalità e dei referti delle anatomie patologiche, e soprattutto con la Rete regionale cure palliative, molto più strutturata anche sul piano organizzativo. Un progetto di questo tipo può rappresentare, per la Liguria e per l'Italia, un prototipo per interventi di sanità pubblica che riescano a produrre concreti benefici sul piano assistenziale e organizzativo, senza assumere quelle connotazioni eccessivamente dirigiste e vincolanti che possono talora comprimere la professionalità degli operatori della sanità, appiattendola su ruoli prevalentemente burocratici.

Claudio Montaldo

Assessore alla Salute - Regione Liguria

Giurisprudenza e formazione specialistica

Il Consiglio di Stato, con sentenza n.1909/2007 depositata il 02/05/2007, ha ribadito il diritto del medico già specialista ad iscriversi ad altri corsi di specializzazione.

Nel recente passato la tematica è stata oggetto di ampie dispute giurisprudenziali, segnatamente legate alla previsione dell'art. 34 comma 4 D.L.vo 368/99.

Secondo tale disposto, infatti, l'accesso alla formazione specialistica non era consentito ai titolari di specializzazione ovvero di diploma di formazione specifica in medicina generale conseguiti ai sensi delle norme vigenti.

La Corte Costituzionale, chiamata a valutare la conformità o meno ai precetti costituzionali del citato art. 34 comma 4, ne ha dichiarato l'illegittimità con sentenza n. 219 del 25 maggio 2002.

Nella motivazione del provvedimento la Consulta si è dilungata ad esaminare la norma censurata sotto diversi profili, in particolare rilevando un'ingiustificata compromissione del diritto allo studio, riconosciuto dall'art. 34 della Costituzione.

Secondo i giudici, un'opzione legislativa volta a garantire al maggior numero possibile di laureati in medicina un'opportunità di inserimento professionale attraverso l'acquisizione del titolo specialistico non poteva condurre al veto rigido ed assoluto imposto dalla norma censurata e, pertanto, si sono così espressi: *"...il legislatore, se può regolare l'accesso agli studi, anche orientandolo e variamente incenti-*

vandolo o limitandolo in relazione a requisiti di capacità e di merito, sempre in condizioni di eguaglianza, e anche in vista di obiettivi di utilità sociale, non può, invece, puramente e semplicemente impedire tale accesso sulla base di situazioni degli aspiranti che - come il possesso di precedenti titoli di studio o professionali - non siano in alcun modo riconducibili a requisiti negativi di capacità o di merito...".

In questo contesto la Corte, rammentando che il possesso del titolo specialistico si risolve in un indispensabile requisito per lo svolgimento dell'attività professionale in determinati ambiti, non ha mancato di ricollegare al diritto allo studio altro diritto, parimenti tutelato dalla Costituzione, e cioè quello *"di aspirare a svolgere, sulla base del possesso di requisiti di*

idoneità, qualsiasi lavoro o professione, in un sistema che non solo assicuri la "tutela del lavoro in tutte le sue forme ed applicazioni"

(art. 35, primo comma, della Costituzione) ma consenta a tutti i cittadini di svolgere, appunto "secondo le proprie possibilità e la propria scelta", un'attività o una funzione che concorra al progresso materiale o spirituale della società (art. 4, secondo comma, della Costituzione)".

Il suesposto orientamento, quindi, è stato doverosamente recepito dal Consiglio di Stato nella sentenza in esame nella quale, mutuando dalle argomentazioni della Consulta, si ribadisce che una totale preclusione all'accesso ad un nuovo curriculum formativo e ad una nuova specializzazione introduce una *"irragionevole limitazione al diritto di studio ed un arbitrario impedimento irrevocabile al mutamento delle scelte lavorative e professionali dei medici"*.

Avv. Alessandro Lanata



Medici universitari: i difficili equilibri tra ricerca e attività assistenziale

È stata recentemente depositata una sentenza del Tar Lazio (sez. III, 21-2-2007) che affronta i rapporti problematici tra attività assistenziale ospedaliera e attività scientifica universitaria.

Il caso trae origine da un chirurgo napoletano, ricercatore universitario di ruolo, che, avendo optato per il rapporto di lavoro non esclusivo, si è sentito rispondere che "il rapporto di lavoro non esclusivo comporta l'opzione per il tempo definito universitario, secondo l'automatismo previsto dal comma 12 dell'art. 5 del d.lgs. 517/1999".

Ora, senza riprendere in questa sede il noto balletto normativo degli ultimi anni in tema di esclusività o meno del rapporto di lavoro e di relativa reversibilità dell'opzione esercitata, occorre concentrarsi sui profili di maggior rilievo che emergono dalla decisione del Tar:

- 1** - la praticabilità dell'opzione tra attività esclusiva o meno, in assenza di strutture per l'esercizio della libera professione *intra moenia*;
- 2** - la necessità di optare per l'attività esclusiva come requisito per ottenere incarichi di direzione dei programmi finalizzati alla integrazione delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca, oltre che ai fini dell'attribuzione di incarichi di direzione di strutture semplici e complesse;
- 3** - il rapporto tra il potere organizzativo del direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria e l'autonomia didattico-scientifica del medico professore universitario;
- 4** - il legame tra tempo pieno assistenziale e tempo pieno universitario.

La prima questione viene rapidamente accantonata dai giudici. Si afferma, infatti, che le recenti modifiche normative (da ultimo l'art.

22 bis del decreto-legge n. 223/2006) hanno introdotto la possibilità di svolgere attività intramuraria anche presso lo studio del singolo medico. Ciò, a parere del Tar, "elimina in radice la problematica afferente alla carenza di strutture idonee all'esercizio dell'attività", rendendo dunque immediatamente praticabile la scelta tra esclusività o meno dell'attività professionale. La seconda questione viene risolta in modo ancora più spiccio, richiamando la modifica operata con legge n. 138/2004, in base alla quale "la non esclusività del rapporto di lavoro non preclude la direzione di strutture semplici e complesse". Questa previsione, in virtù del richiamo operato dal d.lgs. n. 517/1999, si applica tanto ai medici ospedalieri quanto a quelli universitari.

La terza questione pare essere quella più spinosa. Sul punto vi è un nutrito numero di sentenze, anche del giudice costituzionale. L'orientamento di fondo è quello di un favor per l'integrazione tra assistenza e ricerca scientifica. La Corte costituzionale (sent. n. 126/1981) ha affermato che le due attività sono "suscettibili di ottimale collegamento o addirittura compenetrazione". Ciò, nei fatti, ha prodotto quella "clanicizzazione" degli ospedali ben nota per gli effetti virtuosi, ma che ha posto sul tavolo delicati problemi di rapporto tra azienda e accademia.

Quanto alla specifica questione qui richiamata, l'art. 5, c. 2, del d.lgs. n. 517/1999 dispone che ai professori e ricercatori di ruolo si applicano "per quanto attiene all'esercizio dell'attività assistenziale, al rapporto con le aziende e a quello con il direttore generale, le norme stabilite per il personale del S.s.n.". Tradotto in concreto, ciò significa che il direttore generale

dell'azienda ospedaliera-universitaria può esercitare il proprio potere di direttiva e di coordinamento anche nei confronti dei medici universitari (previa intesa con il Rettore). Anche se il Tar tace sul punto, è da dire che i confini tra attività assistenziale e attività di ricerca sono sempre labili e, così, non è facile individuare a priori il limite di ingerenza del direttore generale, con quanto ne consegue circa la possibile lesione dell'autonomia (peraltro costituzionalmente garantita) della ricerca scientifica.

La quarta ed ultima questione viene risolta dal Tar con un semplice rinvio all'art. 5, c. 12, del d.lgs. n. 517/1999. Qui si afferma, infatti, che fino all'entrata in vigore della legge di riordino dello stato giuridico dei professori universitari, all'opzione per il tempo non esclusivo conse-

gue automaticamente l'opzione per il tempo definito universitario. Nonostante la chiarezza della norma, l'automatismo tra scelta assistenziale e regime universitario presenta profili dubbi, tanto che - in più di un'occasione - si è tentato di sollevare la questione davanti alla Corte costituzionale.

In conclusione, la sentenza commentata cerca di fare chiarezza sui rapporti tra attività ospedaliera e universitaria. I risultati, tuttavia, non sono sempre soddisfacenti e alcune questioni sono risolte in modo troppo sbrigativo. Non è da escludere, dunque, che un eventuale appello in Consiglio di Stato riservi significative sorprese.

prof. Avv. Lorenzo Cuocolo

*Istituto di diritto comparato
Università "Luigi Bocconi", Milano*

INSERZIONE PUBBLICITARIA

Pubblicità banaca sondrio

Conciliazione delle controversie civilistiche in sanità: avviato l'iter legislativo

In occasione del Convegno su "La gestione del rischio in Sanità - prevenzione, responsabilità e assicurazione", organizzato da Confindustria Genova il 24 maggio, è stato evidenziato **l'inarrestabile, considerevole aumento del contenzioso giudiziario in campo professionale medico**. In particolare si è considerato il nesso di casualità clinica, gestione di sistema e conseguenti criticità assicurative, prospettando ipotesi di soluzione.

Nella discussione che ha coinvolto le diverse professionalità mediche, gestionali pubbliche e private, del diritto e delle assicurazioni, è emersa l'opportunità di valutare, a vantaggio delle persone assistite e di tutte le componenti interessate, l'istituzione di procedure non giudiziali civilistiche di conciliazione. Francesco Berti Riboli, promotore del Convegno, ha considerato l'argomento meritevole di approfondimento riservandosi di promuovere uno specifico convegno, con la partecipazione degli esperti delle Regioni del "triangolo economico-industriale".

Nel merito della conduzione del contenzioso assicurativo è stato inserito in un recente disegno di legge ("Disposizioni in materia di sicurezza delle strutture sanitarie, attività libero professionale intramoenia ed esclusività del rapporto di lavoro) **approvato l'11 maggio dal Consiglio dei Ministri, un articolo dedicato all'attivazione, nelle Aziende sanitarie,**

di definite procedure conciliative stragiudiziali delle controversie.

L'articolo 3 di questo disegno di legge - dedicato alla "Definizione stragiudiziale delle controversie" - detta le misure organizzative, per lo svolgimento delle procedure dell'atto negoziale tra le parti, secondo i principi direttivi della legislatura concorrente Stato-Regioni.

Questa proposta di legge, se realizzata, potrebbe corrispondere ad uno "sportello di conciliazione" regolato da norme, ipotesi avanzata sulle colonne di questo stesso periodico (Fierro e D'Oca n.6/2005 - "Procedure non giudiziali civilistiche di conciliazione").

Le modalità applicative del disegno di legge sono imposte sulle condizioni organizzative, da valutare attentamente

nei loro dettagli, per il possibile differenziato loro svolgimento tra le strutture sanitarie pubbliche e private che debbono adempiere allo stesso criterio direttivo: "garanzia della imparzialità, professionalità, celerità delle procedure e adeguata rappresentativa delle categorie interessate". Valutare e dibattere le modalità per conseguire, nelle strutture private, queste finalità è interesse comune di tutte le componenti rappresentative interessate: persone da assistere, organismi medici, ordinistici, assicurativi e gestionali pubblici e privati.

Donato Fierro

Proroga polizza assicurativa

Si può ancora aderire alla polizza sino al 31 luglio mantenendo inalterata la decorrenza della copertura assicurativa al 1° giugno 2007. **Per informazioni: www.enpam.it**



Accordo integrativo regionale per i pediatri

E' stato firmato l'accordo integrativo regionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta (ai sensi dell'accordo collettivo nazionale sancito con intesa in sede di conferenza Stato-Regioni il 15/12/2005).

L'accordo ha lo scopo di promuovere, attraverso la collaborazione tra Regione, Asl e pediatri di libera scelta, sia il miglioramento della qualità dell'assistenza (facilitando il contatto tra pediatra e utente), sia il ruolo del pediatra nell'educazione sanitaria e nella prevenzione, che la razionalizzazione dell'utilizzo dei fondi a disposizione delle Aziende.

Articolo 1

Compiti del pediatra

1. I compiti del pediatra individuati dall'art. 44 dell'Accordo Collettivo Nazionale sono qui integralmente richiamati, con particolare riferimento a quanto disposto ai commi 3 e 4 riguardo alla partecipazione alle équipes territoriali e alla diffusione della cultura sanitaria.

2. Inoltre si concorda, in riferimento a quanto previsto dal seguente art. 8, che ciascun pediatra, sia che operi in forma singola che associata, deve garantire i seguenti compiti aggiuntivi:

A) Informativa ai pazienti

Al fine di garantire una maggiore contattabilità da parte degli assistiti, ogni pediatria si deve dotare, entro un mese dall'entrata in vigore del presente Accordo, di una guida informativa nella quale siano riportati chiaramente:

- ◆ L'indirizzo dello studio primario e secondario;
- ◆ l'orario di apertura degli stessi e le modalità di accesso;
- ◆ l'orario di contattabilità telefonica;
- ◆ il numero di telefono degli studi oltre che

eventuali numeri di telefoni mobili;

- ◆ le modalità di effettuazione delle visite domiciliari come previste dal vigente ACN (art. 46);
- ◆ istruzioni da seguire in caso di urgenze emerse al di fuori degli orari di studio.

Per quanto riguarda i pediatri associati, oltre ad esplicitare che ogni pediatra è disponibile a svolgere la propria attività ambulatoriale nei confronti anche degli assistiti dei pediatri associati secondo le modalità dell'art. 52 del vigente ACN, la Guida deve riportare:

- ◆ i nominativi dei pediatri associati;
- ◆ l'indirizzo degli studi primari e secondari di ciascun pediatra;
- ◆ l'orario di apertura degli stessi;
- ◆ l'orario di contattabilità telefonica di ciascun pediatra. Gli orari devono essere articolati in maniera da garantire il più ampio spettro di contattabilità;
- ◆ i numeri di telefono di ognuno e gli orari di contattabilità, oltre che eventuali numeri di telefoni mobili;
- ◆ istruzioni da seguire in caso di necessità emerse al di fuori degli orari di studio.

La Guida informativa deve essere predisposta da ogni pediatra e consegnata all'Azienda sanitaria locale per la verifica e l'approvazione. Successivamente sarà consegnata dai pediatri a tutti gli assistiti ed esposta presso i singoli studi medici.

B) Contattabilità telefonica

I pediatri convenzionati devono garantire la contattabilità telefonica nei seguenti orari:

- ◆ Dalle ore 8 alle ore 10 dei giorni lavorativi;
- ◆ nell'orario di studio;
- ◆ per ulteriori 2 ore al giorno, a scelta del medico, preferibilmente consecutive.

In caso di assenza, devono essere resi adeguatamente disponibili, anche mediante segreteria

telefonica, i recapiti del sostituto con l'indicazione degli orari e delle modalità di contattabilità.

Inoltre i pediatri rendono noto il proprio recapito telefonico ai Pronto soccorsi e alle divisioni ospedaliere, in modo da consentire alla struttura ospedaliera la possibilità di contattarli in caso di ricovero ed eventuali dimissioni protette di propri assistiti. Le modalità organizzative vengono stabilite dal pediatra stesso, di intesa con la Asl di appartenenza e con le Aziende ospedaliere che insistono nel territorio.

C) Attuazione di attività relative alla prevenzione dei danni da incidenti in età pediatrica, mediante l'illustrazione e la distribuzione ai genitori dei propri assistiti, in occasione dei bilanci di salute effettuati nella fascia di età 0 - 5 anni, del materiale informativo predisposto dalla Fimp Liguria sul tema della prevenzione degli incidenti in età pediatrica. Ciò in sintonia con quanto previsto dal Piano nazionale per la prevenzione recepito dalla Regione Liguria, Settore della prevenzione.

Articolo 2 - Rapporto ottimale

1. Ai sensi del comma 3 dell'art. 32 dell'Accordo Collettivo Nazionale, si stabilisce che l'ambito di scelta coincide con il distretto. In caso di distretti con più Comuni al loro interno, il Comitato aziendale individua il comune nel quale deve essere posto lo studio principale del medico assegnatario dell'incarico. Per quanto riguarda la Asl 3 Genovese, in funzione delle peculiarità della stessa, vengono invece mantenuti gli attuali ambiti di scelta.

2. Ai sensi del comma 8 dell'articolo 32 dell'Accordo Collettivo Nazionale, per ciascun ambito territoriale, così come definito ai sensi del comma 1, deve essere inserito un pediatra per ogni 600 residenti o frazione superiore a 300 di età compresa tra 0 e 6 anni (si intenda 5 anni e 364 giorni).

3. In particolari situazioni locali, dopo che l'Azienda, sentito il Comitato Aziendale, ha valu-

tato l'opportunità di ricorrere alle misure già previste dall'Acn (scelta in deroga territoriale, aumento temporaneo del massimale e variazione dell'ambito territoriale) per garantire il diritto all'assistenza pediatrica ed alla libera scelta, si attua il seguente calcolo:

◆ totale dei residenti 0 - 6 anni (intendendo 0 - 5 anni e 364 giorni) sommato al totale dei pazienti 6 - 14 anni (intendendo 6 anni - 13 anni e 364 giorni) in carico ai pediatri, tenendo anche conto dei cittadini residenti che hanno effettuato la scelta a favore di pediatri iscritti al di fuori dell'ambito, detratto il totale dei massimali dei pediatri (600 - 800 - 1000).

I suddetti dati devono risultare alla data del 31 dicembre dell'anno precedente.

4. Le Asl si impegnano, una volta proceduto alla copertura delle zone carenti derivanti dalla deroga regionale al calcolo del rapporto ottimale, a sollecitare gli assistiti che non hanno operato la scelta del medico ad effettuare la stessa entro un periodo massimo di tre mesi. Trascorso tale periodo il Comitato Regionale valuterà i risultati.

5. Dal totale dei massimali dei pediatri verranno detratti i massimali di coloro che termineranno il rapporto convenzionale con il Ssn entro 12 mesi dall'applicazione del suddetto calcolo per la determinazione delle zone carenti.

6. Se il risultato ottenuto dal calcolo previsto al comma 3, considerando i commi 4, 5 e 6, è positivo, si inserisce 1 pediatra ogni 800 bambini o frazione superiore a 400.

7. Perdurando effettive e comprovate difficoltà a garantire l'assistenza, come correttivo del calcolo precedente si devono considerare i massimali dei pediatri a 800.

8. Il pediatra al quale viene assegnata la zona carente individuata ai sensi dei commi precedenti è tenuto ad aprire l'ambulatorio nella circoscrizione, zona sociale o comune nel cui ambito la carenza è risultata maggiore.

9. Per i pediatri ai quali è stata effettuata la deroga al massimale, il Comitato Aziendale valuterà le modalità di rientro nel caso di assegnazione di una zona carente. Nel rientro dal massimale in deroga andrà garantito, nell'ambito del Comune o di altra zona individuata dall'Azienda, la possibilità di scelta di nuovi nati con la contestuale riacquisizione di un assistito di età superiore ad anni tredici.

10. Nel caso in cui un medico pensionando faccia ricorso presso il Tribunale del lavoro al fine di ottenere un prolungamento del proprio rapporto convenzionale oltre il 70° anno di età e l'Asl di competenza, in ottemperanza a quanto sopra abbia bandito la zona carente, si stabilisce che:

- ◆ nell'eventualità che il pediatra prosegua il rapporto convenzionale con l'Azienda oltre il limite previsto per la cessazione, la zona bandita rimarrà occupata dal pediatra titolare ricorrente;
- ◆ sarà compito dell'Azienda competente per territorio di individuare gli aventi diritto alla copertura delle zone carenti di assistenza, di comunicare ai medici che hanno presentato domanda per la zona carente predetta, che la stessa potrebbe rimanere occupata dal pediatra titolare ricorrente per sentenza del Giudice del Lavoro, offrendo ai medesimi la possibilità di effettuare un'ulteriore richiesta per l'inserimento nelle zone carenti pubblicate contestualmente dall'Azienda medesima, nei termini di 15 giorni dal ricevimento della comunicazione.

Articolo 3

Massimale di scelte e sue limitazioni

1. Ai sensi del comma 1 dell'art. 38 dell'ACN il massimale del pediatra è pari a 800 unità.

2. I pediatri che attualmente hanno più di 800 scelte non possono acquisirne di nuove e rientrano nel massimale perdendo, gradualmente, quelle di pazienti già in carico per il venir meno del requisito di "soggetto in età pediatrica" o per altre motivazioni contrattualmente contemplate,

fatto salvo quanto previsto al punto successivo.

3. Ai sensi del comma 2 dell'art. 38 dell'ACN, che prevede la possibilità di definire in sede di accordi regionali limiti e modalità di eventuali deroghe al massimale nazionale, si conviene di dare la possibilità al pediatra, che ne faccia richiesta, di acquisire il massimale a 1000 qualora venga soddisfatta una delle seguenti condizioni:

a. Faccia parte della forma associativa "pediatria di gruppo" di cui all'art. 52 commi 2 lettera a), 8 e 9 dell'ACN;

b. Garantisca l'apertura dello studio per un minimo di 20 ore settimanali qualora svolga la propria attività in forma singola o associata.

Al pediatra che svolge l'attività in associazione, il Comitato Aziendale può concedere in deroga una riduzione delle ore minime settimanali di apertura dello studio, non superiore a 2, qualora ravvisi che sia comunque assicurata una prestazione medica corretta ed efficace e garantito il miglior funzionamento dell'assistenza.

Facendo riferimento a quanto previsto dall'ACN si precisa che sono da considerarsi:

1) Assistiti in deroga al massimale individuale i soggetti di cui ai commi 8 e 9 dell'art. 38 e cioè:

- ▶ i neonati
- ▶ gli assistiti in età pediatrica appartenenti a nuclei familiari nell'ambito dei quali il pediatra abbia già in cura un altro soggetto in età pediatrica

2) Assistiti che non concorrono alla determinazione del massimale i soggetti di cui ai commi 10/11/13 dell'art. 38 e di cui al comma 1 dell'art.41 e cioè:

- ▶ cittadini stranieri in regola con le norme di soggiorno;

- ▶ cittadini italiani e comunitari non residenti temporaneamente iscritti;

- ▶ assistiti 14-16 anni con patologie croniche o gravi problemi sociali;

- ▶ assistiti che hanno esercitato il diritto di revoca

da un altro pediatra, in ambito territoriale laddove tutti i pediatri abbiano raggiunto il massimale; **▶** assistiti per riacquisizione status di cui art. 41 comma 1 (in deroga).

In particolare, si concorda di applicare le seguenti norme per le scelte in deroga e per le scelte che non concorrono alla determinazione del massimale:

A. Scelte di deroga

1) Pediatri con massimale di scelte pari a 800 o 1000:

▶ neonati: deroga del 10% del massimale;
▶ assistiti in età pediatrica appartenenti a nuclei familiari nell'ambito dei quali il pediatra abbia già in cura altro soggetto in età pediatrica: deroga senza limite.

2) Pediatri con massimale limitato per attività compatibili

▶ neonati: nessuna deroga;
▶ assistiti in età pediatrica appartenenti a nuclei familiari nell'ambito dei quali il pediatra abbia già in cura altro soggetto in età pediatrica: nessuna deroga.

3) Pediatri con massimale autolimitato:

▶ neonati: nessuna deroga;
▶ assistiti in età pediatrica appartenenti a nuclei familiari nell'ambito dei quali il pediatra abbia già in cura altro soggetto in età pediatrica: nessuna deroga.

In tutti i casi di cui ai precedenti punti 1, 2 e 3 è ammessa la scelta di nuovi nati facendo ricorso alla norma prevista al comma 11 dell'art. 38 dell'ACN attraverso la ricasazione di tredicenni.

Con tale procedura il pediatra è tenuto a comunicare tempestivamente, per iscritto, l'avvenuta ricasazione sia ai familiari dell'assistito che alla Asl di competenza.

B. Scelte che non concorrono alla determinazione del massimale

Al fine di non creare sovraccarico di pazienti ai pediatri e garantire quindi una buona qualità

assistenziale, si concorda di fissare un tetto massimo all'interno del quale vengono conteggiati anche i soggetti che non concorrono alla determinazione del massimale come sopra riportato.

Il massimale teorico, pertanto, di ciascun pediatra, escluse dal conteggio le scelte in deroga di cui alla lettera A punto 1 del presente articolo, può aumentare al massimo del 10% solo per effetto di scelte relative ad assistiti che non concorrono alla determinazione del massimale.

Al disotto del massimale teorico il numero di assistiti che non concorrono alla determinazione del massimale può, ipoteticamente, essere uguale al massimale stesso.

Articolo 4

Bilanci di salute e visite età filtro

Il libretto sanitario pediatrico, secondo il modello istituito e definito con l'accordo integrativo regionale attuativo del D.P.R. 613/96, approvato con D.G.R. 2336 dell'11 novembre 1998, è conservato a cura dei legali rappresentanti del bambino, ai quali deve essere consegnato da personale dell'Asl al momento della iscrizione al Ssn e della scelta del pediatra.

Le diciture "bilanci di salute" e "visite età filtro", riportate nell'allegato L all'Accordo Collettivo Nazionale del 15/12/2005, si riferiscono entrambe alle prestazioni di cui all'articolo 44 comma 2 lettere r) ed s).

Tali prestazioni, concordate con l'Amministrazione regionale su basi di efficacia scientifica, rientranti nei compiti del pediatra retribuiti a quota variabile (art. 58 lett. C), si definiscono come visite ambulatoriali eseguibili in età prestabile, il cui obiettivo rimane la prevenzione secondaria, attraverso il precoce riconoscimento delle patologie dell'accrescimento psico-somatico, neuro-sensoriale anche mediante l'individuazione di casi a particolare rischio di disagio socio-familiare. Ulteriore obiettivo collegato ai bilanci di salute è la prevenzione primaria, in

quanto le visite di controllo costituiscono per il pediatra che le esegue una occasione di interventi inerenti l'alimentazione, la vaccinazione, la prevenzione degli incidenti e le norme igieniche generali.

Viene concordato il seguente calendario di visite filtro :

1° visita - dal 16° al 45° giorno dalla nascita

2° visita - dal 61° al 90° giorno dalla nascita;

3° visita - dai 4 ai 6 mesi compiuti

4° visita - dai 7 ai 9 mesi compiuti

5° visita - dai 10 ai 12 mesi compiuti

6° visita - dai 15 ai 18 mesi compiuti

7° visita - dai 24 ai 36 mesi compiuti

8° visita - dai 5 ai 6 anni compiuti

9° visita - dai 7 ai 9 anni compiuti

10° visita - dagli 11 ai 13 anni compiuti

Il pediatra è tenuto ad annotare sul libretto sanitario pediatrico i bilanci di salute effettuati.

Per la compilazione del libretto sanitario pediatrico e per la realizzazione dei bilanci di salute si conferma una quota annua onnicomprensiva di euro 16,56.

Articolo 5

Visita al neonato dimesso precocemente

Le visite al neonato sano, dimesso precocemente entro le 72 ore dalla nascita, possono essere retribuite nell'ambito di progetti obiettivi specifici ovvero nell'ambito del finanziamento del DRG, determinando il corrispettivo come visita occasionale (domiciliare € 35,00 - ambulatoriale € 25,00).

Articolo 6

Medicina preventiva. Vaccinazioni

I medici pediatri, tenuto conto di quanto prescritto dall'articolo 34 della legge 449/97 e nell'ambito di quanto previsto e disposto dall'Amministrazione regionale con il Piano annuale delle Vaccinazioni e dalle Asl in ossequio alla programmazione regionale, possono somministrare vaccini ai propri assistiti nel pro-

prio ambulatorio, previa visita di controllo, a tutela della salute dei minori.

I vaccini debbono essere forniti dall'Azienda di appartenenza direttamente al pediatra di fiducia, il quale provvederà a certificare l'avvenuta vaccinazione all'ufficio competente.

Il Comitato Aziendale potrà decidere di corrispondere al pediatra vaccinatore un compenso, stabilito sulla base di quanto indicato dall'articolo 56 dell'Accordo Collettivo Nazionale in materia di visite occasionali, qualora la prestazione non sia inserita in un progetto più ampio, da concordare a livello aziendale.

In mancanza di ciò, la prestazione resa dal pediatra rientrerà nell'attività di libera professione, ai sensi dell'articolo 57 comma 9 dell'Accordo Collettivo Nazionale. La FIMP indica per tali prestazioni l'onorario di euro 35.

Articolo 7

Progetti di Educazione Sanitaria

Particolare cura sarà dedicata dal pediatra all'educazione sanitaria dei familiari preposti alla tutela del minore e del minore stesso, ferma restando la necessaria adesione del medico pediatra di libera scelta alla realizzazione di progetti finalizzati, programmati a livello aziendale e regionale. Riguardo alla esercitazione pratica relativa alle manovre di disostruzione delle vie aeree superiori, si rimanda a determinazioni da assumersi in sede di Comitato Aziendale, al fine di definire specifici progetti obiettivo ovvero all'inclusione tra le prestazioni eseguibili con autorizzazione sanitaria. In quest'ultimo caso si utilizza la medesima tariffa di riferimento.

Articolo 8

Fondi a disposizione della trattativa regionale e loro utilizzo

I fondi utilizzabili dalle Asl per la remunerazione della parte variabile del compenso dei medici pediatri, finalizzata al raggiungimento di obiettivi e di standard erogativi ed organizzativi, sono i

seguenti:

1. Fondo ex art. 58 lettera B commi 1, 2 e 3
2. Fondo ex art. 58 lettera B comma 14
3. Ulteriore fondo, che a livello regionale ammonta a euro 300.000, calcolato in ogni Azienda in ragione del numero di assistiti in età pediatrica.

Il complesso dei fondi così individuati è utilizzato:

- Prioritariamente per l'aggiornamento delle indennità attualmente percepite dai medici pediatri di libera scelta, definite nell'art. 9 del presente Accordo;
- Per l'erogazione di una quota capitaria di _ 3,08 per la remunerazione dei compiti aggiuntivi di cui all'art. 1 comma 2 del presente Accordo;
- Per la quota residua, per l'attivazione di nuove forme associative e/o per l'erogazione delle indennità per il personale di studio, e/o per progetti concordati a livello aziendale.

Il fondo di cui al punto 3 relativo agli anni 2005 e 2006 viene utilizzato per garantire l'aggiornamento delle indennità dovute ai medici per gli stessi anni 2005 e 2006. Gli eventuali residui rimangono a disposizione delle Aziende per progetti, da effettuarsi nell'arco di un triennio.

Le somme di cui al punto 2 e 3 non utilizzate nell'anno di competenza vengono reimpiegate nell'anno successivo. Se tali somme continuano a non essere utilizzate entro il 31 dicembre dell'anno successivo, vengono distribuite a tutti i pediatri di libera scelta convenzionati, con esclusione della quota non impiegata a causa del mancato raggiungimento degli obiettivi concordati ovvero della mancata adesione dei medici ai progetti aziendali. Detta quota va ad incrementare il fondo del successivo anno.

Quanto previsto dal presente articolo e, di conseguenza, dall'art. 2 comma 2, sarà riesaminato all'entrata in vigore del prossimo Accordo Collettivo Nazionale e discusso in sede di trattativa integrativa regionale.

Articolo 9

Indennità per forme associative, personale di studio ed informatizzazione

Le indennità per le attività di associazionismo, informatizzazione e per l'utilizzo del personale di studio di cui all'art. 58 dell'ACN, da corrispondersi a decorrere dall'1/1/2005, purché ne sussistano le condizioni, sono:

Medicina di gruppo	euro	9,00 *
Medicina in associazione	euro	8,00 *
Collaboratore di studio	euro	10,00 *
Personale infermieristico	euro	7,50 *
Indennità informatica	euro	77,47 **

* annua per assistito in carico

** forfetaria mensile

Le indennità per la medicina di gruppo, la medicina in associazione e personale infermieristico sono così corrisposte:

- al 100% per i primi 250 assistiti in carico
- all'80% per i restanti assistiti in carico fino al raggiungimento del massimale individuale

L'indennità informatica e quella per collaboratore di studio sono corrisposte al 100%.

Le indennità percepite per il personale di studio non possono essere superiore alla spesa per il personale stesso complessivamente sostenuta (stipendio e oneri a carico del datore di lavoro) da ciascun pediatra. Per quanto riguarda i pediatri che operano in gruppo, la somma delle indennità percepite dagli stessi, per singola tipologia di personale di studio, non può essere superiore alla spesa sostenuta per il personale operante nello studio associato. Le Aziende verificano annualmente la corrispondenza tra le indennità erogate per il personale di studio e spese sostenute a tale scopo e, in caso di scostamento, procedono al recupero delle quote eccedenti.

Articolo 10

Erogazione dell'indennità informatica

L'indennità informatica è erogata ai sensi dell'art. 58 lett. B comma 10 dell'Accordo Collettiva

Nazionale, nonché secondo le modalità di cui all'art. 1 comma 275 della legge 23 dicembre 2005 n. 266.

Articolo 11

Maggiorazione per le zone disagiate

Le zone disagiate sono individuate dai Comitati Aziendali sulla base di una valutazione complessiva tenuto conto dei seguenti criteri:

- a) alto rapporto superficie/popolazione sparsa
- b) dimensioni dei Comuni
- c) situazione geografica
- d) condizioni di disagio e difficoltà di espletamento dell'attività e sono dichiarate tali con provvedimento del Direttore Generale.

Ai sensi di quanto previsto dall'articolo 58 lettera D commi 1 e 2 dell'ACN per ciascun assistito residente in zona disagiata nella fascia di età 0 – 14 anni è riconosciuto al pediatra il compenso annuo di euro 25,82 con il tetto massimo di euro 516,46 mensili a medico e con il tetto massimo del 15% dei pediatri. In caso di risorse insufficienti si procederà a modificare la percentuale prevista, sulla base di esigenze locali e previo accordo con le organizzazioni sindacali di categoria.

La maggiorazione per zone disagiate verrà liquidata al 31 dicembre di ogni anno, con la corresponsione dei compensi in dodicesimi, riferiti alle mensilità in cui il paziente è stato in carico al pediatra.

Articolo 12

Assistenza programmata domiciliare ad assistiti affetti da patologie croniche invalidanti

Per quanto concerne l'assistenza nei confronti di pazienti affetti da patologie croniche invalidanti, anche ospiti di strutture territoriali, si concorda quanto segue.

Il pediatra assicura la presenza effettiva settimanale, quindicinale, mensile, o secondo altra cadenza in base ad un piano concordato con

l'Azienda, al fine di

- controllare lo stato di salute dell'assistito;
- fornire indicazioni ai familiari o al personale addetto all'assistenza di eventuale trattamento dietetico o profilattico, da annotare sulla scheda degli accessi fornita dall'Azienda;
- predisposizione ed attivazione di programmi individuali con carattere di prevenzione o di riabilitazione e loro periodica verifica;
- tenuta di un'apposita scheda ove vengano annotate le eventuali considerazioni cliniche, gli accertamenti diagnostici, le richieste di visite specialistiche, la terapia e quant'altro ritenuto utile ed opportuno.

L'Azienda Sanitaria dovrà fornire una scheda per l'annotazione degli accessi effettuati.

Gli accessi devono rispettare le cadenze previste dal programma concordato. Il numero degli accessi segnalati dal medico deve trovare riscontro nel numero di quelli annotati dal medico sulla scheda tenuta presso il domicilio del paziente.

Il trattamento economico viene immediatamente sospeso in caso di trasferimento dell'assistito o di ricovero presso strutture sanitarie.

Per la liquidazione dei compensi si rinvia a quanto previsto dall'Allegato "E" dell'Accordo Collettivo Nazionale.

Articolo 13

Continuità Assistenziale

Fermo restando che la continuità assistenziale disciplinata dall'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale si estende anche agli assistiti in carico ai medici specialisti pediatri di libera scelta, presso le singole Aziende potranno essere attivati appositi servizi e presidi di continuità assistenziale pediatrica, fermo restando quanto previsto dall'art. 46 comma 7.

L'organizzazione del servizio di continuità assistenziale pediatrica, le modalità di reclutamento del personale ed i compensi da corrispondere ai

medici partecipanti saranno regolati da accordi aziendali, approvati dai Comitati Aziendali.

Articolo 14

Esercizio del diritto di sciopero

Le visite urgenti, ivi comprese le visite domiciliari urgenti e l'assistenza programmata ai malati terminali, che sono definite prestazioni indispensabili ai sensi dell'articolo 2 comma 2 della legge n. 146/1990 e dall'Accordo Collettivo Nazionale e che devono essere assicurate durante l'esercizio del diritto di sciopero dai pediatri convenzionati, sono retribuite mediante la corresponsione del 40% dei compensi spettanti ai sensi dell'articolo 58 lettere A, B e C (art. 31 comma 11).

Si precisa che in caso di sciopero proclamato dalla FIMP nazionale o provinciale l'adesione dei medici pediatri di libera scelta viene presunta dall'Azienda. Il medico che non intenda aderire allo sciopero è tenuto a comunicarlo tempestivamente alla propria Azienda.

Articolo 15 - Accordi aziendali

Tutti gli accordi stipulati a livello aziendale dovranno essere portati all'attenzione del Comitato Regionale Permanente.

Articolo 16 - Formazione continua

Preso atto dell'attivazione dei servizi di continuità assistenziale a partire dalle ore 8:00 dei giorni prefestivi, le parti concordano di utilizzare le giornate prefestive ed eventualmente festive per la realizzazione di attività di aggiornamento professionale, con moduli formativi da 4 a 16 ore, fino al raggiungimento delle 40 ore previste per la formazione obbligatoria a carico delle Aziende. I Pediatri di libera scelta sono tenuti a partecipare a tali attività. Per il raggiungimento del monte ore e dei crediti formativi prescritti dal sistema ECM, i PLS potranno partecipare ad altre forme di aggiornamento, organizzate autonomamente da soggetti accreditati, in conformità a quanto previsto dall'art. 20 del vigente Accordo Collettivo Nazionale. Per la partecipazione a tali

attività i medici pediatri di libera scelta non potranno richiedere all'Azienda il pagamento della sostituzione. Si demanda ad ulteriori accordi regionali la completa attuazione del citato art. 20 dell'ACN. La Regione si impegna a garantire lo svolgimento delle attività formative, in linea con gli anni passati. Inoltre, entro la fine dell'anno 2007 sarà programmata l'attività formativa per l'anno 2008, prevedendo le risorse finanziarie da utilizzare.

Articolo 17

Partecipazione alle sedute di Comitato

Per la partecipazione alle sedute del Comitato Regionale Permanente vengono riconosciuti ai membri titolari, o loro supplenti in caso di sostituzione, i seguenti compensi :

- un gettone di partecipazione pari a euro 75,00 a seduta, con il limite massimo di 10 sedute annue;
- la sostituzione pari a mezza giornata lavorativa, calcolata secondo i criteri dell'articolo 21 comma 6) dell'A.C.N..
- il rimborso delle spese di viaggio, opportunamente documentate, nella misura prevista per il personale dipendente.

Per la partecipazione alle sedute dei Comitati Aziendali viene riconosciuto ai membri titolari, o loro supplenti in caso di sostituzione :

- il pagamento della sostituzione pari a mezza giornata lavorativa, calcolata secondo i criteri dell'articolo 21 comma 6) dell'A. C. N..
- il rimborso delle spese di viaggio, opportunamente documentate, nella misura prevista per il personale dipendente.

Articolo 18 - Partecipazione dei Pediatri di Libera Scelta ad attività umanitarie

Per quanto riguarda la partecipazione dei Pediatri di libera scelta convenzionati con il SSR ad attività umanitarie all'estero, si fa riferimento a quanto stabilito dall'art. 50 commi 1 e 2 della legge regionale n. 41/2006.

Campagna di comunicazione sulla tessera sanitaria

In questi giorni la Regione Liguria sta avviando la campagna di comunicazione "Portami con te" che illustra al cittadino cos'è la tessera sanitaria, a cosa serve e come ottenerla in caso di mancata emissione o in caso di smarrimento, sottolineando l'importanza di averla sempre con sé per una corret-

ta erogazione dei servizi sanitari. Gli opuscoli illustrativi e le locandine saranno consegnate alle Aziende sanitarie per la diffusione presso gli studi dei medici di medicina generale, agli sportelli delle aziende e alle farmacie. Vi riportiamo di seguito le indicazioni su come e a chi rivolgersi per ottenere la tessera sanitaria.



Se non si è in possesso della tessera sanitaria e si vuole verificare se è stata emessa o nel caso che la tessera sanitaria sia stata emessa, ma mai ricevuta, oppure è stata ricevuta e smarrita e si vuole fare una richiesta di duplicato:

- consultare il sito Internet dell'Agenzia delle Entrate www.agenziaentrate.it alla voce "SERVIZI" --> "Codice Fiscale e Tessera Sanitaria" --> "Tessera Sanitaria"

- recarsi agli uffici dell'Agenzia delle entrate



Se la tessera sanitaria non è mai stata emessa bisogna rivolgersi con la copia del codice fiscale, della carta d'identità e del libretto sanitario agli uffici distrettuali della Asl, per il rilascio di un certificato sostitutivo provvisorio e per l'attivazione della richiesta al Ministero dell'Economia e delle Finanze, che provvederà, in tempi brevi, all'invio materiale della tessera.

Chi non avesse ancora ricevuto la tessera o è in attesa del duplicato può comunque ritirare i farmaci ed eseguire le prestazioni ambulatoriali, a condizione di essere in possesso della ricetta correttamente compilata.

Questi gli indirizzi degli sportelli di anagrafe sanitaria a cui rivolgersi:

Distretto 1 - Genova - Via Buffa, 48

Distretto 2 - Genova Fiumara - Via Operai, 80

Distretto 3 - Genova Fiumara - Via Bonghi, 6

Distretto 4 - Genova - Via Assarotti, 35

Distretto 5 - Genova - Via Archimede, 30

Distretto 6 - Genova - Via Bainsizza, 42
Per info, ufficio relazioni con il pubblico:

Genova Piccapietra, tel. 010/3447582-1

Fiumara, tel. 010/6447250

Genova Bolzaneto, tel. 010/6449505

Genova Sestri, tel. 010/6447967-973

Genova Voltri, tel. 010/6449674-676-677

oppure consultare il sito aziendale:

www.asl3.liguria.it

INSERZIONE PUBBLICITARIA

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

“Pancreatite cronica ed alcol”: nuovi traguardi

Lil 9 giugno presso l'Ordine dei medici della Provincia di Genova si è svolto il 2° convegno della Sezione ligure della Società italiana di alcolologia “Pancreatite cronica e alcol”.

L'evento è stato organizzato in collabora-



zione con la Commissione dell'Ordine coordinata da Luigi Bottaro relativa ai problemi sociali derivanti dall'abuso di sostanze alcoliche.

In tale incontro sono state valutate le più recenti acquisizioni sia di ordine patogenetico, che di ordine terapeutico.

La pancreatite cronica è un processo infiammatorio le cui caratteristiche principali sono la cronicità e la progressiva evolutività sino alla irreversibilità evidenziata dall'istologia e dai metodi di imaging. Si assiste ad un lento deterioramento della secrezione esocrina ed endocrina come conseguenza dell'avvenuta flogosi cronica che determina la graduale sostituzione del tessuto sano con tessuto fibroso attraverso l'attivazione delle cellule stellate pancreatiche: ciò è causa delle numerose manifestazioni della patologia.

Certamente una delle principali cause e/o concause è l'uso di bevande alcoliche. E' stato stimato come il suo sviluppo sia proporzionale alla dose ed alla durata dell'assunzione (> 80 gr/die per un minimo di 6-12 anni).

Il meccanismo patogenetico più rilevante è lo

stress ossidativo indotto dalla generazione dei radicali liberi dell'ossigeno che si producono durante il metabolismo dell'etanolo, attraverso l'azione del CYP2E1 in sede pancreatica, in associazione al decremento di sostanze ossidanti che frequentemente si osserva nei forti bevitori.

E' stato comunque ben definito come la patogenesi della pancreatite cronica sia multifattoriale e caratterizzata soprattutto dalla presenza di mutazioni e polimorfismi genetici che aumentano la suscettibilità del pancreas a contrarre pancreatite cronica e cancro.

In particolare è stata definita un'ipotesi caratterizzata da una prima fase dominata dall'azione di citochine pro-infiammatorie la cui azione si perpetua in presenza di ripetuti episodi di consumo alcolico e da una seconda fase dominata da citochine anti-infiammatorie (per es. Il 10, TNF beta) che favoriscono, attraverso la stimolazione delle cellule stellate pancreatiche, la progressione fibrotica sino ad una condizione anatomo-funzionale di irreversibilità. Nella maggioranza dei casi (circa l'80%) è sufficiente l'astinenza da alcol, una adeguata condotta nutrizionale e la supplementazione con enzimi pancreatici. Tuttavia, particolarmente interessante è **la possibilità di indurre una regressione della patologia, attraverso una azione farmacologica** su alcuni segnali che stimolano o inibiscono l'attivazione delle cellule stellate pancreatiche. Durante l'incontro, oltre l'aggiornamento scientifico, sono stati definiti anche dei percorsi assistenziali per una migliore integrazione fra medico di medicina generale e specialista per una migliore gestione del paziente anche in termini di rapporto costo-beneficio.

Gianni Testino - Alessandro Sumberaz

E' nata l'associazione onlus "Medici in Africa"

Il 1° giugno, nella sede dell'Ordine si è tenuta una Conferenza stampa di presentazione della neocostituita associazione Onlus "Medici in Africa".

Hanno presenziato all'incontro: prof. G. Bignardi, dr. Bartolini, dr. A. Lugli, prof. E. Berti Riboli ed i membri del Consiglio direttivo dell'associazione: dr. S. Adamoli, dr. G. Armato, dr. M. Beatini, sig.ra M.L. Boggio, sig.ra F. Brignola, dr. D. Dato, prof. L. De Salvo, prof. A. Hesse e prof. A. Terrizzi.

Quest'iniziativa ha origine dall'impegno pluriennale del Dipartimento di discipline chirurgiche, morfologiche e metodologie integrate (Dicmi), diretto dal prof. Berti Riboli, nella cooperazione con i Paesi emergenti attraverso interventi clinico-assistenziali nei suddetti Paesi. Il Dicmi ha realizzato numerosi corsi di aggiornamento ("Medici in Africa" giunto alla sua quinta edizione) ed il corso di perfezionamento Interfacoltà sulla "Cooperazione medico sanitaria, economica, sociale ed ambientale con i Paesi in via di sviluppo" ed ha radu-

nato un corpo docente composto da circa una trentina di esperti che hanno svolto, per lunghi periodi di tempo, la loro attività sanitaria in questi Paesi (Africa, Asia, America Latina). L'attenzione per le attività sanitarie svolte da questo "gruppo" di medici volontari ed alcuni interventi televisivi da parte degli stessi ha suscitato un vivace interesse anche da parte di cittadini che in qualche modo intendevano partecipare alle attività del gruppo.

L'"Associazione Medici in Africa Onlus" ha mantenuto nei propri scopi statutari sia la formazione dei futuri volontari, dei cooperandi e del personale locale che verrà messo in condizioni di autonomia, sia di proseguire l'intervento sanitario diretto assistenziale nei diversi Paesi emergenti africani quali il Madagascar, il Kenya, il Ghana, le Isole di Capo Verde, il Mali, il Togo, il Mozambico per quanto riguarda l'Africa, il Tibet per l'Asia e il Guatemala per l'America centro-meridionale.

Per maggiori informazioni: tel. 0103537255
E-mail: antonio.terrizzi@unige.it



Al via la Società italiana medici manager

E' stata presentata recentemente a Roma la Simm, Società italiana medici manager. La nuova società scientifica, che si propone di promuovere la cultura manageriale fra i medici del nostro Paese fino alla certificazione delle competenze, nasce dall'esperienza e in stretta collaborazione con la British association of medical managers e con l'American college of leader physicians. Per la Liguria fa parte dei soci fondatori il dr. Eliano Delfino e il primo nucleo operativo è costituito inoltre dal prof. Pietro Crovari, dal prof. Paolo Orlando e dal dr. Stefano Domenicucci. L'organigramma della Simm è così composto: presidente prof. G. Franco Gensini, vice presidente operativo prof. W Ricciardi, segretario generale ing. S. Franco; giunta esecutiva: prof. A. Boccia, dr. P. Cacciari, dr. C. Favaretti, dr. G. Finzi, dr. D. Lagravinese, dr. G. Pelissero. Per info: dr. Delfino 3476138055 oppure www.medicimanager.it

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



Joseph S. Alpert
"Cardiologia per il medico di base" - 2007

Edizioni Cic, 80,00 euro

Da molto tempo si sentiva l'esigenza di un testo di cardiologia espressamente dedicato al medico di medicina generale.

Quest'opera non solo copre tale gap ma si pone come un vero e proprio strumento di riferimento e di aggiornamento professionale: per la sua completezza, per la innovativa struttura editoriale e quindi per il suo alto valore aggiunto in termini di apprendimento. L'opera è curata da uno tra i più autorevoli cardiologi a livello mondiale, supportato da 70 autori altrettanto prestigiosi.

Kumar & Clark
"Medicina clinica"

Edizioni Cic - 2007
130.00 euro

Completamente rinnovato nella grafica, il testo affronta con stile sintetico, ma completo i vari aspetti della medicina interna indi-

cando, dopo una chiara sintesi fisiopatologica, il trattamento adeguato delle varie patologie. Ricco di immagini e disegni, sarà sicuramente il testo di riferimento per il medico generale e per lo studente di medicina.

Alberto Ricciuti
"La terapia di supporto di medicina generale in chemioterapia oncologica. Verso un approccio sistemico alla fatigue" -



2007. Edizioni Franco Angeli, 16.00 euro

I chemioterapici somministrati nel corso delle terapie oncologiche hanno sul paziente effetti sia fisici che psicologici, che evolvendosi nel medio-lungo periodo

portano alla sindrome di affaticamento cronico detto "fatigue". Il fatto che essa sia ancora ampiamente sottostimata, e non compresa nei suoi meccanismi patogenetici, non ha finora consentito di dare una risposta adeguata allo stato di sofferenza espresso dai malati oncologici. L'aspetto innovativo di questo metodo di lavoro "maturato e utilizzato con successo in anni di attività clinica" consiste in una rilettura in chiave sistemica di conoscenze già acquisite e condivise in medicina e in oncologia, che consente di comprendere più chiaramente come i fondamentali equilibri fisiologici e la biochimica del metabolismo energetico dell'intero organismo vengano più o meno pesantemente disorganizzati.



Massimiliano Barducco
"Esercizi di riequilibrio posturale"

Frilli/Frasconi Edizioni - 2007, 20.00 euro

L'autore genovese ha pubblicato questo agile libro sulla postura ed il suo rie-

quilibrio dove vengono espressi i temi cardine dell'educazione motoria associati alla pratica sportiva; una ricca parte iconografica a colori è dedicata agli esercizi di stretching per il controllo posturale.

SOLO PER I LETTORI DI "GENOVA MEDICA" A 68,00 EURO!

SOLO PER I LETTORI DI "GENOVA MEDICA" A 110,00 EURO!

Meeting in memoria del prof. Carlo E. Grossi - Si terrà il **14 luglio** all'anfiteatro anatomico in via De Toni una giornata scientifica, in lingua inglese, con la presenza di eminenti studiosi italiani e stranieri che tratteranno argomenti affini alla produzione scientifica del prof. C. E. Grossi, divisi in due sessioni immunologiche: una sulle malattie linfoproliferative ed una anatomica. Per info: **010/3533410**.

Master universitario di II livello in "emostasi e trombosi" – IV edizione - Il corso, della durata di 1500 ore di attività in aula, pari a 12 mesi, si svolgerà dal mese di **novembre 2007 al mese di ottobre 2008**. Al corso, riservato a 30 allievi, sono attribuiti 60 CFU. La domanda dovrà essere presentata entro il 17 settembre. L'importo del master è di euro 2.990,62. Per info: prof. U. Armani – Dimi - **tel. 0103537973 – cell. 3356340094**.

La responsabilità del medico e della struttura sanitaria - Seminario organizzato da Confindustria Genova per approfondire i vari profili di professionalità sia per il libero professionista, che per il dipendente da struttura sanitaria pubblica/privata. Il seminario tenuto dagli avvocati Cristoffanini e Sciacchitano si terrà nei giorni **28/6 e 5/7**

dalle ore 14 alle 18 nella sede di Confindustria, via S. Vincenzo 2. Iscrizione euro 300. Per info: **tel. 010/8338593-416**.

Corsi di aggiornamento IST - Ecco le date dei prossimi corsi di aggiornamento che si terranno a Genova in I.go R. Benzi 10:

- **La radioterapia pediatrica: stato dell'arte, problematiche e nuove prospettive** - Auditorium Centro Congressi IST-CBA, **28 settembre**, rivolto a 60 partecipanti (medico chirurgo, fisico e tecnico di radiologia). In attesa di accreditamento ECM.

- **Tecniche radioterapiche ad intensità modulata: aspetti generali, commissioning ed utilizzo** - Aula didattica IV piano IST, **il 29 settembre, 6, 13 e 20 ottobre**, rivolto a 35 operatori sanitari (medico chirurgo, tecnico di radiologia operante in radioterapia). Quota di iscrizione euro 150. In attesa di accreditamento ECM.

- **Il dolore nelle neoplasie toraco-polmonari** - Aula "A" del Centro Congressi IST, **3 e 4 ottobre**, rivolto a 30 medici chirurghi (discipline: chirurgia toracica, oncologia, radioterapia). Quota di iscrizione euro 50. Assegnati 8 crediti ECM. Per info: **tel. 010 5737531/535 - e-mail: claudio.rosellini@istge.it**

INSERZIONE PUBBLICITARIA



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



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

Il vero volto della donna di oggi

*Un incontro con
Franca Rossi Galli
sui conflitti tra
femminilità e
femminismo*

Il volto femminile: non occorre essere pittori o poeti per vedere quanto sia cambiato e quanto stia cambiando nel corso degli ultimi anni. Per fare il punto su questo cambiamento e dei suoi riflessi sulla società, sulla famiglia e sulla coppia, la Commissione culturale del nostro Ordine ha indetto un incontro a metà dello scorso aprile. L'incontro era intitolato: "Profondo rosa tra femminilità e femminismo"; con sottotitolo: "Quale è il vero volto della donna? La difficile conquista della identità femminile fra istinto e contraddizioni post-moderne".

Relatrice: la dottoressa Franca Rossi Galli, sessuologa, che da molti anni si occupa di questo problema.

A tutti è nota, storicamente, la condizione subalterna della donna al maschio. Il movimento di liberazione da questa sudditanza inizia a manifestarsi nel primo dopoguerra: siamo infatti negli anni in

cui anche la moda femminile esprime questa evoluzione; ma ciò avviene, peraltro, con un indirizzo di omologazione allo stile degli uomini; così sparisce il busto, si accorciano le gonne - a volte addirittura sostituite dai calzoncini; il seno viene appiattito e i capelli si tagliano alla garçonnère. Lo sconvolgimento esistenziale della seconda guerra mondiale comporterà ben più importanti cambiamenti di costume: crollano molte censure, ci si avvia all'autodeterminazione sessuale, si iniziano progressivamente alcuni adeguamenti legislativi: alla fine degli anni cinquanta l'abolizione delle "case chiuse"; negli anni sessanta la cancellazione del reato di adulterio e la libera vendita degli anticoncezionali; ed infine, negli anni settanta, la legge sul divorzio, la regolamentazione dell'aborto volontario ed il nuovo diritto di famiglia. Anche la condizione omosessuale, in quegli anni, esce finalmente dalla sua clandestinità.

Le conquiste legislative non sono però affiancate da una adeguata maturazione degli individui: che rischiano il naufragio dei loro rapporti umani

in quanto abbandonati a se stessi nel rapido flusso dei cambiamenti, senza alcun supporto educativo, a partire dalla scuola. E' infatti pleonastico ricordare che il perimetro della sessualità congloba proprio questi rapporti, ben oltre la linea riproduttiva, per investire l'identità della persona, la gestione delle pulsioni, i rapporti con i genitori e con i coetanei ed i riferimenti ad un orizzonte etico. Non abbiamo ancora acquisito il concetto che la sessualità non deve essere considerata una fase della nostra vita, bensì un valore che decide la nostra stessa esistenza e condiziona lo sviluppo - anche culturale - dell'umanità.

Rimane così inconcluso, per il mondo femminile, il passaggio dalla repressione alla liberazione: il sesso facile ha cancellato l'antica arte della seduzione, che creava uno spazio di attesa, di sogno, di voglia di conquista; invece, saltando il fosso di ogni preliminare, la donna si comporta in senso maschilista. Permane anche il bisogno impellente di piacere al maschio, fino a voler modificare il proprio corpo per simulazione dei modelli mediatici della perfe-

zione plastica. E' in sostanza un rifiuto di sé e della propria individualità.

Un altro campo dove l'evoluzione del ruolo sociale della donna ha creato una nuova realtà è il mondo del lavoro. Il progressivo inserimento femminile è diventato indispensabile anche per il mantenimento economico delle famiglie ed ha fatto conquistare alle donne attività lavorative un tempo riservate solo agli uomini, pur permanendo tuttavia non poche difficoltà nei ruoli dirigenziali specie nel campo economico ed in quello politico.

Non bastano certo le leggi sulle "pari opportunità" a risolvere molti problemi, che a volte risalgono addirittura all'educazione familiare, per motivi tradizionali e socioculturali: la discriminazione delle bambine negli studi, e poi - più grandi - nell'uscire, nel viaggiare anche all'estero, nel conquistare autonomia sul piano psicologico sono tuttora situazioni molto frequenti. Si aggiungono le difficoltà che comporta l'essere madri - dalla gravidanza alla gestione dei figli - e l'habitus mentale nei confronti dell'ambiente di lavoro, dove la donna valorizza assai più dell'uomo i rapporti individuali e logistici (amicizie, competitività, affia-

tamento, orari di lavoro, eccetera). Il duplice impegno lavorativo può anche comportare notevoli problemi nell'ambito della professionalità. Invece questo duplice impegno, pur cambiando le modalità della gestione familiare, non sembra comprometterne la sua essenziale qualità: infatti molte innovazioni tecnologiche rendono più veloce la manutenzione della casa e il tempo che la donna casalinga trascorre a diretto contatto con i figli (non più di tre ore al giorno, a quanto risulta da indagini settoriali) non è maggiore di quello che vi dedica la donna che lavora

fuori casa. Quest'ultima, inoltre, si sente in genere più soddisfatta di sé, con evidente vantaggio per i figli, che sono anche più svincolati dal rischio del mammismo.

Dunque la donna di oggi ha un duplice volto, in quanto divisa tra due progetti di vita: la conquista della libertà attraverso il lavoro e l'antico bisogno istintuale della maternità e della coppia. Ne deriva una conflittualità che, tra l'altro, inibisce la liberazione dalla sudditanza all'uomo. La donna si aspetta da lui - al di là del mitico principe azzur-

ro di ancestrale memoria - la capacità di condividere la gestione responsabile della casa; mentre nel maschio, non ancora maturo a questa condivisione, prevale invece l'ansia della performance sessuale, ingigantita nell'immaginario da esperienze legate alla libertà femminile. L'angoscia del confronto può addirittura sfociare, non di rado, nell'impotenza.



In conclusione la nuova coppia è ancora incapace di rispondere alle aspettative reciproche: donne deluse e uomini spaventati, che rinunciano alla loro istintualità in quanto legati a comportamenti che non sono loro congeniali.

Ci si dimentica che la tendenza ad annullare quanto c'è di positivo nella differenza sessuale è essenzialmente in contrasto con la stessa natura umana.

Dunque, in sintesi, "vive la différence!"

Silvano Fiorato

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.

La "gestione" delle liberalizzazioni deve essere effettuata da parte di tutti gli esercenti l'odontoiatria nel rispetto del cittadino-paziente

Ad oggi gli iscritti all'Albo Odontoiatri in tutta Italia sono circa 55.000. E' rilevante che un numero così elevato di professionisti si dedichi ad una unica esclusiva disciplina. Infatti non bisogna dimenticare che, pur essendo il numero di medici iscritti agli Ordini provinciali circa 350.000, esercitano tutte le altre branche della medicina.

Bisogna poi considerare che mentre la maggiore parte delle discipline mediche viene esercitata presso strutture ospedaliere, cliniche private convenzionate, presso le Asl o sul territorio, la professione odontoiatrica è gestita principalmente in studi privati. In conseguenza mentre per i nostri colleghi i referenti sono i Direttori Generali, e spesso le sigle sindacali intervengono nella difesa dei diritti a tutela del professionista "lavoratore" dipendente, per noi liberi professionisti diventa tutto più "complicato".

Nel panorama odontoiatrico attuale le sigle associative più rappresentative sono l'Andi, che conta più di 20.000 iscritti certificati e l'Aio più alcune associazioni culturali che in qualche fase

dimostrano attenzione verso i problemi sindacali. Peraltro tali associazioni di categoria sono rappresentate nella "Commissione Albo Odontoiatri" dell'Ordine di Genova.

Ritengo doveroso, in questo particolare momento storico per la nostra professione, nella quale la "politica" ha avuto la necessità di "liberalizzare" le professioni stesse, un'attenzione ed un aiuto da parte di tutti gli esercenti la professione.

Non importa se l'attività viene svolta presso l'Università, negli Ospedali, sul territorio o presso studi libero professionali, l'importante è che lo sia sempre nel rispetto del cittadino-paziente che è e deve rimanere il soggetto principale della nostra attività.

Quindi è solo rimanendo uniti, compatti e solidali negli intenti comuni che potremo continuare ad esercitare la nostra professione senza condizionamenti esterni che nulla hanno a che fare con il nostro percorso culturale ed intellettuale.

Elio Annibaldi - Presidente CAO

Formazione/aggiornamento per Assistenti di Studio Odontoiatrico, risorsa per l'Odontoiatra

La figura dell'Assistente di Studio Odontoiatrico (ASO), che ancora oggi non

necessita di un titolo di studio idoneo, poiché a tutt'oggi per svolgere questo tipo di attività non

è richiesto un diploma specifico, è estremamente importante per permettere all'Odontoiatra di lavorare in serenità.

Alla luce di un profondo cambiamento della società, delle leggi, della libera professione che realizza la forma più diffusa di una "distribuzione della salute orale" è evidente che l'Odontoiatra necessita, all'interno di questo processo innovativo di adeguarsi a cambiamenti importanti nello svolgimento della professione per dare un servizio di buona qualità.

Di conseguenza il suo curriculum non sarà solo incentrato sugli aspetti clinico-chirurgici, specie di tipo manuale, ma dovrà comprendere conoscenze in termini di psicologia, comunicazione, gestione ecc.

E' richiesta sempre più un'evoluzione permanente in termini di filosofia di vita professionale e personale. Quindi professione instancabile con schemi di formazione permanente.

Come Medici e come Odontoiatri abbiamo per anni contribuito alla nostra crescita professionale partecipando a corsi di formazione e aggiornamento a seminari e a convegni, anche senza che ciò ci fosse imposto dall'alto e chissà con quali finalità... Ma non c'è evoluzione se questi progressi non sono frutto di un'azione sinergica con il nostro personale di studio.

Per tornare al punto di partenza, le nostre assistenti le abbiamo formate sul campo, ogni giorno insegnando loro un mestiere alquanto complesso e di responsabilità.

Si è trattato spesso di un tipo di formazione che attraverso l'insegnamento pratico ha richiesto tempo, pazienza, buona gestione di

risorse umane, con il raggiungimento di ottimi risultati. Ma spesso a caro prezzo...

Da diciannove anni consecutivi l'Andi Genova organizza il "Corso Base" per Assistenti di Studio Odontoiatrico (ASO) e da alcuni anni i "Corsi Master" per il team; è stato inoltre creato un elenco per le assistenti diplomate al corso base andi, diventando quindi punto di riferimento per tutti i Dentisti genovesi che necessitano di assumere personale addestrato e già preparato all'assistenza.

Le materie di insegnamento più frequentemente trattate oltre alle varie assistenze alla poltrona in odontoiatria conservativa, chirurgica, implantologia, protesica, ortodonzia ecc., sono la psicologia e le tecniche di comunicazione, i materiali dentali, la psicologia in pedodonzia. Sempre più interesse assume inoltre la preparazione al lavoro di segreteria, una mansione che spesso viene svolta nello studio monoprofessionale dalla stessa assistente, mentre nello studio con più professionisti e più personale da una figura specifica.

Il tutto per aumentare le competenze contabili e fiscali fornendo gli strumenti per migliorare i servizi offerti e per creare il così detto "valore aggiunto". Grande importanza viene attribuito al lavoro di squadra necessario a far progredire sotto ogni profilo ogni aspetto dell'intensa vita professionale che oltre ad impegnare molto può dare notevoli gratificazioni per il buon livello raggiunto.

Proscovia Salusciev

Tesoriere Ordine di Genova

Responsabile Corsi Assistenti Andi

Comunicazioni di eventi odontoiatrici

ANDI GENOVA - CORSI

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

zioni: Segreteria Andi Genova, 010/581190.

Sabato 30 giugno: (8.30 -13.00) "La riabilitazione neuro-occlusale secondo Pedro Planas",

