

ORGANO UFFICIALE DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI GENOVA

**EDITORIALE**

L'Ordine rinnova l'impegno verso i medici

VITA DELL'ORDINE

Elezioni: il nuovo Consiglio dell'Ordine

IN PRIMO PIANO

Strettamente confidenziale

NOTE DI DIRITTO SANITARIO

Il Tribunale di Milano interviene sulla legge Balduzzi

La tenuta della cartella da parte dell'odontoiatra

Ricette in farmacia: interviene il Garante

MEDICINA E ATTUALITA'

La FNOMCeO sui test:
"I nostri giovani meritano rispetto"

Certificati attività sportiva non agonistica: un percorso non ancora ultimato...

Notizie
dalla C.A.O.

Non hai ancora attivato la Posta Elettronica Certificata? Ecco come fare.

Ricordiamo a tutti i colleghi che l'art.16 comma 7 L. 2 del 28/2/2009 stabilisce l'obbligo di attivazione della Posta Elettronica Certificata dandone successivamente comunicazione all'Ordine.

A chi non l'avesse ancora attivata rammentiamo che l'Ordine di Genova offre la PEC gratuitamente, a tutti gli iscritti che ne facciano richiesta e il suo rinnovo è gratuito fino ad eventuale delibera contraria del Consiglio. Ecco la procedura per ottenerla: ■ accedere al portale www.arubapec.it ■ cliccare in alto a destra su convenzioni ■ inserire il codice convenzione (OMCEO-GE-0015) ■ nella pagina successiva inserire codice fiscale, cognome e nome (il sistema verificherà che i dati inseriti corrispondano realmente ad un iscritto all'Ordine) ■ inserire i dati richiesti ■ la richiesta della casella PEC viene salvata e vengono generati in PDF i documenti necessari alla sottoscrizione del servizio PEC. La casella sarà attivata solamente dopo la ricezione via fax della documentazione sottoscritta allegando il documento d'identità al fax 0575 862026. **Ulteriori chiarimenti potranno essere richiesti all'indirizzo: ordmedge@omceoge.org.**

Ad oggi hanno fatto richiesta della PEC 2.800 fra medici, odontoiatri e doppi iscritti.

1. CERTIFICATI D'ISCRIZIONE

L'Ordine non rilascia più certificati di iscrizione destinati a rapporti con altre Pubbliche Amministrazioni in genere (L.183/2011), ma continuerà a fornirli esclusivamente per rapporti fra privati. In questo caso, salve specifiche esenzioni previste dalla legge, ai sensi del DPR 642/72, è obbligatoria l'imposta di bollo di 16,00 euro. Gli interessati devono dichiarare l'uso del certificato cartaceo richiesto e citare espressamente l'esenzione, se prevista.

Il ritiro del certificato d'iscrizione, da parte di persone diverse dall'interessato, deve essere accompagnato da una delega e da un documento di identità dell'iscritto.

2. TITOLI CONSEGUITI


E' obbligatorio comunicare all'Ordine i titoli conseguiti utili al fine della compilazione e tenuta degli Albi. La comunicazione deve essere fatta attraverso l'autocertificazione utilizzando **il modulo scaricabile da: www.omceoge.org**

3. CANCELLAZIONE ALBO

In caso di cancellazione dall'Albo è necessario restituire la tessera ordinistica e (se in possesso) il contrassegno auto e/o quello della visita domiciliare urgente.

4. CAMBIO DI RESIDENZA

In base all'art. 64 del Codice deontologico, è obbligatorio comunicare all'Ordine il cambio di residenza. La comunicazione deve essere fatta attraverso l'autocertificazione utilizzando **il modulo scaricabile da: www.omceoge.org** alla sezione modulistica e allegando fotocopia di un documento di identità.



Chi vuole ricevere "Genova Medica" via mail, rinunciando alla copia cartacea, deve inviare a pubblico.genova@omceoge.org la richiesta di cancellazione dal file di spedizione e indicare l'indirizzo e-mail a cui ricevere la rivista.



Genova Medica

Organo Ufficiale dell'Ordine dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri

Direttore responsabile

Enrico Bartolini

Comitato di redazione

Roberta Baldi

Marina Botto

Alberto Ferrando

Massimo Gaggero

Lucio Marinelli

Luca Nanni

Mario Pallavicino

Gianni Testino

CONSIGLIO DIRETTIVO

Enrico Bartolini **Presidente**

Alberto Ferrando **Vice Presidente**

Luca Nanni **Segretario**

Proscovia M. Salusciev **Tesoriere**

Consiglieri

Maria Clemens Barberis

Giuseppina F. Boidi

Luigi Carlo Bottaro

Alberto De Micheli

Francesco De Stefano

Riccardo Ghio

Gemma Migliaro

Luca Nanni

Federico Pinacci

Francesco Prete

Giancarlo Torre

Giovanni Battista Traverso

Massimo Gaggero (odontoiatra)

Giorgio Inglese Ganora (odontoiatra)

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Mario Pallavicino **Presidente**

Lucio Marinelli

Paolo Pronzato

Gianni Testino Supplente

COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI

Massimo Gaggero **Presidente**

Giuseppe Modugno **Segretario**

Stefano Benedicenti

Maria Susie Cella

Giorgio Inglese Ganora

P.zza della Vittoria 12/4

16121 Genova Tel. 010.58.78.46

Fax 59.35.58

GENOVA MEDICA 11

NOVEMBRE
2014

SOMMARIO

Editoriale

4 L'Ordine rinnova l'impegno verso i medici

Vita dell'ordine

5 Elezioni: il nuovo Consiglio dell'Ordine

Note di diritto sanitario

6 Il Tribunale di Milano interviene sulla legge Balduzzi

8 La tenuta della cartella da parte dell'odontoiatra

9 Ricette in farmacia: interviene il Garante

In primo piano

10 Strettamente confidenziale

Medicina e attualità

13 Notizie in breve *a cura di Marco Perelli Ercolini*

15 Per acquisire... il consenso informato

16 Notizie dall'ENPAM

17 La FNOMCeO sui test: "I nostri giovani meritano rispetto"

19 Certificati per attività sportiva non agonistica: un percorso non ancora ultimato...

22 Certificati per attività sportiva non agonistica: le ultime disposizioni

Notizie dalla FNOMCEO

23 Disposizioni sull'orario di lavoro e riposo settimanale nel SSN

24 Corsi e convegni

26 Recensioni

Medicina e cultura

27 Eutanasia: sì, no, forse

29 Lettere al direttore

30 Notizie dalla CAO

mail: ordmedge@omceoge.org

Periodico mensile - Anno 22 n.11 novembre 2014 - Tiratura 9.000 copie + 350 invii telematici - Autorizz. n.15 del 26/04/1993 del Trib. di Genova. Sped. in abb. postale - Gruppo IV 45%. Pubblicità e progetto grafico: Silvia Folco - silviafolco@libero.it In copertina: "Cura degli infermi" (dettaglio) Pellegrinaio di Santa Maria della Scala di Siena, Domenico di Bartolo (Asciano, 1400/1404 - 1445/1447). Stampa: Ditta Giuseppe Lang - Arti Grafiche S.r.l. Via Romairone, 66/N 16163 Genova. Stampato nel mese di novembre 2014.



Enrico Bartolini

L'Ordine rinnova l'impegno verso i medici

Nonostante le avversità meteorologiche e le tragiche alluvioni che hanno colpito il nostro fragile territorio, molti colleghi si sono presentati al voto testimoniando ancora una volta la vicinanza e l'interesse nei confronti dell'istituzione ordinistica. Istituzione che negli ultimi anni sta rivendicando l'importanza del proprio ruolo nel promuovere migliori condizioni lavorative e maggiore dignità professionale nei rapporti di lavoro, sia esso dipendente, convenzionato o libero professionale. Ma non solo. L'Ordine ha anche un compito di tutela del medico nei contenziosi penali e civili, spesso promossi in maniera pretestuosa, e sintomo di una profonda trasformazione del rapporto medico-paziente. Se è vero, infatti, che la medicina è sempre più capace di guarire, sorprendentemente medici e pazienti vivono un rapporto reciproco di sospetto e delusione. La causa è un eccessivo tecnicismo clinico che depersonalizza e rende meno evidente il ruolo del medico, la parcellizzazione delle conoscenze e la diminuzione del 'carisma' della figura medica.

E' fondamentale, invece, ricostruire le capacità relazionali e comunicative della coppia medico-paziente che costituiscono una premessa indispensabile all'esercizio dell'atto medico nell'interezza della dimensione professionale ed etica.

Il paziente oggi è più informato e rivendica una sua autonomia nell'approccio alla malattia, ma è compito del medico determinare i riferimenti

del malato, precisare insieme a lui quelle che sono le sue opinioni e le sue idee sulla malattia, ciò che vuole sapere, ciò che può comprendere, ciò che influenzerà le sue decisioni e ciò da cui potrà, infine, trarre vantaggio. La salute è multifattoriale, e il medico deve decidere caso per caso quali, tra i molti obiettivi di salute possibili, sono a suo avviso quelli prioritari.

In una sanità che vuole promuovere la salute e la prevenzione il medico dovrà sempre di più in futuro impegnarsi nel rapporto con l'altro, non più malato, ma sano o apparentemente tale, per diffondere la pratica di stili di vita atti a prevenire le malattie di maggiore rilevanza epidemiologica.

Anche il sistema sanitario, nel suo complesso, deve ripensare i suoi modelli tradizionali di tutela in sintonia con i tanti cambiamenti culturali dovuti ad una nuova domanda umanitaria di cura. Da questa scollatura profonda prendono forma i problemi più delicati quali il contenzioso legale, la medicina difensiva, la delegittimazione dei medici, i conflitti tra professioni, il ricorso esagerato alle procedure burocratiche. L'impegno quindi del nuovo Consiglio è far sì che l'Ordine partecipi sempre più alle problematiche socio-sanitarie a tutela della salute del cittadino, della qualità dell'atto medico e della formazione e aggiornamento della categoria.

Nel nuovo Consiglio sono stati eletti tanti giovani colleghi che sicuramente sapranno rispondere alle criticità del sistema, adoperandosi, in

particolare, per far sì che le nuove generazioni possano contare su un futuro professionale meno precario e più qualificato.

Un grazie particolare a tutti coloro che hanno partecipato al voto e hanno dato fiducia a questa istituzione che, nonostante necessiti di una riforma sostanziale da un punto di vista legislativo, cerca di stare al passo coi tempi.



Elezioni: il nuovo Consiglio dell'Ordine

Il 15, 16 e 17 novembre si sono svolte le elezioni per il rinnovo del Consiglio dell'Ordine di Genova per il triennio 2015-2017. Hanno votato, fra medici e odontoiatri, 1.416 iscritti.

Di seguito riportiamo i risultati ufficiali della consultazione.

I risultati voto per voto

VOTAZIONE PER IL CONSIGLIO DIRETTIVO DEI MEDICI CHIRURGHI

Le schede valide sono state 1.334, le schede nulle 4 e quelle bianche 11.

Sono stati eletti:

Enrico Bartolini	735
Monica Puttini	653
Giovanni Murialdo	615
Alberto Ferrando	560
Cristiano Alicino	521
Alberto De Micheli	503
Alessandro Bonsignore	499
Federico Pinacci	497
Luca Nanni	492
Ilaria Ferrari	480
Alice Perfetti	479
Thea Giacomini	464
Valeria Messina	463
Luigi Ferrannini	446

Gianni Testino 427

Hanno, inoltre, conseguito voti:

Sandra Morano	424
Gemma Migliaro	416
Alessandro Viotti	409
Lucio Marinelli	384
Rinaldo Picciotto	367
Giuseppina Boidi	356
Lorenzo Cresta	352
Giorgio Schiappacasse	350
Roberta Bruni	350
Gloria Pierucci	334

Seguono altri nominativi con voti da uno a tredici

VOTAZIONE PER IL COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Le schede valide sono state 1.431 le schede nulle 25 e quelle bianche 141.

Per la carica di revisore effettivo:

Federico Bianchi (30/3/1981)	808
Federico Giusto	771
Loredana Miglietta	700
Revisore supplente: Elisa Balletto	714

Hanno, inoltre, conseguito i voti:

Giovanni Semprini	451
Alessandro Sumberaz	404
Revisore supplente: Davide Buffi	295

Seguono nominativi da uno a quindici voti

VOTAZIONE PER LA COMMISSIONE DEGLI ALBO DEGLI ODONTOIATRI

Le schede valide sono state 235, le schede nulle 4 e quelle bianche 9

Sono stati eletti:

Massimo Gaggero	205
Giuseppe Modugno	197
Giorgio Inglese Ganora	194

Maria Susie Cella 187
Stefano Benedicenti 185

Seguono altri nominativi con voti da uno a sette

I primi due eletti faranno parte del Consiglio direttivo

Il Tribunale di Milano interviene sulla legge Balduzzi

avv. Alessandro Lanata

Come già ampiamente argomentato in diversi numeri di questa rivista, la qualificazione giuridica della responsabilità civile medica assume un'essenziale valenza, vuoi sotto l'aspetto del termine di prescrizione dell'azione risarcitoria, vuoi sotto l'aspetto del riparto degli oneri probatori incombenti sulle parti in causa.

Ebbene, secondo un consolidato orientamento della Corte di Cassazione la responsabilità della struttura ospedaliera e dei medici curanti alle dipendenze della stessa rientra nell'ambito contrattuale. Fra le tante pronunce merita rammentare quella della Corte di Cassazione a Sezioni Unite n.577 del 11/01/2008, che così ha statuito: *“La responsabilità della struttura sanitaria è contrattuale, sul rilievo che l'accettazione del paziente in ospedale, ai fini del ricovero o di una visita ambulatoriale, comporta la conclusione di un contratto. A sua volta anche l'obbligazione del medico dipendente dalla struttura sanitaria nei confronti del paziente, ancorché non fondata sul contratto, ma sul “contatto sociale”, ha natura contrattuale”*.

In forza di quanto sopra il Supremo Collegio ha, dunque, sostenuto a più riprese che *“nel giudizio avente ad oggetto il risarcimento del danno da attività medico - chirurgica, il paziente deve provare l'esistenza del contratto (o del contatto sociale) ed allegare l'insorgenza (o l'aggravamento) della patologia e l'inadempimento qualificato del sanitario, astrattamente idoneo a provocare (quale causa o concausa efficiente) il danno lamentato, rimanendo a carico del medico convenuto l'onere di dimostrare che tale inadempimento non vi è stato, ovvero che, pur esistendo,*

esso non è stato causa del danno”.

Nel solco di tale indirizzo giurisprudenziale si è inserita la cosiddetta Legge Balduzzi, il cui dettato nella materia ha da subito ingenerato dubbi interpretativi a fronte del richiamo all'art. 2043 del codice civile ovvero ad una norma che attiene alla responsabilità extra contrattuale.

Tale tipologia di responsabilità, valga sottolinearlo, prevede un termine di prescrizione non già decennale come in caso di inadempimento contrattuale, bensì quinquennale.

Ancora, nelle vertenze per responsabilità extra contrattuale il danneggiato è vincolato a provare il danno subito, il nesso causale e l'illiceità del comportamento tenuto dal danneggiante.

Ebbene, subito dopo l'entrata in vigore della legge Balduzzi alcuni Tribunali, prendendo spunto dal tenore letterale del disposto normativo, avevano optato per ricondurre la responsabilità civile medica all'ambito extra contrattuale, così manlevando la struttura ospedaliera ed i sanitari ivi operanti dall'assolvere adempimento alcuno in tema di prova.

Siffatte pronunce non hanno, tuttavia, avuto un seguito, posto che la quasi totalità dei Giudici di merito hanno preferito restare ancorati alla giurisprudenza della Corte di Cassazione, nel frattempo rimasta immutata.

Anzi, con l'ordinanza n. 8940 depositata il 17 aprile 2014 la Corte di Cassazione - Sezione VI Civile si è proprio soffermata nella disamina ed interpretazione dell'art. 3 della legge Balduzzi, giungendo alle seguenti conclusioni: *“La norma del D.L. n. 158 del 2012, art. 3, comma 1, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 189 del 2012, quando dispone nel primo inciso che “l'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve”*



e, quindi, soggiunge che *“in tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'art. 2043 c.c.”*; poiché omette di precisare in che termini si riferisca all'esercente la professione sanitaria e concerne nel suo primo inciso solo la responsabilità penale, comporta che la norma dell'inciso successivo, quando dice che resta comunque fermo l'obbligo di cui all'art. 2043 c.c., deve essere interpretata... nel senso che il legislatore si è soltanto preoccupato di escludere l'irrelevanza della colpa lieve anche in ambito di responsabilità extracontrattuale civilistica. Deve, viceversa, escludersi che con detto inciso il legislatore abbia inteso esprimere un'opzione a favore di una qualificazione della responsabilità medica necessariamente come responsabilità extracontrattuale... Deve, pertanto, ribadirsi che alla norma nessun rilievo può attribuirsi che induca il superamento dell'orientamento tradizionale sulla responsabilità medica come responsabilità da contatto e sulle sue implicazioni". In questo contesto si è inserita la recentissima decisione del tribunale di Milano dello scorso 17 luglio, la quale merita un'attenta disamina nel vivo auspicio che essa possa costituire un punto di partenza al fine di addivenire ad un'adeguata tutela della classe medica in sede giudiziale. Addentrandosi nella motivazione della pronuncia in esame, v'è da dire che il giudice lombardo ha espresso una considerazione del tutto condivisibile: se la legge Balduzzi ha avuto di mira il contenimento delle azioni giudiziarie per malpractice, come dimostrato dalla chiara volontà di limitare la responsabilità penale del medico e di ridurre gli importi dei risarcimenti, il richiamo in essa all'art. 2043 del codice civile non può ritenersi atecnico o frutto di una svista. A meno, dunque, di non svuotare di significato la previsione normativa in spregio all'obbligo dell'interprete di attribuire alla norma il senso che può avere in base al suo tenore letterale e all'intenzione del legislatore, ne discende per il tribunale la necessità di individuare in quali ipotesi ricorra una

responsabilità non già contrattuale, bensì extracontrattuale del medico.

In questa prospettiva, il Tribunale ha ravvisato che, laddove venga provata la conclusione di un contratto d'opera professionale, la responsabilità risarcitoria del medico deve essere ricondotta alla responsabilità da inadempimento contrattuale ai sensi dell'art. 1218 del codice civile. Ciò, a prescindere dalla circostanza che la prestazione medico-chirurgica sia stata eventualmente resa in regime ambulatoriale o di ricovero presso una struttura sanitaria pubblica o privata.

Per converso, la sentenza muove una severa critica nei confronti dell'approccio interpretativo seguito dalla Suprema Corte nella surriferita ordinanza del 17 aprile 2014.

Il tribunale, infatti, apprezzabilmente rileva che la chiara volontà della legge Balduzzi di restringere e limitare la responsabilità anche risarcitoria derivante dall'esercizio delle professioni sanitarie al fine di contenimento della spesa e di porre rimedio al cosiddetto fenomeno della medicina difensiva, impone di *“rivedere il criterio di imputazione della responsabilità risarcitoria del medico (dipendente o collaboratore di una struttura sanitaria) per i danni provocati in assenza di un contratto concluso dal professionista con il paziente”*.

Il giudice lombardo, di conseguenza, ha ritenuto corretto interpretare l'art. 3 della legge Balduzzi *“nel senso che, al di fuori dei casi in cui il paziente sia legato al professionista da un rapporto contrattuale, il criterio attributivo della responsabilità civile al medico (e agli altri esercenti una professione sanitaria) va individuato in quello della responsabilità da fatto illecito ex art. 2043 c.c., con tutto ciò che ne consegue sia in tema di riparto dell'onere della prova, sia di termine di prescrizione quinquennale del diritto al risarcimento del danno”*.

In buona sostanza, la sentenza in esame prende le distanze dal “contatto sociale” ovvero da quella fonte atipica di obbligazioni di creazione giurispru-

denziale secondo cui *“il mero contatto tra medico e paziente determina un legittimo affidamento del secondo nelle capacità di cura del primo e, dunque, si concreta in un vero e proprio contratto di fatto, tale da costituire fonte di obbligazioni”*. A conclusione dei rilievi qui sinteticamente spostati il Tribunale si è così pronunciato: *“...il tenore letterale dell'art. 3 comma 1 della Legge Balduzzi e l'intenzione del Legislatore conducono a ritenere che la responsabilità del medico (e quella degli altri esercenti professioni sanitarie) per condotte che non costituiscono inadempimento di un contratto d'opera (diverso dal contratto concluso con la struttura) venga ricondotta dal legislatore del 2012 alla responsabilità da fatto illecito ex art.2043 c.c. e che, dunque, l'obbligazione risarcitoria del medico possa scaturire solo in presenza di tutti gli elementi costitutivi dell'illecito aquiliano (che il danneggiato ha l'onere di provare)... se dunque il paziente/danneggiato agisce in giudizio nei confronti del solo medico con il quale è venuto in “contatto” presso una struttura sanitaria, senza allegare la conclusione*

di un contratto con il convenuto, la responsabilità risarcitoria del medico va affermata soltanto in presenza degli elementi costitutivi dell'illecito ex art. 2043 c.c. che l'attore ha l'onere di provare”. In altri termini, seguendo questa impostazione, al paziente non basterà più prospettare una determinata inadempienza del medico curante, egli dovendo provare compiutamente il comportamento illecito del sanitario nei suoi contorni sia oggettivi che soggettivi.

A chiosa finale, manifesto il mio vivo auspicio affinché il lineare, puntuale ed efficace percorso argomentativo seguito dal giudice di Milano possa essere a breve recepito non soltanto da altri Tribunali o Corti di Appello ma, altresì e soprattutto, dalla Corte di Cassazione, ancor meglio se a Sezioni Unite. Non appare, infatti, più accettabile che i medici, quotidianamente impegnati con scrupolo e dedizione a tutela dei pazienti, debbano essere soggetti a sistematiche chiamate in causa, con tutto ciò che ne deriva anche sul piano psicologico, a fronte di un numero francamente spropositato di domande giudiziali risarcitorie.

La tenuta della cartella da parte dell'odontoiatra

Il Tribunale Civile di Roma ha recentemente ribadito un'impostazione di giudizio già da tempo seguita dalla Corte di Cassazione in tema di oneri probatori nelle vertenze ricollegabili all'ambito della responsabilità contrattuale.

Richiamando le riflessioni svolte nell'articolo che precede, v'è da premettere che tra il paziente e l'odontoiatra che opera in regime libero - professionale intercorre senza alcun dubbio un rapporto contrattuale. L'odontoiatra, dunque, è chiamato a provare di aver eseguito la propria prestazione con la diligenza richiesta dalla specifica attività esercitata. In questa prospettiva, il Tribunale ha fatto richiamo al cosiddetto principio di “vicinanza della prova”, così statuendo: “l'omessa tenuta

della cartella clinica ovvero dei referti e degli esiti degli esami e degli accertamenti preliminari ad un intervento di prestazione medico-sanitarie costituiscono condotte sintomatiche di un difetto di diligenza, da cui può agevolmente e legittimamente ricavarci, sulla base di un criterio probabilistico, l'affermazione di responsabilità dell'odontoiatra convenuto per i danni lamentati dall'attrice, anche in ossequio al principio di ‘vicinanza della prova’ ovvero della più elevata possibilità di offrirla in giudizio”. In altre parole, la mancata esibizione in giudizio della documentazione clinica formata all'interno dello studio dell'odontoiatra e ricollegabile alle terapie praticate non può essere letta a discapito del paziente ossia alla stregua di un inadempimento dell'onere probatorio a carico di quest'ultimo. Anzi, come sopra osservato, vale esattamente l'opposto.

Ricette in farmacia: interviene il Garante

prof. avv. Lorenzo Cuocolo

Studio legale Cuocolo - www.cuocolo.it

L Autorità Garante della privacy ha previsto - per il secondo semestre del 2014 - più di duecento ispezioni aventi come oggetto le modalità di trattamento e l'informativa sui dati personali in ambito sanitario e come destinatari i medici di base ed i pediatri.

Tra le pratiche individuate, è considerata censurabile la prassi dei medici di famiglia di lasciare le prescrizioni dei farmaci direttamente in farmacia o presso gli schedari presenti nelle sale d'attesa dei propri studi medici, soprattutto per i pazienti 'cronici', i quali, avendo bisogno sempre della stessa prescrizione, di norma ottengono la "ricetta" semplicemente chiamando al telefono il medico e ritirando il documento lasciato nello schedario appeso fuori dalla porta dello studio o nella farmacia con la quale lo studio medico abbia preso accordi. Il rischio, però, è che i dati personali di ogni singolo paziente siano facilmente accessibili da chiunque, compromettendo in tal modo la privacy e il diritto alla tutela dei dati personali, sancito dall'art. 2, Dlgs. 196/2003.

Il Garante è intervenuto sul punto, affidando i controlli di suddette pratiche alla sezione speciale della privacy della Guardia di Finanza.

Per il Garante, infatti, la violazione della riservatezza dei dati personali è una conseguenza diretta della presenza della prescrizione medica in una cassetta incustodita e la curiosità di terzi interessati non può essere esclusa con certezza dalla presenza della ricetta medica in una farmacia.

Se le ispezioni delle Fiamme Gialle dovessero effettivamente riconoscere una violazione della normativa sulla privacy,

ai medici potrebbero essere comminate sanzioni amministrative molto elevate, fino a 50.000 euro, come previsto dall'art. 162 bis, Dlgs. 169/2003.

La Federazione Italiana dei medici di medicina generale, in ragione di tali previsioni, è immediatamente intervenuta diramando l'indicazione per la quale, d'ora in avanti, non sarà più concesso lasciare ricette e prescrizioni né in farmacia né negli schedari delle sale d'attesa degli studi medici. L'unica pratica consentita sarà la consegna diretta della prescrizione, da parte del medico nelle mani del paziente. Un'eventuale delega potrà essere concessa solo alla propria segretaria.

L'Autorità Garante della privacy, a seguito del grande rilievo mediatico che ha avuto la notizia, è intervenuta repentinamente inviando, il 14/11/2014, una lettera al presidente delle FIMMG con la quale ha sottolineato come le proprie indicazioni siano orientate, da un lato, al rispetto della dignità e della riservatezza del paziente, dall'altro, a garantire una più agevole fruizione dei servizi sanitari.

In ragione di questo pertanto, **qualora il paziente lo richieda espressamente, il medico potrà consegnare la ricetta al farmacista o ad altro soggetto appositamente delegato, senza particolari accorgimenti se non quello di inserire la prescrizione in una busta chiusa.** È consigliabile che il medico mantenga traccia scritta di tale richiesta da parte del paziente.

Ricette e certificati medici possono essere ritirati anche da persone diverse dai diretti interessati, purché in base a una delega scritta da parte del paziente e mediante la consegna degli stessi in busta chiusa.

Semplici regole di buon senso queste, conclude il Garante, che permettono di rispettare la riservatezza e la dignità delle persone senza creare troppe difficoltà né ai medici né agli stessi pazienti.

In tal modo sono salvaguardati sia il rispetto del diritto alla privacy dei singoli utenti, sia l'indispensabile fluidità dei servizi sanitari.



Strettamente confidenziale

Privacy, tormentone ed estasi

Marina E. Botto

dirigente medico geriatra ASL 3 Genovese

Giuseppe ha 44 anni e un cancro: mentre lui sta per subire un intervento palliativo, nel corridoio sua figlia Giorgia di anni 20 subisce in piedi la sentenza del chirurgo che sta entrando in sala operatoria. Giampaolo ritira una copia del CD di una TAC che ha fatto per un incidente stradale e dentro la busta con il suo referto trova il CD della RM di Giuseppina, che ha un glioblastoma (gli viene detto di cestinarlo). Giacomo, 19 anni e una passione divorante per le moto, si è appena fracassato una caviglia e un paio di vertebre: la mamma, reduce da un divorzio molto conflittuale, ragiona con sua cognata se avvertire o meno il padre del ragazzo. Giorgio è un medico di medicina generale, sta scrivendo una ricetta per la sua paziente Giovanna, che strepita nel telefono



“Ma perché dovrei venire a prenderla? Non può lasciarmela in farmacia come al solito?”: ovviamente anche la paziente presente in ambulatorio ascolta la conversazione. Trovate gli errori (*soluzione in fondo all'articolo).

Gli Italiani e la privacy si rincorrono continuamente ma non si raggiungono mai, lo strapaes Italia è dall'epoca dei Comuni una grande piazza reale ed oggi anche virtuale. Non a caso questo è l'ennesimo anglicismo che abbiamo incluso nel nostro vocabolario. Gli anglosassoni, ed in generale i popoli nordici, con il termine “privacy” intendono tutta la sfera individuale, dove il concetto di individuo è declinato nella sua forma più ortodossa di soggetto unico ed indivisibile ed oggetto di diritti fondamentali inalienabili. Vita privata anzitutto (compresa la salute), intimità, riservatezza. Raggiunta la maggiore età - che ricordo alle mie compatriote madri essere 18 anni e non 48 - la persona si arricchisce del ruolo di individuo, cioè può e deve gestire autonomamente la propria privacy. Impossibile tradurre tutto ciò nella nostra lingua! In Italia l'individuo è tale quando è solo, senza parenti e senza cellulare: l'individuo si arresta sulla soglia di casa (se non dell'ascensore), davanti al bar e all'edicola, all'ingresso del negozio di parrucchiere, nei corridoi dell'ospedale, nella sala d'attesa del medico. Se si affaccia ai social networks è perduto. Abbiamo di recente visto levarsi gli scudi sindacali di fronte ai controlli della Guardia di Finanza sul rispetto del Codice Deontologico e specialmente del Codice della Privacy, che prevede sanzioni economiche consistenti per chi lo infrange: va detto che in questa partita i sindacati possono giocare un ruolo marginale, poiché nulla vi è di negoziabile nel D.L. (atto della Repubblica Italiana avente forza di legge) del 30/6/2003, aggiornato ed integrato a suon di leggi e decreti 25 volte, l'ultima nel 2013. Ognuno dei suoi 186 articoli (in particolare per i medici 76-78) è meritevole di lettura da parte di tutti i professionisti che trattano i dati personali dell'individuo, dai medici ai giornali-

sti ai tecnici informatici (per i dati sensibili art. 20 e 22); gli Ordini professionali debbono cooperare con l'autorità del Garante. Questa è un collegio di 4 esperti nominati dal Parlamento, che si avvale di un ufficio con oltre 120 dipendenti e di consulenti, il quale costa ogni anno alla collettività decine di milioni di euro, cui vanno aggiunte le spese per mantenere un congruo numero di Authority e Commissioni di vigilanza affidate spesso in premio a pensionati e trombati vari. Sembra che siamo alle solite.

In realtà la protezione dei dati personali è un nodo fondamentale della sicurezza, nei processi produttivi quanto nelle attività professionali, in particolare per i medici:

la sicurezza è il presupposto fondamentale del rapporto fiduciario con i pazienti, specialmente per i MMG che dalla saldezza di questa relazione fiduciaria vedono dipendere i propri introiti. Il flusso e la qualità delle informazioni sono presupposti fondamentali della continuità delle cure; da qui deriva il necessario consenso, che genera finalmente quell'assunzione di corresponsabilità da parte del paziente nei confronti dei futuri atti medici cui si sottoporrà. Nessun anello di questa catena può mancare, essere debole o difettoso: più o meno pesante, più o meno lunga, deve vedersi e reggere nella grande azienda come nello studio di ogni MMG.

Dall'accordo di Schengen del 1985 (ingresso dell'Italia nel 1990 perché come nelle guerre mondiali stiamo sempre un po' a vedere come va), la condivisione di enormi banche dati ha richiesto una regolamentazione del settore, che si declina negli Stati membri in modo abbastanza simile. Rincorrere l'innovazione tecnologica è la continua sfida, raccolta a tutti i livelli: per noi medici anche il nuovo Codice Deontologico (Art. 10, 11, 12) va al di là del generico segreto professionale: ribadisce che la riservatezza è alla base del rapporto fiduciario. Ma la legge 98 del 9/8/2013, e più recentemente il decreto Renzi "del fare", hanno esteso l'uso dei dati sensibili a finalità diverse dal-

la cura: all'allarme del Garante sulla difficoltà di raccogliere il consenso su temi come ricerca e governo (programmazione sanitaria) ha corrisposto una leggera modifica della legge (vietato usare a fini non di cura il cartaceo scannerizzato, immagini e video) e la ricaduta sui MMG della responsabilità di spiegare ai pazienti cosa significa condivisione, anche "in cloud"; in tal modo si consentirebbe alle ASL l'accesso ad una mole enorme di nozioni di grande valore economico (pensiamo alla vendita dei profili di rischio alle Compagnie di Assicurazione in UK). Con gli attuali livelli di sicurezza un attacco di hacking sarebbe facile e costituirebbe concretamente un devastante assalto ai diritti civili, ambito in cui il nostro è già uno Stato a rischio. Ma non immaginiamo un nerd all'assalto dei nostri esami urine, pensiamo all'Agenzia delle Entrate, al Ministero degli Interni... In questo clima si sta parlando di Fascicolo Sanitario Elettronico: a parte il fatto che ciò presuppone un linguaggio informatico nazionale (e si dà il caso che all'interno di una stessa Regione gli ospedali non scambino dati col territorio), gli unici modelli organizzativi che danno qualche garanzia sono verticistici o applicabili a sistemi molto piccoli.

Last but not least l'investimento - se di questo si può parlare - insomma la spesa certa si aggirerà intorno al miliardo di euro nei primi tre anni, con un risparmio teorico atteso a 7-10 anni di circa 7 miliardi. Ci vediamo nel 2024.

Ciononostante sta avanzando in Italia il cronoprogramma per l'attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico: le Regioni dovranno realizzarlo entro il 30 giugno 2015, con l'unico obiettivo di realizzarlo, evitando così le sanzioni previste in caso di inadempienze. C'è infatti in gestazione un nuovo DPCM attuativo del Codice della Privacy: in pratica l'accesso al FSE ha le sue regole (art. 64 del Codice dell'Amministrazione digitale - ultima versione?), basate sul cosiddetto sistema SPID (Sistema Pubblico per la gestione dell'Identità Digitale) inventato dall'Agenzia per l'Italia digitale.

Esiste anche questa e a questa occorrerà accreditarsi, soggetti pubblici e privati indistintamente ma con livelli di autorizzazione - e quindi di accesso ai dati - diversi a seconda dei ruoli ricoperti (profili di accesso): esempio semplice, il farmacista non può vedere tutti i dati che vede il MMG. La facoltà di "leggere" è distinta da quella di "scrivere" sul FSE. L'oscuramento dei dati è facoltà del solo e unico possessore dei dati, l'assistito. Poi ci sarebbe l'oscuramento dell'oscuramento, cioè chi accede a vario titolo ai dati può non sapere che l'assistito ne ha ristretto la visibilità. Avete l'affanno? Io sì.

Pentalogo della riservatezza (*)

1. Esporre in sala d'attesa un'informativa minima.
2. Far firmare ai pazienti un consenso informato relativo ai propri documenti sanitari (cartella) in custodia al medico.
3. Far firmare ai collaboratori una lettera d'incarico e presa visione del regolamento.
4. Annotare in cartella se il paziente dà il consenso a consegnare ad altri le sue ricette, richieste, referti.
5. Tenere sottochiave il cartaceo contenente dati sensibili.

(di tutti questi documenti esiste fac simile su internet)*

Dovremo pretendere un continuo aggiornamento sulle norme da parte della Regione e del Ministero, dovremo pretendere un consenso ampio da parte dell'assistito al semplice inserimento dei suoi dati ed uno specifico su argomenti scottanti (sieropositività, interruzione volontaria di gravidanza, violenza sessuale, ecc). Dove attingeremo le competenze per informare? Ma soprattutto ne avremo il potere? Ne varrà la pena? E cosa faremo per gli anziani con Mild Cognitive Impairment? Per ora, tanto per cambiare, c'è l'individuo-medico

a proteggere i dati sensibili dell'individuo-paziente (pardon, "persona assistita"): con modalità semplificate, sulla falsariga di consensi informati utilizzati dalle Istituzioni, tutti i medici debbono comunque contribuire alla sicurezza dei propri pazienti e - in fin dei conti - di se stessi. I colleghi di studio, i sostituti e il personale di segreteria non possono non sapere quali sono i dati sensibili e come devono essere trattati. Ciò non significa "Mission: Impossible", con paralisi di tutte le attività, suicidio di massa dei MMG e rieducazione degli Italiani al riserbo: occorre però darsi qualche obiettivo minimale, anche per non incorrere negli strali della Guardia di Finanza, che non fa sconti e non ammette distrazioni.

A monte di questi processi si trova un gigantesco sistema scientifico, uno sforzo culturale immenso, un dispendio di denaro impressionante: eppure c'è chi archivia l'argomento come inutile ennesimo aggravio burocratico e se ne disinteressa, dimostrando come la calma sia la virtù di chi non ha capito il problema. E poi, ammettiamolo: un po' di delicatezza, di pudore e di cautela in più in tema di salute non farebbe male a nessuno, persone assistite e persone assistenti.

Errori delle storie iniziali:

1. Il discorso va fatto a Giuseppe ben prima dell'intervento e non in corridoio, sarà lui a parlare se crede con la figlia.
2. Non deve succedere!!! Se malauguratamente accade, si ritira il CD sbagliato.
3. La mamma, la zia ecc. devono farsi gli affari loro: decide il ragazzo.
4. Se possibile la telefonata dev'essere filtrata dalla segreteria oppure il Medico prende nota poi lascia una busta chiusa (non senza silenziare l'urlatrice).

"Dobbiamo considerare tutte le nostre faccende personali come dei segreti, e restare dei perfetti estranei per i nostri conoscenti, al di là di quello che costoro possono vedere coi propri occhi." A. Schopenhauer

Notizie in breve

a cura di Marco Perelli Ercolini

Attenti alle false mail con virus

L'Agenzia delle Entrate informa che sono state inviate false email come Linee Guida dell'Agenzia delle Entrate per evitare i controlli sul redditometro, con oggetto "Aggiornamento".

Il file allegato contiene un virus che può compromettere la sicurezza del computer del destinatario. L'amministrazione è assolutamente estranea a questi messaggi, spesso volti a ottenere illecitamente dati personali dei cittadini, e invita i contribuenti che ricevono questa mail a non inoltrarla ad alcuno e ad eliminarla senza aprire l'allegato.



Pensionati pubblici e privati - nessun incarico nella P.A.

- Con la legge Madia (legge 144/2014 - articolo 6) è fatto divieto alle pubbliche amministrazioni di conferire a soggetti già lavoratori privati o pubblici collocati in quiescenza incarichi dirigenziali o direttivi o cariche in organi di governo delle amministrazioni pubbliche e degli enti e società da esse controllati, ad eccezione dei componenti delle giunte degli enti territoriali e dei componenti o titolari degli organi elettivi degli enti di cui all'articolo 2, comma 2-bis, del decreto-legge 31 agosto 2013, n. 101, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 ottobre 2013, n. 125 (quali i componenti di consiglieri di Ordini o Collegi professionali). Sono consentiti incarichi e collaborazioni, esclusivamente a titolo gratuito e per una durata non superiore a un anno, non prorogabili né rinnovabili, presso ciascuna amministrazione.

Ricordiamo come già in precedenza (legge 135/2012 art.5) sia già stato introdotto il divieto di attribuire incarichi di studio e di consulenza a pubblici dipendenti collocati in quiescenza che ab-

biano svolto, nel corso dell'ultimo anno di servizio, funzioni e attività corrispondenti a quelle oggetto dello stesso incarico di studio e di consulenza.

Pensioni future più magre: ecco perchè

- Prospettive di pensioni future particolarmente magre. Ma perchè?

- Entrata sempre più tardiva nel mondo del lavoro;
- alternanza di periodi lavorati e periodi di disoccupazione;
- retribuzioni che tendono al basso;
- periodi di lavoro in nero.

Tutti fattori che porteranno a indici di sostituzione (rapporto tra ultima retribuzione e primo rateo di pensione) inferiori al 60-50% e forse anche meno. Ma di chi è la colpa? Certamente non dei padri e dei nonni che in periodi più fortunati hanno avuto maggior attività lavorativa con retribuzioni più dignitose, anzi sono propri i padri e i nonni che con le loro attuali pensioni, in carenza di ammortizzatori sociali di Stato, sostengono molte volte figli e nipoti. Piuttosto chiediamoci: i nostri amministratori sono stati e sono all'altezza dei compiti cui sono preposti, prevedendo e correggendo eventuali distorsioni nel mondo del lavoro e previdenziale? Perché l'assenza quasi totale di un welfare efficiente, pagato peraltro dal cittadino con la fiscalità?

E ora si grida e si piange e si additano i pensionati come rapinatori dei figli... capri espiatori, invece, di carenze programmatiche di amministratori o incapaci o inerti di fronte a una evoluzione sociale, culturale e del sistema di vita con profondi cambiamenti nel mondo del lavoro, con grosse mine vaganti di speculazioni finanziarie.

Ultimo colpo: la possibilità di rivalutazioni negative del montante, cioè dei risparmi forzosi dei contributi previdenziali versati mese dopo mese in attività lavorativa per la futura pensione nel postlavorativo...la riforma Dini del 1995 si era dimenticata (!?) della possibilità di un PIL negativo....

Occhio alla polizza assicurativa RC professionale

- Nello stipulare una polizza a copertura della responsabilità professionale è utile porre una certa attenzione su:

FRANCHIGIA è la parte di danno a carico dell'assicurato (cioè non rimborsata dalla assicurazione). Può essere espressa in percentuale o in espressione economica. Specialmente per la copertura della "colpa grave" è consigliabile accendere polizze senza franchigia.

MASSIMALE (limite di indennizzo) è l'importo massimo risarcibile.

CLAIMS MADE è il periodo di validità per il risarcimento: richiesta pervenuta per la prima volta nel corso di periodo assicurativo e denunciata all'assicuratore durante detto periodo ovvero nel periodo di retroattività indicata in polizza e non nota all'assicurato.

RETROATTIVITA' è la data segnalata in polizza che prevede una copertura retroattiva per eventuali eventi poi denunciati in periodo di vigenza della polizza.

Ricordiamo che la prescrizione per *malpractice* è decennale dal momento non dell'evento, ma dall'evidenza (momento in cui si è venuti a conoscenza) del pregiudizio subito.

POSTUMA è il periodo di prolungamento della copertura assicurativa oltre la scadenza assicurativa per eventi successi nel periodo di vigenza della polizza.

In particolare, per attività professionale interrotta volontariamente o per pensionamento.

Allarme plethora medica nei prossimi 5 anni

- L'accesso a medicina attuale (per effetto TAR di riammissione degli esclusi coi tests) porterà un gran numero di laureati a fronte di un esiguo numero di possibilità di ammissione alle Scuole di specializzazione con l'inevita-

bile plethora di laureati in medicina disoccupati: nei prossimi anni saranno licenziati 10-12 mila laureati in medicina a fronte di una offerta specialistica di circa la metà.

Vera semplificazione o ulteriore complicazione fiscale?

- Si enfatizza l'avvio del 730 parzialmente precompilato per agevolare i contribuenti, pensionati e lavoratori dipendenti, nel loro adempimento fiscale.

Ma tra le righe compare anche che il "precompilato" non arriverà a casa del cittadino, ma dovrà essere scaricato dal sito dell'Agenzia delle entrate dopo ovviamente le procedure di accreditamento per la dovuta registrazione all'area riservata.

Ma quanti pensionati saranno in grado di usufruire di questa agevolazione? Quanti dovranno poi completare la denuncia? Allora è una semplificazione vera agevolazione per il contribuente o piuttosto una semplificazione per l'ufficio fiscale?

Prima affermazione spontanea: non era il caso di lasciare le cose come prima, in attesa di soluzioni più agevoli per il contribuente?

Seconda affermazione: come hanno fatto e fanno gli altri Paesi ove viene inviata al contribuente una paginetta da controllare e se per caso qualcosa non è corretto, in contraddittorio correggere eventuali inesattezze, e forti delle loro esperienze copiare le procedure? E allora, dove è la semplificazione fiscale? Non è piuttosto una ulteriore complicazione e aggravio di spese per il

cittadino, che per ottemperare al dovere di buon contribuente dovrà affidarsi e pagare professionisti specializzati? E viene allora anche un forte dubbio che questa novità, etichettata come semplificazione, non sia fatta per il cittadino, ma per il mulino amministrativo. Cara Amministrazione fiscale

cerchiamo di semplificare realmente la procedura e non costringiamo i contribuenti, soprattutto



to se anziani pensionati, a continuare ad impazzire per adempiere al dovere fiscale. Se deve essere una iniziativa utile, cominciamo ad inviare a casa il precompilato 730, IMU, TASI possibilmente in tutte le sue parti, come è stato programmato e non costringerlo alla caccia al tesoro su internet...

Niente POS? Previste future sanzioni - L'adozione del POS, obbligatoria dal 1 luglio per professionisti e imprese per pagamenti oltre i trenta euro, non sono per ora previste sanzioni, ma il Ministero dell'economia sta prospettando di introdurre sanzioni e interdizioni per l'inadempien-

za. Sarebbe preso in considerazione un credito di imposta per compensare, in parte, i costi che possono arrivare a 180 euro l'anno.

Dalla Cassazione: responsabilità del datore di lavoro in caso di infortunio -

La responsabilità, in materia di infortuni sul lavoro, resta in capo al datore di lavoro fin tanto che la condotta del lavoratore non presenti i caratteri dell'abnormità e dell'inopinabilità rispetto al procedimento lavorativo e alle direttive ricevute.

(Corte di Cassazione - sentenza numero 21647 del 14 ottobre 2014).

Per acquisire il consenso informato...

**Marco Perelli Ercolini
Alfonso Celenza**

L'acquisizione del "consenso" all'atto medico diagnostico-terapeutico è un momento essenziale del percorso che il medico deve compiere nei riguardi del paziente.

Il mancato o il viziato consenso informato viola il "diritto all'autodeterminazione" e costituisce un danno risarcibile, anche se il paziente pur correttamente informato non si sarebbe sottratto all'intervento e se l'intervento è stato eseguito senza errori. In particolare, non solo nel caso in cui si può presumere un diniego in caso di specifica informazione, ma anche nei casi in cui si può ritenere che il paziente, seppur informato adeguatamente, non si sarebbe sottratto alla prestazione, la mancata o incompleta informazione, pur in assenza di danni alla salute, determina una violazione e lede il diritto alla autodeterminazione da cui il diritto al risarcimento. Il medico ha l'obbligo di fornire tutte le informazioni possibili al paziente in ordine agli esami diagnostici proposti, alle cure mediche o all'intervento chirurgico da effettuare.



Chi è sottoposto ad interventi medici, in particolare se invasivi, deve dunque essere cosciente della natura dell'atto medico, delle sue caratteristiche tipiche (durata, degenza, riabilitazioni successive, lesioni permanenti, cicatriziali, ecc.), dei rischi per le complicanze prevedibili e delle possibili alternative. Va tenuto inoltre presente che non assume alcuna influenza, ai fini della sussistenza dell'illecito per violazione del consenso informato, la circostanza che il trattamento sia stato eseguito correttamente o meno, consumandosi, nei suoi confronti, una lesione di quella dignità che connota l'esistenza nei momenti cruciali della sofferenza, fisica e psichica. Dunque l'obbligo di informazione circa le conseguenze di un trattamento da parte del medico sussiste sempre, anche nei casi in cui sia stato eseguito correttamente: un intervento anche se eseguito correttamente non giustifica le carenze di un consenso informato. In particolare, ora molte polizze assicurative prevedono per la copertura in caso di sinistro un "consenso validato giuridicamente". Inoltre, la mancata acquisizione del consenso costituisce anche una violazione al Codice di deontologia medica. Dunque la necessità di un consenso informato valido e non viziato.

Notizie dall'ENPAM

ENPAM per gli orfani dei medici e degli odontoiatri:

- Per continuare a percepire la pensione di reversibilità o indiretta, gli orfani dei medici e degli odontoiatri, maggiori di 21 anni, devono inviare entro il 31 dicembre prossimo all'ENPAM la documentazione attestante il proseguimento degli studi. Infatti, gli orfani possono continuare a ricevere la pensione fino a 26 anni solo se studenti. Inviare l'autocertificazione a:

- **via posta:** Fondazione Enpam, Servizio prestazioni, piazza Vittorio Emanuele II, 78 - 00184 Roma;
- **via fax al numero:** 06.4829.4603.

In caso di interruzione o termine degli studi, anche in corso d'anno, gli interessati devono informare gli uffici dell'Enpam che stabiliranno così la data di cessazione del diritto alla pensione.

FondoSanità, iscrizione gratuita per gli under 35

- La Fondazione ENPAM permette ai giovani medici e odontoiatri di iscriversi gratuitamente alla previdenza complementare. Grazie ad un contributo messo a disposizione dall'Ente di previdenza, gli iscritti di età inferiore a 35 anni possono aprire una posizione presso FondoSanità, fondo pensione complementare del settore, senza pagare costi di ingresso. L'iscrizione consente ai giovani medici e dentisti di cominciare a costruirsi una pensione di secondo pilastro, di beneficiare da subito di deduzioni fiscali e di maturare anzianità contributiva utile a diminuire la tassazione al momento del pensionamento. Per info: www.fondosanita.it

Mutui agevolati agli iscritti

- Nel bilancio 2015 saranno previsti 100 milioni di euro. Il credito sarà destinato, in particolare, ai giovani per l'acquisto della prima casa. Dopo quasi quarant'anni l'ENPAM tornerà ad erogare mutui ai medici e agli odontoiatri. Il Consiglio di amministrazione ha

infatti proposto di destinare a questo scopo 100 milioni di euro già dal 2015. I nuovi mutui saranno a tasso fisso e senza commissioni. Il bando per la concessione dei mutui verrà pubblicato nei prossimi mesi, dopo che il Consiglio nazionale dell'ENPAM avrà approvato il bilancio di previsione 2015 e dopo un passaggio con i ministeri vigilanti per adeguare i regolamenti vigenti.

Borse di studio

- Vanno presentate entro il 15 dicembre le domande per le borse di studio ENPAM destinate agli orfani di medici e odontoiatri. I sussidi con importo variabile in base al livello scolastico sono 235 e vanno da un minimo di 830 a un massimo di 3.100 euro. Si può partecipare all'assegnazione se il nucleo familiare di appartenenza ha un reddito annuo non superiore a 38.643,54 euro (sei volte l'importo del trattamento minimo INPS) aumentato di un sesto per ogni componente del nucleo escluso il richiedente. Sono esclusi gli orfani che hanno diritto a sussidi di studio da parte di altri enti di previdenza o che possono accedere direttamente alle prestazioni ONAOSI, chi si è già laureato prima dell'anno accademico 2013-2014, i ripetenti, i fuori corso, chi, infine, è già laureato e si iscrive a un secondo corso di laurea. Il modulo per la domanda è scaricabile dal sito www.enpam.it dalla sezione modulistica > assistenza > superstiti, e reperibile anche nelle sedi degli Ordini. La domanda va spedita, con i documenti specificati nel bando (scaricabile dall'area Assistenza del sito), direttamente all'ENPAM.

SAT Servizio Accoglienza Telefonica

tel. 06 4829 4829 email: sat@enpam.it (nelle mail indicare sempre i recapiti telefonici)
 Orari: lun. - giov. ore 8.45 -17 ven. ore 8.45 -14
 Ufficio accoglienza ENPAM e relazioni con il pubblico: piazza Vittorio Emanuele II, 78 - Roma
 Orari: lun. - giov. ore 9-13 / 14.30-17 ven. 9-13
 Si forniscono informazioni solo all'interessato o alle persone in possesso di un'autorizzazione scritta e della fotocopia del documento del delegante.

La FNOMCeO sui test: "I nostri giovani meritano rispetto"

Riportiamo di seguito la lettera che il presidente della FNOMCeO Amedeo Bianco, ha inviato al Presidente del Consiglio Matteo Renzi, in cui esprime le sue riflessioni sulla vicenda dei test di ammissione alle scuole di specialità mediche.

Mi rivolgo, quale presidente della FNOMCeO, a lei nell'esercizio del suo ruolo istituzionale per sottoporle una questione che mi auguro possa trovare appropriata collocazione nella sua agenda, indiscutibilmente affollata di tante criticità a cui urge dare risposte. Mi riferisco alla vicenda dei test di ammissione alle scuole di specialità mediche dove l'errore umano verificatosi, sempre possibile nei sistemi complessi, in realtà si configura come l'eclatante indicatore di una crisi del sistema formativo medico nel suo complesso. Non intendo rappresentarle i termini specifici della questione che le saranno certamente noti, né addentrarmi nella valutazione delle soluzioni tecniche fino ad ora apportate e di quelle che eventualmente saranno da apportare al fine di ridurre o evitare i ricorsi in sede giurisdizionale ma che in ogni caso dovranno risarcire il gravissimo "danno" arrecato a tanti giovani.

Vorrei piuttosto rappresentarle come tale questione abbia ulteriormente aggravato un vulnus di affidabilità e trasparenza delle Istituzioni dello Stato da parte di intere generazioni di giovani e famiglie. Ogni anno, solo in riferimento all'accesso alle Scuole di Medicina e Odontoiatria e alla formazione specialistica post laurea si cimentano tra i 90 e i 100 mila giovani con il loro carico di speranze, animati da fiducia nei valori di giustizia, di merito e di sana e trasparente competizione.

E' oggettivamente diversa la situazione che ha vi-

sto coinvolti quest'anno circa 80 mila giovani che aspiravano ad accedere alle scuole di medicina rispetto a quella riguardante gli oltre 12 mila che intendevano invece conseguire una formazione specialistica post laurea requisito peraltro indispensabile per l'ingresso a circa il 90% del lavoro professionale medico.

Sui primi ha gravato la programmazione degli accessi, a mio avviso dovuta e preziosa per la tenuta del sistema formativo e dello stesso sistema di tutela della salute, sui secondi ha pesato invece il limite del numero delle borse di studio per la formazione specifica in medicina generale (circa 1.000), gestite dalle Regioni su base locale e dei contratti di formazione specialistica, gestiti dal MIUR, quest'anno per la prima volta su base nazionale, faticosamente riportato da 2.500 a circa 5.500 dopo quasi 18 mesi dall'ultimo bando. Questa formazione è quasi del tutto a finanziamento pubblico e prevede, in ottemperanza a direttive europee, la remunerazione dei medici in formazione specialistica.

Dunque quest'anno per l'accesso alle scuole di medicina la selezione è stata pressappoco 8 a 1, per l'accesso alla formazione post laurea è stata 2 a 1. Agli esclusi tra i primi è data la possibilità di ritentare o cercare altre strade formative all'età di 18/19 anni, agli esclusi tra i secondi si impone la necessità di ritentare o sopravvivere in un limbo professionale e lavorativo all'età di 25/26 anni, dopo 20 anni di studi.

Negli ultimi anni ondivaghi indirizzi politici di più Ministri competenti in materia a cui si sono aggiunti catene di errori nelle procedure di somministrazione, compilazione e raccolta dei test selettivi hanno di fatto minato i presupposti stessi della programmazione essendosi notevolmente dilatato il numero degli accessi in virtù di pronunce giurisdizionali dei TAR (fino ad oggi siamo a 14.500 accessi circa rispetto ai 10.500 programmati!).

Questi fenomeni renderanno ulteriormente critica quella sorta di "ansa cieca" del nostro sistema for-

mativo in medicina che nei prossimi anni licenzierà 10/12mila laureati in medicina e chirurgia/anno a fronte di un'offerta formativa specialistica che, a regole invariate, a fatica ne raggiungerà la metà.

E' dunque ragionevole stimare che, ad invarianza di regole, il sistema formativo nei prossimi 5 anni cumulerà tra i 15.000/20.000 medici che non avranno accesso alla formazione post laurea e quindi al lavoro. Questa dura selezione sulle vocazioni e sulle scelte di vita può sostenersi ed essere socialmente ed eticamente accettabile solo se gli strumenti adottati siano i migliori possibili dal punto di vista tecnico e supportati da trasparenza e rigore delle procedure, con una appropriata valorizzazione del percorso formativo fino a quel punto svolto. In altre parole è una partita in cui, come le dicevo, si giocano credibilità e affidabilità delle Istituzioni perché se tanto chiedono tanto devono dare. Purtroppo ciò non è avvenuto e non avviene certificando, nei fatti e antefatti, l'insostenibilità di questo modello formativo del medico e dell'odontoiatra.

Come lei ha in più occasioni ripetuto, "Cambiare verso" vuol dire individuare le criticità, affrontarle e gestirle nella prospettiva di farle diventare occasioni di cambiamento e di rilancio della risorsa più grande di una Comunità-Paese e cioè le energie intellettive, morali e civili dei suoi cittadini, la trasparenza e l'efficienza delle sue Istituzioni.

Se ciò direttamente riguarda il futuro delle giovani generazioni l'obiettivo si arricchisce di uno straordinario valore aggiunto.

Le chiedo, signor presidente, se non ritiene che anche questa materia non possa e non debba essere oggetto di un'attenzione innovatrice e riformatrice profonda che finalmente ricostruisca le opportune sinergie tra ciò che oggi è invece pervicacemente e orgogliosamente separato in ambito medico e cioè il sistema formativo e il sistema professionale inteso come luoghi e soggetti di cura e assistenza. Sono in campo straordinarie risorse umane che non vanno delegittimate e de-

motivate ma anche notevoli risorse economiche di tutta la comunità; risorse non infinite e che non vanno dunque dissipate in inutili guerre tra ideologie, interessi corporativi e miopie politiche alla ricerca del consenso di turno. Le chiedo se non sia ragionevole che in un processo di formazione medica oscillante tra i 10 e i 12 anni non sia possibile identificare un "set" di valutazioni, compresi i quiz, con i quali ragionevolmente (non perfettamente!) individuare le migliori attitudini e il miglior merito per l'accesso alle scuole di medicina, evitando soluzioni che spostano solo in avanti l'inesorabile selezione che come le ho riportato, anche se ridotto alla metà, avrebbe proporzioni da brivido! Le chiedo signor presidente se non sia ormai doveroso reingegnerizzare un sistema che sia idoneo a garantire a tutti i giovani che si laureano in medicina e chirurgia non un lavoro certo ma quanto meno la possibilità di competere per un lavoro agendo o sul braccio formativo o sulle regole di accesso al lavoro o molto meglio su entrambi. Le chiedo signor presidente nel rispetto di tutte le Istituzioni coinvolte, di ricostruire un sistema che nei suoi "si" e nei suoi "no" ai giovani ne rispetti sempre e comunque la dignità dando semplicemente valore alle vocazioni che a questo si rivolgono. Questa lettera che le rivolgo è la mia difficile risposta come presidente della FNOMCeO alle centinaia di lettere, con firme singole e collettive, che in questi giorni mi sono giunte e che ricoprono la mia scrivania e che al di là delle emozioni che mi travolgono mi obbligano ad una risposta che nel tenere conto del presente deve guardare al futuro.

Queste lettere possono essere lette in tanti modi io le ho tradotte nei termini che le riporto con il loro carico di frustrazioni e di speranze .

Come avrà notato non ho attitudine ad una scrittura veloce, ma se dovessi provarci su questa materia direi "diamo speranza alle speranze".

Certo di un suo interessamento e di un suo riscontro, le porgo i sensi della migliore stima.

Certificati per attività sportiva non agonistica: un percorso non ancora ultimato...

Dopo un travagliato iter legislativo la problematica dei certificati per attività sportiva e ludico motoria non sembra ancora chiarita. Sull'argomento pubblichiamo un'analisi precisa e puntuale del collega Giorgio Piastra, medico dello sport, che ci sottopone i molteplici dubbi e le criticità della normativa vigente.

Come già riportato su varie pubblicazioni la nuova normativa sulla certificazione dell'"attività sportiva non agonistica" è diventata legge con il Decreto del Ministero della Salute dell'8 agosto scorso pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 18 ottobre 2014 n. 243.

Ciononostante, nell'esaminare le varie norme, ci sono ancora molti dubbi e contraddizioni.

Con il decreto (**pag.22 su questo numero di "Genova Medica"**), che consiste in un articolo di due commi e due allegati, vengono approvate:

- le linee guida di indirizzo della materia, a suo tempo concordate da una serie di commissioni, gruppi di studio, CSS, ecc. ecc.
- il facsimile del nuovo certificato per "attività sportiva non agonistica".

Per capire meglio, riassumo brevemente gli ultimi atti legislativi legati alla certificazione delle attività fisiche e sportive:

- nella primavera del 2013 il Decreto Balduzzi aveva introdotto regole molto rigorose per cui il certificato medico di idoneità diventava obbligatorio per poter praticare qualsiasi attività fisica, fosse essa agonistica, non agonistica o ludico-motoria. Erano escluse dall'obbligo solo alcune "attività ludico-motorie con ridotto impegno cardiovascolare", quali bocce, biliardo, golf, pesca sportiva di superficie, caccia sportiva, sport di tiro, ginnastica per anziani, gruppi cammino, nonché le attività

prevalentemente ricreative, come il ballo, i giochi da tavolo e altre simili.

- Successivamente, con il DL n.69, entrato in vigore il 21 agosto del 2013, l'art. 42-bis cancellava l'obbligo della certificazione per le attività ludico-motorie.

- Con l'attuale DM, pubblicato il 18 ottobre 2014, viene regolamentata la sola certificazione sportiva "non agonistica".

Ancora una premessa: la certificazione dell'attività sportiva è una peculiarità del sistema sanitario italiano. Essa è basata su una serie di leggi statali, leggi regionali, regolamenti del CONI, delle sue federazioni sportive e dei suoi enti di promozione sportiva. Il grosso intreccio di queste regole ha come conseguenza quella di renderle spesso poco chiare anche per gli stessi addetti ai lavori anche perché, effettivamente, molte di esse sono contraddittorie.

Esaminando l'ultimo DM e tralasciando osservazioni di minor interesse pratico, sarebbe opportuno chiarire quanto segue:

- anche dopo questo DM la certificazione per l'attività sportiva "non agonistica" continua a essere generica e non specifica, ed è questo ormai l'unico caso rimasto nella medicina legale: nelle altre certificazioni l'idoneità è sempre concessa per una sola attività, quella cioè di cui sono stati preventivamente valutati i rischi e che non è pericolosa per l'individuo che la deve svolgere.

Si continua, in altre parole, nell'errore di voler considerare uguali tutte le attività sportive non agonistiche, quasi esistesse un'unica disciplina sportiva che si chiama "attività non agonistica".

E' evidentemente sbagliato che lo stesso certificato rilasciato per giocare a bocce possa essere anche utilizzato per partecipare a un corso di spinning o per prendere un brevetto subacqueo o per buttarsi con il paracadute, e questo comporta anche grosse responsabilità per il medico che lo rilascia.

- Nelle linee guida del decreto, nella parte "esami

clinici, accertamenti e conservazione dei referti" si insiste sempre sulla misurazione della pressione arteriosa e sull'esecuzione dell'ECG, e ogni volta si specifica che questo deve essere "debitamente refertato", (comma a), b), c) e d).

E' necessario quindi chiarire cosa si intenda per "debitamente refertato" e, di conseguenza, quali siano invece gli ECG da considerare "non" debitamente refertati.

Potremmo anche domandarci quale medico possa eseguire un ECG senza refertarlo "debitamente": potrebbe essere allora sottinteso, ad esempio, che solo i cardiologi possono "debitamente" refertare gli ECG, e, del resto, già qualcosa, nei mesi scorsi, si è mosso, in questo senso, da parte di qualche società di cardiologia.

Quello che mi risulta, ma vorrei essere corretto se sbaglio, è che nella comune prassi medica l'ECG è diventato un esame strumentale di larga diffusione e di uso comune e che tutti i medici lo possono "debitamente" refertare, ovviamente in scienza e coscienza.

Ci sono poi altri dubbi, come per esempio:

- se è sufficiente che ci si sia sottoposti ad almeno un ECG nel corso della vita (lettera b), quello eseguito, ad esempio, alla nascita, è valido per sempre?
- quali sono gli "altri" fattori di rischio cardiovascolare (lettera c) per cui gli ultra sessantenni devono eseguire l'ECG ogni anno? Solo quelli della carta di rischio cardiovascolare? Altri?
- quali sono le "patologie croniche conclamate comportanti un aumentato rischio cardiovascolare" (lettera d) per cui l'ECG va eseguito ogni anno a prescindere dall'età?
- quali sono le "evidenze cliniche e/o diagnostiche rilevate" per cui si deve eseguire un test da sforzo massimale?

Ma soprattutto, dopo questa serie di dubbi, ci si deve porre questo interrogativo: quale medico può rilasciare un certificato per lo sport non agonistico che permette di praticare anche attività ad alto

impegno cardiocircolatorio, anche se non agonistiche, a un soggetto che:

- abbia eseguito un solo ECG in vita sua, magari alla nascita;
- abbia più di 60 anni con "altri" (?) fattori di rischio cardiovascolari;
- abbia patologie croniche conclamate comportanti un aumentato rischio cardiovascolare
- abbia evidenze cliniche e/o diagnostiche tali da eseguire una prova da sforzo massimale?

La domanda è evidentemente retorica perché questi soggetti non potranno mai essere indistintamente idonei per tutte le attività sportive, anche se non agonistiche, e non potranno quindi mai avere questo tipo di certificato.

Si è persa, di fatto, un'ulteriore occasione per rivedere la regolamentazione dell'accesso alla pratica sportiva. Può essere forse giusto che l'attività "agonistica" rimanga di competenza del medico dello sport, anche perché certe patologie presuppongono una conoscenza più specifica della fisiopatologia sportiva.

Ma il fatto di limitare la certificazione per l'attività sportiva "non agonistica" ad alcune categorie di medici (medici di famiglia, pediatri di libera scelta solo per i propri assistiti, specialisti in medicina dello sport o iscritti alla Federazione Medico Sportiva) è una regola ormai anacronistica e anche offensiva e svilente nei confronti di tutti i medici e degli specialisti nelle varie branche.

Il problema della certificazione non si pone per l'attività ludico motoria perché, per quest'attività, l'obbligo della certificazione è stato soppresso dall'art. 42 bis del DL 69/2013: in pratica sono stati aboliti gli "storici" certificati di sana e robusta costituzione per iscriversi ai corsi in palestra.

Tale articolo spiega chiaramente il motivo della soppressione: "organizzare un'attività ludico motoria vuol dire non avere l'obbligo della certificazione, che è stata soppressa proprio al fine di salvaguardare la salute dei cittadini promuovendo la pratica sportiva" e anche, aggiunge, "per non

gravare cittadini e Servizio Sanitario Nazionale di ulteriori onerosi accertamenti e certificazioni".

L'ultimo D.M. avrebbe potuto definire ancora meglio quali siano le attività sportive non agonistiche e quali quelle ludico-motorie, perché spesso la loro distinzione non è chiara.

Al contrario, ciò non è stato fatto e questa ambiguità sta creando problemi all'utenza e ai medici certificatori perché, di fatto, i certificati vengono ancora richiesti per molte attività ludico-motorie.

Due sono le interpretazioni che si stanno contrapponendo: la prima basata sull'interpretazione di leggi e regolamenti, la seconda basata sull'evidenza dell'attività che viene svolta.

La prima tesi asserisce che la sola condizione necessaria e sufficiente a definire l'attività come "sportiva non agonistica", con l'obbligo quindi di certificazione e di tutto ciò che ne consegue, è l'appartenenza al CONI: quale attività venga svolta non è presa minimamente in considerazione, ciò che conta è solo l'essere o meno tesserati con il CONI. Quindi, secondo questa interpretazione, sono da considerarsi attività sportive "non agonistiche" anche quelle con "ridotto impegno cardiovascolare, quali bocce, biliardo, golf, pesca sportiva di superficie, caccia sportiva, sport di tiro, ginnastica per anziani, gruppi cammino, nonché le attività prevalentemente ricreative, come il ballo, i giochi da tavolo e altre simili", per le quali ci sarebbe l'obbligo del certificato.

Se così fosse, il nuovo D.M. sarebbe addirittura più rigido del Decreto Balduzzi, che già escludeva tali attività dall'obbligo della certificazione.

Riporto come esempio parte di una circolare che un ente di promozione sportiva ha inviato ai propri associati: *"Le attività organizzate da associazioni/ società affiliate a Federazioni, Discipline sportive associate o Enti di promozione sportiva riconosciuti dal CONI non possono rientrare nell'ambito delle attività ludico motorie"*.

Al contrario, le attività svolte in palestre private non affiliate al CONI potrebbero essere ad alto ri-

schio per la salute ma non aver bisogno di nessun controllo medico obbligatorio.

Come appare ovvio, questa regolamentazione, oltre a essere evidentemente sbagliata, non è neppure assolutamente applicabile da noi medici certificatori. Applicando queste regole siamo costretti a dichiarare non idonei, ad esempio, la maggior parte dei pazienti che praticano le attività fisiche adattate, che non sono attività sportive ma motorie, e questi pazienti sono proprio coloro a cui queste attività sono rivolte per prevenire il peggioramento delle *"patologie croniche conclamate"* da cui sono affetti. Si è venuta a creare una situazione paradossale per cui una "medicina" adatta a curare un paziente ammalato non gli può essere somministrata perché un regolamento dice che possono riceverla solo i pazienti sani.

La seconda tesi, basata sull'evidenza dell'attività svolta, è stata adottata, ad esempio, dall'Emilia Romagna la quale, per evitare ogni equivoco, subito dopo il Decreto Balduzzi ha inquadrato l'argomento nella maniera corretta con la delibera di giunta n. 1418/2013, di cui si riporta la parte principale: *"Un'attività motoria può essere definita "sportiva" se viene praticata in modo sistematico e continuativo, secondo regole definite da specifiche discipline ricomprese all'interno di Federazioni sportive nazionali, con il fine ultimo di far crescere le capacità fisiche e le abilità tecniche del praticante per migliorare progressivamente le proprie prestazioni nel confronto con se stesso o con altri praticanti"*.

Non basta dunque a definire il concetto di attività sportiva il criterio relativo al soggetto che cura l'organizzazione dell'attività (organi scolastici, CONI, società affiliate alle Federazioni sportive, alle Discipline associate, agli Enti di promozione sportiva), né il criterio riguardante la persona che partecipa all'attività (l'essere o meno tesserato alle Federazioni sportive, alle discipline associate, agli Enti di promozione sportiva).

Ne consegue che tutte le attività che non rien-

trano nel concetto di "attività sportiva", come sopra definita, sono da considerare ludico-motorie o amatoriali e, come tali, non assoggettate all'obbligo di certificazione medica preventiva, indipendentemente da chi le organizza o le pratica."

Questo è l'unico modo corretto di affrontare l'argomento, liberandolo da interpretazioni burocratiche e ponendolo su una base interpretativa basata sull'evidenza dei fatti concreti: qualsiasi addetto ai lavori, sia esso medico, laureato in scienze motorie, fisioterapista o istruttore sportivo, sa di-

stinguere perfettamente tra attività ludico-motoria e attività sportiva, agonistica o non agonistica e non può accettare spiegazioni basate su sofismi regolamentari.

Se poi, e concludo, il certificato di idoneità alla pratica sportiva fosse sostituito, quando necessario, dalla prescrizione di un'attività fisica per la prevenzione sia primaria che terziaria di molte patologie, questo costituirebbe una grande risorsa per una sanità più moderna e in linea con i paesi più evoluti.

Certificati per attività sportiva non agonistica: le ultime disposizioni

Sulla Gazzetta Ufficiale n.243 del 18 ottobre 2014 è stato pubblicato il decreto 8 agosto 2014 "Linee guida in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica". Autorizzati a rilasciare detti certificati, che hanno validità annuale dalla data del rilascio, sono i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta o i medici specialisti in medicina dello sport ovvero i medici della Federazione medico sportiva italiana del CONI. Per attività sportive non agonistiche si intendono quelle praticate dai seguenti soggetti:

- 1.** gli alunni che svolgono attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche;
- 2.** coloro che fanno sport presso società affiliate alle Federazioni sportive nazionali e al CONI (ma che non siano considerati atleti agonisti);
- 3.** coloro che partecipano ai Giochi sportivi studenteschi nelle fasi precedenti a quella nazionale. Per quanto riguarda gli esami clinici e gli accertamenti, da effettuarsi ai fini del rilascio del certificato medico, le linee guida stabiliscono:

A. l'anamnesi e l'esame obiettivo, completo di misurazione della pressione arteriosa;

B. un ECG a riposo, debitamente refertato, effettuato almeno una volta nella vita;

C. un ECG basale debitamente refertato con periodicità annuale per coloro che hanno superato i 60 anni di età e che associano altri fattori di rischio cardiovascolare;

D. un ECG basale debitamente refertato con periodicità annuale per coloro che, a prescindere dall'età, hanno patologie croniche conclamate, comportanti un aumentato rischio cardiovascolare. Il medico certificatore, tenuto conto delle evidenze cliniche e/o diagnostiche rilevate, si può avvalere anche di una prova da sforzo massimale e di altri accertamenti mirati agli specifici problemi di salute. Nei casi dubbi il medico certificatore si avvale della consulenza del medico specialista in medicina dello sport o, secondo il giudizio clinico, dello specialista di branca.

Infine il decreto stabilisce che il medico certificatore conservi copia dei referti di tutte le indagini diagnostiche eseguite e dell'ulteriore documentazione acquisita.

Per quanto riguarda i MMG e PLS l'obbligo di conservazione dei documenti può essere anche assolto dalla registrazione dei referti nella scheda sanitaria informatizzata, ove attivata.

Per quanto riguarda il modello viene confermato quello approvato dal precedente decreto dell'8 aprile 2013 e reperibile su www.omceoge.org

Nuove disposizioni sull'orario di lavoro e riposo settimanale nel SSN

Sulla Gazzetta Ufficiale n.261 (10 novembre 2014 -Suppl. Ordinario n. 83) è stata pubblicata la legge 30 ottobre 2014, n. 161 inerente le "Disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione Europea - Legge europea 2013-bis". Per quanto riguarda la professione medica risulta di particolare rilevanza l'art. 14 recante "Disposizioni in materia di orario di lavoro del personale delle aree dirigenziali e del ruolo sanitario del Servizio Sanitario Nazionale. Procedura di infrazione n. 2011/4185".

Inserzione pubblicitaria

Poltrona ginecologica



Colposcopio

Richiedi
GRATUITAMENTE
il nuovo catalogo
prodotti

SA.GE.
Articoli sanitari

Via V. Vitale 26 Genova
Tel. 010 5220296 Fax 010 5450733
www.sa-ge.it

L'art. 14, comma 1, così come modificato dal Senato, **dispone l'abrogazione**, decorsi 12 mesi dalla data di entrata in vigore della legge in esame, **delle norme che escludono l'applicazione, per il personale delle aree dirigenziali degli enti ad aziende del Servizio Sanitario Nazionale, della disciplina generale relativa al riposo giornaliero e, per il solo personale del ruolo sanitario del SSN, di quella in materia di durata media massima dell'orario di lavoro settimanale**

(rispettivamente, articoli 7 e 4 del decreto legislativo 66/2003).

Inoltre, poiché le norme, di cui si dispone l'abrogazione, rinviano per la definizione della normativa sull'orario di lavoro e i riposi giornalieri anche alla disciplina contrattuale, si prevede conseguentemente la cessazione dell'applicazione di tale disciplina a decorrere dal dodicesimo mese successivo all'entrata in vigore della legge.

Il comma 3 dell'art. 14 rimette alla contrattazione collettiva nazionale del comparto sanità la disciplina delle deroghe al SSN incaricato di servizi essenziali riguardanti l'accettazione, il trattamento e le cure. Infine, il medesimo comma 3 dell'art.14 stabilisce che la contrattazione collettiva assicuri in ogni caso periodi equivalenti di riposo compensativo, immediatamente successivi al periodo di lavoro da compensare; ovvero, in casi eccezionali in cui la concessione di tali periodi equivalenti di riposo compensativo non sia possibile per ragioni oggettive, prevedere adeguate misure di protezione del personale.

Si rileva infine che con le richiamate abrogazioni si intende risolvere la procedura di infrazione n.2011/4185 aperta dalla Commissione europea nei confronti dell'Italia in relazione all'esclusione del personale medico da alcuni diritti previsti dalla direttiva 2003/88/CE relativa all'orario di lavoro.

CORSI FAD/FNOMCeO sul "Governo Clinico"

La FNOMCeO, nell'ambito del percorso della formazione continua sul Governo Clinico realizzato con il Ministero della salute e IPASVI, ha organizzato in questi anni corsi rivolti a tutti i medici e gli odontoiatri italiani, utili per l'acquisizione dei crediti ECM e totalmente gratuiti. Per partecipare ai corsi FAD via on-line si accede all'apposita sezione del sito internet della FNOMCeO **www.fnomceo.it**

Di seguito le scadenze per partecipare ai corsi, differenziate per modalità di partecipazione:

■ Corso "Audit clinico 2014" (12 crediti) (riedizione del precedente corso) solo nella modalità on-line: **scadenza 9 marzo 2015**

■ Corso "Governo clinico: innovazioni, monitoraggio, performance cliniche, formazione" (20 crediti) (riedizione del corso precedente) solo in modalità on-line: **scadenza 14 luglio 2015**

■ Corso "Il dolore: riconoscimento, valutazione e gestione" (20 crediti) solo in modalità on-



line: **scadenza 21 giugno 2015**

Per verificare l'esito dei corsi al quale si è partecipato è possibile consultare l'apposita sezione del sito della FNOMCeO oppure contattare il numero 06.6841121.

Gli attestati di partecipazione e superamento del corso sono a disposizione presso l'ufficio formazione dell'Ordine di Genova, previa telefonata per accertare che il nominativo del partecipante compaia negli elenchi ufficiali che periodicamente vengono trasmessi dalla FNOMCeO.

"I registri AIFA"

Data: 4 dicembre 2014, 15 gennaio e 12 febbraio 2015

Luogo: Regione Liguria, Salone di rappresentanza

Destinatari: medici chirurghi oncologi

ECM: richiesti

Per info: SIFO tel.02 6071934

"Applicazioni cliniche della genomica in sanità pubblica"

Data: 10 dicembre 2014

Luogo: Sala Convegni Ordine medici di Genova

Destinatari: medici chirurghi e odontoiatri

ECM: 4,6

Per info: ASL 4 Chiavarese tel. 0185 329312

"La care del neonato e della famiglia: l'ascolto ed il linguaggio come strumenti del prendersi cura"

Data: 10 dicembre (1° edizione), 11 dicembre (2°

edizione) 2014

Luogo: Istituto Santa Caterina, Genova

Destinatari: 50 medici chirurghi (ogni edizione): neonatologi, pediatri, psicoterapeuti, ostetrici, ginecologi

ECM: 6,5

Per info: San Martino tel.010 5555390
silvana.lercari@hsanmartino.it

"Corso di formazione quinquennale obbligatorio in materia di radioprotezione"

Data: 11 dicembre - 12 dicembre 2014

Luogo: Aula Multimediale Sede di Castelletto e Presidio di Voltri, Genova

Destinatari: medici chirurghi e odontoiatri

ECM: richiesti

Per info: Ospedale Evangelico Internazionale tel. 010 5522379-358

“Congresso Regionale SIMEU Liguria: miglioramento in PS: le decisioni e i percorsi”

Data: 18 dicembre 2014

Luogo: Sala Convegni Ordine medici di Genova

Destinatari: medici chirurghi e infermieri

ECM: 7

Per info: GGallery tel. 010 888871

“Applicazioni cliniche della genomica in sanità pubblica”

Data: 10 gennaio 2015

Luogo: Aula Magna Ospedale San Paolo, Savona

Destinatari: medici chirurghi e odontoiatri

ECM: 4,6

Per info: ASL 2 Savonese tel. 019 8405476/8405471

“Emergenze e patologie nei paesi remoti”

Data: 18 - 21 febbraio 2015

Luogo: Centro di Simulazione Universitario Genova

Destinatari: medici chirurghi (a pagamento)

ECM: richiesti

Per info: Medici in Africa Onlus tel.010 3537274

Corso: Il primo soccorso 2014 - 2015

Date dei prossimi appuntamenti:

(i martedì dalle 16,30/18,30)

2 dicembre **“L'emergenza cardio-vascolare”**

13 gennaio **“L'emergenza neuro-psichiatrica”**

20 gennaio **“L'emergenza pediatrica”**

27 gennaio **“L'emergenza pediatrica (2)”**

3 febbraio **“Incidenti (1)”**

10 febbraio **“Incidenti (2)”**

17 febbraio **“I traumi (1)”**

24 febbraio **“I traumi (2)”**

3 marzo **“Urgenze specialistiche”**

10 marzo **“Emergenze farmacologiche”**

17 marzo **“Aspetti medico-legali nell'emergenza”**

Luogo: Facoltà di medicina corso Gastaldi 161

Contributo spese: 40 euro

Destinatari: chiunque si possa trovare nella condizione di dovere o volere intervenire attivamente in una situazione di emergenza

Per info: 3475235386 - 010 267266

COMMISSIONE CULTURALE DELL'ORDINE



“L'Alhambra di Granada: un viaggio tra fascino e storia”, ne parlerà il dr. Gian Maria Conte, nell'incontro pubblico organizzato dalla Commissione Culturale dell'Ordine, che si terrà **giovedì 18 dicembre 2014 ore 16.30** nella sala Convegni dell'Ordine.

Commissione Culturale: Silvano Fiorato (presidente), Gian Maria Conte, Roberto Danesi, Emilio Nicola Gatto, Anna Gentile, Giorgio Nanni, Corrado Arsenio Negrini, Laura Tomasello.

AMMI

Che bella età, la terza età

L'AMMI (Associazione Mogli Medici Italiane), sezione genovese, ha organizzato tre conversazioni che si terranno alla sala conferenze dell'Ordine medici di Genova alle 15.30 su mente, corpo e cuore nella terza età. Ecco le date:

● **martedì 13 gennaio** Conversazione su: **“Leggere la mente: memoria, ricordi, sensazioni”** della dott.ssa Fiorella Calvi, psicologa pedagogista;

● **martedì 10 febbraio** Conversazione su: **“Leggere il corpo: prevenzione per una buona qualità del benessere fisico”** del prof. Ernesto Palummeri, geriatra;

● **martedì 10 marzo** Conversazione su: **“Leggere il cuore: sentimenti, amore, rapporti interpersonali”** della dott.ssa Giovannella Nasta Stropeni, psicologa psicoterapeuta.

Info: francescadicaprio@gmail.com

segreteria: 010 215440 - 3404736268.



PSICONCOLOGIA a cura di *M. Biondi, A. Costantini, T.N. Wise* - Raffaello Cortina Editore
euro 39.00 per i lettori di "Genova Medica" euro 33.50

"Psiconcologia" è stato scritto per aiutare oncologi, medici, psichiatri e altri professionisti della salute mentale nel supporto psicologico e spirituale, nella comprensione dei bisogni di quel 40% dei soggetti di una popolazione che nella loro vita riceveranno una diagnosi di cancro.

ATLANTE TNM - 6^a edizione di *Ch. Wittekin, H. Asamura, L.H. Sobin* - Raffaello Cortina Editore
euro 75.00 per i lettori di "Genova Medica" euro 64.00

Il sistema TNM, riferito a "tumori", "linfonodi" e "metastasi", è il sistema di classificazione e stadiazione dell'estensione dei tumori più largamente utilizzato. In questa sesta edizione viene finalmente illustrato con accurati disegni a colori, per un rapido ed efficace inquadramento anatomico.

STORIA DEL CODICE ITALIANO DI DEONTOLOGIA MEDICA Dalle origini ai giorni nostri
 di *S. Patuzzo* - First edition (2014) (CD-ROM included) - Minerva medica
euro 38.00 per i lettori di "Genova Medica" euro 33.00

L'autrice, con una prosa chiara e gradevole, ripercorre, più di un secolo della deontologia medica italiana, offrendo spunti di riflessione sulla storia intellettuale del mondo medico e le sue connesse trasformazioni.

MANUALE DI DERMATOLOGIA MEDICA Seconda Edizione di *P. Fabbri, C. Gelmetti* - Edizioni EDRA
euro 39.00 per i lettori di "Genova Medica" euro 33.50

Questo manuale è uno strumento didattico conciso e aggiornato sulle patologie cutanee e sulle manifestazioni cliniche delle malattie sessualmente trasmesse di comune riscontro nella pratica clinica. Particolarmente utile per gli studenti che affrontano il V anno di medicina e l'esame di malattie cutanee e veneree.

ECOCARDIOGRAFIA CLINICA di *M. C. Otto* - Edizioni EDRA
euro 119.00 per i lettori di "Genova Medica" euro 102.00

"Ecocardiografia clinica" è strutturato secondo un approccio clinico alla diagnostica ecocardiografica. Il testo fornisce innanzitutto un contesto generale riguardante la fisica degli ultrasuoni, le finestre transtoracica e transesofagea, i pattern di flusso intracardiaci, le indicazioni all'esecuzione di ecocardiogramma e della valutazione della funzione sistolica e diastolica del ventricolo sinistro.

ALIMENTAZIONE E NUTRIZIONE NELL'ANZIANO Valutazione, prevenzione e pratica clinica
 di *M. Rondanelli* - Il Pensiero Scientifico editore
euro 75.00 per i lettori di "Genova Medica" euro 64.00

Questo manuale completo e aggiornato affronta in modo pratico e multidisciplinare l'ampio spettro di patologie e bisogni di salute della terza età, mostrando perché la valutazione dello stato di nutrizione e l'applicazione della nutrizione clinica dovrebbero essere una pratica di routine in ambito geriatrico.

Libreria Internazionale Medico Scientifica "Frasconi"
info@libreriafrasconigenova.it www.libreriafrasconigenova.it

Eutanasia: sì, no, forse

L'incertezza legislativa blocca qualsiasi decisione

Silvano Fiorato

Commissione culturale dell'Ordine

Un dibattito pluriennale, senza che spunti all'orizzonte neanche la parvenza di una legge; eppure la questione è sempre più dibattuta, segno di un crescente interesse per gli ultimi momenti della nostra vita e per la possibilità di deciderne in proposito.

A differenza di altri stati l'Italia si copre la testa e occhieggia timidamente al di là dei confini, lasciando che gli italiani li passino silenziosamente per sottoporsi all'eutanasia: la Svizzera, il Belgio, il Lussemburgo, la Germania, la Danimarca, la Svezia non perseguono penalmente i medici che la praticano seguendo le disposizioni espresse nel testamento biologico del fine vita. In Gran Bretagna, pur essendo vietato il suicidio assistito terminale, vi sono eccezioni motivate; proprio recentemente ha suscitato grande rilevanza un caso particolarmente pietoso: la madre di una ragazza dodicenne -Nancy Fitzmaurice- disabile fin dalla nascita per una meningoencefalopatia, del tutto incapace a parlare, a nutrirsi, a camminare, in continuo peggioramento, ha deciso di chiedere alla magistratura - in accordo con i medici del Centro Avanzato di Terapia di Londra - il permesso di porre fine alle sue sofferenze. Il presidente del tribunale, pur in assenza di uno stato terminale, ha concesso l'eutanasia, lodando anche la madre per il suo penosissimo coraggio, motivando la sua decisione sulla qualità della vita di sua figlia.

Va precisato che la legge inglese riconosce la validità del testamento biologico anche da parte dei genitori nei casi di minorenni.

Un'altra recente vicenda che ha avuto grande risonanza riguarda una giovane statunitense,

Brittany Maynard, di ventinove anni, che all'inizio di quest'anno ha avuto la tragica notizia di avere un glioblastoma multiforme, con previsione di sei mesi di prognosi *quo ad vitam*; passato quasi un anno, peggiorando a gradini la sua sofferenza, si è fatta promotrice di una propaganda del suicidio assistito, che è concesso solamente in quattro stati della Federazione USA. Aveva fissato la data della sua morte per il primo novembre, dichiarando: *"morirò quando decido io; e voglio che mio marito resti libero di essere padre"*; così ha fatto, e la motivazione dei suoi messaggi telematici diffusi in tutti gli Stati Uniti si è indirizzata alla libera prescrizione dei farmaci per provocare la morte assistita. Comunque non si fa che parlarne e viene in mente la celebre ammonizione francescana: *"bo', bo', bo', tanto dico e poco fo"*.

Il nostro Codice deontologico stabilisce almeno alcune basi fondamentali di un corretto comportamento: astenersi da intraprendere né insistere in procedure diagnostiche o terapeutiche clinicamente inappropriate ed eticamente *"non proporzionate"* (articolo 16) come potrebbe verificarsi nell'ostinazione terapeutica; comunque si specifica il divieto di effettuare o favorire, anche su richiesta del paziente, *"atti finalizzati a provocare la morte"*. In questo articolo non viene peraltro fatto cenno alla sospensione dei trattamenti negli stati terminali irreversibili con gravi e irriducibili sofferenze, come già spesso accade: successivamente l'articolo 38, riguardante le dichiarazioni anticipate di trattamento, invita il medico a tenerne conto, ispirando comunque la propria condotta *"al rispetto della dignità e della qualità della vita del paziente"*, e verificando *"la loro congruenza logica e clinica"*. Soprattutto il successivo articolo 39 torna sull'argomento del fine vita con una dichiarazione più esplicita: *"il medico non abbandona il paziente con prognosi infausta o con definitiva compromissione dello stato di coscienza, ma continua ad assisterlo e se in condizioni terminali impronta la propria opera alla sedazione del"*

dolore e al sollievo delle sofferenze tutelando la volontà, la dignità e la qualità della vita”; e conclude *“attuando trattamenti di sostegno delle funzioni vitali finché ritenuti proporzionati, tenendo conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento”*. Sono norme già praticamente acquisite, ma con divieto del cosiddetto suicidio assistito.

A questo proposito l'opinione pubblica è divisa: secondo l'Eurispes il 64,6 per cento degli italiani è favorevole all'eutanasia e il 77 per cento vuole dettare un testamento biologico; è comunque diffusa la richiesta pressante di una legge nel merito, che la commissione parlamentare non riesce a

formulare, nonostante le sollecitazioni provenienti persino dal presidente della Repubblica e dal Consiglio d'Europa.

Come è noto la difficoltà proviene da posizioni ideologiche contrastanti circa il valore della vita in sé, indipendentemente dalla sua qualità, e circa la liceità di disporre della nostra stessa vita; quindi la domanda che tutti ci poniamo è se esista un limite, sia pur estremo, al nostro aiuto agli altri e fino a che punto sarebbe lecito deciderlo da parte nostra anche in contrasto con un testamento biologico. La difficile risposta, finché manca la legge, tocca a ciascuno di noi.

I libri antichi della libreria Frasconi

<http://librieriamedicagenovalibroantico.weebly.com/>

“Clinica Specialistica per il medico pratico”, di R.L. Cecil, H.F. Conn 2ª ed., rilegato, 1964, Società Editrice Universo copia nuova.

Russell Cecil professore emerito della Cornell University Press, insieme ad un Howard Conn ancora giovane ricercatore medico, con questa pubblicazione pose le basi del famoso testo di riferimento *“Cecil textbook of medicine”* al quale si affiancò negli anni la pubblicazione annuale *“Conn’s Current therapy”*.



euro 75,00
per i lettori di "G. M."
euro 65,00

RECENSIONE

Storia del Codice italiano di deontologia medica

di Sara Petruzzo
Edizioni Minerva Medica
38,00 euro



Con una prosa chiara e gradevole Sara Patuzzo, filosofa di formazione, ricercatrice in bioetica e deontologia medica all'Università di Verona, ripercorre più di un secolo della deontologia medica italiana, offrendo interessanti spunti di riflessione sulla storia intellettuale del mondo medico e le connesse trasformazioni sociali. Il contributo che ne risulta permette da un lato di delineare i tracciati etici e deontologici sui quali nel tempo si è mossa la professione medica, e dall'altro di ripercorrere la storia delle Associazioni mediche, fonti dell'autoregolamentazione disciplinare.

Marco Battelli festeggia 50 anni di jazz

Medico di medicina generale e presidente del Louisiana Jazz Club, Marco Battelli ha festeggiato 50 anni di ininterrotta attività.



Una passione, quella per la musica, iniziata a 14 anni studiando la chitarra nella città italiana, Genova, dove è materialmente sbarcato il jazz dalle navi che provenivano dagli Stati Uniti. Da allora non mancano le soddisfazioni. Suona alternandosi in diverse formazioni sui palchi di mezza Italia prima e in Europa poi. Per due volte si esibisce all'Umbria jazz festival.

Per un periodo ha suonato anche con un quartetto di medici con cui è si esibiva a margine di alcuni congressi e nel 2011 nella sede dell'Ordine di Genova in occasione del suo centenario.

Certificati sportivi: qual'è la responsabilità del medico?

Caro presidente, nonostante la normativa attuale, che elimina l'obbligo di certificazione di idoneità per attività sportiva ludico-ricreazionale, ci sono alcune Società che tentano comunque di scaricare la responsabilità di eventuali conseguenze fisiche sui medici, obbligando le persone a dotarsi di un certificato inutile e a pagamento. Il medico non è il "Malaussène" (protagonista di un ciclo di romanzi di Daniel Pennac, n.d.r.) di turno, troppi casi di malasanità sono attribuiti ai sanitari che altra colpa non hanno se non quella di svegliarsi al mattino, doversi recare sul posto di lavoro ed impegnarsi per rispondere a tutte le richieste

di salute che provengono dai pazienti. Ci manca anche che ci si debba preoccupare, come purtroppo spesso succede, di garantirsi un futuro sereno rispondendo a richieste non dovute!

Non svendiamo la nostra dignità per una manciata di denaro, come diceva una signora che gestiva una trattoria in val Bormida (raccontato da Carlo Petrini) a cui si chiedeva di tenere aperto anche la sera ... *"non voglio diventare la più ricca del Camposanto!!!"*.

Tommaso Stanizzi

Gentile collega concordo con quanto dici e spero che questa tua lettera sia motivo di riflessione da parte di tutti i colleghi **E.B.**

Medici in Africa: 4° corso di perfezionamento

"Emergenze e patologie nei paesi remoti": questo il corso di perfezionamento teorico-pratico organizzato da "Medici in Africa" che si terrà **dall'8**



febbraio al 21 febbraio 2015 presso il Centro di Simulazione Universitario di Genova. Il corso, a numero chiuso (massimo 18 partecipanti), è riservato ai laureati in medicina e chirurgia ed ad infermieri professionali o laureati in scienze infermieristiche (50% del totale massimo). Sco-

po del corso è far acquisire competenze medico-professionali a medici ed infermieri nella gestione dell'emergenza e delle patologie africane.

Iscrizioni: fino al **16 gennaio 2015**.

Costi: euro 650 per i medici, 500 per gli infermieri.

ECM: 40 crediti

Per iscrizioni e informazioni: Medici in Africa da lun. a ven. 9.30/13.30 tel 010/3537274 mediciinafrica@unige.it - www.mediciinafrica.it

40 anni di laurea in medicina

Si è svolta il 27 settembre la festa dei 40 anni di laurea: sono arrivati a questo traguardo i medici iscritti alla Facoltà di medicina nell'ormai lontano 1968...(sessantottini...!!!!) Un gruppo di loro (molti hanno mancato all'appuntamento!) si è incontrato al Ristorante La baia degli Angeli a Boccadasse per festeggiare insieme al Presidente Enrico Bartolini questo



importante traguardo. La giornata è stata piacevole ed allegra e, proprio per questo, è stato concordato di ripetere la festa annualmente. Si festeggia, quindi, ogni anno!!!

Maria Rosa Vitali

NOTIZIE DALLA COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI

Votazioni per la Commissione Albo Odontoiatri

Massimo Gaggero	205	I primi due eletti entrano di diritto a far parte del Consiglio Direttivo, mentre gli altri tre membri della CAO sono stati cooptati nel Consiglio stesso.
Giuseppe Modugno	197	
Giorgio Inglese Ganora	194	
Maria Susie Cella	187	
Stefano Benedicenti	185	

Gli intenti della riconfermata CAO per il triennio 2015-2017

Ringraziamo tutti i colleghi che, nonostante l'inclemenza del tempo, si sono presentati alle urne a manifestare il loro voto; ciò dimostra un segnale forte di unità della nostra categoria. Intendiamo riportare alla vostra attenzione alcuni punti della nostra lettera di presentazione per queste elezioni, che è nostro intendimento rispettare. L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, come la Commissione Albo Odontoiatri, inserita nel 1985 dalla L.409, ha la sostanziale prerogativa di occuparsi di **tre compiti fondamentali** previsti dal Codice Deontologico:

- la tutela del cittadino-paziente;
- il decoro della professione;
- la dignità dell'atto medico-odontoiatrico.

Come già avvenuto nell'ultimo mandato, riteniamo affrontare le numerose problematiche ordinarie privilegiando un'attività preventiva, rispettando i compiti istituzionali senza travalicare in attività non di nostra specifica competenza.

Nell'attuazione di questi propositi si configurano:

- l'approccio deontologicamente corretto alle numerose problematiche della professione, al fine di non destabilizzare il sano rapporto esistente tra

paziente e professionista;

- la lotta all'abusivismo e prestanomismo in collaborazione con le Istituzioni preposte, anche alla luce delle recenti normative di legge;
- il rispetto di tutte le componenti l'Odontoiatria: Università, Ospedali, Ambulatori ASL, Associazioni Culturali, Società Scientifiche, Associazioni di Categoria, fino al singolo Iscritto all'Albo;
- intensificazione dei rapporti con le Istituzioni legiferanti ed ispettive per ogni forma di reciproca e sinergica collaborazione;
- il nuovo complesso ruolo ordinistico per quanto riguarda le nuove normative per l'ECM (Educazione Medica Continua);
- la disponibilità ad interfacciarsi con gli iscritti all'Albo, in particolare con i Giovani per eventuali problematiche professionali

La CAO, quindi, deve rigorosamente attenersi ai suoi compiti istituzionali di Organo Ausiliario dello Stato, senza mai assumersi ruoli che non le appartengono. In quest'ottica e sulla base di questi principi è nostra intenzione muoverci, in rappresentanza di tutti gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Genova.

Il TAR Emilia Romagna conferma

il divieto di apertura di studi autonomi di igiene orale

Con la sentenza 01061/2014 il TAR Emilia Romagna in data 2.10.2014 conferma pienamente la **posizione da sempre sostenuta da**

ANDI e dalla CAO Nazionale in merito al fatto che **l'igienista dentale non può aprire studi autonomi di igiene orale, senza la presenza**

di una struttura guidata dall'odontoiatra. La sentenza deriva da un ricorso presentato da un igienista che si era visto negare l'autorizzazione sanitaria all'apertura di uno studio autonomo di igiene orale da parte del Comune e dell'ASL competenti, sostenuto dall'Associazione Igienisti Dentali Italiani (AIDI), in seguito anche al parere positivo all'apertura di studi autonomi emesso dal Ministero della Salute in data 18.11.2013 **CAO e ANDI si erano sempre duramente opposte a questa interpretazione sia in incontri e con scritti al Ministero della Salute** che costituendosi con i propri avvocati al TAR Emilia Romagna fin dall'inizio nel giudizio (come fatto anche dalla FNOMCeO), sostenendo il fatto che il profilo professionale dell'igienista prevede obbligatoriamente l'"INDICAZIONE" dell'odontoiatra per eseguire qualsiasi atto terapeutico e che costituisce un pericolo per la salute pubblica l'esercizio in uno studio autonomo da parte dell'igienista.

Il TAR nella sentenza *"non condivide le considerazioni ministeriali"* contrastate da CAO e ANDI, ritiene che *"sulla base della vigente normativa non è pertanto possibile ritenere che sussista anche la possibilità, per l'igienista dentale, di essere autorizzato ad aprire un proprio studio professionale, a prescindere, quindi, dall'esistenza in loco di una struttura sanitaria nella quale operi anche un odontoiatra"* e conferma

pienamente l'interpretazione data dai ricorrenti al concetto di "indicazione" affermando che *"...su indicazione degli odontoiatri e dei medici chirurghi legittimati all'esercizio della odontoiatria..."* va conseguentemente interpretata nel senso che essa non possa dirsi compiutamente integrata attraverso una mera disposizione verbale attuabile anche a distanza (e tramite il paziente stesso) da parte dell'odontoiatra, ma nel senso che, invece, detta "indicazione" **individui una ben precisa fase del complessivo percorso terapeutico svolto dal paziente** all'interno di una stessa struttura sanitaria.

Siamo di fronte, quindi, ad una sentenza importante che finalmente chiarisce alcuni punti molto controversi ma che principalmente, come individuato in alcuni passi del provvedimento, è diretta a garantire la migliore tutela della salute dei cittadini.

E' importante sottolineare come il raccordo e **la collaborazione fra la CAO Nazionale e l'ANDI** costituitesi ad opponendum nel contenzioso, abbia dimostrato ancora una volta l'importanza della sinergia fra tutte le componenti dell'odontoiatria per trovare soluzioni a problemi di reale interesse sia per l'assistenza odontoiatrica che per la professione.

La sentenza integrale è reperibile sul sito: www.omceoge.org

Calendario Culturale Congiunto Genovese

Dicembre

Martedì 2 - Cenacolo: *"Implantologia post estrattiva"*. Relatore: Eugenio Conte. Sede: Circolo Ufficiali, Via San Vincenzo.

Mercoledì 3 - Palestra ANDIGenovaGiovani: *"Stasera si parla di Pedodonzia"*. Tutor Andi Ge-


nova: Vincenza Birardi. Sede: Sala Corsi ANDI Ge.

Giovedì 11 - SIA: *"Estetica e precisione, com'è cambiata e come sta cambiando la protesi oggi: procedure e materiali"*. Relatore: Domenico Massironi. Sede: Star Hotel President.

Per info e iscrizioni

- Cenacolo: 010 4222073 - cenacolo.ligure@gmail.com
- Palestra ANDIGenovaGiovani: vedi ANDI Genova, 010 581190 - genova@andi.it
- SIA (Simposio in Amicizia): vedi e20srl, 010 5960362 - sia@e20srl.com

STRUTTURE CONVENZIONATE CON IL SSN		INDIRIZZO E TEL.	SPECIALITÀ						
IST. TARTARINI		GE - SESTRI P.	RX RT TF S DS RM						
Dir. Tec.: Dr. F. Zamparelli Spec.: Radiologia Dir. Tec.: Dr. M. Della Cava Spec.: Med. fisica e riabil.		Pizza Dei Nattino 1 010/6531442 fax 010/6531438							
TMA - TECNOLOGIE MEDICHE AVANZATE		GENOVA	RX S DS TC RM						
certif. ISO 9001:2000 		Dir. Tec.: Dr. A. Gambaro Spec.: Radiodiagnostica www.tmage.it info@tmage.it	Via Montallegro, 48 010/316523 - 3622923 fax 010/3622771						
TIR IST. TURTULICI RADIOLOGICO		GENOVA	RX RT DS TC RM						
Dir. San.: Dr.ssa I. Turtulici Spec.: Radiodiagnostica		Via Colombo, 11-1° piano 010/593871							

STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON IL SSN		INDIRIZZO E TEL.	SPECIALITÀ							
LABORATORIO ALBARO		GENOVA	PC	RIA	RX	TF	S	DS	TC	RM
certif. ISO 9001:2000 		Dir. San. e R. B. Prof. R. Bonanni Spec. in Ematologia, Microbiologia medica, Anatomia patologica R.B.: L. De Martini Spec.: Radiologia R.B.: Prof. M.V. Iannetti Spec.: Cardiologia R.B.: Dr. G. Zandonini Spec.: Fisiatria www.laboratorioalbaro.com	Via P. Boselli 30 010/3621769 Num. V. 800060383							
STUDIO GAZZERRO		GENOVA	RX S DS TC RM							
Dir. San.: Dr. C. Gazzoero Spec.: Radiologia www.gazzoero.com		Piazza Borgo Pila, 3 010/588952 fax 588410								
DIAGNOSTICA MEDICA MANARA		GE - BOLZANETO	PC			TF	S	DS		
Dir. San.: Dr. M. Manara Spec. Radiologia Dir. San.: Dr. G. Odino spec. Microbiologia Dir. San.: Dr. G. Delucchi spec. Fisiokinesi ortop. Dir. San.: Dr. F. Amodeo spec. Ortopedia ambulatorio@studiomanara.com Punto prelievi: via Gianelli 94/c Quinto quinto@studiomanara.com		Via Custo 5E 010/7415108 010/8690794								
PIU'KINESI IN CARIGNANO (MONTALLEGRO)		GENOVA	TF S							
Dir. San.: Dr. L. Spigno R.B.: Dr. Marco Scocchi Spec.: Medicina Fisica e Riabilitazione www.montallegro.it - piu'kinesi@montallegro.it		Via Corsica 2/4 010/587978 fax 010/5953923								
VILLA RAVENNA		CHIAVARI (GE)	ODS S DS							
Dir. San.: Dr. A. Guastini Spec.: Chirurgia Generale Spec.: Chirurgia Vascolare info@villaravenna.it		Via Nino Bixio, 12 0185/324777 fax 0185/324898 segreteria@villaravenna.it								

LEGENDA:	S (Altre Specialità)	TC (Tomografia Comp.)
PC (Patologia Clinica)	L.D. (Libero Docente)	RT (Roentgen Terapia)
TF (Terapia Fisica)	MN (Medicina Nucleare in Vivo)	RM (Risonanza Magnetica)
R.B. (Responsabile di Branca)	DS (Diagnostica strumentale)	TC-PET (Tomografia ad emissione di positroni)
Ria (Radioimmunologia)	RX (Rad. Diagnostica)	ODS (One Day Surgery)

FREE for YOU

il Prestito in convenzione ENPAM



FINO A 50 MILA EURO veloce e libero da vincoli

importi erogabili

- fino a € 30.000 è esente da documenti di reddito
- fino a € 50.000 è esente da preventivi di spesa
- da € 50.000 a € 80.000 è riservato ai già clienti Agos Ducato

Per richieste superiori a € 30.000 o in caso di specifici requisiti della richiesta potrà essere necessario anche un documento attestante il reddito.

semplice da richiedere

- bastano 3 documenti: carta di identità, codice fiscale e il tesserino di iscrizione all'Ordine

flessibile e senza costi aggiuntivi

- puoi modificare l'importo della rata
- puoi saltare la rata, posticipandone il rimborso
- puoi estinguere anticipatamente il prestito

bonificato in 2 giorni

- sul proprio c/c in 48 ore dall'approvazione della richiesta



convenzione
ENPAM

la consulenza è sempre gratuita!

sede nazionale

Club Medici
800 143 340

lunedì - venerdì (9.00 - 19.00)

 **ClubMedici**
www.clubmedici.it
prestiti@clubmedici.com

in collaborazione con


Missaggio pubblicitario con finalità promozionale. Per le informazioni precontrattuali e per conoscere le condizioni economiche dell'offerta si rinvia al documento "Informazioni europee di base sul credito ai consumatori" (SECCI) che potrà essere richiesto presso le sedi di Club Medici Italia Srl: Via G. B. De Rossi 12 - 00101 Roma - Iscr. Albo Agenti in Attività Finanziaria presso IAM al n. A2500 unitamente a copia del testo contrattuale. La richiesta del prestito flessibile è soggetta ad approvazione di Agos Ducato SpA e può essere esercitata nel rispetto dei limiti contrattualmente previsti e in caso di regolarità nei pagamenti. Salvo approvazione Agos Ducato.



ACMI ha stipulato una vantaggiosa convenzione per il **RIMBORSO DELLE SPESE MEDICHE** aderendo alla **Cassa di Assistenza Sanitaria SANINT**, la più importante d'Italia.

La Cassa di Assistenza è un'associazione senza fine di lucro che persegue la finalità di promuovere, realizzare ed erogare a favore dei propri beneficiari prestazioni assistenziali a carattere sociale e/o sanitario. La Cassa SANINT si avvale per la sua gestione di una centrale operativa del Gruppo Generali che liquida direttamente alle cliniche e ai medici con essa convenzionati.

COME ADERIRE

Si può aderire alla Cassa SANINT entro il compimento del 60° anno di età se non si è mai stati assicurati per lo stesso rischio oppure entro il compimento del 65° anno di età se si sostituisce analoga copertura assicurativa non disdettata per sinistro.

Le garanzie si attivano senza periodi di carenza e senza nessuna esclusione relativa a patologie pregresse di ogni tipo. Le spese sanitarie sono rimborsate con massimale **ILLIMITATO**.

Numero verde 800804009

DUE SONO LE POSSIBILITÀ DI ADESIONE

"SINGLE" (nel caso si tratti di unico componente previsto nello stato di famiglia)

Contributo annuo 2.070,00 euro, compresa quota associativa ACMI

"NUCLEO" (nel caso che si tratti di tutti i componenti previsti nello stato di famiglia)

Contributo complessivo annuo 2.670,00 euro, compresa quota associativa ACMI.

SIMBROKER

Broker di Assicurazioni

Responsabilità Civile per COLPA GRAVE riservata ai dipendenti ospedalieri

Simbroker, per i Soci ACMI, gestisce la convenzione per la copertura assicurativa per la sola COLPA GRAVE dei dipendenti pubblici, con attività intramoenia anche allargata, con la Compagnia AmTrust tramite la TrustRiskGroup.

La polizza ha un costo di **480,00 euro per dirigente medico di 1° e 2° livello** e di **336,00 euro per i medici specializzandi**, con un massimale di euro 5.000.000,00 con retroattività 10 anni ed in caso di cessazione attività una copertura di 1 anno con possibilità di estendere la copertura per ulteriori 2 anni.

**Per ogni richiesta di informazione non esiti a contattare i nostri uffici:
a Genova, Piazza della Vittoria 12/22 tel. 010 581004,
a Milano, Via Ripamonti 44 - 20141 Milano tel. 02 63789301**

