

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

**EDITORIALE**

Per il futuro della professione

**MEDICINA E FORMAZIONE**Certificazioni ECM  
per il triennio 2011-2013**IN PRIMO PIANO**

La luce in fondo al tunnel

**NOTE DI DIRITTO SANITARIO**Obblighi e responsabilità del  
direttore di struttura complessaAssoluzione del medico  
a fronte di carenze  
organizzative della struttura

Truffa ai danni delle ASL

**MEDICINA E ATTUALITA'**Informazione, comunicazione, conflitto  
di interessi, comparaggioMedici pensionati 'optanti' non  
possono più essere reinseriti in  
convenzione nella Medicina GeneraleNotizie 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](http://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](mailto:ordmedge@omceoge.org).**

Ad oggi hanno fatto richiesta della PEC 2.833 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](http://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](http://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](mailto: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 12

DICEMBRE  
2014

## SOMMARIO

LA REDAZIONE  
DI "GENOVA MEDICA"  
AUGURA A TUTTI I LETTORI  
**BUONE FESTE!**

### Editoriale

4 Per il futuro della professione

### Note di diritto sanitario

5 Obblighi e responsabilità del direttore di struttura complessa

6 Assoluzione del medico a fronte di carenze organizzative della struttura

8 Truffa ai danni delle ASL

8 Graduatorie regionali

### In primo piano

9 La luce in fondo al tunnel

### Medicina e attualità

12 Informazione, comunicazione, conflitto di interessi, comparaggio

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

18 Medici pensionati 'optanti' non possono più essere reinseriti in convenzione nella Medicina Generale

18 Stamina: "stop a nuove autorizzazioni alle cure"

### Medicina e previdenza

19 Notizie dall'ENPAM

21 Polizza sanitaria UNISALUTE

### Medicina e formazione

22 Certificazioni ECM per il triennio 2011-2013

22 Forum ECM: boom nel 2014 della formazione a distanza

23 Corsi e convegni

25 Recensioni

### Medicina e associazioni

26 APEL: nuove elezioni

### Medicina e cultura

27 Campionato italiano ciclismo

### Convegno Confprofessioni Liguria

28 Il professionista intermediario: obblighi, diritti, responsabilità

29 Notizie dalla CAO



**GLI UFFICI DELL'ORDINE RESTERANNO  
CHIUSI VENERDÌ 2 GENNAIO 2015**

Periodico mensile - Anno 22 n.12 dicembre 2014 - Tiratura 9.000 copie + 368 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: "Una convalescente" (1876) di James Tissot (1836 - 1902) Manchester City Art Galleries. Stampa: Ditta Giuseppe Lang - Arti Grafiche S.r.l. Via Romairone, 66/N 16163 Genova. Stampato nel mese di dicembre 2014.



Enrico Bartolini

## Per il futuro della professione

**L**a tornata elettorale si è da poco conclusa e, dalle pagine di questo bollettino, desidero esprimere a tutti i colleghi il mio più sentito ringraziamento per aver partecipato alle votazioni per l'elezione del nuovo Consiglio dell'Ordine dei medici chirurghi ed odontoiatri per il prossimo triennio 2015/2017. Auspico che il Consiglio rinnovato intervenga nelle molteplici problematiche che riguardano la professione medica al fine di tutelare la dignità professionale del medico nei rapporti di lavoro, dipendente, convenzionato e libero professionale e nei contenziosi penali e civili promossi in maniera pretestuosa. Ma non solo. L'impegno è soprattutto di salvaguardare la qualità e la dignità della professione, promuovendo migliori condizioni nel lavoro medico a garanzia della sicurezza delle cure di operatori e cittadini, nonché iniziative sulla multidisciplinarietà e il lavoro d'équipe e sostenendo il primato dei valori professionali nei confronti di logiche economicistiche e aziendaliste. Gli obiettivi di questo nuovo Consiglio riguarderanno, in particolare, la promozione di incontri dedicati alle principali novità politiche, legislative e sanitarie, una maggiore comunicazione delle iniziative attraverso il sito, la newsletter e i social network e la possibilità del "cerca-lavoro".

L'impegno preciso da parte di questo Ordine sarà quello di monitorare la qualità della formazione e i fabbisogni di specialisti e MMG, promuovendo la formazione degli studenti in medicina nelle strutture territoriali, nonché sostenere iniziative di carattere regionale e nazionale per preparare i giovani medici all'accesso al mondo del lavoro

favorendone l'occupazione. Un aspetto di particolare interesse riguarderà anche la promozione di incontri per la diffusione del nuovo Codice Deontologico su tematiche etiche di particolare complessità, attualità e rilevanza e l'istituzione di uno sportello "deontologico" per denunciare situazioni di difficoltà e chiedere il supporto dell'Ordine.

Desidero concludere con un ringraziamento a tutti i consiglieri uscenti, a tutti i componenti delle Commissioni che in questi anni hanno affiancato il lavoro dell'Ordine e al personale dell'Ordine che quotidianamente cerca di risolvere in modo attento e preciso i problemi di tutti i giorni.

Nel rinnovare la mia sempre ampia disponibilità colgo l'occasione per inviare a voi e alle vostre famiglie un messaggio di serenità per il 2015 e l'augurio di buone feste.

*Nella prima riunione di Consiglio del 26 novembre 2014 è stato eletto l'Esecutivo.*

### **IL NUOVO CONSIGLIO DIRETTIVO 2015-2017**

Presidente: Enrico Bartolini

Vice presidente: Alessandro Bonsignore

Segretario: Federico Pinacci

Tesoriere: Monica Puttini

Consiglieri: Cristiano Alicino, Alberto De Micheli, Alberto Ferrando, Luigi Ferrannini, Ilaria Ferrari, Thea Giacomini, Valeria Messina, Giovanni Murialdo, Luca Nanni, Alice Perfetti, Gianni Testino, Massimo Gaggero (*odont.*),

Giuseppe Modugno (*odont.*),

#### **Collegio dei Revisori dei conti**

Presidente: Federico Giusto

Federico Bianchi, Loredana Miglietta

Revisore supplente: Elisa Balletto

#### **Commissione Albo Odontoiatri**

Presidente: Massimo Gaggero

Segretario: Giuseppe Modugno,

Stefano Benedicenti, Maria Susie Cella,

Giorgio Inglese Ganora

## Obblighi e responsabilità del direttore di struttura complessa

avv. Alessandro Lanata

**C**on la sentenza n. 22338 del 22 ottobre 2014 la Corte di Cassazione Civile - Sezione III è ritornata sul tema degli obblighi primari e delle responsabilità che ne derivano. Nella vicenda in esame un medico ed il primario del reparto nonché l'azienda ospedaliera di appartenenza si sono visti chiamare in causa con richiesta di risarcimento dei danni tutti correlati alla lesione del plesso brachiale di un neonato durante le manovre di espulsione.

A detta dei genitori del minore che hanno agito in giudizio, la predetta lesione avrebbe tratto origine da una condotta negligente dei curanti per aver costoro ommesso di rilevare i dati pelvimetrici della gestante e di eseguire, conseguentemente, il necessario parto cesareo. Il Tribunale, prima, e la Corte di Appello, poi, hanno escluso la responsabilità dei due sanitari convenuti, ritenendo di ricondurre l'evento dannoso soltanto a carenze organizzative della struttura ospedaliera.

La Corte di Cassazione, chiamata a rivalutare la posizione del primario, ha espresso un giudizio di segno opposto rispetto ai Giudici del merito.

A sostegno della decisione assunta il Supremo Collegio ha dapprima richiamato la normativa di riferimento in tema di obblighi primari ovvero l'articolo 7 comma 3 del D.P.R. 128/1969.

Siffatto disposto, nonostante la sua lontana emanazione e l'intervenuto riordino della disciplina in materia sanitaria, è tuttora vigente poichè qualificato come norma indispensabile dal D.L.vo 179/2009. Pare, dunque, utile trascriverne di seguito il testo, ovviamente oggi riferibile al direttore di struttura complessa: *"Il primario vigila sull'attività e sulla disciplina del personale sanitario, tecnico, sanitario ausiliario ed esecutivo assegnato*

*alla sua divisione o servizio, ha la responsabilità dei malati, definisce i criteri diagnostici e terapeutici che devono essere seguiti dagli aiuti e dagli assistenti, pratica direttamente sui malati gli interventi diagnostici e curativi che ritenga di non affidare ai suoi collaboratori, formula la diagnosi definitiva, provvede a che le degenze non si prolunghino oltre il tempo strettamente necessario agli accertamenti diagnostici ed alle cure e dispone la dimissione degli infermi, è responsabile della regolare compilazione delle cartelle cliniche, dei registri nosologici e della loro conservazione, fino alla consegna all'archivio centrale; inoltre, tramite la direzione sanitaria, le denunce di legge; pratica le visite di consulenza richieste dai sanitari di altre divisioni o servizi; dirige il servizio di ambulatorio, adeguandosi alle disposizioni ed ai turni stabiliti dal direttore sanitario; cura la preparazione ed il perfezionamento tecnico-professionale del personale da lui dipendente e promuove iniziative di ricerca scientifica; esercita le funzioni didattiche a lui affidate".*

Nel prosieguo della motivazione i Giudici di legittimità hanno, poi, ripercorso l'orientamento giurisprudenziale formatosi nell'interpretazione del disposto normativo sopra trascritto, in particolare sottolineando che *"il primario ospedaliero deve avere puntuale conoscenza delle situazioni cliniche che riguardano tutti i degenti, a prescindere dalle modalità di acquisizione di tale conoscenza (con visita diretta o interpellato degli altri operatori sanitari), ed è, perciò obbligato ad assumere informazioni precise sulle iniziative intraprese dagli altri medici cui il paziente sia stato affidato, indipendentemente dalla responsabilità degli stessi, tanto al fine di vigilare sulla esatta impostazione ed esecuzione delle terapie, di prevenire errori e di adottare tempestivamente i provvedimenti richiesti da eventuali emergenze* (Sez. 3, Sentenza n. 24144 del 29/11/2010, Rv. 615276; nello stesso senso, ex multis, Sez. 3, Sentenza n. 4058 del 25/02/2005, Rv. 580125). In base a

*questi principi già in passato questa Corte ha affermato la responsabilità del primario in conseguenza della ritardata esecuzione, da parte dei sanitari a lui sottoposti, di un parto cesareo (Sez. 3, Sentenza n. 13979 del 30/06/2005, Rv. 582581), così come quella del primario che non aveva impostato un programma di monitoraggio assiduo del travaglio di una partoriente al fine di poter intervenire tempestivamente, con un taglio cesareo, all'insorgere di sofferenza fetale, nè aveva impartito direttive precise al suo assistente di vigilare sull'esatta esecuzione del programma terapeutico (Sez. 3, Sentenza n. 6822 del 18/05/2001, Rv.546772)".*

Trasponendo l'illustrato contesto normativo e giurisprudenziale al caso concreto, la Corte di Cassazione ha ravvisato nella condotta del primario la violazione dell'obbligo di diligenza previsto dall'articolo 1176 del codice civile.

Infatti, secondo il Supremo Collegio "un primario diligente non avrebbe trascurato di impartire adeguate direttive al personale a lui sottoposto per gestire le emergenze, nè avrebbe trascurato di informarsi sull'andamento di un parto che si preannunciava distocico".

I Giudici di legittimità, pertanto, hanno deciso di rinviare la causa alla Corte di Appello per una nuova valutazione del caso attraverso l'applicazione del seguente principio di diritto: "Il primario ospedaliero risponde del danno derivato da un deficit organizzativo della struttura da lui diretta, ove non dimostri di avere adempiuto tutti gli obblighi a lui importi dal D.P.R. 27 marzo 1969, n. 128, art. 7 e cioè di essersi informato sulle condizioni dei malati, di avere impartito le necessari istruzioni al personale, e di avere predisposto le direttive per eventuali emergenze.

E' in colpa il medico che, al cospetto di un paziente le cui condizioni non possono essere adeguatamente gestite nella struttura ospedaliera in cui si trova, non si attivi per disporre l'immediato trasferimento in altra struttura".



## **Assoluzione del medico a fronte di carenze organizzative della struttura**

**C**on la sentenza n. 46336 dello scorso 10 novembre la Corte di Cassazione Penale - Sezione IV è stata chiamata a valutare la penale responsabilità di un medico imputato del reato di omicidio colposo per aver tardivamente diagnosticato ad un paziente un'imponente frattura alla milza, così inibendo le tempestive, necessarie e risolutive attività terapeutiche.

Il medico era l'unico sanitario presente nel Pronto Soccorso e, nel mentre si trovava impegnato a visitare un paziente con urgenza media, veniva avvisato dall'infermiera del triage dell'arrivo di un ferito da incidente stradale, per il quale vi era espressa richiesta medica scritta di approfondimento per sospetto trauma addominale. Il sanitario, quindi, telefonava ad altro collega specialista di turno presso il Pronto Soccorso ortopedico ma ciò avveniva più per protestare sulla pretesa irregolarità formale del trasferimento al Pronto Soccorso generale invece che al reparto di chirurgia e non già per approfondire la criticità del caso trasmessogli. In tale contesto, la Suprema Corte ha rilevato che il terapeuta avrebbe dovuto personalmente valutare la gravità del paziente a seguito della segnalazione che, se fondata, rappresentava un rischio della massima urgenza.

Verosimilmente, hanno sostenuto i Giudici di legittimità,

timità, un'immediata visita avrebbe messo in moto un altrettanto immediato meccanismo di verifica strumentale volto all'accertamento del trauma addominale, considerata la importante sintomatologia manifestata dal paziente.

L'omissione di quanto sopra ha, pertanto, portato la Corte a qualificare la condotta del medico come negligente e tale da integrare l'elemento soggettivo del reato ascritto. Quello che, però, maggiormente rileva nella pronuncia in esame attiene a quei successivi passaggi motivazionali della pronuncia mirati alla verifica di un rapporto causale fra il comportamento omissivo del medico ed il decesso del paziente. In sede penale, giova rammentarlo, la verifica sul punto è oltremodo rigorosa, basandosi non soltanto sulle leggi statistiche ma anche sulle specifiche emergenze del caso concreto. Ed invero, a far data dalla nota sentenza "Franzese" n. 30328 del 10 luglio 2002 emessa dalle Sezioni Unite Penali della Corte di Cassazione, univocamente viene adottata la seguente impostazione di giudizio: *"Non è consentito dedurre automaticamente dal coefficiente di probabilità espresso dalla legge statistica la conferma, o meno, dell'ipotesi accusatoria sull'esistenza del nesso causale, poichè il giudice deve verificarne la validità nel caso concreto, sulla base delle circostanze del fatto e dell'evidenza disponibile, così che, all'esito del ragionamento probatorio che abbia altresì escluso l'interferenza di fattori alternativi, risulti giustificata e processualmente certa la conclusione che la condotta omissiva del medico è stata condizione necessaria dell'evento lesivo con "alto o elevato grado di credibilità razionale" o "probabilità logica"*.

Trasponendo il principio di diritto sopra enunciato alla vicenda che qui ci occupa, il Supremo Collegio ha preso atto che determinate circostanze, quali l'ora notturna e le conclamate deficienze organizzative della struttura sanitaria, hanno sostanzialmente reso impossibile un intervento tempestivo. All'affermata irrilevanza della condotta omissiva

del medico nel processo causale che ha portato al decesso del paziente è, dunque, conseguita una sentenza di assoluzione, che la Corte ha così motivato: *"le documentate e condivise valutazioni del perito sulla tempistica della diagnosi, della trasfusione e dell'intervento chirurgico rispetto alla rapidità di evoluzione della patologia rendono del tutto incerta la riconducibilità causale della morte del giovane paziente alla ritardata visita. L'insuccesso di eventuali terapie risulta ancor più accreditato in considerazione della cattiva organizzazione del nosocomio. Si rammenta in proposito che sarebbe stato necessario eseguire ecografia addominale non praticabile nel pronto soccorso per l'assenza della relativa apparecchiatura, che si sarebbe dovuto reperire ed infondere sangue, che si sarebbe dovuta allestire la sala operatoria e si sarebbero dovuti pure reperire in orario notturno i chirurghi per l'esecuzione dell'intervento di splenectomia...pur a seguito di visita tempestiva l'evento letale con elevata probabilità non si sarebbe potuto evitare...è assai dubbio che una condotta terapeutica appropriata avrebbe salvato la vita del paziente. L'argomentazione viene completata considerando che il drammatico evento è stato frutto di una serie di concause. L'errore dei volontari dell'ambulanza che trasportarono il paziente al pronto soccorso ortopedico e non a quello generale, la negata percezione di dolori addominali da parte del ferito, l'assenza di un apparecchio per l'ecografia, l'irrazionale separazione dei diversi pronto soccorso, la mancanza di linee guida ufficiali ed efficienti per il trasferimento del paziente, la mancata valutazione da parte dell'infermiera della reale situazione del paziente"*.

Ebbene, pare forse superfluo sottolineare quanto sia favorevole alla classe medica un orientamento, quale quello in esame, mirato ad evitare commistioni fra problematiche e carenze organizzative della struttura, da un lato, e responsabilità penale del medico ospedaliero, dall'altro.

## Truffa ai danni delle ASL

prof. avv. Lorenzo Cuocolo

Studio legale Cuocolo - [www.cuocolo.it](http://www.cuocolo.it)

La Corte di Cassazione penale, sent. n.47702/2014, si è pronunciata in merito ad una sentenza del 7 novembre 2011 in cui il tribunale di Bari aveva condannato per truffa ai danni delle ASL un medico di medicina generale, accusato in concorso con altri due colleghi. Il condannato partecipava alla medicina di gruppo denominata "F.A.D.P.-M.I.G." costituita ai sensi del D.P.R. n.270 del 2000, art. 40, commi 4 e 9, autorizzata con determina del Dirigente della Direzione Operativa dell'ASL del luogo.

L'accusa per truffa consisteva nell'aver posto in essere artifici e raggiri, avendo indotto in errore l'ASL. In particolare veniva contestata:

- la mancata esecuzione, da parte del medico, dei turni di visita presso lo studio, sede della medicina di gruppo;
- la sostituzione dei medici del gruppo da parte di medici terzi, in contrasto con quanto previsto dal D.P.R. n. 270 del 2000, art. 40, comma 4, lett. g) ed n);
- la mancata comunicazione ai cittadini iscritti ai propri elenchi della forma e modalità dell'associazione, in contrasto con il D.P.R. n. 270/2000, art. 40, comma 4, lett. b).

Il medico condannato, dunque, aveva tratto in errore la ASL, che aveva corrisposto allo stesso

l'emolumento mensile previsto per il servizio di medicina associata, di cui i pazienti non hanno mai usufruito e che in concreto non è stato mai espletato (dal luglio 2004 al giugno 2006).

La Corte di Cassazione, nella decisione in commento, evidenzia come l'art. 40, comma 4, lett. n), del D.P.R. n. 270 del 2000, secondo il quale all'interno della forma associativa può adottarsi il criterio della "rotazione interna" per ogni tipo di sostituzione inferiore a trenta giorni, "non appare decisivo al fine di escludere la sussistenza della contestata truffa". Si deve infatti considerare anzitutto la mancata dimostrazione da parte dell'imputato dello svolgimento delle pratiche mediche negli orari in cui lo stesso avrebbe dovuto prestare la sua attività professionale presso lo studio di Medicina di Gruppo, nonché la prestazione di attività differenti da quelle pattuite e per un periodo inferiore a 30 giorni, e quindi l'adozione del criterio della "rotazione interna" con i suoi due colleghi. Inoltre, non vi è traccia che questi ultimi abbiano mai sostituito l'imputato, ricevendo i suoi clienti. E ciò ha trovato conferma nelle testimonianze dei pazienti dell'imputato che, intervistati dalla polizia giudiziaria, hanno riferito di non essere stati messe al corrente del fatto che l'ambulatorio era organizzato come medicina di gruppo e di non sapere, dunque, di poter ricorrere alle prestazioni sanitarie degli altri medici nei casi previsti. Ne è conseguita l'inammissibilità del ricorso e, pertanto, la conferma della condanna del medico, con l'aggiunta del pagamento delle spese processuali.

## MEDICINA E NORMATIVA - Graduatorie regionali

Per essere inseriti nelle graduatorie regionali 2016 la domanda va presentata entro il 31/1/2015 (fa fede il timbro postale). Per ogni graduatoria va presentata una specifica domanda (il modello è disponibile all'Ordine o scaricabile da [www.omceoge.org](http://www.omceoge.org)). Le domande sono per la:

**a)** graduatoria regionale per la medicina generale;

- b)** graduatoria regionale di pediatria di libera scelta;  
**c)** graduatoria specialistica ambulatoriale.

Le domande vanno inviate per raccomandata con ricevuta di ritorno o presentata agli uffici competenti nel territorio in cui il sanitario chiede l'incarico. I moduli sono scaricabili dal sito [www.omceoge.org](http://www.omceoge.org) o ritirabili presso la segreteria dell'Ordine dal 7 gennaio 2015.

## La luce in fondo al tunnel

### Del dolore e della sofferenza

**Marina E. Botto**

*dirigente medico geriatra ASL 3 Genovese*

**T**entare una definizione del dolore è inutile e fuorviante, perché il dolore è come l'acqua, prende la forma del suo contenitore. E la definizione è bell'e trovata. Parafrasando Tolstoj, si potrebbe dire che tutti stanno bene allo stesso modo, ma ognuno soffre a modo suo. La percezione, la risonanza, l'accettazione, il rifiuto del dolore sono fili che s'intrecciano nella tessitura di personalissime trame. Il dolore che accomuna tutti i viventi a livello di esperienza, isola l'individuo: colui che soffre è un escluso ed esclude gli altri, non può esservi condivisione. Questo è lo scoglio più grande nell'algologia, cioè la difficoltà di denotare e misurare il dolore (quale l'unità di misura?), cui si cerca di ovviare ricorrendo a stime numeriche convenzionali.

*"Il dolore è nei suoi aspetti morali e fisici intrinseco all'esperienza dell'uomo. Ma, concentrandoci sulla sofferenza del corpo, non possiamo non recriminare quanta parte di essa sia dovuta a incuria, inesperienza, poco amore per il malato. Il dolore può arrivare al punto di rendere desiderabile la morte. I suoi confini sono indefiniti e aperti ad ogni estrema soluzione. Perché il dolore insostenibile logora insieme con il corpo l'equilibrio morale e psichico di chi ne è colpito, degrada il suo contegno, annienta la sua dignità. Questo dolore iniquo vogliamo combattere; esso è puramente distruttivo. I suoi effetti sono spesso atroci, le premure solidali e affettuose non bastano ad alleviarli..."* (Carta dei diritti sul dolore inutile, 2004).

Sentendo le definizioni scientifiche sfugge un sorriso perché tradiscono lo sforzo di inchiodare il dolore ad un paradigma essenzialista, che è inadatto

alla comprensione di un'esperienza soggettiva, mentre è assai meglio, per chi pratica l'*ars curandi*, focalizzarsi sulle caratteristiche di chi la vive e su come la vive. La difficoltà di inquadramento e trattamento riguarda precipuamente il dolore cronico: le classificazioni utilizzate, prevalentemente basate sulla diagnosi di malattia, sono poco utili nel paziente con dolore che persiste nel tempo; l'intensità del dolore, basata sul giudizio soggettivo del paziente, risente troppo della narrazione ed è una modesta guida alla scelta terapeutica; sovente si sottopongono i pazienti ad un numero spropositato di esami diagnostici, dimenticando che, tranne nel dolore acuto, la correlazione tra danno tissutale e dolore è scarsa. C'è poi confusione anche nei medici tra medicina del dolore, che rap-



presenta un'evoluzione della terapia del dolore, e cure palliative: la prima applica un iter diagnostico al dolore per classificarlo come sintomo o come "malattia" a sé stante e poi trattarlo con farmaci o pratiche cosiddette "invasive" (infiltrazioni, blocchi, ecc.); le cure palliative sono misure terapeutiche ed assistenziali volte al miglioramento della qualità di vita - e quindi dei sintomi - di pazienti affetti da malattie gravi in stadio avanzato non necessariamente oncologiche, generalmente inguaribili (da "pallium" = mantello, velo che copre). Scale, scores, check lists abbondano e chi più ne ha più ne inglesizza, non le citeremo perché già note e scaricabili; le linee guida non sono sufficienti in quei casi (e sono la maggioranza) in cui lo specialista si trova a trattare un tipico paziente difficile, logorato

da precedenti tentativi vani di cura, con aspettative irrealistiche. Il presunto potere taumaturgico attribuito alle terapie in questo settore è immenso come le delusioni: quasi sempre la terapia procede per tentativi e con aggressività crescente, quasi a rincorrere la resistenza per vincerla con la forza. Dalla disciplina Yoga abbiamo imparato che il dolore si domina con la cedevolezza, mentre forza e resistenza non fanno che accentuare la contrattura muscolare che sempre accompagna il dolore, se addirittura non ne è causa. Analogamente accade di solito con le terapie, quando prescindono dalla personalizzazione.

Il paziente (stavolta etimologicamente "paziente" e non solo "persona assistita") sperimenta la scarsa attitudine alla gestione complessiva del dolore, oncologico o meno, in situazioni complesse, che richiedono competenze

*L'espressione verbale del dolore  
sostituisce non descrive il grido"  
(L. Wittgenstein).*

scientifiche e capacità di gestire ed interpretare in modo consapevole le svariate situazioni cliniche all'interno e fuori dell'ospedale (problema della continuità di cura). Va inoltre tenuto conto della variabile disponibilità personale di chi si occupa del paziente per i molti risvolti emozionali della relazione di cura. E il paziente si spazientisce.

E' bene ribadire che l'approccio e la presa in carico debbono essere globali, con l'obiettivo primario di individuare il meccanismo del dolore cronico persistente, senza troppo indugiare sulla malattia di fondo; ulteriore obiettivo sarà quello di consentire al paziente una miglior qualità di vita, perché una vita senza dolore è irrealistica (ma la vita con il dolore è quasi impossibile). In questo senso la normativa italiana negli ultimi 15 anni ha fatto qualche passo in avanti: dalla Legge 39 del 1999 al progetto "Ospedale senza dolore", alla rete di Cure Palliative si va verso una visione del dolore, che va oltre quella tradizionale della semplice accettazione. Grazie alle nuove norme prescrittive, anche l'atavica resistenza italiana verso gli oppiacei si sta allentan-

do, mentre contestualmente si affermano nuovi e vecchi farmaci non classificati come analgesici (ad es. antiepilettici e FANS). Il 15 marzo 2010 anche lo Stato Italiano affronta in modo organico il problema "gestione del dolore" e promulga la famosa legge che sancisce il diritto del cittadino di accedere ai trattamenti specifici promuovendo la creazione della rete per la Terapia del Dolore e le Cure Palliative. Tra successive delibere, circolari applicative, accordi Stato-Regioni, Commissioni e relative norme locali (Regione, ASL, Dipartimenti) la rete - o almeno il suo concetto - si va diffondendo nel Paese. Già dal 2007 la Regione Liguria ne coglieva tutte le istanze (D.G.R. 277), senza poter prescindere dalla sensibilità a dalla presenza già

concreta e radicata nel territorio delle onlus, in primis l'Associazione Gigi Ghirotti.

E veniamo alle note dolenti, è il caso di dirlo. Lo snodo fondamentale è, ut solet, lo studio del MMG e ben lo sa la SIMG, che ha prodotto un corposo documento frutto della stretta collaborazione con la Commissione Ministeriale addetta e soprattutto nell'ambito del progetto ASCO (Aggiornamento Scientifico Online, sez. Dolore e Cure Palliative). Per uscire da logiche meccanicistiche (lamentela >farmaco>specialista), la politica, per ora più a parole che coi fatti, abbandona la visione ospedalocentrica e punta sulla centralità del MMG nella rete. Ci pare inoltre che, se si ritiene fondamentale il concetto di alleanza terapeutica, la formazione e l'informazione algologica non debba riguardare esclusivamente i medici, ma anche ai cittadini (responsabilizzazione, empowerment). Occorre però tener presente anche i cambiamenti socio-culturali di quest'era post moderna: le persone sono sempre meno inclini al sacrificio e alla rassegnazione e quindi sempre più deboli, inclini all'auto-gratificazione e alla deresponsabilizzazione; i valori affermati dalle grandi religioni monoteistiche sono

in crisi, il sentimento comune di appartenenza si è affievolito a favore di un individualismo edonista, relativista ed egocentrico.

Nella pratica clinica la maggior difficoltà adottata più frequentemente dai medici è la mancanza di tempo: il dolore "difficile" richiede l'accurata esplorazione delle varie componenti. Senza soffermarsi sui farmaci, pare invece più utile ricordare i tipi di dolore difficilmente controllabili con i comuni farmaci analgesici, e che pertanto possono richiedere altre strategie terapeutiche:

- il dolore nocicettivo a soglia normale (il tipo di dolore meccanico-strutturale) che si presenta in modo acuto e ricorrente, soprattutto in patologie osteo-muscolari non infiammatorie;
- il dolore da lesione delle vie nervose (dolore neuropatico) che si presenta in modo cronico, ove si ritrova un danno alle vie nervose di conduzione del dolore.

La conoscenza del dolore, dei suoi meccanismi fisiopatologici, delle dinamiche psicologiche che vi sono sottese non possono però prescindere da una consapevolezza di fondo: la ragione e la cultura medica non bastano a curare ciò che è ben

più complesso di una disfunzione. Tutti insieme dobbiamo imporci prima una pausa di riflessione, fermandoci un attimo sulla soglia del dolore: la sofferenza, come la depressione, può divenire così intensa da gettare nella disperazione, portando la persona a desiderare perfino la morte, se questa appare come l'unica vera strada per uscirne. Un'esperienza tra le più carnali si sublima in un senso di sospensione e di esclusione da diritti fondamentali come la libertà di agire, di spostarsi, di scegliere. E' un non essere, senza cessare di esistere, un vivere di male che evolve inesorabilmente nel male di vivere, perché il dolore si impossessa della persona così che quando si assenta, non si fa dimenticare e lascia dietro di sé la certezza del suo ritorno, l'ansia dell'attesa. La sofferenza accerchia e immobilizza, assedia e schiavizza il pensiero. Una vita possibile o passabile è la luce in fondo al tunnel, ma il tunnel sembra curvo e la luce non si vede. Prima di poter aggredire tecnicamente il dolore come medici dobbiamo imparare un'empatia nuova, arma essenziale per connotare, gestire, alleviare la sofferenza, che sempre si accompagna al dolore e che può farlo apparire invincibile.

### QUOTA D'ISCRIZIONE 2015 ALL'ORDINE

La quota per il 2015, rimasta invariata nella cifra (euro 96,00 per l'iscrizione al singolo Albo e euro 165,00 per la doppia iscrizione) **dovrà essere pagata, entro il 31 gennaio 2015**, tramite bollettino M.Av. della "Banca Popolare di Sondrio", con le seguenti modalità:

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

**IMPORTANTE!**

#### PROCEDURA IN CASO DI MANCATO PAGAMENTO:

- dalla scadenza al 31 maggio: applicazione della mora del 10%;
- dal 1° giugno al 30 ottobre: applicazione della mora del 10% + le spese di procedura (euro 30,00);
- dal 1° novembre: convocazione in udienza dal presidente e, in caso di mancata presentazione, cancellazione dall'Albo o dagli Albi di appartenenza.  
**(Delibera n. 39 Cont/db del 30/06/2011)**



## Informazione, comunicazione, **conflitto** **di interessi, comparaggio**

### *Industria del farmaco ed utilizzo dei media*

**Alberto Ferrando, Alberto De Micheli**

**Q**uesto articolo prende spunto dal recente caso di ipotizzato reato di comparaggio per la prescrizione di latte artificiale e da un editoriale, pubblicato sul numero di dicembre 2013 della rivista Quaderni ACP, dal titolo: *“Trasparenza fa rima con indipendenza”* di Maurizio Bonati dell'IRCCS - Istituto di Ricerche Farmacologiche “Mario Negri” di Milano, dove si racconta un coraggioso caso di indipendenza dal mondo farmaceutico. E' percezione comune che molte scelte che avvengono in ambito sanitario, spesso, sono dettate più dal profitto delle multinazionali sanitarie, o da mere urgenze di bilancio, piuttosto che da esigenze di benessere e qualità della vita del paziente. Oggi il fatturato di Big Pharma è stimato intorno ai 1000 miliardi di dollari/anno, di cui circa 300 sono spesi per il marketing.

Come è ovvio, le aziende farmaceutiche, come

ogni altra azienda, devono rispondere in termini di fatturato ai propri azionisti. Obbligo senza dubbio lecito, anche se, spesso, uno dei modi più semplici per ottenerlo è quello di produrre farmaci strutturalmente molto simili ad altri, innovando molto poco (o nulla) così da prolungare i benefici del brevetto (farmaci detti “me too”). Oppure agendo sui parametri che stabiliscono il confine tra normalità e malattia dando vita a nuove “patologie” (“Disease mongering”) che, nella maggior parte dei casi, non sono altro che condizioni e atteggiamenti che fanno parte della personalità di una persona come l'ansia, la timidezza o la noia, oppure situazioni normali che si presentano nel corso della vita di ognuno quali, ad esempio, la menopausa o la vecchiaia, oppure semplici caratteristiche fisiche come la calvizie o la cellulite.

In questo modo si aumenta il numero delle malattie e delle terapie ed anche la prevenzione cambia. E' vero che, in termini di salute e di economia, prevenire è meglio che curare, ma anche la sovradiagnosi può essere un problema ed esiste il rischio di far sentire malati i sani oppure di farli vivere nella continua paura di ammalarsi, peggiorandone la qualità della vita e aumentando la spesa sanitaria. Cose già ben descritte nel famoso testo teatrale

E' di poco tempo fa la notizia apparsa sui media di misure cautelari assunte dall'Autorità Giudiziarica nei confronti di alcuni pediatri della Toscana e della Liguria accusati di aver prescritto latte artificiale ad alcune mamme, che stavano allattando i propri bambini al seno, con lo scopo di favorire alcune aziende produttrici di latte artificiale per neonati e ricevere da queste regali di ogni tipo. Siamo tutti concordi che il comparaggio è un fenomeno odioso che deve essere segnalato e sanzionato. Anzi, la nostra categoria per prima ha interesse che venga fatta chiarezza, e deve difendere la libertà ed i diritti delle persone tutte, perchè non subiscano sentenze mediatiche prima dell'accertamento definitivo dei fatti.

Per questo vi invito alla riflessione e alla moderazione prima di lasciarvi andare a pesanti affermazioni e sentenze di condanna. Ricordiamo che essere indagati non vuol dire aver commesso il fatto. Tante, troppe volte, abbiamo visto medici sbattuti come mostri in prima pagina e, dopo anni di iter giudiziario assolti perchè “il fatto non sussiste”. In passato, analoghi vicende giudiziarie accadute a medici, sottoposti anch'essi alla gogna mediatica, si sono concluse, dopo molti anni, con un nulla di fatto e, oggi altre persone sono sbattute in prima pagina, con nomi, cognomi e foto colpevoli di aver commesso reati ancora da dimostrare. Non giudichiamo, aspettiamo.

**A. F.**

di Jules Romain "Il dott. Knock o il trionfo della medicina". Il motto del dott. Knock era *"Dentro ad ogni sano c'è un malato che non sa di esserlo"*. Quotidianamente, per influenzare i cittadini, vengono utilizzati sempre di più i "media" (notate quanta pubblicità di farmaci alla TV e su Internet); in modo diretto -un farmaco ti fa guarire in modo miracoloso - oppure indiretto - stimolando l'attenzione sulla diagnosi di una determinata malattia al di là dei normali criteri di prevenzione e screening, scientificamente definiti.

A tal proposito una recente pubblicazione del BMJ conclude affermando che *"I programmi televisivi hanno altre priorità, ma suggerendo che eseguire più screening sia utile, fanno un cattivo servizio ai loro spettatori. Pubblicizzare i benefici degli screening senza comunicare in modo completo e corretto i potenziali danni è un male per tutti noi"*. Oggi sappiamo non solo che gli screening possono rilevare patologie innocue ma anche che i trattamenti inutili intrapresi, a seguito di risultati positivi, possono essere dannosi. Il *General Medical Council* suggerisce che i medici devono "lavorare in partnership con i pazienti, condividendo con loro le informazioni di cui avranno bisogno per prendere le decisioni circa la loro cura".

Non solo. E' utile ricordare che gli effetti collaterali dei farmaci rappresentano la terza causa di morte negli USA e in Europa dopo le malattie cardiache e il cancro. Come può avvenire tutto questo? Se l'obiettivo principale delle case farmaceutiche è il guadagno e le risorse economiche vengono investite in marketing, anche le riviste mediche possono risultare al servizio dell'industria attraverso la pubblicazione dei trials clinici, come denunciato dai noti *"past editors"* di prestigiose riviste Marcia Angell e Jerome Kassirer (*New England Journal of Medicine*) e Richard Smith (*British Medical Journal*) in recenti pubblicazioni. Infatti è noto, ed inevitabile, che la maggior parte dei "trials" siano sponsorizzati dall'industria farmaceutica che, tuttavia, spesso ne influenza anche la divulgazione

(i risultati negativi tendono ad essere considerati meno significativi e quindi non pubblicati).

Le metodologie usate dalle case farmaceutiche sono ben descritte nel recente libro *"Deadly Medicines and Organized Crime" - Come Big Pharma ha corrotto la sanità* (ottobre 2013), di Peter Gøtzsche direttore del *"Nordic Cochrane Centre"*, in cui si documentano numerosi casi di conflitti di interesse avvenuti negli ultimi decenni, anche in Italia.



Nell'editoriale di Bonati, citato all'inizio dell'articolo, viene descritto invece il caso più recente (e raro) di rifiuto e protesta contro la logica del "diritto di proprietà dello sponsor": l'IRCCS - Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" ha ritirato l'adesione al progetto "Innovative Medicines Initiative" (IMI) che, finanziato al 50% dall'Unione Europea (UE), intendeva sviluppare un farmaco di proprietà della Glaxo Smith &Kline (GSK). Infatti, secondo quanto dichiarato nel citato articolo, il "Mario Negri" si è ritirato perché GSK pretendeva per sé il diritto di accordare o negare l'accesso ai dati dello studio e il controllo della loro pubblicazione; GSK intendeva cioè esercitare il suo controllo non solo nei confronti della comunità scientifica in genere, ma anche degli stessi ricercatori partecipanti allo studio. In accordo con i propri principi il "Mario Negri" non richiedeva per sé la proprietà dei dati; infatti, l'Istituto non brevettava le scoperte dei suoi ricercatori, ma le rende subito pubbliche, a beneficio dei pazienti e della comunità scientifica. Inoltre, le pretese di GSK

erano ancor più inaccettabili per il contesto in cui si è svolta la vicenda, cioè di un progetto IMI che sostiene, con fondi dell'Unione Europea, i progetti di collaborazione tra industria e accademia con l'intento specifico di promuovere l'innovazione. Nell'articolo viene precisato che l'industria ci mette il prodotto grezzo, ma sono i pazienti e i ricercatori clinici che lo sviluppano. Un fatto inammissibile sia per il "Mario Negri" che per la rete di centri di terapia intensiva, nota come GIVI, che avrebbe dovuto partecipare allo studio. Il mancato accordo con GSK ha comportato per il "Mario Negri" un notevole sacrificio economico in tempi già di per sé difficilissimi: la coerenza costa! Il problema sollevato dall'istituto milanese si inquadra nel problema sempre più sentito nella comunità scientifica internazionale: evitare che i pur legittimi interessi dell'industria prevalgano sulla necessità di programmare, condurre e valutare i risultati della ricerca clinica in modo indipendente al fine di tutelare ciò che più conta, cioè i diritti dei pazienti, attraverso l'applicazione di metodi rigorosamente scientifici e non influenzati.

La trasparenza nella collaborazione con l'industria ha rappresentato l'oggetto di molti documenti di associazioni e società scientifiche. Trasparenza di difficile raggiungimento. Nell'articolo viene citato un tentativo di accordo siglato nel marzo del 2012 nel Regno Unito tra diciannove grandi organizzazioni scientifiche e industriali per regolamentare i rapporti tra medici e industria farmaceutica e garantire la trasparenza nella conduzione e nell'informazione sui risultati dei clinical trials. Rapporto che è parso, da subito, burrascoso, di difficile conduzione quotidiana, con incomprensioni sulla trasparenza e risoltosi nell'ottobre 2013 in un brusco divorzio. Molti i punti di discordia e di conflitto rispetto a quanto sottoscritto nel documento di intenti. A mettere in discussione questa unione sin dall'inizio ha contribuito "All trials," un gruppo di organizzazioni internazionali impegnate nel mondo della scienza e della medicina guidato da "Bad

Science", "Sense About Science", "BMJ", "James Lind Alliance", "Centre for Evidence-based Medicine", che all'inizio del 2013 ha promosso una petizione, riscuotendo un'ampia adesione, con lo scopo di esortare i governi, le agenzie regolatorie e gli enti di ricerca a intraprendere le azioni necessarie a garantire che tutti i trials clinici, passati e presenti, siano registrati e che tutti i risultati siano in ogni momento consultabili e utilizzabili da chiunque. Disporre di tutti i dati in merito a ogni sperimentazione è fondamentale per determinare i rischi e i benefici di un trattamento, evitando le cattive interpretazioni derivanti dai cosiddetti "bias di pubblicazione", e permettere sia ai medici sia ai pazienti di prendere "decisioni informate" circa la più efficace e sicura soluzione terapeutica disponibile, evitando anche inutili ripetizioni di sperimentazioni.

Per chi non è direttamente coinvolto nella ricerca e sperimentazione clinica, o a chi non è adeguatamente "informato", queste iniziative, prese di posizione e discussioni possono apparire eccessive e/o non prioritarie. Eppure il rigore metodologico nella conduzione e diffusione delle sperimentazioni è per tutti una garanzia del diritto alla salute.

Le sperimentazioni cliniche servono per contribuire al miglioramento della salute attraverso l'accrescimento della conoscenza del medico, del paziente, di chiunque operi nella sanità.

Compito di ogni medico è avere un pensiero critico, saper leggere la letteratura medica e le sue revisioni sistematiche e valutare il significato clinico delle indicazioni che ne derivano, per portare il proprio contributo professionale a scelte terapeutiche o preventive caratterizzate da efficacia ed appropriatezza, estese a tutti i pazienti quotidianamente curati. Tutto questo sia nella prospettiva individuale che in quella di una professione inserita nell'ampio contesto del Servizio Sanitario Nazionale, dei suoi risultati globali di salute e della sua sostenibilità.

Bibliografia richiesta: [aferrand@fastwebnet.it](mailto:aferrand@fastwebnet.it)

## Notizie in breve

a cura di Marco Perelli Ercolini

### Legge di stabilità 2015: tetto alle pensioni...

**C**on la legge di stabilità 2015 c'è stata una parziale correzione della norma Fornero che aveva introdotto il "tutti al contributivo" dal 1° gennaio 2012 e portava nel pubblico impiego a valorizzare, ai fini della pensione, anche i contributi versati dopo il raggiungimento dell'anzianità contributiva dei 40 anni. La pensione non potrà essere più elevata di quanto possibile prima della riforma del 2011 anche per chi ha superato i vecchi limiti contributivi.

Ma è corretto non valorizzare i contributi che verranno ulteriormente versati? E' corretto, inoltre, imporre retroattivamente tale regola?

Sono due domande legittime, ma con l'affannosa corsa a raccattare soldi si vogliono imporre regole che sicuramente apriranno un contenzioso.

Qualsiasi contributo versato deve dare una prestazione, non vogliamo pensioni alte? Vogliamo congelare i trattamenti? Ebbene si blocchi anche la contribuzione! non è corretto continuare a esigere soldi dal lavoratore senza dargli la prestazione economica.

Il risparmio sarebbe valorizzato in 480milioni e finalizzato alla copertura, parziale, del "prestito pensionistico" per lavoratori senza impiego e senza ammortizzatori... ma per il sociale, giusto e sacrosanto in un Paese civile, non ci sono e si pagano fior di imposte (tasse)? Ricordiamo, poi, come questo surplus, maturato con contributi versati, viene sottoposto alla aliquota marginale dal fisco e praticamente un buon

43-50% (con la addizionali comunali e regionali o col larvato prelievo di solidarietà) rientra nelle casse dello Stato.

### Pensioni: opzione donna

**U**no spiraglio ancora incerto in «opzione donna», cioè la possibilità di pensione anticipata in base alla legge 243/2006 che permette alle donne di andare in pensione anticipata a 57 anni e 58 per quelle autonome (cui vanno aggiunte la maggiori speranze di vita, ora 3 mesi) con 35 anni di contributi optando per l'intero calcolo del trattamento economico della pensione col sistema contributivo con una perdita però di circa un buon 20%.

Un intervento dell'Inps su osservazioni del Ministero del Lavoro (circolari 35 e 37 del 2012) aveva posto come termine per il conseguimento alla data del 31 dicembre 2015 non l'acquisizione dei requisiti, bensì la decorrenza della pensione con conseguente erosione di un anno per la finestra mobile che dapprima cancellata venne successivamente reintrodotta. Proteste e minacce quindi di class action. Anche un disegno di legge (atto Camera 224) non ha avuto successo. Motivo i costi immediati, sì perché invece nel prosieguo di tempo nel medio termine, il minor costo per assegni meno elevati avrebbe portato nell'arco della vita pensionistica a dei risparmi di spesa.

Il 1° dicembre però ancora gelo da parte del Ministero del Lavoro: al momento nessuna novità sulle regole, sino ad ora adottate, per accedere all'opzione. L'INPS dal canto suo non ha fornito ulteriori indicazioni oltre a quelle contenute nel messaggio 9231: *le lavoratrici che perfezionano i requisiti utili a comportare l'apertura della finestra della pensione di anzianità in*



regime sperimentale entro il 31 dicembre 2015, possono presentare domanda di pensione di anzianità, nei termini previsti dalle disposizioni vigenti nelle diverse Gestioni previdenziali, fermo restando la cessazione del rapporto di lavoro subordinato al momento della decorrenza del relativo trattamento pensionistico. Di conseguenza, ai fini dell'accesso alla pensione di anzianità in regime sperimentale non è richiesta la presentazione della domanda e la cessazione del rapporto di lavoro subordinato alla data di perfezionamento dei requisiti anagrafici e contributivi. Dunque più tempo potendo presentare la domanda all'atto del pensionamento, colla speranza che nel frattempo valga l'interpretazione della regola della maturazione dei requisiti e non della decorrenza della pensione entro la data ultima del 31 dicembre 2015. Con messaggio del 2 dicembre 2014 numero 9304 l'INPS informa inoltre che **le domande presentate entro il 31 dicembre 2015 non saranno respinte**, ma tenute in evidenza in attesa di risposta della richiesta di parere al Ministero del Lavoro sull'ammissibilità delle richieste con decorrenza successiva al 2015: lavoratrici che perfezionano i prescritti requisiti anagrafici e contributivi entro il 31 dicembre 2015 (come da previsione della legge 243/2006), ancorché la decorrenza della pensione si collochi oltre la medesima data, fermo restando l'applicazione della finestra di 12 (18 se autonome) oltre il 31 dicembre 2015.

## Richiesta ferie: anche se non ancora maturate

In assenza di un principio legislativo di carattere generale, per la maturazione delle ferie si fa riferimento alle norme contrattuali. In molti contratti è previsto che le ferie possono essere godute per dodicesimi e quindi solamente dopo la maturazione nel corso dell'anno. Ordinariamente, in assenza di specifica disposizione, nel pubblico impiego i dipendenti possono godere delle ferie dell'anno anche se le stesse non sono ancora maturate,

tranne nel primo e nell'ultimo anno quando possono essere usufruite solo se maturate.

## MMG - Il trattamento dei dati sensibili

- Il Garante, con gli articoli 77, 78 ed 81 del D.Lgs. 196/2003 ha definito che il medico che raccoglie i dati solo per svolgere attività necessarie per la prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, è autorizzato alla raccolta del consenso informato "semplificato", consistente nella raccolta verbale del consenso al trattamento dei dati personali e nell'annotazione nella propria scheda clinica elettronica (senza acquisizione di consenso scritto firmato dal paziente). Il consenso può essere raccolto anche una sola volta.

## Multe - Notifiche tardive

Secondo la Cassazione sezione VI civile (sentenza 18575 del 3 settembre 2014) la polizia stradale può legittimamente notificare una multa anche se sono trascorsi più di 90 giorni dal fatto. Infatti può essere riconosciuto alla pubblica amministrazione un ragionevole lasso di tempo per verificare la documentazione necessaria a sostenere l'accertamento. Ovviamente il ritardo non deve essere una cronica abitudine: in tal caso si possono avanzare dubbi sulla legittimità dell'operato in sede di ricorso.

## Consiglio di Stato: incompatibilità e inconfiribilità dei dirigenti sanitari

da "QuotidianoSanità"  
Non sussiste incompatibilità tra la qualifica di dirigente medico di una ASL e la carica di consigliere comunale. L'incompatibilità resta con riferimento agli incarichi di direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario. *Consiglio di Stato sez.III - sentenza n.8193 del 12 novembre 2014*

## Orario medici, l'Italia si adegua alle richieste europee. Reginato (Fems): solo da fine 2015

da *DoctorNews dell'8/11/2014 di M. Malagutti*  
La lunga vertenza tra l'Italia e l'Unione europea per la mancata applicazione della Direttiva

sull'orario di lavoro ai medici operanti nel servizio pubblico sembra essere arrivata alla fine. È stata pubblicata, infatti, nei giorni scorsi in Gazzetta ufficiale la legge 30 ottobre 2014, n. 161 "Disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea - Legge europea 2013bis". Ma se si può mettere la parola fine alla vicenda non sono state dissolte tutte le ombre relative al contenzioso, come spiega a DoctorNews33 il presidente della Fems (Federazione europea medici salariati) Enrico Reginato, che insieme ad Anaao è stato l'artefice della richiesta di sollecito alle Istituzioni europee. "La vertenza è chiusa e l'Unione europea me l'ha confermato con una missiva" spiega Reginato "ma l'Italia precisa che l'applicazione delle norme europee decorrerà dalla fine dell'anno prossimo. Il tempo, secondo il ministero della Salute italiano, per "riempire" gli organici". E proprio in questo dettaglio, secondo il presidente Fems, si nasconde una beffa. "Stiamo parlando" sottolinea "di superlavoro non pagato cui sono stati costretti i medici dipendenti del SSN, una condizione che si protrarrà per un altro anno a conferma che il problema, almeno per ora, non è risolto. Ciò detto" conclude Reginato "una multa ci sarà e non posso che essere soddisfatto per aver raggiunto il risultato sperato passando per le vie burocratiche".

### È in conflitto il medico che possiede azioni farmaceutiche

**D** - Un medico iscritto all'Ordine può essere socio di un'azienda farmaceutica di cui prescrive medicinali ai propri pazienti?

**R** - L'ipotesi in cui un medico sia socio di un'azienda farmaceutica, della quale prescrive farmaci, configura un caso di conflitto di interessi, in quanto sussiste un legame di tipo economico con un'industria farmaceutica. In termini generali, possiamo dire che si ha un conflitto di interesse "quando ci si trova in una condizione nella quale

il giudizio professionale riguardante un interesse primario (la salute di un paziente) tende a essere indebitamente influenzato da un interesse secondario (guadagno economico, vantaggio personale)". Questa definizione esprime il concetto che il conflitto di interesse è una condizione, non un comportamento; non c'è bisogno che il giudizio del professionista sia influenzato in modo evidente da altri interessi estranei al suo mandato principale, né che il suo comportamento condizionato arrechi danno al paziente, è sufficiente che esista un legame, che potrebbe comprometterne l'indipendenza. Per distinguere diversi livelli di gravità e di possibile influsso negativo sull'indipendenza scientifica e culturale del medico, vengono anche distinti i conflitti di interesse attuali, potenziali o apparenti. (da "Il Sole 24 ore")

### Incarichi dirigenziali vietati ai pensionati, ma...

- Con la circolare n.6 del 4/12/2014 il Ministro Madia dà chiarimenti sull'applicazione dell'art. 6 del D.L. 90/2014 (convertito in legge 114/2014). La ratio della norma è quella di "agevolare il ricambio generazionale e il ringiovanimento del personale nella pubblica amministrazione". Nella circolare si specifica che sono però esclusi dal divieto:

- coloro che, collocati in quiescenza per aver raggiunto i requisiti minimi nella propria carriera, vogliono concorrere per un altro impiego pubblico (università, amministrazione della giustizia)
- conferimenti di incarichi di ricerca e di docenza (non espressamente contemplati dal divieto)
- incarichi in commissioni di concorso o di gara (es. incarichi di commissari straordinari degli enti pubblici)
- incarichi in organi di controllo (collegi sindacali e di revisori) a condizione che non abbiano natura dirigenziale.

Il divieto non si applica se gli incarichi (massimo però di un anno) sono a titolo gratuito. Al blocco sfuggono gli incarichi conferiti prima del 25 giugno 2014 che possono arrivare alla loro naturale scadenza.

**Medici pensionati 'optanti' non possono più essere reinseriti in convenzione nella Medicina Generale**



In risposta ad un quesito sull'applicabilità art. 25 della L. 23 dicembre 1994, n. 724, e art. 5, comma 9 del D.L. 6 luglio 2012, n.95, il 14 gennaio 2014 la SISAC e il Ministero dell'Economia e delle Finanze genericamente concludevano che *“non sembrano dunque sussistere dubbi circa il fatto che le norme in questione pongono in capo alle pubbliche amministrazioni il divieto di conferire incarichi di studio o consulenza al personale già dipendente e collocato in quiescenza, ove tali incarichi abbiano ad oggetto la medesima attività, ovvero le medesime funzioni svolte in vigenza del rapporto di lavoro dipendente”* aggiungendo che *“tale divieto sembra dunque doversi applicare anche al conferimento di incarichi che si concretizzano nello svolgimento di funzioni di medico convenzionato con il SSN, ove il soggetto interessato sia cessato da un rapporto di dipendenza con lo stesso SSN, atteso che il rapporto convenzionale viene inquadrato, da giurisprudenza consolidata, fra le prestazioni d'opera professionale, di natura privatistica”*. Tale parere espresso in risposta ad una questione attinente all'ACN della specialistica ambulatoriale, a nostro giudizio, era applicabile a tutte le aree convenzionate, compresa quella dell'Assistenza Primaria della Medicina Generale. In data 15/05/2014 formalmente FIMMG richiedeva l'equiparazione del parere SISAC-MEF anche all'area della Medicina Generale per evitare che i medici dipendenti del SSN già in quiescenza potessero essere reinseriti in convenzione sottraendo spazi occupazionali ai giovani colleghi. SISAC con nota prot. n. 626 del 02/09/2014, ha precisato che il divieto di cui alle succitate dispo-

sizioni rappresenta un'indicazione inequivocabilmente applicabile a tutte le figure professionali in rapporto di convenzionamento con il SSN, compresi i medici di medicina generale.

Finisce così una vicenda che aveva turbato i medici in graduatoria, aventi diritto all'accesso al convenzionamento in Medicina Generale, ed in particolare i giovani colleghi le cui giuste attese venivano mortificate da un meccanismo anacronistico.

**Stamina: “stop a nuove autorizzazioni alle cure”**

**D**opo il blocco della sperimentazione, deciso a novembre dal Ministero della Salute in seguito al parere del Comitato Scientifico chiamato a valutarne l'opportunità, la sentenza della Corte Costituzionale potrebbe mettere definitivamente la parola fine sulla vicenda Stamina. A sollevare questione di legittimità costituzionale sull'articolo 2 del decreto n. 24 del 2013, il cosiddetto “decreto Balduzzi”, era stato un Tribunale che, nell'ambito di una causa intentata da un paziente che chiedeva di vedersi somministrare il trattamento Stamina, aveva richiesto l'applicazione delle cure e rimesso la questione di costituzionalità alla Consulta.

La Corte Costituzionale ribadisce che è solo dopo la verifica scientifica che produce il riconoscimento dell'efficacia e della validità di una cura o di un medicinale, secondo procedure regolatorie nazionali e internazionali, che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) può essere chiamato ad accollarsene il relativo costo.

La Consulta quindi ha riconosciuto in modo inequivoco l'essenzialità del ruolo delle istituzioni e degli organismi deputati allo svolgimento dei compiti istituzionali di carattere tecnico scientifico, tra cui l'AIFA e l'Istituto Superiore di Sanità, invitando il legislatore e, implicitamente i giudici, a non entrare in sfere che richiedono approfondimenti di natura scientifica con “valutazioni di pura discrezionalità politica”.

## Notizie dall'ENPAM

### **Si alla riduzione del contributo di Quota A**

Il Consiglio nazionale dell'ENPAM ha deliberato di ridurre l'importo del contributo intero di Quota A da 1.410 a 1.075 euro all'anno.

La delibera votata a maggioranza prevede anche di destinare fino al 15% di tale contributo a finalità di assistenza "strategica" per favorire l'accesso al credito, alla previdenza complementare, alla tutela sanitaria integrativa e alle coperture assicurative (per responsabilità civile professionale, long term e inabilità al lavoro).

La delibera per entrare in vigore necessiterà dell'approvazione anche dei ministeri dell'Economia e del Lavoro. L'incarico di studiare un'ipotesi di riduzione della quota riservata agli ultraquarantenni, era stato deliberato dal Consiglio nazionale dell'ENPAM dello scorso 8 marzo, a seguito richiesta di contenere gli oneri contributivi avanzata da parte della categoria.

### **Nuovo statuto, approvate modifiche chieste da ministeri**

Il Consiglio nazionale dell'ENPAM nella seduta del 29 novembre ha licenziato il testo approvando le modifiche apportate sulla base delle indicazioni ricevute dai ministeri vigilanti che hanno confermato l'impianto complessivo dello statuto deliberato in prima battuta il 27 giugno scorso, facendo però osservazioni su punti specifici. La più rilevante riguarda il consiglio nazionale che cambierà nome diventando "assemblea nazionale", in conseguenza del fatto che quest'organo cambierà compo-



sizione. Così come deliberato già nella prima seduta, dell'assemblea faranno infatti parte non solo i presidenti o delegati degli Ordini provinciali ma anche rappresentanti eletti dai contribuenti e da altri designati dalle Commissioni albo odontoiatri. Un'altra novità votata riguarda il Codice etico già in uso che diventa *"il termine di paragone per individuare gli standard di moralità e indipendenza richiesti ai consiglieri di amministrazione"*.

Confermate, poi, le funzioni consultive dei Comitati consultivi ed il limite di due mandati per gli incarichi elettivi, con un'ulteriore restrizione: nel computo entrerà, infatti, anche il mandato in corso al momento dell'entrata in vigore del nuovo Statuto, se espletato per intero. Frutto di tre anni di lavoro della Commissione paritetica ENPAM-FNOMCEO, del Consiglio di amministrazione dell'ENPAM, delle Consulte, del Consiglio nazionale della Fondazione e del confronto con le organizzazioni sindacali di categoria, il documento, si legge in una nota, verrà ora inviato di nuovo ai dicasteri vigilanti ed entrerà in vigore dopo la loro approvazione definitiva.

Tra le novità di maggior rilievo, come già evidenziato, la riduzione del numero dei consiglieri di amministrazione da 27 a 17 e la cancellazione del comitato esecutivo. Prevista anche l'istituzionalizzazione della componente odontoiatrica in seno agli organi della Fondazione, mentre una norma finalizzata al perseguimento dell'equilibrio di genere imporrà che almeno il 20% dei candidati alle varie cariche appartenga al sesso meno rappresentato.

### **Termini inderogabili per la pensione anticipata di quota A**

I requisiti per accedere alla pensione di vecchiaia per la Quota A del Fondo di previdenza generale sono gli

stessi validi per tutti gli altri Fondi dell'ENPAM. L'eccezione riguarda l'eventuale pensionamento anticipato, che si può chiedere solo a 65 anni e a condizione che si scelga di ricevere una pensione interamente calcolata con il metodo contributivo. L'opzione deve essere espressa formalmente compilando un modulo specifico (aggiuntivo rispetto alla domanda di pensione vera e propria) entro il mese in cui si compiono 65 anni. La scadenza è improrogabile: che è nato il 10 marzo dovrà spedire il modulo di opzione al massimo entro il 30 marzo. In ogni caso è meglio inviare i moduli ancora prima, cioè entro l'anno che precede il compimento dei 65 anni. Così facendo, infatti, gli uffici che calcolano i contributi previdenziali potranno addebitare la Quota A fino alla data precisa della pensione e l'iscritto non avrà l'incomodo di dover chiedere rimborsi o di pagare conguagli successivamente.

E' bene comunque ricordare che, scegliendo la pensione anticipata di Quota A, il trattamento verrà calcolato con il metodo contributivo per tutti gli anni di contribuzione, un sistema diverso da quello che l'ENPAM applica di norma. Inoltre, con la pensione anticipata si rinuncia all'eventuale integrazione fino al minimo INPS, nel caso in cui l'importo della pensione maturata presso le gestioni dell'ENPAM sia inferiore a un tetto che è fissato annualmente dalla legge.

Per saperne di più: entrando nell'area riservata del sito [www.enpam.it](http://www.enpam.it) tutti gli iscritti ENPAM possono visualizzare l'importo previsto per la propria pensione di Quota A, sia di vecchiaia sia anticipata.

**Domiciliazione bancaria dei contributi dovuti nel 2015** - I medici e gli odontoiatri possono già attivare l'addebito diretto sul proprio conto corrente dei contributi a partire dal 2015. In questo modo è possibile pagare a rate e senza rischio di dimenticare le scadenze, sia i contributi di Quota A, sia i contributi sulla libera professione Quota B. Per farlo basta accedere alla propria area riservata del sito [www.enpam.it](http://www.enpam.it)

e utilizzare l'apposito modulo online che offre le seguenti possibilità:

**Quota A: contributo minimo annuale**

- Quattro rate senza interessi (30 aprile, 30 giugno, 30 settembre, 30 novembre)
- In unica soluzione

**Quota B: contributi sulla libera professione**

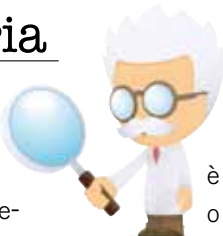
- Pagamento in cinque rate (31 ottobre, 31 dicembre, 28 febbraio\*, 30 aprile\*, 30 giugno\*)
- Pagamento in due rate senza interessi (31 ottobre, 31 dicembre)
- Pagamento in unica soluzione

\* Le rate che scadono entro l'anno sono senza interessi mentre quelle che scadono l'anno successivo (indicate con l'asterisco) sono maggiorate del solo interesse legale, che attualmente corrisponde all'1 per cento annuo.

**Attenzione:** *se al momento dell'invio del modulo per la richiesta di addebito non è stata espressa una preferenza, viene applicato automaticamente il numero di rate più alto.*

**Per le pensioni ENPAM l'indicizzazione non si ferma** - I pensionati dell'ENPAM, a differenza dei loro colleghi iscritti all'INPS e all'ex INPDAP, hanno continuato sempre a godere dell'adeguamento delle loro pensioni al costo della vita. I provvedimenti adottati dal Governo e dal Parlamento in materia di blocco della perequazione riguardano infatti solo l'INPS e l'ex-INPDAP, ma non toccano la maggior parte delle Casse dei Professionisti. I regolamenti dei fondi ENPAM prevedono che le pensioni vengano rivalutate ogni anno in misura pari al 75% dell'indice ISTAT, fino al limite di 4 volte il trattamento minimo Inps e del 50 % dell'indice per la quota eccedente, senza alcun tetto. Nel 2013 gli incrementi sono stati pari al 2,25 % per la prima fascia (cioè fino a 2.084,33 euro lordi mensili) e all'1,50 per cento per la seconda. La rivalutazione decorre dal 1° gennaio di ciascun anno, ma viene materialmente applicata sul rateo di marzo, con pagamento degli arretrati dei due mesi precedenti.

# Polizza sanitaria UNISALUTE



**L**a nuova polizza sanitaria UNISALUTE decorrerà dal 1° gennaio e vi potranno aderire senza limiti di età, gli iscritti e i pensionati dell'ENPAM con la possibilità di estendere le garanzie al solo coniuge o a tutti i componenti del nucleo familiare. Grande attenzione alla medicina preventiva e alla non autosufficienza, e per le donne medico è assicurata l'assistenza alla maternità.

**Base più moduli** - La polizza prevede un modulo base ampio nel quale rientrano i gravi eventi morbosi, i grandi interventi chirurgici, l'alta diagnostica, l'assistenza alla maternità, la prevenzione dentale e gli screening preventivi anche in età pediatrica. Per gli interventi è prevista la copertura anche nel caso in cui vengono fatti in day hospital.

La copertura base può essere **integrata a scelta con tre moduli aggiuntivi** (come da tabella):

- il 1° modulo include tutti gli interventi chirurgici;
- il 2° modulo estende la copertura a tutte le cure specialistiche;
- il 3° modulo comprende le cure odontoiatriche.

### Come si usa la polizza:

- attraverso **la rete di strutture convenzionate** alle quali ci si può rivolgere **senza pagare nulla**;
- si può ricorrere al **SSN** con il rimborso integrale del ticket, a cui, in caso di ricovero si può aggiungere un'indennità giornaliera di 130 euro;
- si può rivolgere alle strutture non convenzionate

con il diritto a essere rimborsati, secondo la copertura prevista per le varie patologie e con la franchigia del caso.

**Maternità e cure neonatali** - Nel modulo base è inclusa l'assistenza alla maternità: ecografie o analisi chimiche da protocollo, visite ostetriche - ginecologiche di controllo e in più, la visita post-partum. Inoltre, la copertura per gli interventi include il parto naturale e l'aborto (spontaneo o terapeutico) con un massimale di 10mila euro; per il parto cesareo il massimale è elevato a 15mila euro. Il piano sanitario base comprende anche garanzie particolari nel caso di malformazioni congenite del neonato.

**Non autosufficienza** - La polizza convenzionata dall'ENPAM definisce con chiarezza la non autosufficienza, riducendo i rischi di non applicazione della copertura assicurativa. Sottoscrivendo alcune polizze che definiscono la non autosufficienza in base alla capacità o incapacità di svolgere le attività elementari della vita quotidiana (lavarsi, vestirsi, mangiare, ecc.), risulta spesso molto difficile vedersi rimborsate le spese. Con la polizza UNISALUTE dell'ENPAM, invece, la condizione di non autosufficienza, viene valutata in maniera scalare secondo una tabella a punti. A ciascuna delle attività elementari che definiscono la non autosufficienza viene attribuito un punteggio: chi raggiunge 40 punti viene considerato non autosufficiente con la possibilità quindi di far scattare la copertura assicurativa per le spese di assistenza.

Per saperne di più: [www.enpam.it](http://www.enpam.it)

**Per aderire è sufficiente scaricare i moduli disponibili sul sito della fondazione ENPAM ([www.enpam.it](http://www.enpam.it))**

	<b>Modulo base</b>	<b>Modulo integrativo 1 Ricoveri</b>	<b>Modulo integrativo 2 Specialistica</b>	<b>Modulo integrativo 3 Odontoiatria</b>
<b>Fino a 40 anni d'età</b>	<b>337,51 euro</b>	<b>285,00 euro</b>	<b>315 euro</b>	<b>315 euro</b>
<b>Fino i 41 e i 59 anni d'età</b>	<b>530,37 euro</b>	<b>332,50 euro</b>	<b>525 euro</b>	<b>420 euro</b>
<b>Dopo i 60 anni</b>	<b>819,66 euro</b>	<b>522,50 euro</b>	<b>735 euro</b>	<b>490 euro</b>

*La cifra in Euro corrisponde al premio annuo lordo che dovrà essere pagato, su base volontaria, da ogni singolo iscritto e pensionato e da ciascun componente del nucleo familiare.*

## Certificazioni ECM per il triennio 2011-2013

L'Ordine sta procedendo all'invio delle certificazioni ECM relative al triennio 2011-2013. A tuttoggi, secondo il COGEAPS, gli iscritti che hanno soddisfatto l'obbligo formativo per il triennio in oggetto sono 2.298. A coloro che non riceveranno la certificazione consigliamo di verificare se realmente non sono stati soddisfatti i criteri formativi (150 crediti ECM se non si avevano bonus) oppure se si sono verificati degli errori di comunicazione al COGEAPS durante l'iter formativo, quali:

- esoneri non comunicati dal professionista;
- esenzioni non comunicate dal professionista;
- crediti ECM esteri non comunicati dal professionista;
- crediti ECM per pubblicazioni scientifiche non comunicate dal professionista;
- crediti ECM per autoformazione non comunicata dal professionista;
- crediti ECM per tutoraggio non comunicato;
- crediti ECM non trasmessi dai Provider.

In questi casi consigliamo, per verificare la propria



anagrafica crediti, di accedere al sito alla sezione COGEAPS <http://application.cogeaps.it/cogeaps/registrazioneProfessionista.public> e verificare la corrispondenza dei propri titoli cartacei rispetto a quanto registrato sul sito COGEAPS, comunicando poi via e-mail o via fax al consorzio quanto mancante, compresi eventuali esoneri o esenzioni che una volta presenti potrebbero rendere il professionista certificabile.

L'Ordine invierà le certificazioni ECM esclusivamente tramite posta elettronica, pertanto si invita gli iscritti a verificare la correttezza del proprio indirizzo mail o, se fosse cambiato, di comunicare quello nuovo al più presto ai nostri uffici.

L'ufficio ECM dell'Ordine è a disposizione per qualsiasi chiarimento.

### FORUM ECM: boom nel 2014 della formazione a distanza

Si è recentemente conclusa la VI Conferenza ECM, l'appuntamento annuale in cui la Commissione Nazionale si confronta con i Provider pubblici e privati.

Quest'anno la Conferenza si è inserita nella cornice del semestre italiano dell'Unione europea, iniziato da poco tempo, diventando un'occasione per trattare il tema dell'aggiornamento professionale e della necessaria armonizzazione delle regole nel più ampio quadro europeo. Dai dati presentati è emerso che nel corso del 2014 sono stati organizzati 34.786 eventi di Formazione continua in medicina, registrando un incremento di circa 3mila corsi rispetto al 2013

(31.757). A trainare la crescita è stata soprattutto la formazione a distanza, che ha più che raddoppiato: 1600 rispetto a 773.

Gli eventi sono stati indirizzati prevalentemente a medici chirurghi (68%), a seguire infermieri (38%) e riabilitatori (25%). Tra le tematiche affrontate di questa edizione i sistemi di verifica e valutazione della formazione ECM, con le prime e importanti risultanze delle attività di verifica e delle ispezioni realizzate dagli organi di supporto all'operato della Commissione (Osservatorio e Comitato di Garanzia), i risultati della Certificazione dei crediti che, dopo una fase sperimentale, sta generando per i professionisti i primi documenti e, novità di quest'anno, argomenti direttamente proposti dagli stessi partecipanti.

## 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](http://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 "Governato 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**

■ Corso "Salute e ambiente: aria, acqua e alimentazione" (15 crediti) solo nella modalità on-line: **scadenza 17 ottobre 2015**



■ Corso "Ebola" (5 crediti) solo nella modalità on-line: **scadenza 7 dicembre 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.

### **"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

### **"Primo grandangolo di epato-oncologia: epatocarcinoma"**

**Data:** 30 gennaio 2015

**Luogo:** San Martino- IST di Genova

**Destinatari:** medici chirurghi

**ECM:** 7

**Per info:** Realtime Meeting tel. 010 8604991

### **"Non solo cuore Young"**

**Data:** 31 gennaio 2015

**Luogo:** Centro Congressi, Porto Antico di Genova

**Destinatari:** medici chirurghi

**ECM:** 3

**Per info:** Aristeia tel. 010 553591

### **XVIII Edizione del Congresso Nazionale**

#### **SIDEP "Dermatologia in 3D: disease, illness, sickness"**

**Data:** 6 - 7 febbraio 2015

**Luogo:** Hotel NH Marina, Genova

**Destinatari:** medici chirurghi

**ECM:** richiesti

**Per info:** Aristeia tel. 010 553591

***"Il Galliera e le sfide della medicina"***

**Data:** 19 -20 febbraio 2015

**Luogo:** Sala Congressi Ospedali Galliera, Genova

**Destinatari:** medici chirurghi

**ECM:** richiesti

**Per info:** Ospedali Galliera tel. 010 5632032

***"Genoa Meeting on Hypertension, Diabetes and Renal Diseases"***

**Data:** 26 - 28 febbraio 2015

**Luogo:** Centro Congressi, Porto Antico di Genova

**Destinatari:** medici chirurghi

**ECM:** richiesti

**Per info:** Aristeia tel. 010 553591

***"Sindrome di Wolfram: pazienti, sanitari, istituzioni"***

**Data:** 28 febbraio 2015

**Luogo:** CISEF, "Germana Gaslini"

**Destinatari:** medici chirurghi

**ECM:** 5

**Per info:** CISEF, tel. 010 5636 2864

***"Liguria Parkinson 2015"***

**Data:** 20 - 21 marzo 2015

**Luogo:** Museo dell'Olivo, Imperia

**Destinatari:** medici chirurghi

**ECM:** richiesti

**Per info:** Aristeia tel. 010 553591

***"Congresso Nazionale della Sezione di Radiologia Muscoloscheletrica della SIRM"***

**Data:** 21 - 23 maggio 2015

**Luogo:** Airport Hotel Genova

**Destinatari:** medici chirurghi (a pagamento)

**ECM:** richiesti

**Per info:** Koiné Eventi Brescia tel. 030 2002844

***"Il naso e i suoi dintorni 9"***

**Data:** 23 maggio 2015

**Luogo:** Sala Convegni Ordine dei Medici, Genova

**Destinatari:** medici chirurghi

**ECM:** richiesti

**Per info:** Etagama tel. 010 8370728

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

**Corso: Il primo soccorso 2014 - 2015**

**Date dei prossimi appuntamenti:**

(i martedì dalle 16,30/18,30)

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



**MANUALE DI MEDICINA AMBULATORIALE** 3° ediz., di *P. Potestà e F. Di Muzio*, Verduci Editore  
**euro 45.00 per i lettori di "Genova Medica" euro 38.50**

Quest'opera è nata per soddisfare l'esigenza, largamente sentita dagli MMG nella medicina ambulatoriale, di ausili sia di tipo clinico che normativo, fornendo alcuni strumenti necessari per operare in sicurezza.

**DSM-5® MADE EASY Percorsi alla Diagnosi** di *J. Morrison* - Edizioni EDRA  
**euro 79.00 per i lettori di "Genova Medica" euro 68.00**

Manuale di indubbio riferimento per la diagnosi dei disturbi mentali, perchè risponde proprio all'obiettivo di rendere la diagnosi più accessibile.

**MACLEOD MANUALE DI SEMEIOTICA E METODOLOGIA MEDICA** - 13° edizione

di *G. Douglas, F. Nicol, C. Robertson* - Edizioni EDRA

**euro 59.00 per i lettori di "Genova Medica" euro 50.00**

Principalmente destinato agli studenti di medicina, è strumento utile anche per i medici di base e i medici specializzati, in particolare coloro che sono impegnati nello studio di valutazioni cliniche di stadio superiore.

**SORVEGLIANZA FETALE IN GRAVIDANZA (2014)** 1° edizione di *S. Felis* - Minerva Medica

**euro 35.00 per i lettori di "Genova Medica" euro 30.00**

Questo libro si rivolge a medici ed ostetriche offrendo loro un quadro il più possibile completo e aggiornato di quanto è scientificamente utile fare per ottenere una valida assistenza ostetrica.

**PRINCIPI DI NEUROSCIENZE** 4° edizione di *Eric Kandel, James Schwartz* - Casa Edit. Ambrosiana

**euro 182.00 per i lettori di "Genova Medica" euro 155.00**

Opera di riferimento a livello mondiale delle neuroscienze, questa nuova edizione, è caratterizzata da un importante intervento a livello grafico con oltre novecento illustrazioni a colori.

**DIETOLOGIA** di *Aldo e Andrea Zangara, O. Koprivec* - Piccin Editore

**euro 19.50 per i lettori di "Genova Medica" euro 17.00**

Questo libro costituisce una puntuale analisi biochimica e farmacologia di quanto l'essere umano assume con l'alimentazione, analizzandone gli effetti benefici e tossici.

**NEUROLOGIA PRATICA** di *A. Federico, C. Caltagirone, L. Provinciali, G. Tedeschi* - Edizioni Edises

**euro 69.00 per i lettori di "Genova Medica" euro 60,00**

Il testo fornisce linee guida diagnostico-terapeutiche e in esso sono reperibili moderne informazioni sulle nuove tecnologie diagnostiche, oltre che su alcuni importanti problemi gestionali, come l'approccio neuroriabilitativo, la neurologia di genere e le malattie neurologiche rare.

**Libreria Internazionale Medico Scientifica "Frasconi"**

[info@libreriafrasconigenova.it](mailto:info@libreriafrasconigenova.it)

[www.libreriafrasconigenova.it](http://www.libreriafrasconigenova.it)

## APEL: nuove elezioni

**A** novembre si è tenuta l'elezione del direttivo APEL (Associazione Pediatri Extra-ospedalieri) per il quadriennio 2015-2018. Gli obiettivi dell'associazione per il prossimo triennio riguarderanno la promozione di iniziative di educazione alla salute con particolare attenzione al rispetto della vita e dell'ambiente, al disagio minorile ed alle disuguaglianze sociali ed etniche e la promozione di iniziative volte al miglior coordinamento della gestione del bambino disabile, attraverso modelli gestionali interdisciplinari, rafforzando i rapporti con i servizi e le famiglie.

Saranno promosse iniziative e collaborazioni a ricerche di tipo preventivo e sociale a favore della salute degli adolescenti, con particolare attenzione alla prevenzione dell'obesità e delle malattie

*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**



dell'adulto, soprattutto sostenendo la genitorialità e promuovendo stili di vita equilibrati.

Per far questo sono in atto collaborazioni con tutte le parti politiche e sociali, culturali e sindacali per le finalità sopraesposte. Tra gli scopi fondamentali dell'associazione, infatti, c'è quello di creare migliori collegamenti con ospedali, Università, ASL e con altre organizzazioni sanitarie e organizzare riunioni e discussioni tra pediatri di famiglia e di Comunità, dei Servizi Ospedalieri ed Universitari, creare stretti rapporti tra pediatria ed ospedale anche con la formulazione di progetti di ricerca in comune. Altro specifico interesse dell'associazione è la collaborazione con "Slow medicine" (sito: [www.slowmedicine.it](http://www.slowmedicine.it)) e all'iniziativa diretta contro il consumismo e lo spreco in sanità.

**Per info:** [www.apel-pediatri.org](http://www.apel-pediatri.org)

### APEL: il nuovo direttivo

Presidente: *Alberto Ferrando*

Vicepresidente: *Giorgio Conforti*

Vicepresidente: *Antonella Lavagetto*

Segretario: *Giancarlo Ottonello*

Tesoriere: *Giuseppe Ghinelli*

Consiglieri: *Vittorio Canepa, Roberto Danesi,*

*Piero Gianiorio, Maria Elisa Orlando,*

*Sara Scapolan*

Revisori dei conti: *Daniela Bartoli, Brunella*

*Ravera, Maddalena Stringa*

Proviviri: *Michele Fiore, Anna Ruocco,*

*Giovanni Semprini*

## Campionato Italiano Ciclismo Gran Fondo per medici ed odontoiatri

**L'**OMCeO di Forlì-Cesena organizza il primo Campionato Italiano Ciclismo Gran Fondo per medici ed odontoiatri, **che si terrà il 12 aprile 2015**. La competizione è inserita all'interno della 19° edizione della "Granfondo Selle Italia Via del Sale", una gara che si sviluppa per 150 km e 1300 metri di dislivello, partendo da Cervia e raggiungendo le colline romagnole alle spalle della costa. Il tracciato comprende quattro salite, una delle quali è la notissima "cima Pantani" di Montevecchio. Assieme alla competizione sportiva, è prevista la collaborazione con l'Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori

(IRST-IRCCS) di Meldola.

Il primo medico od odontoiatra a tagliare il traguardo sul lungomare di Cervia si fregerà del titolo di Campione Italiano Gran Fondo !!

**Per informazioni ed iscrizioni:** tel.0543 27157  
www.ordinemedicfc.it - info@ordinemedicfc.it



## **PREMIO** **SCIENTIFICO "I GUIDONIANI"**

Anche quest'anno l'Associazione Italiana di Medicina Aeronautica e Spaziale bandisce il premio scientifico intitolato a "I Guidoniani", giunto alla V edizione. In palio 2.000 euro destinati al miglior lavoro originale nel campo della medicina, della psicologia e dell'ingegneria in forma di articolo scientifico che abbia come oggetto l'uomo ed il volo atmosferico o spaziale.

Possono partecipare al concorso i laureati in medicina, biologia, psicologia, ingegneria, fisica, chimica che non abbiano superato il 35° anno di età. Le domande degli interessati, debitamente compilate e firmate, devono essere inviate online all'indirizzo mail [segreteria@aimas.it](mailto:segreteria@aimas.it), oppure via fax allo 06.99331577.

Le note per gli autori sono scaricabili all'indirizzo: [http://www.aimas.it/rivista\\_note\\_autori.asp](http://www.aimas.it/rivista_note_autori.asp).

[La scadenza per la presentazione delle domande è fissata per il 30 aprile 2015.](#)

Il bando completo può essere scaricato dal sito: [www.aimas.it](http://www.aimas.it)

## **COMMISSIONE** **CULTURALE DELL'ORDINE**



*Particolare del dipinto del XVII secolo di Cornelis de Wael raffigurante l'atrio dell'ospedale di Pammatone di Genova durante la "festa del Perdono"*

"Cultura e turismo in antichi ospedali d'Italia ed Europa", ne parlerà il dr. Carlo Mantuano, nell'incontro pubblico organizzato dalla Commissione Culturale dell'Ordine, che si terrà **giovedì 22 gennaio 2015 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.

## Il professionista intermediario: obblighi, diritti, responsabilità

Il Convegno dal titolo *"Il Professionista Intermediario: obblighi, diritti, responsabilità"* che si è svolto a **Genova il 28 novembre** ha visto la partecipazione di oltre trecento professionisti che hanno affollato la Sala Quadrivium di Piazza Santa Marta. Dopo il saluto del Presidente del CUP **dr.ssa Luisella Delle Piane**, del Presidente dell'Ordine dei Medici della Provincia di Genova **Dr. Enrico Bartolini** e del **dr. Massimo Gaggero** Presidente dell'Albo Odontoiatri dell'Ordine di Genova e Vice Presidente Nazionale ANDI, il Presidente della Confprofessioni Liguria **Dr. Roberto De Lorenzis**, ha aperto i lavori collegando idealmente il Convegno a quello svolto nel giugno 2013: allora i professionisti si sono proposti per svolgere funzioni di natura pubblicitica dando prova attraverso testimonianze dirette di poterle svolgere con maggior efficienza ed economicità. Nel convegno sono state analizzate le responsabilità connesse a tali funzioni e chiedono di operare in un quadro di regole certe.

Dopo le interessanti relazioni in programma, che hanno analizzato l'argomento sotto diverse pro-

spettive, amministrative, tecniche e giuridiche, il **dr. Roberto Callioni** - Vice Presidente Nazionale di Confprofessioni ha concluso i lavori davanti ad una sala ancora gremita, malgrado l'ora tarda, con un vibrante intervento che ha toccato l'orgoglio dei presenti, che pur esercitando professioni molto diverse fra loro si sono sentiti vicini, solidali ed accomunati da un unico sentire.



Nelle foto - Sopra: *L. Delle Piane, R. De Lorenzis, M. Gaggero* - R. De Lorenzis e R. Callioni. Nella foto sotto seduti in primo piano: *E. Bartolini e R. Bono*.



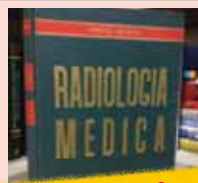
### **I libri antichi della** libreria Frasconi

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

*"Radiologia medica"*, di Enrico Benassi, 1ª edizione 1959, rilegato.

Casa Editrice Renzo Cortina-Pavia. Copia nuova.

Il prof. Enrico Benassi fu direttore dell'istituto di radiologia dell'Università di Torino. Nell'agosto del 1958 realizzò questo volume al quale fecero seguito numerose nuove edizioni stampate successivamente con l'Editore Minerva Medica.



euro 65,00  
per i lettori di "G.M."  
euro 58,00

## Elezioni cariche CAO

Nella prima riunione della CAO sono stati eletti **Presidente** il **dr. Massimo Gaggero** e **Segretario** il **dr. Giuseppe Modugno** i quali, come due primi eletti, entrano di diritto a far parte del Consiglio Direttivo dell'Ordine. Nella prima riunione di Consiglio, gli altri tre componenti CAO **dr. Giorgio Inglese Ganora**, **dr.ssa Maria Susie Cella** e **prof. Stefano Benedicenti** sono stati cooptati in Consiglio ed il presidente **dr. Gaggero** è stato cooptato in Esecutivo.

## Odontoiatri: progetti d'eccellenza, ma giovani senza lavoro

**L**e Commissioni Albo Odontoiatri si sono ritrovate a Roma per una tre giorni professionale dal 4 al 6 dicembre. Questi gli argomenti tratti.

### Progetto carcinoma e bisfosfonati

Due progetti indirizzati alla salute del cittadino, che vedono il dentista, sempre più "sentinella", diventare - come ha detto Giuseppe Renzo, presidente della CAO nazionale - *"polo di prevenzione e diagnosi precoce in stretto rapporto con gli altri specialisti di area medica"*. Questa, in parole strategiche, la piattaforma comune dei progetti **"carcinoma del cavo orale"** e **"osteonecrosi da farmaci"**. Il primo ha già una lunga storia, basata su dati epidemiologici preoccupanti: il carcinoma orale è la decima causa di morte tumorale nel mondo, e provoca 2.000 morti all'anno nel nostro paese, come mostrato in una efficace presentazione da Lorenzo Lo Muzio, docente all'università di Foggia. Non a caso ANDI ha promosso sia un *Oral cancer Day*, come iniziativa di prevenzione contro la diagnosi tardiva, e un corso FAD, *"5 minuti per salvare una vita"*, come momento di formazione interno alla professione. Ma parlando di formazione e prevenzione, il progetto "osteonecrosi" sembra essere il più avanzato tra quelli messi in campo in ambito odontoiatrico. Come illustrato ancora da Lo Muzio, partito come "progetto bisfosfonati" si è allargato a tutti i farmaci assunti per trattamento oncologico o di osteoporosi divenendo progetto "osteonecrosi da farmaci". Il progetto, promosso da CAO, SIPM e SICMF, si compone di quattro task: un *"Position paper"* realizzato da chirurghi maxillo-facciali, oncologi e odontoiatri, un *"Manuale di riferimento"*, la creazione di una *"Rete di riferimento"* e l'attivazio-

ne di un *"Corso di aggiornamento"*.

L'insieme dei progetti sono stati plauditi da Cassi (ANAAO), Malagnino (ENPAM) e da Gianfranco Prada (presidente ANDI), che ha sottolineato l'importanza di una completa integrazione tra mondo odontoiatrico e reti di prevenzione interne al SSN. Importante in questo senso anche l'intervento di Giacomo Milillo (FIMMG). Il presidente della XII Commissione della Camera, PierPaolo Vargiu, che è stato presente ai lavori ed ha assicurato l'appoggio della politica *"alle istanze e alle attività che sono in grado di dare un contributo alle nuove forme di assistenza"*.

**Ricerca Eures: giovani odontoiatri, generazione mille euro?** - Ma se i progetti ci sono e sono importanti, chi li porterà avanti nel tempo? Secondo Fabio Piacenti, presidente di Eures sui giovani odontoiatri è concentrata la ricerca svolta in collaborazione con università, istituzioni, studenti e neo laureati (per un totale di 400 giovani). **Obiettivo:** analizzare e comprendere la qualità della formazione degli odontoiatri dal punto di vista organizzativo e dell'ingresso nella professione. Quattro sono state le aree analizzate: formazione ed accesso alla professione, università e offerta corsi, qualità della formazione, cosa accade dopo la laurea. I risultati più rilevanti: si registra un calo preoccupante dell'occupazione, che ad un anno dalla laurea è assicurata solo per il 63 per cento dei nuovi odontoiatri (il 26% ha una occupazione instabile, precaria o in nero), mentre il reddito si assesta su 1058 euro (a tre anni: 1568 euro). Tutto questo avviene, purtroppo, in presenza di un numero forse eccessivo di corsi di laurea (34 nel nostro Paese, quando in

Francia, Regno Unito e Spagna ne hanno la metà e la Germania ne presenta 27) e con sedi universitarie che laureano annualmente numeri davvero irrisori di nuovi dentisti. Nei confronti dei giovani il Presidente CAO Giuseppe Renzo ha sottolineato che purtroppo *“la generazione mille euro ormai è registrata anche tra gli odontoiatri e questo dato ci preoccupa e ci spaventa, perché configura una professione che, pur essendo basilare per la salu-*

*te del Paese, si ritrova a vivere nelle zone d'ombra del mercato del lavoro”*. La richiesta del Presidente Renzo al Ministero della Salute e al Ministero dell'Università è piuttosto chiara: *“Ripensiamo ai percorsi formativi, puntando su un numero minore di corsi, purché siano eccellenti e introducano davvero al mondo della professione. E nel frattempo non abbassiamo la guardia nei confronti delle aree di lavoro nero e abusivismo”*.

## Il “Calendario culturale congiunto genovese” giunge al suo secondo anno di vita

Il 29 Ottobre abbiamo organizzato, presso la nostra sede, in piazza della Vittoria, un incontro sul “calendario culturale congiunto genovese” al quale hanno partecipato i più importanti soggetti appartenenti all'area scientifico culturale locale e non solo. Il grande vantaggio di questo Calendario è quello di evitare, nei limiti del possibile, sovrapposizioni di date e di pubblicarlo mensilmente su questa rubrica. Insieme al sottoscritto e ai **dr.i Modugno e Perosino di ANDI**, erano presenti il **prof. Maurizio Tonetti**, Presidente Nazionale SIdP, accompagnato dal **dr. Fabio Currarino** nella doppia veste di rappresentante SIdP e ANDI in quanto Vice Segretario Culturale di ANDI Genova, il **dr. Massimo Zerbinati** accompagnato dalla **dr.ssa Denise Pontoriero** in rappresentanza di **S.E.L.** (Sezione ligure della Società Italiana di Endodonzia), il **prof. Stefano Benedicenti** con il **dr. Francesco Maria Manconi** in rappresentanza dell'**Università di Genova**, il **dr. Alfonso Zangrillo** responsabile scientifico del C.O.L. (**Cenacolo Odontostoma-**

**tologico Ligure**), il **dr. Alberto Materni** per la **S.I.A.** (Simposio in Amicizia) giovane e vivacissima associazione culturale ligure, il **prof. Paolo Balbi** in rappresentanza del **C.I.S.e.F. (Centro Internazionale di Studi e Formazione Germana Gaslini)**, il **sig. Luca Viterbo Donato** accompagnato dalla collaboratrice Patrizia in rappresentanza della **e20**, provider accreditato che organizza corsi e convegni e congressi in tutta Italia. La serata è andata via veloce come spesso accade quando regna **un clima di fattiva collaborazione tra tutti i componenti**.

Per il secondo anno consecutivo siamo riusciti in questo intento, fornendo un esempio che può a nostro avviso essere seguito nelle altre province, coinvolgendo allo stesso tempo gli sponsor per evitare una inutile pletora dell'offerta formativa. **Quindi a Genova si dimostra un'ottima sinergia tra la libera professione, le società scientifiche, l'Università e le diverse realtà Ospedaliere.**

*Uberto Poggio - Presidente ANDI Liguria  
Segretario Culturale ANDI Genova*

## Calendario Culturale Congiunto Genovese (Gennaio - marzo)

### GENNAIO

**MARTEDÌ 13 - Cenacolo:** *“Postura e correlazioni Odontoiatriche”*. Relatore: Giorgio Tonoli  
Sede: Circolo Ufficiali, Via San Vincenzo

**Venerdì 16 - Andi Genova:** *“Ebola: cosa c'è da*

*sapere”*. Relatore: Giancarlo Icardi. Sede: Sala Corsi ANDI Genova

**Mercoledì 21 - SIA:** *“Ricostruzioni conservative semplici e complesse: dalle metodiche tradizionali al CAD/CAM”*. Relatore: Roberto

Spreadico. Sede: Starhotel President

**Sabato 24 e Venerdì 30 - ANDI Genova:**

*"Corso 81/08, Art. 37 per dipendenti di studio diverse da RLS".* Relatore: Marcello Parodi

Sede: Sala Corsi ANDI Genova

**Sabato 31 - A.M.I.O.T. - Associazione Medica Italiana di Omotossicologia:** *"Percorso formativo annuale in Odontostomatologia - 1° incontro di 4".* Relatore: Alessandro Cignetti

Sede: Sala Corsi ANDI Genova

## FEBBRAIO

**Martedì 3 - Cenacolo:** *"Riabilitazione implantoprotesica nelle atrofie mascellari"* (relatore: Roberto Conte), *"Utilizzo di laser in Implantologia"* (relatrice: Alessandra Piras)

Sede: Circolo Ufficiali, Via San Vincenzo

**Venerdì 6 - ANDI Genova:** *"Vantaggi del riorientamento del piano oclusale in ortodonzia e non solo".* Relatore: Ivan Lendaro

Sede: Sala Corsi ANDI Genova

**Lunedì 9 - SIA:** *"Terapia conservativa parodontale: dalla preparazione alla chirurgia"*

Relatore: Filippo Graziani

Sede: StarHotel President

**Venerdì 20 - CISEF:** *"2° Memorial Tiziano Bacetti - Trattamento efficiente della malocclusione di II Classe mediante apparecchi funzionali rimovibili e fissi".* Relatore: Lorenzo Franchi

Sede: Badia Benedettina della Castagna, Ge.

**Sabato 28 - e20:** *"Corso Gnatologia"*

Relatore: Guido Fichera

Sede: Starhotel President

**Sabato 28 - A.M.I.O.T. - Associazione Medica Italiana di Omotossicologia:** *"Percorso formativo annuale in Odontostomatologia- 2° incontro di 4".* Relatore: Alessandro Cignetti

Sede: Sala Corsi ANDI Genova

## MARZO

**Martedì 3 - Cenacolo:** *"Non è vero che i bambini hanno paura del dentista"* (Relatrice: Gloria Denotti), *"Utilizzo di laser in odontoiatria infantile"* (Relatrice: Alessandra Piras)

Sede: Circolo Ufficiali, Via San Vincenzo

**Venerdì 6- Sabato 7 - Cenacolo:** *"Corso teorico-pratico di Chirurgia Implantare - Riabilitazione implantoprotesica nel paziente con atrofie bimaxillari"* (Relatore: Roberto Conte), *"Utilizzo di Laser in Implantologia"* (Relatrice: Alessandra Piras), *"Ortodonzia preprotetica ai fini implantari"* (Relatore: Kamran Akhavan Sadeghi)

Sede: Circolo Ufficiali, Via San Vincenzo

**Venerdì 13 - ANDI Genova:** *"L'implantologo versus il tassellante. Protocolli operativi e metodiche per casi semplici e complessi guidati dalla pratica e dalla ricerca. Valutazioni riabilitative"*

Relatore: Paolo Dellacasa

Sede: Sala Corsi ANDI Genova

**Sabato 14 - e20:** *"Protesi - Implantologia"*

Relatore: Nikolaus Perakis

Sede: Starhotel President

**Giovedì 19 - SIA:** *"Qualità, tempo, costi: equilibrio possibile?"*. Relatore: Franco Brenna

Sede: Starhotel President

**Venerdì 27- Sabato 28 - e20:** *"Corso teorico-pratico di parodontologia - 1° incontro"*

Relatore: Stefano Parma Benfenati

Sede: Sala Corsi L.C.O.

**Sabato 28 - A.M.I.O.T. - Associazione Medica Italiana di Omotossicologia:** *"Percorso formativo annuale in Odontostomatologia- 2° incontro di 4".* Relatore: Alessandro Cignetti

Sede: Sala Corsi ANDI Genova


## Per info e iscrizioni

- ANDI Genova - ANDI Liguria: 010 581 190 - genova@andi.it - liguria@andi.it
- Cenacolo: 010 4222073 - cenacolo.ligure@libero.it
- CISEF (Centro Internazionale di Studi e Formazione G. Gaslini): 010/56362872 - annarenzini@cisef.org
- e20 srl: 010 5960362 - info@e20srl.com
- SIA (Simposio in Amicizia): vedi e20srl, 010 5960362 - sia@e20srl.com
- A.M.I.O.T. (Associazione Medica Italiana di Omotossicologia): 02/89072755 - didattica@medibio.it





STRUTTURE CONVENZIONATE CON IL SSN	INDIRIZZO E TEL.	SPECIALITÀ
<b>IST. TARTARINI</b>	<b>GE - SESTRI P.</b>	<b>RX RT TF S DS RM</b>
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	
<b>TMA - TECNOLOGIE MEDICHE AVANZATE</b>	<b>GENOVA</b>	<b>RX S DS TC RM</b>
certi.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
<b>TIR IST. TURTULICI RADIOLOGICO</b>	<b>GENOVA</b>	<b>RX RT DS TC RM</b>
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
<b>LABORATORIO ALBARO</b>	<b>GENOVA</b>	<b>PC RIA RX TF S DS TC RM</b>
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	Via P. Boselli 30 010/3621769 Num. V. 800060383 www.laboratorioalbaro.com
<b>STUDIO GAZZERRO</b>	<b>GENOVA</b>	<b>RX S DS TC RM</b>
Dir. San.: Dr. C. Gazzo	Piazza Borgo Pila, 3 010/588952 fax 588410 www.gazzo.com	
<b>DIAGNOSTICA MEDICA MANARA</b>	<b>GE - BOLZANETO</b>	<b>PC TF S DS</b>
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	
<b>PIU'KINESI IN CARIGNANO (MONTALLEGRO)</b>	<b>GENOVA</b>	<b>TF S</b>
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	
<b>VILLA RAVENNA</b>	<b>CHIAVARI (GE)</b>	<b>ODS S DS</b>
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	

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

