



Scià me dighe...
...VOCI DAL MONDO
DELLA SANITÀ
Intervista a
Franco Henriquet

EDITORIALE

Provincialismo e Sanità in Liguria

VITA DELL'ORDINE

A Villa lo Zerbino grande festa dei medici

NOTE DI DIRITTO SANITARIO

Novità giurisprudenziali in tema di consenso informato

MEDICO E PAZIENTE

L'ospedale: casa di cura o luogo di pena?

MEDICINA E ATTUALITÀ

Vaccino morbillo-parotite-rosolia e autismo: studio statunitense smentisce qualsiasi relazione

Concorso Nazionale per l'accesso alle scuole di specializzazione: come funziona e cosa è cambiato?

Le AFT: come cambia la medicina generale

IN PRIMO PIANO Attenzione a Sganarello

Notizie dalla C.A.O.



Ordine dei medici chirurgi e degli odontoiatri
della Provincia di Genova

CONCORSO FOTOGRAFICO 2015

I luoghi della salute

Dal 1° maggio al 31 agosto 2015

La premiazione avverrà
martedì 20 ottobre
alle **17.00** nella Sala
Convegni dell'Ordine



Vivere, curarsi, entrare o lavorare negli spazi preposti a fornire assistenza sanitaria rappresenta un'esperienza condivisa nella vita di ognuno, sia come protagonisti che come testimoni, in ogni parte del mondo.

I luoghi della sanità costituiscono spesso punti di riferimento nella città, landmark urbani (il Monoblocco a San Martino, la Colletta sopra l'Autostrada,...) o addirittura "non luoghi" deprivati della loro funzione originaria, ma carichi di memoria (gli ex Ospedali psichiatrici di Quarto e Cogoletto, il Martinez di Pegli...).

I luoghi della salute sono sempre più diversi tra loro: come gli spazi dedicati alle azioni volte al benessere e alla prevenzione o come la propria casa che diventa teatro sanitario grazie all'assistenza domiciliare.

Indagare, con la macchina fotografica, questi luoghi mette in luce prestazioni, tecnologia, sicurezza, qualità, criticità, eccellenza, memoria individuale e collettiva.

**NEI LUOGHI DELLA SALUTE SI RIFLETTE
L'ESISTENZA DI TUTTI NOI.**

PREMI:

1° classificato - GO PRO 4 Silver + Scheda SD 32 GB + Accessori: Asta (925 mm.) e custodia (Dashpoint AVC2)

2° classificato - Zaino Tamrac Expedition 6 + 2 Stampe fotografiche su Pannelli (misure 60x80, 70x100)*

3° classificato - Treppiedi Gorilla Focus + Stampa fotografica su Pannello (misura 50x70/75)*

Premio studenti - Buono sconto da 100,00 euro in libri acquistabili presso la libreria scientifica Frasconi

Premio del pubblico - SmartBox per un valore di 80,00 euro

* Il vincitore potrà scegliere altre misure per uguale importo

Main sponsor



In collaborazione con



Regolamento
del concorso
e modulo sulla
liberatoria su:
www.omceog.org



Genova Medica

Organo Ufficiale dell'Ordine dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri

Direttore responsabile

Enrico Bartolini

Direttori editoriali

Marina Botto

Massimo Gaggero

Comitato di redazione

Cristiano Alicino

Ilaria Ferrari

Thea Giacomini

Federico Giusto

Valeria Messina

Segreteria di redazione

Vincenzo Belluscio

Diana Mustata

stampa@omceoge.org

CONSIGLIO DIRETTIVO

Enrico Bartolini **Presidente**

Alessandro Bonsignore **Vice Presidente**

Federico Pinacci **Segretario**

Monica Puttini **Tesoriere**

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 (*odontoiatra*)

Giuseppe Modugno (*odontoiatra*)

COLLEGIO DEI REVISORI

DEI CONTI

Federico Giusto **Presidente**

Federico Bianchi

Loredana Miglietta

Elisa Balletto **Supplente**

COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI

Massimo Gaggero **Presidente**

Giuseppe Modugno **Segretario**

Stefano Benedicenti

Maria Susie Cella

Giorgio Inglese Ganora

.....
**La Redazione si riserva di
pubblicare in modo parziale
o integrale il materiale ricevuto
secondo gli spazi disponibili e
le necessità di impaginazione.**

GENOVA MEDICA 6

GIUGNO
2015

SOMMARIO

Editoriale

4 Provincialismo e Sanità in Liguria *di E. Bartolini*

Vita dell'Ordine

5 A Villa lo Zerbino grande festa dei medici

5 La relazione del prof. Emilio Gatto all'apertura della cerimonia

8 Le delibere delle sedute del Consiglio

Note di diritto sanitario

9 Novità giurisprudenziali in tema di consenso informato

di A. Lanata

In primo piano

11 Attenzione a Sganarello *di M. Botto*

14 Scìa me digghe... **Voci dal mondo della sanità**

Franco Henriquet: la terapia del dolore e le cure palliative

Medicina e attualità

16 Vaccino morbillo-parotite-rosolia e autismo: studio statunitense
smentisce qualsiasi relazione *di C. Alicino, T. Giacomini*

18 Concorso Nazionale per l'accesso alle scuole di specializzazione:
come funziona e cosa è cambiato? *di A. Perfetti*

20 Le AFT: come cambia la medicina generale *di V. Messina*

Medicina e previdenza

23 Elezioni ENPAM: i risultati

Medico e paziente

24 L'ospedale: casa di cura o luogo di pena? *di M.G. Barberis*

26 **Corsi e convegni**

27 **Recensioni**

Medicina e cultura

28 Girolamo Cardano: medico, filosofo e anche...

un pò esibizionista *di S. Fiorato*

30 **Notizie dalla CAO**

.....
Periodico mensile - Anno 23 n.6 giugno 2015 Tiratura 9.000 copie + 418 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 - 010 582905 Stampa: Ditta
Giuseppe Lang - Arti Grafiche S.r.l. Via Romairone, 66/N 16163 Genova. Stampato nel mese di
giugno 2015. In copertina: "La vaccine" 1807 di Louis-Léopold Boilly (1761 - 1845), Wellcome
Institute for the History of Medicine, Londra.

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Genova
P.zza della Vittoria 12/4 - 16121 Genova Tel. 010.58.78.46 Fax 59.35.58
ordmedge@omceoge.org - PEC ordinemedici@pec.omceoge.eu - www.omceoge.org



Enrico Bartolini
 Presidente
 Ordine dei Medici di Genova

Provincialismo e Sanità in Liguria

Siamo al termine di una campagna elettorale incentrata su vari temi; ma un dato emerge immediatamente alla nostra attenzione: *“La spesa sanitaria incide sul bilancio regionale per il 70-80% del totale”*.

La domanda che ci poniamo dopo avere appreso tale dato è la seguente *“La sanità Ligure soffre di provincialismo?”*, cioè siamo affetti da quella sensazione di staticità, di inferiorità costante, di inadeguatezza che caratterizza la provincia, che peraltro non ha in sé solo elementi negativi, infatti la conoscenza reciproca, la facilità di diffusione culturale e di controllo sul territorio.

Cercherò di esplicitare questa riflessione alla luce di alcune considerazioni preliminari. Non siamo più giovani e se ciò da un lato ci dà la consapevolezza che abbiamo perso alcune nostre caratteristiche, quali l'innocenza, l'entusiasmo, il dinamismo, dall'altro ci ha concesso la saggezza, la conoscenza dei problemi, la serenità delle nostre decisioni. Così ricordo ai colleghi l'importanza che l'Università di Genova rivestiva nel panorama nazionale, la completezza e competenza di grandi professionalità che veniva trasmessa poi ex cathedra nel nostro sistema ospedaliero e territoriale.

Ai molti che continuano ad asserire che il nostro SSN è situato al secondo posto del primo percentile, nella graduatoria che annualmente la Organizzazione Mondiale della Sanità stila, ricordo che oggi siamo scivolati in un silenzio assordante al primo posto del III percentile. Se qualcuno dei Colleghi si chiedesse secondo quale metro di giudizio, mi è gradito rispondere che è il metro che l'OMS adotta è l'ICF (International Classification of Functioning).

Dal 2003 il lavoro di studio e diffusione dell'ICF in Italia è portato avanti dal Disability Italian Network, che è un'associazione non profit per la formazione, lo sviluppo e la diffusione della Classificazione nei SSN, soprattutto per la Disabilità, a cura dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Peraltro, se non può essere che benvenuta la discussione sulla necessità di migliorare l'efficienza e la trasparenza gestionale dei sistemi sanitari, non può non destare preoccupazione il modo in cui questa discussione si sta sviluppando, tutta incentrata soltanto sull'introduzione di meccanismi di competizione economica. Gli ambienti sono avvelenati dall'assenza o dalla falsificazione della solidarietà e della competizione stessa, in una parola dal sopruso illiberale. Desta grande preoccupazione la quasi totale assenza dal dibattito di un altro ordine di considerazioni la cui portata dovrebbe ispirare soluzioni diverse e più efficaci.

E' ovvio inoltre che le revisioni sistemiche non presentano soltanto vantaggi: la loro utilità dipende infatti dal numero di dati disponibili, dalla loro qualità e dalla qualità delle stesse meta-analisi. C'è inoltre un difetto di comunicazione dovuto a una tendenza alla pubblicazione selettiva dei soli risultati statisticamente positivi, con la censura da parte di troppi degli esiti negativi di alcune scelte. Insomma, poco importa per il funzionamento di un sistema il costo della singola decisione bensì è assai rilevante la comprensione di un sistema di sviluppo ampio ed equilibrato.

E' così che la parte decisionale dovrebbe a nostro giudizio iniziare a riflettere. Sistema od Assicurazione sanitaria pubblica e ben si comprende dall'analisi della diversità dei termini il costo e la qualità del sistema in toto.

Non già per egoismo spero che il futuro possa portarci a decisioni condivise e sagge nell'interesse della collettività e della nostra categoria.

Nel frattempo, come direbbe Camus *“occorre risolversi a vivere in diagonale”*, nel discomfort per imparare, alla fine della storia, che l'innocenza non esiste.

A Villa lo Zerbino grande festa dei medici

Martedì 26 maggio a Villa Lo Zerbino si è tenuta, come di consueto, la cerimonia della consegna delle targhe ai medici e agli odontoiatri che hanno compiuto il cinquantesimo anno di laurea e delle medaglie d'oro a coloro che hanno raggiunto il sessantesimo e settantesimo. Nella splendida sala delle cerimonie, l'Ordine ha celebrato gli iscritti che hanno raggiunto questo importante traguardo in periodi diversi della storia del nostro Paese: gli anni duri della guerra, il periodo post-bellico e gli anni del boom economico. È stato, come ogni anno, un festoso incontro carico di emozioni. L'occasione per colleghi e colleghe di assaporare la gioia di rivedere qualche vecchio amico perduto di vista, di rivivere quei tempi passati, sui libri, nelle aule dell'università e approdati, dopo tanti sacrifici all'agognata laurea in Medicina. **Il Presidente dr. Enrico Bartolini e il dr. Massimo Gaggero Presidente della Commissione per gli Iscritti all'Albo degli Odontoiatri**, nel rivolgere un particolare ringraziamento ai colleghi per aver dato negli anni tanti esempi di dedizione alla professione in termini di umanità, abnegazione, sacrificio alla ricerca e al progresso della Medicina e dell'Odontoiatria genovese, hanno sottolineato che questa significativa cerimonia rappresenta un momento importante della vita ordinistica.

È stata consegnata una targa-ricordo al dr. Carlo Toni che proprio quest'anno festeggia i suoi cento anni d'età.

Pubblichiamo di seguito anche **la relazione del Prof. Emilio Gatto** nel corso della cerimonia. Sono inoltre intervenuti, manifestando il loro gradimento per la bella cerimonia l'**Assessore alla Salute della Regione Liguria dr. Claudio Montaldo**, il **Colonnello Alfonso La Franca del Circolo Ufficiali di Genova**, il **prof. Roberto Fiocca Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Genova**, il **prof. Giacomo De Ferrari**

già Rettore dell'Università degli Studi di Genova e la dr.ssa Lisa Cacia Presidente dell'Ordine degli Psicologi Liguri.

La relazione del prof. Emilio Gatto all'apertura della cerimonia



Il prof. Emilio Gatto

Il relativismo è inteso come un orientamento di valutazione cognitiva nel senso più ampio concepibile; giunge a negare l'esistenza di verità; darne una definizione precisa è impossibile. Indispensabile identificare quali ripercussioni può avere in medicina il comportamento relativistico. Questo orientamento elaborato da E. Betti nella "Teoria generale della interpretazione" diventa una corrente filosofica postmoderna, l'ermeneutica. Presupposto: tra la creatività consapevole del passato e l'autocoscienza del presente vi sarebbe solo una differenza di interpretazione. La ricostruzione si attua mediante integrazione dei concetti dogmatici attuali. Contestualmente deve svilupparsi un'empatia spontanea tra l'estensore di allora e l'odierno autore. L'ontologia ermeneutica assume confini ampi e incerti specie nella interpretabilità, ciò che equivale alla dissoluzione dell'attualismo. Questo rappresenta una rottura completa con la logica metafisica. G. Vattimo e P. Rovatti lo hanno definito "Pensiero



Nella foto la consegna della targa al medico dentista dr. Carlo Toni per i suoi cento anni d'età.

debole" per il fatto che comporta come caratteristica: l'indebolimento dell' Essere che stravolge il pensiero dalle sue basi cartesiane. Lo sfondo nichilistico comporta un mutamento dell'etica con conseguenze comportamentali: il diffondersi di un notevole lassismo nell'ambito del garantismo comportamentale, sicché il "concetto di certezza diventa non definibile". Un esempio: nasce il politicamente corretto. La nuova condizione è tale che lo stesso Vattimo preferì definirlo Pensiero ermeneutico. Conia anche la figura dell'Oltr'Uomo. Si rimane comunque nel relativismo. Emanuele Severino smorza il peso di queste devianze dando valore alla ricerca tecnico-scientifica: "La tecnica non è un nemico; aiuta a correggere il sistema". Nella "scientia condita" il termine assume un significato probabilistico ed evolubile; ogni tesi diventa ipso facto un'ipotesi, l'ultima ipotesi su... In medicina equivale alla sempre maggior espressività deducibile dalle indagini che facciamo eseguire. Popper tratta della interpretazione delle tecniche scientifiche: "Non è vero che una teoria vale l'altra. Noi accettiamo quella teoria che ha resistito meglio agli assalti della critica. Si evitano così il dogmatismo l'arbitrio soggettivistico. Si individua l'errore e si corregge". Lo stesso Popper afferma che "evitare l'errore è un ideale meschino" perché l'ideale presupporrebbe un popolo "coerentemente educato alla aderenza alla legge". Suggerisce un'aperta discussione tra uomini: valutare le singole teorie, far emergere le

ragioni logiche... questo "dialogo comparativo" è assimilabile alle riunioni di reparto per discutere la casistica. Purtroppo questo modo di rapportarsi tra uomini che va scemando da tempo. Esempio negativo sono le comunicazioni di massa: non sono un Dialogo comparativo ma una comunicazione di opinioni proprie escludendo il colloquio col singolo. Antiseri riprende Montesquieu; La gestione deve basarsi sulla suddivisione dei poteri, una distribuzione settoriale di responsabilità ognuna sottoposta a vigilanza propria. Mi domando... Quis Custodet custodes? L'ombra lunga del relativismo si proietta spesso sulla prassi medica anche perché lo stesso relativismo può essere plurigenetico. Il Relativismo lo incontriamo subito nella raccolta dell'anamnesi. Tra medico e paziente v'è un baratro culturale e psicologico per cui è facile entrare in rotta di collisione con il relativismo del paziente.

L'inappropriatezza terminologica è propria del paziente che usa espressioni fuorvianti, di propria ideazione. Altro difetto è la percezione distorta delle caratteristiche dei sintomi, laddove il medico giunge alla diagnosi coordinando dati precisi ed attendibili. E' arduo distinguere nettamente soggettività e decisionalità; ciò premesso l'esperienza del medico non può arrendersi ai desideri del malato. Solo il medico può intuire da quale iter gestionale può dipendere la prognosi migliore. La Soggettività può annidarsi sia nel medico che nel paziente, incidendo sul valore che verrà assegna-



Da sinistra: Claudio Montaldo, Alfonso La Franca, Roberto Fiocca, Enrico Bartolini, Massimo Gaggero, Giuseppe Modugno, Alessandro Bonsignore

to al sintomo, minimizzarlo fino a trascurarlo o viceversa. Utile per il medico analizzare quanto può accadere: l'osservazione dello stato del paziente può essere inficiata dal "relativismo con soggettività" (Cavicchi) interferendo nel differenziare l'attuale, cioè il presente dall'esigenza (la possibile evoluzione). Polarizzarsi solamente sul presente-attuale fa correre il rischio che nell'evoluzione questo "attuale" diventi inattuale per l'evoluzione

verso l'esigenza. Adriano Pessina prospetta che il soggettivismo etico si può manifestare con un atteggiamento scettico-individualistico. Riduce l'ampiezza della nostra visione clinica fino a creare orizzonti invalicabili. L'individualismo nasce da una pulsione all'autorealizzazione e si correla ai nostri aspetti egoistici. Il fattore Tempo rientra nella forma decisionale, la scelta del trattamento ma questo riguarda l'esperienza del medico.



50° anno di laurea: Michele Tito Abbruzzese, Giuseppe Accarpio, Giuseppe Asquasciati, Vittorio Azzarini, Serafino Barone, Alfredo Bartolini, Alberico Benedicenti, Antonio Berretti, Marco Campagnoli, Renato Paolo Camurati, Ottavio Cancelli, Alessandro Chiari, Gian Piero Dassori, Giacomo Deferrari, Antonino Di Maio, Sebastiano Di Pietro, Antonio Di Stefano, Agata Dovì, Edda Emanuelli, Piergiorgio Fasciolo, Giorgio Fava, Andrea Ferraro, Agostina Fossati, Maria Carla Fumagalli, Enrico Gabrielli, Gianfranco Gaetani, Maria Gagliardini, Tito Gallacci, Luciano Gianazza, Cesare Giusto, Giuseppe Guarrera, Eugenio Guglielmoni, Maria Franca La Fauci, Giovanni Maria Marrè Brunenghi, Sabatino Milone, Attilio Mollica, Roberto Monacelli, Giandomenico Montinari, Gianfranco Vittorio Muzio, Roberto Noce, Giorgio Paganini, Francesco Peluffo, Giancarlo Piccardo, Alda Pirrò, Giorgio Pisu, Nicola Ragni, Riccardo Paolo Rasia Dal Polo, Carmelo Antonio Raso, Manfredi Ugo Riso Ricci, Carlo Schenardi, Clelia Siani, Vittore Tarabella, Amedeo Venturini, Guido Zenere.

60° anno di laurea: Gian Carlo Accossano, Vincenzo Balestra, Augusto Barbara, Francesco Berruti, Renzo Bonanni, Ileana D'Adda, Giuseppina Di Salle, Arminio Franceschelli, Mario Frandi, Roberto Fusco, Vincenzo Gazzero, Giuseppe Ghigo, Alfredo Giuliano, Franco Henriquet, Angela Maria Martino, Pier Giulio Menozzi, Ergomino Modugno, Umberto Ninotta, Ferdinando Parodi, Giovanni Parodi, Angelo Pibiri, Bruno Recupero, Daria Ruga, Gian Carlo Serra, Giorgio Sperati, Antonio Tarateta, Angela Torelli, Giambattista Eugenio Traverso.

70° anno di laurea: Giorgio Vittorio Pisani. **100° anni di età:** Carlo Toni



LE DELIBERE DELLE SEDUTE DEL CONSIGLIO

Riunione del 28 aprile 2015

Presenti: E. Bartolini (*presidente*), A. Bonsignore (*vice presidente*), F. Pinacci (*segretario*), M. Puttini (*tesoriere*). **Consiglieri:** C. Alicino, A. De Micheli, L. Ferrannini, I. Ferrari, T. Giacomini, V. Messina, G. Murialdo, L. Nanni, A. Perfetti, M. Gaggero, G. Modugno (*odont.*). **Revisori dei conti:** F. Giusto (*presidente rev.*), F. Bianchi, L. Miglietta. **Componenti CAO cooptati:** S. Benedicenti, G. Inglese Ganora. **Assenti giustificati:** E. Balletto (*rev. suppl.*), M.S. Cella (**comp. CAO cooptato**). **Assenti:** A. Ferrando, G. Testino.

Movimento degli iscritti

ALBO MEDICI - Nuove ISCRIZIONI: Claudia San Nicola, Simone De Bastiani, Alessia Longo, Emanuele Quarto, Chiara Marini, Mounir Racheff, Galyna Senkiv. **Per trasferimento:** Arianna Bonfanti (da Novara). **CANCELLAZIONI - Per trasferimento:** Umberto Rossi (a Milano), Francesca Zangrillo (ad Imperia), Rachele Grasso (a Novara). **Per cessata attività:** Luigi Carta, Guido Costa. **Per decesso:** Nadine Josè Bardino, Alessandro Bonello, Vincenzo Morabito, Gian Carlo Ceppellini, Francesco Menetto, Giovanni Aldo Repetto.

ALBO ODONTOIATRI - Nuove iscrizioni: Aitana Pineiro Fungueirino, Andrea Ottonello. **CANCELLAZIONI - Per cessata attività:** Luigi Carta, Guido Costa. **Per decesso:** Gian Carlo Ceppellini. **Iscrizione alla Sezione Speciale Albo della Società tra Professionisti:** Studio Dentistico Arenzano Srl.

Il Consiglio concede il patrocinio a:

- Congresso Nazionale SIUST "Prime 48 ore del paziente grande ustionato: abitudini terapeutiche nei Centri Ustioni Nazionali", Genova 13 e 14 novembre 2015;
- Incontro "Oral Cancer Day", Genova 15 maggio '15;
- Convegno "Rinite allergica ma non solo: dalla sindrome orale allergica all'Anafilassi", S. Salvatore di Cogorno 23 maggio 2015;
- Congresso Nazionale Chirurgie "Il chirurgo per l'uomo: la mente, le mani, il cuore", Genova 24, 25 e 26 giugno 2015;
- 3° edizione torneo di calcio a sette benefico "Coppa dei Medici" Genova, giugno e luglio 2015;
- Corso "Aggiornamenti in ingegneria tissutale: applicazioni cliniche in chirurgia rigenerativa osteocartilaginea", Genova 23 maggio 2015;
- Corso "X-Files in nutrizione clinica e artificiale. Brainstorming tra scienza di base e clinica", Genova 18 e 19 giugno 2015;
- "Corso pratica di ecografia addominale e muscoloscheletrica mediante simulatore ecografico", Genova 30 maggio 2015;
- Convegno "Prevenzione del tumore del collo dell'utero: molteplici strade per una sola meta", Genova 4 giugno 2015;
- Convegno "Cardioradiografia in emergenza-urgenza", Genova 28 e 29 maggio 2015.

IMPORTANTE!

PAGAMENTO DELLA QUOTA ORDINISTICA 2015

Chi non si fosse ancora messo in regola con il pagamento della quota associativa 2015 (euro 96,00 per l'iscrizione al singolo Albo e euro 165,00 per la doppia iscrizione) dovrà provvedere al pagamento applicando (fino al 30 ottobre) la mora del 10% + le spese di procedura (euro 30,00). Ricordiamo che dal 1° novembre, in caso di mancato pagamento avverrà la convocazione in udienza dal presidente e, in caso di mancata presentazione, la cancellazione dall'Albo o dagli Albi di appartenenza.

(Delibera n. 39 Cont/db del 30/06/2011). E' possibile pagare tramite bollettino M.Av. della "Banca Popolare di Sondrio" presso un qualsiasi sportello bancario italiano, senza aggravio di commissioni, oppure presso un qualsiasi sportello postale, oppure on-line tramite il sito www.scrignopagofacile.it con carta di credito, Bankpass Web e, per i clienti di Banca Popolare di Sondrio, Scigno Internet Banking.



avv. Alessandro Lanata

Novità giurisprudenziali in tema di **consenso** informato

Con la sentenza n. 21537 dello scorso 22 maggio la Corte di Cassazione, Sezione IV Penale, ha espresso un importante principio di diritto in tema di rilevanza del consenso informato nell'ambito del reato di lesioni colpose. Nel dettaglio, v'è da dire che il Supremo Collegio ha confermato la penale responsabilità del medico, già pronunciata nei primi due gradi di giudizio, a fronte di un'accertata condotta imperita sotto il profilo dell'approccio sia diagnostico che terapeutico. Ed invero, a seguito degli accertamenti medico-legali esperiti nelle more del processo è emerso che il medico aveva seguito un'opzione chirurgica diversa da quella inizialmente programmata senza farla precedere da un'adeguata valutazione dello stato clinico della paziente attraverso esami strumentali mirati. In conseguenza dell'intervento erano, dunque, derivate lesioni in capo alla paziente, che immediatamente decideva di interrompere il rapporto di cura.

Prima di affrontare la problematica del consenso informato, i Giudici di legittimità si sono soffermati su un altro aspetto degno di nota ovvero la verifica del nesso causale fra l'operato del medico e le lesioni subite dalla paziente.

Ebbene, sul punto la Corte di Cassazione ha avuto occasione di rammentare che **il nesso causale tra condotta ed evento si interrompe soltanto laddove sopraggiunga una causa sopravvenuta la quale, seppur avendo un qualche collegamento causale con l'operato del medico, rivesta natura eccezionale ed imprevedibile.**

Trasponendo il concetto al caso specifico, il Su-

premo Collegio ha ritenuto irrilevante la circostanza che la paziente, a fronte del danno già verificatosi e del conseguente venir meno del rapporto fiduciario, avesse disatteso le indicazioni del curante per la fase del post-operatorio.

Quanto alla valenza del consenso informato nell'apprezzamento dell'attività medico-chirurgica, la Corte ha rammentato la propria giurisprudenza secondo la quale la mancanza o l'invalidità del consenso non ha alcuna rilevanza penale in presenza di un trattamento chirurgico effettuato nel rispetto delle regole dell'arte e con esito fausto.

Per converso, laddove l'intervento eseguito abbia avuto, come nel caso di specie, un esito infausto o, comunque, dannoso, ricorre la responsabilità penale del medico per il reato di lesioni colpose?

La risposta dei Giudici di legittimità è di assoluto rilievo: ***"Il giudizio sulla sussistenza della colpa non presenta differenze di sorta a seconda che vi sia stato o no il consenso informato del paziente. Con la importante precisazione che non è di regola possibile fondare la colpa sulla mancanza di consenso, perchè l'obbligo di acquisire il consenso informato non integra una regola cautelare la cui inosservanza influisce sulla colpevolezza: infatti, l'acquisizione del consenso non è preordinata in linea generale ad evitare fatti dannosi prevedibili (ed evitabili), ma a tutelare il diritto alla salute e, soprattutto, il diritto alla scelta consapevole in relazione agli eventuali danni che possano derivare dalla scelta terapeutica in attuazione di una norma costituzionale (art. 32, comma 2)".***

Ne discende che se il medico, pur inadempiente nella corretta raccolta del consenso informato, procede ad un intervento i cui esiti negativi non dipendono da una sua imperizia, negligenza od imprudenza, penalmente non risponde del reato di lesioni colpose.

Ed invero, ai fini della penale responsabilità ciò che conta per la Suprema Corte è accertare se nel percorso terapeutico ricorra una condotta omissiva o commissiva del sanitario riconducibile ad una

violazione dei dettami della scienza medica.

La sentenza in esame, a chiosa finale, precisa che *“in un unico caso la mancata acquisizione del consenso potrebbe avere rilevanza come elemento della colpa: allorquando, la mancata sollecitazione di un consenso informato abbia finito con il determinare, mediatamente, l'impossibilità per il medico di conoscere le reali condizioni del paziente e di acquisire un'anamnesi completa (ciò che potrebbe verificarsi, esemplificando, in caso di mancata conoscenza di un'allergia ad un determinato trattamento farmacologico o in quello di mancata conoscenza di altre specifi-*

che situazioni del paziente che la sollecitazione al consenso avrebbe portato alla attenzione del medico). In questa evenienza, il mancato consenso rileva non direttamente, ma come riflesso del superficiale approccio del medico all'acquisizione delle informazioni necessarie per il corretto approccio terapeutico”.

Alla luce delle argomentazioni che precedono, si può con soddisfazione prendere atto che la Corte di Cassazione ha inteso escludere il ricorso al seguente sillogismo: inadeguatezza della raccolta del consenso, esito infausto dell'intervento, responsabilità penale del medico.



Con la pronuncia n. 6439 dello scorso 31 marzo la Corte di Cassazione Civile, Sezione III, mitiga in parte il proprio rigoroso approccio in tema di consenso informato.

La paziente, a sostegno della vantata pretesa risarcitoria, aveva sostenuto nelle proprie difese che il medico e la struttura sanitaria non avevano assolto alla prova, ad essi incombente, di aver proceduto ad una puntuale raccolta del consenso informato. Ciò, in quanto il relativo modulo risultava essere sintetico. La Corte, disattendendo le argomentazioni della paziente, ha inteso valorizzare l'ambito all'interno del quale si è proceduto nel caso di specie alla raccolta del consenso.

Ed invero, a detta dei Giudici di legittimità l'assenza di una dettagliata informativa sottoscritta dalla paziente non preclude la possibilità di dare altrimenti prova dell'acquisizione del consenso.

Sul punto, il Supremo Collegio ha statuito che *“la verifica del consenso, in un'operazione routine-*

ria ed ambulatoriale, per prassi avviene attraverso un colloquio orale, peraltro con un paziente già noto e curato in epoca precedente”. La relativa prova, a detta della Corte, è stata fornita nel corso del processo *“sia attraverso la produzione del sintetico modulo del consenso informato sia attraverso testimonianze qualificate come quella del prof. R. in merito alla prassi di formazione del consenso stesso”.*

Siffatta impostazione di giudizio è senza dubbio favorevole per la classe medica, optando per una visione più pragmatica e meno formalistica delle dinamiche che accompagnano la raccolta del consenso, così rapportando alle peculiarità del caso concreto la verifica giudiziale in merito alla prova dell'effettuazione dell'incombente che qui ci occupa.

Corsi triennali di formazione specifica in medicina generale

La Regione Liguria con delibera n. 628 del 24/4/2015 ha emanato le *“Nuove modalità organizzative e gestionali per i corsi triennali di formazione specifica in medicina generale di cui al Decreto legislativo 368/99 e ss.mm”* che si potranno

reperire sul sito dell'Ordine: www.omceoge.org





Marina E. Botto
condirettrice
di "Genova Medica"

Attenzione a Sganarello Le medicine altre

Cominciamo dalla fine. Codice di Deontologia Medica 2014 - Titolo II (Doveri e competenze del Medico) Art. 15 *"Sistemi e metodi di prevenzione, diagnosi e cura non convenzionali. Il medico può prescrivere e adottare, sotto la sua diretta responsabilità, sistemi e metodi di prevenzione, diagnosi e cura non convenzionali nel rispetto del decoro e della dignità della professione. Il medico non deve sottrarre la persona assistita a trattamenti scientificamente fondati e di comprovata efficacia. Il medico garantisce sia la qualità della propria formazione specifica nell'utilizzo dei sistemi e dei metodi non convenzionali, sia una circostanziata informazione per l'acquisizione del consenso. Il medico non deve collaborare né favorire l'esercizio di terzi non medici nelle discipline non convenzionali riconosciute quali attività esclusive e riservate alla professione medica"*.

Le osservazioni che spiccano sono due: **1)** non dobbiamo dirottare i pazienti dall'ospedale allo sciamano, segno che non si può proprio mai dare per scontato niente; **2)** nonostante i contorcimenti lessicali utilizzati per non pronunciare il termine "terapie", questi "metodi e sistemi" sono "attività esclusive e riservate alla professione medica".

Nella versione del 1995 le si definivano ancora *"pratiche alternative alle consolidate esperienze scientifiche"* (Art. 81), mentre nel 1998 viene introdotto il termine *"non convenzionali"* (Art. 13), ferma restando la posizione di responsabilità del medico sia per l'applicazione sia per la denuncia dell'abusivismo. Il cambiamento avviene a seguito della Risoluzione del Parlamento Europeo (1997),

che sceglie di ribattezzare così tutto l'insieme di dottrine e rimedi tradizionali molto popolari nel mondo. Anche qui si notano due elementi molto interessanti: il primo è come questa scelta sia dettata dalla giusta preoccupazione di non indurre nella mente dei pazienti l'idea che certi rimedi possano essere considerati alternativi alle terapie propriamente dette, il secondo - che discende direttamente dal primo - è che potrebbe trasparire l'idea non meno fuorviante che la Medicina basata sull'evidenza sia una questione di accordi tra professionisti (convenzionale).

Il Comitato Nazionale della Bioetica, istituito nel 1990 con un D.P.C.M., si pone come intermediario tra il Governo di cui è consulente e l'opinione pubblica per la quale è fonte autorevole d'informazione, inoltre si coordina con gli analoghi europei



e mondiali: come sappiamo i temi che tratta sono i più delicati e coinvolgenti in assoluto per la vita umana. Si compone di 27 super saggi per tutte le discipline più 6 componenti di diritto, tra cui il Presidente della FNOMCeO; alla sua Presidenza si sono succedute personalità di altissimo profilo professionale e di grande prestigio personale, tra cui il Collega e Senatore Giovanni Berlinguer (da poco scomparso), relatore del primo progetto UNESCO della Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. Lo cito perché ho avuto l'onore di conoscerlo: un gentiluomo oltre che un vero garante dell'etica.

Ebbene nel 2001 il C.N.B. ha prodotto un docu-

mento su *“Scopi, limiti e rischi della Medicina”*, che analizza il corpus delle medicine alternative: nel contesto di un Paese ove si dichiarano favorevoli al loro utilizzo circa 9 milioni di cittadini (ISTAT, 2001) si tratta di un fenomeno importante, bisognoso di essere messo sotto la lente d'ingrandimento nell'interesse di tutti, professionisti e cittadini, specie se malati. Se non possono certo dire di condividere i fondamenti con la Medicina Scientifica, le Medicine alternative ne condividono pienamente l'approccio centrato sulla persona con grande attenzione all'ascolto ed alla relazione di cura. I principi informativi, il benessere, e l'accoglienza sono valori condivisi, ma anche il rispetto della dignità di tutti gli attori e la tutela del bene Salute debbono esserlo. In questo senso, divengono evidenti le motivazioni che sostengono il diffuso consenso che le altre Medicine riscuotono nella popolazione: la tendenza tutta umana a dare credito a soluzioni “magiche” dei problemi per nutrire un'indispensabile speranza di vita e dominare un'insopprimibile paura del futuro, il progressivo deterioramento del rapporto fiduciario tra Medico e paziente (pardon, persona assistita), gli innegabili benefici psicologici di trattamenti somministrati con calma, tempo, empatia e comfort con tutto il carico (positivo o negativo) di suggestione che ciò comporta.

Emerge la necessità di trasparenza e diffusione del maggior numero possibile di informazioni inerenti questi trattamenti: soltanto un'intensa e stretta collaborazione tra esperti dei due versanti, con sperimentazioni scientifiche che vadano a sostituire completamente le prove testimoniali su cui per ora si basa la credibilità delle Medicine alternative. Già vengono considerate “rilevanti” dalla comunità scientifica solo alcune pratiche non convenzionali: agopuntura, fitoterapia, Medicina Ayurvedica, Medicina antroposofica, Medicina omeopatica,



Medicina tradizionale cinese, Omotossicologia, Osteopatia, Chiropratica (linee guida FNOMCeO, 2002). Per queste c'è l'esigenza precisa di formazione e legislazione: stavolta la smania tutta italiana di regole - da disattendere regolarmente - è quanto mai giustificata. Una piccola riflessione sia consentita: agopuntura e medicina tradizionale in Cina sono state in parte sostituite dalla EBM non appena il Paese è uscito dalla povertà estrema di secoli e la fitoterapia, punto di partenza della farmacologia, è stata surclassata dalla chimica.

I problemi etici che comportano sono tanti: il primo e cogente è ricevere un'informazione completa sulle valenze positive e negative per poter dare un consenso pienamente consapevole. Esattamente

come per la EBM, ma in questo caso la scelta e quindi il consenso spesso precedono l'informazione istituzionale, sulla base di consultazioni fidejurate, blog e siti Internet. Altre prospettive si aprono in tema di garanzie deontologiche e giuridiche per il paziente che incorresse in un ritardo nella diagnosi e nella cura di malattie, dovuto non già alla presunta inutilità o nocività delle Medicine alternative ma piuttosto all'abitudine ormai inveterata di

ricorrere con imperdonabile superficialità all'automedicazione o all'eteromedicazione (consulenza di portinai, parrucchieri, dirimpettai e guaritori). Inoltre secondo il Comitato Nazionale di Bioetica, la rilevanza del danno derivante dal ricorso improprio è “uno dei più gravi problemi di eticità con cui devono confrontarsi i fautori e i cultori di tali pratiche”: se la scelta appartiene al paziente, la raccolta dell'anamnesi e l'informazione competono al Medico. Ciò significa anche saper ascoltare per intercettare la domanda di benessere del paziente, per intuire se le sue attese non siano piuttosto pretese.

Qual è l'identikit della persona favorevole all'uso delle altre Medicine? Secondo il National Center

for Complementary and Alternatives Medicines nei Paesi occidentali la percentuale oscilla tra il 25 % della Gran Bretagna e il 69 % degli USA e vi ricorrono più donne che uomini (dato confermato dalle condizioni patologiche che ne determinano l'utilizzo, vedi grafico), di solito già venute in contatto più volte con la sanità.

Vi è la convinzione diffusa che le altre Medicine "possano essere d'aiuto" in affiancamento alle terapie EBM, sono una sparuta minoranza coloro che rifiutano in toto le seconde e si curano solo con le prime: probabilmente questa è la verità, come dimostrano i benefici dell'uso di pratiche non convenzionali alla qualità di vita dei pazienti oncologici (il 31 % vi ricorre). Per l'ennesima volta l'approccio olistico ed integrato alla persona assistita si rivela più che mai doveroso, perché risolutivo di tutte le problematiche legate non alla ricerca della guarigione, ma del benessere. Così vuole la società del XXI secolo.

Deve esservi dialettica ma non contrapposizione tra i Medici, soprattutto perché ci attendiamo che i cultori delle Medicine non convenzionali siano i Medici stessi, coadiuvati quando è il caso da ope-

ratori esperti (vedi Osteopatia, Chiropratica, ecc.). Tanto per cambiare, la ricerca scientifica deve andare di pari passo con la formazione e l'aggiornamento per convergere con onestà intellettuale sull'interesse del paziente e non su quello dell'esperto e del Medico.

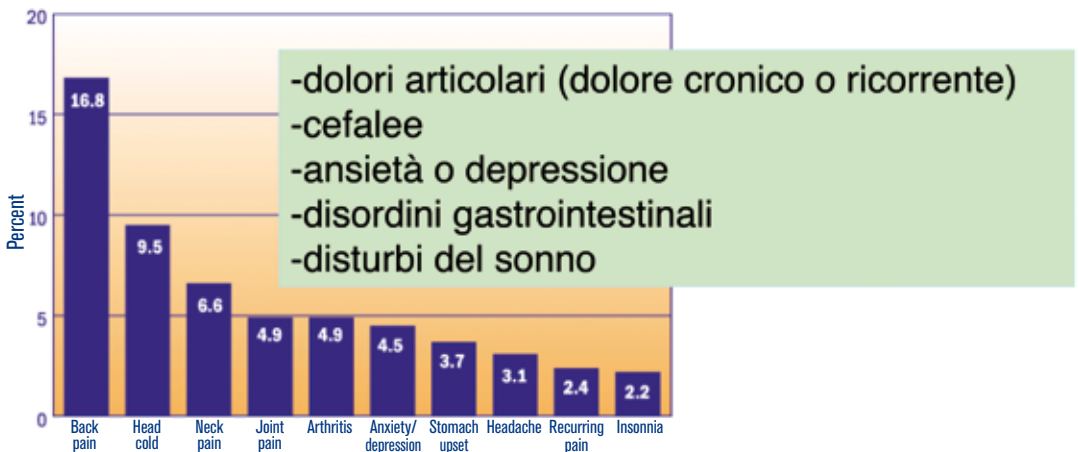
Non è comunque accettabile che le giuste aspettative di salute dei pazienti debbano entrare in rotta di collisione con la dignità del Medico, in questo come in tutti gli altri campi dell'esercizio della professione. Figurarsi con la dignità del paziente: ma come può rendersene conto quando sceglie liberamente ed autonomamente di sottoporvisi? Non c'è che da augurarsi che le persone assistite imparino presto ad esigere da chi pratica le altre Medicine, gli stessi standard di efficienza ed efficacia che pretendono dal proprio Medico di Medicina Generale e dall'Ospedale.

"Ciò che non si vede non significa necessariamente che non esista, anche l'aria per esempio, non si può vedere, ma non per questo bisogna smettere di respirare".

Detto Taoista

LA REALTÀ OGGI DELLA MEDICINA NATURALE IN ITALIA E NEL MONDO

Condizioni che determinano l'utilizzo di CAM



*These figures exclude the use of megavitamin therapy and prayer

Scià me digghe...

...VOCI DAL MONDO DELLA SANITÀ

Franco Henriquet: la terapia del dolore e le cure palliative

A cura del

Comitato di Redazione di "Genova Medica"

Un nuovo appuntamento della rubrica "Scià me digghe...: voci dal mondo della sanità" con interviste a personaggi di spicco del mondo della politica sanitaria, della formazione, della ricerca e dell'attività clinica. Questo mese abbiamo incontrato Franco Henriquet, Fondatore e Presidente dell'Associazione Gigi Ghirotti di Genova.



CdR - *Cos'è oggi e che ruolo avrà la Gigi Ghirotti nella rete metropolitana dei servizi di Cure Palliative?*

FH - L'Associazione Gigi Ghirotti opera nell'ambito della ASL 3 Genovese, che credo corrisponda alla città metropolitana, cioè un bacino d'utenza di circa 800.000 abitanti corrispondente alla metà della popolazione ligure.

L'attività prevalente è quella dell'assistenza domiciliare ai malati in necessità di cure palliative, cioè malati affetti da una malattia evolutiva non più in grado di essere guarita e con una prognosi di vita

relativamente breve. Di questi, il numero maggiore è costituito dai malati di tumore. Oltre a loro, tuttavia, sono tanti i malati con patologie diverse che comunque evolvono verso il termine della vita: malati con gravi sindromi neurologiche quali, soprattutto, la sclerosi laterale amiotrofica (SLA), la distrofia muscolare, il morbo di Parkinson in fase avanzata o analogamente la sclerosi multipla, e l'AIDS, inoltre malati con gravi insufficienze d'organo d'origine epatica, renale, respiratoria e cardiaca. La Società Italiana di Cure Palliative (SICP) stima che, accanto ai malati di tumore in necessità di cure palliative, ci sia un numero altrettanto elevato di altri malati che debbano usufruire delle stesse cure.

CdR - *Come supportate e come vi supporta il MMG nel difficile periodo del fine vita di un paziente?*

FH - Nella nostra pratica quando non riceviamo la richiesta di assistenza da un medico di famiglia lo informiamo sempre con una telefonata diretta o con uno scritto nel quale esponiamo il motivo per cui vi è stata la richiesta di visita del suo malato. Sempre più spesso, inoltre, riceviamo le richieste di assistenza da parte degli ospedali in previsione della dimissione del malato. La collaborazione con il medico di famiglia è estremamente importante per la sua conoscenza stretta del malato, del supporto di fiducia stabilito nel tempo e per il reciproco aiuto spesso necessario nei momenti di maggiore difficoltà.

CdR - *Ancora troppe persone muoiono in ospedale: qual è secondo lei il principale motivo per cui un paziente morente giunge in Pronto Soccorso? qual è, secondo lei, la strategia migliore per affrontare questo problema?*

Vi sono più motivi per cui ancora troppe persone muoiono in ospedale. Nella nostra società c'è un rifiuto generale della morte. Anche se la vediamo ultrarappresentata nei media è pur sempre la morte degli altri, ma quando ci colpisce da vicino, nelle persone a noi più care difficilmente la accettiamo, cerchiamo di negarla. L'ospedale è il posto dove

ancora si può scongiurarla, forse si pensa che la medicina con tutti i suoi grandi progressi riesca a sconfiggerla. Ma l'Ospedale è anche il posto per allontanarla da se stessi. Tante volte mi sono sentito dire: *“come potrei dormire nel letto dove è morto il mio coniuge”* oppure *“ho bambini, non possono vedere la morte a casa”*.

Nella nostra esperienza, anche se si è fatta opera di convinzione sulla famiglia che nulla più potrebbe fare l'ospedale, di fronte a particolari emergenze quali una crisi respiratoria o un'emorragia, i familiari ricorrono comunque al Pronto Soccorso, anziché avvalersi dell'aiuto domiciliare già istaurato da tempo. Dovremo continuare ad agire sulla famiglia per renderla consapevole che in determinate situazioni è inutile il Pronto Soccorso, che costituisce al contrario il luogo dove ci potrà essere maggiore sconforto per il malato stesso e i suoi familiari. Tuttavia non si potranno mai annullare completamente queste situazioni dovute all'emotività incontrollabile ed inevitabile in momenti tanto drammatici vissuti di fronte a chi sta per morire.

CdR - *C'è differenza nella gestione del fine vita tra malato oncologico e malato neurologico (SLA)?*

FH - C'è qualche differenza nella gestione del fine vita tra un malato oncologico e un malato di SLA. Il malato di SLA è sempre pienamente informato sulla sua diagnosi e sul percorso di malattia cui andrà in corso, ed è quindi in grado di decidere quando e come morire. Se non accetterà di es-



sere sottoposto a trattamenti invasivi, quali la tracheotomia e la ventilazione artificiale, sa che potrà andare incontro ad una grave insufficienza respiratoria, ma potrà avvalersi di una sedazione che gli eviterà la sofferenza della mancanza d'aria.

Diverso è il caso del malato di tumore perchè, spesso, intorno a lui si forma una cortina di silenzio che gli impedisce la consapevolezza e quindi l'accettazione di farmaci che hanno solo lo scopo di lenire il dolore quando lui, invece, vorrebbe solo farmaci per vincere il male.

IMPORTANTE! E' obbligatorio comunicare all'Ordine il **CAMBIO DI RESIDENZA** e **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** alla sezione modulistica e, nel caso del cambio di residenza, allegando fotocopia di un documento di identità.

STRUMENTARIO CHIRURGICO

BILANCE

AUSILI PER DISABILI E ANZIANI

(ANCHE A NOLEGGIO)

ARREDAMENTO

ELETTROMEDICALI

GINECOLOGIA

ELETTROBISTURI

LAMPADIE MEDICALI

DIAGNOSTICA ECG, AUDIOMETRIA

EMERGENZA E PRONTO SOCCORSO

STERILIZZAZIONE - VETERINARIA

Spirometro Audiometro

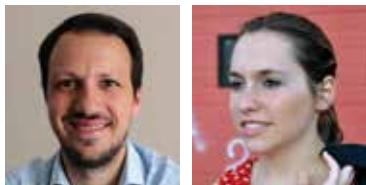


Doppler

Pulsiossimetro LTD - 820



SA.GE. **ARTICOLI SANITARI**
Via V. Vitale 26 Genova
Tel. 010 5220296
www.sa-ge.it



Cristiano Alicino, Thea Giacomini

Consiglieri dell'Ordine dei Medici di Genova

Vaccino morbillo-parotite-rosolia e autismo: un nuovo studio statunitense smentisce qualsiasi relazione

Oltre quindici anni di studi avevano già smentito qualsiasi relazione fra vaccini e autismo. Ma uno studio statunitense [1], pubblicato qualche settimana fa sul prestigioso *Journal of the American Medical Association* (JAMA) e finanziato dal *National Institute of Mental Health*, dai *National Institutes of Health* e dal *U.S. Department of Health and Human Services*, fornisce un'ulteriore e solida conferma circa l'infondatezza di questa relazione, negando l'esistenza di un qualsiasi legame tra la vaccinazione contro morbillo-parotite-rosolia (MPR) e il manifestarsi della malattia, anche nei bimbi che hanno fratelli più grandi affetti da autismo.

Il termine disturbo dello spettro autistico definisce una sindrome che interessa lo sviluppo neurologico ed è caratterizzata da disfunzione precoce delle interazioni sociali con deficit della reciprocità socio-emotiva, deficit dei comportamenti comunicativi non verbali utilizzati per l'interazione sociale e deficit dello sviluppo, della gestione e della comprensione delle relazioni e dalla presenza di comportamenti ripetitivi e restrittivi. La sua frequenza è di circa 1 persona affetta su 100 in tutto il mondo. I disturbi dello spettro autistico sono riportati più frequentemente nei maschi rispetto alle femmine. Le persone con disturbo dello spettro autistico possono presentarsi con un ampio fenotipo che definisce diverse gravità e frequentemente pre-

sentano anche disabilità intellettiva (35%), ritardo del linguaggio (50%) o epilessia (5-15%).

Nonostante, in generale ci siano forti evidenze che indicano come le cause comprendano sia fattori genetici che ambientali, la ricerca genetica ha assunto nell'ultimo decennio il ruolo principale nella spiegazione dell'eziopatogenesi. Le stime di ereditarietà variano tra il 37 ed il 90%, sulla base del tasso di concordanza tra gemelli. Attualmente solo il 15% dei casi sembra essere associato a mutazioni genetiche note. Nel resto dei casi il rischio sembra essere legato a trasmissione poligenica con centinaia di loci genetici che contribuiscono in maniera relativamente ridotta [2, 3].

Questo nuovo studio, retrospettivo, è stato condotto su una popolazione di oltre 95.000 bambini, tutti con fratelli o sorelle maggiori, alcuni dei quali con disturbo dello spettro autistico, allo scopo di rassicurare tutti quei genitori che, malgrado l'assenza di qualsiasi evidenza scientifica, continuano a credere all'esistenza di un nesso causale tra vaccinazione e malattia. Questa convinzione, unita alla consapevolezza che i bimbi con fratelli più grandi affetti da autismo sono già a maggior rischio, spesso induce i genitori a evitare di vaccinare i bambini più piccoli, esponendoli pertanto al rischio di malattie facilmente prevenibili.

Dei 95.727 bambini inclusi nello studio, 1.929 (il 2%) avevano un fratello maggiore con autismo. Complessivamente 994 bambini, (l'1% del campione complessivo di 95.727 bambini) avevano ricevuto una diagnosi di autismo. Fra questi, 134 (7%) bambini con diagnosi di autismo avevano un fratello già affetto, rispetto a 860 (0,9%) tra quelli con fratelli senza autismo. Il tasso di vaccinazione per MPR (una o più dosi) per i bambini con fratelli non autistici era dell'84% (78.564) a 2 anni di età e del 92% (86.063) a 5 anni, mentre i tassi di vaccinazione per i bambini con i fratelli più grandi autistici erano inferiori (73% all'età di 2 anni e 86% all'età di 5 anni).

Il vaccino MPR non è risultato associato ad un



umentato rischio di autismo a qualsiasi età. In particolare, nei bambini con fratelli maggiori affetti da autismo, all'età di due anni il rischio relativo aggiustato di autismo nei bambini che avevano ricevuto una dose di vaccino MPR rispetto ai bambini non vaccinati è risultato pari a 0,76 (IC95%, 0,49 - 1,18) e all'età di 5 anni, il rischio relativo di autismo nei soggetti che avevano ricevuto due dosi di vaccino MPR rispetto ai bambini non vaccinati è risultato pari a 0,56 (IC95%, 0,31 - 1,01). Nei bambini con fratelli maggiori non affetti da autismo, il rischio relativo a due anni era pari a 0,91 (IC95%, 0,67 - 1,20) e all'età di cinque anni era 1,12 (IC95%, 0,78 - 1,59).

Gli autori, pertanto, concludono che *“coerentemente con gli studi su altre popolazioni, non è*

stata osservata alcuna associazione tra la vaccinazione morbillo-parotite-rosolia e l'aumento del rischio di autismo. Inoltre, non è stata trovata alcuna evidenza per cui ricevere 1 o 2 dosi di vaccino sia associato ad un aumentato rischio di autismo tra i bambini con fratelli maggiori affetti”.

Viene quindi, ancora una volta, smentita la falsa credenza di un'associazione tra vaccino MPR e autismo, che si ricorda essere stata creata ad arte dal medico inglese Andrew Wakefield, attraverso uno studio, pubblicato sulla prestigiosa rivista *Lancet* nel 1998, in seguito rivelatosi una delle più clamorose frodi scientifiche della storia. Il testo è stato ufficialmente ritirato dalla rivista nel 2010 e Wakefield, in seguito alla vicenda, è stato espulso dall'ordine dei medici inglese. Purtroppo, l'articolo è ancora ampiamente citato da siti e organizzazioni di anti-vaccinatori, oltre che da alcune sentenze di tribunali italiani a favore di genitori di bimbi malati. Dal 1998, decine di studi epidemiologici hanno via via smontato questa associazione, ma il danno creato da un falso scientifico rimane incalcolabile. La perdita di “fiducia” nella vaccinazione MPR ha eroso in molti paesi, fra cui l'Italia, i tassi di copertura vaccinale contribuendo al mancato obiettivo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) di eliminare morbillo e rosolia congenita.

Bibliografia:

[1] *Autism occurrence by MMR vaccine status among US children with older siblings with and without autism.* Jain A, Marshall J, Buikema A, Bancroft T, Kelly JP, Newschaffer CJ. *JAMA* 2015;313:1534-40.

[2] *DSM V: manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali V* edizione

[3] *Gene hunting in autism spectrum disorder: on the path to precision medicine.* Geschwind DH, State MW. *Lancet Neurol* 2015; S1474-4422.

IMPORTANTE! Sanzioni per chi non ha la PEC! Ecco cosa fare per mettersi in regola

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. La procedura per ottenerla è pubblicata sul sito www.omceoge.org
Per info: ordmedge@omceoge.org

Ad oggi solo **3.060** fra medici, odontoiatri e doppi iscritti sono in regola!



Alice Perfetti

Consigliere

Ordine dei Medici di Genova

Coordinatrice Commissione

Giovani Medici e Odontoiatri

Concorso Nazionale per l'accesso alle scuole di specializzazione: come funziona e cosa è cambiato?

Il 26 Maggio 2015 è stato emanato il Decreto Ministeriale (DM) n. 315 recante il bando di accesso alle scuole di specializzazione di area medica, successivamente integrato con le rettifiche contenute nel Decreto 29.05.2015 n.321.

Come funziona il nuovo concorso e cosa è cambiato rispetto al precedente? Il numero totale dei contratti di formazione ammonta a 6.383, dei quali 6.000 a finanziamento statale, 354 aggiuntivi finanziati da Regioni e Province Autonome, 29 finanziati da privati: il tutto per un totale di 850 borse in più rispetto al precedente anno accademico. Entrando più nel dettaglio delle modalità di concorso, dal 3 al 23 Giugno 2015 sarà possibile iscriversi on line attraverso il portale web **www.university.it**. Potranno partecipare quanti abbiano conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia in data anteriore al termine per la presentazione della domanda di partecipazione al concorso, fissata al 23 Giugno 2015; per poter formalizzare l'iscrizione alle scuole i candidati vincitori dovranno essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione medica entro la data di inizio delle attività didattico-assistenziali delle Scuole, prevista per il 1° novembre 2015. Pertanto, anche gli abilitandi della sessione di Luglio 2015, una volta superato l'esame di stato e se in posizione utile in graduatoria, potranno essere vincitori di una borsa.

Ogni candidato potrà concorrere sino ad un massimo di 3 tipologie di scuola (non più di 2 per area). In sede d'iscrizione al concorso, ai fini della composizione della graduatoria di merito, il candidato dovrà specificare le tipologie di scuola prescelte, indicandole in ordine di preferenza. All'interno di ogni tipologia prescelta il candidato dovrà inoltre

elenicare le specifiche scuole rientranti nella tipologia indicandole in ordine di preferenza di sede. L'iscrizione al concorso si perfeziona con il pagamento di un contributo di 100,00 euro onnicomprensivo, che prescinde dal numero delle scuole per le quali si concorre.

Le prove saranno suddivise nel seguente modo:

28 Luglio 2015: prima prova su 70 quesiti di carattere generale a cui rispondere in 100 minuti.

I quesiti saranno inerenti la formazione clinica del percorso di studi.

29-30-31 Luglio 2015: seconda prova su 30 quesiti di area medica o chirurgica o dei servizi clinici (in base alla tipologia di scuola prescelta) da svolgere in 50 minuti, relativi alla valutazione di dati clinici, diagnostici ed analitici riconducibili a settori scientifici disciplinari fondamentali per l'area di riferimento, più 10 domande inerenti la specifica specializzazione da svolgere in 20 minuti (le materie riconducibili al settore scientifico disciplinare caratterizzante ciascuna tipologia di scuola sono indicate nella tabella di cui all'allegato 3 del bando). Ogni quesito avrà quattro possibili risposte. Nella prima prova e nella parte relativa all'area della seconda prova verranno attribuiti 1 punto per ogni risposta corretta, -0,3 punti per risposta sbagliata, 0 punti per risposta non data. Nella seconda parte specifica per ogni tipologia di scuola verranno attribuiti 2 punti per ogni risposta corretta, -0,6 per risposta sbagliata e 0 punti per risposta non data. Ogni candidato avrà a disposizione una postazione informatica (con computer, privo di tastiera, non connesso a Internet) e il sistema non permetterà il passaggio ad altre applicazioni eventualmente residenti sullo stesso hardware.

Per quanto riguarda gli scorrimenti delle graduatorie, un primo grande scorrimento è previsto tra il 7 agosto ed il 24 agosto 2015. Potranno seguire ulteriori scorrimenti, ma l'ultimo dovrà essere perfezionato entro il 20 ottobre 2015.

Il Ministero inoltre, a differenza dello scorso concorso, potrà adottare ogni eventuale provvedimento utile a consentire il più rapido scorrimento delle graduatorie, compresa la convocazione personale dei candidati ai fini della loro assegnazione alla tipologia di scuola e alla sede a cui accedere.



Le prove di ammissione si svolgeranno a livello locale in una o più sedi, nella stessa data e allo stesso orario. L'organizzazione delle prove a livello locale è affidata alle istituzioni universitarie presenti sul territorio che dovranno garantire sicurezza, trasparenza e standard omogenei di gestione nello svolgimento delle prove attenendosi alle indicazioni fornite dal MIUR.

L'elenco delle sedi dove si svolgeranno le prove di ammissione verrà pubblicato il giorno 6 luglio 2015 sul sito www.university.it. Ciascun candidato dovrà presentarsi nella sede in cui è stato assegnato.

Le istituzioni universitarie di assegnazione provvederanno entro il 9 luglio 2015 a rendere note ai candidati loro assegnati, nell'area riservata del sito www.university.it, le informazioni relative allo specifico orario e luogo di presentazione per lo svolgimento della prova per ognuno di essi.

Ad ogni candidato potranno essere attribuiti un massimo di 135 punti, calcolati in base al punteggio attribuito ai titoli (massimo 15 punti) e al punteggio conseguito nella prova, per un massimo di 120 punti, come precedentemente illustrato.

Il punteggio relativo ai titoli si compone di:

- **voto di laurea per un massimo di 2 punti** (110 e lode 2 punti, 110 1,5 punti, da 108 a 109 1 punto, da 105 a 107 0,5 punti)

- **curriculum per un punteggio massimo di 13 punti.**

Nel dettaglio, avranno un peso la media ponderata (sulla base dei CFU attribuiti alla singola materia di esame) degli esami sostenuti che attribuisce un punteggio massimo sino a 5 punti (media superiore o uguale a 29,5 5 punti, superiore o uguale a 29 4 punti, superiore o uguale a 28,5 3 punti, superiore o uguale a 28 2 punti, superiore o uguale a 27,5 1 punto) ed il voto ottenuto negli esami fondamentali e caratterizzanti la singola scuola (per un massimo di 5

punti) sulla base delle modalità indicate nell'allegato 3 del DM. In particolare, le rettifiche di cui al Decreto 29.05.2015 n. 321 introducono alcune modifiche relativamente alle modalità di attestazione della media ponderata, sgravando da tale incombenza i candidati; terminate le procedure di iscrizione da parte del candidato e comunque in tempo utile per le operazioni di attribuzione dei punteggi, gli Atenei presso cui i candidati stessi hanno conseguito la laurea sono tenuti al caricamento on line e secondo le indicazioni del CINECA, di una attestazione nella quale sia riportata la media ponderata degli esami sostenuti dal candidato; il voto 30 e lode deve essere considerato pari al voto 30/30 e la media ponderata deve essere arrotondata alla prima cifra decimale (es. 27,56=27,5).

- **altri titoli per un punteggio massimo di 3 punti** ed in particolare 1 punto per tesi sperimentale in una disciplina afferente a uno dei settori scientifico-disciplinari di riferimento per la tipologia di scuola consultabili all'allegato 4, 2 punti per il titolo di dottore di ricerca in una disciplina afferente a uno dei settori scientifico-disciplinari di riferimento della tipologia di scuola. Questo punteggio non viene attribuito a coloro che alla data di presentazione della domanda sono già in possesso di un diploma di specializzazione o che siano già titolari di un contratto di specializzazione da almeno un anno.

Ricapitolando quindi le tempistiche:

- dal 3 al 23 Giugno 2015 è possibile iscriversi on line al concorso sul sito www.university.it

- il 6 Luglio 2015 i singoli candidati potranno prendere visione dell'istituzione universitaria presso la quale svolgeranno la prova accedendo all'area riservata sul sito www.university.it

- entro il 9 luglio 2015 le istituzioni universitarie di assegnazione provvederanno a rendere note ai candidati le informazioni relative allo specifico orario e luogo di presentazione per lo svolgimento della prova, sempre accedendo all'area riservata del sito www.university.it

- dal 28 al 31 Luglio 2015 si svolgeranno le prove d'esame

- gli scorrimenti delle graduatorie saranno attivi dal 7 Agosto al 20 Ottobre 2015

- il 1° Novembre 2015 inizieranno le attività didattico-assistenziali.



Valeria Messina
Consigliere dell'Ordine
dei Medici di Genova

Le AFT: come cambia la medicina generale

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali: riflessioni di un MMG di fronte al cambiamento

La figura del moderno MMG, medico di medicina generale, convenzionato con il SSN, viene introdotta nel 1978 dalla legge 833, evoluzione della medicina mutualistica nata negli anni 50 come espressione di mutualità corporativa per la tutela dei lavoratori (carta del lavoro 1919). La legge 841/1953 cambia il rapporto tra pazienti e medici, una volta di carattere privato, che ora acquista una dimensione pubblica; fissa i livelli minimi di prestazioni da erogare a tutti i cittadini e disciplina i rapporti con i medici.

Il MMG è un libero professionista "convenzionato" con il SSN, organo al quale è devoluto il compito di rapportare il numero dei medici alle esigenze del territorio al fine di realizzare un'efficiente rete assistenziale, di promuovere l'obbligo professionale dell'aggiornamento permanente e di stabilire la remunerazione su quota capitaria.

Il MMG ha il governo clinico del paziente e gestisce la relazione con gli specialisti, l'accesso in ospedale e in PS ed è l'unico referente per il paziente e la sua famiglia. Mutano, intanto, le condizioni sociali del paese e i bisogni percepiti di salute. L'art. 8 della legge 502/92, che disciplina i rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali, sancisce l'evoluzione della medicina del territorio attraverso la nascita di aggregazioni di medici di gruppo o di rete.

Si ridefiniscono le professionalità e si affrontano sfide bioetiche e socio/ambientali.



Il concetto di cura evolve da cura a *cure+care*. In questi anni, rivendicando la centralità del suo ruolo, il MMG sperimenta nuove modalità di lavoro per ottimizzare l'assistenza; esce dall'isolamento per coinvolgersi in forme di aggregazione tese a garantire *"maggiori e più qualificanti standard strutturali, strumentali e di organizzazione dell'attività professionale"* offrendo più ampio orario di accesso ai pazienti. Sperimenta, inoltre, la cooperazione tra colleghi per realizzare maggior appropriatezza e il monitoraggio di patologie croniche in sintonia coi distretti.

Molti studi si dotano di personale infermieristico o di segreteria, il livello di informatizzazione migliora ed un numero sempre maggiore di medici compila le ricette utilizzando strumenti informatici o gestisce cartelle informatizzate; alcuni offrono agli assistiti la possibilità di eseguire prenotazioni CUP dal proprio studio. Questa evoluzione, tuttavia, nel nostro territorio appare non omogenea, anche se sussistono realtà associative molto avanzate, in cui gli assistiti possono eseguire ECG, spirometrie, holter pressori ed ecografie in studio e si sperimentano progetti di gestione integrata del diabete o della BPCO; si creano ambulatori aperti durante l'orario notturno o nei giorni festivi; si formano cooperative di servizi. Ma ci si trova ancora in situazioni in cui il MMG svolge la propria attività con i vecchi metodi tradizionali.

Oggi, la medicina di famiglia sta vivendo una fase di ulteriore profondo mutamento culturale e organizzativo: scompare la figura del MMG così come l'abbiamo sempre conosciuta. La legge Balduzzi

189/2012 muta le forme di organizzazione territoriale facendole confluire nelle AFT e nelle UCCP. La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano n. 82 del 10/7/2014, recependo le indicazioni del decreto Balduzzi, sancisce un nuovo PATTO DELLA SALUTE teso a garantire l'equità e l'universalità del sistema e i livelli essenziali di assistenza LEA in modo appropriato e uniforme sul territorio nazionale. Il Patto, riconosce il valore fondamentale dell'assistenza territoriale secondo il modello delle *chronic model cares* e, ritenendo necessario implementare l'assistenza domiciliare e le risorse per la gestione delle cronicità e per l'*empowerment* del paziente, la organizza in due modelli territoriali: le UCCP e le AFT. Le AFT sono raggruppamenti funzionali monoprofessionali di MMG a cui sarà dato il compito di attuare il nuovo modello di continuità assistenziale. La loro finalità consiste nel gestire, secondo obiettivi definiti e concordati con l'Azienda Sanitaria, la "presa in carico" della salute del gruppo di cittadini loro affidati. Gli obiettivi sono:

- a)** passare da una medicina di attesa ad una medicina di iniziativa;
- b)** operare per PDTA;
- c)** avere gestione proattiva delle cronicità, delle complessità e la tutela del paziente fragile.

L'AFT è costituita da MMG che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida; che hanno capacità di fare *audit*.

Ogni AFT abbraccia un bacino di utenza di circa 30.000 utenti e coinvolge circa 20 MMG.

L'UCCP, struttura più complessa, raccoglie in sé più AFT, costituite da medici di gruppo o singoli, pediatri, personale infermieristico e di segreteria, specialisti, assistenti sociali.

E' un sistema integrato di servizi che sviluppa collaborazione e condivisione, consente di applicare percorsi assistenziali condivisi, chiama i MMG e i

pediatri alla "*partecipazione responsabile nel governo della domanda e nell'organizzazione dei servizi, alla sostenibilità economica*".

L'UCCP, per lo più, ha sede unica e diventa nodo nevralgico della connessione tra MMG, specialisti e operatori sociali: migliorando la qualità delle prestazioni della medicina di famiglia si presume si possano ridurre i tassi di ricovero o di accessi impropri al PS. I MMG devono lavorare nel territorio garantendo i servizi essenziali.

Le UCCP e le AFT hanno come compiti essenziali:

- assicurare l'erogazione delle prestazioni territoriali (medicina generale tramite le AFT, assistenza infermieristica, attività territoriale, ambulatoriale e domiciliare, attività specialistica, servizi di supporto);
- garantire la continuità dell'assistenza mediante l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata e il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata e del FSE;
- garantire l'accessibilità all'assistenza territoriale per tutto l'arco della giornata in tutti i giorni della settimana, avvalendosi dei professionisti del ruolo unico della medicina generale;
- garantire la continuità dell'assistenza nelle tre declinazioni (relazionale, gestionale ed informativa), prevedendo l'applicazione di percorsi assistenziali condivisi e l'integrazione informativa tra le componenti della medicina convenzionata e la rete distrettuale ospedaliera.

Di fatto, nell'ASL 3 Genovese ogni medico convenzionato è stato inserito in una AFT, è stato individuato un referente e sono iniziati gli incontri tra i colleghi e i distretti.

Nuove competenze vengono richieste: accanto a capacità gestionali ci si aspetta che i MMG siano pronti a misurare il loro operato e a confrontarsi con gli altri MMG; fare *audit* diventa imprescindibile per poter capire su quali criticità intervenire.

Saremo in grado di assumere



ruoli gestionali e organizzativi complessi? quale ruolo possono giocare le cooperative mediche? siamo pronti per raccogliere questa sfida? riusciamo a vedere quali opportunità generi questa "rivoluzione", ad esempio, in termini di possibile integrazione e cooperazione tra MMG titolari della convenzione e i giovani colleghi non ancora inseriti nel mondo lavorativo? Possiamo far sì che diventino un punto di partenza per quella auspicata declinazione di genere dell'attività professionale, in cui sia possibile, per una medicina numericamente formata da donne, ridare alle colleghe il diritto alla maternità? O a dar vita a forme civili di sostegno temporaneo tra colleghi con "affezioni", in cui trovi spazio una nuova forma di "competenza", quella appunto del MMG con particolari competenze, sia che si tratti della gestione del diabete o di cure palliative, etc.? La competenza di uno può diventare risorsa per il gruppo? Compare anche la figura dell'assistente di studio di medicina di famiglia. I MMG saranno il centro, saranno "territorio", capi-

ranno e gestiranno il loro territorio, ma riusciranno a lavorare insieme?

Saranno salvaguardati i due aspetti imprescindibili dell'assistenza, il rapporto fiduciario medico-paziente e la capillarità territoriale? Chi darà loro le competenze manageriali e informatiche? E gli strumenti? La tecnologia diagnostica di primo livello e la connessione anche telematica con gli specialisti, così come recita la legge, sarà attuata? La pressante necessità del cambiamento è evidente: il collasso del SSN è la conseguenza dell'inerzia; il cambiamento diventa un imprescindibile atto morale se si pensa che l'11,1% della popolazione rinuncia alle cure, secondo il rapporto ISTAT 2014, il 50% per difficoltà economiche e il 32,4% per difficoltà di accesso alle cure. Bisogna dare "forza" al territorio per contenere gli alti costi ospedalieri, per porre il paziente e la sua fragilità al centro del sistema.

Vivremo a Genova davvero questo cambiamento o "occorre che tutto cambi perchè nulla cambi"?



Vuoi provare prima di acquistare?

TOP MARKET
Touch & Try

www.topmarketfotovideo.com

Vai sul sito, compila il form e indica i prodotti che vorresti visionare, sarai ricontattato per un appuntamento. Se al termine della prova sei interessato all'acquisto avrai uno sconto sul nuovo!

A Genova in:

- Via Cecchi, 69 b/r
- Via San Vincenzo, 78 r
- Via San Lorenzo, 19 r
- Corso De Stefanis, 11 r

TOP MARKET
segui su Twitter e Facebook
010 5536180 ■ info@topmarketfotovideo.com

f t

Elezioni ENPAM 2015: i risultati

Assemblea Nazionale

Liste vincitrici ed eletti delle 7 categorie professionali

Medici di Medicina Generale (assistenza primaria, continuità assistenziale ed emergenza territoriale), ex convenzionati per continuità ed emergenza, transitati alla dipendenza

Lista **"Attiviamo la medicina generale - FIMMG per l'ENPAM"** voti 6097

Bartolucci Adele, Ferrara Antonella, Garione Ivana, Giuliano Tatiana, Livatino Antonietta, Luciani Mirene Anna, Maio Tommasa, Pizzutelli Caterina, Russo Celeste, Stocchiero Bruna, Brissa Nazzareno Salvatore, Campanelli Sandro, Castaldo Angelo, Giordano Egidio, Grimaldi Domenico Roberto, Vespa Fabio Maria, Milano Luca, Orsini Federici Sabatino, Paduano Romano, Ponti Daniele, Rizzo Fabio, Scotti Di Fasano Salvatore, Sportelli Giovanni, **Stimamiglio Andrea**, Venturella Nunzio, Lai Paolo Giuseppe.

Pediatri di libera scelta

Lista **"Lista FIMP"** voti 841

Antonelli Antonella, D'Avino Antonio, Guglielmi Nunzio, Vella Giuseppe.

Specialisti Ambulatoriali interni, incaricati della medicina dei servizi territoriali ed ex convenzionati per la specialistica ambulatoriale e la medicina dei servizi, transitati alla dipendenza

Lista **"SUMAI per l'Assemblea Nazionale"** voti 1837

Peperoni Gabriele, Antonini Gabriele, Visonà Mauro Renato, Stillo Alessandra Elvira Maria, Procopio Pietro, Moncini Gianfranco, Priolo Vincenzo, Obrizzo Renato.

Specialisti esterni accreditati ad personam, ovvero operanti in strutture in regime di accreditamento

Lista **"Lista SBV"** voti 146

Gibiino Salvatore

Liberi professionisti iscritti alla quota B del Fondo di Previdenza Generale

Lista **"Lista per il welfare dei liberi professionisti"** voti 3294

Mancini Giovanni Evangelista, Di Mola Angelo, Nicolin Giuliano, Di Bartolomeo Giancarlo, Barzagli Luca, Santaniello Sabrina, D'Angelo Michele, Palumbo Carla, Andrisani Donato, Coprivez Paolo, Bellezza Corrado, Famulari Cinzia, Causo Arcangelo, Cannarozzo Maria Grazia.

Dipendenti da datore di lavoro pubblico o privato

Lista **"Medici dipendenti"** voti 1057

Zerbi Rosella, Ricciardi Giuseppe, Antonio Amendola, **Rosenberg Ilan**, Zaccaroni Alberto.

Contribuenti alla sola Quota A del Fondo di Previdenza Generale

Lista **"Giovani medici previdenti # programmazione #formazione#lavoro"** voti 1566

Silenzi Andrea

Comitati Consultivi Nazionali eletti

Consulta della quota B del Fondo di Previdenza Generale

Rappresentante per i liberi professionisti non dipendenti iscritti all'Albo degli Odontoiatri:

Mancini Evangelista Giovanni voti 2482

Rappresentante degli iscritti dipendenti titolari di reddito da attività libero professionale soggetto a contribuzione della gestione (in regime di attività intra-moenia od extra-moenia):

Chiarello Marco voti 252

Consulta dei Medici di Medicina Generale, pediatri di libera scelta e addetti di continuità assistenziale ed emergenza territoriale.

Rappresentante per la categoria dei medici di medicina generale di assistenza primaria:

Pagano Franco voti 4518

Rappresentante per la categoria dei pediatri di libera scelta:

Sempri Giovanni voti 786

Rappresentante per la categoria dei medici di medicina generale addetti al servizio di continuità assistenziale e/o emergenza territoriale:

Leonardi Stefano voti 921

Comitati Consultivi Regionali eletti

Libera Professione "Quota B" del Fondo di Previdenza Generale

Gabriele Perosino voti 191

Medici di Medicina Generale, pediatri di libera scelta e addetti ai servizi di continuità assistenziale ed emergenza territoriale e transitati alla dipendenza

Francesco Prete voti 103

Specialisti Ambulatoriali e degli addetti alla medicina dei servizi e transitati alla dipendenza

Giancarlo Conte voti 30

L'ospedale: casa di cura o luogo di pena?

Mauro Giuseppe Barberis

Docente di Diritto, Università di Trieste

Sino a qualche anno fa, consideravo frutto di prevenzioni irrazionali l'atteggiamento di quanti (nonni, zii e anziani in genere) paiono disposti a rischiare la morte per malattia, ma a casa propria, pur di non farsi ricoverare in ospedale. La sanità pubblica italiana, ragionavo, è nella top ten di tutte le possibili classifiche internazionali; dunque, spiegavo questa resistenza al ricovero come un pregiudizio, frutto di un passato in cui, specie nelle campagne, in ospedale si andava solo a morire, non a guarire. Eppure, durante un breve ricovero per un'appendicite, avrebbe dovuto farmi riflettere l'improvvisa trasformazione da sano a malato del padre di un amico, ricoverato solo per sostenere alcuni esami e colpito da delirium durante la notte, come pare capiti a un quarto degli anziani ospedalizzati.

Poi mi è capitato di passare lunghi periodi di ricovero in un reparto eccellente di un grande ospedale, dove credo mi abbiano salvato la vita ma - questo il punto - non grazie, bensì nonostante un'organizzazione interna assurda, funzionale a tutte le esigenze tranne che a quelle del malato. Così, sono arrivato alla seguente conclusione, che suonerà paradossale o eccessivamente radicale a molti, ma che a me sembra quasi pacifica. La conclusione è che avevano ragione i nostri vecchi. Gli ospedali sono luoghi di pena prima che case di cura: un universo parallelo dove vigono regole e una razionalità diverse da quelle che valgono nel mondo ordinario. E non per necessità, o perché sia normale così, ma per altre ragioni, raccontate dagli storici.

Apriamo i libri di Michel Foucault, dalla *Storia della follia nell'età classica* (1961) alla *Nascita della clinica* (1963) sino a *Sorvegliare e punire* (1975), e leggiamo: «Sorveglianza, esercizio,

manovre, annotazioni, file e posti, classificazioni, esami, registrazioni. Tutto un sistema per assoggettare i corpi, per dominare le molteplicità umane e manipolare le loro forze, si era sviluppato nel corso dei secoli moderni (*classiques*) negli ospedali, nell'esercito, nelle scuole, nei collegi, nelle fabbriche: la disciplina». Foucault, qui, racconta il lato oscuro del processo di civilizzazione studiato da Norbert Elias: mentre i nobili prima e i borghesi poi imparavano a mangiare con le posate, i contadini sfuggiti alla servitù, i vagabondi, i mendicanti, i pazzi, venivano rinchiusi nei lazzaretti, nei lebbrosari e negli ospizi lasciati liberi dagli appestati.



Lo scopo non era certo curarli - spesso erano sani prima della reclusione - ma controllarli e, nel caso dei veri malati, sottrarli alla vista e al contagio dei sani. Nell'Ottocento gli ospedali sono stati riorganizzati sul modello delle caserme (camerate, pigiami come divise, allettamento obbligatorio, orari e disciplina paramilitare...): organizzazione sopravvissuta alla chiusura dei manicomi, delle stesse caserme e di altri luoghi di pena. Così i malati sono divenuti pazienti: non soggetti, cioè, ma oggetti, i quali patiscono non tanto la malattia quanto la cura, rigorosamente standardizzata anche per poter essere delegata al personale paramedico. Da persone, in questo modo, i malati divengono corpi offerti allo «sguardo clinico» del medico: sguardo che si pretende oggettivo solo perché fa astrazione dell'anima, della personalità del malato e del rapporto medico-paziente, ridotto al minimo indispensabile. Chiedo al lettore, certo più esperto di medicina di

me, di prestarsi al seguente esperimento mentale: immaginare una persona perfettamente sana che, per una ragione qualsiasi, viene ospedalizzata per una settimana. Per sette giorni, dunque, vestirà solo il pigiama e starà a letto, senza che ve ne sia bisogno; se per caso dorme, nonostante le luci accese nei corridoi, sarà svegliato all'alba per sottostare a controlli il cui orario dipende solo dalla fine del turno di notte degli infermieri; vedrà un medico una volta al giorno, se va bene; mangerà a orari impossibili cibi precotti a chilometri di distanza, sulla base di menù compilati da dietologi pazzi o da burocrati che mirano solo a risparmiare; potrà vedere parenti e amici solo in orario di visita; eccetera, eccetera.

Sarebbe interessante chiedersi quante di queste pratiche siano giustificate da ragioni terapeutiche e quante si debbano solo ad un modello organizzativo risalente all'Ottocento e conservatosi nonostante le esigenze delle persone: e parlo non solo dei malati, ma anche del personale medico e paramedico, che spesso considera quest'organizzazione come la polizia carceraria considera il regolamento dei penitenziari. Ma è più facile domandarsi: la nostra persona sana d'inizio esperimento lo sarà altrettanto alla fine? Ammettiamo pure che sfugga ai virus e alle altre affezioni ospedaliere; la sua salute non sarà compromessa dall'alterazione dei ritmi di vita, dalla modifica dell'alimentazione, dall'impossibilità di lavarsi e di godere di una qualche privacy? Trattato da malato, il sano non si convincerà di esserlo davvero?

Posto che i tagli alla spesa sono ormai l'unica esigenza politicamente sentita, chi ha interesse alla conservazione di questa organizzazione patogena, piuttosto che alla sperimentazione di altre soluzioni? I malati direi di no: il loro unico interesse è non finirci mai, in ospedale, ma essere curati prima e altrove, e se proprio ci finiscono uscirne il prima possibile. I medici e paramedici pubblici direi neppure: vivendoci quotidianamente, spesso sono

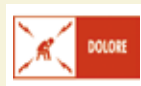
loro per primi a non sopportare un'organizzazione che li riduce a esecutori di protocolli, soggetti a rischi legali ove se ne discostino. Restano solo i manager, impegnati a tagliare costi e teste, e chi lavora nella sanità privata, competitiva con la pubblica, spesso, solo per il maggior comfort assicurato ai pazienti disposti a pagarselo.

Gli organi d'informazione si avvicinano a questi temi solo nei casi di malasanità, patologici rispetto a una sanità pubblica mediamente buona, fra punte di eccellenza e situazioni di degrado, specie nel meridione. Semmai, bisogna chiedersi se anche molti episodi di malasanità non dipendano da una organizzazione del lavoro ormai neppure più ricalcata su quella delle caserme o delle carceri ma sulla catena di montaggio industriale: un'organizzazione tanto standardizzata da risultare altrettanto punitiva per medici e paramedici che per i pazienti. Del resto, non sono più solo i pazienti impazienti come il sottoscritto a porsi tutti questi problemi, almeno a credere alla pagina dedicata alla questione da "Repubblica", il 23 febbraio scorso, sotto il titolo "Basta ospedali come caserme": la lotta per aver più comfort in corsia.

C'è un'ampia letteratura, ormai, sugli effetti patogeni del ricovero ospedaliero, del tutto analoghi agli effetti criminogeni della detenzione in carcere. Da giurista, però, mi permetterei di correggere il titolo di "Repubblica": altro che comfort, qui si tratta di diritti, i diritti dei malati a venire trattati come persone. Quando mio padre, novantenne e cieco, è stato colpito da un ictus, mi sono preso la responsabilità di farlo curare a casa, risparmiandogli il pronto soccorso e l'ospedalizzazione; e credo, sulla base di esperienze simili, di avergli salvato la vita. Certo, se poi uno vuole chiudere gli occhi, può anche rifugiarsi nel solito «Gli ospedali non sono alberghi». A tutti quelli che gli occhi vogliono tenerli aperti, invece, vorrei porre questa semplice domanda: voi, con vostro padre, non avreste fatto lo stesso?



Calendario CORSI FAD della FNOMCeO



Dolore: riconoscimento, valutazione, gestione solo nella modalità on-line

20 crediti

scadenza:
21 giugno 2015

Governo clinico: innovazioni, monitoraggio, performance cliniche, formazione in modalità on-line e fax

20 crediti

scadenza:
14 luglio 2015

Salute e ambiente: aria, acqua e alimentazione in modalità on-line e fax

15 crediti

scadenza:
17 ottobre 2015

Programma nazionale valutazione esiti: come interpretare e usare i dati solo nella modalità on-line

12 crediti

scadenza:
29 novembre 2015

Ebola solo nella modalità on-line

5 crediti

scadenza:
7 dicembre 2015

Salute e ambiente: pesticidi, cancerogenesi, radiazioni ionizzanti, campi elettromagnetici e antibiotico resistenza solo nella modalità on-line

15 crediti

scadenza:
19 marzo 2016

Comunicazione e performance professionale: metodi e strumenti - 1° Modulo: elementi teorici della comunicazione - solo nella modalità on-line

12 crediti

scadenza:
29 maggio 2016

Congresso Nazionale Chirurgie *"Il chirurgo per l'uomo: la mente, le mani, il cuore"*

Data: 24-25-26 giugno 2015

Luogo: Centro Congressi Porto Antico, Genova

Destinatari: medici chirurghi (corso a pagamento)

ECM: richiesti

Per info: Totem tel. 0185 598427

Convegno Ligure AME SIE *"Aggiornamenti in Endocrinologia"*

Data: 27 giugno 2015

Luogo: Porto Lotti, La Spezia

Destinatari: medici chirurghi (endocrinologia, medicina interna, malattie metaboliche e diabetologia, chirurgia, oncologia, scienza dell'alimentazione)

ECM: 7 crediti

Per info: EtaGamma tel. 010 8370728

"La frattura non guarisce sempre: analisi delle problematiche"

Data: 18 settembre 2015 (max 50 partecipanti)

Luogo: Villa Serena, Piazza Leopardi 18, Genova

Destinatari: tutte le professioni sanitarie

ECM: 6 crediti

Per info: Villa Serena tel. 010 312331 + int. 341

"Aggiornamenti in tema di diabete, di fratture da fragilità, e dolore artrosico"

Data: 29 settembre 2015

Luogo: Genova

Destinatari: medici chirurghi

ECM: richiesti

Per info: Aristeia tel. 010 553591

e-mail: benvenuto@aristeia.com

"Nuove tecnologie in chirurgia endocrina"

Data: 25 settembre 2015 (max 50 partecipanti)

Luogo: Villa Serena, Piazza Leopardi 18, Genova

Destinatari: tutte le professioni sanitarie

ECM: 6 crediti

Per info: Villa Serena tel. 010 312331 + int. 341



MANUALE DI MEDICINA GENERALE per specializzazioni mediche 2 volumi, 2° edizione (2015) di F. Frusone - G. Puliani - Edizioni EdiSES **euro 158.00 per i lettori di "Genova Medica" euro 135.00**
Rivolto ai candidati alle selezioni del Concorso Nazionale per le Scuole di Specializzazione e del Corso di Formazione in Medicina Generale, il volume rappresenta un sintetico compendio di tutte le discipline caratterizzanti il corso di laurea.

Quick Review "CHIRURGIA" di F. Minni - C. Ricci - Edizioni EdiSES
euro 25.00 per i lettori di "Genova Medica" euro 22.00

Uno strumento facilmente consultabile per fissare i concetti essenziali della disciplina.

NETTER Atlante di Anatomia Fisiopatologia e Clinica Apparato cardiovascolare di Conti C.R. Edizioni Edra (2105) **euro 130.00 per i lettori di "Genova Medica" euro 110.00**

Le tavole di Netter accompagnate da un testo conciso illustrano sia le nozioni di base (anatomia, fisiologia, epidemiologia) che la clinica con informazioni aggiornate sulla diagnosi e la terapia delle principali patologie.

KAPLAN & SADOCK'S trattamento farmacologico in psichiatria Guida Pratica Edizioni Edra di B.J. Sadock, V.A. Sadock - Edizione italiana a cura di Prof. Giorgio Racagni (2015)
euro 39.00 per i lettori di "Genova Medica" euro 34.00

Il testo, dopo un piccolo cappello introduttivo sui concetti di base di psicofarmacologia, passa in rassegna tutte le tipologie di farmaci utilizzati in ambito psichiatrico classificandoli in base alla loro attività farmacologica e al meccanismo d'azione.

HARRISON'S PRINCIPLES OF INTERNAL MEDICINE

di J. Loscalzo, J. L. Jameson, D. L. Longo, A. S. Fauci, S. L. Hauser, D. L. Kasper - Edizioni McGraw-Hill Medical 19th ed. (2015) **euro 226.00 per i lettori di "Genova Medica" euro 190.00**

Nuova edizione dell'Harrison in lingua inglese, il trattato in medicina interna più famoso del mondo che non ha bisogno di presentazioni.

THE SANFORD GUIDE TO ANTIMICROBIAL THERAPY - Formato tascabile - Edizioni Sanford (2015)
euro 27.00 per i lettori di "Genova Medica" euro 23.00

Recensiamo per la prima volta su "Genova Medica" la nuova 45ª edizione in inglese del più famoso e diffuso manuale di antibiotico terapia clinica del mondo, un manuale che non ha bisogno di presentazioni.

MANUALE PRATICO DI IPNOSI CLINICA E AUTOIPNOSI di L. Merati, R. Ercolani - Ediz. Edra (2015)
euro 35.00 per i lettori di "Genova Medica" euro 30.00

Il presente manuale nasce dall'idea di rendere accessibile il linguaggio dell'ipnosi con l'ambizione di trasmettere, in maniera stimolante e immediatamente pratica, uno strumento fondamentale per i professionisti del mondo della salute e per coloro che già conoscono l'ipnosi, ma necessitano di una guida facile e di veloce consultazione.



Silvano Fiorato
Commissione culturale
dell'Ordine

Girolamo Cardano: medico, filosofo e anche... un pò esibizionista

Fu un personaggio di grande rilievo nel panorama europeo del '500

Speso la fama di una persona non è proporzionale alla sua rilevanza; così oggi ben pochi si ricordano di lui, Girolamo Cardano, uomo di cultura poliedrica, dalla medicina alla matematica e alla fisica (di cui troviamo ancora oggi traccia nel "giunto cardanico", raccordo mobile tra due leve meccaniche) e autore di decine di libri su vari argomenti, tra i quali l'astrologia e la filosofia. Era nato a Pavia il 24 settembre 1501, all'inizio di quel secolo che fu l'alba della nostra cultura occidentale: basterà ricordare alcuni nomi, come Leonardo da Vinci, Galileo Galilei, Tommaso Campanella, Girolamo Fracastoro, Niccolò Copernico, Bernardino Telesio, Giordano Bruno.

Girolamo Cardano, figlio unico di genitori molto rigidi e poco affettuosi (la madre aveva tentato di interrompere la gravidanza in quanto non ancora sposata), ebbe un'infanzia tribolata, finché suo padre, celebre matematico, non lo avviò agli studi scientifici. La fisica, la matematica e la botanica lo appassionarono e, a diciannove anni, iniziò a frequentare medicina all'università di Pavia e successivamente a quella di Padova; suo maestro fu Pietro Pomponazzi, la cui scienza era impregnata di una filosofia aperta alla libertà di pensiero.

L'ambiente universitario lo travolse in una vita disordinata: bisbocce, perdite al giuoco specie con i dadi e con gli scacchi, debiti crescenti ed anche una rissa per aver scoperto l'avversario con carte truccate. Appena laureato iniziò a lavorare come



Girolamo Cardano (1501 - 1576)

medico in un paese tra Padova e Venezia, Saccolongo, dove rimase alcuni anni e dove sposò, nel 1531, la figlia di un comandante dei soldati veneziani. Tre anni dopo si trasferì a Milano, dove iniziò la sua ascesa: innanzitutto pubblicò un libro di severa critica degli errori dei medici, intitolato *"De malo medendi usu"*, che ebbe successo, ma destò feroci polemiche. Nel 1539, grazie a qualche spinta di autorevoli amici, riuscì ad entrare nel Collegio dei medici; e, poco dopo, gli fu affidato l'insegnamento medico all'università di Pavia. La sua notorietà era ormai diffusa, tanto che un cardinale gli offrì il posto di medico del Papa Paolo III; ma lui rifiutò, perché *"il Papa è decrepito"*.

Nel frattempo continuava a scrivere libri: di medicina, di fisica, di astronomia, di matematica e di filosofia; i più importanti furono *"De Subtilitate"* sul rapporto tra corpo e anima, *"De rerum varietate"* e *"Ars magna"* dove illustrò la soluzione delle equazioni di terzo grado, soluzione almeno in parte indotta dal lavoro di un altro matematico che andò su tutte le furie. Nel 1552 fu chiamato ad Edimburgo per curare il primate di Scozia; nel viaggio fu accolto con ogni onore a Parigi e poi a Londra dal re Edoardo VI in persona. Rimase in Scozia parecchi mesi e poi, guarito il primate, tornò in Italia dove il suo comportamento indisponente (la mania, nelle pubbliche discussioni, di dire *"più volentieri le cose che fanno dispiacere a chi mi*

ascolta") e ancora la passione del giuoco divorò la sua fama. Anche suo figlio minore era travolto dallo stesso vizio, e arrivò al punto di derubarlo e di accusarlo di eresia per le sue ricerche astrologiche. Era l'epoca della Controriforma per cui Cardano fu arrestato, e dopo tre mesi di carcere, grazie all'intervento di importanti prelati, gli furono concessi gli arresti domiciliari per altri tre mesi.

Ben più tragiche conseguenze ebbe per lui la vicenda del figlio maggiore, condannato a morte per aver fatto uccidere la moglie incinta sospettata di infedeltà. Nel 1562 l'università di Bologna gli aveva affidato l'insegnamento di medicina, interrotto nel 1570 quando era stato arrestato per eresia; nonostante il gradimento dell'università scelse di abbandonare definitivamente gli studi.

Aveva ormai perduta la sua spinta vitale e il suo interesse per raggiungere nuove scoperte scientifiche; l'ultima opera rilevante era stata *"De utilitate ex adversis capienda"*: un trattato sulle alterazioni mentali che possono indurre a comportamenti

criminali, scritto dopo l'esecuzione della condanna a morte del figlio. Si era spenta la sua felicità di vivere in un secolo tanto ricco di scoperte: da quelle geografiche a quelle scientifiche e alla stampa e alla rivisitazione costruttiva dei filosofi greci. Sull'importanza che questa atmosfera così stimolante aveva avuto nella sua vita aveva scritto un piccolo libro autobiografico, *"De vita propria"*, dove esprime la sua soddisfazione per aver raggiunto i vertici del sapere umano. Aveva una grande considerazione di sé, con atteggiamenti straffotenti e ciarlattaneschi, talvolta superstiziosi e miracolistici. Ma negli ultimi anni della sua esistenza tutto questo si era spento; tutti lo avevano abbandonato, al punto di vivere stentatamente e in miseria, nella Roma di papa Gregorio XIII; grazie a lui, nell'ultimo anno di vita, aveva avuto una pensione che gli consentiva di andare avanti.

La vicenda umana di Girolamo Cardano, dopo tanto clamore, si spegneva così, a settantacinque anni, nel più tragico silenzio.

I libri antichi della libreria Frasconi

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

H. J. Roberts, *"Diagnostica differenziale ragionata-interpretazione dei casi oscuri"*

trad. 1ª edizione americana, 1960, Società Editrice Universo, copia nuova.

Questo testo, unico nel suo genere, si affianca ai testi classici di medicina interna per aiutare il lettore a risolvere i casi definiti "oscuri" attraverso la diagnostica differenziale.

Opera importante, frutto dell'impegno del solo Roberts che attraverso l'osservazione quotidiana dei suoi pazienti riuscì a raccogliere in un ponderoso volume un'esperienza clinica di grande rilievo.

euro 60.00 per i lettori di "G.M." euro 50.00



"Le piume dell'uccellino" Un inno d'amore, lucido e potente, che va dritto al cuore di *Ines Caminiti* Vallardi Editore - Maggio 2015

Ines, una madre che ha sofferto lo strazio di vedere la figlia dimagrire e indebolirsi, giorno dopo giorno, per anni, ha deciso con questo libro di testimoniare la sua esperienza familiare devastante. Ha scritto un libro intenso, sincero e fortemente commovente, che è un inno d'amore a sua figlia Serena.

Per la prima volta, di anoressia ne parla una madre, e il talento speciale di Ines per la scrittura aggiunge una straordinaria bellezza formale alla sua testimonianza personale. Oggi Serena, grazie all'amore fondamentale della famiglia e con le terapie indispensabili (psicoterapia, ricovero, nutrizione clinica ospedaliera), è uscita dalla spirale del nulla e ha riagganciato la vita, dono meraviglioso da non sprecare.

euro 12.00 per i lettori di "G.M." euro 10.50

Notizie dalla Commissione Albo Odontoiatri

Incontro con la popolazione all'Ordine dei Medici organizzato da Andi Genova

Relatori Giuseppe Signorini e Stefania Vecchio che hanno parlato sugli stili di vita per la prevenzione del tumore del cavo orale. Ha moderato Guido Filippi.

Buon successo del Convegno per i cittadini, presso l'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri sugli stili di vita per la prevenzione dei tumori del cavo orale. Hanno introdotto la conferenza il Presidente di ANDI Genova, dr. **Giuseppe Modugno** e il Presidente Albo Odontoiatri, dr. **Massimo Gaggero**. I relatori, dr. **Giuseppe Signorini**, dell'Ospedale Galliera e dr.ssa **Stefania Vecchio**, dell'IST, hanno informato l'attento uditorio con brillanti e chiare relazioni.

Ha moderato l'incontro **Guido Filippi** de "Il Secolo XIX" ed hanno presenziato, tra gli altri, il coordinatore dei Presidenti di Municipio, **Mauro Avvenente** e l'ex Primario Maxillo Facciale di San Martino dr. **Agostino Tel**. Ha chiuso il dr. **Uberto Poggio**, Presidente ANDI Liguria, con la consegna delle targhe ANDI.



Nella foto, da sinistra: Mauro Avvenente, Massimo Gaggero, Uberto Poggio, Stefania Vecchio, Guido Filippi, Giuseppe Signorini, Agostino Tel e Giuseppe Modugno.

Oral cancer Day 2015 a Genova e a Bolzaneto *Ottimo l'afflusso dei cittadini*

Ottima riuscita della giornata Oral Cancer Day 2015, 9ª edizione, di Sabato 16 Maggio u.s., patrocinata da **Regione Liguria, Comune di Genova, Città Metropolitana, Ospedali Galliera e San Martino- IST, Università Di Genova e AISO Genova**. Noto l'affluenza dei cittadini alle postazioni di Via XX Settembre e Piazza Rissotto, a Bolzaneto. I volontari di ANDI Genova, insieme ad alcuni Studenti AISO, presso il Ponte Monumentale e a Bolzaneto hanno distribuito materiale informativo alla numerosa popolazione, relativo agli stili di vita per la prevenzione del cavo orale e le modalità per l'accesso alle **visite gratuite dal 18 maggio al 31 ottobre 2015, telefonando al numero verde 800 911 202**.



Nella foto alcuni volontari, da sinistra: Andrea Longo, Daniele Messina, Massimo Gaggero, Giovanni Grimaudo, Stefano Balleari (Vice Presidente Consiglio Comunale), Matteo Rosso e Flogert Dedolli (AISO Genova).

COMUNICATO STAMPA

Il Ministro della Giustizia incontra gli Odontoiatri Italiani

La rappresentanza della professione odontoiatrica ha incontrato mercoledì 6 maggio il Ministro della Giustizia On. Andrea Orlando sul tema della lotta all'esercizio abusivo della professione. La delegazione degli Odontoiatri, composta dal Presidente della CAO Nazionale dr. Giuseppe Renzo, dal Presidente dell'ANDI dr. Gianfranco Prada, dal Segretario della CAO Nazionale dr. Sandro Sanvenero e dal Responsabile

legale dell'Ufficio Odontoiatri della FNOMCeO, dr. Marco Poladas, ha accolto con soddisfazione le parole del Ministro che ha condiviso la necessità di giungere in tempi brevi all'approvazione della normativa ancora all'attenzione del Parlamento per una riforma dell'art. 348 c.p., che attualmente sanziona in modo troppo blando un reato pericoloso per la tutela della salute pubblica e che comporta una inevitabile scandalosa evasione fiscale. Nel rispetto del necessario iter legislativo, tutti i partecipanti hanno convenuto sull'importanza che finalmente si riesca ad introdurre nel nostro ordinamento norme giuridiche che sanzionino con efficacia e deterrenza un reato odioso come quello dell'esercizio abusivo della professione sanitaria che da tempo sta suscitando allarme sociale nei cittadini. L'auspicio è quello di poter arrivare al traguardo rapidamente, considerando che da tempo il problema è all'attenzione del Governo e dei due rami del Parlamento.



Nelle foto da sinistra: il Responsabile Legale della CAO Nazionale Marco Poladas, il Presidente Andi Nazionale Gianfranco Prada, il Ministro di Grazia e Giustizia Andrea Orlando, il Presidente CAO Nazionale Giuseppe Renzo e il Segretario CAO Nazionale Sandro Sanvenero.

Roma, 7 Maggio 2015

COMUNICATO STAMPA FNOMCEO

De Biasi: "No agli Odontotecnici come Professione Sanitaria"

// *Allo stato attuale gli Odontotecnici non sono una professione sanitaria, né c'è la volontà di qualificarli come tali.*

Lo ha affermato la senatrice **Emilia Grazia De Biasi**, presidente della **XII Commissione Igiene e Sanità del Senato**, aprendo questa mattina a Roma i lavori dell'**Assemblea Nazionale dei Presidenti della Commissione Albo Odontoiatri (CAO)**.

"C'è tutta una gamma di Professioni che possono essere considerate propedeutiche, contigue, ma che non possono essere considerate professioni sanitarie, altrimenti la qualifica perde la sua identità definita e si crea un problema gigantesco per la sicurezza dei pazienti".

Ma a che punto è la Riforma degli Ordini delle Professioni Sanitarie?

"Un anno fa è terminato il lavoro della Commis-

sione Igiene e Sanità, con la decisione di stralciare dal DDL Lorenzin la parte sulla Riforma degli Ordini, per fargli godere di una corsia preferenziale - ha risposto la De Biasi -. In realtà la legge è passata in Commissione Bilancio, dove è stata "sorpasata" da altre questioni, con un procedimento quantomeno irrituale. Il 20 maggio, anche dopo i nostri solleciti, la Commissione Bilancio ha dato parere favorevole. Ora torna in XII Commissione, dove credo che entro luglio ci sarà l'approvazione in sede referente. Per settembre sarà sicuramente calendarizzata in Aula". Si tratta di una Legge importante per la Salute pubblica, ha ricordato la Senatrice, perché riguarda non solo il riconoscimento delle professioni e la definizione delle competenze, ma anche l'abusivismo. *continua a pag.32*

"I cittadini devono avere la certezza di essere curati da un professionista e in condizioni di qualità. Per questo appoggiamo una revisione in senso fortemente sanzionatorio del reato di abusivismo".

E la qualità delle cure passa anche attraverso la Formazione, la ridefinizione di funzione medica - che ha una centralità nella squadra composta da tutte le diverse competenze - e anche attraverso la trasparenza delle informazioni e della pubblicità. *"Sulla pubblicità sanitaria è necessario aprire un dibattito politico - ha concluso la De Biasi - Bi-*

sogna definire parametri precisi e sanzionare le forme illegittime. Ne va del rapporto di fiducia tra medici, istituzioni e cittadini".

"Siamo molto soddisfatti del fatto che anche la politica accolga le nostre istanze e si accorga dell'importanza e della delicatezza di questioni sulla quale la CAO ha da tempo acceso i riflettori - ha commentato il presidente CAO nazionale, Giuseppe Renzo -. In particolare è un nostro punto d'onore la battaglia contro l'abusivismo: non ci daremo tregua sino a quando non otterremo che sia sanzionato in maniera forte e dissuasiva".

Calendario Culturale Congiunto Genovese (luglio - settembre)

LUGLIO

VENERDÌ 3 - ANDI Genova: *"BLSO - Retraining"*. Relatore: Paolo Cremonesi. Sede: Sala Corsi ANDI Genova.

VENERDÌ 3 - SABATO 4 - e20: *"Restauri indiretti (Adhesive Laminate Veneers) dei settori anteriori: indicazioni e procedure cliniche"*. Relatore: Marco Veneziani. Sede: Alassio.

SABATO 4 - ANDI Genova: *"Implantologia a Minima Invasività: gli impianti di diametro ridotto. Indicazioni cliniche e prospettive dalla ricerca"*. Relatore: Andrea Mascolo. Sede: Sala Corsi ANDI Genova. Gratuito per i Soci under 35. 4 crediti ECM.

MARTEDÌ 7 - ANDI Genova: *"Il paziente parodontalmente compromesso: dai test diagnostici alle nuove strategie in terapia parodontale non chirurgica"*. Relatori: Fabio Currarino e Alessandra Piras. Sede: Sala Corsi ANDI Genova. 3 crediti ECM.

VENERDÌ 17 - SABATO 18 - e20: *"Corso teorico-pratico di parodontologia"* 4° incontro. Relatore: Stefano Parma Benfenati. Sede: Sala Corsi L.C.O..

SETTEMBRE

VENERDÌ 4 - SABATO 5 - e20: *"Corso teorico-pratico di parodontologia"* 5° incontro. Relatore: Stefano Parma Benfenati. Sede: Sala Corsi L.C.O..

MARTEDÌ 15 - Cenacolo: *"Le basi della protesesi su impianti"*. Relatore: Marco Morello. Sede: Circolo Ufficiali, Via San Vincenzo.


GIOVEDÌ 24 - SIA: *"L'asportazione chirurgica dei terzi molari inferiori: un approccio conservativo"*. Relatore: Roberto Barone. Sede: Starhotel President.

VENERDÌ 25 - SABATO 26 - ANDI Genova: *"Corso sulla sicurezza nell'ambiente di lavoro per la figura di R.L.S. (per dipendenti), secondo D.Lgs. 81/08. 1° e 2° incontro di 4. Sede: Sala Corsi ANDI Genova."*

Per info e iscrizioni

- ANDI Genova - ANDI Liguria: 010 581190 - genova@andi.it - liguria@andi.it
- Cenacolo: 010 4222073 - cenacolo.ligure@libero.it
- e20 srl: 010 5960362 - info@e20srl.com
- SIA (Simposio in Amicizia): vedi e20srl, 010 5960362 - sia@e20srl.com

STRUTTURE CONVENZIONATE CON IL SSN		INDIRIZZO E TEL.	SPECIALITÀ					
IST. TARTARINI		GE - SESTRI P.	RX RT TF S DS RM					
Dir. Tec.: Dr. F. Zamparelli Spec.: Radiologia Dir. Tec.: Dr. M. Della Cava Spec.: Med. fisica e riabil.		Pzza Dei Nattino 1 010/6531442 fax 010/6531438						
TMA - TECNOLOGIE MEDICHE AVANZATE		GENOVA	RX S DS TC RM					
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						
TIR - TURTULICI ISTITUTO RADIOLOGICO		GENOVA	RX RT DS TC RM					
Dir. San.: Dr.ssa I. Turtulici Spec.: Radiodiagnostica		Via Colombo, 11-1° piano 010/593871						

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

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



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**

