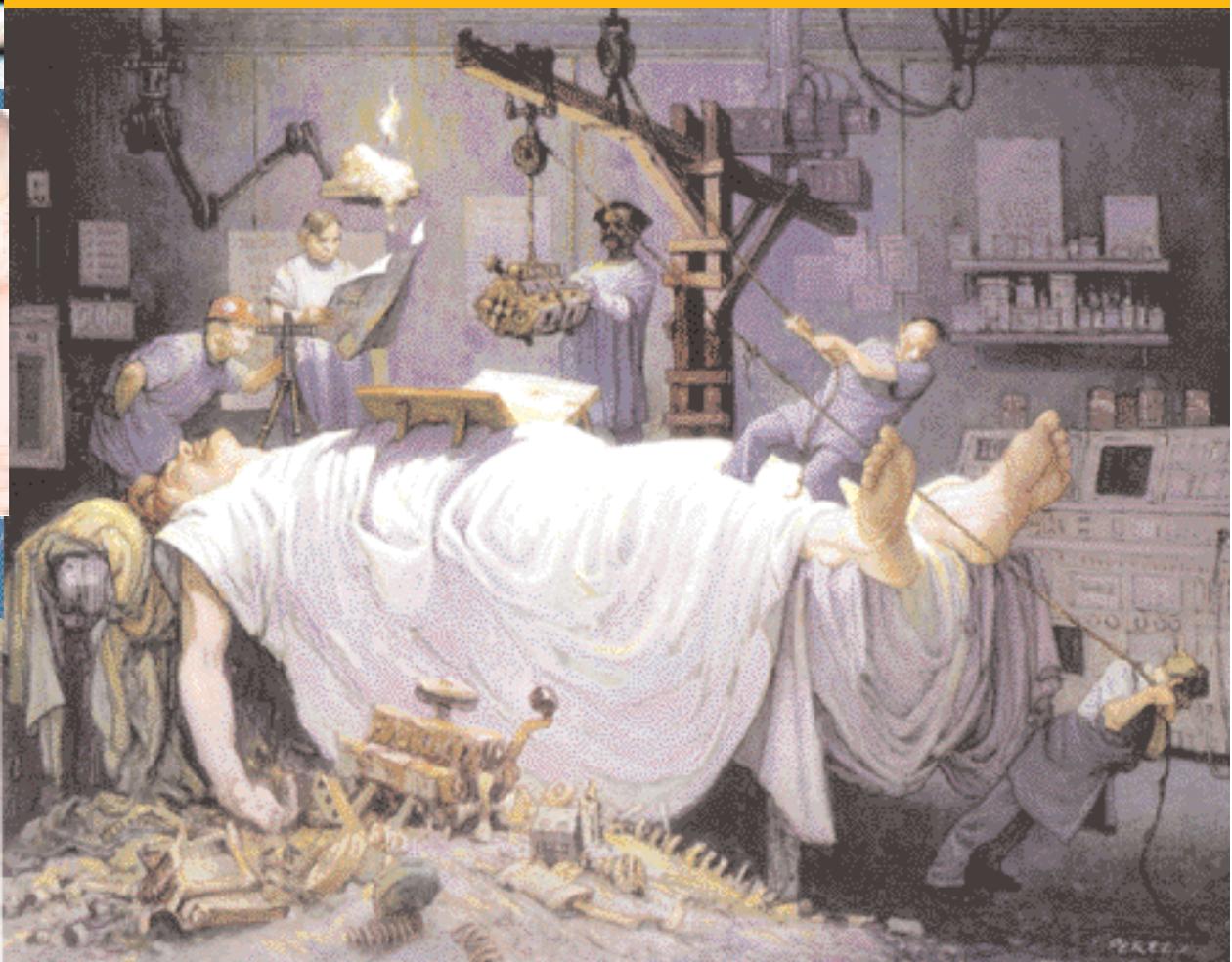


# Genova Medica

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

Luglio/agosto 2007 [www.omceoge.org](http://www.omceoge.org)



## **Normative & medicina**

Codice della strada:  
preoccupanti nuove norme

## **Cronaca & attualità**

Assessorato: collaborazione  
o contrapposizione?

Si può fare ricerca fuori  
dall'Università?

## **Note di diritto sanitario**

Duro colpo  
all'autonomia dell'Onaosi

Intramoenia, garanzie  
indispensabili per l'esercizio

**SPECIALE INSERTO**  
I medici e l'ambiente

**Notizie dalla C.A.O.**

# Medici, mezzo secolo di professione



## Tutti i premiati

Rosa Maria Antola, Luciano Bartolomeo Avogadro, Angelo Barioglio, Francesca Bertamino, Sergio Berzolla, Mauro Betti, Guglielmo Biadene, Giuseppe Biggio, Pietro Bosio, Livio Augusto Brandolin, Francesca Caboara, Marcello Canale, Ferdinando Cardinale, Carla Carli, Guglielmo Carli, Luigi Carrubba, Mario Casaccia, Sergio Castellaneta, Francesco Castello, Giacomo Antonio Chiusano, Ettore Cima, Angela Cinquegrana, Anna Maria De Ferrari, Lazzaro Delfino, Michele Diacomani, Luigi Evangelisti, Maria Grazia Fassone, Romano Ferraris, Edoardo Franchini, Lorenzo

Corrado Galluzzi, Sergio Gazzaniga, Franco Ghiglione, Giovanni Giacomo Giacomini, Teresio Giorgio Giordano, Iolanda Leonardi, Armando Mario Leoni, Gian Carlo Lepri, Maura Lodi, Vera Magri, Aldo Marcenaro, Alberto Marchetti, Gian Carlo Mereto, Enzo Mora, Andreina Parodi, Pier Luigi Pellegrini, Enrico Giovanni Pittaluga, Andrea Giuseppe Pon, Giorgio Ravera, Giorgio Rialdi, Roberto Rondelli, Ida Rosadini, Silvia Rovei, Giandomenico Sacco, Michele Sanguineti, Raffaele Scordamaglia, Gian Carlo Sparacio, Renato Bruno Vento, Janco Zattoni.

## Consegna delle targhe ricordo

“Questa cerimonia rappresenta il terzo importante traguardo per un medico. Il primo è senz'altro il momento dell'iscrizione all'università, il secondo è il giorno della laurea ed il terzo è quello, appunto, dei cinquant'anni dal titolo, perchè rappresenta il coronamento della professione”.

Queste le parole del presidente Bartolini ad apertura della cerimonia di consegna delle targhe ricordo per i medici che hanno festeggiato i 50 anni di laurea, tenutasi a Villa Spinola, giovedì 14 giugno.

E' stato un momento toccante che ha permesso a molti medici di ritrovarsi anche con i propri familiari e di ricordare quel lontano 1957 con gioia e forse anche un po' di nostalgia. I premiati "sono colleghi fortunati, perchè hanno assistito, ed

hanno partecipato, ai grandi cambiamenti ed alle grandi scoperte della medicina soprattutto nel settore oncologico, chirurgico, e diagnostico. Credo che i giovani - ha continuato il presidente - debbano ammirarli ed augurarsi di avere la loro stessa fortuna professionale”.

Come segno di riconoscimento da parte dell'Ordine per aver raggiunto un traguardo così importante e significativo sono state consegnate ai festeggiati le targhe ricordo accompagnate, per le donne medico, da una rosa rossa.

Alcuni momenti della cerimonia di consegna delle targhe ricordo a Villa Spinola





# Genova Medica

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

[www.omceoge.org](http://www.omceoge.org)

7-8/2007  
Luglio  
agosto

## "GENOVA MEDICA"

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

### Direttore responsabile

Enrico Bartolini

### Comitato di redazione

Alberto Ferrando

Massimo Gaggero

Roberta Baldi

Andrea Stimamiglio

### CONSIGLIO DIRETTIVO

#### Presidente

Enrico Bartolini

#### Vice Presidente

Alberto Ferrando

#### Segretario

Giovanni Regesta

#### Tesoriere

Maria Proscovia Salusciev

#### Consiglieri

Maria Clemens Barberis

Giuseppina F. Boidi

Luigi Carlo Bottaro

Alberto De Micheli

Riccardo Ghio

Claudio Giuntini

Luciano Lusardi

Gemma Migliaro

Gian Luigi Ravetti

Benedetto Ratto

Andrea Stimamiglio

Giorgio Inglese Ganora

Marco Oddera

### COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

#### Presidente

Matteo Basso

#### Effettivi

Maurizia Barabino

Aldo Cagnazzo

#### Supplente

Maurizio Giunchedi

### COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI

Elio Annibaldi **Presidente**

Massimo Gaggero **Segretario**

Giorgio Inglese Ganora

Paolo Mantovani

Marco Oddera

### Editoriale

- 3 Precariato: una "vergogna" che dura da anni  
**Cronaca & attualità**
- 4 Intramoenia, garanzie indispensabili per l'esercizio
- 9 Assessorato: collaborazione o contrapposizione?
- 14 Si può fare ricerca fuori dall'Università?
- 21 Medici e psichiatri liguri: maggiore collaborazione  
**Normativa & medicina**
- 7 Codice della strada: preoccupanti nuove norme  
**Note di diritto sanitario**
- 10 Duro colpo all'autonomia dell'Onaosi
- 12 Medici universitari e ospedalieri: differenze retributive  
**Vita dell'Ordine**
- 17 Successo del corso sull'emergenza in Sanità  
**Attualità & fisco**
- 20 Pensionati Inpdap
- 22 **Recensioni**
- 23 **Corsi & Convegni**
- 24 **Lettere al direttore**  
**Medicina & cultura**
- 25 Niccolò Paganini: amori e dolori
- 27 **Notizie dalla C.A.O.** a cura di M. Gaggero

sommario

## SPECIALE INSERTO (pagine centrali) I medici e l'ambiente

Si informano i colleghi che il 16 e 17 agosto gli uffici  
dell'Ordine resteranno chiusi.

**Periodico mensile** - Anno 15 n°7/8 luglio-agosto 2007 - Tiratura 8.950 copie - Autorizz. n.15 del 26/04/1993 del Trib. di Genova. Sped. in abb. postale - Gruppo IV 45%.

**Raccolta pubblicità e progetto grafico:** Silvia Folco - tel. e fax 010/58.29.05 - **Stampa:** Grafiche G.&G. Del Cielo snc, Via G. Adamoli, 35 - 16141 Genova. **In copertina:** "Il chirurgo" di José Perez, 1929 olio su tela. **Finito di stampare nel mese di luglio 2007.**



Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Genova:  
Piazza della Vittoria 12/4 - 16121 Genova Tel. 010. 58.78.46 Fax 59.35.58  
E-mail: [ordmedge@omceoge.org](mailto:ordmedge@omceoge.org)

## Precariato: una "vergogna" che dura da anni

***"Ammodernamento del sistema sanitario focalizzato sulla valorizzazione delle risorse umane, a partire dai medici e dal personale sanitario, puntando a completare il processo di graduale superamento del fenomeno del precariato avviato con la Legge finanziaria 2007".***

Questo è quanto il Governo ha stabilito di attuare nel Documento di programmazione economico-finanziario 2008-2011, attualmente all'esame del Consiglio dei Ministri e ribadito recentemente anche dal Ministro della Salute, Livia Turco che, in un suo discorso, ha concluso affermando che "sanità e promozione della salute non esisterebbero senza le centinaia e migliaia di professionisti che vi lavorano e che hanno scelto di dedicare la propria vita alla cura e all'assistenza dei cittadini". Diamo, quindi, atto al Governo che ha cominciato a prendere coscienza che il problema del precariato esiste ed è tangibile anche se ci vorranno degli anni e tanto impegno per risolverlo. È probabile che, quando il Governo, riuscirà ad attuare degli interventi significativi, l'Italia si troverà nelle condizioni di alcuni Paesi Europei quali la Gran Bretagna e la Spagna che si vedono costrette a richiedere professionisti all'estero per carenze di organico in alcune specializzazioni.

Ora, comunque, nel nostro paese il fenomeno del precariato esiste e va affrontato con urgenza ed impegno poiché coinvolge un numero elevato di medici che da anni sono "parcheggiati" in attesa di un posto definitivo.

Esistono, a mio avviso, due tipologie di precariato: la prima riguarda colleghi che nonostante abbiamo un rapporto di "dipendenza" non hanno garanzie tali per mantenerlo e lavorano con l'ansia dell'instabilità e poca incentivazio-

ne, la seconda riguarda in particolare i giovani che, non in possesso di specialità, si trovano ad accettare lavori sottopagati e "rischiosi". Questi ultimi, risultano, infatti, essere quelli maggiormente penalizzati poiché non riusciranno ad affinare le proprie capacità tecniche nonostante i lunghi studi universitari effettuati e debbono in parte la loro condizione, anche ad una mancata programmazione da parte delle Università e dello Stato.

Il boom di iscrizioni alla Facoltà di medicina negli anni '70 ha visto crescere a dismisura il numero dei medici per molti anni e quando lo Stato si è reso conto che la situazione era diventata critica, ha introdotto il numero programmato al corso di laurea che, nel prossimo decennio, determinerà sicuramente un saldo negativo tra i nuovi ingressi e le uscite dalla professione.

Questo fenomeno va dunque preso in considerazione nella programmazione che, in questo ambito deve coprire un arco di circa dodici anni, essendo questa la durata minima di un curriculum formativo di un medico specialista. Bisogna necessariamente avviare delle indagini per comprendere i futuri bisogni sanitari e quali tipologie di professionisti siano effettivamente necessarie.

Non si può continuare a stabilire un numero di borse in eccesso per certe specialità e in difetto per altre, poiché una crescita della cronicità, legata anche all'allungamento della vita media, impone una maggiore attenzione e un'attenta programmazione. Per questo oggi è indispensabile una cooperazione tra Università, Governo e Ordini professionali affinché a breve non si debba più sentir parlare di precariato, sempre che non sia troppo tardi!

**Enrico Bartolini**

# Intramoenia, garanzie indispensabili per l'esercizio

**L**a Federazione regionale degli Ordini liguri in base a quanto previsto dal Codice di deontologia medica ha considerato la necessità di assicurare, nell'attività intramoenia, adeguate garanzie sia per il medico che per il cittadino. Per queste motivazioni invita l'Assessorato alla salute della Regione Liguria a raccomandare ai Direttori generali, nelle more dell'attuazione dell'attività intramoenia di vigilare, affinché vengano rispettate le garanzie, di seguito elencate, senza le quali l'attività libero professionale non potrà essere espletata.

- 1) Garantire **facile accessibilità** al cittadino all'attività intramoenia assicurando la relazione diretta professionista-paziente, tipica di ogni rapporto libero professionale.
- 2) Garantire la **libertà di scelta** nell'ambito dell'equipe e della consulenza. Il professionista che presta la sua attività in intramoenia, in quanto garante della prestazioni richiestagli, deve poter scegliere liberamente le collaborazioni dei colleghi consulenti e delle équipes paramediche, senza limitazione alcuna.
- 3) Garantire la **tempestività dell'accesso alle cure**, alle consulenze e alle procedure diagnostiche, terapeutiche e riabilitative tutte in regime libero professionale.
- 4) Garantire **disponibilità di spazi, tempi, strutture e strumenti adeguati**. Si sottolinea in questo contesto come i tempi degli atti medici non possano essere compressi dalla logica dell'utilizzo ottimale delle strutture e come non sia pensabile creare "tempi visita" prefissati.
- 5) Garantire un'**adeguata gestione dell'urgenza**. La prestazione urgente, secondo canali predefiniti e separati, come previsto dalla Legge, è diritto da garantire per il cittadino

che si rivolge all'intramoenia. Ciò implica adeguata disponibilità di spazi, attrezzature e, soprattutto, personale tecnico di supporto, reperibile e disponibile.

**6) Rispettare**, anche in sede intramoenia, in analogia all'ambito privato, **il rapporto diretto professionista-paziente** che è alla radice della richiesta della prestazione libero professionale. L'eccessiva burocratizzazione dei percorsi per l'accesso all'intramoenia, in particolare attraverso sistemi di prenotazione centralizzata e obbligatoria, non compatibile con una adeguata tutela della privacy, crea una situazione di chiaro svantaggio per il paziente oltre che per il professionista e per l'azienda nella quale egli opera.

Le precedenti proposte e richieste sono motivate dalle riflessioni sul Codice deontologico che riportiamo di seguito.

In primo luogo ricordiamo che *"Il medico deve denunciare all'Ordine ogni iniziativa tendente ad imporgli comportamenti non conformi alla deontologia professionale, da qualunque parte essa provenga"* (art. 2 del CD) e questo vale sia per l'attività strettamente professionale che per quanto riguarda l'organizzazione ove presta attività. Tale concetto è ribadito nell'art. 64: *"Il medico è tenuto a comunicare al Presidente dell'Ordine eventuali infrazioni alle regole, al reciproco rispetto e alla corretta collaborazione tra colleghi e alla salvaguardia delle specifiche competenze che devono informare i rapporti della professione medica con le altre professioni sanitarie"*.

Il termine "infrazione alle regole" è riferibile sia all'esercizio dell'attività intramoenia che dell'attività istituzionale all'interno del Ssn; infatti, in base all'art. 68 *"il medico che presta la propria opera a rapporto d'impiego o di con-*

*venzione, nell'ambito di strutture sanitarie pubbliche o private, è soggetto alla potestà disciplinare dell'Ordine anche in riferimento agli obblighi connessi al rapporto di impiego o convenzionale".*

Anche a tal fine presso gli Ordini dei medici chirurghi e odontoiatri sono state formate delle Commissioni per la "verifica e la dignità professionale" con il compito di verificare comportamenti o situazioni funzionali (appuntamenti) o strutturali (locali) o strumentali (apparecchiature diagnostiche) a rischio per il decoro e la dignità e con possibili ripercussioni sul cittadino.

*"L'esercizio della medicina è fondato sulla libertà e sull'indipendenza della professione che costituiscono diritto inalienabile del medico".*

*"Il medico deve operare al fine di salvaguardare l'autonomia professionale e segnalare all'Ordine ogni iniziativa tendente a imporgli comportamenti non conformi alla deontologia professionale" (art. 4). Tale concetto è ulteriormente rafforzato nell' art.13: "al medico è riconosciuta autonomia nella programmazione, nella scelta e nella applicazione di ogni presidio diagnostico e terapeutico, anche in regime di ricovero...".*

*"Il medico agisce secondo il principio di efficacia delle cure nel rispetto dell'autonomia della persona tenendo conto dell'uso appropriato delle risorse ed è tenuto a collaborare alla eliminazione di ogni forma di discriminazione in campo sanitario, al fine di garantire a tutti i cittadini stesse opportunità di accesso, disponibilità, utilizzazione e qualità delle cure" (art.6). Particolare attenzione deve essere dedicata al segreto professionale e alla riservatezza dei dati personali delle persone in cura. Qualsiasi sistema di prenotazione (Cup, segreteria...) e di archiviazione dei dati deve prevedere il rispetto della riservatezza nel trattamento dei*

dati personali del paziente e particolarmente dei dati sensibili inerenti la salute e la vita sessuale (art.11). In alcune situazioni (salute mentale, attività sessuale) le precauzioni debbono essere ancora maggiori. Rivolgersi ad alcune specialità (vedi psichiatria e infettivologia) può esporre l'interessato a dubbi sulla sua salute ma, in alcune situazioni (per es. personalità note al pubblico per la loro attività professionale o istituzionale o politica anche una consulenza neurologica o cardiologica potrebbe determinare delle ipotesi sullo stato di salute e condizionare il comportamento dell'interessato o di chi ne è a contatto. Al di là dell'esempio, riportato per chiarezza, il diritto all'accesso diretto ad un professionista costituisce un diritto per ogni cittadino che desidera farsi curare nel reale rispetto della sua privacy, per qualunque motivazione. In base all'art. 12 *"al medico è consentito il trattamento dei dati personali del paziente in assenza del consenso dell'interessato solo ed esclusivamente quando sussistano le specifiche ipotesi previste dalla legge ovvero quando vi sia la necessità di salvaguardare la vita o la salute del paziente o di terzi nell'ipotesi in cui il paziente medesimo non sia in grado di prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire e/o di intendere e di volere".* Ciò non pare conciliabile con l'obbligo assoluto per il cittadino di richiedere una prestazione attraverso terzi e per il medico di organizzarla soltanto attraverso un meccanismo obbligatorio. Il Codice deontologico recita nel capitolo "Altri doveri del medico e diritti dei cittadini", all'art.27 (Libera scelta del medico e del luogo di cura): *"La libera scelta del medico e del luogo di cura da parte del cittadino costituisce il fondamento del rapporto tra medico e paziente. Nell'esercizio dell'attività libero professionale svolta presso le strutture pubbliche e*

private, la scelta del medico costituisce diritto fondamentale del cittadino...". Da ciò deriva la necessità di favorire al massimo la libertà di scelta, evitando di condizionarla attraverso percorsi di prenotazione ed erogazione obbligatori (si noti obbligatori sempre (pena la violazione da parte del medico di regole amministrative), non eleggibili o opzionabili dal cittadino paziente. Per quanto riguarda l'attività professionale, qualunque sia la sede pubblica o privata in cui viene prestata, il medico "deve affrontare, nell'ambito delle specifiche responsabilità e competenze, ogni problematica con il massimo scrupolo e disponibilità, dedicandovi il tempo necessario per una accurata valutazione dei dati oggettivi..." (art.21) e ciò appare inconciliabile con l'ipotesi di tempi massimi di visita. Ulteriore rafforzamento al fatto che il medico deve operare in situazioni organizzative e gestionali adeguate, libere e da lui controllabili, deriva dall'art. 22 (Autonomia e responsabilità diagnostico-terapeutica) che afferma: "Il medico al quale vengano richieste prestazioni che contrastino con la sua coscienza o con il suo convincimento clinico, può rifiutare la propria opera, a meno che questo comportamento

**Scontrini in farmacia** - Dal 1° luglio in mancanza di un adeguato registratore di cassa, i farmacisti dovranno documentare gli acquisti degli acquirenti per la detrazione Irpef delle spese per i medicinali da parte dell'acquirente. Poiché non tutte le farmacie sono dotate di registratori di cassa con scontrini "parlanti" cioè con le indicazioni del tipo di prodotto acquistato, l'Agenzia delle entrate consente fino a fine anno che il farmacista apponga a mano sullo scontrino fiscale la natura, la qualità e la quantità dei farmaci venduti.

non sia di grave e immediato nocumento per la salute della persona assistita e deve fornire al cittadino ogni utile informazione e chiarimento". Per l'organizzazione dell'intramoenia appare particolarmente rilevante l'art 70: (Qualità delle prestazioni): "Il medico dipendente o convenzionato deve esigere da parte della struttura in cui opera ogni garanzia affinché le modalità del suo impegno non incidano negativamente sulla qualità e l'equità delle prestazioni nonché sul rispetto delle norme deontologiche. Il medico deve altresì esigere che gli ambienti di lavoro siano decorosi e adeguatamente attrezzati nel rispetto dei requisiti previsti dalla normativa compresi quelli di sicurezza ambientale. Il medico non deve assumere impegni professionali che comportino eccessi di prestazioni tali da pregiudicare la qualità della sua opera professionale e la sicurezza del malato". Ricordiamo infine le regole deontologiche riguardanti l'attività del medico di direzione Sanitaria (art 69): "Il medico che svolge funzioni di direzione sanitaria nelle strutture pubbliche o private ovvero di responsabile sanitario in una struttura privata deve garantire, nell'espletamento della sua attività, il rispetto delle norme del Codice di deontologia medica e la difesa dell'autonomia e della dignità professionale all'interno della struttura in cui opera. Egli comunica all'Ordine il proprio incarico e collabora con l'Ordine professionale, competente per territorio, nei compiti di vigilanza sulla collegialità nei rapporti con e tra medici per la correttezza delle prestazioni professionali nell'interesse dei cittadini. Egli, altresì, deve vigilare sulla correttezza del materiale informativo attinente alla organizzazione e alle prestazioni erogate dalla struttura. Egli, infine vigila perché nelle strutture sanitarie non si manifestino atteggiamenti vessatori nei confronti dei colleghi".

## Codice della strada: preoccupanti nuove norme

**Riforma del Codice della strada: il medico deve diventare un delatore del proprio paziente?**

**E'** allo studio in Parlamento un disegno di legge per la riforma di alcuni articoli del Codice della strada.

In particolare l'art. 21 comma 1 bis stabilisce che il medico (quindi: qualsiasi medico) che venga a conoscenza in modo documentato di una patologia che determini diminuzione o pregiudizio (N.B.: anche solo pregiudizio) dell'idoneità alla guida di un suo assistito, debba segnalarlo al Ministero dei trasporti.

L'elenco delle patologie che prevedono l'obbligo di denuncia non è stato ancora stabilito, ma, sulla scorta di precedenti esperienze, è facile immaginare che possano essere ricomprese malattie a larga diffusione, come il diabete o l'uso di psicofarmaci per stati ansio-

### La legge

**L'articolo 21 comma bis stabilisce che:** "Il medico che viene a conoscenza in modo documentato di una patologia del suo assistito, che determina una diminuzione o un pregiudizio della sua idoneità alla guida, deve darne tempestiva comunicazione scritta e riservata, nel rispetto delle disposizioni del codice in materia di protezione dei dati personali, di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n.196, e successive modificazioni, al Ministero dei trasporti. Il Dipartimento competente dispone la revisione della patente di guida per l'accertamento dei requisiti di idoneità psico-fisica nei confronti del soggetto già titolare di patente, ovvero richiede che il

so depressivi. Il Consiglio dell'Ordine dei medici di Genova ritiene che questa parte del disegno di legge minacci seriamente il rapporto di fiducia fra curante e paziente e che, inevitabilmente, comporti il rischio che siano taciuti sintomi da parte degli assistiti per paura di essere denunciati. E' anche possibile che aumenti il già alto numero di denunce a carico dei medici: per ogni incidente automobilistico, nel sospetto che possa essere stato causato da patologia del conducente, scatterà l'accertamento anche per il curante.

Proprio per i motivi riportati **L'Ordine di Genova esprime al presidente nazionale Bianco e al ministro della salute on. Turco la sua forte preoccupazione per un disegno di legge che minaccia di ledere il rapporto di fiducia con il paziente**, facendo presente, inoltre, che esiste già una visita medica per conseguire l'idoneità alla guida: sarebbe opportuno agire e legiferare per renderla più accurata, separando così quello che è il momento di cura dal momento di accertamenti a fini medico legali.

soggetto, non ancora titolare di patente e che ne faccia richiesta, si sottoponga a visita medica presso la commissione medica locale di cui all'articolo 119, comma 4, ai fini del conseguimento del certificato medico utile per il rilascio dell'autorizzazione ad esercitarsi alla guida. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dei trasporti, sono dettate le disposizioni applicative del presente comma, anche con riferimento alle patologie che comportano per il medico curante l'obbligo di provvedere alla comunicazione".

## Il parere della Fnomceo

**R**iportiamo l'intervento del presidente della Fnomceo Amedeo Bianco sulle nuove "disposizioni in materia di circolazione e di sicurezza stradale".

*"La soluzione legislativa proposta non sembra la più idonea a garantire la migliore sintesi tra due esigenze legittime: da una parte quella di rendere operative misure che pongano tutele nei casi in cui la presenza di alcune patologie possa - attualmente o potenzialmente - compromettere la sicurezza della guida per sé e per gli altri, dall'altra quella di tutelare la privacy del cittadino e la fiducia nel medico nell'ambito della relazione di cura. Infatti l'obbligo che le norme prevedono in capo al*

*sanitario - ha detto a questo proposito Bianco - è generico e potrebbe incentivare sia comportamenti opportunistici del paziente, finalizzati a nascondere condizioni patologiche per il timore di pregiudizio alla guida, sia pratiche difensive da parte del sanitario, la cui inosservanza delle norme - ricordo - ha addirittura rilievo penale".*

In sostanza, con queste norme, non solo il cittadino, per paura di perdere la patente, potrebbe celare sue problematiche di salute, ma anche il sanitario, per cautelarsi, potrebbe essere indotto ad escludere dalla guida un numero esorbitante di patologie.

Riconoscendo di essere di fronte ad un problema spinoso, dal quale responsabilmente non ci si vuole sottrarre, la Fnomceo, costruttivamente, propone al legislatore un nuovo percorso: *"Pensiamo - ha infatti concluso Bianco - che potrebbero essere individuate classi di patologie o di condizioni patologiche rispetto alle quali il medico curante può indicare ai propri pazienti un calendario di controlli a fini ricertificativi dell'idoneità alla guida via, via più stringente in relazione ai rischi potenziali. Le legittime tutele degli interessi generali verrebbero così garantite senza violare il rapporto di fiducia cui si affida il paziente per la tutela dei suoi interessi individuali".*

### Agli iscritti dell'Ordine

Per completare il nostro archivio informatico abbiamo bisogno di conoscere l'indirizzo e-mail degli iscritti.

Chi non lo avesse ancora fornito, è pregato di inviarlo all'Ordine all'indirizzo:

[anagrafica@omceoge.org](mailto:anagrafica@omceoge.org)

INSERZIONE PUBBLICITARIA

Ges  
LAB

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

OSI

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

Via Carzino 2A/1A Genova - Cell. 348 5862913 Fx 010 4693336 [info@osi-ge.com](mailto:info@osi-ge.com)

## Assessorato: collaborazione o contrapposizione?

Cari colleghi in questi anni la Federazione Regionale degli Ordini della Liguria (Fromceol) ha cercato di stabilire rapporti istituzionali con l'Assessorato alla salute della Liguria convinti che, per ottenere dei risultati, utili e validi per tutti, fosse necessario arrivare ad una collaborazione e ad una concertazione tra classe medica e assessorato, consapevoli del fatto che una contrapposizione sterile non avrebbe portato vantaggio a nessuno: cittadini, medici e Regione. Per questo motivo, nel rispetto dei propri ruoli e per una gestione della Salute nell'ottica della "Clinical Governance", abbiamo offerto la disponibilità "professionale" alla Regione per affrontare i problemi della Sanità insieme ai medici, nella consapevolezza che la via del dialogo, della mediazione, della comunicazione e del confronto avrebbe impegnato la nostra attività e le nostre forze nel rispetto della Istituzione regionale ma, nel contempo, avrebbe dato considerazione alla classe medica e all'istituzione ordinistica. Allo stato attuale, dobbiamo constatare che i nostri sacrifici sono stati vani, poiché non abbiamo avuto risultati operativi apprezzabili. Citiamo alcuni esempi che ci sembrano significativi:

- 1) Richieste di pareri "non vincolanti" riguardanti designazioni di medici in strutture o funzioni regionali che sono state disattese senza alcuna spiegazione o valida motivazione.
- 2) Richieste di proposte di modifiche alla legge di riordino del Ssn che non sono state prese in considerazione.
- 3) Mancato coinvolgimento, per il Piano sanitario regionale della From e degli Ordini. L'assessore, su nostra richiesta ha accettato

un componente della From che da 6 mesi non è stato più convocato.

4) Richiesta di confronto su alcune delicate tematiche quale l'attività libero professionale intramoenia, il contratto degli specializzandi e la costituzione del Comitato etico regionale che non hanno avuto risposte se non interlocutorie come nel caso dei comitati etici cui la Regione ha risposto dichiarando la propria disponibilità ad un "opportuno confronto con la Federazione degli Ordini".

Anche la delibera regionale sulle cure domiciliari è stata elaborata senza alcuna partecipazione della classe medica in generale e degli Ordini e della Federazione in particolare.

Prendiamo atto quindi che la disponibilità manifestata dalla Regione ad un confronto e ad una collaborazione franca e costruttiva non ha avuto risultati operativi. Auspichiamo che l'assessorato dimostri quella sensibilità nei confronti della classe medica e degli Ordini dichiarata più volte verbalmente, attraverso una considerazione sostanziale delle proposte riguardanti l'attività libero professionale intramoenia, pubblicate a parte su questo bollettino. In caso contrario, vi chiederemo di unire le vostre forze a quelle della Federazione per stabilire le strategie operative per la difesa della salute dei cittadini e il decoro e la dignità della nostra professione.

**Alberto Ferrando** - presidente Fromceol

**Addio marche da bollo** - Dal 1° settembre le marche da bollo saranno fuori corso. L'imposta andrà pagata unicamente a tramite dell'intermediario convenzionato con l'Agenzia delle entrate che rilascerà l'apposito contrassegno con modalità telematiche o in modo virtuale versando l'imposta all'ufficio della stessa Agenzia delle entrate o altri uffici autorizzati o tramite pagamento con c. c. p..

## Duro colpo all'autonomia dell'Onaosi

**C**on la sentenza n.190, depositata lo scorso 14 giugno, la Corte costituzionale ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art.2, lettera e) della legge 7 luglio 1901, n.306, così come novellato dall'art. 52, comma 23 della legge 27/12/2002, n. 289, **nella parte in cui prevede che la misura del contributo obbligatorio a carico di tutti i sanitari iscritti agli Ordini professionali italiani è stabilita dal consiglio di amministrazione dell'Onaosi con regolamenti soggetti ad approvazione dei ministeri vigilanti.** La pronuncia del Giudice delle Leggi riveste una notevole importanza, aprendo il varco a future azioni giudiziarie per il recupero di tutte o di parte delle somme versate dai medici e dagli altri appartenenti alle categorie sanitarie soggette alla contribuzione obbligatoria in favore della Fondazione Onaosi.

Le ragioni che hanno portato alla dichiarazione di incostituzionalità si ricollegano sostanzialmente all'intervenuta **privatizzazione dell'ente**, frutto del combinato disposto della legge 537/1993 e del D.l.vo 509/1994.

Ed invero, nel solco di tale privatizzazione si è inserito il censurato art. 52, comma 23 legge 27/12/2002, n. 289, all'evidenza mirato a dilatare oltremodo quegli spazi di autonomia gestionale, organizzativa e contabile creatisi a seguito del mutamento della natura giuridica della Fondazione Onaosi.

Più precisamente, la norma di cui sopra non solo ha incluso i medici liberi-professionisti nel novero dei soggetti onerati ma, altresì, ha stravolto i criteri per la concreta determinazione dei contributi, esautorando il Legislatore da ogni competenza sul punto.

In altri termini, a seguito della modifica normativa che qui ci occupa è stata conferita al

consiglio di amministrazione dell'Onaosi la possibilità di quantificare in assoluta indipendenza e discrezionalità l'importo e le modalità di versamento dei contributi.

Della rappresentata anomalia si è resa conto la Corte costituzionale, la quale non ha mancato di rilevare che i controlli ministeriali previsti nel corso della procedura di approvazione dei contributi *"riguardano gli aspetti gestionali e di bilancio, mentre restano completamente in ombra le valutazioni sull'entità dei contributi obbligatori (come pure dei relativi aggiornamenti)..."*.

I giudici, quindi, hanno ritenuto di trovarsi in presenza di un'inaccettabile lacuna normativa, stigmatizzando l'assenza di elementi, anche indiretti, idonei ad individuare criteri adeguati alla concreta quantificazione e distribuzione degli oneri imposti ai sanitari delle diverse categorie.

Ripercorsi in estrema sintesi i tratti salienti della problematica, occorre a questo punto spendere alcune considerazioni sui profili giuridici enucleabili dalla sentenza in esame.

In primo luogo, occorre rammentare che ancora vige una norma del tutto identica a quella caducata ma ad essa successiva (art. 1 comma 485 Legge finanziaria 2007) e che, per questo motivo, dovrà necessariamente essere oggetto di analoga questione di legittimità costituzionale.

Nella certezza che anche quest'ultimo disposto verrà rimosso dal Giudice delle Leggi, sussistono gli estremi per richiedere all'Autorità giudiziaria una triplice pronuncia: la prima di accertamento sulla misura del contributo dovuto e dei relativi parametri di riferimento per la sua determinazione, la seconda sempre di accertamento sulla debenza o meno dei

contributi corrisposti nella misura determinata dal consiglio di amministrazione dell'Onaosi in forza della normativa travolta dalla dichiarazione di incostituzionalità, la terza di restituzione delle somme che il giudice accerterà come indebitamente versate.

A quest'ultimo riguardo, onde prevenire l'ingenerarsi di equivoci di sorta, pare d'uopo ribadire che la Corte costituzionale non ha affatto inteso delegittimare l'obbligo di contribuzione in favore dell'Onaosi.

I giudici, infatti, hanno censurato la novella legislativa del 2002 soltanto per l'indeterminatezza dei suoi contenuti ed il conseguente potere discrezionale che è derivato all'Onaosi in tema di quantificazione e distribuzione degli oneri contributivi. Potere che, in precedenza, era riservato al legislatore.

Secondo la Corte, "...venuto meno ogni collegamento con le fonti legislative succedutesi sino al 1949, la norma censurata, pur contenendo l'identificazione dei soggetti tenuti alla prestazione, nonchè del modello procedimentale cui la fondazione deve uniformare la propria attività, si limita a confermare l'obbligatorietà dei contributi previdenziali, che continuano ad essere posti a carico dei medesimi soggetti professionali anche dopo la privatizzazione dell'ente impositore, senza offrire alcun elemento, neanche indiretto, idoneo ad individuare criteri adeguati alla concreta quantificazione e distribuzione degli oneri imposti ai soggetti sopra menzionati...". Segnalo, infine, che, trattandosi di materia previdenziale, competente è il giudice del lavoro.

**Avv. Alessandro Lanata**

INSERZIONE PUBBLICITARIA

## ELETTROCARDIOGRAFO 1/3 CANALI



**SA.GE. SA.GE.**

**SA.GE. Articoli Sanitari**

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

## Medici universitari e ospedalieri: sono ammissibili differenze retributive?

**I**l Tar Liguria si è occupato ancora una volta di una interessante questione che riguarda la professione medica: la recentissima sentenza n. 809 del 17 maggio 2007, infatti, affronta il problema delle differenze di trattamento economico tra medici universitari e medici ospedalieri.

Il ricorso trae origine dalla richiesta di un ricercatore universitario genovese di vedere accertato il suo diritto ad ottenere un trattamento economico complessivo corrispondente a quello di medico ospedaliero a tempo pieno. Il ricorrente, infatti, lamentava la scelta dell'Università di Genova di corrispondergli uno stipendio inferiore rispetto a quello dei suoi colleghi ospedalieri.

In effetti, vi sono ben due riferimenti normativi che - a determinate condizioni - prevedono la parità di trattamento retributivo tra medici universitari e ospedalieri.

Il primo è l'art. 31 del D.P.R. n. 761 del 1979: tale norma dispone che al personale universitario che presta servizio presso "i policlinici, le cliniche e gli istituti universitari di ricovero e cura convenzionati" è corrisposta una particolare indennità "nella misura occorrente per equiparare il relativo trattamento economico complessivo a quello del personale delle unità sanitarie locali di pari funzioni, mansioni e anzianità". Il secondo riferimento si trova all'art. 102 del D.P.R. n. 382 del 1980. La disposizione, oltre a ribadire "l'equiparazione del trattamento economico complessivo corrispondente a quello del personale delle unità sanitarie locali" e a stabilire l'equiparazione in via generale di diritti e doveri, specifica i parametri in base ai quali effettuare la comparazione tra funzioni esercitate dai medici

universitari e dai medici ospedalieri.

Viene infatti precisato che "il professore ordinario e straordinario è equiparato al medico appartenente alla posizione apicale"; "il professore associato è equiparato al medico appartenente alla posizione intermedia"; "l'assistente ordinario del ruolo ad esaurimento ed i ricercatori sono equiparati al medico appartenente alla posizione iniziale".

Si prevede, poi, che per i professori associati e per i ricercatori possa essere disposto annualmente un upgrading alla posizione immediatamente superiore.

Questa la base normativa. Il TAR Liguria ha risolto agevolmente la questione, accogliendo senza esitazioni la domanda del Ricercatore genovese e dunque sancendo il suo diritto ad una piena equiparazione del trattamento retributivo rispetto ai colleghi ospedalieri.

Il TAR, forte anche di una conforme giurisprudenza del Consiglio di Stato (si veda, ad es., Cons. Stato, sez. VI, sent. n. 1364 del 1996), ha affermato che "il tenore letterale dell'art. 102 non lascia dubbi in proposito, obbligando le amministrazioni ad un'equiparazione integrale del personale universitario in questione a quello di corrispondente livello del servizio sanitario nazionale". Tutto questo a meno che non sia la legge a disporre diversamente: è stato il caso, ad esempio, dei medici in servizio presso l'I.S.T., per i quali il TAR Liguria, con la sentenza n. 1596 del 2003, ha negato l'equiparazione di cui si discute.

La regola, in sostanza, è che a eguali mansioni deve corrispondere eguale retribuzione. E, precisa il TAR Liguria, l'equiparazione deve estendersi anche all'anzianità maturata, "che è indice essa stessa della professionalità pre-

gressa cui attingere per quantificare il livello retributivo”.

Quest'ultimo passaggio riprende un orientamento già sostenuto dal medesimo Tribunale (nelle sent. 293 e 296 del 2003), volto a dare uno specifico valore al termine “anzianità” contenuto nelle previsioni normative. Ciò significa che la progressione nelle classi di stipendio del medico universitario dovrà essere comparata con l'anzianità maturata dal medico ospedaliero.

In conclusione, come aveva già affermato il

TAR Liguria nel 2003, l'equiparazione economica nei casi di cui si è detto “costituisce un preciso obbligo per l'amministrazione universitaria”. Si noti, infine, che la sentenza in commento condanna l'Università di Genova al pagamento delle spese di giudizio: questo, nelle dinamiche processuali, è un ulteriore segno della solidità della posizione fatta valere dal ricorrente.

**prof. avv. Lorenzo Cuocolo**

*Studio legale Cuocolo - Istituto di diritto comparato - Università “Luigi Bocconi”, Milano*

## Accesso al pubblico e contatti alla Cceps

*La Fnomceo ha comunicato gli orari e le modalità di accesso agli uffici della segreteria della Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie, e le modalità con cui le parti e i difensori muniti di procura possono esaminare gli atti e i documenti inseriti nei fascicoli d'ufficio.*

### Accesso al pubblico e contatti

Fermo restando che il ricorso, e ogni altro atto

conseguenziale, è depositato **esclusivamente** presso l'Ufficio Accettazione del Ministero della Salute, si può prendere visione dei fascicoli d'ufficio relativi ai procedimenti pendenti, nonché richiedere e ritirare le copie degli atti e dei documenti in essi contenuti alla Segreteria della Cceps (piazzale dell'Industria, 20 - IV p., stanze n.1-2-3) il **lunedì, il mercoledì e il venerdì dalle 11.00 alle 12.30**.

L'accesso ai fascicoli è **consentito solo previa richiesta**, da effettuarsi tramite un modulo prestampato, che va trasmessa alla Segreteria via fax (06/59942276) **con almeno un giorno lavorativo di anticipo**.

### CHE COSA E' LA CCEPS

La Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie è un organo di giurisdizione speciale, istituito presso il Ministero della Salute preposta all'esame dei ricorsi presentati dai professionisti sanitari contro i provvedimenti dei rispettivi Ordini e collegi professionali in determinate materie (tenuta degli albi professionali, irrogazione di sanzioni disciplinari), nonché sulla regolarità delle operazioni elettorali per il rinnovo degli organi direttivi; inoltre, esercita il potere disciplinare nei confronti dei propri membri

professionisti e dei componenti i Comitati centrali delle Federazioni nazionali.

Le decisioni della Cceps sono impugnabili davanti alla Suprema corte di cassazione.

La Commissione è presieduta da un Consigliere di Stato ed è composta da membri designati dal Ministro della salute e dalle Federazioni nazionali degli Ordini e collegi delle professioni sanitarie, in carica per quattro anni.

## Si può fare ricerca fuori dall'Università?

**I**l 23 giugno si è svolto, presso la sede dell'Ordine, un interessante evento dal titolo "Mmg e Pls nel processo di sviluppo territoriale delle sperimentazioni cliniche controllate di fase III e IV e non interventistiche osservazionali". Si è trattato di un corso di "retraining" per 53 medici sperimentatori della Asl 3 Genovese che dal 2002 effettuano sperimentazioni nel proprio ambulatorio.

Inserire le "sperimentazioni territoriali" nel processo di miglioramento continuo della qualità assistenziale in medicina generale e pediatria di libera scelta non poteva prescindere dalla verifica sul campo dei punti di forza e delle criticità rilevate nel primo quinquennio di attività. Il giudizio positivo dei partecipanti, sia sui temi affrontati sia sul metodo interattivo scelto per la conduzione dell'evento, ha ancora una volta evidenziato come una stretta collaborazione tra diverse professionalità mediche, nella fattispecie di Asl 3 Genovese, del Consiglio ordinistico, dell'Università (Di.S.Sal.) e delle Società scientifiche di categoria (Simg - Snamid - Assimefac e Apel), sia sempre in grado di rafforzare ogni progetto di tipo sanitario.

Il Dm 10.05.2001 è stato un momento significativo della legislazione farmaceutica: dal maggio 2001 l'Italia si è allineata a molti paesi europei ed extraeuropei consentendo ai Mmg e Pls di effettuare, nel proprio ambulatorio, sperimentazioni cliniche controllate ("di fase III" e "di fase IV") con particolare riferimento a quelle che possono migliorare la pratica clinica quale parte integrante dell'assistenza sanitaria. Si è trattato di un riconoscimento professionale lusinghiero per la medicina del territorio che vede finalmente pratica clinica e ricerca diventare aspetti inscindibili della "pri-

mary care". Il medico, ora clinico e ricercatore, cessa di essere semplicemente "prescrittore del farmaco" e diventa un'importante risorsa terapeutica.

Molte patologie rilevanti appartengono esclusivamente all'ambito dell'assistenza extra ospedaliera e, in questi casi, la valutazione dell'efficacia, della sicurezza e della tollerabilità di un farmaco deve avvenire solo nella realtà assistenziale del territorio: ecco quindi la necessità di avvalersi dei Mmg e dei Pls per le sperimentazioni di fase III e IV.

La Asl 3 Genovese, per coordinare e sviluppare l'attività sperimentale sul territorio, si avvale di una Commissione multidisciplinare composta da rappresentanti dei Mmg, dei Pls, del nostro Ordine e di tre Unità operative aziendali (Assistenza distrettuale - Assistenza farmaceutica convenzionata - Affari generali).

### Che compiti ha la Commissione?

- ◆ aggiorna e rende noto l'elenco dei Mmg e Pls che avendo fatto domanda di iscrizione sono stati riconosciuti idonei ad essere inseriti nel registro degli sperimentatori della Asl 3 Genovese;
- ◆ promuove training formativi per adeguare costantemente le conoscenze teoriche e pratiche dei Mmg e Pls sperimentatori;
- ◆ esamina e valuta le proposte di sperimentazioni cliniche inviate ad Asl dai promotori;
- ◆ opera in completa sinergia con il Comitato etico aziendale a cui, in ogni modo, è riservata la valutazione etica e giuridica dei progetti sperimentali che coinvolgono l'azienda in entrambe le sue declinazioni ospedaliera e territoriale;
- ◆ stipula con i proponenti la convenzione che regola gli aspetti finanziari ed assicurativi delle sperimentazioni, la trasmette all'U.O.

Affari generali che predispone l'atto deliberativo di autorizzazione alle sperimentazioni da sottoporre all'approvazione del Direttore generale;

◆ definisce e verifica la sussistenza delle caratteristiche minime necessarie alla conduzione delle sperimentazioni negli ambulatori dei Mmg e Pls singoli od associati;

◆ verifica che quanto richiesto dai protocolli sperimentali garantisca comunque l'assistenza terapeutica ai pazienti non reclutati e non rechi pregiudizio ai compiti previsti dagli accordi di categoria;

◆ stabilisce le condizioni necessarie a rispettare le regole di G.C.P. – ICH per quanto riguarda l'approvvigionamento, la distribuzione, la conservazione, la contabilità e la restituzione dei farmaci oggetto di sperimentazione clinica.

### Quale è stato il trend sperimentale?

In questi primi cinque anni di attività l'80% dei medici sperimentatori ha partecipato a più di dieci sperimentazioni cliniche ed osservazionali. Risultati notevoli, se pensiamo al fatto che si tratta di una fase di rodaggio, che si tratta pur sempre di un compito tradizionalmente alieno alla pratica dei Mmg e Pls e che richiede comunque tempo e fatica a fronte di un ritorno, in termini di valorizzazione reale dell'attività, per ora modesto.

Quello che è stato più volte esplicitato nella giornata di lavoro è che, al di là del compenso economico, l'opportunità di poter sperimentare è per i Mmg e per i pediatri una indubbia possibilità di crescita professionale e che, come tale, deve ricevere un'adeguata valorizzazione curriculare.

La giornata, che si è svolta in modo altamente interattivo e con grande partecipazione di tutti, ha dato modo di riflettere sullo stato dell'arte, sulle difficoltà incontrate e sulle

dotazioni strumentali utili all'attività di ricerca. Tutti si sono mostrati consapevoli del fatto che la sperimentazione farmacologica sull'uomo impone un grande senso di responsabilità, di cautela e di rispetto di principi di precauzione.

E' la sperimentazione in età pediatrica ad essere gravata dalle maggiori preoccupazioni di tipo etico: occorre guardare in primo luogo al bambino, aggiungendo alle normali "precauzioni etiche" (parere del Comitato etico, Consenso informato) ulteriori garanzie a tutela del bambino e della sua integrità psicofisica (divieto di sperimentazioni se non è dimostrato che ne può derivare un immediato vantaggio; assenso del bambino stesso accanto al consenso dei genitori).

Sono state poi evidenziate le difficoltà rilevate nella conduzione degli studi proposti sia per un'oggettiva mancanza di tempo, sia per la complessità dei protocolli, sia per la diffidenza, o meglio la non abitudine degli assistiti "tipici degli ambulatori" ad aderire a proposte di ricerca, cosa che si traduce in una "resistenza al consenso informato" massima soprattutto negli studi che coinvolgono i bambini. E' stato anche puntualizzato come la maggior parte dei protocolli sperimentali siano ancora disegnati pensando ad una "casistica" di tipo universitario per cui spesso gli studi non sono di agevole attuabilità e si è auspicata, per il futuro, una "taratura" dei protocolli allineata con la realtà dell'assistenza extraospedaliera.

Un interessante argomento di dibattito è stato se in questa fase di sviluppo sia meglio favorire la massima aderenza degli sperimentatori a tutti gli studi allo scopo di sensibilizzare il più alto numero possibile di medici alle attività di ricerca o puntare, almeno in caso di studi di non semplice esecuzione, su gruppi

di medici dotati di maggior sensibilità in questo settore, in pratica medici che vogliono raggiungere degli standard di "eccellenza" nella buona pratica clinica impegnandosi con forme organizzative più funzionali e strutture meglio rispondenti alle diverse esigenze dell'attività sperimentale.

E' stato concluso che gli sperimentatori devono avere tutti l'opportunità di partecipare alle sperimentazioni per migliorare la capacità di riflessione sulle esperienze maturate con la ricerca, sui pattern prescrittivi, sugli esiti dei trattamenti proprio perché favorendo il processo di adesione dei medici all'attività sperimentale si consente di equiparare medici ospedalieri e medici di famiglia su un piano di stretta collaborazione, di aumentare la soddisfazione professionale, di andare concettualmente oltre la figura del medico imprigionato nelle spire della burocrazia per arrivare all'immagine del medico osservatore e valutatore delle strategie di trattamento.

Un pediatra di lungo corso ha dichiarato, ad esempio, che questa nuova esperienza condotta "da solo in studio" lo ha stimolato e gratificato, aiutandolo ad uscire dalla quotidianità ripetitiva del proprio lavoro, ad arricchire il proprio bagaglio culturale e professionale e ad aprirsi a nuove prospettive terapeutiche così come un Mmg ha precisato come l'uso di un particolare presidio medicale durante una sperimentazione lo ha convinto della sua ade-

guatezza diagnostica tanto da indurlo ad "usarlo ormai abitualmente".

A questa sfida la Asl 3 Genovese, dimostrando di credere che la miglior qualità delle cure non può prescindere dal coinvolgimento, dalla curiosità, dall'impegno di tutti i medici, in qualsiasi ruolo o settore operino, intende rispondere sia intensificando il processo di comunicazione con gli sperimentatori producendo e inviando una reportistica annuale sulle attività sperimentali effettuate dal singolo, sia implementando il supporto tecnico amministrativo offerto in questi cinque anni.

La giornata si è conclusa con l'auspicio di altre periodiche occasioni di incontro per migliorare il percorso di lavoro e con il plauso alla Commissione per l'importante supporto tecnico fornito.

La Commissione, al termine dei lavori, ha reso noto che, a fronte dei 65 medici iscritti in registro nel 2002, i medici inseriti nell'ultimo registro del 2007 sono 118, di cui 13 pediatri ed ha comunicato che l'azienda in collaborazione con l'Ordine, con l'Università e con le Società scientifiche di categoria ha in programma per settembre, anche avvalendosi dei suggerimenti e dei contributi emersi da questa giornata, un nuovo corso base, accreditato E.C.M., per i 65 medici inseriti nel registro degli sperimentatori e non ancora formati ai principi della buona sperimentazione clinica.

**Giuseppina Boidi - Ivana Valle**

**La Spagna cerca medici** - Nell'ambito del progetto Eures si cercano specialisti per le strutture operanti a Figueres, Girona, Olot e Blanes (Costa Brava). I posti disponibili sono 60 tra medici di famiglia, gastroenterologi, medicina d'urgenza, pediatri, chirurghi, radiologi, ginecologi, specializzati in medicina interna ed endoscopia, dermatologi, nefrologhi, geriatri, neuropsichiatri infantili, urologi. E' richiesta la conoscenza dello spagnolo, l'omologazione dei titoli di studio presso il MEC (Ministero dell'educazione spagnolo) e l'uso del PC. Contratti sia a tempo indeterminato, che determinato. Salario: dai 42.000 a 60.000 euro lordi annuali. **Per info:** [selezioneeures@lavoro.gov.it](mailto:selezioneeures@lavoro.gov.it) oppure inviare il CV in lingua spagnola a: [jcasanovas@salutms.cat](mailto:jcasanovas@salutms.cat) oppure [m.ortega@hospitaldefigueres.com](mailto:m.ortega@hospitaldefigueres.com)

# I medici e l'ambiente

inserto

Cari colleghi, noi medici siamo i primi testimoni dell'evidenti ricadute che il danno ambientale provoca sulla salute dei nostri pazienti e negli ultimi anni stiamo registrando l'insorgenza di numerose malattie a causa dell'immissione nell'aria, nell'acqua e nel suolo di composti tossici persistenti e accumulabili negli organismi viventi.

Aver registrato le evidenti ricadute del danno ambientale sulla salute pubblica ci ha posto di fronte alla responsabilità di orientare il nostro ruolo professionale, oltre che civile, verso scelte sempre più decise a favore di uno sviluppo ambientale sostenibile.

La testimonianza di un preciso impegno in questa direzione emerge anche dall'introduzione nel nuovo Codice deontologico di un apposito articolo, il 5, per il quale "Il medico è tenuto a considerare l'ambiente nel quale l'uomo vive e lavora quale fondamentale determinante della salute dei cittadini (...). Il medico favorisce e partecipa alle iniziative di prevenzione di tutela della salute nei luoghi di lavoro e di promozione della salute individuale e collettiva". A tale proposito abbiamo costituito una Commissione ambiente coordinata da: J. L. Ravetti con la collaborazione di L. Massimo, V. Gennaro, A. Ferrando, L. Carozzino, G. F. Porcile.

La Fnomceo e l'Associazione medici per l'ambiente Isde Italia hanno elaborato il documento allegato "Tutela del diritto individuale o collettivo alla salute e a un ambiente salute - Inquinamento atmosferico urbano, stili di vita e salute" approvato dal Consiglio dell'Ordine nella seduta del 31 maggio che vi invitiamo a sottoscrivere su un apposito modulo presso la segreteria dell'Ordine, a sostegno del programma di sensibilizzare verso quelle istanze etiche che pongono in primo piano il diritto universale alla vita e alla salute, con particolare riguardo alle generazioni future.

**Jean Louis Ravetti - Enrico Bartolini**



## **Tutela del diritto individuale e collettivo alla salute e ad un ambiente salubre**

*Per l'ambiente gli uomini sono responsabili,  
i medici due volte*

### **ADERISCI ALL'INIZIATIVA SOTTOSCRIVENDO IL DOCUMENTO**

*firmato da*

**FNOMCeO**

**(Federazione nazionale Ordini Chirurghi e Odontoiatri)**

**ISDE Italia**

**(Associazione di Medici per l'Ambiente)**

**Se sei sensibile nei confronti delle problematiche di salute  
derivanti da ogni forma di inquinamento...**

partecipa alla raccolta di firme tra i medici, ma anche tra politici e personalità del mondo della cultura, a sostegno del programma di sensibilizzazione verso quelle istanze etiche che pongono in primo piano il diritto universale alla vita e alla salute, con particolare riguardo alle generazioni future.

**...recati presso la sede del Tuo Ordine provinciale dei Medici o  
nella sede dell'Ordine più vicina a  
firmare il Documento**

*Il nuovo Codice di Deontologia Medica*

**Art.5 - "Educazione alla salute e rapporti con l'ambiente":**

Il medico è tenuto a considerare l'ambiente nel quale vive e lavora quale fondamentale determinante della salute dei cittadini. A tal fine il medico è tenuto a promuovere una cultura civile tesa all'utilizzo appropriato delle risorse naturali, anche allo scopo di garantire alle future generazioni la fruizione di un ambiente vivibile. Il medico favorisce e partecipa alle iniziative di prevenzione, di tutela della salute nei luoghi di lavoro e di promozione della salute individuale e collettiva.

## I medici in prima linea per l'ambiente

**F**nomceo (Federazione nazionale ordini medici chirurghi e odontoiatri) e Isde-Italia (Associazione italiana di medici per l'ambiente) hanno presentato il 15 marzo il "DOCumento ambiente", iniziativa congiunta che intende coinvolgere la classe medica attraverso la sottoscrizione di un programma - che verrà distribuito presso tutte le sedi degli Ordini dei medici - che ne affermi il ruolo attivo nella tutela del diritto individuale e collettivo alla salute e a un ambiente salubre.

*"Noi medici"* afferma Amedeo Bianco, presidente Fnomceo *"siamo i primi testimoni delle evidenti ricadute che il danno ambientale provoca sulla salute dei nostri pazienti. Come operatori delle Aziende sanitarie dei Dipartimenti di prevenzione, per esempio, rileviamo quotidianamente il progressivo consolidamento dei dati che indicano un aumento delle patologie e della mortalità da inquinamento atmosferico. Come medici di medicina generale constatiamo direttamente negli ambulatori la diffusione sempre maggiore di patologie tumorali e soprattutto l'abbassamento dell'età di incidenza. Come pediatri registriamo l'aggravarsi nei bambini - specie se residenti in zone più inquinate o più trafficate - di patologie come l'asma, il raffreddore primaverile, le bronchiti, le broncopolmoniti e soprattutto i tumori"*.

I dati presentati durante l'incontro confermano queste preoccupazioni: il 75% delle patologie e delle cause di morte risulta infatti associato a problemi legati al degrado ambientale e a stili di vita scorretti. Secondo l'Organizzazione mondiale della Sanità, da un'indagine su 13 città italiane con oltre 200 mila abitanti, nel periodo 2002-2004 ben 8820 morti/anno (di cui 742 per cancro al polmo-

ne) sono da attribuire a valori di PM10 oltre la soglia di 20ug/m<sup>3</sup>.

Se l'inquinamento atmosferico ha raggiunto livelli tali da destare un forte allarme relativamente alla salute pubblica, i cambiamenti climatici associati all'effetto serra sono motivo di altrettanta preoccupazione: si pensi che l'estate del 2003, caratterizzata da una forte afa, si sono registrati in Italia (in base ai dati forniti dall'Istituto Superiore di Sanità) 2.222 decessi in più rispetto all'anno precedente, e nel periodo compreso tra il 16 luglio e il 15 agosto l'incremento dei decessi è stato addirittura del 36% nella popolazione in generale e del 40% tra le persone con oltre 65 anni. Roberto Romizzi, presidente ISDE Italia, spiega: *"E' da decenni che nei convegni noi medici discutiamo di salute, di rischi da lavoro, ambiente e inquinamento, ma le potenzialità di questa consapevolezza non sono arrivate ancora a conquistare un più ampio mandato nei confronti della collettività e dell'organizzazione sanitaria per gli aspetti di assistenza e di tutela della salute umana inserita nell'ecosistema. In altre parole, i medici che operano sul territorio devono arrivare ad affiancarsi agli specialisti che tutti i giorni verificano - in base alle loro specifiche competenze - i danni che l'ambiente inquinato determina nella popolazione, divenendo così la reale congiunzione fra sistema sanitario, popolazione e mondo scientifico"*.

L'importanza del nuovo articolo 5, introdotto nel nuovo Codice deontologico, deriva dal fatto che esso prefigura un allargamento di prospettiva che coinvolge il medico nella sua funzione sociale. Oggi il medico non può più limitarsi a un rapporto individualizzato con il paziente, ma deve guardare a un più ampio

mandato nei confronti della collettività e dell'organizzazione sanitaria, almeno per gli aspetti di assistenza e di tutela della salute umana inserita nell'ecosistema. Il "DOCUMENTO ambiente" non fa altro che tradurre tali principi in azioni concrete in cui il medico diviene protagonista anche negli interventi mirati a modificare gli stili di vita attraverso campagne informative, educazione ambientale, iniziative promozionali sull'uso di trasporti sostenibili ecc.

E' evidente che siamo in presenza di una svolta culturale, che vede il medico coinvolto in una funzione sociale che va oltre il consueto rapporto individualizzato con il paziente, per misurarsi con un più ampio mandato nei confronti della collettività e dell'organizzazione sanitaria. Ma per svolgere a pieno questo compito "...occorre superare le barriere cor-

porative all'interno della categoria" afferma Maurizio Benato, vice presidente Fnomceo "collaborare con le altre figure di tecnici della salute e dell'ambiente, raccordarsi con quei settori professionali che più possono influenzare gli amministratori e la popolazione, in particolare i media, la scuola, il mondo giuridico e quello economico. E' opportuno sostenere e consigliare le altre categorie professionali e le amministrazioni affinché promuovano politiche di prevenzione e quindi di salvaguardia ambientale, creando consenso intorno a scelte che talvolta possono apparire anche scomode o impopolari".

Il "DOCUMENTO ambiente" vuole rappresentare un passo importante in questa direzione, tanto più decisivo quanto maggiore risulterà il coinvolgimento che la classe medica italiana saprà dimostrare.

## **Tutela del diritto individuale e collettivo alla salute e ad un ambiente salubre**

**Inquinamento atmosferico urbano, stili di vita e salute**

***"Per l'ambiente gli uomini sono responsabili, i medici due volte"***

**Riportiamo di seguito il "DOCUMENTO ambiente" stilato dalla Fnomceo e Isde-Italia.**

Dal momento che i rischi per la salute sono largamente legati al degrado ambientale e ai modelli di vita, i medici devono orientare il loro ruolo professionale e civile per promuovere la salute anche attraverso scelte di tutela ambientale.

La dimostrazione che molti processi patologici trovano una loro eziopatogenesi in cause ambientali, quali l'accumulo di inquinanti nell'aria, nell'acqua, nel suolo e nel cibo, e l'esistenza su scala mondiale di gravi e irreversibili dissesti ambientali, hanno sollecitato una crescente attenzione verso questi temi.

Ambiente degradato, esposizioni occupazionali a sostanze nocive e modelli di vita scorretti sono responsabili del 75% delle patologie e delle cause di morte. Da decenni nei convegni medici si discute di salute, rischi da lavoro, ambiente e inquinamento e i ricercatori si impegnano per evidenziarne le correlazioni. Queste attività che non vanno certamente sottovalutate, non ci sono comunque sembrate espressione della intera potenzialità dei medici e degli altri professionisti della salute nei confronti della popolazione e dei politici.

Agli specialisti che tutti i giorni verificano, per le loro specifiche competenze, i danni che l'ambiente inquinato determina nella popola-

zione devono affiancarsi i medici del territorio che possono rappresentare la reale congiunzione tra sistema sanitario, popolazione e mondo scientifico.

Per far ciò è necessario superare le barriere corporative all'interno della categoria, collaborare con le altre figure di tecnici della salute e dell'ambiente, raccordarsi con quei settori professionali che più possono influenzare gli amministratori e la popolazione - in particolare i media, la scuola, il mondo giuridico e quello economico. E' opportuno sostenere e consigliare le altre categorie professionali e le amministrazioni affinché promuovano politiche di prevenzione e quindi di salvaguardia ambientale, creando consenso intorno a scelte talvolta scomode e impopolari. E' altresì necessario intervenire nei confronti di soggetti che perseguono iniziative non rispettose della salute e dell'ambiente di vita e di lavoro. La nozione di responsabilità personale su cui la nostra cultura si è basata per millenni sembra ormai inadeguata. Sorge la necessità di elaborare concezioni nuove che ampliano tale nozione ad una dimensione collettiva. Questo allargamento di prospettiva coinvolge il medico nella sua funzione sociale: il medico nella attuale società non ha più soltanto una veste nel rapporto individualizzato con il paziente ma un più ampio mandato nei confronti della collettività e della organizzazione sanitaria per gli aspetti di assistenza e di tutela della salute umana inserita nell'ecosistema.

## Danno ambientale, ricadute sulla salute ed evidenze

**L'inquinamento atmosferico** rappresenta un grave problema di sanità pubblica dal momento che l'aria dei nostri centri urbani è resa sempre più irrespirabile dalla presenza di molteplici inquinanti.

Anche le emissioni di gas serra, di origine antropica, sono cresciute e l'effetto serra è certamente una delle cause del **cambiamento climatico** che ha portato anche nel nostro Paese ad un aumento della temperatura media e a eventi climatici estremi, con la prospettiva di un profondo dissesto dell'ecosistema terrestre e di un avvenire incerto per le future generazioni.

Per **la riduzione delle emissioni di gas serra in atmosfera** - responsabili dei cambiamenti climatici - l'Italia si è impegnata (insieme ad altri 158 paesi nel mondo) a ridurre entro il 2010 l'anidride carbonica in atmosfera del 6.5% mentre in realtà dal 1990 al 2004 si è registrato un aumento dell'11,6%.

Nell'ultimo secolo la temperatura media mondiale è salita di 0,6° e l'aumento previsto entro la fine di questo secolo potrebbe essere fra 1,4° e 5,8°. In Italia l'aumento di temperatura negli ultimi decenni e' stato leggermente superiore alla media mondiale. Nell'**estate 2003**, caratterizzata da una forte afa, nel nostro Paese si è osservato rispetto al 2002 un aumento di 2.222 decessi (da 17.493 a 19.715) e nel periodo compreso tra il 16 luglio e il 15 agosto l'incremento è stato del 36% nella popolazione in generale e del 40% tra le persone di 65 anni e oltre (ISS, 2005).

**Complessivamente l'inquinamento ambientale urbano è responsabile di effetti nocivi sull'apparato respiratorio e cardiovascolare, di effetti oncogeni e dell'aumento della mortalità generale.** I principali studi condotti in Europa ed U.S.A. sulla **correlazione fra inquinamento atmosferico e cancro al polmone** sono concordi nel valutare che per ogni 10 µg/m<sup>3</sup> di PM 2.5 si registra un incremento tra l'8% ed il 14% di neoplasie polmonari. Si ricorda che l'OMS ha stimato la quota di decessi attribuibili a valori di PM10 oltre

20µg/m<sup>3</sup> in 13 città italiane con oltre 200.000 abitanti sulla base dei valori di PM10 registrati negli anni 2002-2004.

La stima è di 8220 morti/anno di cui 742 morti/anno per cancro del polmone

Da studi recenti emerge, altresì, che i decessi che si misurano o si stimano come effetto dell'inquinamento atmosferico non sono una semplice anticipazione di eventi che sarebbero comunque accaduti ma rappresentano un effetto netto di una mortalità che sarebbe stata evitata se i livelli di inquinamento fossero stati inferiori.

**E' noto che i principali determinanti della qualità dell'aria sono la mobilità motorizzata, i sistemi di riscaldamento e le immissioni in atmosfera di sostanze chimiche da insediamenti produttivi e dagli inceneritori. E' dunque su tutti questi elementi che si deve agire se si vuole migliorare la qualità dell'aria.**

Pertanto è solo una scelta contingente quella che come medici abbiamo fatto di richiamare l'attenzione del mondo scientifico in generale e di quello politico su uno di questi determinanti: il traffico veicolare.

**Il trasporto motorizzato, come sostiene autorevolmente anche l'OMS, è indubbiamente una delle fonti più importanti di agenti inquinanti pericolosi quali gli ossidi di azoto, il benzene, l'ozono e soprattutto il particolato fine (PM10 e PM 2,5) e ultrafine, ossia di dimensioni submicroniche, che producono situazioni di rischio per la salute umana e in particolare per quella dei bambini.** Il traffico motorizzato è in aumento in tutte le città e oltre all'inquinamento atmosferico causa anche un aumento degli incidenti stradali (complessivamente in Italia causano circa 8.000 morti all'anno!), inquinamento acustico e, indirettamente, sedentarietà ed effetti psi-

cosociali che incidono fortemente sui costi della società (Terza Conferenza Ministeriale dell'OMS, Londra 1999- "Carta europea trasporti, salute e ambiente").

### Possibili iniziative

Ormai esistono, sia a livello internazionale che nazionale, **indirizzi e strumenti di riferimento per la definizione di efficaci strategie di riduzione dell'inquinamento atmosferico da traffico e da altre fonti di inquinamento.**

Appaiono tuttavia ancora carenti, almeno con riferimento all'ambito nazionale e regionale, significative esperienze di elaborazione e attuazione di strategie integrate, accompagnate da estese campagne di comunicazione sul significato delle strategie stesse e da sistematiche attività di monitoraggio e valutazione dei risultati conseguiti.

Un approccio efficace dovrebbe infatti comprendere:

1. Interventi mirati a garantire la **piena integrazione delle considerazioni sulla prevenzione e riduzione dell'inquinamento atmosferico nelle politiche:** Valutazione Ambientale Strategica (VAS) di piani e programmi, Valutazione di Impatto Ambientale (VIA), Valutazione di Impatto Sanitario (VIS).
2. Interventi mirati a **ridurre la mobilità motorizzata**, soprattutto privata: Pianificazione territoriale integrata con la pianificazione dei trasporti (aree urbane ad alta densità, a destinazione mista e compatte; rivitalizzazione dei centri urbani), politiche dei tempi delle città (legge n. 53/2000), teleservizi/e-government, telelavoro, commercio elettronico, e-banking e servizi on-line.
3. Interventi mirati a **modificare la distribuzione modale della mobilità:** promozione della mobilità ciclabile e pedonale, potenziamento e miglioramento dei servizi di trasporto

pubblico, potenziamento dell'offerta di trasporto ferroviario e dell'intermodalità, valorizzazione del trasporto marittimo e fluviale, sviluppo di servizi innovativi e complementari al trasporto pubblico (*mobility management*, servizi a chiamata e di taxi collettivo, *car pooling* e *car sharing*), tariffazione dell'uso delle infrastrutture, fiscalità dei carburanti, revisione in senso ambientale del bollo auto, interventi di road e area-pricing, istituzione di Zone a Traffico Limitato (ZTL) e di aree pedonali, regolamentazione e riorganizzazione della sosta, tecnologie telematiche per la gestione del traffico, moderazione del traffico.

4. Interventi mirati a **ridurre le emissioni in atmosfera**: regimi di incentivazione alla sostituzione di determinati veicoli, sostituzione del parco autobus o rinnovo delle flotte veicolari degli Enti pubblici, sistemi periodici di controllo tipo "bollino blu", carburanti alternativi (es. idrogeno, biocombustibili).

5. Interventi mirati a **modificare i modelli di vita**: campagne informative, campagne promozionali sull'uso di trasporti sostenibili, organizzazione/partecipazione a concorsi e eventi (es. domeniche ecologiche etc.), educazione ambientale, siti internet o uffici, sportelli, punti informativi dedicati.

Andrebbe, inoltre, prevista una **partecipazione allargata** ai processi decisionali e all'attuazione degli interventi; la condivisione delle decisioni è infatti indispensabile per il successo di qualsiasi strategia ed è quindi fondamentale la qualità dell'informazione, la comunicazione più ampia e trasparente possibile e l'adeguata considerazione della percezione

dei rischi nella cittadinanza. Risultano ancora poco valorizzate, in tal senso, le potenzialità offerte da alcuni strumenti innovativi di costruzione partecipata delle strategie, quali Agenda 21 locale o Città Sana.

Nelle nostre città si stanno già attuando **strategie** quali il rinnovo del parco veicolare, l'introduzione di filtri per i motori più inquinanti ect., tutti provvedimenti utili ma che non vanno nella direzione di una progressiva riduzione del numero di autoveicoli e dei Km percorsi, perpetuando comunque il fenomeno del traffico.



L'opzione corrente fondamentale per poter migliorare la salute pubblica nelle città resta quella di limitare il traffico motorizzato stradale nelle nostre città e nelle aree limitrofe attraverso: l'adozione di piani di "Moderazione del traffico" e la creazione di una rete realmente percorribile in sicurezza pedonale e ciclabile, con particolare riferimento ai percorsi casa-scuola, casa-ambulatorio, casa-lavoro.

### Proposte operative

Il nuovo **codice di deontologia medica** ha dedicato un articolo, il numero 5, alla **"Educazione alla salute e rapporti con l'ambiente"** che recita *"Il medico è tenuto a considerare l'ambiente nel quale l'uomo vive e lavora quale fondamentale determinante della salute dei cittadini. A tal fine il medico è tenuto a promuovere una cultura civile tesa all'utilizzo appropriato delle risorse naturali, anche allo scopo di garantire alle future generazioni la fruizione di un ambiente vivibile. Il medico favorisce e partecipa alle iniziative di prevenzione, di tutela della salute nei luoghi di lavoro e di promo-*

*zione della salute individuale e collettiva".*

Noi medici siamo i primi osservatori di questi fenomeni in tutte le nostre professionalità:

■ Come operatori delle Aziende Sanitarie dei Dipartimenti di prevenzione contribuiamo a rilevare la frequenza e distribuzione delle malattie ed osserviamo il progressivo consolidamento dei dati che indicano un aumento delle patologie e della mortalità da inquinamento atmosferico.

■ Come medici di medicina generale constatiamo direttamente nei nostri ambulatori la diffusione sempre maggiore di patologie tumorali e soprattutto l'abbassamento dell'età di incidenza (K mammari, Linfomi ecc.).

■ Come pediatri vediamo aggravarsi nei bambini residenti in zone più inquinate o più trafficate patologie come l'asma, il raffreddore primaverile, le bronchiti, le broncopolmoniti e soprattutto i tumori (in Europa negli ultimi 30 anni si è registrato un incremento dell'1,2 % annuo dei tumori fra 0 e 14 anni e dell'1,4% tra i 14-19 anni).

■ Come medici specialisti in tutte le branche vediamo il costante aumento delle patologie cronico-degenerative tra cui quelle cardiocircolatorie e respiratorie che rappresentano le cause principali di mortalità e di ricovero o di disturbi nello sviluppo del sistema nervoso centrale legati all'esposizione a un vasto spettro di inquinanti chimici ambientali.

■ Come dirigenti del Servizio Sanitario Nazionale vediamo le risorse indirizzarsi prevalentemente verso la cura, la riabilitazione e la diagnosi precoce piuttosto che verso la prevenzione primaria.

■ Come medici universitari e ricercatori studiamo le correlazioni tra patologie ed ambiente insalubre e le portiamo a conoscenza degli studenti.

**Tutto questo comporta:**

a) che i medici siano fortemente impegnati nella programmazione e nella messa in opera di programmi per la comunicazione del rischio, nella promozione di progetti integrati di prevenzione primaria, nella formazione, nella valutazione d'impatto ambientale e sanitario di piani, programmi e degli strumenti di pianificazione urbanistici, nella verifica di efficacia dei provvedimenti adottati. A questi fini i medici si propongono per il supporto tecnico-sanitario ai vari livelli di governo (nazionale, regionale e locale) che esercitano competenze politico-amministrative, normative e regolamentari, nei vari processi di pianificazione che incidono sulla salute collettiva. Per l'esercizio di queste funzioni, cui si aggiungono quelle prettamente sanitarie di "sorveglianza epidemiologica" e "comunicazione del rischio", i medici intendono instaurare costanti relazioni funzionali con le Agenzie Regionali per l'Ambiente, al fine di assicurare l'integrazione tra politiche sanitarie, ambientali ed energetiche prevista dall'art. 7-quinquies del D.Lgs. n. 502/1992.

b) la predisposizione di un piano d'azione condiviso da portare avanti in maniera sistematica su tutto il territorio nazionale che comprenda attività di **formazione informazione** (distribuzione di materiali informativi negli studi e nei presidi medici sui rischi derivanti dall'inquinamento atmosferico, interventi nelle scuole per sensibilizzare insegnanti e genitori), attività di **coordinamento di tutte le figure mediche del territorio** (Medici di Medicina Generale, Pediatri di famiglia, Medici che lavorano nei Dipartimenti di prevenzione o che comunque nei settori della sanità pubblica, epidemiologi, ospedalieri ecc.), **pressione nei confronti delle istituzioni locali** per una valutazione dell'impatto sulla salute delle scelte di tipo urbanistico in senso lato.

## Successo del corso sull'emergenza in Sanità

**L**l Consiglio direttivo dell'Ordine dei medici, su iniziativa del vice-presidente Ferrando e della Commissione emergenza con la preziosa collaborazione di F. Bermano, P. Cremonesi, D. Infantino, R. Carloni, G. Icardi, G. Masala, L. Massimo, P. Moscatelli, L. Nanni, P. Oreste ha avvertito l'esigenza di focalizzare l'attenzione dei sanitari impegnati negli ospedali e nei vari servizi, dal medico di famiglia (MdF) all'operatore della Sanità pubblica, sulle problematiche dell'emergenza nella Sanità, tenendo presente il recente Codice deontologico. In apertura è stata illustrata l'esigenza che i medici acquisiscano l'abilità nella comunicazione e nell'informazione alla luce delle direttive dettate dal nuovo Codice di deontologia medica.

L'emergenza del trasporto ed in particolare il ruolo del 118 sono stati illustrati con ampia casistica, elaborazione dei dati e quindi evidenza del grande vantaggio di aver per il paziente grave e soprattutto per i codici rossi, un pronto intervento di personale qualificato sul posto, mirante a stabilizzare le condizioni critiche ed a permetterne il trasporto in ospedale appena possibile, senza aumentarne i rischi. Emergenza ictus ed emergenza infarto sono stati affrontati e descritti con competenza, passione medica e deontologica.

Ciascuno dei docenti della seconda sessione, da sempre coinvolto nella tematica dei Pronto soccorsi, ha portato la propria esperienza corredata da immagini, elaborazioni statistiche, percentuali, tutte di notevole supporto esplicativo con la proiezione di visioni spettacolari riguardanti l'elisoccorso a pazienti infortunati in località difficilmente raggiungibili con mezzi di terra. Sono state in dettaglio descritte le piastre dei Ps e del Dea, la camera calda, il

triage, il post-triage, le sale da visita, l'Obi (per l'osservazione di breve durata), la sala d'attesa, l'ambulatorio per la visita dei malati con codice bianco, i percorsi differenziati in funzione dei codici, il pericolo di errori legati soprattutto alle sintomatologie iniziali di forme gravi, ancora poco significative. Sono stati affrontati i numerosi e spesso mal definiti aspetti medico-giuridici dell'emergenza, dal consenso informato, alla diligenza, all'autodeterminazione, alla responsabilità civile medica, allo stato di necessità, alla buona gestione in vari campi, alle prove documentali (cartella clinica, consensi informati sottoscritti), all'omissione di soccorso, all'assistenza d'urgenza, alle omissioni di denunce o di referto, responsabilità professionale medica: clinica, organizzativa, esecutiva, interpretativa, possibilità di errore prevedibile, evitabile, rilevabile, esigenza della dimostrazione del nesso causale. E' stata dettagliatamente descritta l'emergenza anziani, peculiare della Liguria, dell'anziano fragile, della scarsa autosufficienza, della frequente solitudine o poca presenza di validi e costanti aiuti.

La terza e la quarta riunione sono state dedicate sia alle emergenze di natura diversa che al ruolo della comunicazione tra le istituzioni ed i medici che operano in periferia. Sono state illustrate particolari esigenze: la necessità di un'ossigenoterapia urgente, l'importanza del luogo dove si trova il paziente al momento d'insorgenza dell'attacco (discoteca, autobus o altro), l'influenza psicologica che spesso gioca un importante ruolo aggravante da tenere presente fin dal primo momento del soccorso, al triage all'ingresso nel Ps che assegnerà il codice assistenziale, i rapporti tra farmacologia e deontologia tenendo ben pre-

sente il recente Codice deontologico, la possibilità di errori medici, la corretta terapia del dolore, la sperimentazione clinica, i problemi legati alla comunicazione ed al consenso informato del paziente o del legale rappresentante, la randomizzazione, l'importanza di evitare l'accanimento terapeutico, le medicine complementari o alternative.

In seguito sono state affrontate le tossi-infezioni alimentari e l'avvelenamento da funghi, il periodo di latenza tra l'assunzione dell'alimento e la comparsa dei sintomi che possono essere anche molto gravi e permanenti (epatici, renali, cerebrali) fino alla morte in elevata percentuale dei casi; il periodo non stagionale legato all'uso di cibi conservati, la correlazione tra la diagnosi precoce ed il risultato finale, l'importanza della raccolta dettagliata dell'anamnesi, la perizia micologica. Si è passati in seguito a presentare i dati li riguardanti l'avvelenamento da monossido di carbonio e dell'ambiente marino di origine naturale e industriale tra cui la nuova emergenza della cosiddetta alga tossica (*osteopsis ovata*). Infine sono stati toccati altri temi di grande attualità, soprattutto per i giovani, ossia i danni provocati dalle sostanze da abuso, alcol e droghe sempre di nuova generazione e quindi di difficile identificazione.

Nella quarta sessione si è parlato di comunicazione anche con gli organismi ufficiali di stampa, del Regolamento sanitario internazionale per le emergenze e la comunicazione, recepito ovunque, al quale si deve fare riferimento, dei nuovi compiti istituzionali degli Ordini dei medici nel campo delle emergenze. Le problematiche legate alle pandemie sono state coordinate da un tavolo Regionale in collaborazione con le sigle sanitarie operanti sul territorio ligure, "rete strutturale" già bene organizzata, in grado di prevenire ed evitare

possibili eventi e conseguenze: epidemia – panico – problemi sociali – perdite economiche – informazioni incomplete – isterismi di massa con elevato livello di tensione – ripercussioni sulla qualità della vita dei cittadini, da definire come *disease mongering*.

Il coordinamento internazionale è attuato dall'Organizzazione mondiale della sanità (Who-Oms), che considera la trasmissione in sei fasi. Al momento questa sta avvenendo da animale ad animale, in particolare l'aviarica va da volatile a volatile, esistono pochi e sporadici casi di trasmissione da animali all'uomo (fase 3 della Who), nessuno da uomo ad uomo (fase 4).

E' sempre da tenere presente la grande mobilità internazionale. E' stato descritto minuziosamente "Il Piano pandemico regionale", da poco approvato ed attualmente in fase di distribuzione, oggi in grado di gestire un'eventuale emergenza, con un osservatorio ed il contributo dell'Istituto zooprofilattico, dell'Università e dei presidi di frontiera di terra e di mare, affiancato da un gruppo di lavoro di psicologi in grado di offrire supporto sia ai colpiti dall'evento che agli operatori.

Il medico non deve dimenticare le nostre realtà: sepsi da meningococco e da pneumococco, relative vaccinazioni, tipizzazione dell'agente patogeno nel timore di mutazioni. La sorveglianza sindromica è iniziata solo nell'ottobre 2001 con la finalità di attivare anche la prevenzione del bioterrorismo. Il sistema italiano è tra i migliori oggi esistenti con un basso costo.

La prevenzione degli incidenti, stradali inclusi, e delle morti evitabili può giovare della comunicazione ai genitori e all'opinione pubblica di consigli, notizie ed informazioni: posizione *back to sleep* in cui mettere a letto il lattante, manovre di disostruzione delle vie aeree, sem-

plici da eseguire con grande tempestività.

La quinta sessione è stata dedicata alla psicologia delle emergenze e al supporto ai soccorritori. Anche il medico di fronte alle catastrofi avverte un disagio e difficoltà ad affrontarle. Viene auspicato che l'Ordine dei medici predisponga un tavolo di lavoro che si occupi dei problemi dei disagi degli operatori sanitari di fronte allo stress e dei vari collaboratori (Vigili del fuoco, Polizia di Stato, Guardia costiera, ecc.). E' indispensabile che costantemente esista una collaborazione fra i medici delle Forze dell'ordine, il 118 i Dea, le Asl, le reti amicali. A situazioni di stress le reazioni possono essere di eustress ossia buona compensazione o di distress, ossia una risposta patologica.

Nel 1981 è stato coniato la definizione di burn out che esprime la delusione, la fatica, l'esaurimento emotivo, la depersonalizzazione, l'impotenza di fronte alla mancata realizzazione personale da cui dipende una perdita progressiva di idealismo, di energia, di obiettivi, di capacità di adattamento allo stress emotivo. Esiste una sintomatologia fisica, comportamentale e cognitivo-affettiva e spesso chi ne è affetto fa uso di farmaci e psicofarmaci. Recentemente di fronte al sovraccarico del lavoro ed alle difficoltà di adattamento al proprio lavoro e con i colleghi la situazione è peggiorata, anche per una maggiore richiesta da parte dei cittadini che hanno aspettative irrealistiche e mancanza di condivisione. Esistono soggetti a rischio ai quali deve essere insegnato il rispetto del loro ruolo e dei loro compiti. In questa visione dal 2005 esiste un programma di supporto psicologico da parte dei Vigili del fuoco e della medicina penitenziaria a beneficio del personale con una struttura snella, una organizzazione agile nella gestione, valida nei risultati.

Questa sperimentazione sta per essere esportata anche in altre Regioni ed altre Forze dell'ordine in quanto è stato riconosciuto che il supporto psicologico agli operatori è positivo ed ha un basso costo. La singola persona che presenta dei disturbi persistenti indotti da una catastrofe necessita di una assistenza specifica psichiatrica. Debbono essere prese in considerazione la sintomatologia, la gravità della risposta del soggetto, la durata della conseguenza. Prevenire ed evitare sono le parole d'ordine per affrontare correttamente il problema dell'emergenza.

Al termine della sessione sono state messe in evidenza le modifiche a livello cerebrale (ippocampo, talamo e amigdala) e la risposta all'evento traumatico.

L'Ordine dei medici auspica che questa prima esperienza possa essere ripetuta seguendo l'evoluzione e le necessità del momento ponendo al centro dell'attenzione il malato come persona e ringrazia pubblicamente tutti coloro che hanno collaborato alla buona riuscita dell'iniziativa: Gemma Migliaro, Paola Berti, Francesco Bermano, Giovanni Regesta, Lorenzo Borgo, Luisa Massimo, Luca Nanni, Alberto Ferrando, Paolo Cremonesi, Emanuela Piccotti, Francesco De Stefano, Paolo Moscatelli, Andrea Stimamiglio, Stefano Alice, Tommaso Barreca, Riccardo Ghio, Luigi Carlo Bottaro, Ferruccio Pesenti, Pierclaudio Brasesco, Paola Oreste, Roberto Carloni, Giancarlo Icardi, Filippo Ansaldo, Giorgio Conforti, Speranza Sensi, Mario Fiscì, Luciano Lusardi, Giuseppe Masala, Roberto Soriani, Ezio Casari, Giuseppina Boidi, Sergio Schiaffino ed inoltre l'avv. Gian Maria Tavella, il presidente dell'Ordine dei giornalisti Attilio Lugli e gli psicologi Debora Infantino, Daniela Ratti, Jole Oberti.

*Luisa Massimo*

## Pensionati Inpdap

*Come evitare una trattenuta d'ufficio per i medici ospedalieri pensionati, inserita in un decreto regolamentare del Ministero delle finanze.*

**B**reve sintesi del "meccanismo normativo" e dell'episodico apparire, in questi giorni, sulla stampa quotidiana, della notizia di questo prelievo "forzoso", passato inosservato nel recente calderone dei balzelli fiscali.

L'articolo 2 del decreto 7 marzo 2007, n. 45 ("Regolamento di attuazione in materia di accesso alle prestazioni creditizie agevolate erogate dall'Inpdap" - G. U. n. 83 del 10 aprile 2007) prevede l'iscrizione "di diritto" - senza assenso dell'interessato - dei pensionati Inpdap, tra questi i medici ospedalieri in quiescenza.

L'iscrizione alla "gestione unitaria delle prestazioni creditizie e sociali" è soggetta ad una aliquota contributiva pari allo 0,15% dell'ammontare lordo della pensione. In buona sostanza si tratta della possibilità, a fronte di imposti contribuiti, dell'accesso a mutui e a prestiti.

L'iscrizione, con modalità simili al silenzio assenso, a questa "gestione delle prestazioni cre-

ditizie" ha decorrenza sei mesi dopo l'entrata in vigore della norma regolamentare (G.U. n. 83 del 10 Aprile 2007) e cioè dal prossimo 25 ottobre.

Il secondo comma dello stesso articolo due della legge 45 prevede, per i soggetti interessati, la possibilità di recesso dalla iscrizione alla "gestione Inpdap delle prestazioni".

La Direzione Provinciale di Genova ha predisposto un modulo, riportato in calce a questa nota, da inviare con raccomandata r.r. alla sede Inpdap entro il 25 ottobre 2007.

**Donato Fierro**

Alla Direzione Provinciale  
I.N.P.D.A.P.  
P.zza Borgo Pila, 40  
16129 Genova

Oggetto: Decreto Ministeriale n.45 del 07/03/2007 "Recesso alle prestazioni creditizie".

Il sottoscritto.....  
nato a.....prov. (.....) il .....  
C. F. .... residente in .....  
Via .....n. ....  
Titolare della pensione N°.....

Avvalendosi della facoltà concessagli dal 2° comma art. 2 del Decreto Ministeriale in oggetto dichiara di recedere dall'iscrizione all'accesso delle prestazioni creditizie e, pertanto, non intende che sulla propria pensione venga effettuata la trattenuta dello 0,15% prevista dal decreto stesso.

Genova.....

In fede

## Medici e psichiatri liguri: maggiore collaborazione

**I**n Italia la collaborazione tra Mmg e psichiatri, iniziata negli anni '80 a Verona, si è successivamente diffusa in Emilia Romagna (Reggio Emilia, Bologna), in Lombardia e Trentino, nel Lazio (Rieti), in Campania (Napoli) e in Puglia (Bari). Da alcuni anni anche in Liguria (Genova, Savona, La Spezia) sono sorte iniziative di concreta integrazione tra psichiatri e Mmg a testimonianza della necessità di un modello assistenziale nuovo, in cui la medicina generale gioca un ruolo fondamentale. Le esperienze in atto, fruttuose per entrambi gli attori e soprattutto per i pazienti lo confermano.

Per i Dipartimenti di salute mentale (Dsm), lo sviluppo di relazioni strutturate di collaborazione con la medicina di base è funzionale alla gestione dei "disturbi psichiatrici comuni", significativamente diffusi nella popolazione generale ed associati ad importanti compromissioni della qualità della vita ed a disabilità.

**La medicina generale, sta progredendo sia sul piano culturale che su quello strutturale-organizzativo.** Nel nostro paese, in particolare, è in atto una trasformazione dall'assetto centrato sulla risposta a richieste di prestazione, verso un sistema organizzato di cure primarie, in cui hanno maggiore spazio i concetti di prevenzione ed integrazione con altre discipline.

La preservazione della salute psichica rappresenta uno dei maggiori obiettivi della nuova organizzazione delle cure primarie ed è in questa prospettiva che Simg Liguria e Sip Liguria hanno organizzato un convegno tra Mmg e psichiatri dei Servizi di salute mentale per mettere a confronto le esperienze e trarre indicazioni ed energie per futuri sviluppi.

Il congresso (1° congresso regionale Simg Liguria) si è svolto il 16 giugno ed ha visto

una buona partecipazione di circa ottanta tra Mmg e psichiatri dei Ssm liguri.

Gli obiettivi del 1° congresso regionale Simg Liguria, patrocinato dall'Ordine dei Medici di Genova, dalla Sip (Società italiana di psichiatria) e dall'Apel (Società scientifica dei pediatri liguri) consistono nello stimolare il passaggio dalla collaborazione all'integrazione sul campo strutturata, se possibile, su un progetto regionale nella gestione dei disturbi psichiatrici "comuni", dei disturbi mentali c.d. "impegnativi" e dei disturbi mentali "complessi" secondo la definizione del prof. Domenico Berardi dell'Università di Bologna, intervenuto ad illustrare i notevolissimi risultati della decennale esperienza bolognese.

Altro obiettivo prioritario è stato quello di sollecitare le istituzioni (Regione, Asl) attraverso la proposta di una mappatura dei servizi psichiatrici liguri esistenti e dell'istituzione di una commissione regionale mista Mmg/psichiatri che lavori su nuove progettualità. L'intervento dell'assessore Montaldo all'apertura del congresso fa sperare in una buona sensibilità da parte delle istituzioni liguri.

Infine il congresso ha fatto emergere le criticità: dal rapporto ospedale territorio, alla necessità di modelli gestionali condivisi, all'emergenza diagnosi precoce delle psicosi e preservazione della salute fisica degli psicotici, all'esigenza di strutturare meglio la comunicazione Mmg/psichiatra e di screenare i disturbi emergenti nell'adolescente, compito questo al quale sono chiamati oltre ai Mmg anche i pediatri.

L'auspicio è che su questi temi il dibattito prosegua con proposte condivise e operative per il bene dei cittadini e dei pazienti.

*Pier Claudio Brascesco*

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



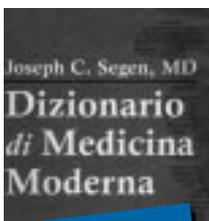
**"Malattie del cuore di Braunwald - Trattato di medicina cardiovascolare"**

**D.P. Zipes, P. Libby, R.O. Bonow, E. Braunwald**  
**Anno: 2007 - Euro 285,00**

Questa settima edizione delle malattie del cuore di Braunwald, punto di riferimento della moderna cardiologia, si presenta in una veste contenutistica e grafica completamente rinnovata e ampliata. Ai 51 capitoli già esistenti, che sono stati radicalmente rivisti e aggiornati, ne sono stati aggiunti 35, scritti da 57 nuovi autori, con argomenti che spaziano dal processo decisionale in cardiologia alle manifestazioni vascolari dei disturbi autonomici.

**SOLO PER I LETTORI DI "GENOVA MEDICA" A 242,00 EURO!**

Questa settima edizione delle malattie del cuore di Braunwald, punto di riferimento della moderna cardiologia, si presenta in una veste contenutistica e grafica completamente rinnovata e ampliata. Ai 51 capitoli già esistenti, che sono stati radicalmente rivisti e aggiornati, ne sono stati aggiunti 35, scritti da 57 nuovi autori, con argomenti che spaziano dal processo decisionale in cardiologia alle manifestazioni vascolari dei disturbi autonomici.



**"Dizionario di medicina moderna con CD-ROM"**

**Joseph C. Segen, MD**  
**Euro 78.00**

Oltre 20.000 lemmi; ampio spazio dedicato alla terminologia del linguaggio medico anglosassone "parlato", a sigle e acronimi propri della medicina contemporanea; vocabolario inglese-italiano per una più veloce consultazione. Questo sintetico repertorio di terminologia medica di comune utilizzo quotidiano è stato pensato e realizzato per i medici, gli specializzandi, gli studenti del corso di laurea, gli infermieri e per tutti gli altri operatori delle professioni sanitarie non mediche, nonché per il pubblico non professionista curioso e interessato alla materia.

**SOLO PER I LETTORI DI "GENOVA MEDICA" A 66,30 EURO!**

Oltre 20.000 lemmi; ampio spazio dedicato alla terminologia del linguaggio medico anglosassone "parlato", a sigle e acronimi propri della medicina contemporanea; vocabolario inglese-italiano per una più veloce consultazione. Questo sintetico repertorio di terminologia medica di comune utilizzo quotidiano è stato pensato e realizzato per i medici, gli specializzandi, gli studenti del corso di laurea, gli infermieri e per tutti gli altri operatori delle professioni sanitarie non mediche, nonché per il pubblico non professionista curioso e interessato alla materia.



**"Responsabilità del medico" - Tutela civile, penale e profili deontologici.**

**Massimiliano Di Pirro**  
**Anno: 2007 - Euro 36,00**

La stesura di questo libro è stata sollecitata dalla recente vicenda di Piergiorgio

Welby, attorno alla quale esponenti politici e autorità religiose hanno imbastito una pessima coreografia, arrogandosi il ruolo di sentinelle della vita altrui fino all'assurdo rifiuto dei funerali religiosi. Il diritto di Welby di porre fine alla propria esistenza è stato negato facendo ricorso, sul fronte giudiziario, a principi che non ci sono e, sul versante politico-religioso, ad atteggiamenti propri di uno Stato etico. L'occasione era ghiotta per dettare le regole della "dolce morte", rispolverando una delle tante proposte di legge in materia, ma il dibattito sull'argomento è stato rinviato sine die.

**SOLO PER I LETTORI DI "GENOVA MEDICA" A 30,50 EURO!**

**"Farmaci e sistema nervoso centrale"**

**J. P. Blass - Euro 43.00**

Farmaci e sistema nervoso centrale offre:

- una rassegna della farmacologia clinica di specifici disturbi psichiatrici e neurologici;
- una trattazione aggiornata di tutte le più importanti terapie neurologiche e psichiatriche, attualmente approvate;
- una trattazione delle interazioni farmacologiche sia con le terapie approvate dalla FDA sia con le terapie complementari.



**SOLO PER I LETTORI DI "GENOVA MEDICA" A 30,50 EURO!**

## Eolo Parodi, vita da medico

**E**olo Parodi si racconta in questo libro con spassionata sincerità, grazie alle domande precise e incalzanti di Giuliano Crisalli, un giornalista che di Parodi conosce vita e miracoli. Di miracoli, a dire il vero, Parodi ne ha fatti parecchi, anche se lui non li chiama così. Si limita modestamente a rievocarli in questa lunga intervista come fossero delle semplici soluzioni dei tanti non facili problemi che ha dovuto affrontare in tutta la sua vita come medico, come scienziato, come presi-



dente della Federazione dei medici e degli odontoiatri e dell'Enpam, nonché come parlamentare italiano ed europeo. Ma soprattutto come uomo. Egli parla di sé stesso, senza mai incorrere in cadute di stile e con la sua consueta, burbera ritrosia concede molto più spazio all'autocritica che all'autocelebrazione. "Vita da medico" è un libro scorrevole come un romanzo, ricco di fatti, di notizie, di aneddoti curiosi. Ma soprattutto di tanta umanità.

**Giuliano Crisalli - Eolo Parodi**

**"Eolo Parodi, vita da medico" Redazione Ed. [www.e-redazione.it](http://www.e-redazione.it)**

## Corsi & Convegni

**"Viaggio intorno all'uomo"** - Questo il convegno che si terrà nel 2° Forum Nazionale di Medicina interna al Jolly Hotel Marina **dal 13 al 15 settembre**. Per info: **tel. 010 583224**.

**XXII Corso triennale di teoria e pratica della medicina omeopatica, anno accademico 2007-2008** - Si terrà a Genova all'Associazione omeopatica Dulcamara (Centro accreditato dalla Faculty of Homeopathy of U. K.) in via Corsica 19/A il corso "Ricerca clinica e sperimentale in medicina omeopatica". Inizio corsi: **10-11 novembre 2007**.

Per info: Lissia Rasetto **cell. 334 7604906** (ore 9.00/13.00) e-mail: [lissia.rasetto@dulcamara.org](mailto:lissia.rasetto@dulcamara.org) oppure segreteria ass. Dulcamara tel. 010 5702988 - 010 565458 (ore 14.30/18.30); fax 010 8682935, [info@dulcamara.org](mailto:info@dulcamara.org), sito: [www.dulcamara.org](http://www.dulcamara.org).

**VI Congresso Nazionale Aiuc:** "Alla scoperta dell'ulcera cutanea", **dal 12 al 15 settembre** ai Magazzini del Cotone. Iscrizione. euro 230 soci Aiuc, non soci euro 280. Per info: **tel 011 2446915 - 010 5740358**

**Dal curare al prendersi cura** - Questo il corso di formazione sull'ictus per "caregiver", fisioterapisti, infermieri e logopedisti organizzato da Alice Liguria Onlus che si terrà il **15, 22 e 29 settembre** dalle ore 8,30 alle 13,30 nell'Aula Magna del Dipartimento di neuroscienze, oftalmologia e genetica, via De Toni 5. Per info e iscrizioni: **tel. 010/3537011 o 3537066** entro il 15/8. Quota iscriz. euro 30,00.

**Corsi Ist-Cba** - Si terranno, a Genova all'Auditorium Centro Congressi Ist-Cba, I.go R. Benzi 10, i corsi: **8 ottobre**, "Farmaci a bersaglio molecolare: una vera rivoluzione? Dove stiamo andando?", rivolto a 60 medici chirurghi (discipline: oncologia, urologia, ematologia) e dal **22 ottobre al 21 novembre** il "Corso di base di metodologia e statistica della ricerca clinica" (rivolto a 10 unità di personale dipendente IST e 10 unità di personale esterno: biologi, infermieri, farmacisti, medici chirurghi). Richiesti accreditamenti ECM. Per info: tel. **010 5737531/535**.

## Rispettiamo la privacy!!!

Mi rivolgo ai presidenti degli Ordini di Genova e Savona a cui sono iscritti il maggior numero dei consulenti utilizzati dal Tribunale di Savona. La segreteria di questo Consiglio dell'Ordine degli avvocati ha riscontrato che vengono sovente depositate nel casellario in oggetto (si tratta di scaffalatura aperta, suddivisa in caselle contraddistinte da lettere dell'alfabeto copie di relazioni di CTU medico legali destinate ai difensori delle parti senza protezione alcuna (busta sigillata o simili).

L'accesso al casellario è aperto a tutti gli avvocati, ai praticanti, agli impiegati degli studi e, pur essendo il casellario in zona interna ai locali dell'Ordine, non può escludersi l'accesso non autorizzato di terzi, dato che nei locali della segreteria è previsto anche l'afflusso di pubblico.

E' appena il caso di rilevare che le relazioni del CTU medico-legale contengono dati personali sensibilissimi rientranti tra quelli maggiormente tutelati dalla vigente normativa "privacy". In

altri casi le copie delle relazioni vengono inserite, sempre in copia priva di qualsiasi protezione, in un raccoglitore alfabetico che si trova sul bancone esterno degli uffici della Cancelleria del Tribunale, in posizione accessibile a chiunque. Per quanto riguarda la scaffalatura – casellario dell'Ordine degli avvocati, a partire dal 1 luglio 2007 non verrà più consentito il deposito di copie di CTU che non siano contenute in busta opaca e sigillata. Per quanto riguarda il deposito nel raccoglitore alfabetico del Tribunale, prego loro di invitare gli iscritti a non depositare copie libere, non protette da buste sigillate.

Ritengo in ogni caso che il sistema migliore e più rispettoso della legge sia l'invio della relazione a mezzo del servizio postale in plico sigillato indirizzato al difensore con l'annotazione "riservata personale".

Ringrazio per l'attenzione e per la collaborazione con cui vorranno dare comunicazione di quanto sopra agli iscritti.

**avv. Carlo Coniglio**

*Presidente Ordine Avvocati - Tribunale Savona*

### **Solidarietà al prof. Henriquet**

Egregio presidente, desidero esprimere la massima stima e solidarietà al prof. Franco Henriquet colpito dall'accusa di detenzione di sostanze stupefacenti; è a tutti noto l'impegno pluriennale del prof. Henriquet nelle cure palliative e nella terapia del dolore a vantaggio dei malati terminali; i medici di famiglia genovesi hanno avuto innumerevoli occasioni di verificare la grande professionalità degli operatori dell'associazione Gigi Ghirotti di cui Henriquet è presidente e fondatore; essa ha costituito da sempre un modello e un insegnamento per tutti per le cure palliative ai malati di cancro; a nome dei medici di famiglia genovesi e liguri auguro dunque al prof.

Henriquet la migliore conclusione di questa vicenda che amareggia tutti i medici di famiglia.

**Pierclaudio Brasesco**

*presidente regionale Simg Liguria*

*Caro Brasesco, condivido le parole di stima e solidarietà espresse nei confronti di Franco Henriquet perché giuste e meritate proprio per l'impegno profuso dal Collega e dai suoi collaboratori in tanti anni di assistenza nei confronti dei malati terminali e delle famiglie. Auspico che questa vicenda si risolva in tempi brevi e nei migliore dei modi e dia nuovamente al Collega la serenità di cui ha bisogno per aiutare tutti coloro che soffrono.*

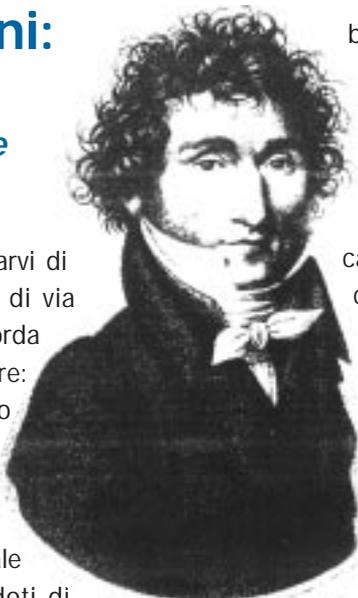
**Enrico Bartolini**

## Niccolò Paganini: amori e dolori

### *Le passioni e le malattie del grande musicista*

Se andate a Rapallo potrà capitarvi di scoprire, accanto a un portone di via della Libertà, una targa che ricorda un grande medico scrittore ligure: Pietro Berri. Fu primario all'Ospedale di Rapallo dal 1934 al 1971, dopo essere stato vice-primario al San Martino di Genova. Ma la sua fama nazionale è dovuta soprattutto alle sue doti di musicologo e particolarmente alle sue pubblicazioni su Niccolò Paganini; si tratta di saggi e biografie, di cui l'ultima uscì, postuma, edita da Bompiani col titolo "Paganini, la vita e le opere" nel novembre del 1982.

E' dunque il venticinquesimo anno di questa edizione che ci fornisce l'occasione di riprendere il suo discorso sul nostro grande musicista; considerandolo, per i nostri lettori, da un punto di vista medico: la sua personalità e le sue malattie. In effetti Niccolò Paganini potrebbe essere considerato, oltrechè un grande musicista, anche un grande malato e, mi si passi il termine, un grande avventuriero. Era nato a Genova il 27 ottobre del 1782; già sua nonna era genovese, della famiglia dei Gambaro di Montesignano; mentre suo nonno era di Carro, in Val di Vara; e i genitori abitavano sotto il colle di Carignano, dove nacque. Già a quattro anni aveva rischiato di morire per un brutto morbilli; ma l'inizio delle sue disavventure sanitarie accadrà dieci anni dopo: quando, a Parma – dove era andato a perfezionarsi nel "maneggio del violino" - si beccò una pleuropolmonite i cui esiti l'avreb-



bero accompagnato per tutta la vita. Fin da bambino si era dimostrato ipersensibile, specialmente ai suoni: tanto da piangere ascoltando l'organo in chiesa o il rintocco delle campane. La musica gli era così congeniale che già a otto anni suonava e componeva e a undici veniva chiamato per un concerto nel Teatro di Sant'Agostino.

Si divertiva ad imitare col violino la voce umana e quella di alcuni animali. Pare che la conformazione della sua mano e l'estensibilità dei legamenti gli permettesse di posizionare le dita oltre i limiti consueti; ma le sue eccezionali prestazioni erano anche frutto di costanti esercizi e di una certa voglia di stupire il pubblico e di lasciarsi andare nella passione.

"Un fanciullo che non sa resistere a nulla" l'aveva definito Dida: una giovanissima principessa fiorentina ben consapevole del carattere di Niccolò e della sua passionalità; tanto da abbandonare per lei, dal 1802 al 1804, ogni attività concertistica. In compenso, tra un'effusione e l'altra, dato che la giovanetta – oltre ad un marito attempato - possedeva una bella chitarra, Paganini si esercitò a suonarla e compose ben sedici sonate per chitarra e violino. Ricordando quel tempo, forse con un po' di nostalgia, qualche anno dopo aver scritto: "presi gusto a pizzicare la chitarra" (sorvolando ovviamente su altri piacevoli pizzicotti) raffinando così l'arte del "pizzicato".

Le sue avventure col gentil sesso si intrecciano sempre con gli alti e bassi della sua salute e furono fonte di tante gioie e di tante dolori.

Tra le gioie va annoverata, nel 1804, la relazio-

ne con una delle tre sorelle di Napoleone, la principessa Elisa Baiocchi, che anche se non era bellissima come Paolina non era dammeno per leggerezza di costumi; era stato suo marito ad avere l'infelice (per lui) idea di prendere lezioni di violino dal celebre maestro; ma evidentemente le lezioni reciproche erano state impartite dalla moglie, cui si deve il merito di aver incoraggiato Paganini a suonare su due sole corde e poi, addirittura, su una sola corda: immortalato dalla scrittura della "Prima sonata con variazioni sulla quarta corda". Ma a proposito di donne – e qui cominciano i dolori - è ben nota la vicenda incresciosa con una ragazza genovese, Angelina Capanna, terminata per lei in una gravidanza e per lui in una breve detenzione nella torre del Palazzo Ducale – nel 1816 - con 3000 franchi di multa.

Disavventura anche giudiziaria, che non gli impedì una ricaduta, l'anno dopo, con il tribunale di Venezia; ma questa volta non per le donne ma per il giuoco, altro vizio incallito del nostro musicista. Ma il suo punto debole erano sempre le donne; al punto che una volta finse di essere medico per riuscire a visitare a suo modo una giovane milanese prima di un concerto alla Scala.

Per concludere, sia pur riassumendo, l'elenco delle sue conquiste amorose vanno ricordate Elene Feuerbach, di Francoforte – che gli fece rischiare il matrimonio - e soprattutto Antonia Bianchi, la cantante che gli diede un figlio, Achille, sempre affettuosamente vicino al padre. Gioie e dolori, per via delle donne: dolori iniziati nel 1819, a Napoli, con un contagio documentato dalle cure mercuriali allora prescritte: così, oltre alla sifilide, ebbe una stomatogengivite e ci rimise i denti. In più già a quell'epoca erano cominciati episodi di tracheobronchite, inizialmente attribuiti al largo

uso di tabacco da fiuto.

I medici riuscirono a farlo rinunciare, pur mantenendo gli altri due vizi della triade Bacco – Tabacco – Venere. Continuando peraltro i malesseri e le febbricole venne sommerso da decotti antiluetici (salsapariglia e guaiaco) e da purgativi (il famoso Le Roy, a base di scammonea, gialappa e senna). Ma gli strapazzi per i viaggi continui in tutta l'Europa, conteso dai più grandi teatri, contribuiscono non poco al graduale peggioramento della sua salute. Venne posta diagnosi di "tubercolosi laringea secondaria a tbc polmonare" e non gli giovò neanche il soggiorno in una casa di cura francese con "bagni a vapore e acque minerali": una specie di sanatorio, dove fu indotto a suonare uno zoccolo di legno munito di corde per uno scherzo non troppo gradito.

Alla fine iniziarono le emottisi, e poi una debolezza estrema e una penosa afonia: il suono, che era stato l'anima della sua vita, non nasceva neanche più dalla sua bocca. Anche il suo violino era diventato muto. Lo aveva destinato per testamento, "onde sia perpetuamente conservato", alla sua città, già nel 1837, tre anni prima di morire. Così accade ancora, in straordinarie occasioni, di risentirne la voce; e forse, chissà, ci sarà ancora lui, dietro, ad ascoltare in silenzio.

**Silvano Fiorato**



A titolo personale e del Consiglio dell'Ordine esprimo ai medici neoletti nel Comune, nella provincia e nei municipi di Genova i complimenti più sinceri per il risultato ottenuto e il miglior augurio di un proficuo e sereno lavoro.

**E. B.**

## Notizie dalla C.A.O. Commissione Albo Odontoiatri

A cura di Massimo Gaggero



### *Politici e professioni mediche.*

#### **Nel rispetto delle esigenze del "cittadino utente", ma anche di quelle del "cittadino odontoiatra" e del "cittadino medico".**

**C**olgo l'occasione di questo editoriale per augurare buon lavoro a tutti quei colleghi medici e odontoiatri che hanno deciso di dedicare il loro impegno alla politica sia locale che nazionale. Infatti, sono sempre più numerosi gli odontoiatri che, con varie motivazioni, sono per impegno civile a disposizione delle esigenze della cittadinanza. Sono certo che sapranno interpretare al meglio le esigenze sia del cittadino-utente, del cittadino-odontoiatra o del cittadino-medico.

Infatti, chi meglio di loro conoscendo la realtà-vera e non quella costruita dai media potrà valorizzare l'indipendenza dell'esercitare la medicina in maniera indipendente in scienza e coscienza nel rispetto della professione dell'etica e della deontologia, che di tutti i cittadini. Auspico una volontà ad ottimizzare e rendere sinergiche tutte quelle rappresentanze, in particolare quelle ordinistiche, che troppo spesso vengono isolate e non valorizzate e sempre più spesso strumentalizzate da una politica più attenta a consolidare il proprio potere, qualunque esso sia, che non a migliorare la qualità della vita della cittadinanza dove di volta in volta siamo tutti cittadini "consumatori".

Siamo tutti coinvolti, in questo momento storico a grandi modifiche sul piano sociale e culturale. Stiamo assistendo e partecipando alla crescita e all'affermazione delle globaliz-

zazioni, quindi siamo coinvolti come "sanitari" ad un ruolo importante.

Dobbiamo essere in grado da una parte ad andare incontro alle esigenze di "tutti" nel garantire una migliore qualità della vita e nello stesso tempo non transigere su ciò che noi sappiamo essere la "qualità" della professione. Penso a tutti quei colleghi che lavorando presso le strutture pubbliche sono capaci a valorizzare non sempre con mezzi adeguati a disposizione, la propria professionalità ed il proprio lavoro. Penso a quei colleghi che ad oggi hanno a proprie spese e a proprio rischio reinvestito guadagni e tempo extralavorativo nella propria professione impegnandosi dal punto di vista culturale sempre ed esclusivamente in funzione della "qualità".

La nostra branca specialistica coinvolge sempre di più al suo interno delle specificità che hanno reso l'odontoiatria italiana tra le migliori al mondo.

Attualmente ognuno di noi a proprie spese partecipa a corsi, convegni, meeting di cui percepisce la necessità questo anche per essere competitivi sul libero mercato e nella libera concorrenza, principi su cui si basa la vera libertà e indipendenza del cittadino.

Invece una certa politica ha la volontà di svaloriare la qualità della professione medica e odontoiatrica e di svaloriare i corsi di studi universitari. Probabilmente con l'introduzione dei crediti ECM assisteremo ad una minore

partecipazione, coinvolgimento ed entusiasmo nel ricercare la cultura vera, ci potremo accontentare di fare dei conti su quanti crediti ci sono utili all'anno e a seconda della comodità di dove si svolge il convegno, dei costi, della stagione e stabilirne la partecipazione. Ci sarà chi vorrà imporci orari di apertura e

chiusura dei nostri studi in barba alle liberalizzazioni e così via.

Fondamentale quindi in questa fase, il ruolo della politica, non di quella "partitica", ma quella finalizzata al servizio della gente, per la gente.

*Elio Annibaldi - Presidente CAO*

## Comunicato stampa Fnomceo su "Profilo Odontotecnico"

**V**enerdì 15 giugno nel corso di alcune riunioni il Presidente delle CAO hanno espresso la loro netta contrarietà all'istituzione del profilo degli odontotecnici seguendo una linea già tracciata il 21 aprile scorso a Cagliari nel corso del Consiglio della FNOMCeO che, in merito all'ipotesi di tre lauree brevi per ulteriori tre profili professionali (oltre all'odontotecnico anche l'ottico e il chiropratico) aveva espresso una posizione assolutamente negativa, più volte formalizzata presso le Autorità competenti.

Il Presidente nazionale CAO Dott. Renzo a questo proposito ritiene che " Sulle negatività

che scaturirebbero dalla istituzione di questi profili, è assolutamente necessario arrivare ad una soluzione condivisa" poiché a suo dire "essi creerebbero pericolosi presupposti per una sovrapposizione di competenze, creando ambiguità sui diversi ruoli" Il Presidente della FNOMCeO dr. Bianco ha ribadito che "le questioni poste all'istituzione di nuovi profili professionali richiedono una risposta determinata e complessiva rispetto ad un sistema che produce figure "a domanda", rischiando così di generare una conflittualità permanente di competenze di ruoli e di compiti nei processi di tutela della salute".

Conclude ribadendo che "ciò che si vuole innanzitutto evitare è una sovrapposizione ambigua tra attività professionali e attività commerciali, disorientando sempre di più il cittadino-utente"

## Assoluta contrarietà dell'Andi alla figura dell'Odontoprotesista

**L**a Commissione Sindacale Nazionale **Andi** ha recentemente affrontato le tematiche maggiormente cogenti alla Professione.

Si sono discussi vari argomenti tra i quali *"il regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'odontotecnico"*.

Per quanto concerne il cosiddetto **"profilo dell'odontotecnico"**, la Commissione Sindacale Nazionale ha analizzato ed approfondito l'iter normativo, le iniziative

recenti e pregresse dell'Associazione sull'argomento, **ribadendo come sempre esplicitato l'assoluta contrarietà all'istituzione della figura dell'odontoprotesista.**

L'Associazione, sino ad ora, si è astenuta da comunicato alcuno, con il consueto atteggiamento di serietà, per l'assenza di qualsiasi elemento di novità concreta sul punto, e proprio solamente in occasione della riunione della Commissione Sindacale Nazionale ritiene di rompere il responsabile silenzio sull'argomento.

Vale la pena di circostanziare, quali elementi di unica certezza, il fatto che il Comitato di Presidenza del **Consiglio Superiore di Sanità** abbia esaminato in data 24 maggio, nell'ambito del punto 2 dell'odg, configurato come "individuazione profilo professionale dell'odontotecnico", la problematica in oggetto, limitandosi alla costituzione di una apposita **Commissione** con criteri riferibili all'articolo 5 comma 3 della Legge n. 43 del 1 febbraio 2006, per "l'individuazione del profilo professionale dell'odontotecnico".

E' solamente di mercoledì 6 giugno la firma del decreto con il quale il Ministro della Salute ha ratificato tale Commissione, della quale fa parte il Presidente Nazionale Dr. Roberto Callioni.

Come consuetudine della attuale Presidenza, l'Associazione tutta verrà informata circa la tematica in essere anche attraverso la convocazione di un Consiglio Nazionale.

La Commissione Sindacale Nazionale, attenta a l'evolversi della situazione, ha nuovamente

manifestato il plauso per la presenza del Presidente Nazionale in Consiglio Superiore di Sanità, garanzia per la professione tutta del massimo impegno della categoria rispetto anche a questa tematica ed **all'unanimità ha espresso le seguenti considerazioni:** piena approvazione per il lavoro preparatorio svolto in queste settimane dal Presidente e dal Segretario Sindacale Nazionale, indicazione affinché la giusta rivendicazione di maggior preparazione culturale dell'odontotecnico sia rivolta in particolare alle materie di biotecnologia e scienze dei materiali, predisposizione di un profilo professionale **che non consenta, senza alcun dubbio,** di acquisire competenze di pertinenza odontoiatrica e di compiere alcuna manovra nella bocca del paziente.

Il 26 giugno in un'audizione presso il Ministero della Salute è stato consegnato un documento circostanziato alla Commissione Dedicata del Consiglio Superiore della Sanità che è stato divulgato al Consiglio nazionale Andi di sabato 7 luglio.

## Comunicazioni di eventi odontoiatrici

### ANDI GENOVA - CORSI

I corsi indicati si svolgeranno nella Sala Corsi Andi Genova, piazza della Vittoria 12/6. Per info ed iscr.: segreteria Andi Genova, 010/581190.

**Martedì 25 settembre:** 20.30-22.30 (serata)

*"La terapia ragionata delle infezioni dentarie"*

Relatore: dr. Salvatore Renna.

In fase di accreditamento.

### **Sabato 29 settembre**

Corso in fase di organizzazione.

**Corso di Informazione - Formazione sulla Radioprotezione per Dipendenti**

**Venerdì 14 settembre:** ore 19.00-21.00

Corso per dipendenti di Studi Odontoiatrici.

**Prossimi Corsi 626/94 – Sicurezza sul lavoro** (posti limitati):

► **R.S.P.P.** (Responsabile servizio prevenzione e protezione rischi, per Medici e Odontoiatri).

► **2 giornate: Venerdì 12 e Sabato 13 ottobre**

**R.S.L.** (Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, per dipendenti di Studio odontoiatrico).

► **4 giornate: Venerdì 21 settembre, Sabato 22 settembre, Venerdì 19 ottobre, Sabato 20 ottobre.**

**Corso I.R.C. – B.L.S.**

*Corso sulle Emergenze di Pronto Soccorso e Rianimazione Cardiopolmonare* (con rilascio di certificazione di riconoscimento internazionale della validità di due anni).

► **Retraining: Venerdì 9 novembre** (18.00-22.00)

► **Base: Sabato 10 novembre** (9.00 – 18.00)