



**A tutti i lettori  
di "Genova Medica"  
la redazione augura  
BUONE FESTE!**



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

## **SPECIALE ELEZIONI**

Enrico Bartolini confermato Presidente con tutto l'Esecutivo uscente.

**SPECIALE ELEZIONI:  
IL NUOVO CONSIGLIO DELL'ORDINE**

### **NOTE DI DIRITTO SANITARIO**

- » Rapporti fra Medico libero-professionista e Medico ospedaliero
- » Legge Gelli: punibilità esclusa per la sola imperizia

### **IN PRIMO PIANO**

- » No vaccini, no pazzi!

### **MEDICINA E FISCO**

- » Enti associativi senza scopo di lucro alla luce della riforma del "Terzo Settore"

### **MEDICINA E ATTUALITÀ**

- » Omicidio e lesioni stradali: cosa prevede la Legge 41/2016 e cosa fare

### **MEDICINA E AMBIENTE**

- » Esperienze e proposte per una Rete Italiana di Medici Sentinella per l'Ambiente (RIMSA): un percorso formativo per MMG e PLS

### **MEDICINA E SCIENZA**

- » Epidemiologia dell'ictus giovanile e ruolo delle sostanze da abuso

### **MEDICINA E ALIMENTAZIONE**

- » Focus sulla celiachia e dieta senza glutine

### **MEDICINA E PREVIDENZA**

- » Riscatti e Ricongiunzioni, attenzione quest'anno il 31 dicembre è domenica

### **MEDICINA E CULTURA**

- » August Strindberg: Medico mancato, grande drammaturgo, persona infelice

## RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE PER COLPA GRAVE

Adeguata alla Legge Gelli - Riforma colpa medica marzo 2017

INTER.ASS, in qualità di Broker attento alle nuove normative in ambito medico-sanitario, propone una nuova polizza R.C. professionale per colpa grave adeguata alla Legge Gelli, le cui garanzie comprendono:

- Retroattività 10 anni
- Postuma 10 anni per cessazione attività e garanzia concedibile anche agli eredi non disdettabile
- Libera professione intramuraria
- Interventi di primo soccorso per motivi deontologici
- Nessuno scoperto o franchigia
- **Dipendente Aziende Sanitarie Pubbliche - Massimale 5.000.000**
- **Dirigente Medico Costo annuo € 538,00**
- **Medico Specializzando - psicologo - biologo - ostetrica Costo annuo € 364,00**
- **Infermiere - tecnico sanitario - personale sanitario non medico Costo annuo € 60,00**

In arrivo la nuova polizza per  
liberi professionisti adeguata  
alla Legge Gelli-Bianco



Per informazioni e preventivi: tel. 010 57236.1 - 010 5723638  
e.martinelli@interassitaly.com (responsabile)  
d.delucchi@interassitaly.com  
www.interassitaly.com - Via XX Settembre 26/10 16121 Genova

# LEICA CL

#veragrandezza



A Genova in:

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

## TOP MARKET

www.topmarketfotovideo.com  
010 553 6180 ■ info@topmarketfotovideo.com



## Direttore responsabile

Enrico Bartolini

## Direttori editoriali

Marina Botto

Massimo Gaggero

## Comitato di redazione

Cristiano Alicino

Ilaria Ferrari

Thea Giacomini

Federico Giusto

Valeria Messina

## Segreteria di redazione

Vincenzo Belluscio

Diana Mustata

stamp@omceoge.org

## CONSIGLIO DIRETTIVO

Enrico Bartolini **Presidente**

Alessandro Bonsignore **Vice Presidente**

Federico Pinacci **Segretario**

Monica Puttini **Tesoriere**

## Consiglieri

Cristiano Alicino

Alberto De Micheli

Alberto Ferrando

Luigi Ferrannini

Ilaria Ferrari

Thea Giacomini

Valeria Messina

Giovanni Murialdo

Luca Nanni

Alice Perfetti

Gianni Testino

Massimo Gaggero (*Albo Odontoiatri*)

Giuseppe Modugno (*Albo Odontoiatri*)

## COMMISSIONE

### ALBO ODONTOIATRI

Massimo Gaggero **Presidente**

Giuseppe Modugno **Segretario**

Stefano Benedicenti

Maria Susie Cella

Giorgio Inglese Ganora

### COLLEGIO

### DEI REVISORI DEI CONTI

Federico Giusto **Presidente**

Federico Bianchi

Loredana Miglietta

Elisa Balletto **Supplente**

## ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI

### E DEGLI ODONTOIATRI

### DELLA PROVINCIA DI GENOVA

P.zza della Vittoria 12/4

16121 Genova

Tel. 010.58.78.46 - Fax 59.35.58

ordmedge@omceoge.org

PEC ordinemedici@pec.omceoge.eu

www.omceoge.org



## SPECIALE ELEZIONI

**4** Enrico Bartolini confermato Presidente con tutto l'Esecutivo uscente

**4** Speciale elezioni: il nuovo Consiglio dell'Ordine  
*di E. Bartolini, A. Bonsignore*

**6** Elezioni: il nuovo Consiglio dell'Ordine. I risultati voto per voto

## LA VITA DELL'ORDINE

**7** Le delibere delle sedute del Consiglio

## NOTE DI DIRITTO SANITARIO

**8** Rapporti fra Medico libero-professionista e Medico ospedaliero  
Legge Gelli: punibilità esclusa per la sola imperizia *di A. Lanata*

## IN PRIMO PIANO

**10** No vaccini, no pazzyl! *di M. E. Botto*

## MEDICINA E FISCO

**12** Enti associativi senza scopo di lucro alla luce della riforma  
del "Terzo Settore" *di E. Piccardi*

## MEDICINA E ATTUALITÀ

**15** Omicidio e lesioni stradali: cosa prevede la Legge 41/2016  
e cosa fare *di V. Messina, A. Bonsignore*

## MEDICINA E AMBIENTE

**19** Esperienze e proposte per una Rete Italiana di Medici Sentinella  
per l'Ambiente (RIMSA): un percorso formativo per MMG e PLS

## MEDICINA E SCIENZA

**23** Epidemiologia dell'ictus giovanile e ruolo delle sostanze da abuso  
*di C. Gandolfo*

## MEDICINA E ALIMENTAZIONE

**27** Focus sulla celiachia e dieta senza glutine *di G. Semprini*

## MEDICINA E PREVIDENZA

**29** Riscatti e Ricongiunzioni, attenzione quest'anno  
il 31 dicembre è domenica

## 30 CORSI E CONVEGNI

## 31 RECENSIONI

## MEDICINA E CULTURA

**32** August Strindberg: Medico mancato, grande drammaturgo,  
persona infelice *di S. Fiorato*

## 34 NOTIZIE DALLA CAO

Periodico mensile - Anno 25 n.12 dicembre 2017 Tiratura 7.530 copie + 1.898 invii telematici.  
Autorizz. n.15 del 26/04/1993 del Trib. di Genova. Sped. in abb. postale - Gruppo IV 45%.  
Pubblicità e progetto grafico: Silvia Folco tel. 010 582905 - silviafolco@libero.it Stampa: Ditta  
Giuseppe Lang - Arti Grafiche S.r.l. Via Romairone, 66/N 16163 Genova. Stampato nel mese di  
dicembre 2017. In copertina: Basilica della Santissima Annunziata del Vastato, Genova.

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



**Enrico Bartolini**  
Presidente OMCeOGE



**Alessandro Bonsignore**  
Vice-Presidente OMCeOGE



**Monica Puttini**  
Tesoriere OMCeOGE



**Federico Pinacci**  
Segretario OMCeOGE



**Massimo Gaggero**  
Presidente Albo Odontoiatri

## Enrico Bartolini confermato Presidente con tutto l'Esecutivo uscente

*Bonsignore Vice Presidente,  
Puttini Tesoriere, Pinacci Segretario,  
Gaggero Presidente CAO*

### **Gli altri Consiglieri del Consiglio Direttivo:**

Cristiano Alicino, Giuseppe Bonifacino, L. Carlo Bottaro, Paolo Cremonesi, Alberto De Micheli, Luigi Ferrannini, Ilaria Ferrari, Thea Giacomini, Valeria Messina, Giovanni Semprini, Giovanni Battista Traverso. **Gli altri membri CAO:** Stefano Benedicenti, Maria Susie Cella, Giorgio Inglese Ganora, Giuseppe Modugno.

**Il Collegio dei Revisori:** Uberto Poggio (Presidente), Federico Giusto, Carlotta Pennacchietti, Elisa Balletto (Supplente).

## SPECIALE ELEZIONI: IL NUOVO CONSIGLIO DELL'ORDINE

di Enrico Bartolini e Alessandro Bonsignore

**U**n successo oltre ogni più rosea aspettativa ma, allo stesso tempo, un risultato che il Consiglio uscente desiderava e auspicava fortemente. La grande affluenza ai seggi, infatti, nonostante l'unica lista ufficialmente presentatasi, è stato il segnale che il lavoro svolto nello scorso triennio non solo è stato apprezzato bensì è anche riuscito nell'intento di riavvicinare i Professionisti alla realtà ordinistica. Sabato 18, domenica 19 e lunedì 20 novembre, infatti, nel corso delle Elezioni ordinistiche dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Genova, la lista *"Presente e Futuro della Professione"*, si è affermata nel suo complesso, dando un forte segnale di coesione, compattezza ed unità di intenti.

L'affluenza degli elettori ha registrato, in particolare, un notevole aumento di votanti (tra Medici, Odontoiatri e doppi iscritti si sono superate le 1700 schede) rispetto alle scorse elezioni, nelle

quali erano - peraltro - presenti liste contrapposte. La pioggia di voti giunta dai Colleghi ai Candidati diventa, in questo senso, anche il miglior incentivo a fare sempre di più e meglio.

Premiato, in particolar modo, l'Esecutivo uscente (composto dal Dr. Enrico Bartolini, dal Prof. Alessandro Bonsignore, dalla Dr.ssa Monica Puttini e dai Dr. Federico Pinacci e Massimo Gaggero) che - nella sua veste di Comitato Elettorale - ha visto riconosciuto il merito di esser riuscito a compattezza la Categoria in un momento estremamente delicato per la Professione Medica.

Il fatto che si sia presentata una sola lista, infatti, è



*I componenti del seggio (da sinistra): Ubaldo Sanmarchi, Daniel Tripodina, Piergiorgio Abrile*



stato frutto di un grande lavoro di mediazione e di ricerca di una equilibrata rappresentatività delle diverse realtà territoriali mediche e odontoiatriche della Provincia di Genova. In questo senso si inseriscono gli ingressi in Consiglio di figure in grado di apportare importanti contributi dal punto di vista sia operativo che attuativo.

Il Consiglio dell'OMCeOGE conferma, da ultimo, la grande attenzione riservata ai giovani ed alla componente femminile, che lo rendono un unicum nel panorama nazionale. Adesso è il momento di rimettersi al lavoro e, per fare ciò, uno dei passi più importanti è la rapida costituzione di vecchie e nuove commissioni, per rendere - subito dopo l'insediamento di gennaio 2018 - il Consiglio entrante ancora più forte grazie al supporto dei tanti colleghi che vorranno e potranno partecipare attivamente all'attività ordinistica fornendo il loro contributo per l'ideazione e la realizzazione dell'ambizioso programma elettorale.

Per quanto riguarda la Commissione Albo Odontoiatri, potete leggere l'articolo a pag.34.

Le elezioni

## Medici Settimo mandato in arrivo per Bartolini

ERICA MANNA

«Squadra vincente non si cambia». Enrico Bartolini, storico presidente dell'Ordine dei Medici della Liguria, è euforico: a quasi 68 anni, incoronato da 1.067 voti alle ultime elezioni dell'Ordine, si prepara per il settimo mandato. In realtà, le cariche devono ancora essere definite: c'è una settimana di tempo, e in questo periodo Bartolini scoglierà la riserva. Potrà decidere di presiedere l'Ordine per altri tre anni, confermandosi il presidente dei record Enrico Settimo («tra un po' mi abatteranno», ironizza lui), oppure passare lo scettro al suo delphino: il vicepresidente uscente Alessandro Bognignore, 35 anni, già un ruolo strategico nello scorso mandato e un «bottino» di 977 voti che ha tutta l'aria di una investitura da parte dei colleghi.

C'è comunque soddisfazione, perché l'unica lista «Presente e futuro della professione» ha registrato un'ottima affluenza alle urne: cento votanti in più rispetto alla scorsa tornata, con un totale di 1.700 medici che si sono recati al seggio.

Premiato, dunque, l'esecutivo uscente composto da Bartolini, Bognignore, la tesoriere Monica Puttini (963 voti), il segretario Federico Pinacci (935) e il presidente uscente dell'Albo Odontoiatri Massimo Gaggero (245).

Il primo obiettivo del nuovo consiglio - che entrerà ufficialmente in carica da gennaio 2018 - sarà «ricostituire le commissioni ordinistiche - anticipa Alessandro Bognignore - che sono il braccio operativo dell'ordine, per portare avanti il programma». Qualche novità è già in cantiere: «Una nuova commissione focalizzata sulle apnee notturne - continua Bognignore - sono un enorme problema sociale, e gli ordini a livello nazionale non lo hanno ancora affrontato. Ma qui a Genova, sul tema, abbiamo professionisti di prim'ordine».

IX  
la Repubblica  
Giovedì  
23 novembre  
2017C  
R  
O  
N  
A  
C  
A

La votazione del Presidente Bartolini e il Direttore dell'Ordine Belluscio



## Elezioni: il nuovo Consiglio dell'Ordine

Il 18, 19 e 20 novembre si sono svolte le elezioni per il rinnovo del Consiglio dell'Ordine di Genova per il triennio 2018-2020. Hanno votato, fra Medici e Odontoiatri, 1.653 iscritti.

Di seguito riportiamo i risultati ufficiali della consultazione.

### I risultati voto per voto

#### VOTAZIONE PER IL CONSIGLIO DIRETTIVO DEI MEDICI CHIRURGHI

**Le schede valide sono state 1339, le schede nulle 12 e quelle bianche 14**

##### Sono stati eletti

Enrico Bartolini	1067	Ilaria Ferrari	839
Alessandro Bonsignore	977	Valeria Messina	838
Monica Puttini	963	Alberto De Micheli	835
Federico Pinacci	935	Luigi Carlo Bottaro	829
Paolo Cremonesi	883	Luigi Ferrannini	819
Giovanni Battista Traverso	871	Thea Giacomini	818
Giovanni Semprini	845	Giuseppe Bonifacino	814
Cristiano Alicino	841	<b>Seguono altri nominativi da 51 voti fino a 1 voto.</b>	

*Nella riunione di insediamento del 29/11/2017 sono stati eletti all'unanimità  
Presidente Enrico Bartolini, VicePresidente Alessandro Bonsignore, Tesoriere Monica Puttini  
e Segretario Federico Pinacci.*

#### VOTAZIONE PER LA COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI

**Le schede valide sono state 280, le schede nulle 2 e quelle bianche 6**

Massimo Gaggero	245	<b>Seguono altri nominativi da 4 voti a 1 voto.</b>	
Giuseppe Modugno	232		
Giorgio Inglese Ganora	215		
Stefano Benedicenti	211		
Maria Susie Cella	203		

*Nella riunione di insediamento del 29/11/2017 sono stati eletti all'unanimità  
Presidente Massimo Gaggero, Segretario Giuseppe Modugno.*

#### VOTAZIONE PER IL COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

**Le schede valide sono state 1500 le schede nulle 24 e quelle bianche 129**

<i>Per la carica di Revisore Effettivo:</i>		<i>Revisore Supplente:</i> Elisa Balletto	1050
Federico Giusto	1204		
Uberto Poggio	1162	<b>Seguono altri nominativi effettivi e supplenti che hanno conseguito da 55 voti a 1 voto.</b>	
Carlotta Pennacchietti	1122		

*Nella riunione di insediamento del 29/11/2017 è stato eletto all'unanimità  
Presidente del Collegio Uberto Poggio*



## Le delibere delle sedute del Consiglio

### Seduta 11 ottobre 2017

**Presenti:** E. Bartolini (*Presidente*), A. Bonsignore (*Vice Presidente*), F. Pinacci (*Segretario*), M. Puttini (*Tesoriere*); Consiglieri: C. Alicino, A. De Micheli, L. Ferrannini, I. Ferrari, T. Giacomini, V. Messina, G. Murialdo, A. Perfetti. Revisori dei Conti: F. Giusto (*Presidente*), E. Balletto (*Rev. Supplente*).

**Assenti giustificati:** A. Ferrando, L. Nanni, M. Gaggero (*Odont.*), G. Modugno (*Odont.*). Revisori dei Conti: F. Bianchi, L. Miglietta. Componenti CAO cooptati: S. Benedicenti, M.S. Cella, G. Inglese Ganora. Assenti: G. Testino.

### MOVIMENTO DEGLI ISCRITTI

**ALBO MEDICI - Iscrizioni - Cittadini comunitari:** Thomas Peter Josef Spormann, Wulf Erich Splittstoeber, Michael Jürgen Möller. **Per trasferimento:** Giovanni Battista Giordano (da Savona). **Acquisizione Cittadinanza Italiana:** Maritza Lucia

Parraga Agapito. **Cancellazioni - Per cessata attività:** Sandro Braga. **Per trasferimento:** Tiwet Pharan Djimafo (all'estero), Federica Compagnino (Sondrio), Giuliano Sciaccaluga (Valle d'Aosta). **Per decesso:** Giulio Briano, Michele Caviglione, Eugenio Egidio Damasio, Bruno Luigi Icardi, Giovanni Lamedica, Giuseppe Marino (n.11758), Antonio Roncallo, Daniela Andreina Zarri.

**ALBO ODONTOIATRI - Cancellazioni - Emanuele Russo** (rimane iscritto al solo Albo Medici). **Per cessata attività:** Franco Strozzi. **Per decesso:** Bruno Luigi Icardi.

### **Il Consiglio concede il patrocinio a:**

- Convegno "Psichiatria e Mass Media, tra immaginario e informazione", Genova 19 - 20 ottobre 2017;
- Congresso SIMEU Regione Liguria - Genova 7 novembre 2017;
- Convegno "Percorsi diagnostici, terapeutici, assistenziali - PDTA in Oftalmologia: la presa in carico del paziente", Genova 8 novembre 2017;
- Congresso "Highlights in Allergy ad Respiratory Diseases", Genova 16-18 novembre 2017;
- Corso Teorico Pratico di Sutura Laparoscopia, Genova 1° dicembre 2017;
- Corso di Perfezionamento "Emergenza nei paesi remoti", Genova 15-17 febbraio 2018.

## QUOTA D'ISCRIZIONE ALL'ORDINE - ANNO 2018

La quota per il 2018, rimasta invariata nella cifra (€ 96,00 per l'iscrizione al singolo Albo ed € 165,00 per la doppia iscrizione) **dovrà essere pagata, entro il 31 gennaio 2018**, tramite bollettino M.Av. della "Banca Popolare di Sondrio", con le seguenti modalità:

◆ presso un qualsiasi sportello bancario italiano, senza aggravio di commissioni;

◆ presso un qualsiasi sportello postale;

◆ tramite il sito [www.scrignopagofacile.it](http://www.scrignopagofacile.it) con carta di credito, Bankpass Web e, per i clienti di Banca Popolare di Sondrio, Scigno Internet Banking;

### **IMPORTANTE! < PROCEDURA IN CASO DI MANCATO PAGAMENTO:**

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

(Delibera n. 39 Cont/db del 30/06/2011)



Avv. Alessandro Lanata

## Rapporti fra medico libero-professionista e medico ospedaliero

La recentissima sentenza n. 26518, depositata lo scorso 9 novembre, della Corte di Cassazione, Sezione III Civile affronta e risolve una problematica che, al di là del caso specifico, è senza dubbio ricorrente.

Nella sostanza, i Giudici di legittimità sono stati chiamati a valutare la sussistenza o meno di profili di responsabilità in capo ai sanitari di un'ASL per aver gli stessi eseguito esami diagnostico-strumentali richiesti dal Collega ginecologo e libero-professionista, cui la paziente si era affidata per l'intera fase della gestazione.

La vicenda, più precisamente, ha riguardato il caso di lesioni sofferte dal nascituro durante il parto ovvero una grave lesione del plesso brachiale destro con esiti invalidanti permanenti.

Ebbene, tralasciando di ripercorrere in questa sede tutte le articolate doglianze formulate dai genitori del minore, ci si limita ad osservare che costoro hanno sostenuto la colpa professionale dei sanitari dell'ASL per non aver riscontrato, in occasione delle ecografie effettuate sulla gestante, la presenza di sintomi predittivi di una macrosomia fetale, tali da imporre già in allora la pianificazione di un parto cesareo.

Il Supremo Collegio, rigettando siffatta tesi, ha escluso che una struttura ospedaliera pubblica possa essere chiamata a rispondere dell'errore commesso da un medico libero-professionista per il solo fatto che nella struttura medesima siano stati effettuati gli accertamenti da questo prescritti.

Sul punto, merita citare di seguito il relativo passaggio motivazionale della sentenza, che ovvia-

mente si attaglia anche alla posizione dei sanitari alle dipendenze della struttura pubblica: *"Infondata, altresì, è la tesi giuridica sostenuta dai ricorrenti, secondo cui un ospedale, per il solo fatto di essere stato chiamato ad eseguire un esame ecografico, assuma per ciò solo l'obbligo di diagnosi, terapia e cura. La richiesta di un esame ecografico impone al debitore (l'ospedale) di eseguire con diligenza il suddetto esame; ma nemmeno la più lata interpretazione dell'art. 1374 c.c. (ndr - tale norma prevede che il contratto obbliga le parti non solo a quanto è nel medesimo espresso ma anche a tutte le conseguenze che ne derivano secondo la legge, o, in mancanza, secondo gli usi e l'equità) potrebbe condurre ad affermare che, richiesto un esame diagnostico, il personale sanitario che lo esegue assuma l'obbligo di sostituirsi al medico curante, già scelto dal paziente, assumendone tutti gli obblighi e gli oneri. Il massimo esigibile dal medico o dalla struttura specialistica chiamati ad eseguire un esame diagnostico, oltre il dovere di eseguire quest'ultimo con diligenza, è l'obbligo di informare il paziente circa l'emergere di sintomi dubbi od allarmanti: ma nel presente giudizio il profilo di colpa consistito nell'eventuale violazione del diritto della gestante all'informazione non è mai stato tempestivamente prospettato, come già ritenuto dalla Corte d'appello con statuizione passata in giudicato".*

## Legge Gelli: punibilità esclusa per la sola imperizia

Con la sentenza n. 50078, resa il 31 ottobre ultimo scorso, la Corte di Cassazione Penale - sezione IV, è ritornata su una tematica ampiamente dibattuta e, cioè, sul perimetro di applicazione dell'art. 6 della Legge 24/2017 (la nota Legge Gelli) che, appunto, disciplina la responsabilità

penale dell'esercente la professione sanitaria. In prima battuta, il Supremo Collegio ha rilevato che, a fronte dell'intervenuta abrogazione dell'art. 3 comma 1 della Legge 189/2012 (la nota Legge Balduzzi), *“non si pone più pertanto un problema di grado della colpa, salvo casi concreti in cui la legge Balduzzi possa configurarsi come disposizione più favorevole per i reati consumatisi sotto la sua vigenza coinvolgenti profili di negligenza ed imprudenza qualificati da colpa lieve (per ultrattività del regime Balduzzi più favorevole sul punto)”*.

La Legge Gelli, invero, consente di evitare la responsabilità penale soltanto qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia e siano state rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di Legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali. Ciò, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto.

Ad ogni buon conto, la Suprema Corte non ha di certo sottaciuto le diverse critiche mosse verso la Legge Gelli, segnatamente mirate ad evidenziare la difficoltà di delimitare in concreto la nozione di imperizia da quelle confinanti e, talora, in parte sovrapponibili di negligenza ed imprudenza.

Parimenti, i Giudici hanno dato evidenza ad altra obiezione mossa verso la Legge predetta posto che, se da un lato essa consente di evitare la sanzione penale nei casi imperizia dettati anche da colpa grave, dall'altro appare difficilmente verificabile una condotta connotata da colpa grave accompagnata dal rispetto delle linee guida e/o delle buone pratiche clinico-assistenziali.

In questo contesto, i Giudici di legittimità si sono così espressi: *“l'unica ipotesi di permanente rilevanza penale della imperizia sanitaria può essere individuata nell'asseveramento di linee guida che siano inadeguate alla peculiarità del caso concreto mentre non vi sono dubbi sulla*

*non punibilità del medico che seguendo linee guida adeguate e pertinenti pur tuttavia sia incorso in una “imperita” applicazione di queste (con l'ovvia precisazione che tale imperizia non deve essersi verificata nel momento della scelta della linea guida - giacché non potrebbe dirsi in tal caso di essersi in presenza della linea guida adeguata al caso di specie - bensì nella fase “esecutiva” dell'applicazione). E' una scelta del legislatore - che si presume consapevole - di prevedere in relazione alla colpa per imperizia nell'esercizio della professione sanitaria un trattamento diverso e più favorevole rispetto alla colpa per negligenza o per imprudenza”*.

Sulla scorta di tali considerazioni, la Corte ha enunciato il seguente principio di diritto: *“L'art. 590-sexies cod. pen., comma 2, articolo introdotto dalla L. 8 marzo 2017, n. 24 (c.d. legge Gelli-Bianco), prevede una causa di non punibilità dell'esercente la professione sanitaria operante, ricorrendo le condizioni previste dalla disposizione normativa (rispetto delle linee guida o, in mancanza, delle buone pratiche clinico-assistenziali, adeguate alla specificità del caso), nel solo caso di imperizia, indipendentemente dal grado della colpa, essendo compatibile il rispetto delle linee guida e delle buone pratiche con la condotta imperita nell'applicazione delle stesse”*.

### Biblioteca virtuale FNOMCeO-EBSCO: un supporto per accedere al servizio

La FNOMCeO ha attivato una mail di supporto **([progettoebSCO@fnomceo.it](mailto:progettoebSCO@fnomceo.it))** a cui è possibile segnalare eventuali disguidi riscontrati, porre domande e avere indicazioni sulla navigazione delle banche dati. La FNOMCeO raccoglierà le vostre osservazioni per restituire un feedback accurato e consentire un uso del servizio più semplice e funzionale. A breve saranno anche attivati percorsi di formazione residenziale su tutto il territorio nazionale.



**Marina E. Botto**  
Direttore Editoriale  
"Genova Medica"

## No vaccini, no pazzo!

### Critica della Sragion pura

**F**orse non è stata elegante, ma efficace sì: credo si possa dire questo dell'azione chiarificatrice, con connotati repressivi, della FNOMCeO sui vaccini. Del resto, si era giunti al punto di non poter più tollerare oltre, come dimostra anche la posizione della Magistratura sull'assurdo ricorso della Regione Veneto. Non si poteva e non si può accettare che si spacci per libertà di opinione e di scelta una disinformazione cialtrona, acrimoniosa e supponente, che mette a rischio la salute e la sicurezza dei cittadini, soprattutto quelli più fragili. Non si poteva e non si può accettare che siano addirittura dei Medici ad ingannare i cittadini condizionandone i comportamenti, spacciando notizie palesemente infondate e rompendo il fronte della comunità

scientifico. Scienza e coscienza debbono andare in coppia. Non può pensare di invocare - a proprio discapito - la libertà di coscienza chi ha gettato nel letamaio la scienza, che sarebbe suo dovere servire: chi si comporta così esce *ipso facto* dalla categoria medica e la sua radiazione dall'Ordine è, in fondo, la dolorosa presa d'atto della sua libera scelta (questa sì) di tagliarsi fuori dalla casa comune e dalle sue regole. Come non si può fare la rivoluzione con il plauso dei Carabinieri, così non si può sputare sulla scienza medica indossando il camice bianco.

Ma come diceva Flaiano, "i cretini pieni di idee abbondano" e stiamo scoprendo che i *no vax* sono in buona compagnia: poche branche della Medicina hanno fatto in questi ultimi decenni tanti

progressi quanti ne ha fatto la Psichiatria, eppure decine di siti internet presentano le cure, che essa offre, come soprusi, gli psicofarmaci come veleni e droghe da cui disintossicarsi e i Medici dei Centri di Salute Mentale come dei prepotenti impiccioni, tentati dal desiderio di comandare sulla psiche altrui.

Insomma la malattia mentale sarebbe un mito, i Medici prezzolati da Bigpharma (chi si rivede!) e le cure psichiatriche dovrebbero essere soppiantate da metodi di autoguarigione. Naturalmente si suggeriscono stratagemmi per "sganciarsi" senza insospettire i Medici: ora sappiamo bene quanta fatica costa agli specialisti proprio "agganciare" i pazienti psichiatrici, per sfruttarne la *compliance* e sviluppare strategie di adattamento (*coping*). Viene poi demonizzato chi accenna a fattori genetici o biochimici parlando di malattie mentali, perfino il DSM-5 (ultimo Manuale Statistico Dia-

gnostico) viene messo in discussione, quasi sotto accusa.

Il noto problema dell'*insight* o intuizione e consapevolezza dei propri sentimenti, delle proprie

emozioni e dei moventi del proprio comportamento, è d'aiuto nella diagnosi e nella stadiazione delle malattie mentali (anche se non strettamente legato alla prognosi) ove la disgregazione della personalità comporta non di rado il turbamento dei rapporti tra 'lo' e mondo esterno, provocando nel malato una particolare incertezza nell'apprezzamento dei limiti della propria personalità: atti o esperienze che hanno origine nella sua coscienza sono avvertiti come effetto di un'azione esterna, oppure, per un fenomeno detto di transittivismo, sembrano ripercuotersi su elementi estranei. Ciò si ravvisa frequentemente nella schizofrenia, ma anche in altri gravi quadri clinici, come la sindrome bipolare e la depressione endogena. Secondo alcuni Autori alla definizione di *insight* non concor-

*"Uno non ha che dichiararsi libero, ed ecco che in quello stesso istante si sente limitato. Abbia solo il coraggio di dichiararsi limitato, ed eccolo libero" (W. Goethe)*

rerebbe soltanto la "consapevolezza di malattia", ma anche della necessità di trattamento e dell'eventuale bisogno di ricovero.

Il riconoscimento di questi tre elementi costitutivi dell'*insight* ha rappresentato la premessa per l'elaborazione del primo strumento standardizzato di valutazione denominato "*Insight and Treatment Attitude Questionnaire*" (ITAQ). In linea con questo approccio, nel 1990 David propose una panoramica dell'*insight* articolata secondo tre dimensioni: la consapevolezza che il soggetto ha di essere affetto da un disturbo mentale, la capacità di riconoscere ed etichettare come anormali fenomeni quali deliri ed allucinazioni ed il riconoscimento della necessità di un trattamento. Non sfugge neppure al Medico non specialista la delicatezza e la potenziale pericolosità di qualunque tendenza che miri a depotenziare il concetto, sulla base dell'abusato principio del consenso alle cure. La normativa italiana - L. n. 180 del 13 maggio 1978 (Legge Basaglia) e L. n. 833 del 23 dicembre 1978 (artt. 33-35) - è giustamente ipergarantista in tema di Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO), riservandolo ai casi di oggettiva e acuta pericolosità per il paziente e per gli altri: la persona soggetta a TSO non può rifiutare le cure tuttavia, conserva comunque il diritto di essere informata sulle terapie a cui viene sottoposta e di scegliere anche tra una serie di proposte alternative, inoltre può comunicare anche telefonicamente con l'esterno. Al di fuori dei casi estremi, è già complicato intessere la relazione Medico-paziente senza bisogno di instillare nei malati l'idea che la scarsa o nulla consapevolezza di malattia sia un genuino e benefico stimolo a curarsi da sé e non un'autogiustificazione aprioristica, un'autodifesa pseudoadattativa. Quel "sapere e al tempo stesso non sapere" (S. Freud) ricorda un po' l'anosognosia del paziente neurologico o l'ipoestesia propriocettiva (deficit della sensibilità profonda), che spesso intralcia la riabilitazione nel paziente con ictus. Come nel caso dei vaccini e delle terapie alterna-



tive, troppo spesso sciocchezze del genere sono avallate da Medici e tra loro alcuni Psichiatri; ad alcuni di loro va riconosciuta l'attenuante delle buone intenzioni: si smarriscono durante la lodevole ricerca di un percorso di cura basato sul dialogo e non sulla coercizione, sul riconoscimento e sulla protezione della dignità e della libertà delle persone con disturbi mentali. E' un bene che nella categoria si tenga alta la tensione etica su temi centrali e nobili, ma le regole ed il galateo del dibattito scientifico andrebbero rispettate, anche e soprattutto intervenendo negli ambiti istituzionali o di ricerca.

Disorientare con battute ad effetto i "laici" che seguono il dibattito dall'esterno, con mediatori difficilmente competenti ed obiettivi, non può che impedire una corretta interpretazione delle notizie. Invece c'è sempre il genio improvvisato, che la spara grossa per farsi un nome in rete. Purtroppo si va oltre, fino a consigliare tattiche per dissimulare le turbe comportamentali: "*Non perdere mai la calma, amplifica gli effetti collaterali, guardati dai gruppi di autoaiuto - sono servi degli psichiatri*". Bisogna tenere a mente che il nostro Codice Deontologico, agli articoli 15 e 55 recita "*Il Medico non deve sottrarre la persona assistita a trattamenti scientificamente fondati e di comprovata efficacia*" e "*il Medico promuove e attua un'informazione sanitaria accessibile, trasparente, rigorosa e prudente, fondata sulle conoscenze scientifiche acquisite e non divulga notizie che alimentino aspettative o timori infondati o, in ogni caso, idonei a determinare un pregiudizio dell'interesse generale*".



**Eugenio Piccardi**  
*Studio Associato Giulietti*  
*Ragionieri Commercialisti Genova*

## Enti associativi senza scopo di lucro alla luce della riforma del "Terzo Settore"

**D**al 3 agosto 2017 è entrato in vigore il D.Lgs 117/2017 (Codice del Terzo Settore). Il codice individua i soggetti e le condizioni necessarie per rientrare nel "Terzo Settore", delineando i vincoli da rispettare e la disciplina fiscale. L'adesione al Terzo Settore avviene con l'osservanza delle disposizioni di natura civilistica, riportate nel D.Lgs 117/2017 (contenuto dell'atto costitutivo, regole su amministrazione, controllo e revisione) e con l'iscrizione nell'istituendo Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS).

Sono considerati Enti del Terzo Settore (ETS), se iscritti nel RUNTS:

- le Organizzazioni di volontariato,
- le Associazioni di promozione sociale,
- gli Enti filantropici,
- le Imprese sociali, incluse le cooperative sociali,
- le Reti associative,
- le Società di mutuo soccorso,
- le Associazioni, riconosciute o non riconosciute,
- le Fondazioni,
- gli altri Enti di carattere privato diversi dalle società.

Gli Enti di cui sopra devono essere costituiti per il perseguimento, senza scopo di lucro, di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale mediante lo svolgimento di una o più attività di interesse generale in forma di azione volontaria o di erogazione gratuita di denaro, beni o servizi, o di mutualità o di produzione o scambio di beni o servizi.

Sono escluse:

- le Amministrazioni Pubbliche;
- le Formazioni e le Associazioni Politiche;
- i Sindacati;

- le Associazioni professionali e di rappresentanza di categorie economiche;
- le Associazioni di datori di lavoro;
- gli Enti sottoposti a direzione e coordinamento o controllati dai suddetti enti (ad esclusione dei soggetti operanti nel settore della protezione civile);
- le Fondazioni di origine bancaria di cui al D.Lgs. 153/99.

Gli ETS (diversi dalle imprese sociali) esercitano in via esclusiva o principale una o più attività di interesse generale per il perseguimento, senza scopo di lucro, di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale. Per attività di interesse generale si intendono:

- ◆ interventi e servizi sociali e interventi, servizi e prestazioni per l'assistenza delle persone handicappate o con disabilità grave prive del sostegno familiare;
- ◆ interventi e prestazioni sanitarie;
- ◆ prestazioni socio-sanitarie;
- ◆ educazione, istruzione e formazione professionale, nonché le attività culturali di interesse sociale con finalità educativa;
- ◆ interventi e servizi finalizzati alla salvaguardia e al miglioramento delle condizioni dell'ambiente e all'utilizzazione accorta e razionale delle risorse naturali, con esclusione dell'attività, esercitata abitualmente, di raccolta e riciclaggio dei rifiuti urbani, speciali e pericolosi;
- ◆ interventi di tutela e valorizzazione del patrimonio culturale e del paesaggio;
- ◆ formazione universitaria e post-universitaria;
- ◆ ricerca scientifica di particolare interesse sociale;
- ◆ organizzazione e gestione di attività culturali, artistiche o ricreative di interesse sociale, incluse attività, anche editoriali, di promozione e diffusione della cultura e della pratica del volontariato e delle attività di interesse generale;
- ◆ radiodiffusione sonora a carattere comunitario;
- ◆ organizzazione e gestione di attività turistiche di interesse sociale, culturale o religioso;
- ◆ formazione extra-scolastica, finalizzata alla pre-

venzione della dispersione scolastica e al successo scolastico e formativo, alla prevenzione del bullismo e al contrasto della povertà educativa;

- ◆ servizi strumentali ad ETS resi da enti composti in misura non inferiore al 70% da enti del Terzo Settore;
- ◆ cooperazione allo sviluppo;
- ◆ attività commerciali, produttive, di educazione e informazione, di promozione, di rappresentanza, di concessione in licenza di marchi di certificazione, svolte nell'ambito o a favore di filiere del commercio equo e solidale;
- ◆ servizi finalizzati all'inserimento o al reinserimento nel mercato del lavoro dei lavoratori e delle persone svantaggiate;
- ◆ alloggio sociale, nonché ogni altra attività di carattere residenziale temporaneo diretta a soddisfare bisogni sociali, sanitari, culturali, formativi o lavorativi;
- ◆ accoglienza umanitaria ed integrazione sociale dei migranti;
- ◆ agricoltura sociale;
- ◆ organizzazione e gestione di attività sportive dilettantistiche;
- ◆ beneficenza, sostegno a distanza, cessione gratuita di alimenti o prodotti di cui alla L. 19.8.2016 n. 166 o erogazione di denaro, beni o servizi a sostegno di persone svantaggiate o di attività di interesse generale;
- ◆ promozione della cultura della legalità, della pace tra i popoli, della non violenza e della difesa non armata;
- ◆ promozione e tutela dei diritti umani, civili, sociali e politici, nonché dei diritti dei consumatori e degli utenti delle attività di interesse generale, promozione delle pari opportunità e delle iniziative di aiuto reciproco, incluse le banche dei tempi, ed i gruppi di acquisto solidale;
- ◆ cura di procedure di adozione internazionale;
- ◆ protezione civile;
- ◆ riqualificazione di beni pubblici inutilizzati o di beni confiscati alla criminalità organizzata.

Il patrimonio degli ETS è utilizzato per lo svolgimento dell'attività statutaria ai fini dell'esclusivo perseguimento di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale ed è vietata la distribuzione, anche indiretta, di utili ed avanzi di gestione.

Gli ETS sono obbligati a redigere il bilancio d'esercizio (composto da stato patrimoniale, rendiconto finanziario e relazione di missione). Il suddetto bilancio deve essere redatto secondo modelli che saranno predisposti con decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali. Il bilancio deve inoltre essere depositato:

- per gli ETS che esercitano attività commerciale, presso il Registro delle imprese;
- per gli ETS non esercenti attività commerciale, presso il RUNTS.

Gli ETS devono tenere:

- il libro degli associati o aderenti e il libro delle adunanze e delle deliberazioni delle assemblee in cui devono essere trascritti anche i verbali redatti per atto pubblico;
- il libro delle adunanze e delle deliberazioni dell'organo di amministrazione, dell'organo di controllo e di eventuali altri organi sociali.

Oltre al rispetto delle disposizioni di cui sopra gli enti del Terzo Settore devono essere iscritti nel Registro Unico del Terzo Settore. L'iscrizione può avvenire su iniziativa del singolo ente oppure in modo automatico per le organizzazioni di volontariato e le associazioni di promozione sociale già iscritte nei registri locali prima dell'istituzione del RUNTS. Il RUNTS non è stato ancora istituito.

La sua operatività, che non dovrebbe realizzarsi prima del 2019, è subordinata:

- all'emanazione di un apposito Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e dei Provvedimenti Attuativi delle Regioni e delle Province autonome;
- alla predisposizione della struttura informatica necessaria.

Nelle more dell'istituzione, il requisito dell'iscrizione al RUNTS si intende soddisfatto da parte degli

ETS attraverso la loro iscrizione ad uno dei registri attualmente previsti dalle normative di settore.

Il Codice del Terzo Settore definisce una specifica disciplina fiscale per gli ETS iscritti nel RUNTS, riguardante:

- il trattamento ai fini delle imposte dirette e l'istituzione di regimi agevolati;
- l'introduzione di alcune detrazioni e deduzioni per erogazioni liberali;
- alcune agevolazioni ai fini delle imposte indirette e dei tributi locali;
- la tenuta e la conservazione delle scritture contabili.

Le attività di "interesse generale" non comportano l'emersione di un reddito, mentre eventuali redditi da attività commerciali possono essere determinati con criteri forfettari basati sull'applicazione di coefficienti ai ricavi conseguiti.

Chi eroga a favore di Enti del Terzo Settore come a titolo di liberalità può alternativamente be-

neficiare di una detrazione Irpef del 30% (per un importo complessivo in ciascun anno non superiore a 30.000,00 euro), oppure di una deduzione dal reddito nel limite del 10% del reddito complessivamente dichiarato.

Gli ETS godono dell'esenzione da imposta di successione e donazione, dell'esenzione dall'imposta di bollo e dell'esenzione di Imu e Tasi per gli immobili destinati ad attività non commerciali.

Per quanto attiene le scritture contabili gli oneri sono quelli attualmente a carico delle Onlus, ovvero la redazione di scritture contabili cronologiche e sistematiche atte ad esprimere compiutamente le operazioni poste in essere, con l'obbligo di rappresentare in apposito documento, da redigere entro sei mesi dalla chiusura dell'esercizio annuale, la situazione patrimoniale economica e finanziaria, distinguendo le attività di interesse generale da quelle di altro tipo. In relazione all'attività commerciale esercitata va tenuta contabilità separata.

## Domanda di cumulo e diritto alla pensione

da "Sole 24 ore" a cura di Fabio Venanzi

**D** - Sono un medico ospedaliero in servizio (dipendente ex INPDAP). Facendo la domanda di cumulo contributivo gratuito, per un breve periodo in cui non ho lavorato (20 giorni), maturerei il diritto alla pensione anticipata, secondo i requisiti della "Legge Fornero", al 1° gennaio 2021: con 63 anni di età e 43 anni e tre mesi di contributi.

Vorrei sapere se per il cumulo si possono utilizzare i contributi obbligatori versati all'ENPAM (ente nazionale di previdenza e assistenza medici) - Fondo Generale, quota A - e quando fare la domanda di cumulo. Inoltre, se io presentassi le dimissioni volontarie dal servizio dal



gennaio 2020 (vale a dire un anno prima della data di maturazione del diritto), potrei comunque andare in pensione anticipata alla data prevista, utilizzando i contributi che verserò all'ENPAM (fondo generale, quota A) in quell'anno in cui non lavorerò?

**R** - La contribuzione fissa accreditata per la quota A è utile ai fini del cumulo contributivo, come modificato dalla legge 232/2016. Le dimissioni dal servizio al 31 dicembre 2019, con il versamento della contribuzione versata in quota A per tutto il 2020, farebbe comunque maturare il diritto a pensione. Su questo punto, si invita a contattare l'ENPAM, per acquisire le informazioni in merito.

La domanda di pensione in regime di cumulo si presenta qualche mese prima rispetto al perfezionamento del diritto a pensione.



**Valeria Messina**  
Consigliere OMCeOGE



**Alessandro Bonsignore**  
Vice-Presidente OMCeOGE

## Omicidio e lesioni stradali: cosa prevede la Legge 41/2016 e cosa fare

**N**el 2016 sono stati introdotti, nel nostro Ordinamento, i reati di omicidio e lesioni stradali (Legge n. 41 del 23 marzo 2016). Evidente, nell'intento del Legislatore, la volontà di differenziare tali fattispecie dall'omicidio e dalle lesioni colpose, attribuendo loro - così - caratteristiche precipue, legate alla grave imprudenza e/o alla inopportuna assunzione di alcool e di sostanze stupefacenti e/o psicotrope che rendano meno sicura la guida dei veicoli.

**I nuovi articoli 589-bis del Codice Penale, relativo all'omicidio stradale, e 590-bis, relativo alle lesioni personali stradali gravi e gravissime**, nascono - dunque - per sanzionare atteggiamenti legati alla mancata sicurezza stradale e produttivi di significativi danni alla persona.

La Legge, con specifico riferimento alle lesioni personali (oggetto di maggior interesse per il Medico di Medicina Generale), introducendo l'art. 590-bis del Codice Penale afferma:

*“Chiunque cagioni per colpa ad altri una lesione personale con violazione delle norme sulla disciplina della circolazione stradale è punito con la reclusione da tre mesi a un anno per le lesioni gravi e da uno a tre anni per le lesioni gravissime. Chiunque, ponendosi alla guida di un veicolo a motore in stato di ebbrezza alcolica o di alterazione psicofisica conseguente all'assunzione*

*di sostanze stupefacenti o psicotrope ai sensi rispettivamente degli articoli 186, comma 2, lettera c), e 187 del Decreto Legislativo 30 aprile 1992, n. 285, cagioni per colpa a taluno una lesione personale, è punito con la reclusione da tre a cinque anni per le lesioni gravi e da quattro a sette anni per le lesioni gravissime.*

*Le pene di cui al comma precedente si applicano altresì al conducente di un veicolo a motore di cui all'articolo 186-bis, comma 1, lettere b), c) e d), del Decreto Legislativo 30 aprile 1992, n. 285, il quale, in stato di ebbrezza alcolica ai sensi dell'articolo 186, comma 2, lettera b), del medesimo Decreto Legislativo n. 285 del 1992, cagioni per colpa a taluno lesioni personali gravi o gravissime”.*



E ancora: *“Salvo quanto previsto dal terzo comma, chiunque, ponendosi alla guida di un veicolo a motore in stato di ebbrezza alcolica ai sensi dell'articolo 186, comma 2, lettera b), del Decreto Legislativo 30 aprile 1992, n. 285, cagioni per colpa a taluno lesioni personali, è punito con la reclusione da un anno e sei mesi a tre anni per le lesioni gravi e da due a quattro anni per le lesioni gravissime. Le pene di cui al comma precedente si applicano altresì:*

*1) al conducente di un veicolo a motore che, procedendo in un centro urbano ad una velocità pari o superiore al doppio di quella consentita e comunque non inferiore a 70 km/h, ovvero su strade extraurbane ad una velocità superiore di*

almeno 50 km/h rispetto a quella massima consentita, cagioni per colpa a taluno lesioni personali gravi o gravissime;

2) al conducente di un veicolo a motore che, attraversando un'intersezione con il semaforo disposto al rosso ovvero circolando contromano, cagioni per colpa a taluno lesioni personali gravi o gravissime;

3) al conducente di un veicolo a motore che, a seguito di manovra di inversione del senso di marcia in prossimità o in corrispondenza di intersezioni, curve o dossi o a seguito di sorpasso di un altro mezzo in corrispondenza di un attraversamento pedonale o di linea continua, cagioni per colpa a taluno lesioni personali gravi o gravissime...".

L'introduzione degli articoli del Codice Penale sopra enunciati determina nuovi obblighi e, quindi, ulteriori responsabilità per il Medico che ne rilevi e certifichi l'esistenza. Nello specifico si ricorda come l'art. 365 del Codice Penale punisca "chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio, omette o ritarda di riferirne all'Autorità...".

Analogamente, l'art. 361 del Codice Penale punisce "il Pubblico Ufficiale che omette o ritarda di denunciare un reato di cui ha avuto notizia nell'esercizio o a causa delle sue funzioni".

Relativamente a quest'ultimo aspetto, quello che è cambiato con l'introduzione di tali fattispecie delittuose è - in buona sostanza - il fatto che le lesioni

gravi o gravissime causate in violazione degli articoli inerenti la circolazione stradale, **prevedono la procedibilità d'ufficio** (non sono più, quindi, delitti perseguibili a querela della persona offesa), tanto **determinando l'obbligo per il professionista sanitario di redigere un referto all'Auto-rità Giudiziaria** (o una denuncia nel caso in cui il Sanitario rivesta la qualifica di Pubblico Ufficiale o Incaricato di Pubblico Servizio).

In altre parole il Medico che abbia modo di obiettare una delle seguenti condizioni, derivanti da un incidente della strada, è **OBBLIGATO** a segnalare il caso alla Procura della Repubblica:

- una malattia che metta in pericolo la vita della persona offesa, ovvero una malattia o un'incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni per un tempo superiore ai 40 giorni;
- un pericolo di vita (inteso quale compromissione, ancorché momentanea, di una delle tre funzioni vitali dell'organismo: cerebrale, cardio-circolatoria e respiratoria);
- l'indebolimento permanente di un senso o di un organo;
- una malattia certamente o probabilmente insanabile;
- la perdita di un senso;
- la perdita di un arto, o una mutilazione che renda l'arto inservibile, ovvero la perdita dell'uso di un organo o della capacità di procreare, ovvero una permanente e grave difficoltà della favella;
- la deformazione, ovvero lo sfregio permanente del viso.

**Il suddetto obbligo vale, inoltre, anche per**

## Liguria: approvato il nuovo Piano Sociosanitario Regionale 2017-2019

Uno dei punti cardini del Piano è rappresentato dalla riorganizzazione della rete ospedaliera: tra i principi fondamentali c'è il mantenimento della dotazione di posti letto per acuti e l'implementazione della dotazione di posti letto per riabilitazione e a media intensità. È stata prevista la costruzione di tre nuovi ospedali ad elevata innovazione tecnologica. Non appena disponibile il Piano verrà pubblicato sul sito [www.omceoge.org](http://www.omceoge.org)

**il Medico che non certifica un periodo di riposo e cure di per sé superiore ai 40 giorni, ma contribuisce - con la propria certificazione, intervenendo in un secondo o successivo tempo - a far superare tale lasso temporale estendendo una prognosi assegnata in altra sede** (ad es. in Pronto Soccorso o ad opera di altro Sanitario).

Il referto e/o la denuncia devono essere, infine, redatti da tutti i Sanitari eventualmente intervenuti, predisponendo un unico documento nel caso in cui gli stessi fossero co-presenti e concordassero circa i contenuti e le informazioni di cui sono venuti a conoscenza.

Per facilitare la compilazione l'**OMCeOGE**, che per primo si è mosso - a livello nazionale - per avere delucidazioni dalla FNOMCeO circa l'interpretazione della norma da parte del Legislatore anche alla luce delle diverse posizioni delle singole Procure che, a tutt'oggi, si comportano diversamente una dall'altra - **ha predisposto un modello di referto/denuncia** (che si allega in calce) che il singolo professionista deve compilare ogniqualvolta ne ricorrano i presupposti (come sopra in dettaglio specificato), provvedendo - poi - a recapitarlo alla Procura della Repubblica presso il Tribunale di Genova (che ha validato il modello qui proposto). Tale consegna può avvenire con le seguenti modalità:

- 1) direttamente, o delegando un terzo soggetto alla consegna (che deve avvenire entro 48 ore dalla visita, assumendosi in prima persona la responsabilità di eventuali ritardi);
- 2) inviando una raccomandata alla Procura della Repubblica o una e-mail, a mezzo posta certificata, agli indirizzi pec (facenti capo ai Comandi ed alle Stazioni di Polizia e dei Carabinieri intervenuti al momento dell'incidente o, nei casi in cui ciò non sia noto, alla Procura stessa) che saranno resi noti nel corso delle prossime settimane.

Quindi riassumendo:

- a) esistono due nuovi reati: omicidio stradale e lesioni gravi o gravissime stradali;
- b) tali reati prevedono l'obbligo di referto/denuncia;
- c) tutti i sanitari che intervengono, sia indicando una prognosi in prima battuta sia prolungandone una precedente superando i 40 giorni, devono redigere il referto/denuncia; tale obbligo ricorre anche in tutta una serie di circostanze aggravanti sopra in dettaglio riportate;
- d) il referto/denuncia va inoltrato alla Procura della Repubblica, secondo i canali su indicati, entro le 48 ore.

E' indubbio che l'introduzione di questa norma ha sollevato legittime preoccupazioni e perplessità poiché, nella pratica quotidiana del Medico di Medicina Generale, non di rado si assiste a lesioni che, pur non compromettendo in modo grave la salute del paziente, prevedono tempi protratti di terapie (ad es. il cosiddetto "colpo di frusta"). Che fare allora? Il Codice Penale ha - da sempre - equiparato, nell'ambito delle lesioni personali gravi, lo stato di malattia all'incapacità a svolgere le comuni attività. I campi di applicazione della norma sono, pertanto, molto ampi.

Di certo al Medico è richiesta una corretta compilazione del referto/denuncia, indicando puntualmente un'accurata anamnesi e l'obiettività clinica, eventualmente ricorrendo all'ausilio di specialisti - ivi compresi i Medici Legali - laddove vi siano perplessità nella gestione del caso concreto.

In conclusione, sebbene il quadro normativo abbia aperto scenari non ancora completamente chiari e sicuramente in evoluzione, non sono consentite omissioni; pertanto, allorché si configurano i presupposti per il riconoscimento di una lesione personale grave o gravissima derivata a seguito di un incidente stradale, il referto/denuncia va inoltrato - nei tempi e con le modalità indicate - alla Procura della Repubblica.

Dr. ....  
Medico Convenzionato per la MMG c/o ASL.....  
N° Ordine Medici .....  
Via ..... Città .....  
Tel. ....

REFERTO ALL' AUTORITA' GIUDIZIARIA

All'Ill.mo Sig. Procuratore della Repubblica  
presso il Tribunale di Genova

In data odierna, alle ore ..... ho visitato presso (indicare il luogo di visita) .....  
il Sig. (Cognome) ..... (Nome) .....  
Nato/a a ..... (.....) il .../.../.... Residente a..... (.....),  
in Via ..... Tel. ....  
Al momento della visita ho riscontrato le seguenti lesioni: .....

che comportano:

- una malattia che mette in pericolo la vita della persona offesa, ovvero una malattia o un'incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni per un tempo superiore ai quaranta giorni;
- l'indebolimento permanente di un senso o di un organo;
- una malattia certamente o probabilmente insanabile;
- la perdita di un senso;
- la perdita di un arto, o una mutilazione che renda l'arto inservibile, ovvero la perdita dell'uso di un organo o della capacità di procreare, ovvero una permanente e grave difficoltà della favella;
- la deformazione, ovvero lo sfregio permanente del viso;

Il paziente riferisce che è incorso in data ...../...../..... alle ore ..... in un incidente stradale con riferita responsabilità di terzi avvenuto in .....via/piazza.....  
Breve descrizione dinamica dell'incidente: .....

- Forze dell'Ordine intervenute a seguito del sinistro.....
- Precedente documentazione sanitaria .....

(Luogo)..... (data) ..... Dr. ....  
(apporre timbro)

Trasmesso il \_\_\_\_\_ via fax/via mail alla Forza dell'Ordine intervenuta a seguito del sinistro;  
oppure  
Non è intervenuta alcuna Forza dell'Ordine. Il Referto viene trasmesso via mail alla Procura della Repubblica di Genova all'indirizzo pec: \_\_\_\_\_

Art. 334 c.p.p.

1. Chi ha l'obbligo del referto [c.p. 365] deve farlo pervenire entro quarantotto ore o, se vi è pericolo nel ritardo, immediatamente al pubblico ministero o a qualsiasi ufficiale di polizia giudiziaria del luogo in cui ha prestato la propria opera o assistenza ovvero, in loro mancanza, all'ufficiale di polizia giudiziaria più vicino (1) (2).
2. Il referto indica la persona alla quale è stata prestata assistenza e, se è possibile, le sue generalità, il luogo dove si trova attualmente e quanto altro valga a identificarla nonché il luogo, il tempo e le altre circostanze dell'intervento; dà inoltre le notizie che servono a stabilire le circostanze del fatto, i mezzi con i quali è stato commesso e gli effetti che ha causato o può causare.
3. Se più persone hanno prestato la loro assistenza nella medesima occasione, sono tutte obbligate al referto, con facoltà di redigere e sottoscrivere un unico atto.

## Esperienze e proposte per una Rete Italiana di Medici Sentinella per l'Ambiente (RIMSA): un percorso formativo per MMG e PLS

Alice Rossi <sup>i</sup>, Mariagrazia Santamaria <sup>i, ii</sup>, Pasquale Pedote <sup>i, iii, iv</sup>, Samantha Pegoraro <sup>i, v</sup>, Cristiano Alicino <sup>i, vi</sup>, Alice Serafini <sup>i, vii</sup>, Vitalia Murgia <sup>viii</sup>, Simonetta Miozzo <sup>viii</sup>, Roberto Romizi <sup>ix</sup>, Fabrizio Bianchi <sup>x</sup>, Emanuele Vinci <sup>xi</sup>, Paolo Lauriola <sup>i, ix</sup>

L'interesse di indagare e interpretare gli eventi che si presentano all'osservazione del Medico curante, è sempre stato una caratteristica dell'operare medico in particolare per quelli che operano sul territorio. Oltre alla naturale curiosità però occorre mettere in campo coordinamento e organizzazione per un obiettivo preciso in collaborazione con altri operatori. A partire dal 1955, a seguito del *Weekly Return Service* a Birmingham, nel Regno Unito, a cura del *Royal College of General Practitioners*, si sono succedute un enorme numero di esperienze in tutto il mondo in numerosissimi campi di interesse.

Tutte queste esperienze hanno privilegiato l'approfondimento di esigenze connesse strettamente con le esigenze professionali quotidiane: quali patologie nel territorio in cui si opera? Come trat-

tarle farmacologicamente? Organizzativamente? Psicologicamente? etc...

Per quanto riguarda le esperienze in campo "Ambiente e Salute" sono assai rare e, per lo più, basate su esigenze particolari. Non esiste una rete di competenze su questo tema tra MMG/PLS. Questo perché normalmente l'interesse su questioni ambientali deriva da una sensibilità civile che si aggiunge all'interesse professionale.

Cionondimeno la creazione di una rete di Medici Sentinella per l'Ambiente (MSA) si basa su cinque elementi principali:

1. il ricco patrimonio informativo in possesso dei MMG e dei PLS;
2. l'importanza del loro ruolo nei confronti dei pazienti-cittadini, sia a scopo conoscitivo che educativo, anche e soprattutto sul piano etico (diritto di conoscenza della malattia e delle sue cause);
3. la disponibilità di dati sanitari correnti e le potenzialità largamente inesprese in tema di ambiente e salute dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL (DP-ASL);
4. l'influenza sul territorio dei MMG e PLS e degli operatori dei DP-ASL nella prospettiva di conoscenza, mediazione e intervento finalizzati alla prevenzione primaria e alla promozione della salute (advocacy);
5. le rilevanti possibilità di integrazione con le reti cliniche, sia sul piano della gestione che della programmazione dei servizi e delle cure mediche.

In effetti il MMG non si occupa solo di curare malattie, ma anche di prevenzione e promozione della salute, informazione ed educazione sanitaria, quindi emerge la complessità e la rilevanza di promuovere in questo contesto un approccio scientifico basato sui risultati della ricerca e adeguato sul piano della valutazione della qualità e della formazione continua.

Inoltre, un aspetto fondamentale del rapporto tra MMG-PLS, istituzioni e popolazione riguarda la comunicazione, a proposito della quale sembrano di particolare rilevanza:

<sup>i</sup> Staff Scientifico/Organizzazione Progetto Strategico Cambiamenti climatici e salute nella vision "Planetary Health"

<sup>ii</sup> Ordine dei Medici di Foggia

<sup>iii</sup> Dipartimento di Prevenzione AUSL di Brindisi

<sup>iv</sup> Ordine dei Medici di Bari

<sup>v</sup> Italian Climate Network

<sup>vi</sup> Ordine dei Medici di Genova

<sup>vii</sup> Ordine dei Medici di Modena

<sup>viii</sup> SIMG

<sup>ix</sup> ISDE, Italia

<sup>x</sup> IFC, CNR Pisa

<sup>xi</sup> Ordine dei Medici di Brindisi, FNOMCeO

- l'accuratezza scientifica nell'applicazione della valutazione sanitaria e ambientale;
- le strategie per una migliore comunicazione tra comunità, Medici del territorio, Istituzioni locali e Istituzioni sanitarie nazionali;
- le azioni per la diffusione dei dati e l'accrescimento delle conoscenze e della consapevolezza tra i Medici;
- la specifica formazione dei Medici (soprattutto Medici di Medicina Generale).

Partendo da queste considerazioni preliminari ci si è impegnati a sviluppare proposte che mirano a far sì che i MMG e i PLS siano coinvolti in un sistema di sorveglianza sugli effetti dell'ambiente sulla salute in quanto in grado di dare un significativo contributo nel sensibilizzare ed informare la popolazione, nonché per segnalare eventuali situazioni di criticità, dal momento che la popolazione tende a dare loro molta credibilità ed affidabilità<sup>1</sup>. Il sistema si completerà con il coinvolgimento di soggetti chiave del Sistema Sanitario Nazionale e dei sistemi di sorveglianza e controllo ambientale e della loro capacità di indurre comportamenti virtuosi nella popolazione<sup>2,3</sup>.

Più specificamente si è concordato di avviare una iniziativa formativa capace di aggiornare, sviluppare e scambiare le conoscenze e competenze degli operatori del SSR, in particolare sulla relazione tra ambiente e salute<sup>4</sup>. In particolare è stata raccolta l'opportunità offerta dal Progetto Strategico Cambiamenti Climatici e Salute nella vision *"Planetary Health"*, in preparazione dell'incontro internazionale del G7 sul tema degli adattamenti ai cambiamenti climatici. Tale Progetto finanziato dal Ministero della Salute e supervisionato dall'Istituto Superiore di Sanità ha consentito di sviluppare una proposta concreta e definita coordinata da ISDE e FNOMCeO sia sul piano scientifico che amministrativo. In questo contesto un ruolo fondamentale sarà svolto dai Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, ai fini del raccordo con i Medici Sentinella, le zone-Distretto, le ARPA, gli

Enti locali e le Strutture regionali di riferimento. Tale raccordo consentirà di applicare i sistemi di sorveglianza epidemiologica degli eventi sanitari connessi ai cambiamenti climatici, le strategie di comunicazione con le popolazioni coinvolte.

Questi eventi formativi si configurano, quindi, come il primo passo per creare le condizioni affinché le Amministrazioni locali e centrali puntino su questa opportunità e disponibilità offerta dai MMG, come attori di *advocacy* e mediatori tra cittadini ed istituzioni per la caratterizzazione del rischio e la promozione di azioni preventive, quali interventi collettivi e individuali (modifica dei comportamenti).



In questo modo sarà possibile il trasferimento della conoscenza delle evidenze scientifiche disponibili sull'impatto sanitario dell'inquinamento ambientale e l'acquisizione di adeguati strumenti d'intervento agli operatori sanitari e ambientali, ai decisori e *stakeholder* ed in particolare ai MMG.

## Obiettivi del percorso

Sulla base di queste premesse, ci si è impegnati in un percorso formativo con questi obiettivi:

- porre le basi per creare una rete di "Medici Sentinella" che operi a livello non solo locale e che consenta successivamente di sperimentare un progetto pilota di Sistema di sorveglianza basato su dati ambientali e sanitari mediante la Rete Italiana Medici Sentinella dell'Ambiente (RIMSA), che possa poi essere estesa ad altre analoghe realtà geografiche, sociali e ambientali caratterizzate da un elevato rischio ambientale e sanitario;

- promuovere un profilo più "performante" dei MMG e dei PLS nel contesto delle Cure Primarie nella prospettiva di un'attività di prevenzione sanitaria e ambientale, soprattutto in aree di impatto dei CC;
- favorire l'integrazione delle Cure Primarie (*primary care*) con i Dipartimenti di Prevenzione e le ARPA;
- riaffermare il ruolo dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) nella promozione di abitudini e stili di vita sani e sostenibili;
- favorire l'integrazione tra competenze scientifiche ed organizzative rivolte al controllo dei fattori di rischio individuali, collettivi ed ambientali.

## Il percorso formativo

Sono così stati programmati 3 corsi sovra-regionali residenziali al nord, centro, sud (e segnatamente a Taranto/Brindisi, Arezzo, Genova) con le seguenti finalità:

- fornire elementi di base e strumenti operativi per diffondere a livello locale le conoscenze e competenze acquisite (formazione per formatori);
- per questa ragione tale formazione di base dovrà essere molto rigorosa e documentata perché tali discenti saranno a loro volta i formatori dei MSA sul territorio;
- creare una forte collaborazione e sinergia fra docenti e discenti e fra discenti tra loro al fine della realizzazione della RIMSA;
- raccogliere informazioni e proposte per definire la proposta di RIMSA sostenibile, efficace e scientificamente rigorosa;
- facilitare la massima collaborazione con la FNOMCeO e gli Ordini che a livello locale organizzeranno il corso.

La conferenza finale avrà il compito di raccogliere in modo coordinato ed organico le esperienze e le proposte raccolte (da tenersi a Roma presso la Sede centrale della FNOMCeO).

Il percorso formativo, nel suo complesso, si articolerà in 5 sezioni:

1. patologie ambientali e strumenti per la loro conoscenza, la sorveglianza ambientale e sanitaria;
2. banche dati e documentazione in campo ambientale sanitario e loro utilizzo;
3. comunicazione del rischio, rapporti medico-paziente e gestione dei conflitti sociali, partecipazione dei cittadini alle decisioni;
4. tecniche di formazione e di gestione dei gruppi;
5. confronto tra docenti e discenti per raccogliere esperienze e proposte per la realizzazione del RIMSA.

Il secondo evento è stato realizzato a Genova ed ha rappresentato l'occasione per mettere a sistema le proposte avanzate in occasione dell'evento di Taranto. In questa occasione sono stati utilmente affrontati alcuni aspetti in merito al ruolo dei MSA e della organizzazione della rete di MSA che verranno poi "portati a sistema" in occasione dell'evento finale di Roma.

## Conclusioni

L'iniziativa, che qui è stata riferita, ha l'ambizione di coinvolgere il maggior numero di Medici sensibili alle tematiche ambientali con il sostegno degli Ordini dei Medici di provenienza. Al momento, oltre all'entusiastica risposta degli OMCeO di Taranto/Brindisi, Genova ed Arezzo, grazie all'impegno della Presidenza della FNOMCeO, tutti gli OMCeO dei Corsisti hanno sostenuto economicamente le spese per la partecipazione al Corso.

Tutto questo è coerente con quasi tutte le esperienze in tema di Medici Sentinella nel mondo dove un ruolo essenziale è stato sostenuto dalle Organizzazioni Professionali Mediche equivalenti agli OMCeO o alla SIMG, ma comunque con una particolare attenzione ai Medici di Famiglia (ad es. *Royal College of General Practitioner, American Academy of Family Physicians, College of Family Physicians of Canada, Dutch College of General Practitioners*); come dicono gli olandesi le "organizzazioni ombrello".

Occorre, quindi, privilegiare questa collaborazione

sia da un punto di vista organizzativo ed amministrativo, ma anche, e soprattutto, istituzionale. Uno degli aspetti su cui si concentreranno gli sforzi per "percorrere i passi futuri" nella realizzazione del RIMSA, sarà quello di formalizzare un rapporto con le Istituzioni mediche nazionali e locali e sicuramente l'esempio degli OMCeO che hanno variamente collaborato alla proposta, ed in particolare quello di Genova, sarà essenziale.

## Bibliografia

- <sup>1</sup> Lauriola P. "I medici sentinella per una efficace sorveglianza ambientale e sanitaria". *Pratica Medica & Aspetti Legali* 2014; 8(4):125-134
- <sup>2</sup> Perez-Farinos et al *A sampling design for a Sentinel General Practitioner Network* *Gac Sanit.* 2009;23(3):186-191
- <sup>3</sup> Erspamer L, Ranzi A, Lauriola P, Trinca S, Comba

P (eds.) *Environmental health surveillance near incinerators and industrial premises: indications from the European project ENHance Health.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2007. (Rapporti ISTISAN 07/41

- <sup>4</sup> Gandini M., Berti G., Cattani G., Faustini A., Scarrini C., De Donato F., Accetta G., Angiuli L., Caldara S., Carreras G., Casale P., Di Biagio K., Giannini S., Iuzzolino C., Lanzani G., Lauriola P., (...) Zero F. *Environmental indicators in EpiAir2 project: air quality data for epidemiological surveillance* *Epidemiologia e prevenzione.* 01/2013; 37(4-5):209-219
- <sup>5</sup> T C, Schweikardt, R. A. Verheij, G.A. Donker, Y. Coopteters *the historical development of the Dutch Sentinel General Practice Network from a paper-based into a digital primary care monitoring system,* *J Public Health* (2016) 24:545-562.

## Nobel per la Pace a ICAN giusto riconoscimento del lavoro di anni

La FNOMCeO saluta l'attribuzione del Premio Nobel per la Pace 2017 ad ICAN, Organizzazione Internazionale per l'Abolizione delle Armi Nucleari, fondata nel 2007 dall'Internazionale Medici per la Prevenzione della Guerra Nucleare. All'interno di questa organizzazione opera anche la sezione italiana, fondata da membri del Comitato Scientifico Italiano "Medicina per la Pace" in occasione dell'organizzazione dell'Incontro Scientifico Internazionale per la Prevenzione della Guerra Nucleare che si tenne nel marzo 1983 a Roma nel pieno della Guerra Fredda e del riarmo nucleare in Europa. Proprio da medici italiani, e di questo siamo particolarmente orgogliosi, nell'aprile 2010, è stato avviato il decisivo percorso che, portando all'attenzione delle Nazioni Unite i fenomeni scientifici mondiali (Inverno Nucleare e Fame Nucleare) ha determinato all'ONU la Conferenza ed il Trattato per la Proibizione delle Armi Nucleari con il conseguente riconoscimento del Premio Nobel per la Pace 2017 ad ICAN.

## Sul sito ENPAM tutti i Fondi Europei per Medici e Dentisti

Gli iscritti ENPAM hanno ora a disposizione un servizio gratuito per conoscere le opportunità collegate ai bandi di finanziamento europei destinati a Medici e Dentisti. Collegandosi alla pagina [www.enpam.it/fondiUe](http://www.enpam.it/fondiUe) gli iscritti troveranno tutti gli avvisi regionali e nazionali che danno conto dei progetti finanziati attraverso i Fondi strutturali e di investimento pubblicati nelle ultime tre settimane, più quelli ancora in vigore. Sono inoltre a disposizione pubblicazioni monotematiche che approfondiscono contenuti e modalità di accesso previste dai principali programmi Ue (Erasmus Plus, Easi, Cosme, Horizon 2020, Interreg, Life). Il servizio, offerto in collaborazione con ADEPP, si avvale di contenuti realizzati da Coopéracion Bancaire pour l'Europe (CBE), società specializzata in informazione e consulenza sui temi e i programmi di finanziamento europei. Gli iscritti ENPAM possono accedere gratuitamente alla sezione inserendo semplicemente il loro username e la password.



**Carlo Gandolfo**  
Professore Ordinario di Neurologia  
Clinica Neurologica

## Epidemiologia dell'ictus giovanile e ruolo delle sostanze da abuso

L'ictus cerebrale è una patologia età correlata in cui l'incidenza (numero di nuovi casi all'anno) e la prevalenza (numero di casi affetti dalla malattia, in un dato momento storico, in una data popolazione) aumentano con l'aumentare dell'età. Si tratta, comunque, di una malattia tutt'altro che rara anche nel giovane (per convenzione si parla di ictus giovanile nei soggetti di età inferiore a 45 anni). Se noi consideriamo i soggetti da 0 a 44 anni (circa 32.000.000 in Italia) i dati epidemiologici disponibili danno un tasso atteso di incidenza annua pari a 14,4 per 100.000 soggetti, per cui dobbiamo aspettarci 4.600 nuovi ictus all'anno; nei soggetti fino a 54 anni (41.000.000 circa) l'incidenza attesa è del 23,7 per 100.000 per cui il numero aumenta a poco meno di 10.000. Questi dati indicano che abbiamo circa il doppio di nuovi casi di ictus giovanile rispetto, per esempio, ai nuovi casi di sclerosi multipla, nei soggetti di età inferiore a 45 anni, ed un numero di ictus all'incirca eguale rispetto ai casi di epilessia, nei soggetti della stessa fascia d'età.

L'abituale proporzione di 80/20 % tra forme ischemiche e forme emorragiche, tende nel giovane a modificarsi per un aumento relativo delle forme emorragiche che possono arrivare a rappresentare circa il 40% di tutti gli ictus. I dati di prevalenza fanno ritenere possibile che ci siano, attualmente, in Italia circa 20.000 soggetti giovani affetti dagli esiti di un pregresso ictus.<sup>[1]</sup>

### "Trend" epidemiologico

Se noi consideriamo i "trend" di evoluzione dell'incidenza di ictus possiamo rilevare che in tutte le

nazioni occidentali ad alto reddito la malattia tende a diminuire di frequenza. I dati del registro di popolazione dell'Aquila ci forniscono una conferma anche in Italia; l'incidenza in Italia si può calcolare che sia passata negli ultimi 15 anni da circa 200.000 nuovi casi all'anno a circa 150.000.

La prevalenza, invece, non tende a diminuire ma, anzi, ad aumentare per la miglior possibilità di sopravvivenza dei malati di ictus rispetto al passato e per l'evoluzione in senso di invecchiamento della popolazione generale. L'ictus giovanile, però, sembra avere un andamento epidemiologico differente nel senso che l'incidenza sembra in aumento. Lo studio epidemiologico sulla contea di Cincinnati nel Kentucky depone, infatti, per una netta diminuzione di incidenza di ictus nei soggetti di età superiore a 65 anni, in una sostanziale eguale incidenza tra 55 e 64 anni, in una tendenza all'aumento nei soggetti di età compresa tra 20 e 54 anni ed ancor più netta nei soggetti tra 20 e 44 anni.<sup>[2]</sup> L'incidenza risulta essere passata da 12 nel 1993/94 a 26 per 100.000 per anno nel 2005, nei soggetti di età compresa tra 20 e 44 anni, da 76 a 96, nei soggetti di età compresa tra 45 e 54 anni. A questi dati fanno invece riscontro significative diminuzioni di incidenza nei soggetti più anziani (vedi tabella n.1).

Un andamento del tutto simile dell'incidenza di ictus è stato osservato in Danimarca, nell'ambito del Registro Nazionale dell'Ictus.<sup>[3]</sup>

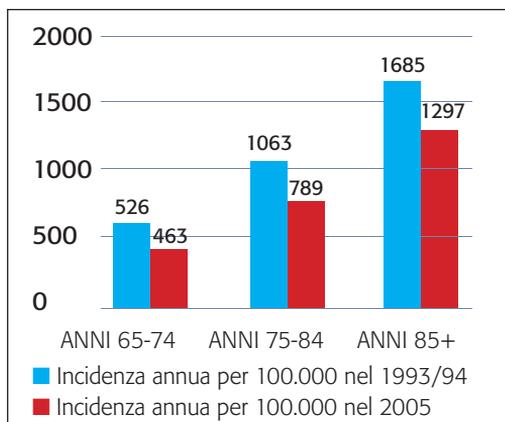
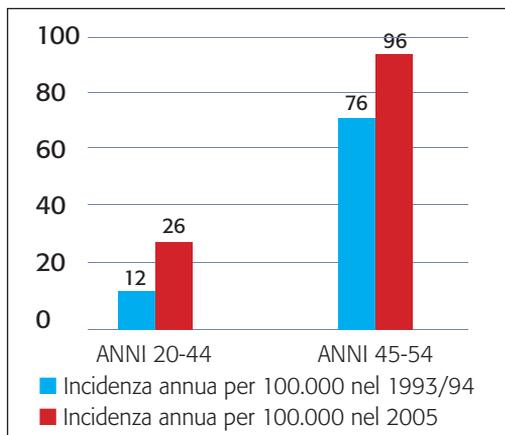
Questo sensibile aumento nelle fasce più giovani dell'età, nei soggetti bianchi, è stato attribuito in gran parte alla maggior diffusione nelle classi giovanili dell'uso voluttuario di sostanze da abuso, di cui è nota la capacità di determinare l'insorgenza di ictus o di aumentarne il rischio.<sup>[2; 4]</sup>

Ovviamente, l'insorgenza di ictus in età giovanile si associa ad un tasso aumentato di mortalità rispetto ai coetanei e, soprattutto, ad un aumento di disabilità permanente, tanto più grave in considerazione della lunga aspettativa di vita dei sopravvissuti.<sup>[5]</sup>

## Sostanze da abuso e rischio di ictus

**Alcool etilico.** L'abuso etilico, molto frequente nei soggetti giovani, è considerato un fattore di rischio per ictus sia ischemico che emorragico; agirebbe sia come fattore di rischio classico, aumentando di 3-4 volte la probabilità di incorrere in un episodio di patologia cerebrovascolare, sia come fattore precipitante, che determina l'insorgenza dell'evento acuto, in occasione di una forte "bevuta" ("binge drinking").<sup>[6-8]</sup>

Il rischio aumenta proporzionalmente alla quantità di alcool assunta; i "forti" bevitori (oltre 3 dosi standard di alcool al giorno) hanno un rischio aumentato, sia di infarto cerebrale, sia di emorragia cerebrale. I "modici" bevitori (2 o meno dosi standard al giorno) hanno un rischio invariato, forse



*Incidenza di ictus in rapporto all'età, nella regione Greater Cincinnati / Northern Kentucky, nei soggetti bianchi*

leggermente ridotto per l'ictus ischemico.<sup>[9]</sup>

**Fumo di sigarette.** Il fumo è conosciuto da decenni come un potente fattore di rischio per ictus ischemico, agendo, in particolare, come fattore favorente l'insorgenza di aterosclerosi precoce, sia cerebrale, sia cardiaca, sia renale, sia agli arti inferiori, negli uomini come nelle donne. Aumentando il rischio di cardiopatia ischemica, fattore predisponente per fibrillazione atriale, è anche un fattore di rischio per ictus ischemico cardioembolico. Meno chiaro è il rapporto tra fumo ed emorragia cerebrale parenchimale, mentre è sicura la relazione tra fumo ed emorragia sub-aracnoidea, in particolare nelle donne. Il rischio di ictus è correlato linearmente con il numero di sigarette fumate al giorno. L'aumento di rischio è del 40% circa nei modici fumatori (<10 sigarette al giorno) e dell'80% circa nei forti fumatori (>20 sigarette al giorno). L'aumento di rischio è maggiore nei giovani, essendo di circa 3 volte nei soggetti di età inferiore a 55 anni, mentre di solo circa 1,5 volte nei soggetti più anziani.<sup>[10-11]</sup>

Anche l'abitudine a masticare tabacco (diffusa nel Sud-Est asiatico e, in particolare, in India e nel Bangladesh) aumenta il rischio di ictus ischemico, in particolare nei giovani. Questo elemento sottolinea l'importante ruolo della Nicotina, assunta sia per via inalatoria che per via masticatoria, nell'aumentare il rischio di patologia vascolare.<sup>[12]</sup>

**Cannabis.** Molti lavori scientifici comprovano, poi, la relazione tra ictus ischemico e l'uso di cannabis. Sono segnalati numerosi casi di ictus ischemico, con una stretta relazione temporale tra esposizione alla cannabis ed insorgenza dell'ictus; in alcuni casi sono segnalate recidive di ictus, dopo un primo episodio legato alla cannabis, in occasione di una nuova esposizione alla sostanza.

In circa metà dei casi segnalati, peraltro, non si può escludere del tutto il ruolo di cofattori favorevoli come il fumo di tabacco e dell'alcool.<sup>[13-14]</sup>

Non si può non sottolineare questo dato, nel momento in cui i derivati della cannabis sono proposti a

scopo terapeutico in diverse patologie, anche neurologiche,<sup>[15]</sup> e sono presenti in molti stati e nazioni forti spinte volte alla legalizzazione dell'uso di queste sostanze, quando ciò non sia già avvenuto.<sup>[15]</sup>

L'uso di derivati della cannabis è stato approvato, per esempio, nel trattamento della spasticità in casi di Sclerosi Multipla<sup>[16]</sup> ed uno studio randomizzato controllato è stato recentemente proposto anche nella spasticità post-ictus.<sup>[17]</sup>

**Cocaina.** L'uso di cocaina nelle ore precedenti l'insorgenza di un ictus nei soggetti giovani aumenta di 6,4 volte il rischio della malattia; tale aumento di rischio è maggiore (7,9) per il fumo della sostanza (crack) rispetto all'inalazione (3,5). L'aumento di rischio riguarda in particolare gli eventi emorragici ma non sono rare neppure le forme ischemiche. L'aumento brusco della pressione arteriosa causerebbe rottura di malformazioni vascolari preesistenti o determinerebbe vaso-spasmo e una trombophilia transitoria alla base delle forme ischemiche.<sup>[18]</sup>

**Metanfetamina.** Sono poi descritti molti casi di emorragia cerebrale conseguenti all'uso di metanfetamina o prodotti simili (Ecstasy, Anfetamina, etc.) verosimilmente legati al potente effetto vasopressorio di queste sostanze.<sup>[19-20]</sup>

**Oppiacei.** Sono segnalati numerosi casi di ictus, sia ischemico che emorragico associati all'uso di oppiacei (eroina, in particolare). La patologia ischemica può essere legata ad embolia cardio-

gena dovuta ad endocardite settica (frequente negli eroinomani che usano la via endovenosa); gli emboli settici possono poi erodere vasi intracranici dando anche emorragie cerebrali.

Un'evenienza rara è, poi, l'utilizzo di somministrazione mediante la via arteriosa, per puntura diretta della carotide al collo, con possibile insorgenza di arterite e conseguente ictus ischemico.<sup>[21]</sup>

### Utilizzo cronico di sostanze da abuso e danni cerebrali

Oltre agli effetti deleteri di queste sostanze sull'insorgenza di ictus, di non minore importanza sono le alterazioni cerebrali generali legate al loro cronico abuso. Sono ben noti gli effetti neurotossici dell'alcool e l'enorme diffusione dell'abuso etilico. Per rimanere ai giovani, si calcola che oltre il 25% di essi siano forti bevitori; nei giovani forti bevitori sono scientificamente dimostrate alterazioni importanti delle funzioni cognitive, con ridotta performance a test di attenzione, memoria, memoria di lavoro, memoria spaziale, funzioni esecutive, oltre ad un rendimento scolastico nettamente inferiore rispetto ai non bevitori.<sup>[22]</sup>

Analoghi dati sono largamente disponibili sui soggetti utilizzatori cronici di cannabis.<sup>[23]</sup>

Ben noti da molti decenni i deleteri effetti psicocognitivi dell'uso cronico di oppiacei, con alta frequenza di "overdose", con possibili effetti letali, gravi problemi d'astinenza, dovuti alla forte di-

*Mortalità acuta ed a lungo termine nell'ictus giovanile in Olanda (età <50 anni)*

TIPO DI EVENTO	N.	Mortalità %					RR tra mortalità attesa ed osservata (IC al 95%)
		30 giorni	1 anno	5 anni	10 anni	20 anni	
ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO	262	0,4	1,2	2,5	9,2	24,9	2,6 (1,8 - 3,7)
ICTUS ISCHEMICO	606	3,6	2,4	5,8	12,4	26,8	3,9 (3,2 - 4,7)
ICTUS EMORRAGICO	91	22,0	2,9	6,1	10,3	13,7	3,9 (1,9 - 7,2)
TOTALE	959						

pendenza, alla base di comportamenti criminali, marcato aumento di patologie psichiatriche di tipo psicotico e, infine, problemi psico-sociali per disturbi di apprendimento, attenzione, memoria, tono dell'umore, astenia, abulia, apatia, demenza.<sup>[24-25]</sup>

## BIBLIOGRAFIA

1. Gandolfo C et al. *Linee guida ISO-SPREAD, Capitolo 4 - Epidemiologia*, [www.iso-spread.it](http://www.iso-spread.it) 2017.
2. Kissela BM, et al. *Age at stroke. Temporal trends in stroke incidence in a large, biracial population. Neurology* 2012;79:1781-1787.
3. Tibæk M, et al. *Increasing Incidence of Hospitalization for Stroke and Transient Ischemic Attack in Young Adults: A Registry-Based Study. J Am Heart Assoc.* 2016;5:1-8.
4. Sloan MA, et al. *Illicit drug associated ischemic stroke in the Baltimore-Washington Young Stroke Study. Neurology* 1998;50:1688-1693.
5. Rutten-Jacobs LCA et al. *Long-term mortality after stroke among adults aged 18 to 50 years. JAMA* 2013;309:1136-1144.
6. Hillbom, M et al. *Recent alcohol consumption, cigarette smoking, and cerebral infarction in young adults. Stroke* 1995; 26:40-45.
7. O'Donnell MJ, et al. *Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. Lancet* 2010;376:112-123.
8. Piano MR, et al. *Cardiovascular Consequences of Binge Drinking: An Integrative Review with Implications for Advocacy, Policy, and Research. Alcohol Clin Exp Res.* 2017;41:487-496.
9. Klatsky AL et al. *Alcohol and stroke. BMC Med.* 2016;14:193-200.
10. Jaffe A, et al. *Tobacco Use and Cryptogenic Stroke in Young Adults. J stroke cerebrovasc dis* 2015;24:2694-2700.
11. Shinton R, Beevers G. *Meta-analysis of relation between cigarette smoking and stroke. BMJ.* 1989;298:789-94.
12. Jena SS, et al. *Smokeless Tobacco and Stroke - A Clinico-epidemiological Follow-up Study in A Tertiary Care Hospital. J Clin Diagn Res* 2016;10:40-43.
13. Hackam DG, et al. *Cannabis and Stroke. Stroke* 2015;46:852-856.
14. Rumalla K et al. *Recreational marijuana use and*

*acute ischemic stroke: A population-based analysis of hospitalized patients in the United States. J Neurol Sci* 2016;364:191-196.

15. Piano MR. *Cannabis Smoking and Cardiovascular Health: It's Complicated. Clin Pharmacol Ther.* 2017 May 26. doi: 10.1002/cpt.721.
16. Marinelli L, et al. *The effect of cannabinoids on the stretch reflex in multiple sclerosis spasticity. Internat Clin Psychopharm* 2016;31:232-239.
17. Marinelli L, et al. *A randomized controlled crossover double blind study protocol on THC/CBD oromucosal spray as an add-on therapy for post-stroke spasticity. Submitted to BMJ Open, 2017.*
18. Cheng YC et al. *Cocaine Use and Risk of Stroke in Young Adults. Stroke* 2016;47:918-922.
19. Büttner A. *Neuropathological alterations in cocaine abuse. Curr Med Chem.* 2012;19:5597-600.
20. Kahn DE, et al. *Primary intracranial hemorrhage associated with "molly", a purified form of methamphetamine (MDMA). J Neurol Sci* 2012;323:257-260.
21. Kumar N. *Intraparenchymal hemorrhage after heroin use. Am J Emerg Med* 2015;33:1109.
22. Squeglia LM, et al. *The effect of alcohol use on human adolescent brain structures and systems. Handb Clin Neur* 2014;125:501-510.
23. Broyd SJ, et al. *Acute and Chronic Effects of Cannabinoids on Human Cognition—A Systematic Review. Biological Psychiatry* 2016; 79: 557-567.
24. *American Psychiatric Association, DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Milano, Cortina Editore, 2014.*
25. Merrill JO, Duncan MH. *Addiction Disorders. Med Clin N Am* 2014;98:1097-1122.

## Certificati d'iscrizione

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



**Giovanni Semprini**  
Comitato Scientifico AIC Liguria

## Focus sulla celiachia e dieta senza glutine

Il 3 novembre scorso, si è tenuto a Genova il 6° Convegno Nazionale AIC, dal titolo *“Nutrizione come terapia della Celiachia e della Dermatite erpetiforme”* a cui hanno partecipato i migliori esperti italiani. È stata un'importante occasione per fare il punto sulla malattia e sui principali filoni di ricerca. Di seguito una sintesi degli interventi.

### **Prof. Gabriele Riccardi - Aspetti dismetabolici della dieta senza glutine**

Il glutine, dannoso per i celiaci, non lo è per tutto il resto della popolazione, anzi una dieta senza glutine, non adeguatamente bilanciata, può creare uno squilibrio dietetico con eccesso di calorie, zuccheri semplici, proteine e grassi, con difetto di fibre, vitamine, minerali e oligoelementi. Diversi studi dimostrano che il glutine, riduce l'indice glicemico di alimenti ricchi in carboidrati creando una maglia avvolgente i granuli di amido e riducendone, quindi, l'assorbimento.

Da ciò si deduce la dannosità delle diete aglutinate nella popolazione normale e la necessità di adeguate modifiche nei cibi senza glutine per migliorare non solo la palatabilità, ma le caratteristiche organolettiche. Sia il riso che il mais e la patata, tradizionalmente usati come fonte alternativa, hanno un alto indice glicemico e carenze nutrizionali varie; cibi ricchi di fibre migliorano l'indice glicemico (in Italia l'utilizzo di farine integrali è solo del 5% contro il 50% della Danimarca), l'utilizzo di miglio, avena e pseudocereali come quinoa, teff, amaranto e grano saraceno, permettono sia di ridurre l'indice glicemico, che di fornire proteine e minerali essenziali. Da non dimenticare anche l'utilizzo della nostrana farina di castagne.

**Prof. Maria Elena Lionetti - Compliance monitoring e QoL (Quality of Life) della dieta senza glutine** - Nei celiaci l'aderenza alla dieta è,



a causa del suo pesante impatto psico-sociale, purtroppo scarsa; si ritiene, infatti, che un 30-40% dei celiaci non segua un dieta corretta (le femmine sono meglio dei maschi e gli adolescenti sono i peggiori), e ciò indipendentemente da come si è arrivati alla diagnosi, sia da malati che da sani (tramite screening). È importante sapere che il problema delle contaminazioni deve essere ridimensionato: la quantità di glutine necessaria per riattivare la malattia deve essere superiore ai 50 mg, quindi almeno un pezzo di pane o un maccherone; il glutine che può essere presente in qualche briciola, inavvertitamente ingerita, è sicuramente inferiore ai 20 mg che, si è visto, costituisce la soglia sotto la quale non si riattiva la malattia. I prodotti che riportano sulla confezione la Spiga Barrata sono altamente sicuri.

Importante e di facile esecuzione è il test per l'adesione alla dieta (tipo questionario di Pavia) la cui esecuzione impiega meno di un minuto e che si è rivelato efficace per riconoscere una cattiva adesione. Dal punto di vista laboratoristico non abbiamo *markers* efficaci per monitorarne l'adesione. Attualmente, non potendo, ovviamente, eseguire il *gold standard* che è la biopsia, si utilizzano le tTG, nonostante siano un test poco sensibile (sensibilità del 40-60%). È importante sapere che il tempo di *restitutio ad integrum*, anche con una dieta ben condotta, è variabile, infatti i tradizionali 6 mesi sono sufficienti solo nel 70% dei pazienti, un 10% ci mette 2 anni, altri anche 4 anni. Sono allo studio nuovi biomarcatori per valutare il grado di attività della malattia a livello della mucosa intestinale in corso di dieta: la proteina intestinale legante gli acidi grassi (I-FABP), gli alchilresorcinoli plasmatici e i (GIP) peptidi immunogeni del glutine urinari.

**Prof. Carmen Gianfrani - Nuove tecnologie alimentari senza glutine** - La possibilità di sviluppare nuove tecnologie è condizionata dalla complessità del glutine; nei nostri cereali ci sono più di 100 proteine diverse, gliadine e glutenine, ricche di prolina e glutamina che le rendono molto

resistenti alla digestione dei succhi gastrici. Se non si ottiene la digestione completa residuano frammenti tossici, in particolare si è visto in vitro che un frammento di 33 aminoacidi da solo riesce ad attivare i T linfociti isolati dell'intestino del celiaco. Infine, si è riscontrato che queste sequenze, oltre a non essere facilmente digeribili, sono suscettibili alla modifica strutturale della TG (transglutaminasi) potenziandone la tossicità. Questa conoscenza ha portato a sviluppare una nuova tecnologia che, utilizzando una TG microbica e un a.a. modificato (lisina metilata), blocca la capacità del glutine di stimolare la reazione infiammatoria del celiaco. Sono già in corso studi clinici su volontari. Anche vecchie metodiche come l'utilizzo di lievito madre con fermentazione naturale per 24 h, portano a predigerire il glutine fino a 12 ppm (parti per milione) quindi sotto le capacità tossiche (20 ppm). Da tenere presente, però, che tale digestione porta alla perdita di caratteristiche di plasticità dell'impasto. Altro interessante fronte è la prevenzione nei soggetti a rischio per predisposizione genetica. L'utilizzo di grani antichi come il monococco, *triticum monococcum*, noto come "piccolo farro" (che contiene glutine più digeribile con minori sequenze tossiche e presenza di sequenze protettive, con ottime caratteristiche organolettiche e buone proprietà viscoelastiche, dato il pur minore quantitativo di glutine) non è previsto per i celiaci, ma per i soggetti a rischio per prevenirne l'insorgenza.

**Prof. Susanna Neuhold - Studio AIC (Associazione Italiana Celiachia) su qualità cibi senza glutine** - Si è effettuata l'analisi su più di 235 prodotti *gluten free* e 349 alimenti convenzionali, per ciascun alimento si è effettuata l'analisi comparativa in nutrienti. I prodotti senza glutine si sono rivelati leggermente meno proteici e non sono più ipercalorici e ricchi di grassi come molti ritengono ancora oggi. In pratica le piccole differenze con i prodotti convenzionali non sempre sono a discapito dei prodotti senza glutine e si possono ben compensare utilizzando una dieta varia comprendente gli alimenti naturalmente privi di glutine.

**Prof. Michele Sallesse - Sensibilità al glutine non celiaca (NCGS)** - Il NCGS (non-coeliac gluten sensitivity) è un disturbo attualmente di difficile diagnosi (in pratica oltre all'esclusione delle altre patologie glutine indotte, necessita di un controllo *crossover* in cieco con glutine dopo dieta esclusiva). Si ipotizza l'utilizzo di microRNA (miRNA) come biomarcatori della patologia. Attualmente si sono identificati 9 miRNA differenzialmente espressi nei pazienti NCGS rispetto ai controlli, in particolare un profilo di espressione rappresentato da 6 è caratterizzante rispetto ai controlli celiaci e non celiaci. Ovviamente siamo ancora in fase di ricerca.

**Prof. Riccardo Troncone - La risposta immune innata nella celiachia** - In maniera molto elegante viene dimostrato che, oltre alla risposta adattativa data dall'attivazione dei CD4, per avere un danno tissutale è necessaria la piena espressione dei meccanismi dell'immunità innata. In particolare il peptide dell'A-gliadina P31-43 è in grado di attivare la risposta innata; si ipotizza che insieme ad infezioni virali (Rotavirus e Reovirus) possa innescare la patologia autoimmune alla base della malattia.

**Prof. Andrea Masotti - Profili MicroRNA come potenziali Biomarcatori per la diagnosi di celiachia e monitoraggio dieta aglutinata**

I dati preliminari di questo studio dimostrano che i profili di espressione dei miRNA nei pazienti celiaci sono significativamente diversi rispetto ai controlli e ai celiaci a dieta priva di glutine.

Se i dati saranno confermati si potranno utilizzare sia come biomarcatori diagnostici, che prognostici, che come indici di danno tissutale.

**Prof. Lucia Sacchetti - Microbioma intestinale nella patogenesi della celiachia nell'adulto**

Si è visto un aumento del batterio "*neisseria flavescens*" con proprietà infiammatorie. Ancora non è chiaro se la Disbiosi precede (causa) o segue (conseguenza) le alterazioni intestinali. In ogni caso viene riscontrata una linea di continuità tra microbioma orofaringeo o duodenale e, se confermato, questo dato potrà essere utile sia per supportare la diagnosi che per il monitoraggio della *gluten free diet*.

## Riscatti e Ricongiunzioni, attenzione quest'anno il 31 dicembre è domenica

La seconda rata semestrale dei riscatti scade il 31 dicembre 2017, che quest'anno è domenica. Poiché sabato le banche sono chiuse, è consigliabile fare il versamento entro il giorno 29. I ritardatari rischiano infatti di avere problemi con le deduzioni fiscali. Entro fine dicembre vanno fatti anche i versamenti aggiuntivi se si vuole beneficiare di deduzioni fiscali nella prossima dichiarazione dei redditi.

**Rate in scadenza** - Chi non dovesse ricevere il bollettino Mav entro il 20 dicembre potrà scaricare un duplicato dall'area riservata del sito internet dell'ENPAM. In alternativa si può richiedere la copia del Mav telefonando al numero verde della Banca popolare di Sondrio 800 24 84 64.

**Acconti** - Chi ha fatto domanda di riscatto all'ENPAM ma non ha ancora ricevuto la proposta può comunque usufruire del beneficio della deducibilità fiscale versando un acconto entro la fine di dicembre. **Tuttavia, per facilitare la gestione della pratica, è consigliabile fare il pagamento alcuni giorni prima (preferibilmente entro il 15 dicembre).** Chi non ha ancora presentato domanda di riscatto e vuole pagare un acconto per beneficiare degli sgravi fiscali, può farlo ma deve preliminarmente richiedere il riscatto online oppure scaricare il modulo disponibile nella sezione 'Modulistica' del sito della Fondazione. **Versamento aggiuntivo** - Chi sta già pagando un riscatto può fare un versamento aggiuntivo, oltre la rata ordinaria di dicembre, nei limiti del debito residuo, entro la fine di dicembre.

È consigliabile comunque fare il pagamento alcuni giorni prima (preferibilmente entro il 15 dicembre).

**Come pagare** - Il bonifico va fatto sul conto corrente intestato a Fondazione ENPAM presso la Banca Popolare di Sondrio, Agenzia 11 di Roma, Codice Iban: IT06 K 05696 03200

000017500X50 (il conto è da utilizzare solo per i riscatti). Nella causale di versamento è necessario indicare cognome e nome dell'iscritto, codice ENPAM, tipo di riscatto, Fondo sul quale è stato richiesto il riscatto. Esempio di causale: 'Mario Rossi - 123456789A - Riscatto di laurea - Fondo Medici di Medicina Generale. Tutte le informazioni sono su: <https://www.enpam.it/comefareper/aumentare-la-pensione/riscatti>

**Attenzione** - La copia della ricevuta del pagamento dovrà essere inviata a [contabilita.riscattiricongiunzioni@enpam.it](mailto:contabilita.riscattiricongiunzioni@enpam.it) È anche possibile, per chi ha utilizzato una banca online, inviare copia del messaggio di conferma del bonifico.



### QUOTA A - I nuovi importi

Per il 2018 i contributi di Quota A verranno modificati unicamente in base all'indice dell'inflazione stimata dall'Istat, con un incremento quindi inferiore all'1 per cento. Il pagamento della Quota A, oltre a finanziare gli interventi di solidarietà a favore dei Colleghi in stato di necessità, permette di godere sia dei benefici previdenziali, come la pensione di inabilità e quella ai superstiti, sia di quelli assistenziali come le prestazioni concesse in situazioni di emergenza, i sussidi a sostegno della genitorialità, o la possibilità di accedere al mutuo per l'acquisto della prima casa.

<b>Universitari</b>	<b>€ 110,55</b>
<b>Fino a 30 anni</b>	<b>€ 221,09</b>
<b>Fino a 35 anni</b>	<b>€ 429,16</b>
<b>Fino a 40 anni</b>	<b>€ 805,35</b>
<b>Oltre i 40 anni</b>	<b>€ 1.487,33</b>

## Calendario CORSI FAD della FNOMCeO (www.fadinmed.it)

Corso	Crediti	Scadenza
 <b>Salute globale ed equità</b>	10	<u>Da definire</u>
 <b>Le vaccinazioni: efficacia, sicurezza e comunicazione</b>	12	<u>31 dicembre 2017</u>
 <b>Comunicazione e performance professionale: metodi e strumenti - I Modulo: elementi teorici della comunicazione</b>	12	<u>31 dicembre 2017</u>
 <b>Allergie e intolleranze alimentari</b>	10	<u>31 dicembre 2017</u>
 <b>L'infezione da virus Zika</b>	10	<u>31 dicembre 2017</u>
 <b>Comunicazione e performance professionale: metodi e strumenti - Il modulo - La comunicazione medico-paziente e tra operatori sanitari</b>	12	<u>31 dicembre 2017</u>
 <b>Lettura critica dell'articolo medico scientifico</b>	5	<u>31 dicembre 2017</u>
 <b>Tutto quello che c'è da sapere sulle meningiti batteriche</b>	8	<u>15 maggio 2018</u>
 <b>Codice Deontologico</b>	12	<u>15 giugno 2018</u>
 <b>Programma Nazionale Esiti: come interpretare e usare i dati</b>	12	<u>1° luglio 2018</u>
 <b>Lo strumento EBSCO: un sistema di supporto decisionale EBM nella pratica clinica quotidiana</b>	2	<u>29 ottobre 2018</u>

### **CUORE E NON SOLO**

**Data:** Sabato 27 Gennaio 2018

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

**Destinatari:** Farmacista, Infermiere, Medico Chirurgo, Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare

**ECM:** 4,9

**Per info:** Aristeia tel. 010 553591  
montorsi@aristeia.com

### **XVIII EDIZIONE DEL CONGRESSO "NONSOLOCUORE YOUNG"**

**Data:** 28 gennaio 2018

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

**Destinatari:** Medici Chirurghi

**ECM:** richiesti

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

### **XXI CONGRESSO NAZIONALE SIDEP**

**Le stagioni della vita. Riflessioni sulla cute e il tempo**

**Data:** 9-10 febbraio 2018

**Luogo:** Hotel NH Marina, Genova

**Destinatari:** Medici Chirurghi

**ECM:** richiesti

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



**Libreria Internazionale Medico Scientifica "Frasconi"**

info@libreriafrasconigenova.it www.libreriafrasconigenova.it  
 Corso Aldo Gastaldi 193 R, Genova - Telefono 010 522 0147

**MKSAP 17 - euro 330.00 per i lettori di "G. M." euro 315.00**

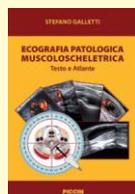


L'opera editoriale MKSAP 17 - *Medical Knowledge Self-Assessment Program* - rappresenta **un sistema di aggiornamento collaudato e molto efficace**, prodotto e utilizzato da quasi mezzo secolo dall'*American College of Physicians* come risorsa gold-standard nel campo della formazione in Medicina Interna. **MKSAP 17** è composta da 11 volumi, ciascuno dedicato a una specialità internistica e consente un aggiornamento veloce e incisivo, per tutti i Medici. **Ognuno**

**degli 11 volumi permette di acquisire i crediti formativi ECM, secondo le modalità previste dal Ministero della Salute.** I contenuti di MKSAP 17 forniscono le informazioni essenziali e più aggiornate relative a 11 specialità di medicina interna, redatte da decine di esperti internisti e specialisti, e sono integrati da circa 1.200 domande a scelta multipla.

**ATLANTE DI ECOGRAFIA PATOLOGICA MUSCOLOSCHIELETRICA** di S. Galletti

**euro 275.00 per i lettori di "G. M." euro 235.00**



Piccin Editore

Importante testo-atlante che prosegue il progetto didattico del primo volume *Atlante di Anatomia Ecografica e Biomeccanica Muscoloscheletrica*.

**LA MODERNA ALIMENTAZIONE MEDITERRANEA** di A. Zangara

**euro 17,50 per i lettori di "G. M." euro 15,50**



Il testo, ricco di riferimenti clinici e fisio-patologici, promuove un'alimentazione semplice, completa, equilibrata e gradevole, basata sull'attualizzazione dell'alimentazione mediterranea tradizionale.

**MANUALE DI MEDICINA GENERALE**

di F. Frusone - G. Puliani - EDises Editore

**euro 115.00 per i lettori di "G. M." euro 98.00**



Rivolto ai candidati alle selezioni del Concorso Nazionale per le Scuole di Specializzazione e del Corso di Formazione in Medicina Generale, è un sintetico compendio di tutte le discipline caratterizzanti il Corso di Laurea.

**PRONTUARIO FARMACEUTICO 2018**

Edizione Minerva Medica

**euro 23.00 per i lettori di "G. M." euro 21.00**



Il volume riporta, per i farmaci più venduti in Italia, le indicazioni terapeutiche, la posologia, le controindicazioni, l'utilizzo durante la gravidanza e l'allattamento, la descrizione delle confezioni, la classe farmacoterapeutica ed il prezzo.

**IGIENE E SANITÀ PUBBLICA**

**Secrets - Domande e risposte 2017**

di L. Fabiani, L. Mantovani - SEU Editore

**euro 42,00 per i lettori di "G. M." euro 37,00**



Novità di questo volume è la circoscrizione ai soli argomenti inclusi nei programmi dei corsi di Igiene. Per studenti del Corso di laurea in Medicina e Chirurgia, che per le professioni sanitarie.

**CONCORSO NAZIONALE SSM**

**Manuale teorico** - Edra Edizioni

**euro 119.00 per i lettori di "G. M." euro 100.00**



Questo volume - diviso in due tomi - contiene le informazioni necessarie per prepararsi al meglio a sostenere il Concorso Nazionale per l'ammissione alle Scuole di Specializzazione in Medicina.



**Silvano Fiorato**  
Commissione Culturale  
OMCeOGE

## August Strindberg: Medico mancato, grande drammaturgo, persona infelice

**Portò in scena e nelle pagine dei suoi libri  
il travaglio continuo della sua esistenza**

**A**rte e malattia: più volte abbiamo trattato su queste pagine il loro rapporto; ma ogni volta abbiamo visto una diversità di approccio, con reazioni talora opposte, come ad esempio confrontando Van Gogh e Matisse. Oggi rivolgiamo la nostra attenzione sulla vita di un celebre drammaturgo: August Strindberg. Molti di noi ricordano di aver visto a teatro "La signorina Giulia", per citare una delle sue opere più note; ma per inquadrarla sarà utile immaginare come possa essere maturata nelle vicende della vita del suo autore. Strindberg era nato nel 1849 a Stoccolma, in una famiglia non certo ideale: un padre libertino che aveva sedotto la madre, appena adolescente, piccola serva in una locanda, costretta a dodici gravidanze successive prima di una morte prematura. Così il piccolo August cresce in triste solitudine, con una matrigna crudele, in una vita che lui stesso definirà "infernale".

Forse per questo o per un fattore genetico gli compare una "debolezza di nervi" (diagnosi dell'epoca) curata con bagni freddi; una cura che, pensando al clima scandinavo, ci fa rabbrivire.

Poco prima dei vent'anni, ancora incerto sul suo futuro, Strindberg si iscrive alla Facoltà di Medicina all'Università di Upsala, ma con poca convinzione: preferisce suonare una cornetta o fare l'attore in qualche piccolo teatro; finché un medico che lo seguiva, e cercava di aiutarlo negli studi universitari, lo prese in casa sua come precettore dei figli. Proprio in quel periodo Strindberg cominciò a scrivere quel che gli passava tumultuosamente nella testa, fino a pubblicare un romanzo "La camera rossa", accolto



dalla critica come scandaloso. Quasi contemporaneamente spunta nella sua mente un singolare interesse per la chimica che lo accompagnerà per un lungo periodo della vita: il tentativo di fabbricare la mitica "pietra filosofale", trasformando lo zolfo in oro, sotto la guida di potenze occulte; non ottenne altro che bruciarsi le braccia mettendo sul fuoco i suoi intrugli. Per consolarsi cercò rimedio nell'assenzio, allora di moda; ma gli servì solamente a peggiorare la situazione con manie persecutorie. Ricoverato in ospedale gli vennero diagnosticate diverse malattie: oltre alla nevralgia e alla paranoia, anche l'angina pectoris e l'enfisema polmonare. Una fortuna, lui aveva commentato, perché gli bastava per non andare in manicomio.

Forse per questo un po' si rasserenò, ed anche perché legge con molto interesse le opere del mistico svedese Swendeborg; i suoi scritti gli fanno abbandonare l'ateismo per avvicinarlo ad una visione cristiana della vita. Strindberg è ormai sulla cinquantina quando, abbandonate le suggestioni della pietra filosofale, entra in un periodo più tranquillo; scrive un libro, "Verso Damasco", dove racconta la vita di un medico che ricalca i suoi anni giovanili; e produce i suoi migliori lavori teatrali, tra i quali "La signorina Giulia". Fanno seguito una serie di drammi e due romanzi: "Mare aperto", il cui protagonista rispecchia le alterazioni psichiche dell'autore, e "Bandiere nere", dove il personaggio è un medico, che vive in una società corrotta e deprecabile, e che ostenta un suo irriducibile antifemminismo. Peraltro, questo sentimento, sia pure in forme più larvate, sembra fosse condiviso dal suo autore; ma analizzando l'influsso che aveva subito la sua psiche nell'età infan-

tile questo aspetto della sua personalità potrebbe rispecchiare un profondo bisogno di affetto, soprattutto da parte del sesso femminile. E' un'esigenza che emerge in un suo libro, ancora a sfondo autobiografico, che ha un titolo significativo: "Il figlio della serva". E' probabile che questa carenza affettiva abbia contribuito alla sua paranoia e alla folle ricerca dell'oro ottenuto bruciando lo zolfo. E chissà che anche la sua scelta iniziale di fare il medico, poi abbandonata e forse tardivamente rimpianta, come evocata nei personaggi dei suoi romanzi, non rientri anche in un bisogno di dare e ricevere affetto; magari senza neanche essere capace di riconoscerlo, come potrebbe essergli accaduto nei rapporti con la sua terza moglie, che lo accudiva con grande affetto; ma lui un giorno si era tanto arrabbiato per qualche futile motivo da inseguirla minacciandola con un pestello, per poi chiederle scusa. Passando

gli anni questi atteggiamenti purtroppo si ripetono con maggiore frequenza. Dopo il 1905 Strindberg ha una intensificazione delle precordialgie ed anche un peggioramento del suo stato mentale con crisi di angoscia; successivamente compaiono episodi di annebbiamento mentale, sempre più frequenti, fino ad arrivare ad un totale spegnimento intellettuale nel 1912, ultimo anno della sua vita; aveva sessantatré anni quando si spense d'improvviso. Solo dopo questa drammatica conclusione vennero tirate le fila della sua penosa esistenza e cominciarono i riconoscimenti della sua opera; venne anche definito da alcuni studiosi "il più grande disgraziato del secolo"; ma in compenso guardando ciò che ci ha lasciato, August Strindberg potrebbe sentire qualche consolazione per l'apprezzamento generale dei suoi drammi teatrali che riescono a farci pervadere dai contrasti della sua anima.

## Cento...ottanta

### *Psichiatria tra storia e memoria di un ottuagenario (1956 -2015)*

Seconda edizione arricchita con i contributi originali di psichiatri protagonisti: *Carmelo Conforto, Luigi Ferrannini, Emilio Maura, Bruno Orsini, Paolo Francesco Peloso, Pasquale Pisseri, Marco Vaggi, Francesco Bollorino*

L'autore ci accompagna nel passaggio dalla segregazione manicomiale all'odierna organizzazione della Psichiatria con tratto garbato e profonda onestà intellettuale. Arata, pur essendo stato fra i protagonisti del passaggio dall'ospedale psichiatrico all'assistenza territoriale, evita accuratamente trionfalismi narcisistici. L'au-



tore è ben consapevole che la soluzione totale non è nel cervello, nè nel conflitto "vero", nè nella società cattiva; quello che ci deve impegnare è lo studio umile e attento di quello che ci può aiutare a combattere le profonde sofferenze di chi è affetto da disturbo psichiatrico. È, comunque, naturale che non si poteva prescindere dal restituire ai nostri pazienti la libertà, e questo mi pare il messaggio fondamentale del libro di Arata.

*(Dalla presentazione del Prof. Filippo Bogetto).*

**CENTO...OTTANTA**

Andrea Arata - Edizioni Araba Fenice, Boves (CN)  
email: [libriarabafenice@libero.it](mailto:libriarabafenice@libero.it) - 19,00 euro

La FEDERSPEV Genovese ricorda **Maria Clemens Barberis** - La Presidenza del Coordinamento Regionale FEDERSPEV ha appreso della dolorosa perdita della Collega Maria Clemens Barberis, conosciutissima e stimata professionista, da sempre animata da forte spirito collegiale, professionale ed ordinistico. Anche in questi ultimi anni aveva speso molte energie a favore delle battaglie prevideoassistenziali, guidando la presidenza FEDERSPEV Genovese e partecipando alle sedute del Collegio Nazionale dei Revisori dei Conti. Personalità estroversa, socievole, generosa, ha disinteressatamente profuso le sue doti, le sue capacità e la sua esperienza a favore di tutti i Colleghi.

## Grande Partecipazione della Professione Odontoiatrica alle Elezioni Ordinistiche per il triennio 2018-2020

**S**i ringraziano tutti i Colleghi che si sono presentati alle urne a manifestare il loro voto; rispetto alla tornata del 2014 ben 50 votanti in più, nonostante alle scorse elezioni fossero presenti due liste contrapposte.

Ciò a dimostrazione di un forte segnale di compattezza e di unità della nostra categoria che ha aderito e partecipato ad un programma articolato ed esaustivo della Lista ufficialmente presentata al seggio elettorale. Gli Odontoiatri con le loro **300 presenze** hanno evidentemente premiato il lavoro della Commissione uscente ed hanno gratificato l'impegno di tutti i Componenti CAO e dell'Esecutivo dell'Ordine uscente nel quale ricordiamo essere presente anche il Presidente CAO.

Vale la pena sottolineare che l'Ordine dei Medici, come la Commissione Albo Odontoiatri inserita nel 1985 dalla Legge 409, hanno la sostanziale prerogativa di occuparsi di tre compiti fondamentali previsti dal Codice Deontologico: la tutela del cittadino-paziente, il decoro della professione e la dignità dell'atto medico-odontoiatrico.

Come già avvenuto nell'ultimo mandato, si ritiene quindi utile ribadire che è intenzione affrontare le numerose problematiche ordinistiche privilegiando un'attività preventiva, rispettando i compiti istituzionali senza travalicare in attività di non specifica competenza. Scopi principali saranno far mantenere il corretto approccio deontologico della Professione al fine di non destabilizzare il sano rapporto esistente tra paziente e professionista; la collaborazione con le Istituzioni preposte, anche alla luce delle recenti normative di legge per far rispettare l'esercizio della professione a norma di

legge e il rispetto dei corretti rapporti con tutte le componenti l'Odontoiatria: Università, Ospedali, Ambulatori ASL, Associazioni Culturali, Società Scientifiche, Associazioni di Categoria, fino al singolo Iscritto all'Albo. Un significativo risultato, quindi, per la Commissione Uscente che nella riunione elettiva ha riconfermato Presidente il **Dr. Massimo Gaggero**, Segretario il **Dr. Giuseppe Modugno** insieme ai componenti il **Dr. Giorgio Inglese Ganora**, il **Prof. Stefano Benedicenti** e la **Dr.ssa Maria Susie Cella**.

Anche per quanto riguarda il Consiglio dell'Ordine la Professione Odontoiatrica, che ha concretamente contribuito anche all'elezione dei Medici grazie ai suoi numerosi "Doppi Iscritti", ha ottenuto un altro importante risultato: la **Dr.ssa Monica Puttini** è risultata terza degli eletti ed è stata riconfermata alla guida della Tesoreria, mentre per il Collegio dei Revisori dei Conti il Collega **Dr. Uberto Poggio** è stato eletto Presidente del Collegio stesso.

### Ecco tutti i voti dei Dentisti eletti

*(l'elenco completo degli eletti a pag.6)*

#### Commissione Albo Odontoiatri

<b>Massimo Gaggero</b>	<b>245</b>
<b>Giuseppe Modugno</b>	<b>232</b>
<b>Giorgio Inglese Ganora</b>	<b>215</b>
<b>Stefano Benedicenti</b>	<b>211</b>
<b>Maria Susie Cella</b>	<b>203</b>

I primi due eletti entrano di diritto a far parte del Consiglio Direttivo, mentre gli altri tre membri della CAO sono stati cooptati nel Consiglio stesso.

Consiglio Direttivo: **Monica Puttini 963.**

Collegio Revisori dei Conti: **Uberto Poggio 1.162.**

**CORSO BRIDGE DI BASE ANDI GENOVA** - ANDI Genova organizza un Corso di Bridge di base, per tutti i Colleghi Dentisti, Medici e loro familiari, tenuto dal Sig. **Marco Repetto**, Docente di Bridge presso il C.U.P. (Centro Universitario Ponente). Per info ed iscrizioni e per stabilire un congruo numero di partecipanti e la cadenzialità delle lezioni contattare la Segreteria ANDI Genova tel. 010/581190.

## Numerosa partecipazione al Corso di Protesi Totale

Sabato 2 dicembre si è tenuto presso la sede Andi, in collaborazione con Glaxo partner Andi Media, l'interessante corso d'aggiornamento **“La Protesi Totale: dal modello master alla consegna della protesi”** relatore il **Dr. Luigi Gallo**, Consigliere ANDI Roma e Segretario ANDI Lazio e libero professionista in Roma che vanta, in tale campo, notevole esperienza essendo *post graduated* in protesi totale alla Tufts University di Boston sotto la direzione del **Prof. Gino Passamonti**. Il relatore con stile colloquiale ed efficace ha illustrato, avvalendosi di una ricca iconografia e con l'ausilio di modelli in gesso per una piccola esercitazione pratica, tutti i suggerimenti tecnici e pratici per poter confezionare al meglio una protesi totale secondo la sperimentata tecnica del Prof. Gino Passamonti arricchita dalla sua esperienza personale. Vi è stato anche un intervento del **Dr. Cesare Gori Savellini** della Glaxo che ha fatto il punto sulla problematica disinfezione domiciliare della protesi, argomento non secondario ai fini del mantenimento in salute dei tessuti intraorali. Malgrado la



contemporaneità di altri eventi in città e l'assenza dei crediti ECM, abbiamo registrato il tutto esaurito

segno di un indubbio interesse dell'argomento trattato. Tutti i partecipanti hanno potuto apprendere, o anche rifamigliarizzare, con un tipo di protesi che erroneamente qualche volta relegiamo al passato, ma che alla luce della crisi economica e, soprattutto, della demografia della nostra Regione, che vede una grandissima percentuale di anziani, potrebbe rappresentare una valida alternativa per il futuro. **Si ringrazia il relatore Dr. Luigi Gallo e Glaxo, nelle persone del Dr. Cesare Gori Savellini e del Dr. Matteo Cortese, per il bel momento di aggiornamento offerto.**

## Grande successo Memorial Duillo/Mantovani - LEAD

Sabato 25 Novembre u.s. ha avuto luogo, presso l'Aula Magna di Scienze Mediche e Farmaceutiche dell'Università di Genova, Policlinico San Martino, l'ormai tradizionale **Memorial Duillo Mantovani**, anzi, per essere più precisi, il **XVI Memorial Duillo - III Memorial Mantovani - I Congresso LEAD** (Laser Excellence Academy for Dentistry) dal titolo **“Nuove frontiere in Odontoiatria: la tecnologia al servizio del Team”**. Il Memorial vuole ricordare due importanti figure dell'Odontoiatria ligure: il **Dr. Sergio Duillo**, Segretario Culturale, Provinciale e Regionale ANDI, per molti anni, oltre che Do-



cente di Endodonzia all'Università di Genova ed il **Dr. Paolo Mantovani**, per lungo tempo Segretario Sindacale Provinciale e Regionale ANDI, oltre che membro della CAO dell'Ordine dei Medici di Genova. Dopo i saluti iniziali del **Prof. Silvano Valente** per l'Università di Genova, della **Dr.ssa Laura Codegoni** per la LEAD, del **Dr. Kamran**

**Akhavan Sadeghi** per il Cenacolo e del **Dr. Alberto Materni** per la SIA, il **Dr. Giuseppe Modugno**, Presidente provinciale ANDI ed il **Prof. Stefano Benedicenti** dell'Università degli Studi di Genova, hanno aperto il Convegno.

L'evento, che ha avuto il patrocinio delle più importanti realtà sanitarie locali, voleva fare il punto sulle nuove tecnologie al servizio della nostra specialità e, per la parte sindacale, l'intento era portare a conoscenza dei partecipanti le ultime novità in tema di cure dentali in regime di sanità intermediata. Ha iniziato il **Dr. Alberto Rebaudi** con la relazione sulle nuove tecnologie in chirurgia orale, poi è stata la volta del **Dr. Gerardo Ghetti** che ci ha parlato della FAS e della RETE ANDI, una tematica dalla quale i giovani non

potranno prescindere, il **Dr. Francesco Maria Manconi** e la **Dr.ssa Denise Pontoriero** con la relazione sulle nuove tecnologie in Endodonzia, il **Dr. Luca Solimei** e la **Dr.ssa Michela Caserta** con la relazione sulle nuove tecnologie in Odontoiatria Conservativa, il **Dr. Marco Bonelli** e del **Sig. Claudio Pasquale** con l'Odontoiatria Laser assistita: dal microscopio operatorio al SEM per migliorare le prestazioni e, per finire, i **Dottori Beniamino D'Errico** e **Isabella Fini Storchi** con il nuovo approccio terapeutico mediante laser delle Roncopatie e delle Osas. Soddisfatti gli sponsor e gli oltre 200 partecipanti che hanno potuto familiarizzare con la ricaduta positiva delle nuove tecnologie nella nostra specialità.

### Iscrizioni ANDI Genova 2018 Quota invariata - Novità per under 35

**A**NDI, Sezione Provinciale di Genova, comunica che **sono aperte le iscrizioni per l'anno 2018. La quota è rimasta invariata dal 2002.** Oltre alle quote ordinarie intere e a quelle ridotte per gli under 32 (al 25%), vi è una novità importante per i giovani Colleghi: una **nuova tipologia di quota ridotta per i giovani dai 32 ai 35 anni, già Soci Under 32, al 50% della quota intera. Prevista la quota ridotta anche per i Colleghi Over 70 (al 25%).** Per le nuove iscrizioni e le re-

iscrizioni (ovvero per coloro non iscritti nel 2017), è necessario compilare la domanda di iscrizione presso la Segreteria ANDI Genova. E' anche possibile effettuare la domanda d'iscrizione online accedendo al sito [www.andi.it](http://www.andi.it) alla pagina *"Iscriviti ad ANDI"* compilando un form che corrisponde al modulo cartaceo.

Per info su quote e modalità di iscrizione:  
Segreteria ANDI Genova, Piazza della Vittoria 12/6, tel. 010/581190 email: [genova@andi.it](mailto:genova@andi.it)

## Calendario Culturale Congiunto Genovese - Gennaio 2018

### GENNAIO

**Venerdì 12 - Sabato 13 - e20:** *Corso teorico-pratico - La protesi totale nel terzo millennio: estetica, funzionalità, metodica.* Relatori: Riccardo Lagorio, Mario Schiavi (odontotecnico). Sede: Centro AFIOM e20 (Alta formazione in Odont. e Medicina) - Genova.  
**Venerdì 19 - Sabato 20 - e20:** *Corso di Implanto Protesi.* Relatori: Marco Salin, Mario Scilla. Sede: Centro AFIOM e20 (Alta formazione in Odont. e Medicina) - Genova.

**Giovedì 18 - SIA:** *Marketing: da studio dentistico a brand odontoiatrico: come trasformare un'attività indifferenziata in un marchio riconoscibile sia a livello locale che nazionale.* Relatore: Corrado Lagona. Sede: Starhotel President.

**Venerdì 26 - Sabato 27 - e20:** *Corso teorico-pratico - Faccette in ceramica; l'estetica complementare alla funzione.* Relatori: Michele Ciasullo, Enrico Zacchetti (odontotecnico). Sede: Centro AFIOM e20 (Alta formazione in Odont. e Medicina) - Genova.

#### Per info e iscrizioni

- **e20 srl:** 010 5960362 - [info@e20srl.com](mailto:info@e20srl.com)
- **SIA (Simposio in Amicizia):** [sia@mvcongressi.it](mailto:sia@mvcongressi.it)

## STRUTTURE ACCREDITATE (PROVINCIA DI GENOVA)

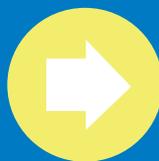
L'editore è responsabile solo della veste grafica e non dei dati riguardanti le singole strutture

STRUTTURE CONVENZIONATE CON IL SSN	INDIRIZZO E TEL.	SPECIALITÀ							
<b>CENTRO RADIOLOGICO E FISIOTERAPICO</b>	<b>GE - BUSALLA</b>	RX	TF	DS					
Dir. San. e R.B.: Dr. Carlo Alberto Melani Spec.: Radiologia Medica Resp. Terapia fisica: Dr. Franco Civera Spec.: Fisiatria	Via Chiappa 4 010/9640300								
<b>IST. IL BALUARDO</b>	<b>GENOVA</b>	PC	RX	TF	S	DS	TC	RM	
Dir. San.: Dr. M. Canepa Spec.: Ematologia clinica e di labor. Dir. Tec. IIB: Dr. P. Tortori Donati Spec.: Neuroradiologia Dir. Tec. ex TMA: Dr. A. Gambaro Spec.: Radiologia Dir. Tec.: Dr. M. Casaleggio Spec.: Fisiatria <u>Altri centri:</u> Via Montallegro, 48 (ex TMA) Corso De Stefanis, 1(ex Morgagni) Via G. Torti, 30-1 Via P. Gobetti 1-3 Via Vezzani 32 R Via Bari, 48 (c/o CRI)	Porto Antico 010/2471034 www.ilbaluardo.it clienti@ilbaluardo.it  010/3622923 010/8391235 010/513895 010/3622916 010/7407083 010/232846								
<b>IST. BIOMEDICAL</b> 	<b>GENOVA</b>	PC	ODS	RX	TF	S	DS	TC	RM
Dir. San.: D.ssa M. Re Spec. Igiene e Med. Preventiva Day Surgery: Dr. C. Pecis Spec. Chirurgia d'Urgenza e PS Dermatologia: D.ssa Romagnoli Spec. Dermatologia Lab. Analisi: d.ssa C. Tomolillo Biologa Spec. Patologia C. Radiodiagnostica: Dr. M. Oddone Spec. Radiodiagnostica Terapia Fisica: D.ssa E. Marras Spec. Med. Fisica e Riabilitaz. Medicina Sport: Dr. A. Boccuzzi Spec. Med. dello Sport Poliambulatorio spec. Punto Prelievi-Terapia Fisica Dir. Tec.: Dr. Pecis Chirurgo-Spec. Chirurgia Vascolare Poliambulatorio specialistico Punto Prelievi Dir. Tec.: Dr. Boccuzzi Spec. Medicina dello Sport Poliambulatorio spec. Punto Prelievi-Terapia Fisica Dir. Tec.: Dr. S. Gatto Medico Chirurgo Poliambulatorio specialistico Punto Prelievi Dir. Tecnico: dr. M. Gamba spec. in Anestesiologia Poliambulatorio specialistico Punto Prelievi Dir. Tecnico: dr. T. Mustica in Cardiologia	Via Prà 1/B 010/663351 www.biomedicalspa.com info@biomedicalspa.com  GENOVA - 010/2790152 Via Balbi, 179 r. GE-PEGLI - 010/6967470 Via T. di Monferrato 58r GE-SESTRI PONENTE Vico Erminio, 1 r - 010/6533299 MELE - GE. - 010/2790114 Via Provinciale 30 Arenzano - GE - 010/9123280 Corso matteotti 8/2								
<b>IST. CICIO Rad. e T. Fisica</b>	<b>GENOVA</b>	RX	RT	TF	DS			RM	
<b>ISO 9001:2000</b> 									
Dir. San. e R.B.: Dr. G. Cicio Spec.: Radiologia Sito Internet: www.istitutocicio.it	C.so Sardegna 280 R 010/501994 fax 010/8196956								
<b>IST. CIDIMU S.p.A. Diagnostico</b>	<b>GENOVA</b>	RX		S	DS				
Dir. Sanitario D.ssa I. Fulle Resp. Terapia fisica: Dr.ssa Clelia Sibilio E-mail: carrega@cidimu.it Sito Internet: www.cidimu.it	P.sso Ponte Carrega, 30 R 010/8902111 Fax 010/8902110								

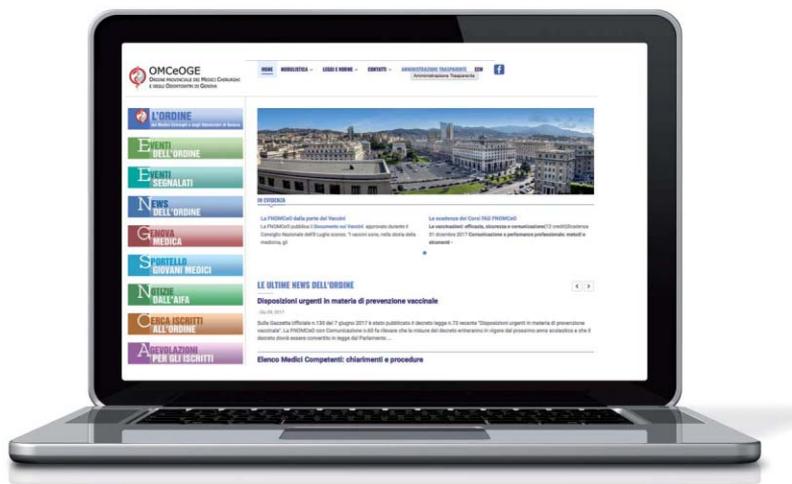


STRUTTURE CONVENZIONATE CON IL SSN	INDIRIZZO E TEL.	SPECIALITÀ										
<b>STATIC GENOVA</b>	<b>GENOVA</b>	TF										
Dir. San. e R.B. FKT: Dr.ssa Chiara Giusti Spec.: Fisiatria	Via XX Settembre 5 010/543478											
<b>IST. TARTARINI</b>	<b>GE - SESTRI P.</b>	RX	RT	TF	S	DS	RM					
Dir. Tec.: Dr. F. Zamparelli Spec.: Radiologia Dir. Tec.: Dr. M. Della Cava Spec.: Med. fisica e riabil.	P.zza Dei Nattino 1 010/6531442 fax 010/6531438											
<b>IST. TMA - TECNOLOGIE MEDICHE AVANZATE</b> (vedi Istituto Il Baluardo)												
<b>TIR - TURTULICI ISTITUTO RADIOLOGICO</b>	<b>GENOVA</b>	RX	RT	DS			TC	RM				
Dir. San.: Dr.ssa I. Turtulici Spec.: Radiodiagnostica	Via Colombo, 11-1° piano 010/593871											
STRUTTURE <b>NON</b> CONVENZIONATE CON IL SSN	INDIRIZZO E TEL.	SPECIALITÀ										
<b>LABORATORIO ALBARO</b>	<b>GENOVA</b>	PC	RIA	RX	TF	S	DS	TC	RM			
certif. ISO 9001:2000 	Dir. San. e R. B. Prof. R. Bonanni Spec. in Ematologia, Microbiologia Medica, Anatomia Patologica R.B.: L. De Martini Spec.: Radiologia R.B.: Prof. M.V. Iannetti Spec.: Cardiologia R.B.: Dr. G. Zandonini Spec.: Fisiatria www.laboratorioalbaro.com	Via P. Boselli 30 010/3621769 Num. V. 800060383										
<b>STUDIO GAZZERRO</b>	<b>GENOVA</b>	RX	S				DS	TC	RM			
Dir. San.: Dr. C. Gazzo	Piazza Borgo Pila, 3 010/588952 fax 588410 www.gazzo.com											
<b>DIAGNOSTICA MEDICA MANARA</b>	<b>GE - BOLZANETO</b>	PC	TF			S	DS					
Dir. San.: Dr. M. Manara Spec. Radiologia Dir. San.: Dr. G. Odino spec. Microbiologia Dir. San.: Dr. G. Delucchi spec. Fisiokinesi ortop. Dir. San.: Dr. F. Amodeo spec. Ortopedia ambulatorio@studiomanara.com Punto prelievi: via Fabio Filzi 2A Quinto quinto@studiomanara.com	Via Custo 5E 010/7415108 349/2816497											
<b>PIU'KINESI IN CARIGNANO (Montallegro)</b>	<b>GENOVA</b>	TF								S		
Dir. San.: Dr. L. Spigno R.B.: Dr. Marco Scocchi Spec.: Medicina Fisica e Riabilitazione www.montallegro.it - piukinesi@montallegro.it	Via Corsica 2/4 010/587978 fax 010/5953923											
<b>VILLA RAVENNA</b>	<b>CHIAVARI (GE)</b>	ODS			S			DS				
Dir. San.: Dr. A. Guastini Spec.: Chirurgia Generale Spec.: Chirurgia Vascolare info@villaravenna.it - segreteria@villaravenna.it	Via Nino Bixio, 12 0185/324777 fax 0185/324898											

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



# CORSI DELL'ORDINE ISCRIZIONI on line



PER ISCRIVERSI ON LINE AI CORSI  
DELL'ORDINE  
[www.omceoge.org](http://www.omceoge.org)



CALENDARIO EVENTI

ISCRIZIONI NEWSLETTER

GENOVA MEDICA ON LINE

PAGINE FACEBOOK