

ORDINE  DEI MEDICI  
*chirurghi e odontoiatri*  
della provincia di Cuneo 



## Orario della segreteria OMCEO di Cuneo

Lunedì	9:00 - 17:00	Martedì	9:00 - 13:00
Mercoledì	9:00 - 17:00	Giovedì	9:00 - 13:00
Venerdì	9:00 - 13:00	Sabato	CHIUSO

### I recapiti sono:

Telefono: 0171 692195 Fax: 0171 692708

email: segreteria@omceo.cuneo.it

email PEC: segreteria.cn@pec.omceo.it

## Casella PEC

Ricordiamo a tutti gli iscritti che, a norma di legge, sono obbligati al possesso di un indirizzo mail di Posta Elettronica Certificata (PEC). Sono previste sanzioni per gli inadempienti. È possibile attivare questo servizio in diversi modi. Chi lo desidera, può servirsi della convenzione che la FNOMCeO ha stipulato con Aruba, al costo di 4,84 € per tre anni.

### Di seguito le modalità di attivazione.

Procedura:

- L'utente accede al portale [www.arubapec.it](http://www.arubapec.it)
- Clicca in alto a destra su "convenzioni"
- Inserisce il codice convenzione (OMCEO-CN-0008)
- Nella pagina successiva deve inserire codice fiscale, cognome e nome
- Il sistema verificherà che i dati inseriti corrispondano realmente ad un iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia
- L'utente dovrà inserire i dati richiesti
- La richiesta della casella PEC viene salvata e vengono generati in PDF i documenti necessari alla sottoscrizione del servizio PEC.
- Per il pagamento da parte dell'iscritto si avranno i normali sistemi per il pagamento.
- La casella sarà attivata solamente dopo la ricezione via fax della documentazione sottoscritta allegando documento identità al numero di fax 0575 862026.

**Il servizio di help desk verrà erogato tramite il numero 0575/0500.**

## Pagamento quota d'iscrizione all'Ordine

In base alla convenzione stipulata con la Società ITALRISCOSSIONI S.R.L., tutti gli iscritti all'Ordine Provinciale hanno ricevuto nel mese di febbraio avviso di pagamento ammontante a € 140,00 per coloro che hanno l'iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi o a quello degli Odontoiatri e di € 257,00 per coloro che hanno entrambe le iscrizioni. Si rammenta che il pagamento andava effettuato entro il 31 marzo 2015.

I Colleghi, che non hanno ricevuto l'Avviso, potranno rivolgersi a:

ITALRISCOSSIONI ai recapiti 0645479430 - 0645479431

o tramite posta elettronica all'indirizzo: [info@italriscossioni.it](mailto:info@italriscossioni.it).

Si ricorda che il pagamento della quota di iscrizione è obbligatorio e che il mancato pagamento, se accertato da parte della Segreteria dell'Ordine, comporterà la cancellazione dall'Albo per morosità ai sensi dell'art.11 lett. f) del D.L.C.P.S. 13.9.1946 n.233

### Attenzione - avviso importante

Si precisa che, per l'anno 2015, il pagamento della quota annua provinciale non può essere pagato tramite domiciliazione RID ma è necessario effettuare il pagamento esclusivamente utilizzando gli allegati bollettini MAV pagabili in banca presso qualsiasi istituto di credito o effettuare il pagamento tramite bonifico on line a favore di:

ITALRISCOSSIONI S.r.l. Gestione Incassi

Iban: IT 02 N 07601 03200 000068065044

Causale: Codice Fiscale Iscritto - OMCEO CN 2015

## Invito a collaborare

Ricordiamo che la collaborazione al Notiziario è aperta a tutti gli iscritti. La Direzione si riserva il diritto di valutare la pubblicazione e di elaborarne il testo secondo le esigenze redazionali; viene comunque raccomandata la brevità. Il termine di consegna del materiale, da inviare esclusivamente via e-mail alla Segreteria dell'Ordine, per il prossimo numero è stabilito per il 25 luglio 2015.

## Mailing list

È operativa la mailing list [omceocn@omceo.cuneo.it](mailto:omceocn@omceo.cuneo.it), riservata a tutti gli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Cuneo.

### Brevi istruzioni per l'utilizzo della mailing list:

- a. La lista è un mezzo d'informazione e discussione tra gli iscritti;
- b. I messaggi inviati alla lista vengono ridistribuiti e letti da tutti gli iscritti alla lista;
- c. Per rispondere pubblicamente ad un messaggio ricevuto attraverso la lista, la risposta va indirizzata alla lista medesima (basta usare la funzione "rispondi al mittente" del client di posta);
- d. Nel caso si preferisca rispondere privatamente ad un messaggio ricevuto attraverso la lista è necessario usare l'indirizzo del mittente originale, riportato nel messaggio stesso;
- e. Relativamente alla "firma" in calce ad un messaggio inviato alla lista, è buona norma non superare le 4 (quattro) righe di spazio ed includere cognome, nome e indirizzo di posta elettronica. Ogni altra informazione è inclusa per scelta implicita del mittente.
- f. I messaggi della lista sono di esclusivo utilizzo da parte degli iscritti alla lista. A norma di legislazione sulla tutela dei dati sensibili, la loro diffusione in qualunque forma senza previa autorizzazione da parte dell'autore e della Presidenza dell'Ordine è illegittima e legittimamente impugnabile nelle sedi appropriate.
- g. L'autore di un messaggio distribuito attraverso la lista si assume la piena responsabilità del suo contenuto. Un'eventuale opera di moderazione (leggi: valutazione prima della diffusione) della lista da parte di persone designate dall'Ordine non solleva l'autore da alcuna responsabilità riguardo il contenuto.
- h. La Presidenza dell'Ordine si riserva, previo avvertimento, tutte le azioni opportune, a partire dall'esclusione dalla lista medesima, in capo ad utilizzatori che inviino attraverso la lista messaggi offensivi, razzisti, sessisti o relativi ad argomenti non pertinenti, a proprio giudizio, con le finalità istituzionali della lista medesima.

**Iscrizione:** se desideri iscriverti alla mailing list, invia un messaggio vuoto all'indirizzo formato da: [omceocn-subscribe@omceo.cuneo.it](mailto:omceocn-subscribe@omceo.cuneo.it)

**Invio messaggi:** se desideri inviare messaggi agli utenti della mailing list spedisci all'indirizzo della lista: [omceocn@omceo.cuneo.it](mailto:omceocn@omceo.cuneo.it)

Tutti gli iscritti alla lista riceveranno il messaggio.

**Annullamento iscrizione:** se desideri annullare la tua iscrizione alla mailing list, invia un messaggio vuoto all'indirizzo formato da:

[omceocn-unsubscribe@omceo.cuneo.it](mailto:omceocn-unsubscribe@omceo.cuneo.it)

**Moderatore:** se desideri contattare il moderatore invia i tuoi messaggi all'indirizzo formato da: [omceocn-owners@omceo.cuneo.it](mailto:omceocn-owners@omceo.cuneo.it)

## Questo numero

Dopo il consueto invito ad aprire una casella PEC (Posta Elettronica Certificata, obbligatoria per tutti i professionisti da qualche anno) e ad iscriversi alla mailing list dell'Ordine, una segnalazione inviataci dalla Segreteria: il 31 marzo è scaduto il termine per il pagamento della quota di iscrizione. Ebbene, alla fine di maggio solo la metà degli iscritti aveva provveduto a tale pagamento: va bene che siamo in tempi di crisi, ma l'Ordine vive esclusivamente sulle quote di iscrizione, lo Stato non gli dà nulla ma pretende... le tasse e l'IVA.

Il Presidente, nell'editoriale, commenta le recenti proposte (o già disposizioni?) dell'Assessorato alla Sanità sul riordino del settore. Ci sarà una risposta alla sua ultima domanda ("ma i colleghi non hanno nulla da dare pubblicamente?")? Dopo i verbali del Consiglio Direttivo e della Commissione Albo Odontoiatri il collega Giovanni Bonaudi riprende, con alcune sue interessanti considerazioni, l'argomento della certificazione di malattia.

Ospitiamo quindi una riflessione di Marina Vallati, a nome dei pediatri della ex ASL 15, sui tempi di crisi che stiamo vivendo. Altro argomento importante per la medicina d'oggi è quello del suo restringersi ai soli aspetti scientifici, dimenticando gli aspetti antropo-socio-filosofici di quella che un tempo veniva definita "arte": ce ne parla la futura collega Eleonora Franzini Tibaldeo, componente della Commissione Studenti recentemente istituita presso il nostro Ordine.

Anche per questo numero ospitiamo un elenco dei lavori curati, in tutto o in parte, da medici della Provincia Granda: ne leggerete una decina (e sono solo una parte!), con relativo commento di uno degli autori.

Pubblichiamo quindi il verbale dell'ultima riunione della Commissione Urgenze ed Emergenze e della Commissione giovani; l'invito a destinare all'ENPAM il 5% nella prossima dichiarazione dei redditi e l'appello di una Onlus, patrocinato dall'Ordine, per la raccolta di fondi destinati ai bambini del Nepal.

Il collega Roberto Gallo ci espone le sue idee sulla pubblicità sanitaria; a chiosa del suo contributo una notizia, proveniente dalla FNOMCeO, che "sospende" le azioni disciplinari in attesa di una sentenza del TAR del Lazio.

Il prof. Antonio Rimedio, bioetico, ci illustra l'interessante argomento del "disenso informato", materia poco nota ai medici. È un'ottima occasione per schiarirsi un po' le idee...

A seguire, ancora un appello, firmato da Eleonora Franzini Tibaldeo, a nome della sezione di Alba dell'Associazione Italiana Donatori Cornea, in favore di questa nobile pratica.

Potete quindi leggere alcune righe sull'apertura di un ambulatorio medico sociale a Mondovì e il documento stilato dai giovani colleghi consiglieri ordinistici, e alcune notizie sul prossimo concorso d'accesso alle specialità.

Concludiamo con le comunicazioni su convegni e congressi.



Franco Magnone

## Coriandoli di luce

Una simpaticissima signora viene pressoché quotidianamente nella casa di riposo che frequento, per trovare ed aiutare la sua mamma. È una personcina minuta, svelta di passo che si acconcia i capelli con una perfetta «coda di cavallo». Quando succede di vederla insieme al coordinatore infermieristico che ovviamente ha una certa confidenza la seguiamo ed egli si domanda ad alta voce: «ma chi sarà mai quella ragazzina che viene a trovarci?» Lei si volta, saluta gaiamente, si avvicina a noi e, quasi sottovoce dice: «sì, da dietro liceo, ma davanti museo». Perché non sempre ciò che appare ad una prima impressione trova poi riscontro nella realtà.

Così, leggendo il documento relativo al riordino delle cure primarie proposto dall'assessore Antonio Saitta ed ascoltando la sua presentazione (Cuneo, salone della provincia, 7 maggio 2015) sembrerebbe che finalmente troveremo una qualche soluzione efficace ai problemi della sanità piemontese. Buona la volontà di ridurre il numero delle Strutture Complesse alcune delle quali, anche nel settore amministrativo, costituite più per accontentare gli amici del momento che per reali necessità organizzative. Buona l'idea di mettere finalmente in rete i vari ospedali, buona la proposta di assegnare un budget preciso e definito ad ogni Distretto con la creazione di nuove aggregazioni di medici territoriali.

Quando però l'assessore cerca di spiegare la «filosofia» che sottende il piano dà l'impressione di addentrarsi in un campo che non conosce. Afferma come in Piemonte si registrino 1.726.000 passaggi annuali nel pronto soccorso. Di questi, percentuali variabili tra l'80 e il 90% vengono classificati come codici bianchi cioè cittadini che non avrebbero dovuto accedere al pronto soccorso, ciò a significare che

l'assistenza sul territorio è gravemente deficitaria. Gli



ho dovuto contestare questa sua affermazione in quanto se immaginassimo di stornare ogni codice bianco dal pronto soccorso al medico di famiglia questi dovrebbe assistere circa sei pazienti in più ogni settimana che in rapporto alla media di 500 visite al mese non rappresenterebbero alcun problema. Non è quindi creando nuove aggregazioni di medici che si risolve la questione.

Bisogna in primo luogo mettere mano ad una intensa azione di educazione sanitaria al cittadino coinvolgendo i medici perché non è possibile continuare a medicalizzare, e per di più con urgenza, situazioni personali che di clinico hanno nulla.

In secondo luogo occorre rendersi conto che ogni pronto soccorso, pur con operatori sottoposti a ritmi massacranti, è un concorrente gravemente sleale del medico di territorio. Finché il medico di pronto soccorso è tenuto sotto la spada di Damocle della facile denuncia per cui non può permettersi di deviare il «codice bianco» al normale iter diagnostico-terapeutico, ma deve eseguire in urgenza esami ematici, ecografie, radiografie ed altro, magari in esenzione da ticket, il cittadino che poco poco si senta appartenere alla genia dei furbi eviterà con cura di recarsi dal proprio medico per una distorsione del polso la cui ecografia verrà eseguita in tempi biblici. Delle due dunque l'una: o si pone il medico di pronto soccorso in condizione di rifiutare le prestazioni urgenti ai codici bianchi o si pone il medico di famiglia in condizione di azzerare i tempi di attesa per le indagini successive alla sua visita.

Non servono dunque nuove sigle sul territorio, semmai servono infermieri, operatori socio sanitari, assistenti sociali. Servono posti letto a bassa intensità di cura quali potrebbero essere alcuni messi a disposizione dalle RSA diffuse su tutto il territorio e convenzionate con ogni azienda sanitaria della regione. Come già avviene nella ASL CN2 dove sono stati istituiti i «letti di prossimità» in cui l'ammalato, dimesso dall'Ospedale per acuti viene seguito dal suo medico curante.

A fonte di queste argomentazioni l'assessore ha spiegato che si tratta di un documento aperto ai suggerimenti che i territori vorranno avanzare, ed ho inteso, forse male, che si rivolgesse principalmente ai sindaci per cui ho pensato (ovviamente male) che la regione intenda pervenire al riordino impiegando i vigili urbani. Ecco perché non ho inteso partecipare all'incontro con l'assessore richiesto e promosso dall'Ordine di Torino.

L'assessore deve sapere che noi rappresentiamo i «tecnici» che potrebbero offrirgli qualche coriandolo di luce.

Se li vorrà dovrà essere lui ad invitarci e non noi a chiedere udienza; per me può liberamente continuare a fidarsi di coloro che lo informano. Ogni politico sarà ben libero di scegliersi il consigliere che vuole. Ed infine mi domando: ma i colleghi non hanno nulla da dire pubblicamente?



Salvio Sigismondi



**RIUNIONE  
DEL CONSIGLIO  
DIRETTIVO  
DEL 19.03.2015**

**Presenti:**

Dr Salvio SIGISMONDI  
Dr Giuseppe BAFUMO  
Dr Claudio BLENGINI  
Dr Renata GILI  
Dr Giuseppe GUERRA  
Dr Paola PANERO  
Dr Andrea Giorgio SCIOLLA

Dr Gian Paolo DAMILANO  
Dr Elsie BALESTRINO  
Dr Giovanni BONAUDI  
Dr Virginio GIORDANELLO  
Dr Francesco LEMUT  
Dr Ernesto PRINCIPE

**ORDINE  
DEL GIORNO**

1. Approvazione verbale seduta del 19/02/2015
2. Proposte operative circa pagina Facebook
3. Proposta riunioni in streaming
4. Relazione su elezioni FROMP
5. Esame prospettico elezioni FNOMCeO
6. Caso di abusivismo: procedimento civile risarcitorio
7. Considerazioni su Assemblea generale
8. Concretizzazione borsa di studio e rimborso spese per consiglieri
9. Delibera amministrativa: Fattura PA (canone di assistenza - Cloud - gestione documentale e registro unico delle fatture) preventivo di spesa ditta Tecsis
10. Concessione patrocini
11. Iscrizioni e cancellazioni
12. Pubblicità sanitaria
13. Varie ed eventuali



**Approvazione verbale**

Il verbale della seduta del 19 febbraio viene approvato all'unanimità.

**Proposte operative circa  
pagina Facebook**

Si delibera di affidare la gestione della pagina ad Eleonora Franzini con la supervisione del Presidente. Si decide anche di preparare delle locandine, a spese dell'Ordine, da distribuire in Università per propagandare l'iniziativa.

**Proposta riunioni  
in streaming**

Si decide di organizzare la registrazione degli eventi che si svolgeranno in Ordine per trasmissione in streaming o in podcast.

**Elezioni FROMP**

Relazione e comunicazioni degli eletti.

**Esame prospettico  
elezioni FNOMCeO**

Vista la presenza di due liste contrapposte, si dà mandato al presidente di votare nominativi presi da entrambe le liste

**Caso di abusivismo:  
procedimento civile  
risarcitorio**

A seguito di procedimento penale nei confronti di N. N. pendente avanti la Procura della Repubblica di Alba, in cui vi è parte offesa l'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Cuneo, a seguito di condanna per parte del reato, il Consiglio Direttivo all'unanimità delibera di costituirsi parte civile al risarcimento del danno.

Vista la buona affluenza riscontrata, si dà mandato ai prossimi consigli di individuare la opportuna sede esterna dove svolgere la prossima assemblea.

**Premi di laurea: a favore dei Neoiscritti agli Albi dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Cuneo.**

**REGOLAMENTO**

Il Consiglio direttivo dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Cuneo, nell'intento di riconoscere il merito e servire da stimolo ai colleghi neo-laureati, in data 19 febbraio 2015, stabilisce, con delibera, l'assegnazione di premi di laurea annuali ai neoiscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Cuneo, ad iniziare dai colleghi laureatisi nella sessione dell'anno accademico 2015-2016, secondo i criteri stabiliti dal presente Regolamento. I premi sono erogati ai neo-laureati in medicina e in odontoiatria iscritti ai rispettivi albi entro l'ultima riunione consiliare precedente l'assemblea annuale degli iscritti secondo le modalità e le condizioni di seguito elencate:

1. L'entità del Premio di Laurea varia secondo la votazione conseguita:

- fino a 100/110 euro 150, 00; - da 101/110 euro 300, 00;

La somma da erogare è iscritta nel capitolo "Premi di laurea" del Bilancio di previsione relativo all'anno 2015 dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Cuneo, per le finalità previste dall'art. 3, comma d) del DLCP 13/ settembre 1946, n. 233, inerenti la promozione del progresso culturale e scientifico degli iscritti;

2. Possono partecipare, previa presentazione della domanda, tutti gli iscritti agli albi dei medici chirurghi e degli odontoiatri laureati nelle sessioni dell'anno accademico in corso precedente lo svolgimento dell'assemblea annuale degli iscritti.

3. I premi sono esclusivamente erogati in corso di assemblea Ordinaria degli iscritti direttamente all'avente diritto. Non sono ammesse deleghe.

4. Il bando è pubblicato sul sito dell'Ordine almeno 30 giorni prima della data di scadenza dei termini per la presentazione della domanda.

5. I candidati, entro la data di scadenza (documentata dal timbro postale), devono inviare, a mezzo plico raccomandato al Presidente dell'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Cuneo, od in alternativa con raccomandata a mano od invio elettronico tramite P.E.C. domanda in carta libera corredata da una autodichiarazione del conseguimento del diploma di laurea con la precisazione della sessione ed il voto relativo;

6. Le autodichiarazioni mendaci costituiscono causa di decadenza dal concorso e, in caso di assegnazione del premio, comporteranno il recupero dello stesso e ogni altro provvedimento previsto dalle leggi.

7. I candidati con la sottoscrizione della domanda, il cui testo è allegato, accettano e riconoscono il presente Regolamento e si impegnano a non impugnare le decisioni della Commissione e le deliberazioni del Consiglio dell'Ordine in materia.

**Rimborso spese per consiglieri**

Il Consiglio Direttivo nella riunione del 19 marzo 2015, ripresa integralmente la delibera n. 1110/13 stabilisce di modificarla ed integrarla, con delibera, nel modo seguente: A far data dal 1 gennaio 2015 si istituisce:

**Considerazioni  
su Assemblea generale**

**Concretizzazione  
borsa di studio  
e rimborso spese  
per consiglieri**

- a) Indennità di carica mensile, al netto degli oneri, di €. 1.000 per il Presidente e di €. 500 per Vice Presidente, Segretario, Tesoriere e Presidente Commissione odontoiatri;
- b) Rimborso delle spese di viaggio: rimborso chilometrico previsto dalla normativa vigente, pedaggio autostradale, parcheggio, eventuale pernottamento, vitto, ecc., di cui si presenti relativa fattura, nello svolgimento delle proprie funzioni istituzionali se autorizzate dal Consiglio Direttivo;
- c) Gettone di presenza per le riunioni del Consiglio Direttivo di €. 100 al lordo degli oneri previsti, per i consiglieri dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Cuneo, per i componenti della C.A.O., per i Revisori dei Conti, seguendo le linee guida sulle indennità di cui alla comunicazione n. 59 del 20 giugno 2003 della FNOMCeO "Linee guida sull'indennità di carica e gettone di presenza per gli Ordini Provinciali"
- d) Gettone di presenza di €. 100 al lordo degli oneri previsti per i componenti delle Commissioni per gli iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi allorché non seguano o precedano la riunione del Consiglio Direttivo,  
LE INDENNITÀ E I RIMBORSI RISULTANO PERTANTO COSÌ REGOLAMENTATI:
- a) Gettone di presenza: € 100, 00 a presenza, al lordo delle ritenute di legge. È riconosciuto ai Componenti il Consiglio Direttivo, le Commissioni per gli iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi (se non precedono o seguono il Consiglio Direttivo), la Commissione per gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri, ai Revisori dei Conti, per le sedute regolarmente convocate, con accertamento delle presenze.
- b) RIMBORSO SPESE: è riconosciuto ai percettori delle indennità di cui al punto a), ed ai Componenti le Commissioni Consiliari.
- MODALITÀ DI PAGAMENTO: le indennità ed i rimborsi sono liquidati semestralmente dietro presentazione dettagliata di idoneo documento fiscale da parte dell'interessato.

**Delibera amministrativa:  
Fattura PA, preventivo  
di spesa ditta Tecsis**

Il Presidente comunica che, in vista della nuova normativa sulla fatturazione elettronica, l'Ordine sarà soggetto a una serie di incombenze relative alla ricezione del documento in questione. La Tecsis (azienda fornitrice del programma di contabilità, protocollo e anagrafica) propone di effettuare un percorso di integrazione ed automazione dei processi di gestione della fattura elettronica con i programmi già in uso quantificato in €. 1.200 + I.V.A.. Il Consiglio Direttivo all'unanimità decide di accettare la proposta.

**Concessione patrocini  
ai Convegni elencati**

- Attualità della Medicina Termale VIII Aggiornamento - Lurisia 16 maggio 2015  
- Invecchiamento di successo: nuovi orizzonti - Alba 5/6/7 novembre 2015

**Iscrizioni e cancellazioni**

Vengono elencate in apposite pagine del Notiziario

**Pubblicità sanitaria**

Vengono approvate le pubblicità sanitarie di cui si allega elenco

**Varie ed eventuali**

Costituzione medicina in rete di quattro medici di medicina generale  
Pubblicazione sul bollettino di un articolo relativo alla problematica delle certificazioni di malattia con la posizione ufficiale dell'Ordine.

**Presenti:**

- |                      |                           |
|----------------------|---------------------------|
| Dr Salvio SIGISMONDI | Dr Gian Paolo DAMILANO    |
| Dr Giuseppe BAFUMO   | Dr Elsie BALESTRINO       |
| Dr Claudio BLENGINI  | Dr Giovanni BONAUDI       |
| Dr Renata GILLI      | Dr Paola PANERO           |
| Dr Roberto RIMONDA   | Dr Andrea Giorgio SCIOLLA |
| Dr Marina VALLATI    |                           |

1. Approvazione verbale seduta del 19/03/2015
2. Irrogazione sanzione disciplinare
3. A relazione dott. Claudio Blengini:  
proposta di collaborazione telematica ospedale-territorio
4. Programmazione serata col Magistrato su problema contenzione
5. Presentazione organigramma FNOMCeO
6. Programmazione bando di assunzione di un impiegato
7. Valutazione impiego fondo di riserva e delibera
8. Resoconto trimestrale delle entrate e delle spese
9. Concessione patrocini
10. Iscrizioni e cancellazioni
11. Pubblicità sanitaria
12. Varie ed eventuali

Il verbale della seduta del 19 marzo 2015 è approvato all'unanimità.

Il Consiglio Direttivo preso atto della decisione della Commissione per gli iscritti all' Albo degli Odontoiatri del 16.02.2015 con la quale veniva inflitta al Dr X. Y. la sanzione della sospensione dall'esercizio professionale di odontoiatra per mesi due, accertato che trascorsi i 30 gg. dalla notifica della decisione il suddetto sanitario non ha presentato ricorso alla Commissione Centrale per gli esercenti le professioni sanitarie e che pertanto la suddetta decisione è divenuta definitiva, delibera l'esecuzione della sanzione inflitta al medico.

A relazione dott. Blengini: proposta di collaborazione telematica ospedale-territorio, con la costituzione di una piattaforma informatica comune per lo scambio di dati clinici.

Si programma per l'8 maggio la serata con prevista ripresa video dell'evento per la sua successiva diffusione via web. Il dr. Bonaudi è incaricato del reperimento della telecamera.

Presentazione nuovo organigramma FNOMCeO.

**RIUNIONE  
DEL CONSIGLIO  
DIRETTIVO DEL  
16.04.2015**

**ORDINE  
DEL GIORNO**

**Approvazione verbale**

**Irrogazione sanzione  
disciplinare**

**Proposta di collabora-  
zione telematica  
ospedale-territorio**

**Serata col Magistrato su  
problema contenzione**

**Organigramma  
FNOMCeO**

**Programmazione bando di assunzione di un impiegato**

Viene incaricato l'Avv.to Massa per revisione dell'avviso sulle liste della mobilità esterna ai sensi dell'art. 30 del D.G.L. 30 MARZO 2001 N. 165. Si terranno colloqui di lavoro, a cura della Giunta con invito di partecipazione esteso ai consiglieri, per l'individuazione dei candidati.

**Valutazione impiego fondo di riserva e delibera**

Il Tesoriere illustra ai consiglieri la situazione contabile dei titoli. Si valutano le proposte della Banca Regionale Europea e della Banca Credem. Si delibera il conferimento dei fondi alla banca Credem secondo le modalità concordate.

**Resoconto trimestrale delle entrate e delle spese**

Il Tesoriere invita i Revisori dei conti a visionare la documentazione relativa alle entrate e alle spese effettuate dal 01/01 al 26/03. Le entrate sono composte principalmente dalle quote incassate a ruolo e direttamente dai nuovi iscritti, le spese si riferiscono a spese effettivamente sostenute, giustificate da fatture quietanzate o da documenti contabili aventi forza probante equivalente. Si delibera la conformità della documentazione contabile alla data del 26 marzo 2015.

**Concessione patrocini**

Vengono concessi i patrocini a due congressi:  
- Biometria clinica digitalizzata: stabilometria clinica, rasterstereografia clinica - Cuneo 1/2 ottobre 2015  
- La patologia respiratoria in medicina interna- Saluzzo 12/13 giugno 2015

**Iscrizioni e cancellazioni**

Vengono elencate in apposite pagine del Notiziario.

**Pubblicità sanitaria**

Vengono approvate le pubblicità sanitarie di cui si allega elenco.

**Varie ed eventuali**

Il Presidente comunica che è pervenuto all'Ordine il verbale di remissione di querela relativo a due colleghi.  
Si delibera la spesa relativa alla stampa di locandine proposte dalla commissione studenti da affiggere in università.

**COMMISSIONE ODONTOIATRI  
VERBALE DELLA SEDUTA DEL 16.03.2015****PRESENTI I DOTTORI:**

Gianpaolo Damilano - Presidente  
Lorenzo Bonacossa, Roberto Gallo,  
Franco Radogna

**1. APPROVAZIONE VERBALE SEDUTA DEL 16.02.2015**

Il verbale viene approvato all'unanimità.

**2. ESAMINA RICHIESTA PROROGA PROCEDIMENTO DISCIPLINARE DOTT. N. N.:**

L'avvocato A. Z., legale del dottor N. N., ha chiesto un rinvio del giudizio disciplinare nei confronti del suo assistito; il rinvio viene concesso e il giudizio disciplinare viene fissato per il 16 giugno 2015.

**3. ESAMINA CONTRATTO GROUPON DOTT. X. Y.:**

Si esamina il contratto stipulato tra il dottor X. Y. e il gruppo Groupon. La Commissione, dopo ampia discussione delibera di aprire procedimento disciplinare nei confronti del Dott. X. Y. per violazione degli artt. 6, 13, 16, 56 del vigente Codice di Deontologia Medica, per aver pubblicato sul sito di www.groupon.it a partire dal mese di novembre 2014 un annuncio pubblicitario con offerta di "Visita odontoiatrica con pulizia dei denti, ortopantomografia e TAC dental-scan".

Il procedimento si terrà il giorno 18 maggio 2015 alle ore 21, 00; viene nominato relatore il Dott. Radogna Franco.

**4. ESAMINA RISPOSTA ASLCN2 SU NOSTRA SEGNALAZIONE INERENTE****CENTRO "W. W." DI ...omissis...:**

Viene analizzata la comunicazione dell'ASL CN2 contenente il verbale di sopralluogo della Commissione di Verifica presso il poliambulatorio K. K. sito in... omissis.... Al sopralluogo è presente la Legale Rappresentante... omissis.... Dall'allegato risulta che il personale sanitario del centro "W. W." operi all'interno del Poliambulatorio K. K.. Si decide di non procedere contro il Poliambulatorio K. K., dal momento che l'ispezione dell'ASL CN2 ha verificato la presenza di requisiti idonei per poter svolgere l'attività dell'ambulatorio.

**5. COMUNICAZIONI FNOMCeO:**

Vengono esaminate varie comunicazioni della Federazione.

**6. COMUNICAZIONE AVV. MASSA: ORDINE MEDICI/J. J.:**

A seguito di comunicazione da parte dell'Avv. Massa inerente il procedimento J. J., la Commissione decide di costituirsi parte civile.



**7. VARIE ED EVENTUALI**

- Relazione sui dottori J. K. E X. Z.

I dottori J. K. E X. Z. hanno inviato una lettera all'Ordine dei Medici chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Cuneo, in cui hanno disdetto la pubblicità presso le ditte: ... omissis...; è inoltre stata presentata istanza presso la ditta incaricata di tali pubblicità di non utilizzare più il nome dei dottori.

- Comunicazioni Cao Bologna e Cao Brindisi inerenti elezioni FNOMCeO.

- Comunicazione FROMP del 25.02.2015 avente per oggetto : Elezioni delle cariche e varie ed eventuali.

**COMMISSIONE ODONTOIATRI****VERBALE DELLA SEDUTA DEL 20.04.2015****PRESENTI I DOTTORI:**

Gianpaolo Damilano - Presidente  
Lorenzo Bonacossa, Roberto Gallo,  
Franco Radogna, Giuseppe Turbiglio

**1. APPROVAZIONE VERBALE SEDUTA DEL 16.03.2015:**

Il verbale viene approvato all'unanimità.

**2. RELAZIONE PRESIDENTE CAO NAZIONALE 20-21-22 MARZO U.S.:**

Il Presidente relaziona sulla scorsa Assemblea del Cao Nazionale e sulle ultime elezioni del Presidente Cao Nazionale.

La Commissione discute sulla sentenza dell'ANTITRUST in tema di pubblicità e sul ricorso in Consiglio di Stato della FNOMCeO.

**3. ESAMINA DELLA PUBBLICITÀ DELLO STUDIO ODONTOIATRICO K. Y.**

Si prende in esame la pubblicità dello studio Odontoiatrico K. Y. apparsa su un quotidiano ed inviata a codesto Ordine da un collega; in attesa di indicazioni precise dalla FNOMCeO su come procedere, si decide di tenere la questione in sospeso.

**4. COMUNICAZIONI FNOMCeO:**

Si prende visione di alcune comunicazioni.



## Riflessioni d'la mutua

La recente sentenza (n.18867/2012) di condanna pronunciata dalla Corte di Cassazione nei confronti di un medico di famiglia, che aveva rilasciato una certificazione di malattia senza aver visitato il proprio paziente - basandosi esclusivamente sui sintomi riferiti per telefono - mette in evidenza l'annoso problema sulla necessità o meno che il medico di famiglia debba decidere se il proprio assistito possa recarsi al lavoro, durante una malattia certificata, oppure no.

Allo stato attuale delle cose, per non incorrere in spiacevoli conseguenze, è necessario sempre visitare il paziente, annotare in cartella clinica quanto rilevato durante la visita e rilasciare la certificazione che attesta la malattia riscontrata e riportare i giorni di assenza dal lavoro.

Questa certificazione ha assunto, nel tempo, sempre più importanza, non tanto perché attesta una malattia - quindi un'impossibilità temporanea all'attività lavorativa - ma perché a "giudizio" del medico attesta i giorni di assenza dal posto di lavoro da parte del paziente.

Il virgolettato è volutamente provocatorio.

Quanto il giudizio del medico è basato su una vera prognosi correlata alla gravità della malattia, e quanto alla contrattazione con il paziente/cliente?

Quanto il nostro giudizio è influenzato da contratti di lavoro più o meno deprimenti per il lavoratore?

Quanto il nostro giudizio è influenzato dalla paura di perdere un cliente?

Oltre a questo, siamo proprio sicuri di essere tutti puri e duri?

La mia personale opinione è che il medico di famiglia dovrebbe limitarsi a svolgere esclusivamente il proprio lavoro, per il quale è stato formato.

È un nostro obbligo visitare il paziente, fare una diagnosi ed elaborare una strategia di cura in collaborazione con l'interessato.

È nostro dovere compilare correttamente una certificazione che attesti lo stato di malattia, che poi il nostro assistito possa utilizzare per giustificare l'eventuale assenza dal lavoro da lui stesso valutata in base a contratti di assunzione specifici.

È giusto che il lavoratore informi il datore di lavoro del proprio stato di malattia e che lo faccia attraverso una nostra certificazione, ma non che il medico certifichi anche per quanto il lavoratore debba assentarsi, con tutte le conseguenze penali in caso di erronea certificazione.



Giovanni Bonaudi





In altri paesi come è normata l'assenza per malattia e come viene usata o abusata in Italia ed in Europa?

Un lavoratore del Regno Unito che si ammala ha il diritto alla malattia, qualora il suo medico decida che debba rimanere a casa.

Certi tipi di lavoro assicurano il 100% di paga per un certo periodo (1 mese, 3 mesi o 6 mesi sono i più comuni), altri tipi di contratti invece assicurano solo il minimo statale detto SSP (statutory sick pay). Per i primi 7 giorni di malattia il datore di lavoro non può pretendere che il suo dipendente presenti un certificato medico attestante la sua malattia. Tuttavia può richiedere un'autocertificazione, compilando un apposito modello.

Se la malattia dura più di 7 giorni, il datore di lavoro può richiedere un certificato medico che giustifichi il versamento dell'SSP. Spetta però al datore di lavoro decidere se il lavoratore subordinato risulta realmente inabile al lavoro.

Il certificato rilasciato da un medico generico rappresenta una prova inconfutabile dello stato di malattia del lavoratore, a meno di dimostrare che il lavoratore non sia inabile al lavoro.

In Francia l'indennità di malattia, nonché quella di maternità e paternità, è concessa dalle casse primarie di assicurazione di malat-

tia (nella Francia europea) e dalle casse generali di sicurezza. Sia che si tratti di prima interruzione oppure di prolungamento di interruzione dell'attività lavorativa, il lavoratore deve:

- Compilare il modulo di interruzione dell'attività lavorativa consegnato dal medico, denominato "avis d'arrêt de travail" e composto da tre fogli;

- Inviare le prime due pagine di tale modulo entro 48 ore alla cassa di malattia competente, l'Assurance Maladie de Paris e la terza pagina, nel caso di lavoratori subordinati, al datore di lavoro.

Ciò è obbligatorio se il periodo di malattia è superiore ai 3 giorni. In Germania il diritto al mantenimento della retribuzione sussiste solo se il rapporto di lavoro dura da quattro settimane senza interruzioni. Solitamente, in caso di incapacità al lavoro attestata da certificato medico, purché essa non dipenda dal lavoratore, il datore di lavoro paga il salario o lo stipendio del proprio dipendente per le prime 6 settimane.

Diversamente dall'Italia, attualmente negli Stati Uniti non sono previsti a livello federale giorni di malattia pagati per affrontare malattie a breve termine (ad eccezione degli impiegati governativi, che ne hanno 13 all'anno).

In Giappone non sono previsti giorni pagati per malattia. Il datore di lavoro non è quindi tenuto a dare giorni di malattia, ad eccezione delle malattie correlate con il lavoro.

In Canada, invece, il dipendente dispone di un "carnet" di giorni di assenza, che può utilizzare nel corso dell'anno, autocertificando la propria indisposizione semplicemente telefonando al datore di lavoro. E il dipendente "virtuoso", che "risparmia" sul "carnet", matura invece un premio (anticipo sulla data di pensionamento, ndr).

Sarebbe il momento per chiedere al legislatore, anche con l'interessamento delle varie sigle sindacali dei medici di famiglia e ospedalieri, di valutare l'opportunità di riscrivere questo capitolo della sanità pubblica, che oltre a svilire ulteriormente la nostra figura professionale, pone in essere una costante conflittualità fra medico ed assistito.

Mi sembra giusto iniziare a pensare all'autocertificazione di malattia, oppure ad un sistema che - coinvolgendo datore di lavoro, lavoratore e medico di famiglia - trovi il giusto compromesso, anche per non lasciare eccessivo spazio a una sorta di automedicazione, che potrebbe sminuire la nostra funzione di tutela.

## Commissione urgenze ed emergenze sanitarie

Perotti relaziona brevemente su una riunione avvenuta il 26.1.15 all'Ordine, con l'intervento di medici e di rappresentanti della Formazione ASL, Ipasvi e Ordine Farmacisti (Bafumo, Sigismondi, Perotti, Balestrino, Barbotto, Bianchi, Alberico). Si è pensato di spostare il prossimo convegno sulle Maxiemergenze (il 9°) al marzo del prossimo anno, per favorire la partecipazione dei Farmacisti, in un periodo dell'anno in cui si sente maggiormente la necessità di acquisire crediti ECM.

La Commissione approva e accetta la proposta di organizzare quest'anno un convegno con ECM per medici ed infermieri sul ruolo attuale del Pronto Soccorso nella nostra provincia (titoli provvisori: "Ruolo del P.S., tra Territorio e Ospedale"; oppure: "Interazione Ospedale- Territorio: confronto o scontro?"). La data è stata individuata il 3 ottobre 2015. La sede potrebbe essere Fossano, sala "Brut e Bun", che Sigismondi si impegna a richiedere.

Tutti i presenti hanno condiviso l'iniziativa ed hanno partecipato al dibattito sui contenuti del convegno e sulle sue modalità. I componenti della Commissione - compresi gli assenti alla riunione - sono invitati ad inviare a questa mailing list le loro proposte, perché se ne possa tenere conto nella definizione del programma.

Sulla ripresa dei corsi BLS-D per medici, si decide optare per il corso breve di 4 ore senza ECM, dal costo limitato, che la Regione ha autorizzato anche ai "laici". La Medicina d'Urgenza dell'ASO S. Croce e Carle si è resa disponibile a realizzare tali corsi.

Lauria comunica che il 20 maggio, nel corso di una settimana dedicata al P.S. a cura della SIMEU, il DEA di Cuneo presenterà alla popolazione la propria attività, secondo un programma che ci verrà presto inviato.

Livio Perotti

## Raccolta fondi per i bambini del Nepal

L'associazione "Amici del Bambini di Strada Onlus" si è fatta promotrice di una pubblica raccolta di fondi, da destinare all'aiuto dei sopravvissuti alla tragedia del Nepal, in particolare dei bambini che in questo momento, essendo la parte più debole della popolazione sono quelli che stanno soffrendo di più e hanno bisogno di maggior sostegno. Numerosi Enti pubblici e privati della Provincia Granda hanno dato il loro patrocinio all'iniziativa: anche il nostro Ordine è fra questi. I fondi raccolti saranno destinati dal Comitato di Garanzia, composto dall'Assessore Regionale Francesco Baiocco, dal Sindaco di Bra Bruna Sibille, dal Sindaco di Fossano Davide Sordella e dal Presidente dell'Associazione "Amici dei bambini di strada Onlus" dott. Ornella Rivoira alle persone o alle associazioni più idonee e operative sul territorio nepalese. Il Comitato di Garanzia vigilerà inoltre sulla raccolta dei fondi e sul loro utilizzo puntuale e senza sprechi, dandone pubblico resoconto.

Chi desidera far pervenire il proprio contributo potrà utilizzare uno dei seguenti c/c intestati a **EMERGENZA NEPAL:**  
**IT 59 G 06906 46320 00000018350**  
**IT 49 J 06170 46320 000001553609**

Ricordiamo che sulle somme offerte è applicabile la detrazione fiscale ai sensi del Dpr 22/12/1986 N. 917 art. 13 e dlgs. 460/1997 art. 13.

## L'Ordine incontra i giovani

Il 22 maggio si è tenuto, presso la sede del nostro Ordine, l'ormai consueto incontro per i medici neo abilitati. La serata è stata organizzata dalla Commissione Giovani con l'obiettivo di fornire una panoramica sulle opportunità lavorative e su aspetti più burocratici e amministrativi quali assicurazione, previdenza, ricettazione. I medici presenti hanno partecipato attivamente alla riunione, sottolineando le crescenti difficoltà di inserimento nel mondo lavorativo. Sta infatti diventando sempre più complicato accedere ai turni di Continuità Assistenziale e, se inseriti, svolgere tutte le ore previste dal contratto. Inoltre i giovani medici denunciano la sempre più complicata e incerta via d'accesso alle Scuole di Specializzazione e al Corso di Formazione specifica in Medicina Generale. La serata è stata aperta da un discorso del Presidente Salvio Sigismondi, seguito da una presentazione della Commissione Giovani e da un'introduzione sulle possibilità lavorative condotte dalla Dott.ssa Renata Gili. La Dott.ssa Paola Panero e il Dott. Attilio Piselli si sono invece focalizzati sulle sostituzioni dei medici di medicina generale e sull'inserimento nei turni di Continuità Assistenziale. La serata si è conclusa alle 23 circa. Il Presidente Salvio Sigismondi e la Commissione Giovani (Paola Panero, Roberto Rimonda e Renata Gili) ringraziano per la partecipazione ed augurano un "in bocca al lupo" ai neo colleghi.

Serata di formazione e informazione per i medici neo iscritti

Resoconto della riunione svoltasi il 24 aprile 2015 presso l'Ordine.

Presenti: Bafumo, Balestrino, Bignone, Fossati, Grasso, Grillo, Guerra, Lauria, Nova, Pellegrino, Perotti, Sigismondi, Silimbri.

## Come assegnare il 5% all'ENPAM

Come spesso ricorda il Presidente dr Sigismondi, siamo tutti invitati, nella prossima dichiarazione dei redditi, a scegliere a chi destinare il nostro 5 per mille all'ENPAM. Basta firmare e scrivere nel riquadro "Sostegno del volontariato e delle altre organizzazioni non lucrative di utilità sociale..." il codice fiscale della Fondazione ENPAM: **80015110580**.

## La crisi: un problema anche culturale



La sorveglianza attiva sul bambino e sull'adolescente da parte del Pediatra per cogliere i segnali precoci di rischio.

Agli albori del terzo millennio l'umanità è angustata da una crisi profonda, travaglio di un mondo che non ha finito di morire verso un mondo di cui non si intravedono gli sviluppi. È il disagio di un'epoca caratterizzata da forti contrasti ideologici, culturali, religiosi, in simbiosi con atteggiamenti diffusi di indifferenza, apatia, rassegnazione. La crisi del sistema comprende sia gli aspetti sociali che quelli economici della nostra società in cui vengono coinvolti strati e settori sempre più ampi della popolazione italiana ed europea con conseguente aumento della percentuale di povertà e di disoccupazione.

Ciononostante, il concetto di crisi ha oggi anche dei connotati culturali da non sottovalutare, quali il brusco cambiamento delle priorità della scala dei valori più diffusi e tradizionali. È cambiato il senso, la concezione stessa della famiglia, sempre più spesso frammentata, non più in grado di esercitare quel ruolo di ancoraggio e di modello che per secoli è stato presupposto consolidato di uno sviluppo psichico armonico per i bambini e gli adolescenti.

Nello stesso tempo la diffusione di tecnologie sofisticate ha introdotto stili di vita nuovi per bambini e adolescenti, elemento di indubbio progresso per l'apprendimento, ma anche foriero di nuove situazioni di rischio.

Le relazioni umane, ad esempio, tendono a diventare sempre più virtuali e sostituiscono attività relazionali dirette anche a livello ludico. Si gioca da soli e sempre di più si passano ore fermi di fronte ad uno schermo sempre più piccolo, sempre più allettante

e tecnologico; si esce fuori di casa sempre di meno e si fa sempre meno attività fisico e motoria con il conseguente trend di incremento di sovrappeso e obesità infantile. Nativi digitali, certo, ma anche persone con una identità "fluida", dispersa in una realtà poco conosciuta che diventa occasione di incontri pericolosi e che possono diventare causa di abuso.

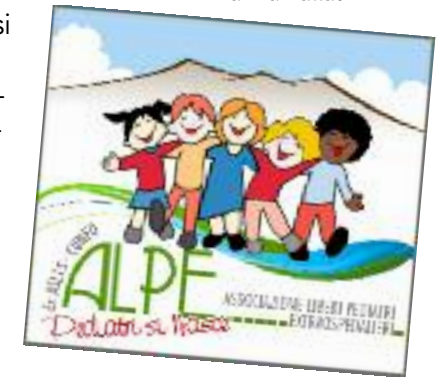
La prevalenza dei contesti virtuali e le dinamiche di gruppo nella scala dei valori degli adolescenti favorisce anche comportamenti diffusi e stereotipati, vere e proprie mode. In questo senso vanno interpretati l'uso sempre più precoce di sigarette, alcoolici, sostanze stimolanti, droghe. Non vi è la consapevolezza dei rischi a breve e lungo termine che questi comportamenti inducono, né ci si cura di valutare eventuali effetti negativi sull'organismo o sulla persona. Paradossalmente la crisi economica sembra aver indotto un incremento del numero di soggetti esposti al rischio di comportamenti devianti, probabilmente anche per l'acuirsi di conflittualità intra familiari.

Fenomeni come l'abbandono scolastico precoce tendono a crescere, in parallelo con la crescita della disoccupazione giovanile e della criminalità minorile, almeno nelle grandi aree metropolitane e nelle grandi periferie prive di servizi e supporti efficaci.

È una crisi di valori, ma anche una crisi di sistema a cui concorrono in maniera rilevante alcuni fattori di criticità quali la mancanza di una adeguata comunicazione all'interno della famiglia in cui conoscenze ed esperienze non vengono più condivise. Non c'è più la consapevolezza del ruolo che una buona comunicazione può avere anche in termini di prevenzione. Senza comunicazione prevalgono isolamento, depressione, fughe verso Internet, social network o videogiochi, comportamenti devianti all'interno e all'esterno del nucleo familiare.

Il pediatra ha un ruolo importante in questo percorso, quello di esercitare una sorveglianza attiva sui bambini e sull'adolescente per cogliere segnali precoci di rischio, ma anche di educatore di famiglie. Un ruolo di Medicina sociale e preventiva, secondo l'*advocacy* originaria della Pediatria, ma con forti accenti etici, indirizzato alla tutela e alla promozione dei diritti dei bambini e degli adolescenti a vivere in una società più ricca non di beni economici, ma di valori saldi e di certezze relazionali.

Marina Vallati





## Il ruolo degli studi umanistici nella formazione bio-medica: ha ancora senso parlarne?



In questo articolo vorrei proporre una riflessione sul ruolo delle *humanities* in medicina, vale a dire di quelle discipline accademiche che studiano la cultura umanistica, quali la filosofia, l'antropologia, la storia, ecc. Questo tema vanta riflessioni di studiosi che l'hanno affrontato sotto diversi punti di vista: alcuni ne hanno analizzato le implicazioni pedagogiche (vedi Tognon, Sir Ken Robinson e, in parte, Maccacaro), altri l'hanno messo in relazione alla criticità della contrapposizione dei due saperi, scientifico e umanistico (Bernardini e De Mauro, Giorgio Cosmacini, Snow), altri ancora hanno presentato proposte riformatrici (Cavicchi e Maccacaro), altri infine si sono interrogati sulla necessità di formare un medico vicino alle esigenze del paziente (Blueyer, Maccacaro, Cosmacini e Cavicchi). Tutti questi autori sono però concordi nell'affermare che occorre attuare un cambio di paradigma nella formazione medica: la medicina non può più essere insegnata e praticata come se fosse qualcosa di distaccato e separato da tutto ciò che è umano. Al contrario, essa deve tornare a essere una disciplina antropologica e filosofica oltre che scientifica, ossia una disciplina e una pratica in cui l'essere umano torni a essere il fine ultimo, a cui la tecnica deve in qualche modo essere utile. Solo così la medicina sarà capace di affrontare la complessità del terzo millennio e solo così si potrà evitare che il medico per-

manga nella sua inadeguatezza e regressività, che si esprimono nella dissonanza oggi esistente tra una formazione ingessata e tendenzialmente nozionistica, e il contesto sociale ed economico (in cui esiste e si sviluppa la relazione tra medico e paziente) che è invece segnato da un profondo dinamismo. Questo vuoto di attenzione nei confronti di tutto ciò che è "umano" sembra alimentare una medicina difensiva (eccesso di prescrizione, contenzioso legale, ecc.), che assume i tratti di una vera e propria anti-medicina che costa al Sistema Sanitario Nazionale e allo Stato Italiano dieci miliardi di euro l'anno (secondo le recenti stime del Ministero della Salute).

Se il percorso di studi fosse caratterizzato in modo sistematico da una formazione umanistica, si potrebbe colmare e sanare questa inadeguatezza, evitando così a cascata, la medicina difensiva? Potrebbero quindi le *humanities* colmare questo vuoto antropologico che specie negli ultimi decenni non solo non accenna a scomparire, ma sta anzi drammaticamente accentuandosi, sia nella formazione che nell'esercizio della professione medica?

Parrebbe di sì, come sostengono gli autori cui mi riferisco: insegnare ai giovani medici a mettere in discussione criticamente il nozionismo accademico, avvicinandosi così al paziente in maniera olistica ed empatica e senza affidarsi ciecamente alle Linee Guida e ai Protocolli, potrebbe essere di beneficio alla relazione terapeutica. La cura del paziente non deve né può essere separata dal contesto sociale, ideologico e culturale del malato; considerare la sola patologia vuol dire oggettivare l'essere umano e ridurlo a un semplice ammasso di molecole, tessuti e organi; in altre parole, significa negare il soggetto in quanto tale e cadere in una pericolosa contraddizione ontologica. Se il medico si avvicina al malato tralasciando le sue angosce o le sue aspettative e senza ascoltare la sua storia, perde l'unica vera occasione di un incontro tra due esseri umani. Pertanto, per ottenere l'arricchimento umanistico, che potrebbe contribuire ad ampliare la visuale del giovane medico, si dovrebbe passare attraverso l'apprendimento dei saperi umanistici, e questo passaggio potrebbe portare a compimento una trasformazione della medicina, che da disciplina tecnica, fredda e asettica, tornerebbe a essere una scienza dell'uomo e per l'uomo. Recentemente le università hanno cercato di porvi rimedio (a questo crescente bisogno di colmare un gap) aggiungendo alle scienze di



Eleonora Franzini  
Tibaldeo



base e le cliniche alcune ore d'insegnamento per le materie umanistiche (storia e filosofia della medicina, etica, sociologia, ecc.). Tuttavia, se si va ad analizzare in profondità l'innovazione, ci si rende subito conto che quello che emerge altro non è che un restyling in quanto sono state aggiunte delle materie umanistiche mantenendo i vecchi schemi di insegnamento. Il punto che vorrei però sollevare è che senza un reale pensiero riformatore che va a determinare un radicale cambiamento della sostanza dell'insegnamento della medicina, quello che si ottiene è un'invasione di campo a senso unico da parte di altre figure (antropologi, sociologi, psicologi, filosofi, ecc.), che avranno il compito di occuparsi di quei pezzi di sapere che il medico non considera, mantenendo quindi il riduzionismo intellettuale. È necessario invece interconnettere i contenuti scientifici con nuovi modi di conoscere e agire; occorrono pertanto altre epistemologie, altre ontologie e altre pragmatiche applicate alla clinica, che siano cioè *clinical oriented*. Insegnando agli studenti un pensiero flessibile adatto a gestire cognitivamente la complessità in un'ottica di relazione, si raggiungerebbe finalmente la formazione del medico a pieno titolo.

Un altro fenomeno più recente ha contribuito in maniera significativa a decidere le sorti della formazione: negli ultimi decenni si è assistito al graduale declino degli insegnamenti umanistici. Si tratta di un fenomeno che è stato oggetto di annosi dibattiti e le cui cause sono state erroneamente attribuite al prevalere delle scienze esatte. In realtà il vero problema è che al momento né il pensiero scientifico, né quello umanistico, sono in grado di contrastare, con la dovuta efficienza, il dilagare di falsi saperi e irrazionalità. Per questo motivo, anche le scienze umanistiche si sono concentrate solo su aspetti isolati o slegati dell'essere umano, senza indagarne la reale complessità e finendo per non riuscire a proporsi come metodi di indagine affidabili e autonomi. Anche la pedagogia moderna, che pure si è lungamente battuta per un vero cambiamento didattico, ha spesso finito per assecondare quelle visioni dell'umano che ambiscono a ridurre l'umano alla sola dimensione cognitiva, senza considerare adeguatamente la coloritura e rilevanza pedagogica delle relazioni umane.

Quindi, come si può dedurre a vario titolo dall'analisi degli autori presi in considerazione, se effettivamente si può parlare di crisi, essa coinvolge tutti i saperi. Come fare dunque per cercar d'invertire la tendenza? Una proposta può essere quella che ambisce a non separare o ridurre ciò che dovrebbe rimanere integro, iniziando a sostenere una cultura della complessità e un pensiero probabilistico invece che deterministico. Il risvolto pedagogico e formativo di questa proposta consisterebbe nell'educare i giovani al sentimento, all'empatia, alla solidarietà e alla compassione, oltre che - s'intende - agli aspetti logici e cognitivi.

## Medici cuneesi...in gamba

Spesso si ritiene che l'erba del vicino sia migliore e si trascura la propria. Così il consiglio dell'Ordine si è voluto interrogare sulla capacità di produzione scientifica dei medici della provincia di Cuneo. E, sorpresa, la nostra provincia può vantare della buona erba. Il primo pensiero era quello che l'attività di ricerca fosse limitata al S. Croce e, invece, con immenso piacere si è potuto apprezzare che questa coinvolgeva tutti i medici della provincia indipendentemente dalla propria affiliazione. Così, si è pensato di attivare una rubrica dove elencare e far commentare agli autori stessi l'oggetto della loro curiosità intellettuale in modo che il sapere e la consapevolezza di non far di meno degli altri sia estesa a tutti gli iscritti del nostro Ordine. Vogliateci segnalare, dunque, lavori scientifici eventualmente con breve commento che siano sfuggiti alla nostra curiosità.

**Feola M., Testa M., Leto L., Rosso G.L.: "The predictive value of non-invasive cardiac output at rest in discharged heart failure patients".**

*Int J Cardiol.* 2015 Apr 4;188:50-51.

*Lo studio riguarda 172 pazienti dimessi vivi dopo uno scompenso cardiaco acuto; seguendoli con un follow-up di quasi 3 anni si è evidenziato come la determinazione singola di portata cardiaca non invasiva, che si può effettuare a Fossano con una specifica apparecchiatura, è in grado di predire molto accuratamente la morte/riospedalizzazione per scompenso.*

**Laura Leto, Marzia Testa, Mauro Feola: "Correlation between B-Type Natriuretic Peptide and Functional/Cognitive Parameters in Discharged Congestive Heart Failure Patients".**

*Int J endocrinol Volume 2015 (2015), Article ID 239136.*

*Lo studio riguarda 951 pazienti dimessi dopo un episodio acuto di scompenso cardiaco e dimostra come il valore di BNP plasmatico all'accettazione ed alla dimissione correli con la prognosi a 6 mesi.*

**Castellano E., Pellegrino M., Attanasio R., Guarnieri V., Maffè A., Borretta G.: "Primary hyperparathyroidism and Klinefelter's syndrome in a young man".** *Endocrinol Diabetes Metab Case Rep.* 2015 Apr 1.

*Questo articolo riporta l'associazione tra iperparatiroidismo I (PHPT) e sindrome di Klinefelter (SK), in un giovane ragazzo valutato per astenia ingravescente. La coesistenza di queste due patologie è molto rara: in letteratura esiste un solo altro caso, descritto alla Mayo Clinic nel 1962. PHPT ed SK, sebbene non siano al momento noti dei link patogenetici comuni, condividono taluni sintomi clinici (ad esempio l'osteoporosi) ed altri segni più aspecifici (tra i quali astenia e depressione), che possono sovrapporsi ed aggravarsi a vicenda, rendendo più complessa la diagnosi.*

Nonostante non sia di frequente riscontro nei giovani con SK, questo paziente risultava già affetto da osteoporosi. Inoltre, anche dopo la risoluzione biochimica dell'ipogonadismo, il quadro astenico era regredito solo minimamente. Dopo paratiroidectomia si è invece assistito ad un progressivo miglioramento della sintomatologia. Questo caso emblematico ricorda ai clinici la possibilità di coesistenza di patologie differenti con sintomi analoghi; in particolare gli autori suggeriscono di screenare i giovani pazienti con SK, soprattutto quando già osteoporotici alla diagnosi, per altre cause di osteoporosi secondaria.

**Tonissi F., Lattanzio L., Merlano M.C., Infante L., Lo Nigro C., Garrone O.:** "The effect of paclitaxel and nab-paclitaxel in combination with anti-angiogenic therapy in breast cancer cell lines". *Invest New Drugs*. 2015 May 7.

Lo scopo dello studio era di verificare se esistessero delle interazioni a livello molecolare fra nab-paclitaxel (Nab-P) e bevacizumab. Il lavoro è stato condotto su linee cellulari di carcinoma mammario, una positiva per recettori ormonali (MCF7), l'altra negativa (MDA-MB-231). Gli esperimenti sono stati condotti utilizzando oltre a Nab-p anche il paclitaxel (P). L'associazione di Nab-p + bevacizumab ha dimostrato di inibire una percentuale di cellule neoplastiche maggiore rispetto al chemioterapico da solo in entrambe le linee cellulari, mentre lo stesso non è stato osservato con il P. Inoltre l'associazione di Nab-p + bevacizumab ha dimostrato un'inibizione della crescita cellulare maggiore nelle cellule MDA-MB-231. L'esperimento è stato condotto anche in co-culture, facendo crescere le linee cellulari a contatto con cellule endoteliali. L'associazione di nab-p+ bevacizumab ha dimostrato un effetto antiproliferativo maggiore rispetto a nab-p da solo, in entrambe le linee cellulari. L'aggiunta del bevacizumab al P ha aumentato l'attività antiproliferativa del farmaco nelle cellule MDA-MB-231. Il nab-paclitaxel rappresenta una formulazione nuova di paclitaxel, che non richiede premedicazione. È veicolato dall'albumina che consente l'internalizzazione del farmaco nelle cellule neoplastiche. Lo studio non ha evidenziato interferenze a livello molecolare fra nab-p e bevacizumab; è emerso che le cellule ER- sono più sensibili all'associazione. Lo studio più accurato della farmacocinetica della combinazione di nab-p e bevacizumab potrebbe determinare migliori risultati terapeutici e minore tossicità.

**Pellegrino R., Crimi E., Gobbi A., Torchio R., Antonelli A., Gulotta C., Baroffio M., Papa G.F., Dellacà R., Brusasco V.:** "Severity grading of chronic obstructive pulmonary disease: the confounding effect of phenotype and thoracic gas compression". *J Appl Physiol* (1985). 2015 Apr 1;118(7):796-802.

I pazienti BPCO con prevalente enfisema (E) hanno un VEMS significativamente minore rispetto a quelli con bronchite cronica (BC) nonostante un simile grado di ostruzione bronchiale. Poiché in base alle linee guida Gold, la terapia della BPCO si basa sul VEMS indipendentemente dal fenotipo, i pazienti con prevalente E rischiano di essere sovratrattati con dosi e combinazioni di farmaci troppo elevate e potenzialmente pericolose. È tempo che i fenotipi prin-

cipi della BPCO siano riconsiderati dalle LG alla luce dei loro complessi effetti sulla funzione polmonare (1, 2).

1. Antonelli A et al. *Pitfalls in spirometry: clinical relevance*. *World J Respirol* 2014; 4: 19.

2. Pellegrino R et al. *Interpretative strategies for lung function tests*. *Official statement of the American Thoracic Society and the European Respiratory Society*. *ER J* 2005; 26: 948.

**Grosso M., Balderi A., Arnò M., Sortino D., Antonietti A., Pedrazzini F., Giovinazzo G., Vinay C., Maugeri O., Ambruosi C., Arena G.:** "Prostatic artery embolization in benign prostatic hyperplasia: preliminary results in 13 patients". *Radiol Med*. 2015 Apr;120(4):361-8.

L'embolizzazione delle arterie prostatiche è stata recentemente proposta come metodica mini-invasiva per il trattamento dell'iperplasia prostatica benigna (IPB). Per la prima volta in Italia, nel mese di maggio del 2012, all'ospedale S. Croce e Carle di Cuneo è stato sottoposto ad embolizzazione un paziente affetto da IPB, con problemi di ritenzione urinaria e portatore di catetere vescicale a permanenza, non operabile. Nell'articolo viene raccolta la casistica fino al novembre 2013. È stato ottenuto il successo tecnico nel 92% dei casi. I pazienti hanno rimosso il catetere dopo un periodo medio di 15 giorni. Nei successivi controlli a 3, 6 e 12 mesi si è rilevata una riduzione dell'International Prostate Symptoms Score media di 17, 1 punto, un aumento medio dell'International Index of Erectile Function di 2, 6 punti, un miglioramento medio della Quality of Life di 2, 6 punti e una riduzione media del volume prostatico del 28%. In accordo con la letteratura internazionale si è dimostrata la fattibilità, la sicurezza e l'efficacia di tale trattamento nella gestione dei pazienti con sintomatologia delle basse vie urinarie correlata all'IPB.

**Roila F., Ruggeri B., Ballatori E., Fatigoni S., Caserta C., Licitra L., Mirabile A., Ionta M.T., Massidda B., Cavanna L., Palladino M.A., Tocci A., Fava S., Colantonio I., Angelelli L., Ciuffreda L., Fasola G., Zerilli F.;** Italian Group for Antiemetic Research: "Aprepitant versus metoclopramide, both combined with dexamethasone, for the prevention of cisplatin-induced delayed emesis: a randomized, double-blind study". *Ann Oncol*. 2015 Mar 5.

Lo studio recentemente pubblicato fa seguito ad uno precedente in cui un analogo trattamento di profilassi antiemetica era stato attuato in pazienti con tumori della mammella trattati con una associazione di antraciclina e ciclofosfamide, ottenendo risultati analoghi. Questo studio era rivolto a pazienti in trattamento con combinazioni a base di Cisplatino, a dosi superiori o uguali a 60 mg/mq, cioè soprattutto malati con tumore polmonare. Nella profilassi dell'emese ACUTA da Cisplatino è raccomandata l'associazione di Aprepitant, di un 5-HT3 antagonista e di Desametasone. Lo studio si proponeva di verificare se nella profilassi dell'emese TARDIVA l'associazione Aprepitant-Desametasone (A+D) fosse superiore alla classica combinazione di Metoclopramide-Desametasone (M+D).

Sono stati arruolati 303 pazienti, di cui 284 valutabili, di questi 147 sono stati trattati con A+D e 137 con M+D. Il controllo della sintomatologia è stato completo in entrambi i bracci di trattamento, pertanto A+D non è risultato superiore a M+D. Nella pratica clinica quotidiana spesso è preferibile comunque, in questi pazienti, l'associazione con Aprepitant in quanto l'utilizzo della Metoclopramide, alle dosi necessarie per il controllo della nausea, ha causato disturbi di tipo extrapiramidale non infrequentemente.

Vinai P., Ferri R., Anelli M., Ferini-Strambi L., Zucconi M., Oldani A., Manconi M.: "New data on psychological traits and sleep profiles of patients affected by nocturnal eating". *Sleep Med.* 2015 Mar. 5.

Un complesso equilibrio ormonale fa sì non si provi fame durante il sonno, ma ciò non avviene nella Night Eating Syndrome (NES), un disturbo alimentare che colpisce oltre il 30% dei grandi obesi; questi pazienti introducono oltre il 25% del cibo quotidiano dopo cena. Ciò rende complessa, la gestione dell'insulina serale (sono spesso pazienti diabetici) e aumenta il rischio cardiovascolare, poiché la loro pressione arteriosa non si abbassa durante la notte. La diagnosi non è semplice poiché il sintomo è condiviso con la Sleep Related Eating Disorder (SRED) una sorta di sonnambulismo in cui i pazienti mangiano senza rendersene conto. Si cura con gli antidepressivi (Sertralina e Citalopram) e la Psicoterapia Cognitiva. Del tutto inefficaci gli ipnoinducenti, anzi lo Zolpidem può indurre la SRED, (che peraltro non trae alcun beneficio da queste terapie). In questo studio abbiamo descritto alcune caratteristiche sinora non pubblicate di questi pazienti, polisonnografiche (riduzione della sleep efficiency, sleep fragmentation) e psicologiche (impulsività), utili a differenziare la NES dalla SRED.

Endrj M., Paolo B.G., Cecilia G., Guido R., Vado A.: "Characterization of Ventricular Activation Pattern and Acute Hemodynamics during MultiPoint Left Ventricular Pacing". *Heart Rhythm.* 2015 Apr 23.

La resincronizzazione cardiaca (CRT) si è dimostrata negli ultimi dieci anni parte integrante nella terapia dello scompenso cardiaco avanzato (Classe NYHA II-III) con ritardo di conduzione all'ECG con aspetto a blocco di branca sinistro. Il razionale di questa terapia è basato sul fatto che i pazienti portatori blocco di branca sinistro presentano un ritardo nell'inizio della contrazione della parete laterale tale da rendere tale parete fuori 'sincronia' con il restante miocardio così da generare o aggravare un deficit di contrazione miocardica. Sono attualmente disponibili sistemi di CRT formati da un defibrillatore con integrato uno stimolatore cardiaco capace di stimolare contemporaneamente il ventricolo destro come un tradizionale pacemaker e il ventricolo sinistro attraverso un catetere posizionato sulla parete epicardica del cuore attraverso la cateterizzazione di una vena tributaria del seno coronarico. Negli ultimi 2 anni si sono resi disponibili cateteri per il ventricolo sinistro multipolari, capaci di stimolare il ventricolo sinistro su più punti in modo sincrono o con vari accoppiamenti. Il nostro studio ha documentato come si attiva il ventricolo sinistro in varie modalità di stimolazione.

Il nostro lavoro rappresenta il primo studio dell'attivazione del ventricolo sinistro nella stimolazione multipolare e pone le basi per una semplice programmazione del dispositivo elettronico per ottimizzare i risultati della CRT, tenendo conto che le teoriche possibili programmazioni sono oltre 20.000.

Verma A., Jiang C.Y., Betts T.R., Chen J., Deisenhofer I., Mantovan R., Macle L., Morillo C.A., Haverkamp W., Weerasooriya R., Albenque J.P., Nardi S., Menardi E., Novak P., Sanders P.; STAR AF II Investigators: "Approaches to catheter ablation for persistent atrial fibrillation". *N Engl J Med.* 2015 May 7;372(19):1812-22. doi: 10.1056/NEJMoa1408288.

L'ablazione transcatetere della fibrillazione atriale è una terapia efficace ed affidabile. Tuttavia le tecniche di ablazione sono piuttosto diverse tra centro e centro per il trattamento di questa aritmia. Lo studio pubblicato sul NEJM di maggio a cui ha partecipato il laboratorio di elettrofisiologia del Dipartimento Cardiovascolare dell'Ospedale S.Croce e Carle ha confrontato in modo randomizzato tre strategie di ablazione, ottenendo un risultato sostanzialmente uguale qualunque strategia venga utilizzata. Da questo studio si ricava quindi che una strategia meno complicata ed invasiva porta al medesimo risultato clinico.

Zadra A.R., Ripellino P., Barzagli N.: "Cardiac tamponade as presenting symptom of tuberculosis". *BMJ Case Rep.* 2015 Apr 29;2015

L'incremento dell'incidenza di tubercolosi nella popolazione è un problema emergente di sanità pubblica, e le problematiche suscitano nuovo interesse per i medici del territorio. Una possibile manifestazione è la localizzazione cardiaca, che può essere secondaria a TBC polmonare o presentarsi straordinariamente come forma isolata. In questo caso la diagnosi può essere difficoltosa. Abbiamo descritto il caso di un giovane somalo che riteniamo rilevante dal punto di vista clinico. Il paziente si è presentato in ospedale con un quadro critico sovrapponibile a un tamponamento cardiaco: ipotensione, tachicardia e dispnea. Le indagini strumentali a disposizione (ecocardiografia, TC e RMN) hanno escluso la classica TBC polmonare ed evidenziato delle masse adese al ventricolo destro che impedivano il corretto riempimento cardiaco. La diagnosi definitiva è stata possibile solo attraverso l'indagine istologica dopo intervento cardiocirurgico, necessario per ripristinare l'ostruzione che causava la bassa gittata cardiaca. Un importante aspetto della gestione è stato il controllo dell'infezione nell'ambito perioperatorio e di terapia intensiva. Nel sospetto di TBC attiva è necessario che la struttura di ricovero disponga di sale operatorie adeguatamente ventilate e spazi dedicati di terapia intensiva, ed è fondamentale l'educazione del personale sanitario alle adeguate misure di isolamento delle vie aeree e da contatto nei casi di sospetta TBC, soprattutto se sottoposti ad intervento chirurgico.



## Publicità Sanitaria, la nuova frontiera della professione

Alla luce delle ultime normative che regolano la pubblicità in ambito sanitario, comincia a comparire, un po' in tutte le città, un numero smisurato di cartelloni, manifesti, etc, che decantano le virtù di studi monoprofessionali, associati, società e affini.

La prima idea che mi viene in mente e' la seguente: ma perché non lo faccio anch'io visto che ormai lo fanno tutti?

Riflettendo un po' però sopraggiungono alcune considerazioni : innanzitutto il detto "la pubblicità è l'anima del commercio" già di per sé chiarisce che dovrebbe essere di pertinenza dei commercianti, mentre se ci penso bene il corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, compresa la Facoltà di Odontoiatria e Protesi Dentaria, dovrebbe abilitare ad una professione avente come oggetto i pazienti e non degli oggetti inanimati da vendere.

Se poi in preda a qualche dubbio vado a rileggere il codice deontologico dell'ultima versione, dopo le modifiche volute da Bersani, devo dire che alcune indicazioni abbastanza precise, circa le modalità di divulgazione di un messaggio pubblicitario, ci sono eccome. Negli ultimi mesi la commissione disciplinare albo odontoiatri sta valutando un sempre maggior numero di segnalazioni di pubblicità ingannevole, comparse in giro per la provincia. Questo malcostume - che ricordo e sottolineo era già ampiamente censurato nella

prima versione del codice ma che comunque è confermato anche nell'ultima - credo che, oltre a suscitare lo sconcerto dei colleghi deontologicamente corretti più sensibili, nel breve e medio periodo non possa portare altro che a uno svilimento e a un inevitabile declassamento dell'intera professione medica.

Non voglio entrare nel merito di quelle pubblicità di scarso/scarso gusto che sempre più spesso vedo tappezzare la mia e molte altre città della zona, per non parlare poi dei grandi capoluoghi di provincia. In certi casi infatti si potrebbe quasi pensare che il collega abbia dato mandato all'amico o socio di turno di gestire la sua immagine, purtroppo al momento ancora oscurata nella nebbia dei comuni medici mortali. L'amico o socio incaricato,

lavorando o avendo lavorato nel settore pubblicitario, una volta ottenuta carta bianca ha dato ampiamente sfogo alla sua creatività, con il risultato di generare notizie di terapie miracolose, talvolta discutibili, infondate e soprattutto creando aspettative al paziente comune, decisamente non veritiere.

È infatti il concetto di base che mi lascia sempre perplesso; perché se da un lato capisco che i grandi patrimoni non abbiano aspettato un attimo a gettarsi in quello che era una fetta di mercato completamente nuova per molti individui ben dotati economicamente, e cioè aprire aziende non più di vendita di prodotti ma di gestione di professionisti, non comprendo comunque come certi colleghi dopo aver tanto faticato a raggiungere una laurea di questo tipo riescano ad accettare di lavorare per conto di terzi a stipendi che giunge alle orecchie siano quasi sovrapponibili a quelli delle badanti. Ma certo siamo in un periodo di crisi, come ho fatto non pensarci prima è quello che avranno considerato molti colleghi soprattutto giovani che pur di raccattare qualche lavoro, il più velocemente possibile, hanno ben ragionato di mettersi a disposizione di strutture molto grosse pur di ricevere almeno uno straccio di stipendio.

Tralasciando ora il discorso legato ai grossi centri medici e odontoiatrici, l'altra considerazione che mi viene da fare è questa :ma perché tutti gli esercenti le altre libere professioni, avvocati, commercialisti, architetti, non hanno cominciato questa nuova avventurosa corsa all'oro?

Non sarà mica che questa corsa alla ricerca del più bravo, e soprattutto del più economico, non sia in realtà una corsa al ribasso? Sicuramente non lo è per gli investitori che possono permettersi di avere laureati in medicina e odontoiatria da avere come dipendenti, a basso costo. Così come per le società e ditte specializzate in pubblicità, che ingrassano e proliferano vendendo fumo ed effetti speciali.

No, no, in realtà è la nuova frontiera della professione medica, e finalmente, con il dilagare della gara a chi le spara più grosse, passerà di moda il vecchio sport di nicchia, ma presente in tutte le regioni d'Italia, e cioè quello del parlare male del collega della porta accanto.

Parlando con colleghi ormai a fine della loro onorata carriera, sempre fonti di consigli preziosi e da custodire gelosamente, sento raccontare che spesso qualche volta a qualcuno è successo di..... parlar male del loro stesso precedente operato.... (ah se solo avessi ricordato quel volto così famigliare...).



Roberto Gallo

**Aggiungiamo un'importante annotazione da parte della Commissione Albo Odontoiatri: si comunica che, data la vertenza legale in corso, tra l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato, e la FNOMCeO, i provvedimenti Disciplinari inerenti l'infrazione degli articoli 54 e 56 del Codice di Deontologia Medica, approvato nel 2014, sono momentaneamente sospesi. Pertanto, in attesa del pronunciamento del TAR del Lazio, ogni sospetta violazione di tali articoli verrà sospesa in attesa di una decisione definitiva in merito.**





## Il consenso/dissenso informato nel nuovo codice di deontologia medica

Il dissenso informato da parte di un malato maggiorenne e capace. Trattiamo la parte di questo argomento a motivo della complessità e delle discussioni di tipo etico-giuridico che emergono nel contesto italiano. Nella versione precedente del Codice si parlava di "rifiuto" delle cure (artt. 13, 35), mentre in quest'ultima versione si afferma che «il medico non intraprende né prosegue in procedure diagnostiche e/o interventi terapeutici [...] in presenza di dissenso informato» (art. 35). Il dissenso informato non è che la conseguenza del principio della libertà di cura, sancito dall'art. 32 della Costituzione italiana e ancora dall'art. 13, secondo il quale «non è ammessa [...] qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge». La normativa europea afferma esplicitamente che «la persona interessata può, in qualsiasi momento, liberamente ritirare il proprio consenso» (Convenzione di Oviedo, art. 5). Anche nel nuovo Codice si ha riscontro di tale diritto, laddove si afferma che il medico «non prosegue» negli interventi terapeutici in presenza di dissenso informato. L'assistito può esercitare il proprio dissenso soltanto dopo aver ricevuto un'informazione dettagliata e chiara sulle sue condizioni di salute, sui percorsi possibili di cura e sulle conseguenze della sua scelta, altrimenti il dissenso non si intende validamente espresso. È opportuno che venga espresso in forma scritta e in presenza di testimoni.

Certamente il dissenso crea difficoltà, ma non necessariamente porta alla rottura dell'alleanza di cura, che abbiamo detto essere la base del rapporto medico-paziente. Prendiamo ad esempio uno dei casi più noti, come il dissenso di un testimone di Geova alla trasfusione di sangue o di prodotti emoderivati. Con tale scelta, dettata da motivi notoriamente religiosi, non viene esplicitata la volontà di non essere curato, ma unicamente la non accettazione di "quella" cura. Preso atto di ciò, il medico può procedere a cure alternative, come già accade in diversi centri. Del resto la trasfusione di sangue o di emoderivati prevede per legge l'acquisizione di un consenso. Ben altrimenti si configurerebbe la circostanza di un malato "incapace", portato d'urgenza al pronto soccorso con in dosso il cartellino "No alle trasfusioni di sangue". In tal caso l'espressione di volontà non ha valore legale, né ha potere vincolante sul medico, che può assumere tutti i provvedimenti del caso. La differenza consiste nel fatto che la volontà così espressa non è "informatata", né "attuale".

Fino a che punto va rispettato il dissenso di un malato maggiorenne e "capace"? Deve essere rispettato anche riguardo a trattamenti di sostegno vitale? L'interrogativo è cruciale. In Italia le posizioni continuano ad essere discordanti, perché una parte del pensiero giurisprudenziale e del pensiero etico ritiene che

il dissenso alle cure non possa spingersi fino a sacrificare il bene della vita, configurandosi il diritto alla salute anche come un "dovere sociale". Di diverso avviso è la suprema Corte di Cassazione, secondo cui «deve escludersi che il diritto alla autodeterminazione terapeutica del paziente incontri un limite allorché da esso consegua il sacrificio del bene della vita» (Cass., sez. I civ., 16 ottobre 2007, n. 21748). La distanza tra queste due posizioni viene stigmatizzata anche dal Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), secondo il quale «da un lato vi è la posizione secondo cui la vita umana costituisce un bene indisponibile», dall'altro, quella che considera il bene vita come un bene senza dubbio primario e meritevole della massima tutela, ma non per questo assoggettato ad un regime di assoluta indisponibilità» (Rifiuto e rinuncia consapevole al trattamento sanitario nella relazione paziente-medico - 24 ottobre 2008).

Quali indicazioni possiamo trovare nel nuovo Codice? Non una risposta diretta. Nell'art. 37 si afferma che «in caso di opposizione da parte del rappresentante legale al trattamento necessario e indifferibile a favore di minori o di incapaci, il medico è tenuto a informare l'autorità giudiziaria; se vi è pericolo per la vita o grave rischio per la salute del minore e dell'incapace, il medico deve comunque procedere senza ritardo e secondo necessità alle cure indispensabili». Qui si considerano soltanto i minori o gli incapaci. L'altro articolo riguarda il rifiuto consapevole di alimentarsi da parte di una persona maggiorenne e capace, occasione nella quale «il medico informa la persona capace [...], ne documenta la volontà e continua l'assistenza, non assumendo iniziative coercitive né collaborando a procedure coattive di alimentazione o nutrizione artificiale» (art. 53). E ancora, riguardo all'assistenza di urgenza e di emergenza, si afferma che «il medico assicura l'assistenza indispensabile [...] nel rispetto delle volontà se espresse» (art. 36). Le ragioni di urgenza giustificano un intervento "senza" il consenso informato, non "contro" la volontà dell'interessato, laddove validamente espressa. Occorre valutare bene le ragioni di un eventuale intervento coattivo su di un paziente "capace" dissenziente, perché l'unica norma specifica al riguardo è il trattamento sanitario obbligatorio (TSO), previsto dalla legge n. 833/78, art. 33.

Ma forse non è questa l'impostazione più corretta per affrontare il problema. La stessa Corte di Cassazione e il Comitato Nazionale per la Bioetica invitano ad una strategia della persuasione, perché «il compito dell'ordinamento è anche quello di offrire il supporto della massima solidarietà concreta nelle situazioni di debolezza e di sofferenza» (Cass., sez. I civ., 16 ottobre 2007, n. 21748).



prof. Antonio Rlmedio  
Presidente  
del Comitato Etico  
Interaziendale A.S.O.  
"S. Croce e Carle"  
di Cuneo, Asl CN1,  
Asl CN2, Asl Asti

## Le nuove tecniche per il trapianto di cornea

A febbraio si è svolto a Roma il XIX Congresso Nazionale sul trapianto di cornea organizzato dalla S.I.T.R.A.C (Società Italiana di Trapianto di Cornea): lo scopo del Congresso era quello di favorire lo scambio di informazioni, conoscenze e esperienze riguardanti le tecniche chirurgiche (cheratoplastica lamellare anteriore o posteriore o perforante 1), le terapie mediche (cross-linking 2), i problemi medico legali e i risvolti sociali del trapianto di cornea: ad esempio non tutti sanno che il trapianto di cornea è considerato migliorativo perché è in grado di migliorare la qualità della vita del paziente! Il convegno è stato un importante appuntamento annuale di studio e di approfondimento per medici, chirurghi oculisti, infermieri ed optometristi, e l'organizzazione ha concesso ampio spazio al dibattito e al confronto tra le diverse tecniche oggi presenti sul panorama mondiale, grazie alla presenza di docenti e relatori di fama. Le nuove tecniche emergenti (cheratoplastica lamellare anteriore e posteriore, la cui innovazione sta nel fatto che si vanno a sostituire i soli strati lamellari affetti) sono ancora poco utilizzate in Italia e sono tuttora in discussione tra i chirurghi oftalmologi, ma il loro utilizzo pare dare notevoli vantaggi: permettono un più rapido recupero della vista, una minore invasività dell'intervento e la diminuzione dei costi, in quanto eseguibili in regime ambulatoriale.

Il progresso tecnico e scientifico che è sorto parallelo allo sviluppo di queste nuove metodiche (si pensi per esempio alla progettazione e all'utilizzo del laser a femtosecondi per tagliare lembi sottili anche di pochi micron) ha giocato un ruolo fondamentale nell'ottenere questi ottimi risultati: chi l'ha reso possibile è stata la banca degli occhi, che conferma ancora una volta, il suo ruolo centrale nella preparazione di lembi "pre-tagliati" e nel trasporto, il tutto con notevole soddisfazione da parte degli utenti.

La cornea, ricordiamolo, è un sottile strato di tessuto trasparente, non irrorato dalla circolazione sanguigna, che ricopre la parte anteriore dell'occhio. Ha uno spessore di circa 800 micron e la sua funzione è quella di permettere la messa a fuoco degli oggetti, insieme al cristallino. Purtroppo esistono malattie genetiche (vedi il cheratocono) e non (esiti cicatriziali in seguito a infezioni, infiammazioni o traumi), che ne alterano la trasparenza e la sua capacità refrattiva, determinando di conseguenza disturbi della vista o addirittura la cecità.

La mancanza di irrorazione corneale ha il vantaggio dell'assenza di limitazioni per espianto o impianto.

Secondo il Centro Nazionale Trapianti<sup>3</sup>, tra il 2002 e il 2013 si è avuto un incremento nelle donazioni di cornea, passando da circa 6.000 ad oltre 7.000 donazioni. La media dei trapianti, invece, sempre nello stesso lasso di tempo (2002-2013) è stata di circa 5.000 l'anno. In maniera più globale, invece, considerando le donazioni di tutti i tessuti si registra un calo di circa il 6% dall'atteso, come

se fossimo di fronte ad una controtendenza nelle donazioni. I motivi potrebbero essere i più svariati, ma vi è il fatto che i trapianti di tessuti hanno un impatto minore sui media e sull'immaginario collettivo rispetto a quello di organi, anche se costituiscono un settore della medicina in rapida espansione e che offre notevoli possibilità terapeutiche.

La donazione della cornea, come qualsiasi altro tessuto od organo, è regolamentata da diverse leggi nazionali che si sono susseguite negli anni; può avvenire solo in seguito ad assenso o del coniuge non legalmente separato, o dei figli, se maggiorenni, o dei genitori, salvo rifiuto in vita da parte del deceduto. Se il soggetto è interdetto o minorenne, interverrà il legale rappresentante.

Il coordinamento dell'attività di donazione, prelievo e trapianto è articolato in Italia, su quattro livelli: nazionale (CNT), regionale e interregionale (CRT e CIRT) e locale (ASL e centri Trapianto). Il medico che dichiara la morte è tenuto a dare immediata comunicazione al centro di riferimento per gli innesti corneali (banche degli occhi) che si adopereranno per le successive operazioni (espianto, trasporto, preparazione e distribuzione del tessuto secondo le liste d'attesa regionali, che per fortuna non sono così lunghe come per gli organi!). Queste banche sono vere e proprie strutture sanitarie pubbliche preposte a tal compito e inoltre hanno anche il dovere di informare, far propaganda sul territorio e sostenere la ricerca; vengono periodicamente ispezionate dal CNT (Centro Nazionale dei Trapianti) e devono rispondere a dei criteri standard dettati dalle norme vigenti nazionali, nonché da una direttiva del 2004 del Parlamento Europeo e del Consiglio. Sull'assenso alla donazione, in Italia vige ancora il principio del consenso o del dissenso esplicito, non ancora del silenzio assenso: tutti noi, maggiorenni, abbiamo la possibilità di dichiarare la nostra volontà in materia di donazione di organi e tessuti dopo la morte, attraverso le seguenti modalità:

- registrando la propria volontà all'ASL di riferimento o presso il medico di famiglia;
- compilando il tesserino di una delle Associazioni del settore (ce ne sono diverse: AIDC per la cornea, ADMO per il midollo osseo, AIDO per organi e tessuti) che va conservato assieme ai documenti personali;
- o presso l'Ufficio Anagrafe del proprio comune di residenza, quando si rinnova la carta d'identità. Ma questa modalità non è universalmente attuata perché presenta ancora delle criticità nella gestione dei dati sensibili e nella privacy.

Ricordiamoci che ognuno ha il diritto di non donare, ma ha il dovere di essere informato!



Eleonora Franzini  
Tibaldeo

1. EK: cheratoplastica endoteliale o lamellare posteriore; la tecnica elettiva è il DSAEK: acronimo di Descemet Stripping Endothelial Automated Keratoplasty, oppure la DMEK: cheratoplastica della membrana endoteliale del Descemet; DALK: trapianto di cornea lamellare anteriore profonda e ALK: cheratoplastica lamellare anteriore; PKP: cheratoplastica perforante a tutto spessore;

2. Cross-linking: nuova tecnica utilizzata per il trattamento del cheratocono, dove basta imbibire la cornea di riboflavina e trattarla con uno speciale raggio luminoso che attiva il composto, promuovendo l'indurimento delle fibre. Il cheratocono è una malattia che colpisce la cornea, sfiancandola, questa si assottiglia e assume una forma a cono, determinando un astigmatismo ingravescente.

3. CNT (Centro Nazionale dei Trapianti) ed EuroCet (registro europeo delle autorità competenti per la gestione di cellule e tessuti), portale del Ministero della salute: [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)



Eduardo Belgrano

## Apri a Mondovì l'ambulatorio medico sociale

La crisi economica che ha colpito il nostro paese, ha creato condizioni di povertà che non hanno precedenti. Le difficoltà nel mondo del lavoro hanno determinato condizioni critiche in tante famiglie sia italiane che straniere. Sono in molti ormai quelli che non sono in grado di pagare farmaci non a carico del servizio sanitario nazionale.

Le persone meno abbienti, inoltre non riescono a pagare il ticket per una visita specialistica. Per cercare di venire incontro alle esigenze di color che soffrono due volte, una perchè sono malate e una perchè non hanno i soldi per curarsi, la Caritas diocesana e la Croce Rossa Italiana di Mondovì si sono unite per dar vita alla realizzazione di un ambulatorio medico.

La CRI mette a disposizione i locali, le attrezzature e il personale infermieristico. Alcuni medici volontari, tra i quali il Dr Belgrano, la Dr.ssa Facelli, il Dr Manildo, il Dr Piacenza e la Drssa Zecchino, hanno dato la loro disponibilità per le visite mediche. La Caritas si farà carico della spesa farmaceutica, nei limiti delle sue possibilità. Molti di questi pazienti si rivolgono già alla Caritas che cerca di aiutarli per le necessità più immediate (alimenti di prima necessità, vestiario, aiuti economici per esigenze abitative come affitto, luce, gas).

L'attività dell'ambulatorio nasce dopo un incontro con i responsabili della medicina e dell'assistenza sanitaria territoriale dell'ASL CN1 del distretto di Mondovì e dopo una riunione con l'equipe dei medici di medicina generale.

Lo scopo è quello di garantire l'assistenza medica a coloro che non possono fruire del Sistema Sanitario Nazionale o che fanno difficoltà a gestire i propri problemi di salute, per le condizioni di marginalità sociale e/o di eterogeneità culturale in cui si trovano: persone immigrate senza permesso di soggiorno, poveri e senza fissa dimora, per lo più senza assistenza sanitaria. Ma c'è anche chi, godendo dell'assistenza sanitaria, non ha i mezzi finanziari per pagare farmaci di fascia C, gli esami e i ticket per le prestazioni mediche.

Vengono visitati e si prescrivono i farmaci ai pazienti inviati dalla Caritas di Mondovì e dalle Caritas del territorio e a tutti quelli che si rivolgono all'ambulatorio trovandosi nelle condizioni di cui abbiamo già detto. I pazienti presentano la ricetta presso due farmacie della città, che hanno stipulato una convenzione con la Caritas, e ricevono gratuitamente il farmaco necessario.

Per aiutare queste persone, inoltre, un gruppo di medici specialisti, il Dr Dadone nell'ambito della ginecologia, il Prof. Rossi oculista, il Dr Formentelli odontoiatra, insieme ad altri professionisti del Monregalese, hanno dato la disponibilità per visitare, su appuntamento e gratuitamente, le persone che presentano importanti patologie specialistiche.

L'ambulatorio medico-sociale di Mondovì nasce da analoghe esperienze già attive da anni a Cuneo, Torino e in tante regioni italiane nell'intento di dare un piccolo contributo per assicurare a tutti il diritto alla salute.

**L' Ambulatorio Medico Sociale si trova nella sede della Croce Rossa Italiana di Mondovì Via S.Rocchetto, 16 ed è aperto tutti i giovedì dalle ore 15 alle ore 17**

## Al via il II° Concorso nazionale per l'accesso alle Scuole di Specializzazione di Medicina

Con il Decreto Ministeriale del 6 maggio 2015 hanno preso formalmente il via le procedure di selezione del secondo concorso nazionale. È stato nel complesso soddisfacente l'incremento del contingente di contratti ministeriali messi a concorso, mentre deludente, in termini di contratti aggiuntivi, il contributo delle Regioni. Rimangono tuttavia da sciogliere molti dei nodi relativi all'organizzazione del concorso (numero di sedi concorsuali, standard strutturali e tecnologici omogenei, vigilanza, ecc.), in capo alle Università. Non è chiaro, inoltre, a chi sarà conferito l'incarico della generazione dei quiz. Sono stati messi a concorso un totale di 6383 contratti di formazione (6000 a finanziamento statale, 354 aggiuntivi finanziati da Regioni e Province Autonome e 29 finanziati da privati, per un ammontare di circa 850 in più del precedente anno accademico), a fronte dei circa 5500 assegnati dalla precedente edizione delle selezioni. Da un lato, si conferma la soddisfazione per i 1.000 contratti aggiuntivi ministeriali, frutto di uno stanziamento aggiuntivo straordinario statale, ma dall'altra non si può mancare di sottolineare un profondo disappunto di fronte all'evidenza che molte Regioni (ampiamente allertate della imminente scadenza e quindi in ragione di una manifesta volontà politica) abbiano mancato di contribuire alla formazione dei futuri specialisti per il corrente anno accademico, finanziando zero contratti e probabilmente "approfittando" dell'incremento dei contratti ministeriali.

**Le prove relative alle selezioni del secondo concorso nazionale, anno accademico 2014/2015, si svolgeranno secondo il seguente calendario:**

**28 luglio 2015:** prova su quesiti di carattere generale

**29 luglio 2015:** prova su quesiti di carattere speciale e specialistico: domande di area medica più domande di tipologia di specializzazione afferenti ad area medica

**30 luglio 2015:** prova su quesiti di carattere speciale e specialistico: domande di area chirurgica più domande di tipologia di specializzazione afferenti ad area chirurgica

**31 luglio 2015:** prova su quesiti di carattere speciale e specialistico: domande di area servizi clinici più domande di tipologia di specializzazione afferenti ad area servizi clinici

**Dal 3 al 23 giugno 2015:** iscrizione online al concorso attraverso il portale web [www.university.it](http://www.university.it) (curato e gestito dal CINECA)

**1 novembre 2015:** inizio attività didattiche ed assistenziali.

In bocca al lupo a tutti gli aspiranti specializzandi nella speranza che, dopo la delusione delle criticità registratesi nella prima edizione, prima su tutte l'inversione delle prove di area verificatasi per errore del CINECA, il MIUR metta in campo tutte le soluzioni atte a riscattarsi agli occhi di migliaia di giovani medici che tenteranno di accedere alle Scuole di Specializzazione.



Renata Gili

## Invito ai prossimi convegni organizzati dell'Ordine

### 3 ottobre 2015: Pronto Soccorso Ospedaliero

La Commissione Emergenze e Urgenze dell'Ordine promuove un convegno formativo rivolto a Medici, Odontoiatri e Infermieri sul tema "Il Pronto Soccorso tra territorio ed Ospedale: aspettative della popolazione e risposte dei Servizi Sanitari".

Il Pronto Soccorso dei nostri Ospedali è sempre più affollato, spesso per accessi impropri, che possono generare confusione ed insoddisfazione negli utenti e negli addetti ai lavori.

I principali protagonisti della sanità territoriale, delle organizzazioni ospedaliere e della programmazione regionale si confronteranno per analizzare le criticità attuali e prospettare le possibili soluzioni.

L'evento, gratuito, accreditato ECM, avrà luogo sabato 3 ottobre 2015, Sala Brut e Bon, Fossano, dalle ore 8,30 alle 16,30. Il programma dettagliato sarà pubblicato sul prossimo numero del Notiziario.

Le notizie su convegni e congressi vengono pubblicate in questa sezione. Ricordiamo a tutti i colleghi che, date le scadenze di pubblicazione del Notiziario (di norma, intorno al giorno 15 dei mesi di febbraio, aprile, giugno, agosto, ottobre e dicembre), è indispensabile che queste notizie vengano inviate almeno tre mesi prima dell'evento. In caso contrario, potrà accadere che i dati del congresso appaiano in ritardo o debbano, all'opposto, essere cassati.

### 25 settembre 2015: Mal di Schiena e Dolore Oncologico

La Commissione Cure Palliative e Terapia del Dolore organizza per la sera di venerdì 25 settembre dalle ore 21 alle 23, presso la sede dell'Ordine, una conferenza per i Medici ed Odontoiatri, per illustrare e discutere i nuovi piani diagnostico-terapeutici deliberati dalla Regione Piemonte il 31 dicembre 2014 su due argomenti di grande interesse: la gestione del paziente affetto da mal di schiena ("low back pain") e il trattamento del dolore oncologico. Le relazioni saranno presentate dagli esperti colleghi Valentino Menardo, Enrico Obertino, Pietro La Ciura, Andrea Domenico Manazza.

### Medici reiscrizione

Dr DEMARIA Elisa	SALUZZO
------------------	---------

### Medici iscritti per trasferimento

Dr BOSSOLASCO Matteo	SAVIGLIANO
Dr CANTO Andrea Maria	CEVA
Dr ESPOSITO Corradina	VIGNOLO
Dr MORELLO Salvatore	SAVIGLIANO
Dr SBRIGLIA Maria Stella	SAVIGLIANO

### Medici cancellati per trasferimento

Dr ACCHIARDI Ilaria	LECCO
Dr LIOZZO Maria Santina	TORINO
Dr MACRI' Mauro	TORINO
Dr PLATANO Daniela	BOLOGNA

### Medici cancellati per decesso

Dr COSTAMAGNA Valeria	CUNEO
Dr TRAVAGLIO Severino	MONDOVI'

### Medici cancellati su richiesta

Dr ROHSBAC Sebastian Pius	CUNEO
---------------------------	-------

## NECROLOGIO

Con profondo cordoglio il Consiglio Direttivo partecipa al lutto per la scomparsa dei Colleghi  
Dr. ssa **Valeria COSTAMAGNA**, Medico Chirurgo di anni 40  
Dr **Severino TRAVAGLIO**, Medico Pensionato di anni 96  
A nome di tutta la Classe Medica rinnoviamo ai familiari le più sentite e affettuose condoglianze.



## Elenco dei Medici disponibili alle sostituzioni per la Medicina Generale e per la Pediatria

Abello Francesca Dronero	pediatria 3334144727
Aimeri Federica Savigliano	medicina generale 3492260011
Aldieri Chiara Cavallermaggiore	medicina generale 3204126934
Allocco Roberto Bra	medicina generale e pediatria 3336634473
Astesano Michele Dronero	medicina generale 3401035163
Avolio Valeria Mondovì	medicina generale e pediatria 3384746897
Barale Maurizio Cervasca	medicina generale 3893454764
Baralis Ilaria Fossano	medicina generale e pediatria 3202624261 - 0172636380
Barcella Mara Verona	medicina generale 3469439400
Baroncelli Francesca caraglio	medicina generale 3492989892
Barra Elena Saluzzo	medicina generale 3405818797
Barra Francesca Teresa Saluzzo	medicina generale 3477680009
Basso Gemma Cherasco	medicina generale 3208378283
Bellonio Chiara Racconigi	medicina generale 3667402305
Beltramo Agnese E Bernezzo	pediatria 3391070602
Beretta Paola Borgo San Dalmazzo	medicina generale e pediatria 3389472209-0171260252
Bergalla Mattia Paesana	medicina generale 3409157079
Bernardi Sara Borgo San Dalmazzo	medicina generale 3479878259

Berra Carlotta Verzuolo	medicina generale 3332158067
Berrino Giulia Sanfront	medicina generale e pediatria 3334545769
Bertaina Maurizio Cuneo	medicina generale 3464300039
Bertello Claudio Bra	medicina generale 3335839045
Blengini Valentina Canale	medicina generale 3387750273
Bodda Stefania Castagnito	medicina generale e pediatria 3381486598
Bonetti Beatrice Alba	medicina generale 3476445352
Bongiovanni Simone Cuneo	medicina generale 3472883660
Borghese Giulia Villanova Mondovì	medicina generale 3289477743
Borgogno Elena Monforte d'Alba	medicina generale 3382777338
Borgogno Enrica Cavallermaggiore	medicina generale 3386209728
Bottasso Alessandro Busca	medicina generale 3481219662
Bruno Gabriele Cuneo	medicina generale 3476606074
Burdino Elisa Saluzzo	pediatria 3403324822
Camardella Francesca Mombarcaro	medicina generale 3470031787
Carignano Giulia Cuneo	medicina generale 3407149479
Cavallo Alice Cherasco	medicina generale 3297437455
Cavallo Paolo Savigliano	medicina generale 3341047299
Cavallo Silvia Maria Borgo San Dalmazzo	medicina generale e pediatria 3495587167

Ceratto Simone Saluzzo	medicina generale e pediatria 3405608723	Gambera Giuseppina Cuneo	medicina generale 3388754725
Chiesa Simona Montà	medicina generale 3887428882	Garzino Elena Sampeyre	medicina generale 3496011376
Chillè Giuliana Cuneo	medicina generale e pediatria 3401600418	Gennari Stefano Cuneo	medicina generale e pediatria 3283810137
Chionio Irene Bernezzo	medicina generale e pediatria 3402914158	Genovese Rosalba Savigliano	medicina generale 3339336717
Civallero Paola Cuneo	pediatria 3470496441	Gerbaldo Andrea Savigliano	medicina generale 3298840222
Colombo Sara Ormea	medicina generale 3807259167	Ghione Sara Busca/Saluzzo	medicina generale e pediatria 3481310524
Cosio Giorgia Cuneo	medicina generale e pediatria 3384061099	Giacosa Francesca Fossano	medicina generale 3496760157
Criasia Antonio Cardè	medicina generale 3406764348	Giorgis Veronica Fossano	medicina generale 3358292048
Croce Silvia Margherita Caramagna P.te	medicina generale e pediatria 3497179583	Gistri Tommaso Viareggio	medicina generale 3282036034 - 3311730095
De Renzis Francesca Cuneo	medicina generale 3477270470	Gonella Andrea Guarene	medicina generale e pediatria 3337129388
Degiovanni Elena Borgo San Dalmazzo	medicina generale e pediatria 3495109370	Goria Monica Saluzzo	medicina generale 3475372116
Demaria Paolo Cuneo	medicina generale 3495011080	Gribaudo Elena Villafalletto	medicina generale 3804227900
Denina Marco Mondovì	medicina generale 3331696391	Icardi Laura Borgo S.Dalmazzo	medicina generale e pediatria 3472615090
Dotta Andrea Alba	medicina generale 3386048505	Ignaccolo Emanuele Comiso (RG)	medicina generale 0932967030 - 3926990476
Dutto Francesca Borgo S. Dalmazzo	medicina generale e pediatria 3404909699	Isoardo Luisa Cuneo	medicina generale 3495091969
Emanuel Giorgio Caramagna P.te	medicina generale 3407367899	Luchino Massimo Peveragno	medicina generale e pediatria 3287710166
Falovo Vera Caraglio	medicina generale 3388770845	Magnetto Marianna Demonte	medicina generale 3497675501
Gallo Daniele Mondovì	medicina generale e pediatria 3334397102	Mancardi Mattia Torino	medicina generale 3408590539
Gallo Elisa Morozzo	medicina generale 3387922168	Marengo Francesco Centallo	medicina generale e pediatria 3386023604

Marino Lorenzo Borgo S. Dalmazzo	medicina generale e pediatria 3393998098
Martini Daniele Narzole	medicina generale e pediatria 3389087627
Martino Francesca Dogliani	medicina generale 3496179224
Martino Chiara Savigliano	medicina generale e pediatria 3383905362
Mejnardi Luisa Brossasco	medicina generale 3460161153/3423558622
Meschieri Simona Cuneo	medicina generale 3484774370
Migliore Marco Cuneo	medicina generale 3474874851
Molino Chiara La Morra	medicina generale e pediatria 3287124993 - 0173615150
Monasterolo Federica Sant'Albano Stura	medicina generale 3334267195
Monticelli Andrea Cherasco	medicina generale e pediatria 3290690791
Morano Arianna Alba	medicina generale 3338378085
Morosini Barbara Raconigi	medicina generale e pediatria 3487434030 - 017285321
Musso Paola Cuneo	medicina generale 3387921240
Naso Erika Garessio	medicina generale 3383795842
Olivero Matteo Dronero	medicina generale 3480961434
Olocco Virna Cuneo	medicina generale 3484334251
Palazzolo Anna Fossano	medicina generale e pediatria 3428041049
Pallavicino Francesca Alba	medicina generale e pediatria 3498963393-3476447477
Panero Antonio Sanfrè	medicina generale 3351467934

Papurello Martina Ceresole d'Alba	medicina generale e pediatria 3484565188
Peano Nicolò Chiusa di Pesio	medicina generale e pediatria 3393490407
Peyracchia Mattia Sampeyre	medicina generale e pediatria 3461772656
Pisanu Gabriele Cuneo	medicina generale 3475505075
Ponzo Paola Chiusa Pesio	medicina generale 3497644919
Porasso Denise Castiglione Falletto	medicina generale e pediatria 3381798613
Preve Davide Pevevagno	medicina generale e pediatria 3403163274
Ravera Mattia Bra	medicina generale e pediatria 3494664077
Reineri Alessandro Castagnole P.te	medicina generale 3463011738
Resmini Chiara Fossano	medicina generale 3475718485
Rigo Maddalena Alba	medicina generale 3389300083
Risso Roberta Centallo	medicina generale e pediatria 3497973573
Rivarossa Filippo Fossano	medicina generale e pediatria 3332297490
Romana Chiara Limone Piemonte	medicina generale 3496161492
Rosso Elisa Caraglio	medicina generale e pediatria 3490805075
Rosso Gabriella Villafranca P.te	medicina generale e pediatria 3482453715
Sandri Simona Fossano	medicina generale 3288435512
Sappa Matteo Dogliani	medicina generale 3337554303
Sasia Diego Cuneo	medicina generale 3409343177

Spertino Elena Racconigi	medicina generale 3495524275
Stojanov Marjan Priocca	medicina generale e pediatria 3201111606
Tardivo Sara Cuneo	medicina generale 3404697829
Taseva Stojanova Kristina Priocca	medicina generale e pediatria 3204466065
Testa Valentina Fossano	medicina generale e pediatria 3358005878
Testone Stefania Verzuolo	medicina generale 3275331390
Tolva Gianluca Mondovi'	medicina generale e pediatria 3494207729
Vaudano Annalisa Bra	medicina generale 3388050796
Vaudano Arianna Paesana	medicina generale 3403795830
Veneziani Santonio Filippo Cuneo	medicina generale 3394095923
Veza Carlotta Cuneo	medicina generale 3382446370
Villosio Nicolò Cuneo	medicina generale e pediatria 3451266554
Vinay Claudia Cuneo	medicina generale 3466411666
Vinai Luisa Magliano Alpi	medicina generale 3397565682 - 017466165
Vivalda Laura Mondovì	medicina generale e pediatria 3356483633
Zaccaro Antonietta Cuneo	medicina generale 3476222518
Zollino Gianluca Cuneo	medicina generale 3331852824

I colleghi che desiderano essere inseriti nel predetto elenco, dovranno inviare all'Ordine una domanda su carta libera, con l'indicazione dell'indirizzo e del numero telefonico.

**NOTIZIARIO DELL'ORDINE  
DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI CUNEO**

Registrazione del Tribunale di Cuneo n. 455 del 23-04-1991

*redazione, amministrazione e direzione:*  
Via Mameli, 4 bis - 12100 CUNEO

*direttore responsabile:*  
Franco Magnone

*comitato di redazione:*  
Claudio Blengini,  
Roberto Gallo,  
Antonella Melano,  
Andrea G. Sciolla,  
Marina Vallati

*gestione editoriale: METAFORE*  
CUNEO: VIA 28 APRILE, 4 - TEL. 0171694515  
*stampa: TIPOLITOEUROPA*



