



# IL CONSUMATORE “LETTO” NEL CERVELLO

Valeria Addante

**È** uno strumento troppo complicato e ingombrante per incominciare a preoccuparci della privacy, ma in futuro saremo costretti a tenere gli occhi ben aperti e, possibilmente, il cervello ben chiuso e schermato.

Stiamo parlando del “neuromarketing”, diavoleria messa su qualche mese fa dal Brighthouse Institute for Thought Sciences di Atlanta, i cui ricercatori hanno pensato di ricorrere al vecchio e sperimentato metodo della risonanza magnetica per misurare scientificamente le reazioni dei consumatori di fronte ad un prodotto.

Si “testa” un gruppo di cavie umane, dopodiché il dossier con le rilevazioni passa agli specialisti del marketing e della pubblicità, i quali possono calibrare al meglio le loro campagne e facilitare così la diffusione di questo o di quel marchio.

È su questa strada che molte multinazionali hanno deciso di cambiare la propria strategia pubblicitaria, e quindi passare da messaggi allegri e festaioli a quelli più ponderati e riflessivi. Ma ci sono anche coloro che pensano alle mosse future con molta preoccupazione per le possibili intrusioni nei nostri pensieri più segreti.

Si assiste, tornando a noi, all’evoluzione del “focus group”, cioè della pratica che consiste nel convocare un gruppo di consumatori, mostrargli un prodotto e ascoltarne i commenti; la risonanza magnetica, invece, va oltre e scende nelle reazioni inconsce, con tutti i problemi che ne potranno derivare in futuro.

Finché il macchinario impiegato è il grande apparecchio cilindrico finora in uso negli ospedali, le misurazioni restano infatti nel campo dell’adesione volontaria al progetto. Ma cosa accadrà quando l’evoluzione della tecnologia porterà a strumenti sempre più piccoli e non immediatamente percepibili?

Sarà come passare sotto ad un metal-detector, con la differenza che saranno messi a nudo non solo e non tanto gli oggetti, ma addirittura le nostre emozioni e reazioni.

Su uno scenario del genere ha provato a “giocare” l’ultimo

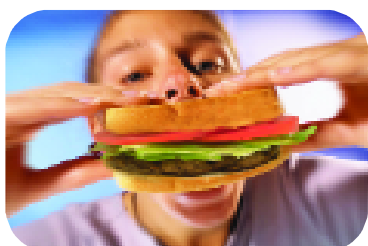
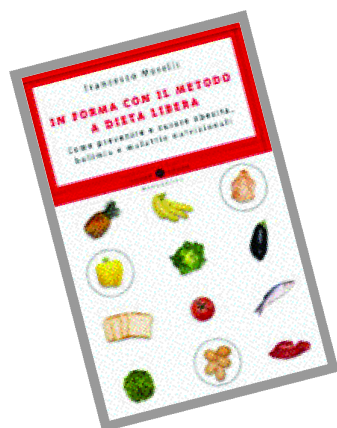
numero mensile di *Happy Web*, immaginando una serie di quadretti di vita quotidiana condizionati dall’uso del neuromarketing e delle sue derivazioni: ecco dunque le “gabine” a risonanza magnetica per rilevare le nostre preferenze elettorali; o il “sociomat” per interagire con i familiari e con gli amici anche durante le ore del sonno; oppure i nostri sogni riportati fedelmente su cd o dvd, registrati interamente a colori; o, infine, l’automobile che scongiura i colpi di sonno, anzi li richiede perché ... basta pensare ad una destinazione, e la macchina farà tutto da sé.

Scenari futuribili, come quelli visti di recente in film e spot, ambientati nel domani, dove si viene immediatamente identificati in qualunque ambiente e dove i messaggi pubblicitari sono tutti rigorosamente personalizzati. Futuro o no, sta di fatto che il neuromarketing ha destato subito l’interesse delle grandi multinazionali, abituate a investire miliardi nel lancio di nuovi prodotti.

Gli esperti del settore sono sicuri che il metodo avrà un successo strepitoso ed una diffusione sempre più larga, al contrario di strumenti già usati e rapidamente abbandonati in passato, come la misurazione della conduttività elettrica della pelle (modello “macchina della verità”, per capirci), od il monitoraggio dei movimenti dell’occhio.

Brian Hankin, Presidente del Brighthouse, nutre solo certezze: “Siamo in grado di rispondere a qualsiasi richiesta dell’industria, e possiamo farlo meglio di chiunque altro”. Il procedimento non è difficile: una Società qualunque pone un problema di marketing, la Brighthouse sviluppa un test che prevede l’uso dei cinque sensi e viene somministrato alle “cavie”, le cui reazioni cerebrali vengono controllate con la risonanza magnetica.

Le “immagini” prodotte dalla macchina dicono se la persona sotto esame gradisce, o no, quello che sta sperimentando. “Il test non è invasivo – dice Hankin – ed è noleggiato di un’apparecchiatura per la risonanza magnetica è costoso, ma per la ricerca bastano meno di un terzo delle persone solitamente utilizzate nei focus group, ed i risultati sono migliori”.



# RECENSIONE

**D**opo aver pubblicato il Manuale "A dieta libera" (Oscar Mondadori, ediz. 86/88), Francesco Morelli, dietologo, propone, sempre sulla collana Oscar Guide Mondadori, il nuovo libro "In forma con il metodo a dieta libera" (IV ediz., € 10,40).

Il titolo del libro, interessante ed accattivante allo stesso tempo, vuole appunto significare un nuovo modo di concepire il "problema dieta", dal momento che, nelle intenzioni dell'Autore, non è più il paziente che dipende ma, viceversa, è la dieta stessa che si adegua alle esigenze e necessità del paziente.

Del resto, in un'epoca in cui tutto è "velocizzato", i tempi per preparare i cibi sono ridotti e molti di noi sono costretti a consumare i pasti fuori casa, è più che logico ed intuibile che diventa sempre più difficile seguire programmi dietetici ossessivi, monotoni, e, soprattutto che non tengano conto delle proprie tradizioni culinarie.

Partendo da queste premesse, è così stato ideato dall'Autore, "il metodo a dieta libera", metodo che, abbinando sapore dei cibi e buona tavola al più rigoroso rispetto dei fondamentali principi di educazione alimentare, tratta, con chiarezza e rigore scientifico, qualsiasi problema di ordine nutrizionale anche se, per la loro maggior frequenza e attualità, particolare spazio è stato riservato al problema dell'obesità e delle malattie ad essa correlate (diabete, ipertensione, ecc.), nonché ai disturbi del comportamento alimentare (bulimia, anoressia, ecc.).

In particolare per queste ultime malattie, il manuale si presenta e si propone come una vera e propria Guida per chi, affetto dai chili di troppo, voglia affrontare il problema "peso" in modo serio, razionale e, soprattutto, senza incorrere in quelle cosiddette frodi della "diet industry", che non poco ha speculato e specula sul fragile carattere e sulle illusioni del paziente che vuole dimagrire.

Del resto, come afferma l'Autore, è ormai più che evidente che il "sommministrare diete" o, peggio ancora, prodotti miracolosi per dimagrire, non solo è una cosa inutile e effimera, ma è anche una delle maggiori cause di quel grande aumento dei disturbi del comportamento alimentare, disturbi che quasi sempre riconoscono come base di partenza illogici trattamenti dimagranti e pregiudizi alimentari.

Per tutti questi motivi, l'Autore mette in guardia da tutte quelle che possono essere considerate delle vere e proprie frodi alimentari e ribadisce con fermezza che qualsiasi programma dimagrante, perché sia valido e soprattutto efficace a lungo termine, debba prevedere non solo la perdita di peso ma anche e soprattutto un programma di stabilizzazione e di mantenimento del peso, nonché un piano di rieducazione alimentare e psico-comportamentale che rimane, in definitiva, il vero e principale scopo di ogni terapia dimagrante.

Dopo un'attenta lettura, si ha l'impressione di trovarci di fronte ad un libro utile e moderno che, sintetizzando con linguaggio facile e scorrevole una materia così vasta, com'è appunto la dietetica attuale, vuole essere un manuale di grande presa non solo per il vasto pubblico, ma anche per tutti coloro (medici, infermieri, dietisti, ecc.) che, quotidianamente, si cimentano con problemi di ordine nutrizionale.

C. d.R.

>>> segue da pag. 30

Va segnalato in proposito il caso di due sanitari, imputati (ex artt. 113, 590 e 583 c.p.) per colpa consistita in negligenza, imprudenza, imperizia, perché: il primo, quale medico di guardia ostetrica all'atto del ricovero, nonostante la documentazione medica consigliasse il cesareo, attese le dimensioni del feto accertate con ecografia, ne disponeva il trasporto in sala travaglio, omettendo di riferire circostanze utili al collega; il secondo quale aiuto reperibile, intervenuto su richiesta, ometteva di praticare il cesareo e non attuava, durante il parto distocico, le previste manovre atte a favorire il disimpegno fetale o comunque le attuava in modo non corretto, così cagionando lesioni personali gravissime al bambino (indebolimento permanente dell'arto superiore destro per la lacerazione delle radici nervose del plesso brachiale). Va innanzi tutto osservato che all'esito del dibattimento, tenute in conto tutte le risultanze istruttorie, il giudice, nel pronunciarsi, dava atto opportunamente della circostanza che l'analisi ecografica non consente la certezza della diagnosi di macrosomia, ponendo invece solamente un sospetto in tal senso e fornendo una valutazione approssimativa del peso del feto. Tale approssimazione è conseguente ai limiti che detta modalità diagnostica presenta e all'impossibilità di conoscere preventivamente il successivo accrescimento fetale nella fase terminale della gravidanza.

Cade pertanto ogni automatismo tipico di altre decisioni (inclusa quella da noi riportata in precedenza per consentire il confronto), smentito dalla letteratura medica specialistica, tra "sospetto" di macrosomia fetale e obbligatorietà del taglio cesareo, che non deve essere considerato l'unico strumento idoneo per fronteggiare simili evenienze ostetriche e che pertanto deve essere eseguito solo se sussistono ulteriori fattori di rischio, come ad esempio, una rallentata progressione fetale o il diabete della gestante. Elementi che, nel caso di specie, invece mancavano.

Abbandonando ogni idea preconcetta (sempre in agguato) in favore di una ricerca processuale rispettosa dei più ampi spazi di contraddittorio tra accusa e difesa, il giudice è giunto a ritenere che il fondato sospetto di macrosomia fetale non costituisce, *ex se*, indicazione assoluta per il taglio cesareo, e la sua mancata esecuzione non integra alcun profilo di responsabilità professionale a carico dell'ostetrico, dovendosi comunque tenere conto anche dell'andamento del travaglio. Nel caso in esame, il dialogo con la difesa è stato di evidente utilità, consentendo da un lato la prospettazione di un'ipotesi antagonista a quella dell'accusa, apprezzabile nella sua fondatezza, dall'altro permettendo un preliminare controllo delle (altre) ipotesi in campo e orientando verso una più consapevole scelta dell'ipotesi finale. Questo si spiega perché il giudice ha fatto propri recenti studi clinici condotti su feti normo e macrosomi, che hanno evidenziato la percentuale dei casi di distocia di spalla di feti normopeso.

Nell'attività medica la natura colposa della condotta deve essere correlata non al c.d. "rischio consentito" dall'ordinamento, che è quello strettamente connesso alle scelte operate tra i diversi interventi terapeutici o chirurgici — nel caso in esame quello (il rischio) connesso alla sospetta macrosomia fetale — ma ad un rischio ulteriore e diverso, non previsto e tanto meno consentito nell'esercizio della predetta attività, ivi incluso il rischio di sottoporre la paziente ad un intervento chirurgico di taglio cesareo non necessario. In una diversa ottica, si graverebbe in modo aprioristico di responsabilità i sanitari, ritenendoli "oggettivamente" in colpa per le conseguenze lesive verificatesi.

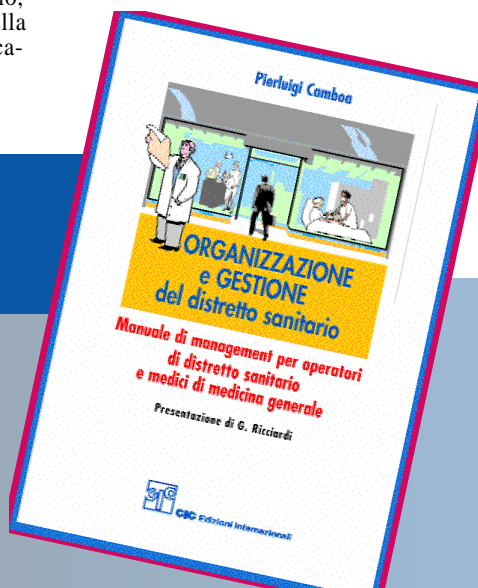
Vania Cirese  
Avvocato

Pierluigi Camboa

## Organizzazione e gestione del distretto sanitario

Manuale di management per operatori di distretto sanitario e medici di medicina generale

360 pagine - € 30,00



CIC Edizioni Internazionali

## CORSI DI FORMAZIONE ECM

Anche quest'anno la CIMO-ASMD della Regione Sicilia, in collaborazione con la S.P.E.M.E., Società scientifica ad essa collegata, organizza Corsi di formazione ECM per aggiornare i Colleghi e far acquisire Loro i relativi crediti.

Il Corso, organizzato il 2 e 3 luglio 2004 presso il Centro Congressi alberghiero La Perla Ionica di Acireale (Catania), avrà come tema il "Trattamento multidisciplinare del politraumatizzato della strada" ed uno svolgimento di 22 ore di formazione, con 22 relazioni teorico-pratiche comprendenti tutte le discipline interessate nell'emergenza del politraumatizzato della strada.

Il Corso è gratuito e riservato a 400 medici già iscritti alla CIMO-ASMD, o che vi aderiscano entro il 15/06/2004. Si possono iscrivere alla CIMO-ASMD tutti i medici dipendenti pubblici e privati, convenzionati, universitari, libero professionisti, specializzandi, ecc.

Per informazioni, rivolgersi alla Segreteria CIMO-ASMD di Catania (Tel. 095/430812). Saranno naturalmente rilasciati i crediti formativi ECM, come attribuiti all'evento dal Ministero della Salute.

Il Responsabile del Corso  
dott. Aldo Cirmigliaro

## TRATTAMENTO MULTIDISCIPLINARE DEL POLITRAUMATIZZATO DELLA STRADA

Venerdì 2 luglio e sabato 3 luglio 2004  
Centro Congressi La Perla Ionica - Capomulini - Acireale (CT)

## Programma di venerdì 2

Ore 8.00	Registrazione dei Partecipanti
Ore 8.20	Presentazione dott. A. Cirmigliaro - Vice Pres. Naz. CIMO-ASMD
Ore 8.25	Saluto delle Autorità

## I SESSIONE

Coordinatore: prof. V. Giustolisi - Direttore U.O.C. Medicina d'urgenza A.O. Vittorio Emanuele di Catania

Ore 8.30	Il 118 - Emergenza extraospedaliera dott. G. Palazzo - Direttore C.O. Catania-Ragusa-Siracusa
Ore 9.30	Gestione rianimatoria del politrauma pediatrico dott. D. Salvo - Direttore U.O.C. Anestesia e Rianim. post-cardiochirurgica P.O. Taormina (ME)
Ore 10.30	Trauma Center dott. B. Panascia - Direttore Dip. Terapie intensive A.O. Vittorio Emanuele (CT)
Ore 11.30	Emergenze cardiologiche prof. C. Tamburino - Dir. Cattedra Cardiologia Univ. CT
Ore 12.30	La diagnostica per immagini nel politraumatizzato dott. G. Cecchini - Dir. med. Cattedra Radiologia A.O.U. San Martino di Genova
Ore 13.30	Pausa pranzo

**II SESSIONE** Coordinatore: prof. D. Piazza - Direttore 1ª Div. di Chirurgia A.O. Vittorio Emanuele di Catania

- Ore 15.00 I traumi chiusi dell'addome  
prof. E. Cirino - Dir. Catt. Chirurgia d'urgenza Univ. CT
- Ore 16.00 I traumi toracici  
prof. F. Latteri - Dir. Dipart. Emergenza A.O. Cannizzaro (CT) - Rettore Università di CT
- Ore 17.00 I traumi cranici, vera emergenza  
prof. F. Ventura - Dir. U.O.C. Neurochirurgia A.O. Cannizzaro (CT)
- Ore 18.00 Il paziente grande ustionato  
prof. G. Stracuzzi - Dir. U.O.C. Grandi Ustionati A.O. Cannizzaro (CT)
- Ore 19.00 Il politraumatizzato: il ruolo del traumatologo-ortopedico  
prof. Q. Mollica - prof. F.R. Clinica Ortopedica Univ. CT
- Ore 20.00 I traumi dell'aorta  
dott. C. Mignosa - Dir. U.O.C. Cardiochirurgia pediatrica P.O. Taormina (ME)

**Programma di sabato 3**

**III SESSIONE** Coordinatore: dott. F.P. Maccarione  
Direttore U.O.C. Medicina trasfusionale A.O. Vittorio Emanuele - CT

- Ore 8.00 Il bambino maltrattato  
dott. A. Sanfilippo - Dir. U.O.C. Pediatria A.O. Vittorio Emanuele (CT)
- Ore 9.00 Diagnostica emocoagulativa nel paziente emorragico  
dott. B. Mauceri - Dir. U.O.C. Lab. Anal. P.O. Ferrarotto (CT)
- Ore 10.00 La terapia nell'emergenza emocoagulativa  
dott. A. Catalano - Dir. Dip. dei Servizi - ASL Salerno/3
- Ore 11.00 Il danno cerebro-vascolare  
dott. A. Clivati - Dir. U.O.C. Medicina interna - Vimercate (MI)
- Ore 12.00 L'insufficienza renale nel politraumatizzato  
prof. P. Castellino - Dir. Medicina interna e Scuola di Specializzazione in Nefrologia Univ. CT
- Ore 13.00 Il disturbo post-traumatico da stress  
prof. E. Aguglia - Dir. Catt. Psichiatria Univ. Trieste
- Ore 14.00 Pausa pranzo

**IV SESSIONE** Coordinatore: dott. P. Nicotra - Dir. U.O.C. Pronto Soccorso P.O. Acireale CT

- Ore 15.30 I traumi in Ostetricia e Ginecologia  
dott. E. Meli - Dir. U.O.C. Ostetricia e Ginecologia P.O. Bronte CT
- Ore 16.30 Il bambino politraumatizzato  
prof. A. Di Benedetto - Dir. Catt. Chirurgia Pediatrica Univ. CT
- Ore 17.30 I traumi dell'apparato urinario  
dott. D. Nicolosi - Dir. U.O.C. Urologia A.O. Garibaldi (CT)
- Ore 18.30 Il distacco di retina post-traumatico  
prof. A. Reibaldi - Dir. Catt. Oculistica Univ. CT
- Ore 19.30 La patologia traumatica in ORL  
prof. M. Poerio - Dir. Div. ORL ASL Roma/G - Membro Consiglio Superiore di Sanità
- Ore 20.30 Test di apprendimento  
Chiusura dott. G.R. Spampinato - Segr. regionale CIMO-ASMD.

# IL DIRETTORE RISPONDE

Carlo Sizia

## Passaggio sperimentale da guardia attiva a pronta disponibilità

*Il dott. P.M. ci scrive: "Nella nostra realtà di lavoro (U.O. di Oculistica) si sta sperimentando il passaggio dal servizio di guardia attiva a quello di pronta disponibilità sostitutiva della guardia, con concentrazione delle attività sostanzialmente dal lunedì al venerdì. Tutto ciò è lecito? Quali riflessi ci sono sul debito orario settimanale? Sono ammesse le pronte disponibilità diurne e come vanno retribuite? Si può contestare tale nuova organizzazione del lavoro?"*

È evidente, anche alla luce del D.Lgs. 66/2003 (la cui automatica applicazione alle pubbliche amministrazioni presenta tuttavia qualche dubbio):

- che il turno di pronta disponibilità non equivale certo ad un "orario di lavoro", come è dimostrato anche dal fatto che nel corso del turno gli accessi (ed i relativi tempi di spostamento) sono contabilizzati e retribuiti in modo distinto rispetto all'indennità forfettaria (che è di almeno 40.000 lire per turno di 12 ore);

- che la continuità assistenziale garantita dalla guardia attiva è di qualità ben superiore rispetto a quella assicurata dai turni di pronta disponibilità (sostitutiva della guardia);

- che il rispetto del debito orario contrattuale settimanale (38 ore complessive) diviene più problematico nella nuova organizzazione del lavoro priva di guardie attive, mentre è evidente che ogni supero eventuale delle 38 ore anzidette deve comunque essere preventivamente contrattato-concordato a livello locale, collegandolo ad un obiettivo prestazionale e ad un budget;

- che la nuova organizzazione del lavoro comporta certo maggiori rischi per gli utenti dei servizi oculistici ed espone anche gli operatori sanitari delle Unità interessate a più facili contenziosi da parte dei pazienti;

- che la eventuale pronta disponibilità diurna (di durata inferiore alle 12 ore, ma superiore alle 4) deve essere retribuita almeno in proporzione della sua durata, con



- maggiorazione del 10% (art. 20, c. 5, CCNL '94/97);

- che la nuova organizzazione del lavoro andava quantomeno preventivamente concertata a livello aziendale con le OO.SS. mediche interessate. Infatti "l'articolazione dell'orario e dei piani per assicurare le emergenze" è riconosciuta quale materia oggetto di concertazione locale, ai sensi dell'art. 6, c. 1, sub B, del vigente CCNL di area medica, anche se, essendo la concertazione un istituto "debole", anche in caso di verbalizzazione di posizioni contrapposte espresse dalle Parti, l'amministrazione ha sempre l'ultima e decisiva parola sull'organizzazione del lavoro, ecc.

Per quanto anzidetto, se si vuole contestare la nuova organizzazione del lavoro, lo si può fare, anche senza avere certezze di risultati favorevoli. Tuttavia bisogna aver presente:

- che la contestazione può avvenire più sul piano politico-sindacale e sociale (disservizi indotti, inopportunità, presumibile peggioramento del servizio reso), piuttosto che attaccando come illegittima la scelta sperimentale adottata, o adottata;

- che tutti gli oculisti (compreso il direttore o i direttori responsabili delle U.O.) devono essere solidali nel contestare il nuovo assetto organizzativo del servizio.

VVV

## Organizzazione dei turni di guardia

*Il dott. M.P. ci scrive: "Da qualche mese sono stato inserito nei turni di guardia e vorrei saperne di più in merito a: 1) nel giorno in cui dovrò, la sera, svolgere la guardia notturna, sono tenuto ad osservare il normale orario di servizio in Reparto, oppure ho il diritto di "staccare" prima, per una pausa?; 2) il giorno successivo alla guardia, mi risulta venga considerato come "riposo giustificato". Cosa succede se la guardia si svolge di sabato notte?; 3) se il mio lavoro ordinario di servizio venisse considerato*

su 5 giorni, anziché su 6, cosa cambierebbe?”.

La normativa contrattuale di area medica non specifica nel dettaglio le questioni sollevate nel quesito (soccorrono, in carenza, il buonsenso, le abitudini consolidate, norme di legge di varia provenienza, ecc.).

In concreto:

il giorno che precede la “guardia serale-notturna” non si è esentato dal prestare l’orario ordinario di servizio, anche se una recente disposizione di derivazione europea (recepita con D.Lgs. 66/2003, art. 7) prescrive che nell’arco delle 24 ore della giornata ci siano almeno 11 ore continuative di riposo;

il giorno successivo alla guardia notturna si è esentati dal prestare orario ordinario di servizio. Se si “smonta” di guardia la domenica (e quindi si è lavorato in tale giornata), si ha diritto al riposo settimanale, compatibilmente con le esigenze di servizio, in un altro giorno della settimana successiva che non sia la domenica (art. 22 CCNL ’94/97);

se l’articolazione dell’orario settimanale è su 5, anziché su 6 giorni, e se si è lavorato sia di sabato che di domenica, il riposo settimanale compensativo può ricadere indifferentemente in un qualsiasi giorno della settimana successiva, tranne che il sabato e la domenica (perché già individuati come giornate “di assenza abituale dal lavoro”).

Se questi sono gli indirizzi prevalenti, non bisogna tuttavia dimenticare che “l’articolazione dell’orario e dei piani per assicurare le emergenze” è materia oggetto di concertazione aziendale (art. 6, c. 1, sub B, CCNLvigente), quindi l’orientamento locale finisce spesso di prevalere su quello nazionale.

VVV

## Durata degli incarichi dirigenziali

*Il dott. P.L.A. ci scrive: “Qual è la durata degli incarichi dirigenziali dei medici dipendenti, ai sensi della vigente disciplina contrattuale? Ci sono margini di discrezionalità delle amministrazioni nel senso della minor durata degli incarichi stessi?”*

Gli incarichi dirigenziali di struttura complessa hanno durata da 5 a 7 anni, mentre gli incarichi di direttore di dipartimento hanno durata biennale.

Tutti gli altri incarichi dei dirigenti medici hanno durata “non inferiore a tre anni e non superiore ai cinque anni, con facoltà di rinnovo”. Tuttavia l’incarico può avere durata inferiore (ai tre anni) qualora in corso di incarico intervenga il compimento del limite massimo di età (art. 28, c. 9, CCNL ’98/2001).

Gli incarichi anzidetti possono essere abbreviati rispetto ai tre anni, ma solo a seguito di verifica negativa che intervenga nel corso dell’incarico stesso.

Per i dirigenti neoassunti l’incarico è di durata quinquennale.

VVV

## Come procedere in caso di dimissioni del Segretario provinciale

*Il dott. M.S. ci scrive: “In caso di dimissione del Segretario provinciale CIMO, qual è il modo più corretto per rinnovare la carica, in particolare: il nuovo Segretario provinciale viene eletto dal Consiglio, o si può ipotizzare una specie di commissariamento in cui il Segretario regionale nomina – protempore – il Segretario provinciale?; e a chi compete convocare il Consiglio provinciale elettivo?; il nuovo eletto resta in carica fino alla fine del 2005 (come da vecchio mandato); o per tre anni come se si trattasse di un nuovo mandato?; infine, è conveniente che a Segretario provinciale sia eletto un Segretario aziendale?”*

Ai sensi delle vigenti norme statutarie e regolamentari:

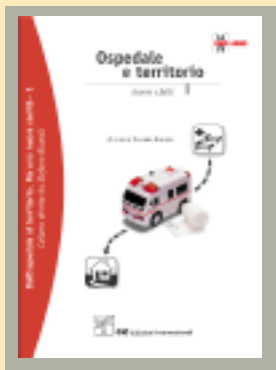
1. Qualora la carica decaduta (nella fattispecie: per dimissioni) sia quella del Segretario provinciale CIMO, “la convocazione del Consiglio provinciale elettivo è competenza del rispettivo Segretario regionale” (art. 7, c. 5, Regolamento applicativo del nostro Statuto).
2. Nel caso di specie, non mi pare che ricorrano le condizioni previste dallo Statuto (art. 10) per commissariare la Sezione provinciale CIMO-ASMD in questione (le condizioni richieste per il commissariamento sono: fase di costituzione della Sezione stessa; ripetute e gravi irregolarità o carenze nell’operato degli Organi direttivi).
3. L’incarico del nuovo Segretario provinciale, eletto in sostituzione del precedente che si è dimesso, termina in coincidenza con la scadenza del mandato ordinario del Segretario originario, così da realizzarsi un allineamento di tutte le cariche elettive provinciali (analogia con il criterio di cui al comma 9 dell’art. 6 dello Statuto). Non è escluso, tuttavia, che qualche novità in materia possa essere introdotta dalla imminente e nuova modifica statutaria CIMO-ASMD.
4. Per aspirare alla carica di Segretario provinciale CIMO-ASMD è sufficiente essere un iscritto CIMO appartenente alla relativa Sezione. Tuttavia è di utilità per tutti che il nuovo Segretario sia persona autorevole, conoscitore delle nostre problematiche sindacali, dotato di capacità e di spirito di servizio nei confronti dell’intera categoria, che deve saper rappresentare al meglio in ogni Sede, sindacale e non.

# DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO PER UNA NUOVA SANITÀ

COLLANA DIRETTA DA STEFANO BIASIOLI  
IN COLLABORAZIONE CON



ASSOCIAZIONE  
SINDACALE  
MEDICI  
DIRIGENTI



## OSPEDALE E TERRITORIO

teoria e fatti

A cura di  
Stefano Biasoli

Volume di  
104 pagine  
f.to cm. 15 x 21  
brossurato

€ 12,00

## DOCUMENTI

### Le linee guida "vicentine" valutazioni, schede, servizi

A cura di  
Luigi Dal Sasso

Volume di  
246 pagine  
f.to cm. 15 x 21  
brossurato

€ 15,00



## DOCUMENTI

### Linee guida per il medico di medicina generale lo specialista ospedaliero e lo specialista territoriale

A cura di  
Luigi Dal Sasso  
e Chiara Marangon

Volume di  
152 pagine  
f.to cm. 15 x 21  
brossurato

€ 13,00

## DOCUMENTI

### La normativa su "ospedale e territorio"

A cura di  
Stefano Biasoli  
e Luciano Mulas

Volume di  
392 pagine  
f.to cm. 15 x 21  
brossurato

€ 20,00

