

2017

Luglio - Agosto - Settembre

bollettino di **modena**

Bollettino dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena

**ELEZIONI 2018 - 2020:
CONVOCAZIONE ASSEMBLEE
ELETTORALI;**

**LINEE DI INDIRIZZO A SOSTEGNO
DELLE AZIONI DI TUTELA E
GARANZIA DELL'ANZIANO NON
AUTOSUFFICIENTE ASSISTITO
NEI SERVIZI OSPEDALIERI E
RESIDENZIALI (DOCUMENTO
REDATTO DAL GRUPPO DI LAVORO
ORDINISTICO);**

**DECRETO LORENZIN: LA FRETTA
DEGLI INFERMIERI, L'OFFENSIVA
DEI FARMACISTI, LA PRUDENZA DEI
MEDICI (D'AUTILIA)**

**L'ENPAM COMPIE 80 ANNI
(ADDAMO)**





Orario estivo degli uffici di segreteria dell'Ordine dei medici di Modena

Dall' **1 luglio al 31 agosto** la segreteria rispetta il seguente orario:
lunedì, martedì, mercoledì e venerdì dalle ore 10.00 alle ore 13.00.

Chiusura totale degli uffici dal 7 al 18 agosto compresi.

SOMMARIO

bollettino di modena

EDITORIALE	05
ATTIVITA' DELL'ORDINE	06
DI PARTICOLARE INTERESSE	13
CEOM	32
FNOMCeO	33
ENPAM	35
ARTE E DINTORNI	37
DIALETTO IN PILLOLE	38

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente

Dr. Nicolino D'Autilia

Vice Presidente

Dr. Mauro Zennaro

Consigliere Segretario

Dr. Carlo Curatola

Consigliere Tesoriere

Dr. Antonino Addamo

Consiglieri

Dr. Lodovico Arginelli, Dr. Paolo Barani,

Dr.ssa Loretta Boiani, Dr. Luca Carteri,

Dr.ssa Maria Teresa Donini, Dr. Lauro

Ferrari, Dr.ssa Cristina Magnoni,

Dr. Mauro Manno, Dr. Paolo Martone,

Dr.ssa Marinella Nasi, Dr. Stefano Reggiani.

Consiglieri Odontoiatri

Dr. Mario Caliandro, Dr. Roberto Gozzi

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

Presidente

Dr. ssa Letizia Angeli

Componenti

Dr.ssa Giovanna Calzolari

COMMISSIONE ODONTOIATRI

Presidente

Dr. Roberto Gozzi

Segretario

Dr. Mario Caliandro

Componenti

Dr.ssa Francesca Braghiroli, Dr. Vincenzo

Malara, Prof. Mario Provvisionato

BOLLETTINO

Direzione e Amministrazione

Modena, p.le Boschetti, 8

Tel. 059/247711 Fax 059/247719

ippocrate@ordinemedicimodena.it

www.ordinemedicimodena.it

Direttore Responsabile

Dr. Lodovico Arginelli

Iscr. Trib. MO N° 83 del 28/6/52

Editore

Ordine dei Medici Chirurghi e

Odontoiatri di Modena

Comitato di Redazione

Dr. Lodovico Arginelli, Dr.ssa Loretta

Boiani, Dr. Michele Cinque, Dr. Nicolino

D'Autilia, Dr. Paolo Martone, Dr. Roberto

Olivi Mocenigo.

REALIZZAZIONE EDITORIALE

MC Offset

Via Capilupi, 31 - Modena

Tel. 059/364156 - Fax 059/3683978

Fotocomposizione

Fotoincisa Modenese 2 s.r.l.

Via G. Dalton, 37 - Modena

Tel. 059/250033 - Fax 059/250175

Grafica

KRHEO GRAPHIC DESIGN

info@krheodesign.it | Tel. 059/285398

UN'AREA RISERVATA AGLI ISCRITTI SUL NOSTRO SITO INTERNET

Il nostro Ordine è da tempo impegnato nella semplificazione delle procedure amministrative con l'introduzione di diversi strumenti informatici che avvicinano i colleghi alla nostra istituzione rendendo più agevoli e veloci gli accessi alle informazioni e ai servizi istituzionali. Le risposte si sono concretizzate dapprima con la realizzazione del sito internet, ora in fase di restyling sia per la forma grafica che per renderlo fruibile da PC, tablet e smartphone che con l'invio di newsletter, Bollettino telematico, social network... Già da tempo è stata attivata **un'area riservata agli iscritti** che consente di consultare la propria **posizione anagrafica** (dati relativi all'iscrizione e precedenti iscrizioni presso altri Ordini, codice ENPAM, morosità o regolarità nel pagamento della quota di iscrizione, scadenza del permesso di soggiorno, contatti quali residenza, domicilio, indirizzo postale, e.mail, PEC, recapiti telefonici) oltre a **titoli e specializzazioni depositati** presso l'Ordine.

Area riservata

Ultimo aggiornamento dati: 28/07/2017 08.30

ANAGRAFICA

TITOLI E SPECIALIZZAZIONI

IN VIA RICHIESTA DI MODIFICA / AGGIORNAMENTO DATI

Indicare i dati che devono essere inseriti o modificati

Messaggio

IN VIA RICHIESTA DI MODIFICA

Il sistema prevede che l'iscritto a seguito di consultazione possa aggiornare la propria posizione inviando comunicazione dei dati variati o da aggiornare. Uno strumento di semplice fruibilità che ci permetterà, anche con la vostra collaborazione, di aggiornare e registrare nell'Albo professionale i tanti dati che la normativa ci impone.

dei titoli inviare autocertificazione compilata e firmata con fotocopia di un documento di identità email, fax, PEC o da consegnare presso gli sportelli dell'Ordine).

modulo per l'autocertificazione (PDF - 128 KB)

RICHIESTA DI MODIFICA DATI

COME ACCEDERE ALL'AREA RISERVATA

- 1) Comunicare all'Ordine un indirizzo mail personale;
2. Accedere al sito www.ordinemedicimodena.it



- 3) Cliccare su primo accesso e inserire il codice fiscale
- 4) Alla mail depositata all'Ordine verrà inoltrata una password che sarà necessaria per i successivi accessi per i quali sarà sufficiente inserire il codice fiscale e la password ricevuta.

DECRETO LORENZIN: LA FRETTA DEGLI INFERMIERI, L'OFFENSIVA DEI FARMACISTI, LA PRUDENZA DEI MEDICI

A pochi mesi dalle ormai prossime elezioni politiche il Decreto c.d. Lorenzin sta diventando ogni giorno di più un omnibus sul quale si affrettano a salire un po' tutti.

Le differenti lobby si sono mosse all'unisono con grande tempismo senza contare la discesa in campo di partiti e partitini che cercano di raccogliere (o meglio racimolare) qualche votarello in più per poter contare su un parlamentare in più. È una corsa contro il tempo che vede gli infermieri impegnati a tentare di acquisire quante più competenze possibili sottraendole ovviamente ai medici, i farmacisti propongono alcune amenità come le vaccinazioni da eseguirsi nei loro locali opportunamente sottolineati come "presidi del territorio", osteopati e chiropratici alla conquista dell'agognato riconoscimento professionale e così via.

E i medici? La FNOMCeO sta cercando di far valere i principi delle competenze acquisite con il titolo di studio e la formazione post-universitaria centrando il suo intervento sulle potenziali criticità di un eventuale mix di professioni e ruoli.



Perché, è bene dirlo a gran voce, tutti si stanno preoccupando di salire sul carro in partenza (per l'approvazione legislativa) tentando di ricoprire ruoli e qualifiche non loro propri, ma nessuno si sta parimenti preoccupando di sostenere che sussistono altrettanto rilevanti aspetti di responsabilità professionale strettamente correlati.

In buona sostanza nessuno si espone a parlare neppure lontanamente di RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE. E questo aspetto i medici lo conoscono perfettamente perché è connotato al loro agire quotidiano, pagandone anche un prezzo alto laddove si trovino coinvolti in procedimenti giudiziari, sempre più frequenti, con richieste di risarcimento danni.

L'iter parlamentare è in pieno svolgimento e il destino del decreto è tuttora sub iudice. C'è anche chi spera fortemente nella pausa estiva Come sempre del resto in Italia.



N. D'Autilia

Il presidente



Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Modena

p.le Boschetti, 8 - 41100 Modena - CP 380 Modena Centro
tel. 059 247711 - fax 059 247719
e-mail: ippocrate@ordinemedicimodena.it

ELEZIONI DEL CONSIGLIO DIRETTIVO E DEL COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI TRIENNIO 2018-2020

Agli iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi della Provincia di Modena

AVVISO DI CONVOCAZIONE ASSEMBLEE ELETTORALI

TRIENNIO 2018-2020

1. **CONSIGLIO DIRETTIVO (Componenti iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi)**
2. **COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI**

CONSIGLIO DIRETTIVO (Componenti iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi)

L'Assemblea elettorale degli iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi è convocata, in prima convocazione, ai sensi del combinato disposto dall'art. 2 D.L.c.p.s n.233 del 13/09/1946, modificato dall'art. 2, comma 4 sexies, del D.L. del 14/03/2005, n. 35, convertito con modificazioni nella L. del 14/5/2005, n. 80 e dell'art. 14 del D.P.R. n. 221 del 5/4/1950, nei giorni:

SABATO	23 SETTEMBRE 2017 - dalle ore 9 alle ore 13 e dalle ore 15 alle ore 19
DOMENICA	24 SETTEMBRE 2017 - dalle ore 9 alle ore 13 e dalle ore 15 alle ore 19
LUNEDÌ	25 SETTEMBRE 2017 - dalle ore 9 alle ore 13 e dalle ore 15 alle ore 19

presso la sede dell'Ordine, P.le Boschetti n. 8 – 1° piano – Modena, per l'elezione dei quindici componenti del Consiglio Direttivo iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi.

Sono eleggibili tutti gli iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi ivi compresi i componenti uscenti del Consiglio Direttivo.

Componenti uscenti:

Presidente	Dr.	Nicolino	D'Autilia
Vice Presidente	Dr.	Mauro	Zennaro
Segretario	Dr.	Carlo	Curatola
Tesoriere	Dr.	Antonino	Addamo
Consiglieri:	Dr.	Lodovico	Arginelli
	Dr.	Paolo	Barani
	D.ssa	Loretta	Boiani
	Dr.	Luca	Carteri
	D.ssa	Maria Teresa	Donini
	Dr.	Lauro	Ferrari
	Proff.ssa	Cristina	Magnoni
	Dr.	Paolo	Martone
	D.ssa	Marinella	Nasi
	Dr.	Mauro	Manno
	Dr.	Stefano	Reggiani

In caso di omonimia l'indicazione delle preferenze può essere fatta scrivendo invece del nome e cognome, il numero d'ordine di iscrizione all'Albo, ovvero aggiungendo al nome e cognome, la data di nascita e/o il luogo di nascita e/o domicilio, risultanti dall'Albo.

L'Assemblea è valida se votano 1/3 degli iscritti.



Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Modena

p.le Boschetti, 8 - 41100 Modena - CP 380 Modena Centro
tel. 059 247711 - fax 059 247719
e-mail: ippocrate@ordinemedicimodena.it

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Ai sensi dell'Art. 27 del D.P.R. 5 aprile 1950 n. 221, è convocata, in prima convocazione, l'Assemblea degli iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e l'Assemblea degli iscritti all'Albo degli Odontoiatri nei su citati giorni e con lo stesso orario, nella sede dell'Ordine, per la votazione dei tre componenti effettivi e del componente supplente del Collegio dei Revisori dei Conti.

Sono eleggibili tutti gli iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e all'Albo degli Odontoiatri ivi compresi i Revisori uscenti.

Per la votazione si applicano le stesse procedure e modalità valevoli per la elezione del Consiglio Direttivo.

Componenti uscenti:	D.ssa	Letizia	Angeli - Presidente
	D.ssa	Giovanna	Calzolari
	D.ssa	Nadia	Lugli (deceduta in data 05.09.2016)
	Dott.	Roberto	Olivi Mocenigo (dimissionario dal 21.12.2015)

L'Assemblea è valida se votano 1/3 degli iscritti ai due Albi.

IL PRESIDENTE
Dott. N. D' Autilia

N.B. - A coloro che risultano iscritti ai due Albi, a quello dei Medici Chirurghi e a quello degli Odontoiatri, vengono consegnate **quattro schede**:

- **una** per la votazione dei componenti iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi del Consiglio Direttivo;
- **una** per la votazione dei componenti la Commissione per gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri;
- **due** per l'elezione dei componenti il Collegio dei Revisori dei Conti.

Il voto è diretto, libero e segreto.

L'iscritto per votare deve presentarsi di persona all'Ufficio elettorale nei giorni e nelle ore sopra indicati, munito di documento di riconoscimento in corso di validità.

NON SONO AMMESSE DELEGHE

Saranno annullate tutte le schede contenenti preferenze non valide.

E' doveroso sottolineare che in caso le Assemblee non risultino valide, occorrerà procedere ad una seconda convocazione.



Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Modena

p.le Boschetti, 8 - 41100 Modena - CP 380 Modena Centro
tel. 059 247711 - fax 059 247719
e-mail: ippocrate@ordinemedicimodena.it

ELEZIONI DELLA COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI E DEL COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

TRIENNIO 2018 - 2020

Agli iscritti all'Albo degli Odontoiatri della Provincia di Modena

AVVISO DI CONVOCAZIONE ASSEMBLEE ELETTORALI

TRIENNIO 2018 - 2020

1. **COMMISSIONE PER GLI ISCRITTI ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI**
2. **COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI**

COMMISSIONE PER GLI ISCRITTI ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI

L'Assemblea elettorale degli iscritti all'Albo degli Odontoiatri è convocata, in prima convocazione, ai sensi del combinato disposto dall'art. 2 D.L.c.p.s n.233 del 13/09/1946, modificato dall'art. 2, comma 4 sexies, del D.L. del 14/03/2005, n. 35, convertito con modificazioni nella L. del 14/5/2005, n. 80 e dell'art. 14 del D.P.R. n. 221 del 5/4/1950, dell'art. 6 L. n. 409 del 24 luglio 1985 e dell'art. 1, 13° comma, del D.L. 324/93, nei giorni:

SABATO	23 SETTEMBRE 2017 - dalle ore 9 alle ore 13 e dalle ore 15 alle ore 19
DOMENICA	24 SETTEMBRE 2017 - dalle ore 9 alle ore 13 e dalle ore 15 alle ore 19
LUNEDÌ	25 SETTEMBRE 2017 - dalle ore 9 alle ore 13 e dalle ore 15 alle ore 19

presso la sede dell' Ordine, P.le Boschetti n. 8 – 1° piano - Modena, per l'elezione dei cinque componenti iscritti all'Albo degli Odontoiatri.

Sono eleggibili tutti gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri ivi compresi i componenti uscenti della Commissione Albo Odontoiatri:

Componenti uscenti:	Presidente	Dr.	Roberto	Gozzi
	Componente	Dr.ssa	Francesca	Braghioli
	Componente	Dr.	Mario	Caliandro
	Componente	Dr.	Vincenzo	Malara
	Componente	Prof.	Mario	Provvigionato

In caso di omonimia l'indicazione delle preferenze può essere fatta scrivendo invece del nome e cognome, il numero d'ordine di iscrizione all'Albo, ovvero aggiungendo al nome e cognome, la data di nascita e/o il luogo di nascita e/o domicilio, risultanti dall'Albo.

L'Assemblea è valida se votano 1/3 degli iscritti.



Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Modena

p.le Boschetti, 8 - 41100 Modena - CP 380 Modena Centro
tel. 059 247711 - fax 059 247719
e-mail: ippocrate@ordinemedicimodena.it

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Ai sensi dell'Art. 27 del D.P.R. 5 aprile 1950 n. 221, è convocata, in prima convocazione, l'Assemblea degli iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e l'Assemblea degli iscritti all'Albo degli Odontoiatri nei su citati giorni e con lo stesso orario, nella sede dell'Ordine, per la votazione dei tre componenti effettivi e del componente supplente del Collegio dei Revisori dei Conti.

Sono eleggibili tutti gli iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e all'Albo degli Odontoiatri ivi compresi i Revisori uscenti.

Per la votazione si applicano le stesse procedure e modalità valevoli per la elezione del Consiglio Direttivo.

Componenti uscenti:	D.ssa	Letizia	Angeli - Presidente
	D.ssa	Giovanna	Calzolari
	D.ssa	Nadia	Lugli (deceduta in data 05.09.2016)
	Dott.	Roberto	Olivì Mocenigo (dimissionario dal 21.12.2015)

L'Assemblea è valida se votano 1/3 degli iscritti ai due Albi.

IL PRESIDENTE
Dott. N. D' Autilia

N.B. - A coloro che risultano iscritti ai due Albi, a quello dei Medici Chirurghi e a quello degli Odontoiatri, vengono consegnate **quattro schede**:

- **una** per la votazione dei componenti iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi del Consiglio Direttivo;
- **una** per la votazione dei componenti la Commissione per gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri;
- **due** per l' elezione dei componenti il Collegio dei Revisori dei Conti.

Il voto è diretto, libero e segreto.

L'iscritto per votare deve presentarsi di persona all'Ufficio elettorale nei giorni e nelle ore sopra indicati, munito di documento di riconoscimento in corso di validità.

NON SONO AMMESSE DELEGHE

Saranno annullate tutte le schede contenenti preferenze non valide.

E' doveroso sottolineare che in caso le Assemblee non risultino valide, occorrerà procedere ad una seconda convocazione.

TITOLI DI SPECIALIZZAZIONE: OBBLIGO DI DEPOSITO PRESSO L'ORDINE DI APPARTENENZA!!!

Caro collega ,
ti ricordo che il DPR 5 aprile 1950 n. 221 prevede l'obbligo di inserimento nell'Albo dei titoli di specializzazione. **Questi titoli devono essere da te comunicati all'Ordine di appartenenza.**

Per facilitare la verifica dei tuoi dati in nostro possesso e procedere ad eventuale integrazione è attiva sul sito www.ordinemedicimodena.it l'area riservata agli iscritti.

Accedendo all'area riservata potrai visionare i dati registrati sull'Albo:

- data e numero di iscrizione all'Albo professionale
- precedenti iscrizioni presso altri Ordini
- codice ENPAM
- indirizzo di residenza, postale e professionale
- recapiti telefonici
- stato del pagamento della quota di iscrizione
- dati relativi ai titoli di laurea, abilitazione, titoli abilitanti, specializzazioni, dottorati e master.

La procedura prevede la possibilità di modificare e/o aggiornare i dati depositati presso l'Ordine con l'invio di una semplice e-mail e, nel caso di deposito di nuovi titoli, con l'inoltro dell'autocertificazione corredata dalla copia di un documento di identità.

Per accedere all'area riservata dovrai effettuare una prima registrazione nell'apposita sezione inserendo il codice fiscale.

La procedura invierà immediatamente la password alla mail personale dell'iscritto depositata presso l'Ordine (se non la ricevi verifica la congruità dell'indirizzo mail in nostro possesso telefonando al numero 059/247711).

Con codice fiscale e password sarà possibile [accedere all'area riservata](#).

Se non hai ancora comunicato il tuo indirizzo mail ti invito a farlo quanto prima scrivendo a ippocrate@ordine-medicimodena.it

*Per il Consiglio
Il presidente*

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO - lunedì 19 giugno 2017 – ore 21.00 presso la sede di P.le Boschetti, 8 - Modena

Il giorno lunedì 19 giugno 2017 – ore 21,00 - presso la sala delle adunanze di quest'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Sono presenti:

Presidente Dott. Nicolino D'Autilia
Vice presidente Dott. Mauro Zennaro
Consigliere Segretario Dott. Carlo Curatola
Tesoriere Dott. Antonino Addamo

Consiglieri: Dott. Lodovico Arginelli, D.ssa Loretta Boiani, Dott. Luca Carteri, Dott. Lauro Ferrari, Dott. Paolo Martone, D.ssa Marinella Nasi Dott. Stefano Reggiani.

Consiglieri odontoiatri: Dott. Mario Caliandro, Dott. Roberto Gozzi.

Collegio revisori dei conti: D.ssa Giovanna Calzolari.

Assenti giustificati: Dott. Paolo Barani, D.ssa Maria Teresa Donini, D.ssa Letizia Angeli (revisore dei conti)

Assenti: Prof.ssa Cristina Magnoni, Dott. Mauro Manno.

per discutere il seguente ordine del giorno:

1. Variazioni agli Albi professionali;
2. Comunicazioni del presidente;
3. DDL Lorenzin (AC 3868) ed emendamenti: valutazioni del Consiglio;
4. Incontro con l'Assessore Venturi della Regione Emilia Romagna del 16 giugno;
5. Decreto n.73 sui vaccini: valutazioni preliminari;
5.bis Convegno sulla responsabilità professionale: prime valutazioni;
6. Report gruppo di lavoro Cure palliative e convegno di Ancona del 10.6.2017 (Nasi);
7. Delibere amministrative (Addamo);
8. Varie ed eventuali.

Albo Medici Chirurghi

Prima Iscrizione		N. iscrizione
TEIXEIRA DE CARVALHO NATHALIE		7272
Iscrizione per trasferimento		
POZZI	SAMANTHA	7273
TAMMA	ANTONELLA	7274
Cancellazione		
IATTONI	ELENA	6751
TARTAGLIONE	CIRO	7139
AMADEI	GIANNI	1603
DONINI	GIORGIO	3145
PIAGGI	VILMA	1321

VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI - Seduta del 27.06.2017 – ore 9.00

Il giorno **27.06.2017** – ore 9.00 – presso la sala riunioni dell'Ordine dei medici di Modena – P.le Boschetti 8, si è riunita la Commissione Albo Odontoiatri.

Sono presenti:

Dott. Roberto Gozzi (Presidente)
Dott. Mario Caliendo (Segretario - verbalizzante)
Dott.ssa Francesca Braghioli
Prof. Mario Provvisionato

Assente giustificato: Dott. Vincenzo Malara

Ordine del giorno:

1. Approvazione verbale CAO del 30.05.2017;
2. Comunicazioni del Presidente;
3. Eventuale apertura procedimenti disciplinari;
4. DDL Lorenzin: stato dell'arte;
5. Opinamento eventuali parcelle odontoiatriche;
6. Varie ed eventuali.

NOTE TRISTI:

La Direzione del Bollettino, a nome di tutti i medici della provincia, formula le più sentite condoglianze:

Alla famiglia per il decesso del Dott. Giorgio Donini

Alla famiglia per il decesso del Dott. Leonardo Gualandi

Alla famiglia per il decesso della Dott. Alberto Pappalardo

LINEE DI INDIRIZZO A SOSTEGNO DELLE AZIONI DI TUTELA E GARANZIA DELL' ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE ASSISTITO NEI SERVIZI OSPEDALIERI E RESIDENZIALI

Gruppo di lavoro

Paolo Barani, Nicolino D'Autilia, Roberto De Gesu, Ordine dei Medici di Modena

Marco Bertolotti, Chiara Mussi, U.O. Geriatria Azienda Ospedaliero- Universitaria

Andrea Fabbo, Programma Demenze e Commissione di vigilanza 564/2000 AUSL Modena

Massimo Marcon, Dipartimento Salute Mentale AUSL Modena

Sabino Pelosi, Medicina Legale AUSL Modena

revisione 2016

Premessa

Il presente documento, oltre a rappresentare un aggiornamento delle linee di indirizzo già presenti a livello provinciale fin dal 1999 (*Linee guida a sostegno delle azioni di tutela e garanzia dell'anziano non autosufficiente assistito nei servizi ospedalieri e residenziali* promosso dal Comune di Modena con la collaborazione delle Aziende sanitarie modenesi e dell'Ordine dei Medici), ha l'obiettivo ambizioso di stimolare un "cambiamento culturale" sull'utilizzo dei cosiddetti "mezzi di tutela fisica" a livello dei servizi ospedalieri e residenziali alla luce non solo dell'incremento dei casi potenzialmente a rischio (ad esempio aumento degli anziani con disturbi cognitivi e comportamentali nei servizi) e delle più recenti evidenze di letteratura scientifica ma anche sul "parere" pubblicato recentemente (2015) dal Comitato Nazionale per la Bioetica- Presidenza del Consiglio dei Ministri : *La contenzione- problemi di bioetica* (1).

A tale proposito il documento cita che "... numerose prese di posizione di organismi internazionali e dello stesso Comitato Nazionale di Bioetica in precedenti pareri – si vedano i pareri *Psichiatria e salute mentale* (2000),(2) *Bioetica e diritti degli anziani* (2006), (3) *Le demenze e la malattia di Alzheimer* (2014), (4) - hanno già indicato con chiarezza l'obiettivo della riduzione fino al superamento della contenzione, che è da considerarsi un residuo della cultura manicomiale. Ciononostante, la pratica di legare i pazienti e le pazienti contro la loro volontà risulta essere tuttora applicata, in forma non eccezionale, senza che vi sia un'attenzione adeguata alla gravità del problema, né da parte dell'opinione pubblica né delle istituzioni. Nonostante la scarsità degli studi in merito, indicazioni emergono dalla ricerca disponibile circa le variabili che più incidono sul ricorso alla contenzione: la cultura, l'organizzazione dei servizi, l'atteggiamento degli operatori rivestono un ruolo decisivo, più della gravità dei pazienti e del loro profilo

psicopatologico. Ciò dimostra che si può fare a meno di legare le persone: l'esistenza di servizi che hanno scelto di non applicare la contenzione e il successo di programmi tesi a monitorare e ridurre questa pratica confermano questa indicazione. Per queste ragioni, il CNB ribadisce l'orizzonte bioetico del superamento della contenzione, nell'ambito di un nuovo paradigma della cura fondato sul riconoscimento della persona come tale (prima ancora che come malato e malata), portatrice di diritti. Il rispetto dell'autonomia e della dignità della persona è anche il presupposto per un intervento terapeutico efficace..."

Le problematiche assistenziali delle persone anziane nei servizi sono oggi diventate sempre più complesse e, in quanto tali, richiedono un'attenzione alla "cura" sempre più qualificata e diversificata in rapporto alle caratteristiche individuali della persona che si assiste. Vi è quindi la necessità di riprendere una riflessione seria ed articolata non solo sul tema della sensibilizzazione ma anche sul tema della informazione e formazione, attenta ai principi giuridici, deontologici, assistenziali e professionali di tutti gli operatori impegnati, a qualsiasi titolo, nel settore.

In medicina, la contenzione può essere fisica, chimica-farmacologica, ambientale o psicologica-relazionale. La contenzione fisica è definita come *atto sanitario assistenziale che utilizza, con o senza il consenso della persona e/o dei familiari, mezzi fisici o meccanici applicati al corpo o allo spazio circostante la persona per limitarne i movimenti.*

In quanto provvedimento medico, la contenzione può essere effettuata solo dietro regolare prescrizione nella quale sia esplicitato il motivo della decisione, il tempo di inizio e di fine della contenzione, nonché il mezzo contenitivo da utilizzare.

Esistono vari presidi per mettere in atto la contenzione fisica, tra cui i più usati sono i sistemi per il letto (doppie spondine, fasce e cinture che

si fissano trasversalmente al letto), per la sedia o la carrozzina (cinghia pettorale, fissaggi a bretelle, corsetti morbidi, imbracature inguinali) e per i segmenti corporei (polsiere e cavigliere imbottite).

La decisione di utilizzare mezzi di contenzione è motivata da prevenzione delle cadute (5,6), controllo dei disturbi comportamentali (7), sicurezza dei pazienti (8), prevenzione delle interferenze rispetto all'esecuzione dei trattamenti prescritti (9). Tuttavia, la prevenzione delle cadute e il controllo dell'agitazione, che sono le principali cause di contenzione, non trovano alcun riscontro in letteratura: non vi è infatti alcuna prova che la contenzione fisica elimini o riduca tali eventi nei soggetti anziani istituzionalizzati. Inoltre le conseguenze negative dell'utilizzo della contenzione fisica sono state ampiamente descritte, e rendono conto del perché il ricorso alla contenzione dovrebbe essere il più circoscritto possibile.

La revisione di Evans (10) propone di suddividere le lesioni associate a contenzione in due gruppi:

a) danni diretti causati dalla pressione esercitata dal mezzo di contenzione, fra cui lacerazioni, abrasioni, compressioni, lesioni nervose del plesso brachiale, lesioni ischemiche, morte per asfissia e per strangolamento; b) danni indiretti, comprendenti tutte le possibili conseguenze della forzata immobilità, tra cui insorgenza di lesioni da pressione, aumento della mortalità, cadute, prolungamento dell'istituzionalizzazione, infezioni correlate all'assistenza, declino del comportamento sociale, cognitivo e della mobilitazione, stati depressivi e ansiosi.

Gli interventi riportati in letteratura per ridurre l'utilizzo dei mezzi di contenzione in struttura investono la più ampia dimensione organizzativa e gestionale dei processi assistenziali, a segnalare che il ricorso alla contenzione in soggetti anziani e fragili si presta a configurarsi come *malpractice*. Tali interventi riguardano infatti la formulazione di programmi

e protocolli interni per limitare la contenzione, la formazione degli operatori, la richiesta di consulenze specialistiche, il coinvolgimento delle famiglie dei pazienti, modifiche ambientali e sicurezza delle attrezzature e dei presidi, maggiore offerta di attività riabilitative e di animazione sociale.

La necessità di affrontare il problema della contenzione nei servizi ospedalieri e territoriali, nelle sue implicazioni socio sanitarie, deontologiche e medico-legali, nasce da una parte dall'osservazione dalla disomogeneità dei percorsi attraverso i quali si perviene all'utilizzo di mezzi di tutela ed al loro frequente utilizzo, dall'altra dalla consapevolezza che gli anziani ospiti delle strutture risultano sempre più gravemente non autosufficienti e con problemi cognitivi e comportamentali di grado severo.

Contenzione e geriatria dovrebbero in realtà configurare situazioni sostanzialmente antitetiche, essendo connaturato agli aspetti geriatrici l'obiettivo di promuovere e mantenere l'autosufficienza e la qualità della vita (attraverso la riabilitazione e il recupero della funzione), contrariamente al "contenere", che identifica invece limitazione e restrizione delle possibilità psicomotorie del soggetto (11,12).

Nell'assistenza alle persone anziane la contenzione fisica è una pratica comune sia nelle strutture residenziali che in quelle ospedaliere. La prevalenza varia dal 41 al 64% nelle strutture residenziali e dal 33 al 68% in ospedale (13). Infatti alla contenzione fisica, in ambito geriatrico, si fa frequentemente ricorso: si passa da un 20 al 40% negli USA, sino alla sua pressoché totale inesistenza in alcuni paesi del Nord Europa (l'assistenza, infatti, prevede, in alternativa, ambienti assistenziali confortevoli, letti bassi, poltrone ortopediche o altre misure più recenti ed una particolare attenzione nel promuovere la mobilità). Gli studi italiani citano percentuali mediamente inferiori al 35-40%, con variabilità

rispetto ai setting di cura, alla casistica ed al case mix (14).

In particolare la prevalenza della contenzione fisica riportata in letteratura varia tra il 3% e l'83% nelle strutture per anziani; il dato si differenzia, ancora una volta, in base ai mezzi di contenzione considerati, aumentando sensibilmente laddove siano incluse le doppie spondine ai letti.

A tale proposito una ricerca condotta dalla Regione Emilia-Romagna pubblicata nel 2014 ha documentato come la contenzione fisica sia utilizzata nel 42 % dei casi nelle strutture per anziani in cinque aziende sanitarie (ospiti con contenzione/100 ospiti), percentuale che sale al 78,2% se si considera come mezzo di contenzione la doppia spondina al letto (15).

Le motivazioni solitamente chiamate in causa per motivare un ricorso così frequente alla contenzione fisica, rimandano essenzialmente a due fattori:

- * l'aumento, nelle strutture residenziali, di anziani con importanti deficit cognitivi e disturbi comportamentali;
- * le preoccupazioni per il rischio di vertenze legali correlate ai doveri di responsabilità delle istituzioni nei confronti della protezione dell'ospite.

Con il percorso di accreditamento, avviato con la D.G.R. 514/2009, tra i requisiti specifici delle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili, la Regione Emilia-Romagna (16) ha individuato la definizione di procedure e istruzioni operative per la riduzione dell'uso terapeutico di presidi di restrizione fisica, mediante un protocollo che garantisca il loro uso corretto, il controllo ed il monitoraggio e la possibilità di verifiche sulla prevalenza d'uso in ogni struttura (Allegato D.2.3 , Requisiti specifici CRA, SPRA 8.1, Processi e procedure generali: "... riduzione dell'uso terapeutico di presidi di restrizione fisica, mediante un protocollo che garantisca il loro uso

DI PARTICOLARE INTERESSE

corretto, il controllo e il monitoraggio, e la possibilità di verifiche sulla prevalenza d'uso in ogni struttura; miglioramento della qualità della vita e dell'assistenza dei pazienti con demenza attuando quanto previsto nell'allegato DC"). Lo stesso atto regionale conferma e indica che in ogni punto della rete dei servizi è necessario attivare tutti quei programmi di miglioramento in linea con la qualità della vita e dell'assistenza alle persone con demenza: sia a livello ambientale, che di personale formato, che di programmi personalizzati.

Quindi proprio in virtù di questa complessità si rende **necessaria l'elaborazione di un documento che favorisca sia il cambiamento culturale nel sistema assistenziale sia la tutela della persona garantendone il rispetto della libertà e della dignità.**

Aspetti deontologici e medico-legali

E' opportuno richiamare sinteticamente alcuni principi fondamentali di natura giuridica, deontologica ed etica che presiedono all'attività sanitaria in genere e quindi applicabili anche al trattamento terapeutico ed assistenziale dell'anziano autosufficiente o meno.

In assenza di una specifica normativa di riferimento, va necessariamente richiamato il dato costituzionale che disciplina gli atti di pertinenza sanitaria laddove è sancita in termini inequivocabili la tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e la volontarietà del trattamento sanitario, salvo diverse previsioni di legge, che deve comunque avvenire nel rispetto della dignità dell'uomo (art. 32). Inoltre, l'art. 13 sancisce l'inviolabilità della libertà personale vietando qualsiasi forma di restrizione della stessa; ne deriva, pertanto, l'indispensabilità dell'espressione di un valido ed informato consenso al trattamento medico da parte dell'individuo stesso, finalizzato anche alla ricerca della massima adesione

circa la proposta all'utilizzo della contenzione e ad evitare che i presidi indicati vengano percepiti come semplicemente imposti o forzati.

Quanto al momento informativo, che deve necessariamente sempre precedere la sottoscrizione del vero e proprio consenso al trattamento, dovrà essere comparato alle effettive capacità di comprensione e consapevolezza del paziente assistito; e tuttavia, stante la tipologia di pazienti interessati, come indicazioni di massima:

a) se la persona da sottoporre al provvedimento contenitivo possiede valide o sufficienti capacità cognitive, è necessario fornire alla stessa, prima di poter avviare il trattamento, le principali informazioni riguardanti finalità, modalità, rischi-benefici ed eventuali alternative di cura, così da poter rispettare le sue volontà di consenso o di dissenso nei confronti del trattamento stesso;

b) se la persona da sottoporre al provvedimento contenitivo possiede residuali capacità cognitive l'informazione va comunque sempre fornita o tentata, secondo modi e termini adeguati alle capacità stesse, allo scopo di provare ad ottenere il consenso e la collaborazione alla misura terapeutica proposta;

c) qualora si tratti di pazienti totalmente incapaci, per patologie psichiche o mentali tali da determinare la perdita di ogni facoltà di critica e giudizio e risulti già sottoposto ad un provvedimento giuridico con nomina di un rappresentante legale (amministratore di sostegno, tutore legale), il ricorso alla contenzione può avvenire solo mediante preventiva e completa informazione fornita dal personale sanitario al rappresentante legale della persona, chiamato a sua volta ad esprimersi mediante la sottoscrizione di un consenso (o di un dissenso) informato;

d) qualora si tratti di pazienti totalmente incapaci ma non sottoposti a tutela legale (la cui attivazione andrà proposta), l'informazione andrà fornita ai congiunti/

caregivers in un'ottica di collaborazione socio-sanitaria e di condivisione degli intenti terapeutici; va tuttavia sottolineato come, in assenza della nomina di un amministratore di sostegno/rappresentante legale, il consenso/dissenso fornito dai familiari risulta irrilevante sul piano giuridico.

Qualora fossero espresse, da parte del legale rappresentate o dai congiunti, un esplicito rifiuto scritto od una dichiarata opposizione alla proposta di contenzione, e la sua mancata applicazione (al di fuori delle situazioni di emergenza-urgenza) potesse rappresentare un maggior rischio o pericolo per la salute del soggetto, parrebbe consigliabile una notifica precauzionale all'Autorità Giudiziaria, motivando prescrizione medica, specifiche esigenze di contenimento del soggetto (comunque mirate ad una sua tutela di salute), nonché il contrasto con la volontà del rappresentante legale della persona assistita od il parere dei familiari.

In ogni caso, le modalità informative e l'espressione di volontà (consenso/dissenso al trattamento proposto) dovranno essere annotate per iscritto nella documentazione sanitaria (cartella clinica o modulo appositamente elaborato e personalizzato, sottoscritto dal soggetto e dal medico).

Ciò premesso, le uniche ipotesi che consentono, giuridicamente e deontologicamente, l'attuazione di interventi diagnostici o terapeutici senza il consenso dell'interessato sono individuate dalle *previsioni dei trattamenti sanitari obbligatori* (previsti esplicitamente dalla legge) e dal *ricorso di uno stato di necessità ex art. 54 c.p.*, volto ad evitare l'attualizzazione di danni a sé o agli altri anche attraverso interventi di carattere eccezionale.

Il personale sanitario e socio-sanitario deve pertanto essere consapevole che, *al di fuori di queste due situazioni (valido consenso al trattamento/contenzione ovvero stato di necessità), qualsiasi atto sanitario - e quindi anche l'atto di contenzione del paziente -, per quanto effettuato in un'ottica di cura e tutela della*

salute dello stesso, rappresenta un atto illecito che, oltre a ledere i diritti fondamentali dell'individuo costituzionalmente sanciti, può andare a configurare diverse fattispecie di reato tra cui:

- abuso di mezzi di contenzione e disciplina (art. 571 c.p.);
- maltrattamenti (art. 572 c.p.);
- sequestro di persona (art. 605 c.p.);
- violenza privata (art. 610 c.p.);
- lesioni personali colpose (art. 590 c.p.) e omicidio colposo (art. 589 c.p.), in caso di danno psico-fisico o morte in conseguenza dell'attuazione illegittima di misure di contenzione.

È altrettanto vero che eventuali situazioni di urgenza od emergenza, per le quali la contenzione rappresenti in quel momento l'unico ed inevitabile strumento per la salvaguardia dell'incolumità della persona, autorizzano a scelte immediate, da parte del medico o dell'infermiere, anche in assenza di un esplicito consenso del soggetto, purché il contenuto di tale intervento sia adeguato e proporzionato al pericolo cui, in caso d'inerzia sarebbe andato incontro l'anziano, ovvero in considerazione di un effettivo stato di necessità secondo modalità e condizioni operative che dovranno poi essere comunque tempestivamente documentate.

In tali circostanze, poiché sussiste l'obbligo di intervenire anche sulla base del disposto di cui all'art. 40 c.p. ("*...non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire equivale a cagionarlo...*"), non applicare un mezzo di contenzione che dovrebbe essere applicato per la tutela della salute del p., potrebbe andare a configurare il reato di omissione di soccorso o abbandono di incapace (*ex artt. 591 e 593 c.p.*) ovvero di lesioni personali/omicidio colposi qualora dalla mancata applicazione delle misure contenitive, invece necessarie, derivino lesioni all'integrità psico-fisica o la morte del paziente.

Tutti questi principi trovano conferma nei **Codici**

deontologici del medico e dell'infermiere che sottolineano il principio di beneficiabilità dell'atto sanitario finalizzato alla tutela della vita e della salute dell'uomo, salute intesa nella sua più ampia accezione fornita dall'OMS di condizione di benessere fisico, psichico e sociale della persona nonché la necessità dell'acquisizione di un valido consenso informato da parte del paziente (o legale rappresentante).

In particolare, dal *Codice di Deontologia Medica* (18 maggio 2014), (17):

- * art.3: ...doveri del medico sono la tutela della vita, della salute psico-fisica, il trattamento del dolore e il sollievo della sofferenza, nel rispetto della libertà e della dignità della persona, senza discriminazione alcuna, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera...;
- * art. 13: la prescrizione a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione è una diretta, specifica, esclusiva e non delegabile competenza del medico, impegna la sua autonomia e responsabilità e deve far seguito a una diagnosi circostanziata o a un fondato sospetto diagnostico. La prescrizione deve fondarsi sulle evidenze scientifiche disponibili, sull'uso ottimale delle risorse e sul rispetto dei principi di efficacia clinica, di sicurezza e di appropriatezza. Il medico tiene conto delle linee guida diagnostico-terapeutiche accreditate da fonti autorevoli e indipendenti quali raccomandazioni e ne valuta l'applicabilità al caso specifico...;
- * art. 14: il medico opera al fine di garantire le più idonee condizioni di sicurezza del paziente e degli operatori coinvolti, promuovendo a tale scopo l'adeguamento dell'organizzazione delle attività e dei comportamenti professionali e contribuendo alla prevenzione e alla gestione del rischio clinico attraverso: l'adesione alle buone pratiche cliniche; l'attenzione al processo di

informazione e di raccolta del consenso, nonché alla comunicazione di un evento indesiderato e delle sue cause; lo sviluppo continuo di attività formative e valutative sulle procedure di sicurezza delle cure; la rilevazione, la segnalazione e la valutazione di eventi sentinella, errori, "quasi-errori" ed eventi avversi valutando le cause e garantendo la natura riservata e confidenziale delle informazioni raccolte;

- * art.16: il medico, tenendo conto delle volontà espresse dal paziente o dal suo rappresentante legale e dei principi di efficacia e di appropriatezza delle cure, non intraprende né insiste in procedure diagnostiche e interventi terapeutici clinicamente inappropriati ed eticamente non proporzionati, dai quali *non* ci si possa fondatamente attendere un effettivo beneficio per la salute e/o un miglioramento della qualità della vita...;
- * art. 18: i trattamenti che incidono sull'integrità psico-fisica sono attuati al fine esclusivo di procurare un concreto beneficio clinico alla persona;
- * art. 20: la relazione tra medico e paziente è costituita sulla libertà di scelta e sull'individuazione e condivisione delle rispettive autonomie e responsabilità. Il medico nella relazione persegue l'alleanza di cura fondata sulla reciproca fiducia e sul mutuo rispetto dei valori e dei diritti e su un'informazione comprensibile e completa, considerando il tempo della comunicazione quale tempo di cura;
- * art. 26: il medico redige la cartella clinica, quale documento essenziale dell'evento ricovero, con completezza, chiarezza e diligenza e ne tutela la riservatezza; le eventuali correzioni vanno motivate e sottoscritte. Il medico riporta nella cartella clinica i dati anamnestici e quelli obiettivi relativi alla condizione clinica e alle attività diagnostico-terapeutiche a tal fine praticate; registra il decorso clinico assistenziale

nel suo contestuale manifestarsi o nell'eventuale pianificazione anticipata delle cure nel caso di paziente con malattia progressiva, garantendo la tracciabilità della sua redazione. Il medico registra nella cartella clinica i modi e i tempi dell'informazione e i termini del consenso o dissenso della persona assistita o del suo rappresentante legale...;

- * art. 32: il medico tutela il minore, la vittima di qualsiasi abuso o violenza e la persona in condizioni di vulnerabilità o fragilità psico-fisica, sociale o civile in particolare quando ritiene che l'ambiente in cui vive non sia idoneo a proteggere la sua salute, la dignità e la qualità di vita... Il medico, in caso di opposizione del rappresentante legale a interventi ritenuti appropriati e proporzionati, ricorre all'Autorità competente. Il medico prescrive e attua misure e trattamenti coattivi fisici, farmacologici e ambientali nei soli casi e per la durata connessi a documentate necessità cliniche, nel rispetto della dignità e della sicurezza della persona;
- * art. 33: il medico garantisce alla persona assistita o al suo rappresentante legale un'informazione comprensibile ed esaustiva sulla prevenzione, sul percorso diagnostico, sulla diagnosi, sulla prognosi, sulla terapia e sulle eventuali alternative diagnostico-terapeutiche, sui prevedibili rischi e complicanze, nonché sui comportamenti che il paziente dovrà osservare nel processo di cura. Il medico adegua la comunicazione alla capacità di comprensione della persona assistita o del suo rappresentante legale, corrispondendo a ogni richiesta di chiarimento, tenendo conto della sensibilità e reattività emotiva dei medesimi...;
- * art. 35: l'acquisizione del consenso o del dissenso è un atto di specifica ed esclusiva competenza del medico, non delegabile. Il medico non intraprende né prosegue in procedure diagnostiche e/o interventi terapeutici senza la

preliminare acquisizione del consenso informato o in presenza di dissenso informato. Il medico acquisisce, in forma scritta e sottoscritta o con altre modalità di pari efficacia documentale, il consenso o il dissenso del paziente, nei casi previsti dall'ordinamento e dal Codice e in quelli prevedibilmente gravati da elevato rischio di mortalità o da esiti che incidano in modo rilevante sull'integrità psico-fisica...;

- * art. 37: il medico, in caso di paziente minore o incapace, acquisisce dal rappresentante legale il consenso o il dissenso informato alle procedure diagnostiche e/o agli interventi terapeutici. Il medico segnala all'Autorità competente l'opposizione da parte del minore informato e consapevole o di chi ne esercita la potestà genitoriale a un trattamento ritenuto necessario e, in relazione alle condizioni cliniche, procede comunque tempestivamente alle cure ritenute indispensabili e indifferibili.

Nel *Codice Deontologico dell'Infermiere* (17 gennaio 2009), (18):

- * art. 3: la responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo;
- * art. 7: l'infermiere orienta la sua azione al bene dell'assistito di cui attiva le risorse sostenendolo nel raggiungimento della maggiore autonomia possibile, in particolare, quando vi sia disabilità, svantaggio, fragilità;
- * art. 30: l'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali;
- * art. 36: l'infermiere tutela la volontà dell'assistito di porre dei limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione da lui espressa della qualità di vita.

DI PARTICOLARE INTERESSE

Per quanto riguarda la *figura dell'Operatore socio-sanitario* (O.S.S.), l'Accordo tra il Ministro della Sanità, il Ministro per la Solidarietà Sociale e le Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, per la individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'operatore socio sanitario (19) e per la definizione dell'ordinamento didattico dei corsi di formazione recita:

"Art. 1 Figura e profilo

1. è individuata la figura dell'operatore socio-sanitario.
2. L'operatore socio-sanitario è l'operatore che, a seguito dell'attestato di qualifica conseguito al termine di specifica formazione professionale, svolge attività indirizzata a:
 - a) soddisfare i bisogni primari della persona, nell'ambito delle proprie aree di competenza, in un contesto sia sociale che sanitario;
 - b) favorire il benessere e l'autonomia dell'utente.

Art. 3 Contesti operativi

1. L'operatore socio-sanitario svolge la sua attività sia nel settore sociale che in quello sanitario, in servizi di tipo socio-assistenziale e socio-sanitario, residenziali o semiresidenziali, in ambiente ospedaliero e al domicilio dell'utente.

Art. 5 Attività

1. Le attività dell'operatore socio-sanitario sono rivolte alla persona e al suo ambiente di vita:
 - a) assistenza diretta ed aiuto domestico alberghiero;
 - b) intervento igienico-sanitario e di carattere sociale;
 - c) supporto gestionale, organizzativo e formativo.

ALLEGATO A: ELENCO DELLE PRINCIPALI ATTIVITÀ PREVISTE PER L'OPERATORE SOCIO-SANITARIO: collabora ad attività finalizzate al mantenimento delle capacità psico-fisiche residue, alla rieducazione, riattivazione, recupero funzionale...Intervento igienico sanitario e di carattere sociale: osserva e collabora alla rilevazione dei bisogni e delle condizioni di rischio-danno dell'utente; collabora alla attuazione degli interventi assistenziali.

ALLEGATO B: COMPETENZE DELL'OPERATORE SOCIO-SANITARIO
COMPETENZE TECNICHE :è in grado di: osservare, riconoscere e riferire alcuni dei più comuni sintomi di allarme che l'utente può presentare (pallore, sudorazione ecc.); [...] attuare interventi di primo soccorso; utilizzare specifici protocolli per mantenere la sicurezza dell'utente, riducendo al massimo il rischio...

In ogni caso, la decisione di adottare misure coercitive deve necessariamente essere subordinata ad una attenta preliminare analisi, da parte dell'equipe sanitaria e socio-sanitaria, del rapporto rischi-benefici nonché alla assodata impossibilità o inefficacia di interventi alternativi, richiedendo valutazioni periodiche finalizzate alla verifica dell'effettiva utilità.

Procedure attuative

Quanto alle modalità attuative va precisato che la prescrizione circa l'attuazione di misure contenitive, da limitare a circostanze eccezionali e solo dopo aver ricercato e sperimentato tutte le possibili soluzioni alternative, è competenza del medico. Unicamente in situazioni di emergenza e in assenza del medico, l'infermiere può decidere di applicare una contenzione; questa decisione andrà poi valutata dal medico nel più breve tempo possibile.

La prescrizione medica dovrà necessariamente indicare:

- * la *motivazione* che ha reso necessario l'atto, il fatto di aver vagliato o tentato di attuare tutte le possibili altre alternative, specificando quali, e il perché queste siano fallite o risultate inapplicabili, il grado di adesione del p. o del legale rappresentante ovvero la presenza di dissenso, il fatto di aver agito in stato di necessità (specie in caso di dissenso), l'adeguatezza ovvero

la proporzionalità dell'atto rispetto alla gravità della situazione potenzialmente lesiva;

- * il *tipo di contenzione*: devono essere esplicitati i mezzi impiegati; è consigliabile che venga scelto il livello minimo di contenzione fisica sufficiente a garantire la sicurezza del p. o a consentire la somministrazione di un trattamento;
- * la *durata*, che deve essere limitata nel tempo (andrà specificata la data e l'ora di inizio), ovvero di norma non superiore alle 12 ore consecutive, potendosi protrarre fino ad un massimo di 24 ore; oltre le 24 ore, qualora sussistano le condizioni previste per la prosecuzione del trattamento, la contenzione potrà essere prolungata unicamente previa nuova prescrizione medica;
- * *monitoraggio/sorveglianza* del paziente che dovrà essere controllato ogni 30 minuti da parte del personale infermieristico/OSS e almeno ogni 8 ore da parte del personale medico, specie in caso di mezzi coercitivi applicati direttamente sul corpo del paziente. Durante il periodo di contenzione andrà garantito al paziente la possibilità di movimento ed esercizio per non meno di dieci minuti ogni due ore con esclusione della notte. Comfort e sicurezza del paziente sono entrambe da perseguire durante il periodo di contenzione. Si raccomanda al personale sanitario e socio-assistenziale di attuare il controllo non unicamente mediante semplice osservazione del paziente ma attraverso valutazione e effettiva verifica delle condizioni generali, stato di vigilanza, respiro, parametri vitali, motilità, sensibilità e tatto dei distretti eventualmente contenuti, tono dell'umore, bisogni del paziente, eventuali danni correlabili ai mezzi di contenzione, loro corretto posizionamento, etc.

La decisione del ricorso alla contenzione deve essere rivista qualora non sussista più la motivazione che l'ha determinata.

Tutta l'attività riguardante l'applicazione dei mezzi di contenzione, ovvero i tempi, le modalità e le motivazioni, dovrà essere dettagliatamente e scrupolosamente documentata in cartella clinica che, in quanto atto pubblico a fede privilegiata, in caso di danno al paziente o in ipotesi di reato, rappresenta l'unico e più efficace strumento di difesa a tutela dell'operato dei professionisti eventualmente ritenuti responsabili in ambito civilistico o penalistico.

È auspicabile che si provveda al monitoraggio sistematico delle procedure di contenzione fisica effettuate e, periodicamente, si prevedano audit clinici finalizzati alle opportune azioni di riorganizzazione interna. Necessario prevedere inoltre momenti formativi e di aggiornamento per il personale sanitario e socio-sanitario.

Idonee indicazioni operative circa la pratica applicabilità di procedure coercitive all'interno delle strutture residenziali e semiresidenziali geriatriche dovrebbero porre in primo piano, prima ancora di precisazioni sulle concrete modalità esecutive, l'esigenza di un improrogabile cambiamento nella mentalità degli operatori sanitari coinvolti e di una proporzionata e complessiva capacità organizzativa, da gestirsi in termini di effettiva consapevolezza del problema, esatta conoscenza e monitoraggio del fenomeno, nonché contestuale messa in campo, da parte della struttura, di adeguate misure di prevenzione e di corretta applicazione.

Tali eventuali modalità applicative, va sottolineato, non possono ormai prescindere dalla rigorosa osservanza di specifiche direttive di tipo esecutivo, ordinate per schemi preordinati di lavoro in equipe, tanto più necessari al crescere del grado di invasività della tipologia di mezzo di tutela fisica proposto.

In sintesi possono essere valide le **seguenti considerazioni**:

- 1) la disposizione di un intervento di contenzione meccanica è sempre preceduta da un'attenta valutazione da parte dell'equipe curativa-assistenziale che deve effettuare un complessivo bilanciamento dei benefici e degli svantaggi, teorici ed oggettivi, correlati al ricorso al trattamento ovvero alla sua mancata applicazione, secondo valutazioni, il più possibile obiettive, inerenti gli effettivi rischi per ciascun soggetto, le reali alternative terapeutiche e la tipologia contenitiva, la cui scelta deve adeguarsi alla miglior esperienza nel settore, nonché risultare associata, in proporzione alle necessità del caso, ai minori effetti restrittivi;
- 2) la valutazione di soluzioni alternative, ovvero le motivazioni della non percorribilità di tali soluzioni, dovranno essere accuratamente esplicitate nella documentazione sanitaria del servizio;
- 3) l'attuazione di un intervento di contenzione deve essere preceduto da apposita prescrizione da parte di un medico e dovrà trovare riscontro scritto nella "cartella" personale dell'anziano (ovvero in apposito registro), nonché risultare sufficientemente dettagliata in merito alle circostanze ed alle motivazioni che ne abbiano determinato la scelta, prevedendo (di minima e necessariamente) specifiche precisazioni circa la motivazione, la tipologia del mezzo di contenzione, la durata, le istruzioni operative al personale addetto, le disposizioni riguardanti le verifiche ed i controlli dell'anziano, la prevenzione di potenziali complicanze a danno del soggetto o di decidere una sua immediata sospensione qualora ne ricorrano i motivi;
- 4) durante il periodo di contenzione il soggetto va monitorato con frequenza minima di 30 minuti

dal personale assistenziale ed almeno ogni 12 ore dal personale medico (e comunque ogni volta il personale infermieristico lo ritenesse necessario). Il monitoraggio deve comprendere la valutazione delle condizioni cliniche generali (stato di vigilanza, polso/pressione arteriosa, respirazione, mobilità, sensibilità e termotatto delle estremità eventualmente contenute, bisogni della persona, sintomi lamentati, eventuali lesività correlate all'uso dei mezzi di contenzione, loro corretto posizionamento...). Tali riscontri sono da annotarsi, ogni volta, nella documentazione clinica disponibile o in apposito registro delle contenzioni;

- 5) la contenzione dovrà essere immediatamente rimossa nei casi in cui siano cessate le cause che la avevano inizialmente giustificata.

Aspetti alternativi all'utilizzo dei mezzi di tutela fisica

Il sistema di cura protesico

Un sistema di cura protesico diventa elemento fondamentale nel raggiungimento di un obiettivo di cura, poiché è pensato e finalizzato a supportare la persona anziana ed in particolare quella con demenza nelle sue capacità conservate, bisogni e preferenze, comprendendo al tempo stesso quella peculiarità e complessità determinata dalla disabilità nella sua evoluzione.

Il *sistema Gentle Care* ideato e promosso dalla terapeuta occupazionale canadese Moyra Jones, è un esempio di sistema protesico e comporta come *primo passaggio* metodologico la *conoscenza della persona* (20). Si tratta in primo luogo di una conoscenza non solo clinico-funzionale della persona, ma anche conoscenza in senso biografico e familiare, delle

preferenze, dei valori e delle attività significative legate alla storia della persona.

Il *secondo passaggio* è rappresentato dalla *valutazione multidimensionale della persona* che riguarda lo stato di salute fisica, gli aspetti cognitivi-comportamentali ed affettivi, le capacità funzionali conservate. Fondamentale è l'osservazione dei seguenti aspetti: cosa sa fare ;cosa fa;come fa la tal cosa; quale parte del compito non riesce a eseguire; perché non riesce ad eseguire un certo compito; dove riesce meglio nell'eseguirlo; quando riesce meglio. Successivamente si possono utilizzare alcune tecniche che consentono di organizzare le informazioni derivanti dall'osservazione diretta della persona: a) la tecnica dello *"stress profile"*: vengono mappati gli eventi della giornata, identificate le sorgenti di stress e date le indicazioni a tutti gli operatori di quali strategie applicare e di quando applicarle nell'arco delle 24 ore; b) la tecnica del *"behaviour mapping"* consiste nell'osservazione del comportamento del soggetto nell'arco delle 24 ore e nella traduzione dell'osservazione in uno strumento di lettura (es. diario integrato, grafico della giornata) che lo staff utilizza per rappresentare la giornata tipo della persona che ha in carico.

Questo consentirebbe di personalizzare i programmi e le attività nella giornata della persona , per una migliore qualità dell'assistenza (ad esempio lunghi periodi d'inattività possono essere interrotti da attività significative, evitando l'errore di concentrare tutte le proposte in un unico momento della giornata, abitudine questa orientata più al bisogno dello staff che del malato).La valutazione dovrà essere costantemente aggiornata in senso longitudinale per permettere di accompagnare i bisogni delle singole persone anche nelle fasi più avanzate di malattia, laddove è necessario avere un atteggiamento sempre più interpretativo nei confronti anche dei più semplici bisogni che difficilmente il malato potrà

esplicitare spontaneamente.

Il *terzo passaggio* rappresenta la costruzione della *"protesi"* vera e propria, articolata, nella metodologia Gentle Care, in tre elementi non separabili e in relazione dinamica tra loro: l'ambiente fisico, le persone che curano, le attività e i programmi che hanno un ruolo significativo. L'obiettivo è quello di fornire agli anziani quella soddisfazione derivante dal sentirsi bene, ovvero essere le persone giuste nel posto giusto. (21)

L'ambiente fisico

Il ruolo cruciale dello spazio nel piano di cura è in stretto rapporto con la modificazione della capacità di controllo dell'ambiente stesso, che si verifica nella persona con problemi cognitivi. Tali modificazioni si manifestano più frequentemente in fase moderata-severa, anche se nella malattia di Alzheimer possono essere presenti in fase lieve-moderata. E' necessario, inoltre, tener presente che nelle fasi avanzate il movimento rappresenta una delle poche modalità di rapporto/interazione con l'ambiente, che il malato è ancora in grado di sfruttare.

Molte sono le evidenze di come la persona con demenza possa essere particolarmente sensibile a modificazioni ambientali, sia in senso positivo che negativo. Se le modificazioni ambientali sono ispirate da principi protesici, esse possono avere effetti largamente positivi sul benessere della persona , tanto che la progettazione mirata dell'ambiente, per le persone con demenza, possiede oggi la stessa dignità scientifica della terapia farmacologica (22,23,24).

Nella costruzione della protesi ambientale è necessario ispirarsi a criteri che tengano ben presenti i principi di *sicurezza, facilità d'accesso e mobilità, funzione ed attività, privacy, comfort, socializzazione, flessibilità, cambiamento, partecipazione*. Obiettivo della progettazione ambientale è inoltre quello di

creare spazi interni ed esterni protetti, così che la persona possa godere del massimo di libertà nel pieno della sicurezza. La sicurezza dovrà riguardare l'ambiente nel suo complesso comprendendo arredi e illuminazione. Quest'ultima in particolare assume un ruolo cruciale: l'uso di luce indiretta, l'eliminazione di superfici riflettenti che creano abbagli, l'incremento della luminosità diurna, il suo controllo automatico, rappresentano misure tanto semplici quanto efficaci nella prevenzione di incidenti e cadute. Le misure di sicurezza adottate dovranno avere un carattere di non invasività: allarmi rumorosi, sensori da indossare sarebbero da evitare a favore di una tecnologia meno intrusiva e, se necessario, mascherata. La scelta deve ogni volta considerare diversi problemi, fra i quali anche quelli di natura etica, che insorgono quando si debba, da un lato, rispettare il diritto all'autodeterminazione dell'individuo e, dall'altro, rivolgersi a persone nelle quali la malattia stessa mina in misura variabile tale capacità. Va sempre inoltre considerata l'eticità delle alternative possibili alle singole misure adottate o adottabili e va ricordato che, pur essendo la sicurezza un diritto, non deve tuttavia privare la persona di un'esperienza di vita significativa, ma al contrario promuoverne autonomia e dignità. La libertà di movimento e la fruibilità dell'ambiente consentono alla persona di conservare la sensazione di controllo sullo spazio circostante e di accrescere il suo senso di appartenenza e di padronanza nei confronti delle diverse aree. Cruciale è per la persona con demenza anche in fase moderato-severa la sensazione di padronanza nei confronti dello spazio più intimo, vale a dire la camera, con il proprio letto e i propri oggetti personali (25).

In rapporto alla confusione, al disorientamento, dapprima evidente per i grandi spazi e successivamente anche per quelli piccoli, occorre chiaramente definire dei percorsi che aiutino il soggetto a navigare nello spazio con successo.

L'ambiente dovrà essere comprensibile oltretutto familiare (ad es. il mascheramento di porte o finestre potrà avvalersi di tecniche decorative come il *trompe-l'oeil*, che per le sue caratteristiche di illusorietà e gradevolezza estetica risulta particolarmente funzionale allo scopo).

L'accessibilità deve riguardare anche gli spazi esterni; i "giardini Alzheimer" sono ispirati al modello della corte protetta, con aree prive di dislivello, essenze atossiche e aromatiche, arbusti piccoli a ciclo stagionale, aree attrezzate per il giardinaggio e aree di riposo.

L'ambiente protesico è tale quando venga effettivamente utilizzato dal malato. Occorre quindi che ogni ambiente renda riconoscibile attraverso il proprio design, la funzione alla quale è deputato: la cucina, ad esempio, deve possedere caratteristiche che facilitino il riconoscimento del suo significato d'uso, il bagno deve coniugare caratteristiche di familiarità con caratteristiche tecniche specifiche (dimensioni degli arredi, posizione reciproca degli elementi, illuminazione e sanitarizzazione automatica ecc.),

Va evitata la creazione di sale multiuso: meglio creare spazi piccoli ben caratterizzati e riservare spazi appartati, non intrusivi rispetto alla "casa", ad attività di socializzazione o a eventi speciali (26). Occorre prevedere punti di interesse (es. vista sull'esterno), disporre l'arredo in modo da facilitare l'interazione e la conversazione, compensare i deficit sensoriali, disponendo oggetti interessanti alla reale portata del campo visivo, quindi mediamente all'altezza delle spalle o più bassi, creare opportunità di uso di oggetti normalmente presenti nel quotidiano (borse, cappelli, giornali etc.). La pronta disponibilità degli oggetti di uso comune consente alla persona di accrescere l'autonomia e la capacità di scelta e peraltro solleva lo staff dal dover frequentemente sollecitare e stimolare la persona stessa.

Privacy, comfort, socializzazione: lo spazio deve essere concepito prima di tutto come luogo di vita per la persona, solo secondariamente come luogo di lavoro per lo staff. Devono essere garantiti spazi di intimità per i malati, spazi diversi dalle camere per accogliere i familiari e i visitatori, sebbene l'aspetto invitante per questi ultimi non dovrà andare a scapito della silenziosità e della tranquillità.

Flessibilità, cambiamento, partecipazione: la lunga durata della malattia, il mutare dei bisogni della persona e dei caregiver, impongono all'ambiente di avere una flessibilità sufficiente ad accogliere e soddisfare questi mutamenti. Avendo sempre presente come obiettivo centrale della cura il potenziamento delle abilità residue, il compenso di quelle perdute e la realizzazione di situazioni di comfort, anche nelle fasi avanzate l'enfasi dovrà essere posta su quelle soluzioni che promuovono la capacità di movimento della persona.

L'utilizzo di piccoli ambienti o la partizione in zone più circoscritte di ambienti divenuti troppo ampi in rapporto alle alterate capacità percettive ed esecutive del malato in fase avanzata, rappresentano altre soluzioni efficaci.

Le persone

Le persone che si occupano degli anziani, qualsiasi sia il loro ruolo, oltre a dover essere adeguatamente formate e motivate, devono operare secondo un principio di condivisione del PAI per realizzare concretamente i singoli obiettivi. La reale condivisione del progetto di cura favorisce la sua concreta realizzazione in favore del singolo soggetto, nonché di rivederlo e riadattarlo al mutare dei bisogni della persona o delle situazioni di contesto. Fondamentale è il concetto della "personalizzazione della cura" che si basa sul modello della *Person Centred Care- PCC* di Kitwood (27) ; la formazione degli operatori su questo approccio e sulle competenze di comunicazione verso la persona con

demenza è dimostrato essere un intervento efficace nel ridurre i disturbi comportamentali (BPSD) ed in particolare l'agitazione (28). Una recente ricerca condotta dalla AUSL di Modena per il Ministero della Salute nell'ambito del progetto CCM sui Centri Diurni Demenze ha dimostrato come il metodo multiprofessionale attraverso lo strumento PAI (Piano Assistenziale Individuale) sia in grado di identificare l'approccio strategico ed efficace per ridurre i disturbi comportamentali nella persona con demenza utilizzando la formazione ed addestramento degli operatori sulla corretta comunicazione-relazione verso la persona , la conoscenza di strategie non farmacologiche e delle modifiche ambientali necessarie (29).

I programmi

Per quanto riguarda i programmi e le attività nel modello protesico , il riferimento è alla "normalità", alla "quotidianità". Non si tratta dunque di attività di tipo ricreativo, concepite in modo standard e proposte in modo indifferenziato a soggetti diversi, bensì di tutte quelle attività che per ciascuno fanno parte "della giornata" o che ,nei modelli della terapia occupazionale, sono "significative" per la persona (30). In altre parole nel Gentle Care l'intento principale è quello di ricostruire per ogni individuo una routine giornaliera personalizzata che faccia riferimento agli elementi biografici e di contesto noti per quella persona, ovvero attitudini, propensioni, competenza specifica, che enfatizzi i livelli funzionali esistenti, ottimizzi i punti di forza della persona e che sia sicura. Nel *Gentle Care* i programmi sono pertanto costruiti in modo tale da: essere il più aderenti possibile allo stile di vita della persona; prevedere attività corrispondenti alle reali competenze adeguatamente rivalutate nelle diverse fasi della malattia (ad es. sviluppare programmi riabilitativi ed esercizi personalizzati che comportino l'insegnamento di tecniche sicure per gli spostamenti, esercizi

DI PARTICOLARE INTERESSE

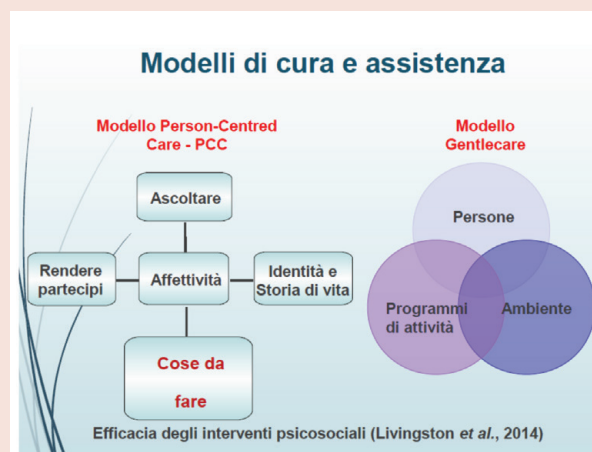
inseriti nel programma quotidiano di assistenza, attività notturne per coloro che hanno problemi di “wandering” o che sono insonni), rispondere ai bisogni psicologici che ogni individuo aspira a vedere soddisfatti secondo il concetto della “piramide di Maslow” (bisogno di sicurezza ed integrità biologica, bisogno di appartenenza ad un nucleo familiare o ad un gruppo, stima di sé (controllo – senso di utilità) e autorealizzazione (espressione di sé – stimoli nuovi – opportunità di apprendimento), (31).

Il bisogno più semplice deve essere soddisfatto prima che si possa passare alla soddisfazione di quello più complesso. Nella scelta delle attività e dei programmi occorre poter stabilire una gerarchia di bisogni aderente alla fase della malattia e organizzare una risposta gerarchicamente corrispondente attraverso delle proposte che sfruttino sia le capacità conservate, che gli elementi di sostegno (figura 1).

Esempi di corrispondenza tra bisogni ed attività sono:

- *bisogno di sicurezza e integrità biologica: in generale controllo del dolore, posizioni confortevoli, massaggio, riposi adeguati, conservazione dell'energia, routine familiari, coinvolgimento nelle attività strumentali e di base del quotidiano; in particolare per la posizione seduta, supporti individualizzati quali sedie con seduta profonda, grandi cuscini sul pavimento, schienali alti; per il letto, morbidi tappeti o materassi vicino al letto per attutire la caduta o altezza del letto personalizzato oppure in casi estremi materasso posto sul pavimento; supporti accanto al letto per facilitare gli spostamenti);*
- *senso di appartenenza: oggetti personali significativi da guardare e conservare, animali, piante, possibilità di ascoltare, di toccare, ambienti da allestire;*
- *stima di sé: reminiscenze e ricordi, controllo del denaro, possibilità di aiutare gli altri;*
- *realizzazione di sé: insegnare, imparare, ricordare, attività creative, lavoro.*

Figura 1 Modelli di assistenza e cura negli anziani con demenza che possono rappresentare una alternativa alla contenzione



La costruzione di una routine giornaliera pensata per ogni singolo individuo deve comunque sempre essere ispirata da ulteriori considerazioni:

- i programmi di attività devono essere funzionali alla persona e non all'organizzazione, quindi occorresse rivedere i ritmi del reparto, rompere schemi rigidi di comportamento dello staff, coinvolgere i servizi esterni il cui funzionamento deve armonizzarsi con le esigenze dei malati;
- lo staff, la famiglia e i volontari hanno responsabilità precise nello sviluppo dei programmi;
- l'ambiente deve essere adattato per lo svolgimento delle attività considerate.

*Possiamo quindi dire che ridurre il ricorso ai mezzi di contenzione è un **cambiamento culturale**, basato più sul metodo di cura che nella speranza di nuove tecnologie. E' una grande sfida basata sull'affinamento di un metodo che richiede la partecipazione di tutti gli operatori, nel pieno delle loro capacità e competenze. La riduzione del numero degli anziani sottoposti a contenzione e delle ore/die di contenzione possono dunque essere proposte come indicatori di qualità*

dell'assistenza in geriatria, che necessariamente si traduce in una migliore qualità di vita degli anziani, soprattutto dei più fragili e bisognosi di cure.

Proposta operativa

Obiettivi

1. Aumentare la ricerca, l'individuazione e l'utilizzo di strategie alternative, sia a livello ambientale che in ambito assistenziale;
2. garantire l'appropriatezza nel ricorso alla contenzione fisica con la finalità di ridurre:
 - il numero di anziani sottoposti a tali misure
 - durata della contenzione (ore / die);
3. declinare l'applicazione dell'intervento, quando inevitabile, collocandolo all'interno del progetto assistenziale individuale (PAI) attraverso:
 - il coinvolgimento delle diverse figure professionali preposte all'assistenza del soggetto,
 - l'utilizzo di strumenti di valutazione omogenei,
 - il monitoraggio e la verifica costanti,
 - la definizione di indicatori di risultato,
 - l'adozione di modulistiche condivise.

Mezzi di contenzione

Per contenzione fisica si intende un intervento nel "processo di cura" che prevede l'utilizzo di dispositivi applicati direttamente alla persona (bracciali, cinture, fasce, corpetti, sponde di protezione del letto, ecc.), oppure inseriti nell'ambiente circostante ad essa, con lo scopo di ridurre/controllare i movimenti del soggetto al fine di tutelare la sua salute o di prevenire comportamenti aggressivi verso sé stessi e verso gli altri.

E' opportuno distinguere, tra i mezzi di contenzione, quelli maggiormente restrittivi della possibilità di movimento applicati direttamente al corpo del soggetto (fasce, polsini, corpetti, bracciali, ecc.) a quelli che permettono la mobilità degli arti e del

corpo e che sono inseriti nell'ambiente circostante (es. sponde di protezione del letto ...).

Non vengono generalmente considerati mezzi di contenzione:

- * Gessi ortopedici
- Bracciali per infusione venosa
- Protezioni di segmenti corporei con chiusura in velcro
- Dispositivi d'allarme al letto e alle porte
- Speciali serrature a scatto delle porte o finestre
- Sponde che proteggano metà o tre quarti del letto (in caso di soggetti in grado di comprendere il significato della "via d'uscita")
- Supporti ortesico riabilitativi

Sono definiti **supporti ortesico riabilitativi**: tutti i dispositivi atti a controllare e correggere deficit tonico posturali

La prescrizione dei **supporti ortesico riabilitativi** per pazienti con deficit posturali, è effettuata dal Medico Specialista (Fisiatra, Geriatra), a seguito di puntuale diagnosi (si pensi alla necessità di posturare correttamente un paziente mediante un cuneo sulla carrozzina).

In tutti i rimanenti casi dove tali presidi siano invece utilizzati con **finalità non riabilitativa**, deve essere adottato il percorso metodologico previsto dalle presenti raccomandazioni.

Tra i più frequenti mezzi di contenzione rientrano:

- Corpetti con bretelle e cinture
- Bracciali per polsi e caviglie
- Cinghie per carrozzina o sedia
- Cintola pelvica
- Carrozzina con tavolino fisso
- Vesti per tutto il corpo

DI PARTICOLARE INTERESSE

- Sponde per il letto
- Cinture di sicurezza per il letto

Principali motivazioni alla contenzione

Nelle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti, si ritiene che la contenzione trovi motivazione prevalente nella:

- prevenzione delle cadute
- controllo di uno stato di agitazione ed aggressività (in una più ridotta percentuale)

Si sottolinea invece che l'uso dei mezzi contenitivi è associato non solo ad un aumentato rischio di caduta, per le note conseguenze che l'immobilizzazione ha sull'apparato muscolo scheletrico, ma anche ad un peggioramento dello stato cognitivo e comportamentale, per incremento proprio dell'agitazione e dell'aggressività indotto dall'uso stesso della contenzione. Le conseguenze fisiche determinate dalle cadute in corso di contenzione possono inoltre avere effetti traumatici maggiormente invalidanti, a causa della difficoltà del soggetto contenuto di porre in atto azioni di difesa.

Con particolare riferimento al rischio di caduta, vanno preliminarmente e periodicamente valutati e corretti i fattori individuali ed ambientali, al fine di adottare le misure appropriate al caso.

Tra i **fattori clinici individuali** vanno considerati:

- Insorgenza di malattie infettive (es. broncopolmoniti, infezioni vie urinarie);
- Insorgenza di alterazioni idro-elettrolitiche con segni clinici di modificazione della volemia (es. diarrea, vomito, mucose secche, oliguria, ridotto turgore cutaneo, ecc);
- Disturbi endocrino-metabolici (es. ipoglicemia, ipertiroidismo, insufficienza surrenalica, encefalopatia epatica, uremia);
- Processi intracranici (es. edema cerebrale,

ematoma subdurale);

- Patologie cardio-circolatorie e/o polmonari (es. ictus, TIA, ipotensione in particolare ipotensione ortostatica, aritmie, ipercapnia, ipossia);
- Patologie neurologiche (es. idrocefalo, meningite, epilessia, morbo di Parkinson e parkinsonismi, demenza);
- Alterazioni sensoriali (es. vista);
- Vertigini e disturbi dell'equilibrio di recente insorgenza;
- Variazioni della terapia farmacologica con somministrazione di farmaci che agiscono sul S.N.C. (es. sedativi, ipnoinducenti, narcotici, anticolinergici);
- Assunzione di alcool e sindrome da astinenza in storia di uso cronico;
- Variazione dello stato psico-sociale-affettivo (es. depressione, paura).

Tra i fattori oggettivi o ambientali :

- Cambio d'ambiente: il rischio di caduta aumenta in maniera significativa nei primi 15 giorni di ricovero in strutture residenziali od ospedaliere;
- Illuminazione ed insonorizzazione insufficiente;
- Presenza di barriere architettoniche;
- Inadeguatezza delle superfici di camminamento (pavimenti sdruciolevoli e/o sconnessi e/o ingombri);
- Inadeguatezza dei presidi in uso;
- Inadeguatezza degli arredi in uso;
- Uso di calzature non idonee (es. ciabatte o scarpe con suole inadeguate);
- Assenza di spazi dedicati alla prevenzione e controllo dei disturbi comportamentali (aggressività ed agitazione);
- Carenza o inadeguatezza di momenti d'animazione, socializzazione od attività motoria.

Complicanze

Potenziati complicanze della contenzione fisica sono:

- **traumi meccanici:** lesioni dei tessuti molli

(escoriazioni, ematomi, soluzioni di continuo cutanee...) per azione meccanica da parte dei mezzi di contenzione, fenomeni asfittici da dinamiche compressive del collo o del torace in caso di eventuali "ribaltamenti" del letto o della carrozzina, possibili fratture da caduta dal letto (specie in caso di scavalco delle spondine), rimozione accidentale di "device" (PEG, tracheostomie, PICC, CVC...) per azioni meccaniche di trazione da parte del mezzo di contenzione stesso;

- **malattie funzionali ed organiche:** riduzione della massa e del tono muscolare, sindromi ipocinetiche, rigidità articolari, lesioni da decubito, disidratazione, stipsi cronica, incontinenza, TVP, stasi polmonare con possibili TEP ed infezioni, sindromi asteniche da inappetenza e malnutrizione proteico-calorica, aggravamento di condizioni osteoporotiche precedenti...
- **sindromi della sfera psico-sociale:** ansia, stress, depressione, aumento dell'agitazione, comportamento aggressivo, perdita dell'autostima, aumento della sensazione di panico e di paura, comportamento regressivo;

L'insieme delle complicanze suddette, oltre a condizionare negativamente le capacità funzionali dei pazienti, può determinare un incremento della mortalità, statisticamente documentata.

Misure atte a evitare/ridurre il ricorso alla contenzione

La valutazione circa l'appropriato eventuale utilizzo dei mezzi di contenzione deve essere collegiale, coinvolgendo necessariamente l'anziano, la sua famiglia o il suo rappresentante legale, non potendosi prescindere da una preesistente complessiva informazione circa l'intera anamnesi sociale del paziente (elementi biografici, suoi interessi "esistenziali", attitudini, propensioni, competenze specifiche...).

La valutazione deve essere effettuata dall'equipe

assistenziale operante presso le strutture. I professionisti formati che la compongono sono già impegnati, infatti, ad individuare, definire ed attuare il piano assistenziale individualizzato che deriva dalla valutazione multidisciplinare e dall'utilizzo di strumenti valutativi comuni.

I componenti di tale team valutativo di "base" (equipe di nucleo) sono per definizione:

- il medico,
- l'infermiere,
- il responsabile delle attività assistenziali,
- il terapeuta della riabilitazione,
- gli operatori socio sanitari (OSS tutor).
- il terapeuta occupazionale (ove presente)
- l'educatore/animatore.

La contenzione deve essere la risultante di un processo di cura in cui l'equipe assistenziale ha esperito ogni tentativo per evitarla, mediante:

- idoneo strumento di valutazione (PAI);
- attenta osservazione e continuo monitoraggio dello stato di salute;
- rilevazione puntuale dei bisogni individuali e dell'appropriatezza del piano di cura;
- verifica, individuazione, correzione e rimozione di tutte le cause d'impropria applicazione;
- possibilità di adattamenti ambientali (es.: letti bassi o regolabili in altezza, illuminazione adeguata, assenza di barriere architettoniche, pavimentazione idonea);
- creazione di attività "significative" per l'ospite ed occasioni di interazione sociale;
- diversa allocazione degli ospiti più agitati e degli ospiti ad alto rischio di caduta in modo tale da favorirne la sorveglianza;
- monitoraggio dei disturbi comportamentali ed individuazione dei fattori scatenanti;
- personalizzazione degli ausili;
- permanente sistema di valutazione e monitoraggio dei diversi interventi, orari e turnistica del personale;

- formazione permanente di tutti i professionisti rivolta a stimolare l'osservazione e ad incentivare la comunicazione.

Nella consapevolezza della necessità di un auspicabile cambiamento culturale nel saper correttamente affrontare il tema della contenzione per cercare di “superarla”, si rileva l'esigenza di un supporto tecnico, individuabile in una “procedura operativa” che ogni struttura dovrà poi adottare, interpretandola secondo le proprie peculiarità.

Conclusioni

Le linee di indirizzo presentate, in linea con quanto ribadito dal documento sulla contenzione del Comitato Nazionale per la Bioetica (2015), (1) hanno l'obiettivo di favorire la *la necessità del superamento della contenzione*, nell'ambito della promozione di una cultura della cura rispettosa dei diritti e della dignità delle persone anziane ricoverate nei servizi ospedalieri e territoriali e proteggerle da ogni forma di abuso in particolare quelle con disturbi cognitivi e comportamentali che sono le più vulnerabili e le più esposte a queste pratiche. È vero che la possibilità di usare la contenzione meccanica non è mai stata esclusa in via assoluta. Ma ciò dovrebbe essere riservato a eventuali situazioni estreme di pericolo che i sanitari e l'equipe assistenziale non siano in grado di fronteggiare in altro modo ricordando che la limitazione della libertà personale prodotta dalla contenzione rappresenta in sé una violazione dei diritti fondamentali della persona.

Pertanto, così come raccomandato dal CNB, occorre :

- 1) *incrementare la ricerca sulla contenzione* in rapporto all'organizzazione e alla cultura dei servizi, particolarmente per ciò che riguarda le persone anziane assistite;
- 2) *avviare a livello provinciale un nuovo monitoraggio del fenomeno* richiedendo agli operatori di utilizzare

una apposita scheda dove registrare le motivazioni, la durata ecc;

- 3) *predisporre programmi finalizzati al superamento della contenzione* nell'ambito della promozione di una cultura generale della cura rispettosa dei diritti, agendo sui modelli organizzativi dei servizi e sulla formazione del personale;
- 4) *prestare la massima attenzione, in tempi di risorse limitate, a mantenere e possibilmente a incrementare la diffusione e la qualità dei servizi rivolti ai soggetti più fragili.*

Riferimenti bibliografici

- 1) Presidenza del Consiglio dei Ministri- Comitato Nazionale per la Bioetica. *La contenzione: problemi bioetici*, 23 aprile 2015.
- 2) Comitato Nazionale per la Bioetica - *Psichiatria e Salute Mentale* (2000)
- 3) Comitato Nazionale per la Bioetica - *Bioetica e diritti degli anziani* (2006)
- 4) Comitato Nazionale per la Bioetica - *Le demenze e la malattia di Alzheimer* (2014)
- 5) Hamers JP, Gulpers M, Strik W. *Use of physical restraints with cognitively impaired in nursing home residents*. Journal of Advanced Nursing, 45 (3): 246-251, Feb 2004.
- 6) Suen LK, Lai CK, Wong TK, Chow SK, Kong SK, Ho JY, Kong TK, Leung JC, Wong YC. *Use of physical restraints in rehabilitation settings: staff knowledge, attitudes and predictors*. J Adv Nurs, 55 (1): 20-28, 2006.
- 7) Deegan PE. *Recovery as a Self-Directed Process of Healing and Transformation*. Occupational Therapy in Mental Health, 17: 5-21, 2001.
- 8) Lee D, Chan MC, Tam E, Yeung W. *Use of physical restraint on elderly patients: an exploratory study of the perceptions of nurses in Hong Kong*. Journal of Advanced Nursing, 29 (1): 153-159, 1999.
- 9) Evans D, FitzGerald M. *Reasons for physically restraining patients and residents: a systematic review and content analysis*. International Journal of Nursing

- Studies, 39: 735-743, 2002a.
- 10) Evans D, FitzGerald M. *The experience of physical restraint: a systematic review of qualitative research*. Contemporary Nurse, 13: 126-135, 2002b.
 - 11) *Raccomandazioni circa l'utilizzo delle misure di restrizione fisica*, AUSL Parma, febbraio 2015 www.ausl.pr.it
 - 12) Hamers JP, Huizing AR. *Why do we use physical restraints in the elderly?* Z Gerontol Geriatr, 38 (1): 19-25, Feb 2005.
 - 13) Cester A. *La contenzione fisica in geriatria esiste ancora ?* L'Infermiere n.4/2009, 54-55).
 - 14) Zanetti E., Castaldo A., Gobbi P.: *Superare la contenzione: si può fare*. I Quaderni dell'Infermiere. N. 25; luglio 2009.).
 - 15) M.L. Moro et al. *Misurazione della qualità dei servizi alla persona. Risultati di un progetto regionale*. Dossier 237-2014, Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Emilia-Romagna.
 - 16) DGR514/2009 *Primo provvedimento della Giunta Regionale attuativo dell'art.23 della L.R.4/08 in materia di accreditamento dei servizi socio-sanitari*.
 - 17) Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri *Codice di Deontologia Medica*, 18 maggio 2014
 - 18) Il *Codice Deontologico dell' infermiere* approvato dal Comitato centrale della Federazione con deliberazione n.1/09 del 10 gennaio 2009 e dal Consiglio nazionale dei Collegi Ispasvi riunito a Roma nella seduta del 17 gennaio 2009
 - 19) Accordo Stato-Regioni del 22 febbraio 2001 (G.U. 19 aprile 2001, n° 91) per *l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell' operatore socio-sanitario e per la definizione dell'ordinamento didattico dei corsi di formazione*.
 - 20) Vitali S.: *Il Modello Protesico. La metodologia Gentle Care - Gentle Care Model*. Giornale di Gerontologia 2004;52:412-417.
 - 21) A. Guaita, M. Jones, *A prosthetic approach for individuals with dementia ?* JAMA, January 26, 2011 Vol 305 (4), 402-403.
 - 22) Garre Olmo J et al. *Environmental determinants of quality of life in nursing home residents with severe dementia* J Am Ger Soc 2012 Jul;60 (7).
 - 23) Gesine Marquardt , Katrin Bueter , Tom Motzek (2014) *Impact of the Design of the Built Environment on People with Dementia: an evidence-based review* Health Environment Research and Design Journal 8 (1), 127-157.
 - 24) Kevin Charras et al. *The Eval'zheimer® model: fittingcare practices and environmental design to institutionalized people with dementia* Neurodegen. Dis. Manage. (2011) 1(1), 29–35
 - 25) Vitali S., Guaita A.: *Aspetti di terapia e cure della persona*. *Dementia Update* – N. 7- maggio 2000
 - 26) Zanetti E.: *La contenzione fisica in geriatria: dalla denuncia alla proposta*. Gruppo di Ricerca Geriatrica, Journal Club 13 marzo 2009, Brescia.
 - 27) Kitwood T, Bredin K. *Towards a theory of dementia care: personhood and well-being*. Ageing Soc. 1992;12:269-87.
 - 28) Livingston G, et al. *Non-pharmacological interventions for agitation in dementia: systematic review of randomized controlled trials* The British Journal of Psychiatry (2014) 205, 436–442).
 - 29) Progetto Ministeriale CCM- Centri Diurni Alzheimer : approccio di rete, appropriatezza organizzativa e qualità dei servizi- *Un modello di Centro Diurno per le Demenze complementare e contestualizzato nella rete dei servizi – Manuale teorico-pratico* a cura di C.A. Biagini, A.M. Cotroneo, A.Fabbo, M.Giordano, marzo 2016.
 - 30) Gary Kielhofner *Model of Human Occupation* , 2002 Lippincot e Williams, USA
 - 31) Abraham H. Maslow *Motivazione e personalità* Armando Editore, 2010.

TRE ANNI ALLA PRESIDENZA DELLA CEOM: UN'ESPERIENZA PROFICUA E AFFASCINANTE

Con il mese di giugno si è concluso il mio mandato di presidente della Commissione europea degli Ordini dei medici, durato un triennio e pieno di soddisfazioni per la FNOMCeO che ha fortemente voluto un impegno del nostro Paese in una cornice europea in costante evoluzione sul piano della Sanità.

È stata certamente un'esperienza utile per approfondire e promuovere i grandi temi che stanno interessando il



nostro Continente (ma non solo) e che vanno dai determinanti sociali della Salute ai fenomeni demografici della nostra professione alle medicine non convenzionali fino agli aspetti sanitari delle migrazioni e al crescente sviluppo della violenza sui medici.

Nelle varie assemblee che si sono succedute annualmente, ospitate nei differenti paesi europei, questi ed altri ancora come la libera circolazione dei cittadini e dei professionisti o la loro formazione, hanno costituito l'oggetto di un confronto tra le varie realtà nazionali, sempre utile per ampliare le proprie vedute e uscire da un certo provincialismo che ancora pervade il nostro quotidiano.

Modena in questo contesto ha avuto l'onore di ospitare alcune di queste riunioni inclusa l'ultima di giugno nel corso della quale ho passato il testimone della presidenza al collega Santos del Portogallo. Ho avuto la soddisfazione di essere confermato nel Board della CEOM alla vicepresidenza e per questo cercherò di proseguire l'impegno nell'ambito europeo.

Superfluo sottolineare come sia stato particolarmente orgoglioso di rappresentare i medici italiani in un momento così delicato per la nostra Professione che sta vivendo un periodo difficile di transizione non privo di conflittualità. Respirare "un'aria europea" è servito a posizionare le nostre problematiche in un contesto



ben più ampio

e con un'attenzione agli sviluppi che la Medicina e la Società in cui viviamo stanno avendo con sempre maggiore celerità. Confrontarsi con le altre realtà è stato sempre particolarmente produttivo.

Devo per questo ringraziare tutto il Consiglio dell'Ordine che mi ha consentito di coniugare gli impegni provinciali (e nazionali) con quelli più onerosi, anche temporalmente, europei.

N. G. D'Autilia

Past president CEOM



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

REPORT CONSIGLIO NAZIONALE FNOMCEO - ROMA 24 GIUGNO 2017

Nel corso dell'ultimo consiglio Nazionale svoltosi a Roma in giugno 2017 sono stati posti all'attenzione dello stesso temi di assoluto interesse. L'argomento che ha coagulato la maggior attenzione ed impegno da parte del Consiglio e del Comitato Centrale è stato l'esame del Ddl 3868 approvato in prima lettura al Senato il 24 maggio 2017 ed attualmente all'esame della commissione XII degli Affari Sociali della Camera dei Deputati.

Al Testo licenziato dal Senato alla stesura del quale le professioni sanitarie avevano contribuito, sono stati presentati numerosi emendamenti che ne hanno profondamente modificato i contenuti. La Federazione Nazionale dei medici ritiene che tali variazioni possano minare e condizionare l'autonomia delle professioni e degli Ordini. Dalle valutazioni del Comitato Centrale sono nate alcune considerazioni;

- L'iniziativa di legge non riconosce il ruolo istituzionale degli Ordini Professionali che vengono considerati organi sussidiari dello Stato ma che subiscono controlli e limitazioni nella loro funzione.
- Particolare interesse è stato posto alla presentazione di altri profili professionali con il rischio di creare ulteriore confusione nel mondo già affollato delle professioni sanitarie, minando la sicurezza delle cure. Tali proposte non considerano in prospettiva il loro sviluppo demografico, i fabbisogni della popolazione correndo il rischio di produrre ulteriore sottooccupazione e gravi sovrapposizioni di competenze. La Federazione sostiene il diritto delle altre professioni sanitarie di riconoscersi in albi, strumenti di garanzia per il cittadino, per lo Stato e per la qualità stessa delle professioni.
- Incoerente è inoltre la norma proposta che prevede che i revisori dei conti degli Ordini professionali siano professionisti esterni alla agli stessi, scelti dall'albo dei revisori legali; questo non garantirebbe autonomia, autodisciplina e autotutela della professione medica ed odontoiatrica.
- Relativamente alla modifica del quorum di votanti alle elezioni del Consiglio viene proposta la validità delle stesse in prima convocazione se hanno partecipato almeno il 50% degli aventi diritto ed ¼ degli stessi in seconda convocazione. Nella realtà modenese ciò significherebbe almeno 1200 votazioni. Tali dati appaiono improbabili non solo nella nostra realtà ma in qualunque Ordine. Di difficile attuazione sono inoltre la decentralizzazione delle sedi di votazione e il voto telematico, sia per motivi logistico-organizzativi che economici; i costi infatti, viene ribadito, sono totalmente a carico dell'Ordine stesso senza alcun contributo.

In ultimo vengono proposte ipotesi di incompatibilità. Le attività degli Ordini si basano anche su reti profes-

sionali che possono conciliare le rappresentanze sindacali, le società scientifiche ed altre realtà di carattere volontaristico. Tutte queste figure si muovono su diversi ambiti professionali che sono però contigui e devono rappresentare un valore aggiunto alle Istituzioni, considerando che una professione matura applica un Codice Deontologico all'interno del quale devono essere indicate le incompatibilità stesse.

Tale proposta di legge è stata giudicata lontana dalla realtà quotidiana e sebbene inserisca idee e spunti di lavoro interessanti, le modifiche organizzative contenute nella stessa hanno richiesto da parte della Federazione una risposta unanime di critica.

M. Zennaro

Vice presidente OMCeO Modena

L'ENPAM COMPIE 80 ANNI

L'ENPAM, l'Ente di previdenza e di assistenza dei medici ed odontoiatri il 14 luglio 2017 ha compiuto 80 anni.

L'ENPAM amministra i contributi versati dagli iscritti ed eroga le nostre pensioni. La gestione dei contributi e del patrimonio ha portato a sempre migliori performance. Il 2016 si è chiuso con il miglior utile di esercizio di tutti i tempi registrando un utile di 1.328.217.387 euro, portando così il patrimonio a 17.175.059.713 di euro, con un incremento netto del 7,20%, risultati oggettivamente ottimi anche in considerazione del particolare momento in cui versa la l'economia nazionale. Tali cifre che possono sembrare sterili o scontate si traducono nella sicurezza dell'erogazione delle nostre pensioni sia in un futuro prossimo che lontano, ed in un' incremento dei servizi di assistenza forniti dall'ente.

Le critiche alla gestione, in verità poche, anche se molto rumorose e mirabolanti che ciclicamente si sono succedute hanno avuto una risposta nei fatti e nelle cifre di bilancio inequivocabili.

Il nostro Ordine in questi anni ha sostenuto le scelte dell'attuale CDA ENPAM a presidenza del Dr. Alberto Olivetti, condividendone attivamente gli obiettivi.

Gli Ordini rappresentano il terminale sul territorio della fondazione, il personale dei nostri uffici, formato e aggiornato grazie anche ai corsi organizzati dall'ente, offre con competenza e tempestività un servizio di consulenza assicurando un collegamento gestionale ed operativo tra l'ente e gli iscritti.

Il rapporto diretto col territorio nella nostra provincia è stato assicurato dai numerosi convegni organizzati dal nostro Ordine su tematiche previdenziali a cui hanno aderito esponenti di spicco del CDA dell'ente ed esperti qualificati, convegni che hanno sempre visto una importante partecipazione dei nostri iscritti che in queste occasioni hanno potuto usufruire di una consulenza previdenziale personalizzata grazie al personale della fondazione che ha gestito numerose postazioni dedicate.

L'ENPAM si è dotata di servizi telematici molto efficienti, sul sito nell'area riservata si possono avere informazioni, chiarimenti, certificazioni ed altro, ed è possibile in modo molto semplice e rapido avere una ipotesi di pensione, la così detta "busta arancione" di cui tanti parlano ma che è una realtà da parecchi anni per noi medici ed odontoiatri.

L'ENPAM non è solo previdenza ma anche assistenza che si concretizza nel progetto quadrifoglio che comprende il credito agevolato, il fondo sanitario integrativo, la previdenza complementare e la copertura sui rischi professionali e biometrici in tutte le sue numerose articolazioni. A partire dal 1° agosto 2016 è attiva la copertura LTC (Long Term Care), l'Enpam offre una copertura assistenziale di lungo periodo che garantisce l'erogazione di una rendita vitalizia nel caso di impossibilità fisica a svolgere le azioni principali della vita quotidiana.

Assistenza vuol dire anche erogazione di fondi straordinari per calamità naturali, come noi, nostro malgrado, abbiamo sperimentato nel 2012 in occasione del sisma che ha colpito la nostra provincia. Abbiamo potuto constatare il tempismo e la solidarietà concreta fatta di efficienza da parte della fondazione ENPAM.

Anche se si parla di pensioni i giovani non sono messi in secondo piano, l'ente ha predisposto una regolamenta-

zione organica e sistematica degli istituti a tutela della maternità e paternità in sintonia con le peculiarità della professione medica e odontoiatrica.

E' sufficiente un giorno di contribuzione per poter godere di tutti i diritti previsti per gli iscritti alla fondazione ed usufruire dei servizi offerti dall'ente: la possibilità di avere un prestito o un mutuo per l'acquisto della propria casa, una copertura assistenziale in caso di calamità, le coperture della maternità e, nel caso di un evento devastante che impedisca il prosieguo della carriera, un assegno di 15 mila euro annui e la reversibilità per la famiglia.

Gli studenti al V anno di medicina ed odontoiatria possono già iscriversi all'ENPAM usufruendo di tutti i servizi ed agevolazioni versando un contributo pari alla metà della quota prevista per gli under 30, potendo coprire in un secondo tempo i contributi previdenziali ovvero quando saranno entrati nel mondo del lavoro avvalendosi di una sorta di prestito di onore di cui si fa carico e garante la fondazione.

L'ENPAM è tutto questo e molto altro, compie 80 anninon li dimostra e gode di ottima salute, forse perché è gestita da medici.



A. Addamo



A cura di Lodovico Arginelli

MARINO QUARTIERI

Nacque a Modena nel 1917 e vi morì nel 2003.

La sua arte inizialmente si esprime nella musica, frequenta infatti il liceo musicale Orazio Vecchi.

Ben presto però si iscrive all'Istituto d'Arte della sua città dove è allievo di **Arcangelo Salvarani** e **Luigi Roncaglia**.

Si perfeziona a Firenze, all'Istituto delle Belle Arti con il maestro **Orazio Grassi**.

Nel 1936 partecipa ai Littoriali Nazionali di Venezia ed alla Triennale di Milano dove vince il Premio Italia.

Vince il Pensionato Poletti per la scultura ed una borsa di studio nazionale del Ministero della Pubblica Istruzione.

Nel 1949 viene organizzata la sua prima personale presso la Saletta degli Amici dell'Arte a Modena.

Nel 1958 scolpisce le decorazioni della tomba di famiglia di Enzo Ferrari.

È docente di scultura per oltre trent'anni, ed ha partecipato alle più importanti rassegne artistiche nazionali ed internazionali.

Numerose opere monumentali sono conservate presso Enti Pubblici, privati collezionisti, Cimiteri, Chiese e piazze, sia in Italia che all'estero.

Tra le sculture di particolare rilievo ricordiamo "Il monumento ai piloti d'auto caduti", collocato nel parco dell'asilo di Santa Caterina a Modena, il monumento ai Partigiani di Fiorano, la statua della Libertà, collocata in piazza San Domenico a Modena, ed il grande gruppo bronzeo (maternità e morte), fuso per l'Amministrazione Comunale di Zocca.

L'ultima sua opera è "il monumento di bronzo celebrativo della nascita di Enzo Ferrari realizzato in due copie collocate in Largo Garibaldi a Modena e nella piazza del municipio a Maranello.

Altre sue opere:

"Acrobata", bronzo, cm 45x55 h

"Conquista", terracotta

"La madre"



"Conquista" - Terracotta



La madre

A cura di Lodovico Arginelli

Cari colleghi ed amici, facciamo un balzello in Pediatria e più specificatamente in Neonatologia per vedere un po' cosa ci riserba il nostro bel dialetto modenese.

NÀSER=NASCERE

Guardate come gli accenti sono importanti in tutti i dialetti, basta scrivere nasèr che diventa annusare.

Ma procediamo.

"A-n sun ménga nêe per al bus dla dâzza" (non sono nato dal buco della doccia, "naso"). Modo di dire per reagire ad una accusa d'imbroglio.

"Bisgnarév v che quand la dàna la nâs, l'amm al zapéss" (bisognerebbe che quando la donna nasce, l'uomo zappasse). Colorita espressione in uso nelle campagne per indicare quella che un tempo, era la giusta differenza di età fra i coniugi.

"Chi nâs esèn, al mór sumèr....", (chi nasce asino, muore somaro). Credo non ci sia bisogno di spiegazioni.

"Chi nâas puvràtt, la pânza patéss, chi nâs caiòun, mai pio guaréss", (chi nasce povero soffre la fame, chi nasce minchione, non guarisce mai più). Anche questa espressione vecchia come il cucco, non ha bisogno di grossi commenti.

"Dedlè a-s nâs, dedlè a-s mor...", (da lì si nasce, da lì si muore...). Il modo di dire si riferisce alla vita dell'uomo al suo ineluttabile legame con la donna ed ai suoi attributi sessuali. Donna, dalla quale è nato e per la quale (e per i quali), muore.

"Da un pîr a-n'è mai nêe un pàmm...", (da un pero non è mai nata una mela...), anche se con i moderni in-nesti pare che ciò si possa verificare.....ma a quei tempi sicuramente non si sospettava nemmeno.

"Turnèr a nâser", (tornare a nascere). Risollevarsi, star meglio dopo un problema fisico o di altra natura.

"Se mè a fèva al caplèr, i àmm i nasiven sèinza testa", (se io facevo il cappellaio, gli uomini nascevano senza testa), Si usa per sottolineare una particolare sfortuna.

"Éser nêe stoff", (essere nato stanco). Essere stanco perennemente.

"L'è méi nâser fortunèe che sgnór", (meglio nascere fortunati che signori). L'espressione popolare dà più valore al denaro che alla ricchezza d'animo.

"Esér nêe la nòt ed San Vidèl, quand a piuvvâ i baròz e a nasiva i sumèr per tirèr", (essere nato la notte di San Vitale, 9 gennaio, quando piovevano i barrocci, e nascevano i somari per tirarli). Espressione francamente allusiva.

"L'è nêe cun i braz ingesèe", (è nato con le braccia ingessate). Si dice di uno che è tirchio sino all'inverosimile, o che non ha voglia di lavorare.

"L'è tòtt só pèder, nêe e spudèe", (è uguale a suo padre, nato e sputato). Si dice quando fra padre e figlio c'è una rassomiglianza perfetta.

