

EM

bollettino di modena

2012

Ottobre - Novembre - Dicembre

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

**EDITORIALE: C'È QUALCOSA DI
NUOVO OGGI NELL'ARIA, ANZI
D'ANTICO...** (il presidente);

**ȘISMA 2012: L'EMERGENZA NON
È FINITA**
(M. Campisi, A. Razzaboni, L. Rolando);

**DA UN'ETICA DEL RAZIONAMENTO
ALL'ETICA DI RIDUZIONE DEGLI
SPRECHI: LA SFIDA DELLA
MEDICINA SOSTENIBILE**
(L. Casolari, B. Casarini, F. Sala);

**PROMUOVERE CONOSCENZE E
COMPETENZE SUL TEMA DELLA
LEGALITÀ TRA I MEDICI E GLI
ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA
DI MODENA PER CONTRASTARE
LA CORRUZIONE IN SANITÀ**
(V. Solfrini, F. Sala);

**CARCINOMA EPATOCELLULARE A
MODENA E PROVINCIA**
(aa.vv.).





Autorama



ACCORDO ORDINE DEI MEDICI MODENA GRUPPO AUTORAMA

ALFA R. GIULIETTA: SCONTO 16%
ALFA R. MITO: SCONTO 20%
ALFA R. 159: SCONTO 21%

**ESCLUSIVAMENTE PRESSO
GRUPPO AUTORAMA
FINO AL 31/03/2013**

* SCONTI RISERVATI AGLI ISCRITTI ORDINE DEI MEDICI MODENA, AI LORO FAMILIARI DI PRIMO GRADO E AI DIPENDENTI ORDINE DEI MEDICI MODENA.

SOMMARIO

bollettino di modena

EDITORIALE	04
ATTIVITÀ DELL'ORDINE	08
LA PAGINA DELL'ODONTOIATRA	13
SISMA 2012: L'EMERGENZA NON È FINITA	16
DISCUTIAMO DI ETICA	26
DI PARTICOLARE INTERESSE	29
ENPAM	38
NORMATIVA	40
ONAOSI	44
TACCUINO	46
CORSI CONVEGNI E CONGRESSI	48
DIALETTO IN PILLOLE	49
ARTE E DINTORNI	50

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente
Dr. Nicolino D'Autilia
Vice Presidente
Dr. Beniamino Lo Monaco
Consigliere Segretario
Dr. Paolo Martone
Consigliere Tesoriere
Dr. Antonino Addamo
Consiglieri
Dr. Gianluca Abbati, Dr. Lodovico Arginelli, Dr. Paolo Barani, D.ssa Loretta Boiani, D.ssa Mara Bozzoli, Dr. Raffaele Bruni, Dr. Luca Carteri, Dr. Adriano Dallari, Dr. Stefano Reggiani, Prof. Francesco Rivasi, Dr. Francesco Sala.
Consiglieri Odontoiatri
Dr. Roberto Gozzi, Dr. Vincenzo Malara

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

Presidente
Dr. Roberto Olivi Mocenigo
Componenti
Dr. Cinque Michele
Dr. Matteo D'Arienzo
Revisore dei conti supplente
Dr. Luigi Bertani

COMMISSIONE ODONTOIATRI

Presidente
Dr. Roberto Gozzi
Segretario
Dr. Mario Caliandro
Componenti
D.ssa Francesca Braghiroli, Dr. Vincenzo Malara, Prof. Mario Provvigionato
Direzione e Amministrazione
Modena, p.le Boschetti, 8
Tel. 059/247711 Fax 059/247719
ippocrate@ordinemedicimodena.it
www.ordinemedicimodena.it

Direttore Responsabile

Dr. Nicolino D'Autilia
Iscr. Trib. MO N° 83 del 28/6/52
Editore

Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Modena
Comitato di Redazione
Dr. Gianluca Abbati, Dr. Lodovico Arginelli, Dr. Michele Cinque, Dr. Paolo Martone, Dr. Roberto Olivi Mocenigo, D.ssa Lucia Rolando, Prof. Francesco Rivasi

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

In copertina: "Ritratto di F.T. Marinetti poeta parolibero" di Enrico Prampolini, 1929

C'È QUALCOSA DI NUOVO OGGI NELL'ARIA, ANZI D'ANTICO...

Parafrasando (e modificandola) la celebre poesia del Pascoli torna alla mente in questo periodo una sorta di atmosfera sospesa che la gente comune percepisce e i medici sentono come attutita, coniugando le conseguenze di una crisi economica sotto gli occhi di tutti con una speranza di scenari futuri migliori. È un'atmosfera d'attesa di non si sa quali eventi, magari migliori, magari...

In questo clima impalpabile si consumano peraltro piccoli grandi cambiamenti. Si rafforzano e si moltiplicano sul campo i segnali di una progressiva emarginazione dei professionisti nei luoghi deputati alla cura dei cittadini con il rinvio ad esempio di contratti e convenzioni nazionali e con un sempre più deciso ruolo delle Direzioni nel determinismo delle scelte aziendali. A Roma si cerca di normare un nuovo assetto del Servizio Sanitario ma con il netto contrasto delle Regioni che vedono in alcuni punti cruciali delle novità legislative un forte elemento di vincolo, come ad esempio nella nomina dei Direttori Generali.

La cosiddetta spending review a ragionare della quale siamo stati abituati negli ultimi tempi sta progressivamente erodendo margini di spesa per



N. D'Autilia

i cittadini che iniziano sempre più spesso a razionalizzare le loro risorse anche nel campo della salute. Il processo è in atto già da tempo ma questo sta comportando inevitabilmente che sempre più larghe fasce di popolazione non accedano ai servizi sanitari di primo livello con le prevedibili ripercussioni a breve

e lungo termine.

La nostra non può e non vuole essere una valutazione politica a meno che non la si intenda connotare con l'aggettivo di sanitaria. Ma è un dato di fatto che una Riforma dell'attuale Servizio sanitario è già nei fatti. La sua attuale struttura infatti non può sopportare oltre una mole di prestazioni che neppure l'introduzione di qualsivoglia ticket ha dimostrato essere in grado di calmierare. L'accesso rimane indiscriminato quando non dovuto.

In questo contesto i medici appaiono purtroppo figure spesso marginali nei processi decisionali che risultano governati da altri soggetti, troppo gelosi dei loro ruoli.

Nella nostra realtà, violentata anche dall'evento sismico, si assiste proprio sull'onda della ricostruzione ad una riorganizzazione della rete ospedaliera che prevede un suo complessivo discreto ridimensionamento associato ad una forte ri-definizione

del Policlinico sempre più votato al ruolo di enorme poliambulatorio. Non ci si può in questo ambito esentare dall'esprimere una diffusa (tra i professionisti) sensazione di disagio per il destino di questa struttura, un tempo non molto lontano faro di attrazione per tanti pazienti del nostro Paese che venivano a Modena alla ricerca di una diagnosi e/o di una terapia efficace. Va da sé che Baggiovara rappresenterà il polo di maggior intensità di cura per la provincia ma ci si deve ragionevolmente chiedere se anche in questa città non sia stato proprio possibile programmare con tempistica ragionevole un assetto delle strutture che fosse duraturo per almeno 50 anni. Ma sappiamo tutti molto bene quale è stato il ruolo della politica nostrana, sempre quella con la p minuscola s'intende. Della nostra Università, a proposito del Policlinico, preferisco non articolare parole perché potrei essere accusato di molti reati...

Della medicina territoriale, come diceva quel tizio della barzelletta, c'è chi ne dice bene e chi ne dice male. Un fatto è certo: la si vuole consolidare richiamandosi al valore delle cure primarie e al loro ruolo come "porta di accesso ai Servizi". Ma le risorse a livello nazionale non sono ancora sul tavolo, e immaginare che i colleghi investano in un nuovo scenario professionale proprio nel momento in cui la pressione fiscale si è ulteriormente incrementata risulta un mero esercizio di fantasia.

Sotto il profilo ordinistico non va dimenticato che nel nostro Codice Deontologico è contenuto un articolo, il sesto, che così recita.

- Qualità professionale e gestionale -

Il medico agisce secondo il principio di efficacia delle cure nel rispetto dell'autonomia della persona tenendo conto dell'uso appropriato delle risorse. Il medico è tenuto a collaborare alla eliminazione di ogni forma di discriminazione in campo sanitario, al fine di garantire a tutti i cittadini stesse opportunità di accesso, disponibilità, utilizzazione e qualità delle cure.

I medici in buona sostanza sono disponibili, e già lo stanno attuando, a collaborare con i dirigenti aziendali per garantire un utilizzo efficace ed efficiente del Servizio Sanitario, soprattutto in questo frangente storico così tormentato e a risorse limitate, ma occorrerà che si tenga conto nel contempo delle loro indicazioni e dei loro suggerimenti, fondati sulla esperienza che deriva da anni di esercizio professionale a tutela della salute dei cittadini. Non si richiede per loro posizioni di privilegio ma disponibilità all'ascolto e al dialogo con coloro che sono a diretto contatto con i pazienti, i malati, o come si dice in burocratese gli utenti, termine a mio parere odioso perché mi richiama un'azienda di fornitura del gas.

*Il presidente
N. D'Autilia*

POSTA CERTIFICATA: UN OBBLIGO DI LEGGE

Il ministero della Funzione Pubblica ha ribadito che l'obbligo di dotarsi di casella di posta elettronica certificata (PEC) riguarda tutti gli iscritti negli Albi, indipendentemente dalla situazione lavorativa e professionale dell'iscritto (lavoratore dipendente, libero professionista, pensionato). L'obbligo di legge si assolve con l'acquisizione di una PEC fornita da uno dei gestori accreditati presso il CNIPA (Centro per l'Informatica della Pubblica Amministrazione).

Con riferimento al suddetto obbligo l'Ordine dei medici di Modena nel mese di giugno ha attivato la procedura per l'acquisto di una casella PEC per i medici e gli odontoiatri che risultano iscritti all'Ordine professionale. La procedura, testata presso i nostri uffici, risulta di semplice applicazione. Invitiamo i colleghi ad adeguarsi alla normativa vigente usufruendo di questo servizio che l'Ordine di Modena ha messo loro a disposizione. Come preannunciato la convenzione di Aruba con l'Ordine prevede un costo triennale di € 5,50 + IVA = € 6,60.



Procedura per l'acquisto di casella PEC

- Accedere al portale www.arubapec.it
- Cliccare in alto a destra su "convenzioni"
- Inserire il codice convenzione: **OMCEO-MO-0038**
- Nella pagina successiva inserire: **codice fiscale, cognome e nome**
- Inserire la propria password (è obbligatorio indicare sia lettere sia numeri, in caso contrario il sistema si blocca)
- Il sistema verificherà che i dati inseriti corrispondano ad un iscritto all'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri della provincia di Modena
- Inserire: **indirizzo, telefono, e-mail** (funzionante)
- Il sistema propone la conferma e le condizioni generali di contratto

Per la fatturazione inserire i dati richiesti:

- se titolare di partita IVA selezionare "libero professionista" e indicare la **partita IVA** nell'apposita casella
- se non titolare di partita IVA selezionare "persona fisica"
- Scegliere le modalità di pagamento (carta di credito, bollettino postale, bonifico)

Informazioni

- Terminata la registrazione di richiesta della casella PEC automaticamente il sistema inoltrerà i documenti necessari alla sottoscrizione del servizio PEC all'indirizzo e-mail indicato dal professionista.
- La casella sarà attivata solamente dopo la trasmissione via fax della documentazione debitamente sottoscritta corredata di fotocopia di un documento d'identità in corso di validità al numero di fax 0575 862026.
- Servizio: casella di posta elettronica certificata standard da 1GB
- Costi: canone triennale € 5,50 + IVA 20%
- Servizio di **help desk** erogato tramite il numero **0575/0500**.

N.B. ARUBA PEC comunicherà con cadenza settimanale sia all'Ordine che alla FNOMCeO gli indirizzi delle caselle PEC attivate.

Per coloro che sottoscriveranno la casella di posta certificata con altro gestore, corre invece l'obbligo di comunicare l'indirizzo PEC alla segreteria dell'Ordine (fax 059/247719, e-mail: ordine.mo@pec.omceo.it).

CARI COLLEGGI RICORDIAMOCI CHE

Con sempre maggiore frequenza viene segnalato da colleghi che, in occasione di visite mediche specialistiche eseguite presso altri medici in regime libero professionale, viene da questi ultimi richiesto il pagamento dell'onorario pur nella consapevolezza dello status professionale del o della paziente. Si intende ribadire che fin dai tempi di Ippocrate il nostro Codice Deontologico contiene uno specifico richiamo ai rapporti di colleganza che nel nuovo testo è riportato all'articolo 58 che così recita:

Art. 58

Rispetto reciproco

Il rapporto tra medici deve ispirarsi ai principi di corretta solidarietà, di reciproco rispetto e di considerazione della attività professionale di ognuno.

Il contrasto di opinione non deve violare i principi di un collegiale comportamento e di un civile dibattito.

Il medico deve assistere i colleghi senza fini di lucro salvo il diritto al ristoro delle spese.

Il medico deve essere solidale nei confronti dei colleghi risultati essere ingiustamente accusati.

Si invitano caldamente i colleghi ad adeguarsi alle norme dettate dal Codice Deontologico.

*Il presidente dell'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri
Dr. Nicolino D'Autilia*

Il Prof. Luca Richeldi è stato nominato presidente del Consiglio del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia dell'Università degli studi di Modena e Reggio Emilia per il prossimo triennio. Il Presidente e il Consiglio dell'Ordine dei medici e degli odontoiatri di Modena si congratulano con il collega e auspicano una sempre migliore collaborazione fra Facoltà e Ordine.

ATTIVITÀ DELL'ORDINE

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO - martedì 18 luglio 2012

Il giorno martedì 18 luglio 2012 – ore 21,10 - presso la sala delle adunanze di quest'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Sono presenti:

Presidente	Dott. Nicolino D'Autilia
Vice presidente	Dott. Beniamino Lo Monaco
Segretario	Dott. Paolo Martone
Tesoriere	Dott. Antonino Addamo

Consiglieri: Dott. Lodovico Arginelli, Dott. Paolo Barani, Dr.ssa Loretta Boiani, Dr.ssa Mara Bozzoli, Dott. Raffaele Bruni, Dott. Luca Carteri, Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala.

Consiglieri odontoiatri: Dott. Roberto Gozzi, Dott. Vincenzo Malara.

Collegio revisori dei conti: Dott. Roberto Olivi.

Assenti giustificati: Dott. Gianluca Abbati, Dott. Adriano Dallari, Dott. Stefano Reggiani.

Assenti giustificati per revisori dei conti: Dott. Luigi Bertani, Dott. Michele Cinque, Dott. Matteo D'Arienzo.

per discutere il seguente ordine del giorno:

1. Delibere amministrative (Addamo);

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO - martedì 23 luglio 2012

Il giorno martedì 23 luglio 2012 – ore 21,15 - presso la sala delle adunanze di quest'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Sono presenti:

Presidente	Dott. Nicolino D'Autilia
Vice presidente	Dott. Beniamino Lo Monaco
Segretario	Dott. Paolo Martone

Consiglieri: Dott. Lodovico Arginelli, Dott. Paolo Barani, Dott. Raffaele Bruni, Dott. Luca Carteri, Dott. Adriano Dallari, Dott. Stefano Reggiani, Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala.

Consiglieri odontoiatri: Dott. Roberto Gozzi, Dott. Vincenzo Malara.

Collegio revisori dei conti: Dott. Michele Cinque, Dott. Roberto Olivi.

Assenti giustificati: Dott. Gianluca Abbati, Dott. Antonino Addamo, Dott.ssa Loretta Boiani, Dr.ssa Mara Bozzoli.

Assenti revisori dei conti: Dott. Matteo D'Arienzo.

per discutere il seguente ordine del giorno:

1. Approvazione del verbale seduta di Consiglio del 20.6.2012 e 18.7.2012;
2. Variazioni agli albi professionali;
3. Comunicazioni del presidente;
4. Report sulla Commissione di Bioetica (Sala);
5. Incontro con i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie di Modena (Lo Monaco e esecutivo);
6. Enpam: elezioni nuovo Presidente (D'Autilia);
7. Proposta di istituzione di un "Gruppo medici per la legalità" (D'Autilia, Olivi);

ATTIVITÀ DELL'ORDINE

8. Delibere amministrative (Addamo);
9. Delibere di pubblicità sanitaria;
10. Varie ed eventuali.

Albo Medici Chirurghi

<i>Prima iscrizione</i>		<i>N. iscrizione</i>
GAROFALO	MARTINA	6705
PICCINNO	MICHELE	6706
PROVENZALE	MICHELE	6707
SERAFINI	GIULIA	6708
VENTURELLI	FRANCESCO	6709
<i>Iscrizione per trasferimento</i>		
BESSINOU FANSI	ANSELME DUCLAIR (trasf. da Ordine-BO)	6710
<i>Inserimento elenco speciale Psicoterapeuti ai sensi della L. 56/89</i>		
BARALDI	SARA	6139
FACCHINI	PATRIZIA	5576
FERRARA	MARIA	6160
<i>Cancellazione</i>		
BALUGANI	MONICA	6505
CIONINI	FRANCESCA	4935
COPPOLA	PAOLINA	6101
GAVIOLI	LODOVICO	0642
LUCCHI	CARLO	1577
RANIERI	VALERIO	6005
RUSSO	SALVATORE	0663
SCAPINELLI	GIACOMO	1040
VALENTE	ANNALISA	6119

Albo Odontoiatri

<i>Prima Iscrizione</i>		<i>N. iscrizione</i>
CAPPI	DIEGO	0758
<i>Iscrizione Albo Odontoiatri</i>		
FILOTIE	ELENA	0759
<i>Cancellazione per decesso</i>		
LUCCHI	CARLO	0583

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO - lunedì 3 settembre 2012

Il giorno lunedì 3 settembre 2012 – ore 21,15 - presso la sala delle adunanze di quest'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Sono presenti:

Vice-Presidente	Dott. Beniamino Lo Monaco
Consigliere Segretario	Dott. Paolo Martone
Tesoriere	Dott. Antonino Addamo

Consiglieri: Dott. Gianluca Abbati, Dott. Lodovico Arginelli, Dott. Paolo Barani, Dr.ssa Loretta Boiani, Dr.ssa Mara Bozzoli, Dott. Luca Carteri, Dott. Adriano Dallari, Dott. Stefano Reggiani, Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala.

ATTIVITÀ DELL'ORDINE

Consiglieri odontoiatri: Dott. Roberto Gozzi.

Assenti giustificati: Dott. Raffaele Bruni, Dott. Nicolino D'Autilia, Dott. Vincenzo Malara.

Collegio revisori dei conti: Dott. Michele Cinque, Dott. Matteo D'Arienzo, Dott. Luigi Bertani (supplente).

Assenti giustificati revisori dei conti: Dott. Roberto Olivi Mocenigo.

per discutere il seguente ordine del giorno:

1. Approvazione del verbale seduta di Consiglio del 23.7.2012;
2. Variazioni agli albi professionali;
3. Comunicazioni del Presidente;
4. La riforma degli Ordini professionali: prime valutazioni sul decreto n.137 del 7 agosto 2012;
5. Spending review: nuove norme nella prescrizione dei farmaci (Arginelli, Sala);
6. III° "Bilancio di Salute": considerazioni sulla privacy (Martone);
7. Stato dei lavori di manutenzione e ristrutturazione locali sede Ordine (D'Autilia; Addamo);
8. Delibere amministrative (Addamo);
9. Delibere del personale (Martone);
10. Delibere di pubblicità sanitaria;
11. Varie ed eventuali.

Albo Medici Chirurghi

<i>Prima iscrizione</i>		<i>N. iscrizione</i>
DELLA CASA	BRUNO	6711
<i>Iscrizione per trasferimento</i>		
DE LORENZI	LUCIA	6712
<i>Cancellazione per trasferimento</i>		
ANTONOPOULOS	ATHANASSIOS	6589
CHIESA	VALENTINA	6520
MAZZETTI	CESARE	1874

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO - lunedì 24 settembre 2012

Il giorno lunedì 24 settembre 2012 – 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. Beniamino Lo Monaco
Segretario	Dott. Paolo Martone
Tesoriere	Dott. Antonino Addamo

Consiglieri: Dott. Lodovico Arginelli, Dott. Paolo Barani, Dott.ssa Loretta Boiani, Dott. Raffaele Bruni, Dott. Luca Carteri, Dott. Adriano Dallari, Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala.

Consiglieri odontoiatri: Dott. Roberto Gozzi.

Assenti giustificati: Dott. Gianluca Abbati, Dr.ssa Mara Bozzoli, Dott. Vincenzo Malara, Dott. Stefano Reggiani.

Collegio revisori dei conti: Dott. Michele Cinque.

Assenti giustificati revisori dei conti: Dott. Matteo D'Arienzo, Dott. Roberto Olivi Mocenigo

per discutere il seguente ordine del giorno:

1. Approvazione del verbale seduta di Consiglio del 3.9.2012;
2. Variazioni agli albi professionali;
3. Comunicazioni del presidente;
4. La riforma degli Ordini professionali: valutazioni sul decreto n.137 del 7 agosto 2012;

ATTIVITÀ DELL'ORDINE

5. Riunione FRER del 19/9/2012 (Lo Monaco);
6. Riunione FRER-Medicine non convenzionali del 15/9/2012 (Olivi);
7. Delibere amministrative (Addamo);
8. 7.bis Delibere del personale dipendente (Martone);
9. Delibere di pubblicità sanitaria;
10. Varie ed eventuali

Albo Medici Chirurghi

<i>Inserimento elenco speciale Psicoterapeuti ai sensi della L. 56/89</i>		<i>N. iscrizione</i>
BERTOLI	ROBERTO	3393
CALVOSA	SERGIO	2783
BRENNER	TIBERIU	6127
CECI	ROBERTO	0728
LODI	STEFANO	1383
PIETRAMAGGIORI	GIORGIO	5815
SELLERI	LICIA	3182
TRANFA	CHRISTIAN	6689
VARIAZIONI ANAGRAFICHE (Variazione Cognome e Nome)		
Precedente nominativo		
ARAPOGLU	TEODORA	6697
Nominativo modificato		
ARAPOGLOU	THEODORA	6697
Docenti Universitari a Tempo Pieno -DPR 382/80 - Dimissionari - 1^ FASCIA		
MUSSINI	CRISTINA (dal 01/11/2011) – passa a regime di Tempo Definito	4114
SEIDENARI	STEFANIA (dal 22/09/2011)	4069
Nomina Docenti Universitari a Tempo Pieno -DPR 382/80 - 1^ FASCIA		
DE SANTIS	GIORGIO dal 01/11/2010)	2824
GHERARDI	ERMANNIO (dal 01/11/2012) - c/o Università di Pavia	2565
Docenti Universitari a Tempo Pieno -DPR 382/80 - Dimissionari - 2^ FASCIA		
ROCCHI	EMILIO (dal 03/04/2011)	1941
VENUTA	ANDREA (dal 24/11/2011)	2019

Albo Odontoiatri

<i>Cancellazione Albo Odontoiatri per cessata attività</i>		<i>N. iscrizione</i>
BONOLA	BRUNELLA	0560
TASSONI	GIULIANA	0291
Nomina Docenti Universitari a Tempo Pieno -DPR 382/80 - RICERCATORI		
GENERALI	LUIGI (dal 01/01/2012) - da regime a Tempo Definito	0474

SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI - martedì 17 luglio 2012

Il giorno martedì 17 luglio 2012 - ore 20.30 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunita la Commissione Albo Odontoiatri.

Presenti: D.ssa Francesca Braghiroli, Dott. Mario Caliandro (segretario), Dott. Roberto Gozzi (presidente), Dott. Vincenzo Malara, Prof. Mario Provvigionato.

per discutere il seguente ordine del giorno:

1. Approvazione verbale CAO del 29.05.2012 e 20.06.2012 (Medolla);

ATTIVITÀ DELL'ORDINE

2. Comunicazioni del Presidente;
3. Aggiornamento professionale autunno 2012 - congresso;
4. Eventuale apertura procedimenti disciplinari;
5. Opinamento eventuali parcelle odontoiatriche;
6. Varie ed eventuali.

SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI - lunedì 8 ottobre 2012

Il giorno lunedì 8 ottobre 2012 - ore 21.00 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunita la Commissione Albo Odontoiatri.

Presenti: D.ssa Francesca Braghiroli, Dott. Mario Caliendo (segretario), Dott. Roberto Gozzi (presidente), Dott. Vincenzo Malara, Prof. Mario Provvionato.

per discutere il seguente ordine del giorno:

1. Approvazione verbale CAO del 17.7.2012;
2. Comunicazioni del Presidente;
3. Colloquio informale con il Dott. Augusto Generali (ore 21,15);
4. Valutazione vicende disciplinari per eventuale apertura;
5. Opinamento eventuali parcelle odontoiatriche;
6. Varie ed eventuali.

SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO MEDICI - lunedì 18 settembre 2012

Il giorno martedì 18 settembre 2012 - ore 21,15 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunita la Commissione Albo Medici.

Consiglieri: Dott. Gianluca Abbati, Dott. Antonino Addamo, Dott. Lodovico Arginelli, Dott. Beniamino Lo Monaco, Dr.ssa Loretta Boiani, Dott. Luca Carteri, Dott. Nicolino D'Autilia, Dott. Paolo Martone, Dott. Stefano Reggiani, Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala.

Assenti giustificati: Dr.ssa Mara Bozzoli, Dott. Raffaele Bruni, Dott. Adriano Dallari.

per discutere il seguente ordine del giorno:

Giudizio disciplinare avverso il Dott. XY;
Giudizio disciplinare avverso il Dott. YZ;
Valutazione di vicende disciplinari per eventuale apertura di procedimento;
Opinamento eventuali parcelle sanitarie.

La Commissione procede allo svolgimento del procedimento disciplinare a carico del Dott. X.Y.

Questi gli addebiti e la relativa decisione:

"poiché i componenti della Commissione considerano che dal ritardo (quantificabile in pochi giorni) non è derivato alcun danno al Sig. AN in attesa di perizia"

A maggioranza dei presenti si decide di non comminare alla D.ssa XY alcuna sanzione disciplinare, ma si invita il presidente a convocare la collega alla quale consegnare direttamente una lettera con la quale la si invita ad un maggiore rispetto della tempistica per la sua attività di CTU.

La Commissione procede allo svolgimento del procedimento disciplinare a carico del Dott. J.Z.

Questi gli addebiti e la relativa decisione:

"perché non sussistono prove che il collega abbia commesso, durante il suo rapporto di lavoro presso l'INAIL, alcuna violazione nell'esclusività del rapporto con la stessa."

A maggioranza dei presenti decide di non comminare al collega nessuna sanzione disciplinare.

NO ALLA SVENDITA DELLA PROFESSIONE

La vendita delle prestazioni odontoiatriche a prezzi stracciati è una mercificazione della professionalità di noi odontoiatri e medici ed eticamente discutibile.

Le prestazioni professionali vendute tramite piattaforme telematiche portano ad avere lo studio invasi di "clienti che mirano solo a ottenere nel periodo più breve possibile prestazioni a prezzi anche di 1/5 di quelli normalmente praticati.

Chi accetta queste regole dovrà sottoporre lo studio ad un tour de force, erogando nei tempi prestabiliti prenotazioni di "ingresso" (visite odontoiatriche, detartrasi, smacchiamento) e quindi intasando l'agenda ai danni della normale attività routinaria. Un meccanismo siffatto scatena la corsa all'acquisto per il prezzo irrisorio della prestazione, ma non instaura alcuna fidelizzazione, in quanto gli acquirenti di questi coupon sono semplicemente alla ricerca di occasioni per risparmiare e dopo aver ricevuto la prestazione a basso costo escono dallo studio e ricercano altri colleghi con altri sconti.

La cosa grave è il messaggio, chi accetta di lavorare a questi prezzi comunica al pubblico che la propria prestazione vale il prezzo che costa!!! (una detartrasi sulla piattaforma varia da 19 a 29 euro importo decurtato del 5% che il gruppo di vendita trattiene come compenso).

Il paziente percepirà un messaggio sbagliato, difficilmente crederà che il prezzo irrisorio di una prestazione è motivato da una operazione di marketing, sarà invece portato a credere che i costi di "produzione" possano tranquillamente rientrare in quella cifra.

Il rischio è che i vecchi pazienti facciano due conti e si accorgano della differenza grossa del trattamento finanziario rispetto a quelli nuovi e abbandonino il professionista. All'interno di questi pacchetti in vendita si trova spesso anche una radiografia panoramica.

Ma i colleghi si sono forse dimenticati che prima di una prescrizione radiografica è necessaria una giustificazione e ottimizzazione nel rispetto del Decreto Legislativo 187/2000; non è possibile che tutti i pazienti che utilizzano questi pacchetti abbiano bisogno di una radiografia!

Sono a conoscenza dell'acronimo "ALARA" che significa "as low as reasonably achievable (il più basso ragionevolmente raggiungibile). È un modo di procedere atto a minimizzare i rischi conosciuti, mantenendo l'esposizione ai livelli più bassi ragionevolmente possibili tenendo in considerazione i costi, la tecnologia, i benefici per la salute pubblica. Oggi il principio ALARA è usato soprattutto nel contesto della protezione dalle radiazioni ionizzanti, dove i limiti non sono stabiliti sulla base di una soglia, ma piuttosto sulla base di un "rischio accettabile".

In queste circostanze è ragionevole minimizzare un rischio che si presume possa esistere anche a livelli inferiori ai limiti raccomandati, considerato che ciò che costituisce un rischio "accettabile" può variare da paziente a paziente.

Ma gli odontoiatri che aderiscono a queste proposte sono a conoscenza di queste grossolane criticità?

Comunque non conviene neanche per i pazienti, il fenomeno dell'e-commerce sanitario è sempre spesso protagonista di grandi lamentele per la scarsa qualità delle prestazioni erogate.

La Federazione Nazionale dei medici chirurghi e degli odontoiatri ha deciso di denunciare queste pratiche al Garante per la concorrenza.

È ineludibile che stiamo vivendo una realtà odontoiatrica in forte cambiamento.

Processo di adattamento ad uno scenario che deve fronteggiare una crisi finanziaria che ha investito il nostro paese e non finisce mai.

Il processo riguarda la possibilità di offrire trattamenti sostenibili dal punto di vista economico, ma compatibili in termini di qualità in un sistema in cui la libertà dell'odontoiatra di proporre le cure appropriate e quella del paziente di scegliere l'odontoiatra di fiducia siano salvaguardate.

Occorre un approccio razionale e controllato della gestione dello studio e bisogna convincersi che la qualità non comporta oneri aggiuntivi: i costi della non qualità, infatti sono spesso di gran lunga superiori.

No alla mercificazione della nostra cara professione, ma la sua salvaguardia.

R. Gozzi

L'EMERGENZA MEDICA NEGLI AMBULATORI ODONTOIATRICI TERRITORIALI PERCEZIONE, PREVENZIONE E CAPACITÀ DI TRATTAMENTO

L'emergenza in ambito medico è una situazione clinica critica poiché si verifica in caso di compromissione di una o più funzioni vitali del paziente che necessita pertanto di assistenza repentina. Quando l'odontoiatra incorre in questa evenienza è chiamato a prestare i primi soccorsi autonomamente dato che il suo esercizio si svolge spesso lontano da presidi ospedalieri. Queste complicità sono dovute a diverse cause:

- condizioni intrinseche del paziente (anafilassi, co-morbilità);
- utilizzo di anestetici locali, vasocostrittori, anti-infiammatori;
- stimolazioni del sistema nervoso vegetativo correlate a paura e dolore.

I dati provenienti dallo studio di Floreani (et al) mostra come le sincope vaso-vagali siano gli episodi più frequenti, seguite dai disturbi del ritmo; in percentuale minore si verificano: convulsioni, iperventilazione, ipoglicemia, reazioni allergiche ed arresto cardiaco. E' fondamentale che il personale abbia una preparazione corretta in materia, effettui un'analisi del rischio del paziente e che l'attività medica si svolga con i presidi adeguati. [1]

Nell'anno 2010 è stato condotto uno studio osservazionale atto a valutare la preparazione degli odontoiatri operanti nel territorio modenese. E' stato preso in esame un campione di 148 professionisti, mediante un questionario auto compilativo ed anonimo: 68 di essi (45,3 %) ha restituito il modulo completato, talvolta astenendosi di risponde-

re ad alcune domande. E' emerso che la maggior parte opera in uno studio odontoiatrico come medico chirurgo specializzato in odontostomatologia, laureato in un periodo di tempo variabile dal 1949 al 2006, spesso assistito da ausiliari. Il 79 % ha partecipato almeno una volta ad un corso BLS, ma solo il 5,8 % ha conseguito il diploma ALS: il 17,6 % possiede un aggiornamento al biennio 2009-2010. La media dell'attività lavorativa è di 29,9 ore settimanali dedicate principalmente a trattamenti definiti generici, il 10,3% riporta di occuparsi di procedure chirurgiche e solo il 4,4% di ortodonzia e pedodonzia. Molti degli intervistati (51 su 68) afferma di tenere in considerazione le co-morbilità degli assistiti e di 5441 pazienti trattati in un mese 3241 sono stati definiti a rischio. Di quest'ultimi, nella metà dei casi è stata richiesta la consulenza specialistica, ma raramente le cure si sono poi svolte in ambienti ospedalieri. La maggior parte degli studi risiede all'interno dell'area urbana, distando meno di 10 km dall'ospedale di riferimento, il 61,8% presenta un ascensore accessibile a barella. Il 72 % afferma di avere un protocollo per le emergenze mediche e il 27,9 % annualmente effettua almeno una simulazione di quadri clinici critici. Ambu, ossigeno, adrenalina, atropina e nitroglicerina sono i presidi medici più frequenti, il defibrillatore semiautomatico esterno (DAE) ed il pulsiossimetro quelli meno presenti: più del 50% li controlla mensilmente. Indicativamente il personale medico e sanitario ha dichiarato di essere in grado di:

LA PAGINA DELL'ODONTOIATRA

- praticare la respirazione assistita;
- somministrare farmaci sia sottocute, sia endovena;
- inserire cannula orofaringea.

22 partecipanti su 68 affermano di saper eseguire una corretta rianimazione cardiopolmonare. Negli ultimi 10 anni il 69,1 % riferisce di avere incontrato principalmente come emergenza: sincope, collasso non specificato, ed ipoglicemia. In misura minore si sono verificate reazioni allergiche, ingestione da corpi estranei e crisi epilettiche ed ipertensive. Quasi tutti questi eventi sono accaduti nella sala operativa durante o a seguito di procedure chirurgiche e solo in rari casi il fatto è avvenuto in sala d'attesa o al domicilio del paziente: il 118 è stato contattato in 11 di queste situazioni. Tra gli interrogati 31 ritengono importante la presenza di un DAE nell'ambulatorio, 12 non lo considerano rilevante e 25 non sanno esprimersi a riguardo. Il principale ostacolo a munirsi di un defibrillatore è dovuto all'insufficiente addestramento. Due terzi del campione esaminato sostiene che la propria struttura e staff siano adeguati nel

trattamento delle emergenze mediche, ma circa la metà desidererebbe avere un maggiore addestramento e linee guida specifiche. Il questionario sottoposto è stato gradito da 43 degli intervistati, 10 hanno espresso un parere negativo, i restanti si sono astenuti.

Lo studio ha evidenziato una bassa frequenza di eventi acuti e gravi che denotano una buona pratica odontoiatrica. È risaltato il desiderio di approfondire, da parte del campione intervistato, le conoscenze rianimatorie. Il campione intervistato riferisce alcune lacune importanti nell'eseguire una corretta rianimazione cardiopolmonare e l'assenza in molti studi di un defibrillatore. È fondamentale quindi incrementare la sensibilizzazione e l'aggiornamento continuo ai temi dell'emergenza agevolando la partecipazione ai corsi e fornendo indicazioni specifiche con apposite linee guida.

*Antonio Di Mare, Enrico Giuliani,
Gabriele Melegari, Alberto Barbieri
Facoltà di Medicina e Chirurgia - Università degli Studi
di Modena e Reggio Emilia*

1. Floreani S, Battisti A, Boscolo G, Fontana M, Logallo M, Marino D, Mazzucchin M, Miotto D, Ruzza F, Tignazzo F, Zanni B, Buin F, Manani G. Polycentric study on some dental anesthesia practices in an out patients population of the Friuli Venezia Giulia region. *J Dent Anesth* 2003; 1: 33-41.

Inserzione pubblicitaria



Affittasi studio professionale di 150 mq
P.le Risorgimento n. 57 (ang. Via Giardini) I piano
Corredato di cantina e solaio
Ideale per studio medico o odontoiatrico di grande
visibilità

Appena ristrutturato con possibilità di
trasformazione come da planimetria a destra
Nessuna spesa di agenzia
Tel. 328/8737585

SISMA 2012: L'EMERGENZA NON È FINITA

SISMA 2012: L'EMERGENZA NON È FINITA

Testimonianze dai colleghi

Il Consiglio dell'Ordine ringrazia tutti i colleghi che a qualsiasi titolo si sono adoperati e tutt'ora si adoperano per alleviare il disagio delle popolazioni colpite dal sisma.

Con l'obiettivo di non "dimenticare" pubblichiamo i contributi di tre colleghi

Appunti sul terremoto

Sabato 22 settembre u.s. ho partecipato ad una giornata di aggiornamento per i Medici di Medicina Generale. Mi è stato chiesto di preparare una relazione sul terremoto riportando il contributo dell'AUSL e così ho preparato delle slides che illustravano il contributo dell'Azienda e la riorganizzazione dei servizi sanitari in seguito al sisma. Una relazione ben fatta, mi pare, ma mi rendo conto che non esprime quello che ho provato.

Prima di me alcuni colleghi Medici di medicina Generale delle aree sismiche parlano della loro esperienza. Mentre li ascolto raccontare con sofferenza, grande dignità e forza quello che hanno vissuto nei giorni e nei luoghi del sisma, finalmente realizzo la dura prova che tutti noi abbiamo affrontato ognuno al proprio posto e sento che abbiamo voglia di comunicare i nostri sentimenti.

Penso poi che vorrei ricostruire come ho vissuto questo periodo al Centro di Protezione Civile di Marzaglia, nel ruolo di responsabile della Funzione Sanità inizialmente nell'ambito del Centro Coordinamento Soccorsi (CCS) e successivamente nel Centro Unico Provinciale di protezione civile.

Un periodo vissuto intensamente e attivamente, ma se lo ripenso mi sembra di aver sognato.

Il primo terremoto ci sorprende alle 4.04 del 20 maggio. Il tempo di telefonare al coordinatore della Centrale Operativa 118 per le prime informazioni (ma non si sa ancora nulla di preciso, soltanto che la zona colpita è la "bassa"), di sistemare al volo la famiglia e corro verso la Centrale. C'è un gran fermento, è stata attivata la procedura per la maxiemergenza e

molti operatori sono già presenti. Verso il luogo del sisma stanno già confluendo numerose ambulanze e coordinatori di centrale. L'Ufficio di Prefettura convoca per la prima volta gli enti secondo il piano di emergenza provinciale per eventi sismici.

Sì, c'è un piano provinciale molto articolato, condiviso con le Amministrazioni Comunali, il Dipartimento di Protezione Civile, le Aziende Sanitarie, le Istituzioni non sanitarie come il Comando dei Vigili del Fuoco, la consulta del Volontariato ecc, ma non pensavamo di dover far fronte ad una emergenza sismica così pesante: il nostro territorio non è certo classificato tra quelli ad elevato rischio sismico.

Viene istituito con decreto prefettizio il CCS, ore 15 insediamento presso il Centro Unico di Protezione Civile a Marzaglia; la sala Operativa accoglie i rappresentanti delle varie funzioni, dall'Assistenza alla popolazione ai Servizi essenziali, Volontariato, Censimento danni, Sanità, Assistenza sociale e veterinaria, Mass-media, Materiali e mezzi e così via.

Sono stata nominata referente per la Funzione Sanità, mi posiziono in un piccolo ufficio a Marzaglia insieme con il collega Carlo Serantoni, medico dirigente della Centrale Operativa, nominato mio vicerario; c'è da rispondere al soccorso sanitario urgente ma anche mettere in campo tutto ciò che serve alla prevenzione, alla profilassi sanitaria e veterinaria, al coordinamento degli ospedali, al supporto psicologico. Contemporaneamente ed efficacemente si attivano i professionisti competenti dell'azienda, i colleghi del Dipartimento Sanità Pubblica (DSP) e del Dipartimento Salute Mentale (DSM).

Fortunatamente il numero delle vittime è piccolo,

SISMA 2012: L'EMERGENZA NON È FINITA

ma gli sfollati sono già tanti, le colonne mobili della Protezione Civile continuano ad arrivare da tutta Italia, si iniziano ad approntare le prime aree di accoglienza e i campi.

Vengono evacuati due ospedali, Finale Emilia e Mirandola, 140 pazienti vengono trasferiti verso altre strutture ospedaliere provinciali.

Vengono attivati entro la serata due posti medici avanzati (PMA) con personale medico, infermieristico e volontari per accettazione e valutazione dei pazienti con patologie a bassa criticità, di tipo internistico e traumatico.

Sui tre punti di assistenza medica di S. Felice sul Panaro, Massa Finalese e Cavezzo iniziano ad operare i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta.

L'organizzazione del sistema di emergenza urgenza territoriale 118, già potenziata in occasione dell'evento sismico e per l'evacuazione dei due ospedali, viene modulata a seconda delle necessità ed opera a stretto contatto con i PMA e gli Ospedali. L'evacuazione avviene senza particolari problemi, in campo numerose ambulanze e il Volontariato come sempre ci da un gran aiuto.

A questa primissima fase di risposta tempestiva ma un po' caotica, subentra rapidamente una fase di maggior coordinamento e organizzazione, mentre si dimensiona l'evento.

A Marzaglia si riuniscono i rappresentanti delle Istituzioni alla presenza del Prefetto, arrivano il Prefetto Gabrielli, il Presidente Errani.

I problemi da risolvere sono tanti, sembrano a volte insuperabili ma avere vicine le varie funzioni è un elemento di supporto straordinario.

Molti professionisti sanitari offrono la loro opera come volontari e vengono messi in contatto con le strutture aziendali di riferimento.

Emerge in tutta la gravità il problema degli anziani non autosufficienti presenti nei campi, devono essere collocati in strutture, ma molti di essi non vogliono spostarsi.

Ci affiancano rappresentanti della Protezione civile Nazionale, è un aiuto importante, serve a farci comprendere alcuni meccanismi burocratici che rischiano

di rallentare la risposta alle esigenze che ci vengono poste. Tutto deve essere protocollato, ogni richiesta valutata e inviata per autorizzazione alla Protezione civile a Bologna.

Alcune richieste vanno mediate, non manca qualche animata discussione.

Si costituisce anche l'Unità di crisi a valenza interaziendale con diversi livelli di coordinamento (assistenza ospedaliera, cure primarie, salute mentale, sanità pubblica, integrazione socio-sanitaria, servizio infermieristico aziendale, attività amministrative e tecniche) per valutare e monitorare i continui bisogni e le possibilità di supporto nei diversi contesti in stretto collegamento con la Protezione Civile. Le prime riunioni avvengono in un capannone della Protezione Civile, successivamente a Baggiovara.

Si inizia la riorganizzazione della rete ospedaliera in riferimento alle aree specialistiche: gli ospedali di Carpi, Baggiovara, Vignola, Castelfranco Emilia e il Policlinico diventano i riferimenti per le urgenze specialistiche.

Molti studi medici (MMG e PLS) sono inagibili o non accessibili, l'operatività viene garantita presso gli studi dei colleghi o presso le tende collocate nei vari campi di accoglienza.

Le farmacie inagibili o non accessibili vengono sostituite da container.

I giorni trascorrono, l'attività è frenetica, i telefoni suonano continuamente e le richieste dai COC (Centri Operativi Comunali) e dai campi sono le più varie, alcune impegnative nella soluzione, comunque abbiamo l'impressione di poter tornare pian piano alla normalità, nonostante i problemi e il persistere dello sciame sismico.

Il secondo terremoto ci coglie veramente di sorpresa: sono a Marzaglia, come sempre, alle ore 9 del mattino del 29 maggio. Magnitudo 5,8 scala Richter, i telefoni non vanno, per un po' è impossibile comunicare. Questa volta i morti sono tanti ed anche i feriti, alcuni gravi, molti i crolli, soprattutto i capannoni.

Altra scossa alle 12.56 e poi ancora alle 16.

Dopo una serie di valutazioni, viene decisa l'evacuazione dell'ospedale di Carpi, 160 pazienti devono essere trasferiti, altri 40 dimessi.

SISMA 2012: L'EMERGENZA NON È FINITA

Ancora una volta il 118 è in campo con tutte le risorse disponibili per effettuare i trasporti, non sono da meno tutti gli operatori ospedalieri.

Devono essere evacuate le strutture protette di Mirandola, Finale Emilia, Concordia e Novi. Tutti gli ospiti sono stati assegnati a strutture ricettive sul territorio regionale, così come alcuni assistiti al domicilio. Inizia un lavoro impegnativo che sembra non aver fine: i pazienti vengono trasportati come e dove possibile. Complessivamente le attività di ricollocazione riguardano oltre 900 ospiti. Ci sono anche i pazienti, prima autosufficienti al loro domicilio, che nelle tendopoli hanno perso la loro autosufficienza divenendo sempre più fragili. Le sedi di destinazione sono sia exraprovinciali che regionali.

Con la fondamentale collaborazione del volontariato e dell'esercito tutti giungono a destinazione in tempi rapidi e senza particolari problemi.

Governare questo aspetto è sempre più complicato anche se abbiamo i colleghi del socio-sanitario che lavorano attivamente e a stretto contatto. Determinante per il coordinamento è la nascita del "Punto unico provinciale disabili e non autosufficienti" attivato presso la sede del Distretto di Modena per la gestione delle richieste della Casa di Residenza e ospitalità per persone non autosufficienti residenti nei comuni interessati dal sisma, in accordo con il Centro Coordinamento Soccorsi (CCS) Funzione Sanità. È un servizio innovativo che si rivela fondamentale anche per il successivo rientro di questi pazienti Oltre 40 insediamenti (campi di accoglienza ed altre strutture di accoglienza quali palestre, polisportive alberghi), sopralluoghi quotidiani del DSP finalizzati alla verifica delle condizioni igieniche e ambientali (malattie infettive, controlli acque, produzione e distribuzione alimentare), presenza stabile o periodica dei MMG, dei PLS e di personale assistenziale (infermieri/OSS), con il supporto della Continuità Assistenziale.

A cura del settore Psicologia Clinica prosegue un servizio di supporto psicologico operativo per le persone coinvolte nel sisma, con l'obiettivo di prevenire i disagi di natura psicofisica. E' stato program-

mato un intervento analogo per gli stessi professionisti impegnati nelle attività di assistenza e colpiti essi stessi dal sisma. È un aspetto delicato, gli effetti psicologici del terremoto molti se li porteranno dietro a lungo.

Vengono ricollocate le attività assistenziali non derogabili, l'assistenza ai pazienti oncologici, ai dializzati, alle donne gravide, ai pazienti cronici.

A Marzaglia intanto si susseguono le riunioni quotidiane, gli arrivi dei politici e poi c'è da organizzare la rete dei soccorsi per la visita del Presidente Napolitano e del Santo Padre; compito impegnativo in un momento in cui tutti siamo assorbiti dai problemi contingenti ma entrambe le visite sono sobrie e confortanti.

Non c'è un attimo di sosta, bisogna dare ai capi campo le linee guida da fornire agli ospiti per i vari aspetti igienico- sanitari, per l'alimentazione infantile, per affrontare le ondate di calore, bisogna continuare a garantire l'assistenza sanitaria nei campi e nelle aree d'accoglienza e il rifornimento dei farmaci.

E poi c'è tanto altro....da sistemare fuori dal campo una famiglia con i bimbi affetti da varicella, una anziana donna disidratata che non vuole allontanarsi dal campo anche se avrebbe necessità di ricovero, un paziente con disturbi psichici che è stato sistemato in albergo ma crea problemi.....ma anche organizzare l'arrivo del camper odontoiatrico, creare sinergia tra il volontariato e le risorse aziendali, tenere conto delle offerte di collaborazione e indirizzarle nel modo giusto.....

Bisogna inoltre rapportarsi con la DICOMAC, la struttura di comando e controllo della Protezione Civile, insediata a Bologna per ogni grande o piccola richiesta.

Negli ultimi giorni la situazione è più tranquilla, progressiva ripresa dei servizi e delle attività degli ospedali di Carpi e Mirandola, mentre prosegue la messa in sicurezza dell'ospedale di Finale Emilia (prossima Casa della Salute).

Rimangono ad oggi circa 2800 cittadini tra aree di accoglienza e alberghi, i campi da 40 si sono ridotti a 15 ed altri ancora sono in chiusura.

SISMA 2012: L'EMERGENZA NON È FINITA

Ripartono anche i servizi, alcuni nei container; anche molti MMG e PLS operano nei container.

Molti problemi sono ancora aperti e perdureranno nel tempo ma questa esperienza, non ancora esaurita, ha evidenziato per la sanità modenese aspetti certamente positivi e incoraggianti per il futuro: l'impegno di tutti gli operatori, soprattutto di quelli che hanno subito i danni del terremoto in prima persona, la forte integrazione tra ospedale e territorio (gli operatori della sanità hanno capito che si può e si deve lavorare insieme), la piena sinergia tra sanità- protezione civile- enti non sanitari provinciali frutto di anni di collaborazione in tempo di pace, la capacità di mettere in campo soluzioni innovative.

Da parte mia credo di aver vissuto al termine della mia vita professionale un'esperienza onerosa ma certamente preziosa in termini di arricchimento umano; si sono rafforzati rapporti già esistenti e se ne sono creati altri altrettanto importanti non solo con i colleghi medici ma con tanti operatori della sanità che ho fortemente apprezzato per l'impegno e la disponibilità che hanno consentito di mettere in campo in una situazione così difficile ed inaspettata un efficace modello di risposta che ha attinto prevalentemente a risorse locali.

Marilena Campisi
Direttore S.C. Centrale Operativa 118 Modena Soccorso
AUSL di Modena



Inserzione pubblicitaria

Ospedale Privato Accreditato "Villa Pineta s.r.l."

Di.San. Dr. Hilario Teresa Nobile - Specialista in Igiene e Medicina Preventiva
Via Galilei 127 - 41057 Pavullo nel Frignano (MO) - Tel. 0536/42039 - fax 0536/42196 - info@villapineta.it - www.villapineta.it



Poliambulatorio specialistico privato "Villa Pineta"

È stato aperto a Modena, via Scaglia Est 21/27, il nuovo Poliambulatorio specialistico privato di Villa Pineta, l'Ospedale Privato Accreditato che ha sede a Galateo di Pavullo.

Villa Pineta mette così a disposizione nella sede modenese, prestazioni specialistiche, che già da tempo eroga nella sede di Galateo, quali:

- visita specialistica pneumologica - polisonnografia notturna con sistema portatile - valutazione funzionale respiratoria
- visita specialistica cardiologica
- visita specialistica medico-nutrizionale
- visita specialistica fisiatrica
- attività di medicina fisica e riabilitazione

Le prestazioni fanno riferimento ad uno staff multidisciplinare composto da medici pneumologi, cardiologi, fisiatrici, nutrizionisti, oltre che da terapisti della riabilitazione, infermieri, psicologi e dietisti.

Informazioni e prenotazioni:

telefonando al n° 0536- 42039 dal lunedì al venerdì dalle ore 08.30 alle ore 18.30 e chiedere della terapeuta De Biase Assunta

SISMA 2012: L'EMERGENZA NON È FINITA

DEL PERCHÉ E DEL PER COME IL TERREMOTO ASSOMIGLI ALLA LEUCEMIA. MA ANCHE NO

Chi mi conosce da un po' di tempo, sa già all'incirca delle mie vicissitudini personali. Per chi mi incontrasse qui per la prima volta, riassumo brevemente: nel 2006 ho avuto una leucemia (con relativo trapianto di midollo nel febbraio 2007), nel 2011 una recidiva (con relativo doppio trapianto di midollo).

Allo stesso modo, chi vede il telegiornale, legge i giornali o comunque vive nel mondo reale, sa quel che sta succedendo in questi giorni nella mia Bassa: alla fine di maggio, un terremoto, anzi due, hanno sconvolto Mirandola (dove vivo) e i paesi vicini, insieme alla vita di tutti gli abitanti.

Con il passare dei giorni, mi sono reso conto che queste due esperienze hanno tanto in comune, e che sotto diversi aspetti è quindi possibile fare un parallelo.

Prima, però, un paio di premesse.

Innanzitutto, io parlo della mia esperienza personale, sia della leucemia che del terremoto. Se ascoltate altre persone, trovereste punti in comune, ma anche discordanze tra le nostre testimonianze.

Secondo, questo scritto non ha nessuna pretesa scientifica, sociologica o altro. Scrivo solo perché mi aiuta a stare bene (come iniziai a fare nel periodo della prima degenza, tanto per cominciare con i paralleli).

Quali sono dunque queste somiglianze?

La prima, evidente, è l'essere un evento completamente **inaspettato**.

Scoprii di avere la leucemia grazie a una donazione all'AVIS, in un normale controllo di routine. La telefonata che mi annunciava che qualcosa non andava mi arrivò, come un fulmine a ciel sereno, nel mezzo di

un pomeriggio di lavoro come tanti altri.

Il terremoto mi ha trovato, la notte tra il 19 e il 20 maggio, addormentato sul divano dei miei. Mi ha svegliato un boato, tutto intorno tremava, la luce era saltata. Mi sono riparato a tentoni sotto l'arco di un muro portante, mentre a meno di un metro da me si sfracellava un acquario da 200 litri.

La seconda, altrettanto evidente, è lo **sconvolgimento** che ha causato nella mia vita.

Lo scoprire di avere la leucemia ha portato a tanti controlli, a un lungo periodo di ricovero, e – anche dopo il trapianto – a vari mesi di degenza e a tante precauzioni, che hanno costretto la mia vita in stand-by, mentre i miei coetanei si sposavano, facevano figli, facevano carriera, divorziavano, cambiavano lavoro.

Il terremoto, specialmente la scossa del 29, ci ha costretti fuori casa. I miei sono in tenda, io – che per le suddette questioni di salute non posso starci – ho vagato prima tra le case di amici che mi hanno ospitato, e ora sono in un agriturismo nel Frignano, in attesa che arrivino i container dove passeremo le prossime settimane, finché la situazione non sarà abbastanza stabile.

Inoltre ci ha privati delle nostre abitudini, delle chiese dove andavamo a messa, della piazza, dei bar, dei ristoranti, degli abituali punti di ritrovo. Per quanto riguarda il lavoro, sono tra i fortunati che non ne hanno risentito, lavorando a Modena. Per tanti non si può dire lo stesso.

La **durata**: nessuna delle due situazioni si risolve in tempi brevi, a quanto pare.

L'**incertezza**: quando pensavo di stare uscendo dal tunnel della malattia, è arrivata la recidiva.

SISMA 2012: L'EMERGENZA NON È FINITA

Quando pensavamo di poterci riprendere dalla scossa del 20, è arrivata quella del 29.

E se la prima volta è un fulmine a ciel sereno che ti sconvolge la vita, la seconda è una mazzata sulle rotule proprio quando stai provando a rialzarti, che ti porta ogni giorno, ogni ora a chiederti se ricapiterà ancora.

Proprio per questa incertezza, entrambi gli eventi ci costringono a vivere **giorno per giorno**, navigando a vista. È difficile per ora pensare a cosa accadrà tra sei mesi, o tra tre, o tra uno, o tra una settimana. Riesco a prendere solo decisioni di breve portata, così come capitava nel periodo della degenza, quando il futuro sembrava sempre troppo lontano e troppo incerto.

L'**impotenza**, che nel terremoto è ancora più forte che nella leucemia. Se per questa puoi affidarti ai medici e alle loro cure, contro il terremoto un vero rimedio non c'è.

Entrambe le esperienze portano poi ad alterare la **percezione della realtà**.

Quando ho scoperto di essere malato, nei primi mesi tendevo a sentire un sacco di sintomi che poi non avevano un riscontro nei fatti.

Non so voi, ma col terremoto, soprattutto nei primi giorni, continuavo a sentire tremare tutto, e ad ogni rumore ero in paranoia (ora un po' meno, ma non del tutto, specialmente quando Daniele in ufficio prende a testate l'armadio, o il collega dell'ufficio a fianco sfoga i suoi istinti omicidi sulla tastiera del pc).

Ci sono però anche aspetti positivi: la **solidarietà**, ad

esempio. Nei giorni del terremoto, come in quelli della malattia, è stato impressionante constatare quante persone si siano ricordate di me, e quante mi abbiano offerto aiuto e ospitalità, anche se spesso non ci vedevamo da anni.

In questo, però, c'è anche una differenza: mentre la leucemia è un'esperienza molto **personale**, e da malato sentivo concentrate su di me le attenzioni di chi mi stava intorno, il terremoto è un'esperienza ovviamente **collettiva**, per cui anche chi sta attorno e aiuta, ha a sua volta bisogno di aiuto e di conforto.

Inoltre è un'esperienza molto più **confrontabile**: il percorso della malattia è "singolare", nel senso che ogni malato fa il suo, e ci sono coincidenze e differenze almeno in egual misura. Nel terremoto, le somiglianze sono molte di più, al di là della specifica situazione in cui ognuno si è trovato a quell'ora: questo rende più facile parlarne, e capirsi a vicenda (spesso, da malato, mi è capitato di sentirmi incompreso, a volte a ragione, altre meno).

Ci saranno sicuramente altre cose: stasera mi sono venute in mente queste.

Quel che mi fa sperare è che con la malattia si impara a vivere, e a ripensare la propria vita anche in circostanze difficili. Se le somiglianze sono così tante, spero ci riusciremo anche col terremoto.

Andrea Razzaboni

13/06/2012

SISMA 2012: L'EMERGENZA NON È FINITA

DOPO-TERREMOTO... IL CORAGGIO DI RIPARTIRE...

I NUMERI DELLA CATASTROFE

L'Assessore regionale Paola Gazzolo ha presentato i dati riguardanti l'evento sismico nella sua relazione in occasione della giornata congressuale del primo ottobre scorso organizzata dall'Univ. di Modena "Io non ho paura": 1500 scosse dal 20 maggio ad oggi, di cui 7 superiori a magnitudine 5. Ventisette le vittime, e 397 i feriti. 40.333 le persone che hanno lasciato gli alloggi, di cui 13.665 gli alloggi dichiarati inagibili (il 21% dei 64.680 verificati). 18.984 unità immobiliari temporaneamente o parzialmente inagibili (il 29% del totale). La priorità era l'assistenza alla popolazione del cratere, nel complesso di 900.000 persone. Le persone ospitate nei campi erano già 4.914 dopo le scosse del 20 maggio, con picchi di 13.000 persone dopo le scosse del 29 maggio, e di 14.804 al 8 giugno. Hanno operato 14 squadre di esperti in collaborazione con i tecnici della protezione civile e con le facoltà di ingegneria delle università dell'Emilia con priorità di verifiche di sopralluogo di agibilità post-sismica sugli istituti scolastici, rendendo così possibile il regolare inizio di anno scolastico per i 70.000 studenti colpiti dal sisma. I danni del sisma sono stati stimati per 11,5 miliardi di Euro, con una possibile risposta dello Stato di 8,5 miliardi, in aggiunta un contributo del fondo di solidarietà dell'UE di 670 milioni di Euro, e risorse di solidarietà nel Paese di 22 milioni di euro.

Il primo punto di riferimento di coordinazione degli aiuti alla popolazione è stata la prefettura, riferisce il Prefetto di Modena Benedetto Basile, con coordinamento di polizia, dei carabinieri ed anche militari dell'esercito.

PRONTA LA RISPOSTA DEL SERVIZIO SANITARIO

La Dr.ssa Mariella Martini, Direttore generale AUSL di Modena ricorda le prime risposte sanitarie di emergenza. L'evacuazione dei tre ospedali di Carpi, Mirandola e Finale con 600 posti letto in meno.

L'evacuazione di 500 persone non autosufficienti dalle strutture socio-sanitarie, e il trovare diversa collocazione a un migliaio di persone non autosufficienti prima gestite a domicilio. Fondamentali per i trasporti i volontari delle associazioni, Anfas, Misericordia, Croce Rossa. L'organizzazione nei campi di una risposta sanitaria di emergenza, con immediato punto medico avanzato nei comuni di Mirandola, Carpi e Finale con assistenza di Medicina Generale e Pediatrica, punti del servizio di Dipartimento di Sanità Pubblica e di Veterinaria. Centri di accoglienza e di supporto psicologico organizzati dal Dipartimento di Salute Mentale, con 355 ragazzi seguiti a Mirandola, e 120 a Carpi, con supporto psicologico anche ai soccorritori, 550 operatori seguiti con supporto psicologico. Consulenze psicologiche a 2.600 utenti di cui solo il 15% aveva avuto pregresso contatto con i servizi psichiatrici e di questi il 20% minori di età.

IL VOLONTARIATO IN CAMPO

Ci dice Paola D'Alia, educatrice coordinatrice del Centro Sportivo Italiano (associazione presente con le altre realtà della diocesi come Pastorale Giovanile, Azione Cattolica, Agesci, Caritas): "Di grande conforto la presenza numerosa di tanti giovani volontari. Giovanissimi dai 16 anni in su, da tutta Italia, con turni di 1 settimana, mettendo a disposizione le loro capacità. Nonostante i frequenti cambiamenti dei ragazzi, c'era un buon clima e i bambini si affezionavano subito a tutti. Una volta la settimana si faceva formazione con i volontari e gli animatori esperti. Alcuni progetti del centro estivo hanno proseguito fino all'inizio delle scuole. I primi tempi - aggiunge - i disegni dei bambini erano tutti sul tema terremoto, poi, piano, piano, riuscivano ad evolvere, anche rispetto alle angosce dei genitori. I bambini più traumatizzati erano quelli con le famiglie più in difficoltà ad es. con madri ansiose, oppu-

SISMA 2012: L'EMERGENZA NON È FINITA

re più a rischio per precedenti traumi, con disabilità fisiche, con famiglie problematiche”.

Racconta Paola Nocilli, Capo AGESCI (Associazione Guide e Scout Cattolici Italiani) Regionale: “Alcuni capi dell'Agesci sono esperti facendo parte della colonna mobile della protezione civile e vengono attivati subito. Per di più i gruppi Scout sono usualmente centri di aggregazione sul territorio a stretto contatto con la popolazione, di conseguenza molti capi Scout erano già in attività la mattina stessa dell'evento sismico con i ragazzi dagli 8 ai 21 anni, e nella situazione specifica ad ascoltare anche genitori ed anziani. Nelle emergenze sono i sindaci stessi che chiamano subito gli Scout a fare da mangiare la mattina stessa, a gestire i posti letto, per le attivazioni logistiche nel montaggio campi e la gestione della segreteria dei campi. Altri capi Scout sono poi arrivati dall'Emilia e dal resto d'Italia, a partire dal 20 maggio, fino all'8 settembre. Inoltre, vi è stata grande collaborazione con tutti i volontari, le autorità locali, vigili del fuoco, polizia, ecc. Per perseguire la normalità, pur nella catastrofe, i capi Scout sono riusciti a organizzare l'immane campeggio estivo per tutti i loro gruppi Scouts della zona, a conclusione dell'anno di attività”.

Presenti anche gli operatori di Telefono Azzurro, riferisce il Prof. Sergio Bernasconi, Direttore della Clinica Pediatrica dell'Univ. Di Parma e Vice-Presidente di SOS Telefono Azzurro, con 16 operatori coinvolti, e 164 volontari, e team avente già esperienza di attività nel terremoto del '98 in Campania, del 2002 nel Molise, del 2009 in Abruzzo. Oltre alle attività di animazione e psico-educazionali, le preoccupazioni legate anche alla vita di campo di tutela della sicurezza fisica del non farsi male, la vigilanza nei campi, e della salute.

IL RECUPERO DEL BENESSERE PSICOSOCIALE

Ospiti a Modena nel corso della Settimana della Salute Mentale i Prof. Massimo Casacchia e Prof. Rita Roncone dell'Univ. Dell'Aquila “esperti e vittime” dell'ultimo terremoto all'Aquila. Hanno spiegato come nell'immediato di una catastrofe prevalga una

reazione d'ansia intensa. Seguono poi sintomi di evitamento, di depersonalizzazione, una specie di stordimento, sintomi di derealizzazione, sintomi di arousal o di all'erta con irritabilità. Molti sono gli sforzi immediati dopo un evento catastrofico, quando prevalgono il sostegno e la solidarietà reciproca nella comunità, o “fase eroica”, ma sono poi importanti le criticità a lungo termine, o “fase di disillusione”, quando i servizi tendono a peggiorare ed è importante la loro integrazione con i servizi psichiatrici. Quindi si comincia a pensare alla “ricostruzione”. La sintomatologia di esito post traumatico nella popolazione tende a peggiorare dopo 4 mesi, ancor più dopo 15 mesi e 2 anni. Prevalgono in genere sintomi psicosomatici, muscolo-scheletrici nel 35% dei casi, sintomi respiratori nel 19%, cefalea-vertigini e dermatologici nel 17% dei casi, e poi cardiovascolari, gastrointestinali, ecc. Possono aumentare anche disturbi depressivi, con abuso di alcol e di sostanze. Talvolta può esitare un'ansia cronica. È importante l'approccio narrativo, fare raccontare ai pazienti quello che è successo anche da parte dei medici di base.

ELEMENTI DI INCERTEZZA NEL FUTURO DELL'EMILIA

Nell'attuale realtà emiliana, a 5 mesi di distanza dall'evento sismico sono tanti gli elementi di incertezza nella popolazione. Lo sciame sismico che si è dilazionato a lungo nel tempo con alcuni sussulti fino alle ultime settimane, hanno reso difficili i meccanismi adattivi. Ma ancora, e soprattutto nella fase di ricostruzione tante, troppe le incertezze sui supporti a disposizione della popolazione. Smantellata la protezione civile, tutte le ordinanze in merito fanno capo alla Presidenza della Regione. Dice il Sen. Carlo Giovanardi in una sua recente intervista che per la riagibilità delle abitazioni classificate B e C (nulla si sa ancora per gli immobili classificati A, cioè totalmente distrutti) parzialmente lesionate sono state dichiarate risarcibili all'80%, ma relativamente ad un costo di ristrutturazione stabilito a Euro 370/mq, quando in realtà il costo medio di ristrutturazione sul mercato è non meno di Euro 1.500/mq e quindi il risarcimento andrebbe a ripianare in effetti al massimo sul 30% del

SISMA 2012: L'EMERGENZA NON È FINITA

costo totale. Non solo, i 6 miliardi stanziati dallo Stato sono stati in realtà, secondo l'art. 3 della Spending Review, affidati alle banche per il recupero degli interessi sui mutui tramite credito di imposta, al beneficiario fruibile solo in compensazione, ma il decreto non definisce i limiti dell'interesse stabilito dalle banche stesse. Inoltre, il danneggiato incapiente che non stabilisca un prestito con la banca non riceve nessun risarcimento. Ancora, è incomprensibile la resistenza da parte della regione Emilia Romagna al non volere la dichiarazione di "No tax area", ottenuto invece con provvedimento del 1 settembre per l'Aquila, e molte sono le aziende che chiudono o delocalizzano. Si prevede quindi per il 2013 un calo

del Pil nell'area del cratere del 9% con 37.500 cassintegrati che fra l'altro non comprendono i dipendenti di piccole aziende, artigiani, commercianti, rimasti senza lavoro. In ultimo, per la ristrutturazione il privato non può rivolgersi alle piccole imprese locali conosciute, ma c'è l'obbligo di rivolgersi alle imprese con certificazione SOA della regione che sono circa 500, le prime della lista sono extra-regionali e provenienti dalla Campania, Calabria, Sicilia.

Situazioni familiari drammatiche, quindi, persone rimaste senza lavoro, con figli da crescere, con la casa distrutta e magari i relativi mutui da pagare.

Lucia Rolando

Comunicato zone colpite da terremoto (maggio 2012): riduzione debito formativo ECM



La Commissione Nazionale per la Formazione Continua nel corso della riunione del 20 giugno 2012 ha stabilito che il debito formativo dei professionisti sanitari domiciliati o che svolgono la propria attività presso le zone colpite dal terremoto del maggio 2012, di cui al decreto legge del 6

giugno 2012 n. 74, è ridotto da 100 a 50 crediti formativi nel biennio **2012-2013**.

Sono confermati 50 crediti formativi per l'anno 2011.

Complessivamente i richiamati professionisti sanitari dovranno acquisire 100 crediti formativi per il triennio 2011-2013.

ENPAM - Sisma, sospensione dei contributi previdenziali



L'Enpam ha sospeso il pagamento dei contributi previdenziali da parte dei medici e degli odontoiatri che risiedono o lavorano nelle zone colpite dal sisma.

Sono **rinviiati fino al 30 novembre** la seconda e la terza rata della Quota A, i pagamenti relativi a riscatti e ricongiunzioni e la presentazione del modello D.

L'Enpam ha anche sospeso l'invio di nuove proposte di riscatto ai medici e ai dentisti residenti nelle zone terremotate.



MODENA MEDICA

**POLIAMBULATORIO, CENTRO DIAGNOSTICO
RIABILITATIVO CONVENZIONATO**

Direttore Sanitario: Prof. Renato Romagnoli

I NOSTRI SERVIZI

- **TC DENTALE e ORL "cone beam"**
- VISITE SPECIALISTICHE
- ESAMI RADIOLOGICI
- PRESTAZIONI RIABILITATIVE E FISIOTERAPICHE
- TRATTAMENTI DERMOESTETICI
- MEDICINA E TRAUMATOLOGIA DELLO SPORT



a member of



MODENA MEDICA

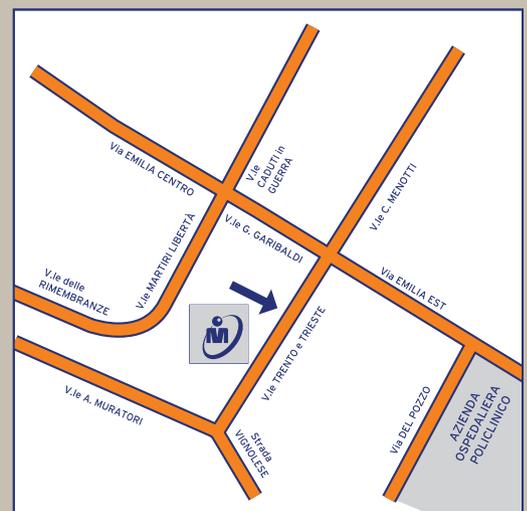
41100 Modena – Viale Trento e Trieste 31-35

Tel. 059 239274

www.modenamedica.it

info@modenamedica.it

ORARIO: LUNEDÌ-VENERDÌ: 8.00 - 20.00



DISCUTIAMO DI ETICA

SALUTE E RISORSE: LA SFIDA DEL FUTURO

Il problema di una responsabile gestione delle risorse economiche si configura ormai come il problema di fondo della medicina moderna, sempre più incalzata dal progresso scientifico che mette a disposizione percorsi diagnostici e terapeutici ogni giorno più avanzati e costosi e dalla limitatezza delle risorse a disposizione. La questione non è più eludibile, al punto che il principio di una responsabilità del medico estesa anche alla gestione delle risorse è stato espressamente inserito nel Codice Deontologico della professione medica, che all'articolo 6, afferma con chiarezza il dovere del medico di farsi carico di un appropriato impiego delle risorse. Il problema coinvolge la classe medica (ma non solo) a tutti i livelli, da chi si occupa della programmazione sanitaria a tutti coloro, e sono la maggioranza, che hanno il compito di prescrivere esami e terapie nell'ambito di un SSN che fatica sempre più a restare nei confini di una spesa sostenibile.

Molti colleghi vivono con sofferenza e a volte con insofferenza questo nuovo compito\dovere, nella convinzione che non faccia parte del bagaglio culturale e delle peculiarità della professione medica. Purtroppo, è ormai chiaro che il sistema si sta sempre più allontanando dal suo punto di equilibrio, ed il rischio concreto è che finisca per crollare, vanificando di fatto il principio di fondo e i valori che hanno ispirato l'istituzione nel 1978 del Sistema Sanitario Nazionale, che possiamo certamente definire una delle più importanti conquiste di civiltà e giustizia nel nostro paese. Con queste premesse, pare quanto mai opportuno proporre a tutti i colleghi una riflessione su un tema che rappresenta una vera e propria sfida per il futuro.

DA UN' ETICA DEL RAZIONAMENTO ALL'ETICA DI RIDUZIONE DEGLI SPRECHI: LA SFIDA DELLA MEDICINA SOSTENIBILE

L'attualità della discussione pubblica sulla *spending review* e quella più datata sull'appropriatezza, affrontano a tratti i contenuti proposti da un recentissimo editoriale del *New England Journal of Medicine*¹.

L'autore del contributo riconosce come la Bioetica abbia a lungo esaminato il tema del contenimento dei costi etichettandolo come 'allocazione di scarse risorse' e riferendolo al principio della giustizia distributiva. Negli Stati Uniti, il dibattito etico si sta spostando dal razionamento alla riduzione degli sprechi. Questo spostamento, poco evidenziato, ha importanti implicazioni di *policy*.

In sintesi alcune delle argomentazioni dell'editoriale, l'etica del razionamento parte da due considerazioni: Primo, il razionamento si verifica semplicemente perché le risorse sono finite e qualcuno deve decidere chi ottiene cosa; secondo, il razionamento è semplicemente inevitabile. Infatti, se si evita il razionamento esplicito, si arriverà ad un metodo di razionamento implicito e forse ingiusto.

La principale obiezione etica al razionamento è che i medici hanno un dovere di fedeltà verso ogni singolo paziente, senza guardare ai costi. Questa obiezione comunque non regge, poiché quando le risorse sono esaurite, i pazienti privati delle cure sono persone reali e non statistiche. La collettività dei medici deve lealtà anche a questi pazienti.

In questi termini la discussione etica sul razionamento si sposta sul problema delle modalità più eque per

¹ Brody H. From ethics of rationing to an ethics of waste avoidance *N Engl J Med* 2012; 366: 1949-1951

allocare le scarse risorse, utilizzando misure come i QALY², oppure attraverso un approccio diverso.

Gli eticisti a favore dell'equità del razionamento hanno discusso l'affermazione che il problema dei costi sarebbe risolto se si eliminassero gli sprechi, le frodi e gli abusi. Alcuni studi suggeriscono che lo spreco, definito come il costo di una frode deliberata, pesa per meno del 10% sui costi sanitari e il risultato sarebbe un risparmio una tantum, mentre i *drivers* primari dell'aumento dei costi (progresso tecnologico e invecchiamento della popolazione) avanzerebbero incontrollati.

I dati di fatto, che hanno recentemente oltrepassato questa discussione etica, mostrano che gli sprechi nel servizio sanitario americano, definiti in modo più ampio come spesa per interventi che non danno beneficio ai pazienti, ammontano in realtà ad una somma molto più alta, almeno il 30%, e che questa fonte di spreco costituisce uno dei fattori principali dell'aumento dei costi.

Un caso paradigmatico per lo spostamento del focus etico è il trattamento del tumore metastatico avanzato alla mammella con alte dosi di chemioterapia seguita da trapianto autologo di midollo. Questo trattamento era proposto negli anni '90 per offrire circa il 10% di probabilità di aumento significativo della durata della vita per pazienti che altrimenti erano destinate a morire molto presto. Le assicurazioni rifiutarono di pagare gli alti costi. I dati ora suggeriscono che la possibilità reale di avere un beneficio significativo da quel trattamento è pari a zero e che il suo unico effetto era di rendere insopportabili gli ultimi mesi di vita rimasti alle pazienti. In questo caso il dibattito etico sul razionamento era mal posto ed è chiaro anche come gli sprechi nella sanità si spingano oltre la frode intenzionale.

Abbiamo ignorato troppo a lungo quanto denaro si spende negli Stati Uniti in test diagnostici e trattamenti che non offrono benefici misurabili.³ Ridistribuire anche solo una frazione di questo denaro sprecato potrebbe espandere la copertura per le terapie utili a tutti gli americani, riducendo allo stesso tempo l'aumento dei costi. La questione etica si sposta quindi sulla riduzione degli sprechi.

Anche se il concetto di futilità medica ha avuto una storia tormentata, il dibattito etico della riduzione degli sprechi è una sottocategoria del dibattito sulla futilità. Eravamo abituati a pensare che il problema della futilità sorgesse solo quando i medici si rifiutavano di offrire trattamenti inutili anche quando erano richiesti dai pazienti o da loro familiari. Mentre gli interventi futili potrebbero essere richiesti anche dai medici. L'etica della riduzione degli sprechi è quindi in parte una componente dell'etica professionale.

Le due principali argomentazioni dell'etica della riduzione degli sprechi sono: primo che non si dovrebbe privare nessun paziente di servizi medici utili, anche se costosi, se si spreca denaro in interventi inutili; secondo che gli esami e i trattamenti inutili causano danno.

I trattamenti che non aiutano i pazienti possono causare complicanze. I test diagnostici inutili possono generare falsi positivi che a loro volta conducono a ulteriore diagnostica e complicanze. "*Primum non nocere*" diventa l'argomentazione più forte per eliminare la medicina che non crea beneficio.

Poiché è etico l'eliminare gli interventi costosi e privi di benefici (come è stato recentemente enfatizzato nella campagna 'Scegliere saggiamente' promossa dall'*American Board of Internal Medicine Foundation*) il tema è semplicemente spostato sull'implementazione.

Qui, l'autore invita a considerare i limiti delle evidenze. I dati dei trial clinici randomizzati rappresentano una media sulla popolazione che scarsamente si adatta al singolo paziente. Pochi test e trattamenti sono inutili in assoluto, la maggior parte è utile per pochi pazienti e diventa uno spreco quando applicato al di fuori di quella popolazione ristretta. Il confine però è spesso incerto.

Alcuni autori pongono una questione etica relativamente minore, che costituisce però una seria preoccupazione politica: una sostanziale diminuzione della spesa sanitaria avrebbe un impatto su un'industria da 2.5 trilioni di

2 *Quality Adjusted Life Years* indicatore che combina la durata della vita con la qualità

3 Welch WG, Schwartz L, Woloshin S. *Overdiagnosed: making people sick in the pursuit of health*. Boston: Beacon Press, 2011

DISCUTIAMO DI ETICA

dollari, e quindi dell'economia degli Stati Uniti.

In ogni caso nell'insieme dei doveri del medico nei confronti dei pazienti è ricompreso il dovere di eliminare gli interventi per i quali vi sono prove solide e incontrovertibili di una mancanza di beneficio.

Forse, al momento, la riduzione degli sprechi potrebbe far risparmiare abbastanza da permettere sia una copertura universale che il futuro controllo dei costi. Poiché le tecnologie mediche progrediscono, specialmente con la medicina genomica personalizzata, arriverà il giorno in cui non potremo permetterci di sostenere tutte le terapie potenzialmente efficaci per tutti: una seria sfida.

Daniel Callahan, bioeticista, cofondatore del Centro Studi Internazionali Hastings, nel suo saggio di qualche anno fa⁴ già riportava come il tema della crescita dei costi associati alla pratica della medicina moderna richiedesse una medicina "sostenibile".

L'editoriale del New England termina con una domanda aperta: i medici degli Stati Uniti saranno all'altezza della situazione?

*Loretta Casolari e Barbara Casarini
Servizio Ricerca e Innovazione Ausl di Modena
Francesco Sala
Medico di Medicina Generale Ausl di Modena*

Per approfondimenti:

l'editoriale e i testi citati sono disponibili su richiesta scrivendo a: ricerca.inovazione@ausl.mo.it

4 Callahan D, False Hopes: overcoming the obstacles to a sustainable, affordable medicine. Rutgers University Press, 1999



*Il Consiglio dell'Ordine dei medici chirurghi
e degli odontoiatri di Modena
augura a tutti*

*Buon Natale e
Felice Anno Nuovo*

PROMUOVERE CONOSCENZE E COMPETENZE SUL TEMA DELLA LEGALITÀ TRA I MEDICI E GLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI MODENA PER CONTRASTARE LA CORRUZIONE IN SANITÀ

Libera iniziativa di un gruppo di professionisti iscritti all'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Modena

Premessa

Il tema della legalità e quello speculare della corruzione sono di grande attualità in questo momento storico, coinvolgendo tutte le istituzioni e i settori della nostra società. La crisi economica generale, la crisi del lavoro e la riduzione delle risorse per i servizi ai cittadini, hanno di colpo reso evidente ai più che risorse sempre più scarse non possono essere sprecate a causa di comportamenti opportunistici e fuori dalle regole stabilite per tutelare il bene comune. Il Mondo della Sanità, e il Servizio Sanitario Nazionale, sono uno dei principali ambiti economici della nostra società (per numero di "addetti" nei servizi pubblici, nel privato e nell'indotto, per volumi di attività e di scambi, per assorbimento di risorse dello Stato e delle Regioni), ed è quindi logico che esso sia più o meno proporzionalmente minacciato da fenomeni e comportamenti ascrivibili al tema della corruzione o più in generale da tentativi di violazione della legalità. Contrastare tali minacce significa impegnarsi per l'equità e per la qualità dei servizi sia del settore pubblico, sia di quello privato e contribuire a garantire il miglior uso delle risorse dei singoli e della comunità. Modena è una realtà particolarmente attiva e attenta a questo tema. Proprio a Modena, poco più di un anno fa, è partita una iniziativa del Comitato Unico delle Professioni che ha adottato una Carta Etica ed ha istituito una Commissione intitolata "Contrasto alle mafie e alla corruzione". Come sottolineato dal coordinatore della Commissione, l'ing B. Fonti, il ruolo del professionista è centrale e fondamentale in una società democratica e può svolgere un ruolo di "sentinella di legalità" se adeguatamente informato e formato in nome di un impegno che contribuirà a mantenerne elevato il prestigio e il ruolo sociale.

Chi siamo e che obiettivi abbiamo

Siamo un gruppo di medici ed odontoiatri interessati in prima persona ad approfondire le proprie competenze e conoscenze sul tema della legalità, con particolare attenzione all'ambito della professione e dei servizi sanitari, in un contesto indipendente da condizionamenti ideologici di parte. Il nostro primo obiettivo pratico è quello di organizzare percorsi di informazione e formazione specifici e di coinvolgere il maggior numero possibile di colleghe/i. Riteniamo infatti che conoscenza e consapevolezza siano leve fondamentali su cui agire per contrastare la diffusione di comportamenti e pratiche contrarie all'etica e al rispetto della professione chiaramente dannose per la società. Il secondo obiettivo pratico è quello di arrivare ad offrire una consulenza gratuita, un supporto esperto, competente e facilmente accessibile ai colleghi che dovessero sentire la necessità di capire, interpretare e agire di conseguenza rispetto a situazioni sospette o francamente indicative di fenomeni di corruzione o di illegalità che li vedono direttamente o indirettamente coinvolti. Esperienza in questo senso è già stata avviata a Modena dall'Ordine degli Ingegneri, dei Commercialisti, con riscontri molto positivi da parte dei colleghi.

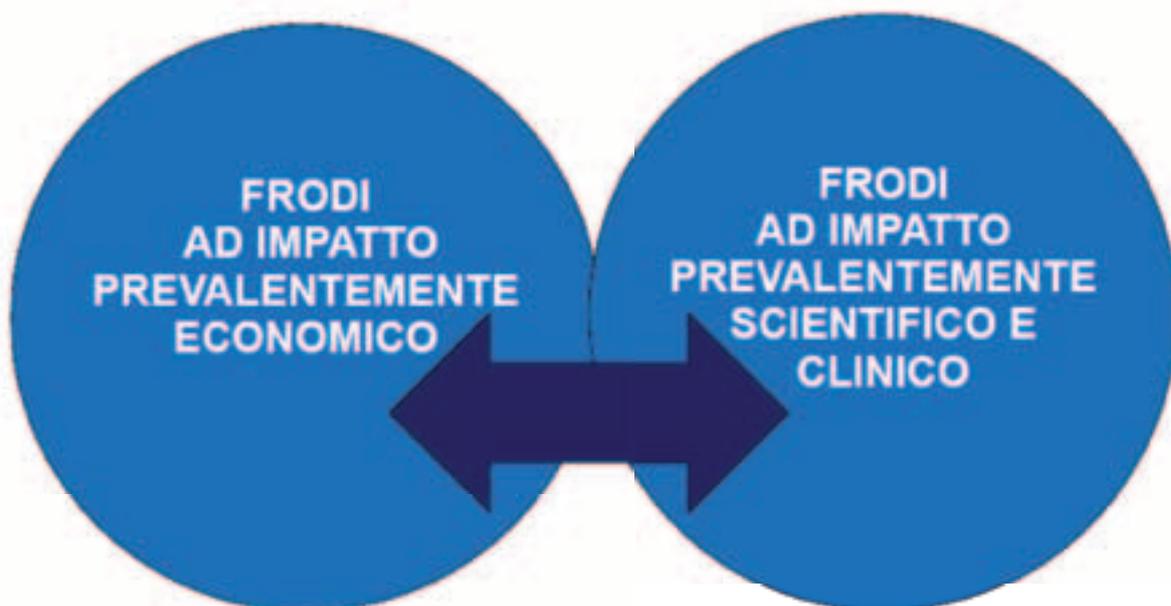
DI PARTICOLARE INTERESSE

Quali sono le tipologie di corruzione più comuni in ambito sanitario

La letteratura sull'argomento è ampia ed interessante soprattutto a livello internazionale, (disponibili sul web i dossier sulla corruzione nelle pubbliche istituzioni e in particolare nel mondo sanitario del Fondo Monetario Internazionale 1998 e 2000, del Ministero per lo Sviluppo Internazionale del Regno Unito nel 2010, di Transparency International nel 2006 e di European Healthcare Fraud and Corruption Network e WHO nel 2011, ma è disponibile anche la relazione 2011 della Corte dei Conti che stima nello specifico i costi della corruzione per il SSN).

Il prof. Domenighetti, uno dei più autorevoli e brillanti economisti sanitari contemporanei, molto impegnato come docente e come ricercatore sul tema della legalità nei servizi sanitari, ha recentemente proposto una semplice ed efficace tassonomia suddividendo *le frodi ad impatto prevalentemente economico da quelle ad impatto prevalentemente scientifico e clinico*

QUALI ILLEGALITÀ NEL SETTORE SANITARIO ?



Domenighetti 2012

Esempi di frode e corruzione ad impatto prevalentemente economico:

- **fatturare prestazioni non effettuate;**
- **sovrafatturare prestazioni** (es: visita di 20 minuti fatturata come di 40+ minuti; «pacchetti» di analisi di laboratorio fatturati separatamente; terapie di gruppo fatturate come individuali, ecc.);
- **fare false certificazioni** (per avere benefici assicurativi, assistenziali o **per coprire azioni illegali**);
- **richiedere «pagamenti supplementari informali»** ai pazienti per ricevere prestazioni sanitarie a cui hanno diritto;

DI PARTICOLARE INTERESSE

- **praticare il comparaggio:** ricevere o dare tangenti per aver inviato analisi al laboratorio x o y oppure inviato un paziente ad uno specialista o ad un istituto di cura.

Esempi di frode e corruzione ad impatto prevalentemente clinico e scientifico:

- **fatturare prestazioni (palesemente) non adeguate o inutili** per la diagnosi o la terapia del problema di salute del paziente (es: fare un cardiogramma ad un paziente la cui condizione sanitaria non richiede un tale esame; chirurgia, tac, rm inutili; ecc.);
- **ricevere o dare tangenti o altri «benefits» per prescrivere** farmaci (o per acquistare tecnologie);
- **fungere quale autore di ricerche o editoriali scientifici condotte o scritti da altri** («ghost writers»);
- **falsificare, manipolare o costruire i dati o modificare i risultati delle ricerche cliniche.**

Perché il settore sanitario è particolarmente esposto a frodi e a corruzione?

Ancora Domenighetti sottolinea che si tratta di un settore dominato:

- dall' **incertezza**
- dalla **complessità**
- dall' **asimmetria** dell'informazione a tutti i livelli
- dalla **mancaza di trasparenza** delle decisioni
- dalle **preferenze sociali verso il benessere** e la vita (e non verso il malessere e la morte)

Tutti fattori che possono favorire i comportamenti opportunistici e rendono difficile verificare la correttezza dell'agire degli attori.

Qual è la rilevanza del problema nel nostro contesto?

Dati economici generali ed esempi sono riportati nei report internazionali citati in bibliografia.

Alcuni autori riportano cifre distinte sulla base delle due grandi categorie di frodi:

1. FRODI E CORRUZIONE DI TIPO PREVALENTEMENTE ECONOMICO

- a. 56 milioni di euro nel 2009 (secondo il dossier del EHFCN⁶), ovvero 156 milioni di Euro al giorno in Europa;
- b. 10% costi del 2010, che equivalgono a 40-53 miliardi di dollari e 109-153 milioni di dollari al giorno negli USA;

2. FRODI E CORRUZIONI DI TIPO PREVALENTEMENTE CLINICO E SCIENTIFICO

- a. Costi diretti di una frode scientifica (= costi d'investigazione/esperti, salari trasporti, corrispondenza, analisi, ecc.): tra 500000 e 550000 US dollari (Michalek et al. Plos Medicine 2010);
- b. Costi indiretti per l'Istituzione di appartenenza:
 - Finanziamenti persi dall'istituto o dall'istituzione;
 - Spese e penalità legali per chiamata in giudizio;
 - Ricercatori trasferiti altrove (disoccupazione, costi trasloco, di economia domestica, di ricerca di una nuova occupazione, ecc.);
- c. Per la società;
- d. Eventuali costi sanitari diretti per il sistema sanitario e assicurativo;
- e. Costi diretti e indiretti degli eventuali effetti avversi sui pazienti (mortalità, disabilità, morbilità, perdite di salario, ecc.) Possono ammontare a miliardi di US dollari.

DI PARTICOLARE INTERESSE

Con quali attività ed iniziative pensiamo di intervenire?

Il gruppo si pone obiettivi molto operativi ed intende sfruttare gli strumenti della formazione e dell'informazione per aumentare tra i colleghi medici ed odontoiatri:

- *La consapevolezza sulle dimensioni del problema e le modalità in cui si può concretizzare;*
- *La capacità di identificare le situazioni potenzialmente a rischio;*
- *La facilità di accesso alle informazioni rilevanti;*
- *La cultura della legalità come valore sociale prioritario.*

Un possibile schema riassuntivo delle leve su cui è importante agire e con quali strumenti è riportato nel dossier *DFID practice paper 2010*

A chi ci rivolgiamo

Ci rivolgiamo a tutti coloro che sono interessati ad approfondire le proprie conoscenze e competenze sul tema della legalità nei sistemi sanitari per contribuire a mantenere una elevata qualità dei servizi e un diffuso e convinto rispetto del ruolo dei medici e degli odontoiatri nel mondo sanitario.

Glossario essenziale

Conflitto di Interessi: è la situazione in cui un interesse secondario (privato o personale) interferisce, ovvero potrebbe tendenzialmente interferire (o appare avere la potenzialità di interferire), con l'abilità di una persona ad agire in conformità con l'interesse primario di un'altra parte (es. interesse della collettività nel caso di un pubblico ufficiale, interesse dell'assistito nel caso di un avvocato), assumendo che tale persona abbia un dovere derivante dalla legge, da un contratto o da regole di correttezza professionale nel fare ciò. Questa definizione richiede la presenza di tre elementi chiave: (1) una relazione di agenzia, ossia una relazione tra un soggetto delegante (*principal*) e uno delegato (*agent*), in cui il secondo ha il dovere di agire nell'interesse (primario) del primo; (2) la presenza di un interesse secondario nel soggetto delegato (di tipo finanziario o di altra natura); (3) la tendenziale interferenza dell'interesse secondario con l'interesse primario. Il termine "tendenzialmente" vuole sottolineare che l'interferenza si presenta con diversa intensità a seconda dell'agent portatore dell'interesse secondario e della rilevanza assunta da tale interesse.

Il conflitto di interessi nel settore pubblico- medici: Il conflitto di interessi è la situazione in cui un interesse secondario interferisce, ovvero potrebbe tendenzialmente interferire (o appare avere la potenzialità di interferire), con l'abilità di un medico del Servizio Sanitario Nazionale ad agire in conformità con i suoi doveri e responsabilità. I doveri e le responsabilità del medico sono connessi principalmente alla tutela della salute del paziente, mentre gli interessi secondari sono tipicamente di tipo finanziario o di altra natura.

Differenza tra conflitto di interessi e corruzione: L'essere in conflitto di interessi ed abusare effettivamente della propria posizione, facendo prevalere l'interesse secondario su quello primario, restano due aspetti distinti: una persona in conflitto di interessi, infatti, potrebbe non agire mai in modo improprio. Dunque, il conflitto di interessi non è un evento (come la corruzione), ma una situazione, un insieme di circostanze che creano o aumentano il rischio che gli interessi primari possano essere compromessi dall'inseguimento di quelli secondari (Thompson 2009). La corruzione è la degenerazione di un conflitto di interessi, in quanto c'è sempre il prevalere di un interesse secondario su uno primario. Il conflitto di interessi, invece, segnala solo la presenza di interessi in conflitto (anche solo in modo potenziale o apparente). Il conflitto di interessi, a differenza della corruzione, è caratterizzato da una portata ben più ampia di relazioni sociali ed economiche, la maggior parte

DI PARTICOLARE INTERESSE

delle quali non è classificata come reato, nonostante la sua presenza possa tendenzialmente violare l'equilibrio socialmente accettabile tra l'interesse privato e i doveri e le responsabilità di un individuo.

Corruzione (settore pubblico e privato): è il comportamento di quella persona che utilizza il suo potere per fini personali. In tal senso, la corruzione include ogni forma di abuso di potere. Questa definizione richiede la presenza di tre elementi chiave: (1) una relazione di agenzia, ossia una relazione tra un soggetto delegante (*principal*) e uno delegato (*agent*), in cui il secondo ha il dovere di agire nell'interesse (primario) del primo; (2) la presenza di un interesse secondario nel soggetto delegato (di tipo finanziario o di altra natura); (3) il prevalere dell'interesse secondario su quello primario. La differenza tra corruzione pubblica e privata è individuabile fondamentalmente nella natura pubblica o privata del *principal*.

Bribery: è una forma di corruzione e costituisce reato. In Italia il termine viene normalmente tradotto con "offerta di tangente" da intendersi sia come denaro che come altra utilità. Nella bribery è opportuno distinguere il reato di chi corrompe da quello del corrotto. Il corruttore, offre, promette o dà, direttamente o indirettamente, una somma di denaro o altra utilità ad un'altra persona, al fine di ottenerne un vantaggio. L'intenzione del corruttore è quella di (i) indurre una persona ad agire impropriamente nell'esercizio di una funzione o attività (ii) ricompensare una persona per il fatto di agire impropriamente nell'esercizio di tale funzione o attività. Il corrotto accetta o sollecita, direttamente o indirettamente, un indebito vantaggio (denaro o altra utilità), per sé o per altri. Questo indebito vantaggio sarà ricompensato dal corrotto con l'esercizio improprio della sua funzione o attività a vantaggio del corruttore.

Valentina Solfrini e Francesco Sala

Elenco componenti del Gruppo medici e odontoiatri per la legalità iscritti all'albo dei Medici chirurghi e degli odontoiatri di Modena: Addamo Antonino, Arginelli Ludovico, Borsari Silvana, Carteri Luca, Catellani Maria Grazia, Cintori Dante, Curatola Carlo, D'Arienzo Matteo, D'Autilia Nicolino, Gaetti Augusta, Greco Gabriele, Guerra Michelina, Marchegiano Patrizia, Masellis Giuseppe, Olivi Mocenigo Roberto, Papi Giampaolo, Pini Luigi Alberto, Procopio Pietro, Reggiani Stefano, Romani Gabriele, Sala Daniele, Sala Francesco, Solfrini Valentina, Trande Paolo

Bibliografia essenziale

1. V. Tanzi, *IMF Staff Papers* Vol. 45, No. 4 (December 1998). International Monetary Fund
2. WHO (2000). WHO HFA Indicators For the New Health Policy in Europe – Report on a WHO Expert Group Meeting. World Health Organisation, Regional Office for Europe, The Hague, Netherlands, 2-3
3. Savedoff, W. D. and K. Hussmann (2006), 'Why Are Health Systems Prone to Corruption', in *Global Corruption Report 2006: Transparency International*, London: Pluto. www.transparency.cz/doc/ti_gcr_2006_1.pdf
4. Lindelöw, Magnus, Inna Kushnarova, and Kai Kaiser (2006) "Measuring Corruption in the Health Sector: What We Can Learn from Public Expenditure Tracking Surveys in Developing Countries", in *Global Corruption Report 2006: Corruption and Health*, Berlin: Transparency International.
5. March.Lewis, M. (2006): "Governance and Corruption in Public Health Care Systems" Centre for Global Development, Working Paper Number 78. http://www.cgdev.org/files/5967_file_WP_78.pdf.
6. Ware, Glenn, T., Shaun Moss, J. Edgardo Campos, and Gregory P. Noone (2007), "Corruption in Public Procurement. A Perennial Challenge", in J. Edgardo Campos and Sanjay Pradhan (editors), *The Many Faces of Corruption. Tracking Vulnerabilities at the Sector Level*, Washington, DC: World Bank.
7. Lewis, M. and Pettersson, G. (2009): "Governance in Health Care Delivery: Raising Performance" (October 1, 2009). World Bank Policy Research Working Paper No. 5074 http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1492554.
8. Maureen Lewis and Gunilla Pettersson. Policy Research Working Paper 5074 "Governance in Health Care Delivery: Raising Performance". The World Bank Development Economics Department & Human Development Department October 2009.
9. Sören Holmberg and Bo Rothstein: "Dying of corruption". *Health Economics, Policy and Law* (2011), 6, 529–547 & Cambridge University Press 2010 First published online 1 September 2010.
10. Karen Hussmann: "How to Note on corruption in health: Tackling corruption in the health sector is essential for achieving better health outcomes". Department For International Development UK. 01 November 2010. <http://www.dfid.gov.uk/What-we-do/Publications/>
11. SELDI (various years), "Regional Corruption Monitoring in Albania, Bosnia and Herzegovina, Bulgaria, Croatia, Macedonia, Romania, and Serbia and Montenegro", mimeo, Rome, Italy: The Southeast European Legal Development Initiative Secretariat.
12. Gee, J., Button, Mark and Brooks, Graham (2010) The financial cost of UK public sector fraud: a less painful way to reduce public expenditure. Working Paper. MacIntyre Hudson, Milton Keynes.
13. Gee, J., Button, Mark, Brooks, Graham and Vincke, P. (2010) The financial cost of healthcare fraud. Working Paper. MacIntyre Hudson, Milton Keynes.
14. AAVV: "Rapporto 2012 sul coordinamento della finanza pubblica". Corte dei Conti.
15. European Healthcare Fraud and Corruption Network. <http://www.ehfcn.org>

CARCINOMA EPATOCELLULARE A MODENA E PROVINCIA

*Un'oncia di prevenzione vale più di una libbra di cure
Benjamin Franklin*

I. Introduzione

Il crescente peso epidemiologico e clinico dell'Epatocarcinoma (HCC) e delle molteplici competenze necessarie a ottimizzare la sua gestione insieme ci ha portato a formare un team epatocarcinoma multidisciplinare di Modena (TEMM) dedicati all'assistenza integrata di tali pazienti in collaborazione con il Medico di Medicina Generale.

Il seguente articolo riassume le basi scientifiche di tale aggregazione e i primi incoraggianti risultati raggiunti.

II. HCC - Epidemiologia e Prevenzione primaria

HCC è la sesta neoplasia al mondo, per incidenza (749.000 nuovi casi/anno) e la terza causa di morte per neoplasia (692.000 decessi/anno). L'incidenza di HCC, più prevalente nei maschi (rapporto maschi:femmine pari a 2,4), incrementa in maniera lineare con l'invecchiamento raggiungendo il picco massimo all'età di 70 anni.

Nell'area AIRT (gruppo comprendente tutti i Registri Tumori in Italia) sono stati diagnosticati in media ogni anno 26,8 casi di HCC ogni 100.000 uomini e 12,1 ogni 100.000 donne. Le stime per l'Italia indicano un totale di 8.267 nuovi casi diagnosticati fra i maschi e 3.699 fra le femmine.

Esiste una notevole variabilità geografica nell'incidenza di HCC nel nostro paese ed i tassi più elevati (Napoli e Parma) superano di 3-4 volte quelle di aree a bassa incidenza.

Nel 2002 si sono verificati 6.629 decessi per HCC fra i maschi e 3.584 fra le femmine con una marcata differenza nella mortalità in base al sesso (12,7‰ nei maschi e 3,9‰ nelle femmine).

In Europa, Nordamerica e Giappone, HCC si manifesta prevalentemente in pazienti con cirrosi e, in questi, rappresenta la principale causa di morte (1). Nonostante i

progressi ottenuti nella terapia, l'HCC resta una patologia ad alto rischio di exitus. Le curve di incidenza e di mortalità sono parallele (2) ad indicare che la gran parte dei pazienti colpiti da HCC morirà per tale patologia. E' per questo motivo che l'Organizzazione mondiale della Sanità ha indicato tra le priorità mondiali la prevenzione primaria dell'HCC attraverso la Vaccinazione anti HBV, la lotta all'abuso alcolico ed alla diffusione dell'HCV, la prevenzione della Sindrome Metabolica e l'appropriata conservazione del raccolto per contenere il rischio di intossicazione da aflatoossina (1). Sottolineiamo a tale proposito che, al diminuire delle epatopatie virali nella nostra area geografica ha fatto riscontro una diffusione epidemica di malattie metaboliche quali diabete, obesità, sindrome metabolica, steatoepatite non alcolica (NASH) recentemente riconosciuti come fattori di rischio per HCC (3-5). Le misure già adottate di prevenzione primaria, quali la vaccinazione anti-HBV su ampia scala, non appaiono pertanto più sufficienti e, per questo motivo, l'OMS indica che, dopo la prevenzione primaria, il secondo miglior approccio è "migliorare le competenze della comunità scientifica in modo tale da praticare la sorveglianza dei pazienti a rischio, fare diagnosi più tempestive e condurre trattamenti radicali come la resezione chirurgica o termoablazione di piccole lesioni"(1). Tale compito risulta più difficoltoso in pazienti metabolici in relazione alla elevata prevalenza della patologia e alla mancanza di criteri per individuare i pazienti a rischio.

I dati finora ottenuti dal TEMM confermano che la sorveglianza dell'epatopaziente a rischio finalizzata ad una diagnosi precoce di HCC è da considerarsi un importante standard assistenziale che può influire sulla tempestività ed efficacia delle cure in tutti i pazienti a rischio (6), inclusi quelli affetti da patologie metaboliche.

III. Razionale e Storia

Il razionale a favore della sorveglianza (definita come strategia di screening preordinati di una popolazione definita a rischio di HCC) è semplice, di intuitiva efficacia e risale al secolo scorso.

Nel 1907 il Dr. Charles Childe pubblicò un libro intitolato "Il Controllo della patologia, O come può essere curato il cancro" nel quale si sosteneva che l'elevata mortalità da cancro come tragicamente non necessaria con le seguenti parole " Il tumore in fase iniziale non presenta sintomi. ... Le persone colpite...si cullano pertanto in un totale senso di sicurezza. Ignorare segni clinici precoci di malattia è grave, allo stesso tempo è una logica conseguenza cercare di far luce sugli apparenti banali elementi clinici ... [Ma] il cancro non è incurabile...è il ritardo diagnostico che determina questo fenomeno.... Se ogni nuovo caso di neoplasie venisse all'attenzione del Medico il più presto possibile...non risulta così difficile immaginare che la maggior parte potrebbe essere curata. (7).

Com'è noto, un programma di screening (applicazione una sola volta nel tempo di una data tecnica diagnostica) o sorveglianza (screening ripetuto e periodico) deve possedere determinati requisiti riassunti in Tabella 1 (8,9) che sono tutti applicabili nella sorveglianza per la diagnosi precoce di HCC.

IV. Tecnica della sorveglianza e popolazione bersaglio

Sebbene ancora utilizzata nella pratica clinica, il dosaggio dell'AFP nella sorveglianza per HCC non è in realtà "evidence based" quindi sarebbe da abbandonare, in quanto non aggiunge informazioni diagnostiche all'ecografia. (10,11).

Singal et al. nella loro revisione di letteratura hanno dimostrato in modo convincente che l'ecografia possiede quelle caratteristiche di sensibilità e specificità che la rendono tecnica di ideale performance diagnostica nello specifico quesito clinico (12). Se l'ecografia è un efficace strumento diagnostico, pazienti sottoposti a sorveglianza vengono diagnosticati in fase più precoce e beneficiano di terapie radicali che esitano in una più protratta sopravvivenza (13).

Dimostrata l'efficacia della strategia, allo scopo di aumentare il rapporto costo/efficacia occorre definire bene la popolazione da sottoporre a sorveglianza. Sicuramente la presenza di una cirrosi molto avanzata, in un paziente con coesistente HCC, rende la prognosi a breve termine sfavorevole per le complicanze della cirrosi stessa (14). E' per tale ragione che la sorveglianza non è efficace nel migliorare la sopravvivenza e pertanto non è consigliata in pazienti in classe C di Child (15). Inoltre occorre tenere presente che l'eziologia della cirrosi si associa ad un diverso rischio di sviluppo di HCC. Ad esempio, l'incidenza cumulativa di HCC a 5 anni dalla diagnosi di cirrosi è massima, pari al 21% nella cirrosi associata ad Emocromatosi Ereditaria e decresce al 17% nella cirrosi da HCV; al 10% nella cirrosi da HBV; all'8% e al 4% nella cirrosi alcolica e biliare rispettivamente purchè in assenza di infezione da HCV ed HBV (16).

Per quanto riguarda i pazienti non-cirrotici il problema è di individuare coloro i quali presentino elevato rischio di HCC. In uno studio recente condotto su pazienti con epatite cronica B, non cirrotici, parametri facilmente disponibili ed a basso costo quali sesso età ALT, HBeAg e viral load HBV erano capaci di prevedere il rischio di sviluppo di HCC (17).

Il già citato lavoro metanalitico di Singal (12), mettendo a confronto una cadenza di sorveglianza di ogni 6 mesi o meno con una sorveglianza di 6-12 mesi aveva dimostrato una maggior sensibilità del primo approccio sul secondo. Per contro protocolli di osservazione più intensivi non si traducono in un vantaggio di sopravvivenza per i pazienti in quanto portano ad individuare quei noduli subcentimetrici che non hanno ripercussioni terapeutiche immediate ma che devono soltanto essere seguiti nel tempo (18,19).

V. E' efficace la sorveglianza?

Il gruppo multicentrico ITALICA ha recentemente riportato la prova dell'efficacia (in termini di guadagno di sopravvivenza) dei pazienti sottoposti a sorveglianza ecografica periodica. Gli Autori concludono che... " La sorveglianza semestrale incrementa le percentuali di diagnosi precoce delle lesioni di HCC e riduce i casi di neoplasie avanzate se confrontata con il program-

DI PARTICOLARE INTERESSE

ma annuale. Il follow-up ogni sei mesi dei pazienti a rischio, consente una maggior applicabilità di trattamenti curativi e una miglior prognosi”(20). La Tabella 2 (21) riassume le caratteristiche dei pazienti da inserire nei protocolli di sorveglianza, secondo le recenti linee guida dell'EASL, Associazione Europea Studio Fegato.

VI. Team HCC AUSL- Report attività.

A partire dal Gennaio 2010, nell'ambito dell'azienda AUSL di Modena, è stato costituito il Gruppo provinciale per la gestione terapeutica integrata multidisciplinare e monitoraggio degli out-come clinici di tutti i casi di HCC diagnosticati a Modena e provincia.

Il TEMM è composto da internisti epatologi, gastroenterologi, radiologi interventisti, oncologi e chirurghi (Elencati tra gli Autori). Nell'ambito delle riunioni mensili del gruppo vengono presentati nuovi casi di HCC, e discusse collegialmente le indicazioni terapeutiche. Negli ultimi 18 mesi sono stati gestiti 61 pazienti con diagnosi di HCC; la sopravvivenza media dalla prima diagnosi è risultata pari a 20,4 mesi.

La tabella 3 dimostra come i casi in cui la diagnosi è stata posta in ambito di un programma di sorveglianza sono più spesso unifocali e singoli dei casi emersi su base dei sintomi. Tuttavia vi è ancora un residuo numero di pazienti affiorati clinicamente con neoplasia in stadio avanzato e pertanto non più candidabili a terapie radicali. HCC in questi casi ha una presentazione prevalentemente multifocale, diametro complessivo delle lesioni >1 cm, con o senza trombosi portale neoplastica.

I risultati ottenuti dal TEMM, messi a confronto con dati nazionali (22), consentono di affermare che nel territorio modenese vi sia una capillare applicazione dei protocolli di sorveglianza e di conseguenza un aumentato numero di diagnosi di HCC in stadio iniziale. La gestione

multidisciplinare dell'epatocarcinoma simile alle "Breast Unit" permette inoltre di discutere e scegliere in tempi rapidi il trattamento più adeguato nel singolo paziente. Questi risultati attestano l'efficace collaborazione tra Medico di Medicina Generale e Specialista ospedaliero. E' ipotizzabile che risultati ancor più positivi possano derivare da specifici progetti regionali che mirino ad una identificazione e sorveglianza delle popolazioni a rischio come accade per la prevenzione del carcinoma colon-rettale, mammario e della cervice.

VII. Conclusioni

In conclusione la sorveglianza e la diagnosi precoce di HCC richiedono la cooperazione di molteplici figure professionali: medici di medicina generale e specialisti quali epatologi, internisti, gastroenterologi, radiologi interventisti e chirurghi. Tutti i cirrotici, indipendentemente dall'etiologia dell'epatopatia, sono candidati alla sorveglianza. Inoltre pazienti con epatite cronica virale ad alto rischio devono essere presi in considerazione per l'inclusione nel programma di sorveglianza. L'ecografia ogni 6 mesi è lo strumento diagnostico più usato ed affidabile. L'esperienza del gruppo modenese conferma, nella pratica clinica, l'efficacia della strategia di sorveglianza per una diagnosi precoce di HCC. Questi dati spingono verso l'opportunità di consolidare e diffondere ulteriormente l'aforisma che, applicato all'HCC, Un'oncia di prevenzione vale più di una libbra di cure.

*Loria P¹, Artioli F², Melotti G³, Bellentani S⁴, Sansone R⁵ e il Team Epatocarcinoma Multidisciplinare Modena (TEMM)**

1. UO Medicina Metabolica, NOCSAE
2. UO Medicina Oncologica, Carpi
3. UO Chirurgia Generale, NOCSAE
4. Epatogastroenterologia ed Endoscopia, Carpi
5. Servizio di Radiologia, NOCSAE

Bibliografia

1. Hepatocellular carcinoma (HCC): a global perspective -Global Guideline HCC 2009 WGO
2. Registro Tumori di Modena, Anno 2009.
3. Bellentani S, Brachetti A, Dionigi E, Fracanzani A, Brandi G, Miele L, et al. The emerging impact of HCC-NAFLD in Italy. Dig Liver Dis 2012;44 suppl:59.
4. Caldwell SH, Crespo DM, Kang HS, Al-Osaimi AM. Obesity and hepatocellular carcinoma. Gastroenterology 2004 Nov;127(5 Suppl 1):S97-103.
5. Loria P, Lonardo A, Anania F. Liver and diabetes. A vicious circle. Hepatology Research. IN PRESS
6. Sangiovanni A, Colombo M. Surveillance for Hepatocellular Carcinoma: A Standard of Care, Not a Clinical Option. Hepatology 2011;54:1898-900.
7. Childe, CP. The Control of a Scourge, or How Cancer is Curable. New York: E.P. Dutton & Company; 1907.
8. Prorok PC. Epidemiologic approach for cancer screening. Problems in design and analysis of trials. Am J Pediatr Hematol Oncol 1992;14:117-128.

DI PARTICOLARE INTERESSE

9. Collier. Screening for Hepatocellular Carcinoma Hepatology 1998;27:273-8.
10. Sherman M. Bruix J Management of Hepatocellular Carcinoma: An Update. Hepatology 2011;53:1020-2
11. Giannini EG, Farinati F, Trevisani F. Alpha-Fetoprotein in Hepatocellular Carcinoma Surveillance: Wake Not the Dead. Hepatology 2011;54:376-7.
12. Singal A, Volk ML, Waljee A, Salgia R, Higgins P, Rogers MA, Marrero JA. Meta-analysis: surveillance with ultrasound for early-stage hepatocellular carcinoma in patients with cirrhosis. Aliment Pharmacol Ther. 2009;30:37-47.
13. Zhang BH, Yang BH, Tang ZY. Randomized controlled trial of screening for hepatocellular carcinoma. J Cancer Res Clin Oncol. 2004;130:417-22.
14. D'Amico G, Garcia-Tsao G, Pagliaro L. Natural history and prognostic indicators of survival in cirrhosis: a systematic review of 118 studies. J Hepatol. 2006;44:217-31.
15. Trevisani F. Surveillance of Hepatocellular Carcinoma: It is effective in intermediated/advanced cirrhosis. Am J Gastroenterol. 2007;102:2448-2457.
16. Fattovich G Hepatocellular carcinoma in cirrhosis: incidence and risk factors. Gastroenterology 2004;127(5 Suppl 1):S35-50.
17. Yang HI Risk estimation for hepatocellular carcinoma in chronic hepatitis B (REACH-B): development and validation of a predictive score. Lancet Oncol. 2011;12:568-74
18. Trincet JC Ultrasonographic surveillance of hepatocellular carcinoma in cirrhosis: a randomized trial comparing 3- and 6-month periodicities. Hepatology 2011;54:1987-97.
19. Forner A. Hepatocellular carcinoma Lancet .2012;379:1245-55.
20. Santi V, Trevisani F, Gramenzi A, Semiannual surveillance is superior to annual surveillance for the detection of early hepatocellular carcinoma and patient survival. Hepatology 2010;53:291-7.
21. EASL-EORTC Clinical Practice Guidelines: Management of hepatocellular carcinoma. J Hepatol. 2012;56:908-943.
22. Stroffolini T, Trevisani F, Pinzello G, Brunello F, Tommasini MA, Iavarone M, et al. Changing aetiological factors of hepatocellular carcinoma and their potential impact on the effectiveness of surveillance. Dig Liver Dis. 2011;43:875-80.

Tabella 1. Criteri di valutazione dei programmi di screening(Modificato da Ref. 5).

1. La malattia deve essere comune e deve presentare un certo tasso di mortalità e morbilità
2. La popolazione a rischio deve essere facilmente identificabile con la collaborazione del Medico di Medicina Generale e la stretta adesione dei pazienti
3. I test di screening devono essere poco invasivi e possedere un'elevata sensibilità e specificità; devono essere inoltre ben tollerati dalla popolazione e a basso costo
4. Le procedure di richiamo devono essere standardizzate

Tabella 2. Raccomandazioni per la sorveglianza dell'HCC: Categorie di pazienti adulti in cui lo screening viene consigliato (Modificato da Ref. 21)

1. Pazienti cirrotici, in Classe A e B di Child-Pugh
2. Pazienti cirrotici, in classe C di Child-Pugh in lista d'attesa per trapianto di fegato
3. Pazienti non cirrotici HbsAg positivi con epatite in fase di attività o anamnesi famigliare positiva per HCC
4. Pazienti, non cirrotici, con epatopatia cronica HCV-relata e fibrosi epatica avanzata F3

Tabella 3. La sorveglianza conduce ad una diagnosi precoce di HCC. Evidenza nella casistica modenese

	Totale n. 61	Sorveglianza n. 47	No Sorveglianza n. 14	P
Diametro (cm)	4.70 (1-20)	3.68	8.14	0.08
N. noduli	1.74 (1-6)	1.53	2.43	0.06
HCC Unifocale	34 (55,7%)	28 (59,6%)	6 (42,9%)	0.269

ENPAM: COSA?

Guida veloce alla scoperta dell'ENPAM

Che cos'è l'ENPAM?

È una Fondazione di diritto privato, senza scopo di lucro, costituita per assicurare Previdenza ovvero Pensione e Assistenza ovvero Sussidi straordinari a favore dei suoi iscritti Medici, dei loro familiari e superstiti. Istituito nel 1932 con decreto regio "Istituto di previdenza dei medici italiani", trasformato nel 1965 in Ente di diritto pubblico "Ente nazionale previdenza assistenza Medici", modificata con decreto legge n° 509 del 1994 nell'attuale Fondazione privata.

Perché devo pagarne i contributi, a cosa serve?

L'articolo 38 della Costituzione italiana sancisce che i LAVORATORI hanno diritto che siano preveduti e assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortuni, malattie, invalidità, vecchiaia, disoccupazione involontaria.

Ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi ed istituti (Enpam, Enpdap, Inps ecc.) predisposti e integrati dallo Stato.

Quindi l'art. 38 racchiude l'obbligo delle due impostazioni assicurative pensionistica e assistenziale.

Obiettivo istituzionale dell'Enpam è quello di sostenere la solidarietà tra generazioni successive in un patto che si proietta nel tempo "chi lavora paga con la sua contribuzione la pensione a chi ha cessato di lavorare, maturando così il diritto allo stesso trattamento quando a sua volta cesserà dal lavoro".

Compito dell'Enpam è di mettere a reddito i contributi sia obbligatori che volontari versati dagli iscritti e il patrimonio per erogare, una volta maturati i requisiti, le prestazioni previdenziali e assistenziali.

Chi sono i contribuenti?

Tutti i Medici in quanto tali e in quanto iscritti all'Ordine professionale ognuno per il proprio Fondo.

Quota A. Quota B. cosa sono?

Sono due dei Fondi di gestione della Fondazione che variano a seconda delle diverse tipologie di Professioni mediche e di reddito professionale.

La quota A e B costituiscono il Fondo Generale dell'Enpam.

La quota A comprende tutti i medici che si iscrivono obbligatoriamente e contestualmente all'iscrizione all'Ordine con versamento di contributi annuali, indicizzati all'Istat e per scaglioni di età,

La quota B comprende i liberi professionisti e i dentisti con contributi proporzionali sul reddito

Il Fondo della medicina generale, il Fondo degli specialisti ambulatoriali, il Fondo degli specialisti esterni costituiscono i Fondi Speciali dell'Enpam.

Il Fondo della Medicina Generale comprende i MMG convenzionati, i PLS convenzionati, i Medici di Continuità Assistenziale, i Medici dell'emergenza territoriale con contributi proporzionali al reddito da convenzione.

Il Fondo degli Specialisti Ambulatoriali comprende gli Specialisti Convenzionati, i Medici addetti alla Medicina dei servizi, i Dentisti convenzionati, i Medici transitati alla Dipendenza, che hanno optato per rimanere in Enpam, con contributi proporzionali al reddito da convenzione e da stipendio per i transitati.

Il Fondo degli Specialisti Esterni comprende i Medici che operano presso le strutture accreditate, i Medici che operano in società che forniscono servizi sanitari con contribuzione a carico delle società utilizzatrici nella misura del 2% del fatturato societario.

È una previdenza facoltativa o obbligatoria?

È obbligatoria perché sancita dalla Costituzione come scritto prima, inoltre l'obbligo contributivo al Fondo A (sentenza N°707/88 e 88/95 della Corte Costituzionale) scaturisce dalle "superiori esigenze della solidarietà

sociale"rispetto a utilità soggettive e individuali per cui l'onere della contribuzione è giustificato semplicemente dal potenziale esercizio dell'attività libero professionale connesso all'iscrizione all'albo.

E' il fondo "storico" dell'Enpam , presupposto giuridico sul quale si fonda la Previdenza Medica e dal quale sono poi sorti il Fondo generale della libera professione quota B e i Fondi Speciali.

Io sono dipendente pubblico e sono iscritto all'Inps perchè devo essere iscritto all'Enpam?

Oltre che per l'obbligo costituzionale e per la solidarietà generazionale anche per convenienza.

Con i regolamenti e le norme attuali 1000 euro investiti in contribuzione Enpam rendono 90 euro in pensione annua , mentre 1000 euro in contribuzione Inps rendono 54 euro in pensione annua.

Con la riforma al vaglio dei ministeri vigilanti che dovrebbe diventare operativa dal 2013 ,al fine di garantire l'equilibrio gestionale per i prossimi 50 anni,come richiesto dal decreto "salva Italia", la rendita di 1000 euro di contribuzione si ridurrà a 61 euro di pensione ,comunque sempre più vantaggiosa rispetto ai 54 dell'Inps.

Dal 01/01/1998 agli iscritti a tutti i Fondi Enpam, nella sventurata e malaugurata evenienza di invalidità assoluta e permanente , è garantito un importo pensionistico complessivo minimo annuo per l'anno 2012 di 14.613 euro indicizzati al 100% delle variazioni Istat. Nessun 'altro Ente previdenziale o assicurativo dà una garanzia di tale entità fin dal primo giorno di iscrizione.

La reversibilità della pensione a favore del consorte superstite per Enpam é pari al 70% di quella spettante al titolare, indipendentemente dall'eventuale reddito del superstite, per l'Inps e pari al 60% e si riduce in proporzione al reddito del superstite.

Sento dire da alcuni Colleghi che per i dipendenti pubblici sono soldi buttati via. E' vero?

Non è vero per le motivazioni già addotte, ma anche perché con le norme attuali al Fondo Generale quota A si versano complessivamente circa 36.000euro e si ha diritto al compimento dei 65 anni ad una pensione di circa 450 euro al mese e in otto anni e mezzo si riprendono tutti i soldi versati. Quindi non sono soldi buttati via, ma il miglior investimento in termini previdenziali.

Elaborato dalla Commissione Previdenza e ONAOSI dell'Ordine dei medici di Modena

RISCATTI ENPAM, CON LA LEGGE DI STABILITÀ NON CAMBIA NULLA



La legge di stabilità non inciderà minimamente sulla convenienza dei riscatti e delle ricongiunzioni: la Fondazione Enpam smentisce quanto affermato dal sito Dottnet.it. In un articolo pubblicato domenica 14 ottobre, il notiziario Dottnet ha affermato che "tra le vittime illustri dell'ultima legge di stabilità firmata Mario Monti potrebbero esserci anche i riscatti e le ricongiunzioni firmate Enpam". Quest'affermazione è priva di ogni fondamento. Come correttamente riportato da tutti gli altri organi di stampa, i contributi previdenziali obbligatori e facoltativi versati a enti come l'Enpam, non sono soggetti né alla proposta

franchigia di 250 euro né al nuovo tetto di 3.000 euro inserito nel Disegno di legge di stabilità.

Infatti, tutte le bozze di ddl circolate in questi giorni lasciano intatto l'articolo 10, comma 1, lettera e) del Testo Unico delle Imposte sui Redditi, che è il riferimento giuridico per la deducibilità fiscale dei contributi versati, anche facoltativamente, alle forme di previdenza obbligatoria di appartenenza.

OGGETTO: NUOVA LEGISLAZIONE SULLA FARMACOVIGILANZA IN VIGORE DA LUGLIO 2012

Si informa che sul sito internet dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) www.agenziafarmaco.it sono state recentemente pubblicate informazioni relative alla **nuova legislazione di Farmacovigilanza**. L'Agenzia Europea e gli Stati Membri, tenuto conto anche della frequenza dei ricoveri per reazioni avverse ai farmaci, stimata nel 5% di tutti gli accessi al PS, hanno ritenuto necessario intervenire sulle normative in vigore al fine di promuovere e proteggere la salute pubblica.

La nuova legislazione consta nell'applicazione, a partire dal 2 luglio 2012, del Regolamento UE 1235/2010 e della Direttiva 2010/84/UE attualmente in fase di recepimento (termine per l'entrata in vigore: 21 luglio 2012). Fondamentalmente i cambiamenti introdotti tendono ad aumentare l'efficacia, la rapidità e la trasparenza degli interventi di farmacovigilanza attraverso regole che mirano a: rafforzare i sistemi di farmacovigilanza aumentando l'efficienza dei sistemi nazionali e rafforzando la Rete Europea, incrementare la partecipazione dei pazienti e degli operatori sanitari, migliorare i sistemi di comunicazione delle decisioni prese e darne adeguata motivazione, aumentare la trasparenza.

In primo luogo, cambia la **definizione di reazione avversa** intesa ora come **"Effetto nocivo e non voluto conseguente all'uso di un medicinale"**.

Torneranno quindi ad essere oggetto di segnalazione **tutte le reazioni avverse**, incluse anche quelle derivanti da **errore terapeutico, abuso, misuso, uso off label, sovradosaggio ed esposizione professionale**.

Al fine di perseguire gli obiettivi che la nuova normativa si è data:

- in tutti i paesi dell'UE oltre agli operatori sanitari anche i pazienti potranno segnalare direttamente le sospette reazioni avverse e le segnalazioni potranno essere effettuate anche via web (in Italia la segnalazione da parte dei pazienti è da tempo possibile attraverso un apposito modulo cartaceo);
- l'AIFA, come le altre Agenzie nazionali, dovrà garantire che al pubblico vengano fornite tempestivamente le informazioni importanti sui problemi di farmacovigilanza attinenti all'uso di un medicinale, mediante la loro pubblicazione sul portale web e, se necessario, attraverso altri mezzi di informazione al pubblico.

La nuova normativa è improntata anche ad una **maggiore trasparenza e a migliorare la comunicazione**.

E' stato previsto infatti che l'AIFA sviluppi e aggiorni la sezione dedicata ai medicinali, presente sul proprio portale web dove saranno disponibili al pubblico i seguenti documenti:

1. rapporti di valutazione pubblici, unitamente a una loro sintesi;
2. riassunti delle caratteristiche del prodotto e fogli illustrativi;
3. riassunti dei piani di gestione del rischio;
4. elenco dei medicinali sottoposti a monitoraggio addizionale;
5. informazioni sulle diverse modalità per la segnalazione di sospette reazioni avverse dei medicinali alle autorità competenti da parte degli operatori sanitari e dei pazienti, compresi i moduli con maschera web di inserimento dati.

Tra le modifiche introdotte è prevista la redazione, conservazione e pubblicazione da parte di EMA, in collaborazione con gli Stati membri, di un **elenco dei medicinali che sono soggetti a monitoraggio addizionale**.

I medicinali sottoposti a monitoraggio addizionale saranno i prodotti contenenti **nuove sostanze attive** non presenti in medicinali autorizzati in Europa alla data del 1 gennaio 2011, **biologici e biosimilari autorizzati dopo il 1 gennaio 2011**. Potranno essere inclusi anche i prodotti la cui **autorizzazione è subordinata a particolari condizioni o autorizzati in circostanze eccezionali e i prodotti soggetti a studi sulla sicurezza** dopo la concessione dell'AIC. I medicinali potranno essere eliminati dall'elenco non prima di cinque anni e la Commissione, o la competente autorità nazionale, previa raccomandazione del comitato di valutazione dei rischi per la farmacovigilanza, potranno prorogare detta scadenza.

Non appena entrerà in vigore la nuova normativa verrà abrogato il Decreto ministeriale 21 novembre 2003 di istituzione dell'elenco di farmaci da sottoporre a monitoraggio intensivo.

Tutte le segnalazioni di reazioni avverse confluiranno, attraverso le Agenzie nazionali, nel database europeo Eudravigilance e saranno accessibili al pubblico; nello stesso database confluiranno anche le segnalazioni da parte delle aziende farmaceutiche.

I dati delle reazioni avverse saranno resi accessibili. Si evidenzia che per alcuni medicinali autorizzati all'immissione in commercio con procedura centralizzata europea è già possibile consultare il **database europeo delle reazioni avverse** collegandosi all'indirizzo <http://www.adrreports.eu/>.

Il monitoraggio dei dati raccolti nel database Eudravigilance sarà effettuato dall'Agenzia Europea dei Medicinali in cooperazione con gli Stati Membri, che effettueranno il monitoraggio dei dati originati a livello nazionale; queste attività sono finalizzate **all'identificazione di cambiamenti di rischi o di nuovi rischi attraverso l'analisi dei segnali** ("informazione proveniente da una o più fonti, osservazioni ed esperimenti compresi, che lascia supporre l'esistenza di una nuova associazione potenzialmente causale, o di un nuovo aspetto di un'associazione nota, tra un intervento e un evento o una serie di eventi collegati, avversi o benefici, ritenuta sufficientemente probabile da giustificare una verifica").

La nuova normativa prevede la possibilità di imporre ai titolari di AIC, al momento della concessione della stessa o successivamente, **di condurre ulteriori studi sulla sicurezza e/o sull'efficacia del farmaco**. Viene istituito all'interno dell'EMA il "**Comitato di valutazione dei rischi per la farmacovigilanza**" (PRAC). Il PRAC dovrà fornire raccomandazioni al Comitato per i Medicinali per Uso Umano (CHMP) e al Gruppo di Coordinamento (CMD) su qualsiasi situazione emergente in farmacovigilanza e in relazione ai sistemi di gestione dei rischi monitorandone l'efficacia.

Infine la nuova legislazione fornisce disposizioni anche su procedure e/o tematiche specifiche inerenti le attività che le aziende farmaceutiche dovranno mettere in atto.

Al momento non sono ancora state individuate modifiche alla scheda unica di segnalazione o ai percorsi di invio della segnalazione stessa; sarà cura dello scrivente servizio inviare tempestivamente ulteriori informazioni sull'argomento non appena disponibili.

Nel sollecitare già da ora l'invio di **tutte le sospette reazioni avverse** di cui tutti gli Operatori Sanitari vengano a conoscenza nell'ambito della propria attività, si porgono cordiali saluti.

(Dr.ssa Lorenza Gamberini)

Riportiamo la lettera del Dipartimento farmaceutico della AUSL di Modena relativa alle nuove modalità di segnalazione di sospetta reazione avversa.

OGGETTO: Nuova scheda di segnalazione di sospetta reazione avversa.

Si informa che sul sito internet dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) www.agenziafarmaco.it sono state recentemente pubblicate informazioni relative alla **nuova legislazione di Farmacovigilanza**.

Come preannunciato nella comunicazione inviata il mese scorso anche in Italia, come nei paesi europei, è ora possibile effettuare le segnalazioni di sospetta reazione avversa via web.

Sul sito dell'agenzia al link <http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/modalit%C3%A0-di-segnalazione-delle-sospette-reazioni-avverse-ai-medicinali> sono stati pubblicati i vari modelli di scheda di segnalazione, cartacea ed on-line e relativi manuali d'uso, predisposti per gli operatori sanitari e per il cittadino.

Rispetto alla precedente la nuova scheda per l'operatore prevede di riportare il numero di lotto non solo per i vaccini, ma anche per i medicinali biologici e, al fine di semplificare le procedure di segnalazione, le schede inviate per e-mail non necessitano più della firma del segnalatore.

NORMATIVA

Le modalità di segnalazione possibili sono pertanto due:

A) la compilazione della “**scheda cartacea**” di segnalazione di sospetta reazione avversa con invio al Responsabile di farmacovigilanza della Struttura di appartenenza (per gli operatori sanitari dipendenti e convenzionati dell’Azienda USL di Modena e per i cittadini della provincia di Modena: per posta all’indirizzo Servizio Farmaceutico Territoriale Largo del Pozzo, 71/b 41124 Modena e per fax al n° 059 438760).

B) la compilazione on-line della “**scheda elettronica**” di segnalazione di sospetta reazione avversa; dopo la compilazione on-line la scheda può essere salvata sul proprio PC ed inviata per e-mail al Responsabile di farmacovigilanza; in alternativa il modulo on-line può essere stampato, compilato manualmente e trasmesso al Responsabile di farmacovigilanza della Struttura di appartenenza (per gli operatori sanitari dipendenti e convenzionati dell’Azienda USL di Modena e per i cittadini della provincia di Modena: per posta all’indirizzo Servizio Farmaceutico Territoriale Largo del Pozzo, 71/b 41124 Modena, per fax al n° 059 438760 e per mail all’indirizzo c.ajolfi@ausl.mo.it) .

Nel ricordare che la nuova normativa prevede l’invio di **tutte le sospette reazioni avverse** di cui gli Operatori Sanitari vengano a conoscenza nell’ambito della propria attività si porgono cordiali saluti.

Si riporta il testo integrale della Circolare pervenuta dalla Regione Emilia Romagna inerente la prescrizione dei farmaci equivalenti alla luce della L. 135 del 7 agosto 2012.

OGGETTO: modalità prescrittive dei farmaci equivalenti. (Art. 15, comma 11 bis DL 95/2012)

In relazione all’entrata in vigore della legge 135 del 7 agosto 2012 di conversione del DL 95/2012 (spending review) si ritiene opportuno riprendere i contenuti che specificatamente riguardano le modalità prescrittive dei farmaci equivalenti.

L’articolo 15, al comma 11 bis, introduce nuove modalità prescrittive dei farmaci equivalenti:

“Il medico che curi un paziente, per la prima volta, per una patologia cronica, ovvero per un nuovo episodio di patologia non cronica, per il cui trattamento sono disponibili più medicinali equivalenti, è tenuto ad indicare nella ricetta del Servizio sanitario nazionale la sola denominazione del principio attivo contenuto nel farmaco. Il medico ha facoltà di indicare altresì la denominazione di uno specifico medicinale a base dello stesso principio attivo; tale indicazione è vincolante per il farmacista ove in essa sia inserita, corredata obbligatoriamente di una sintetica motivazione, la clausola di non sostituibilità di cui all’articolo 11, comma 12, del decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 marzo 2012, n. 27. Il farmacista comunque si attiene a quanto previsto dal menzionato articolo 11, comma 12.”

La nuova modalità prescrittiva, entrata in vigore dal 15 agosto, riguarda quindi i pazienti affetti da patologia cronica presi in cura per la prima volta e i pazienti curati per un nuovo episodio di patologia non cronica insorto a partire dalla medesima data.

In tali casi, qualora per il trattamento terapeutico appropriato siano disponibili più medicinali equivalenti, il medico prescrittore deve indicare nella ricetta del Servizio Sanitario Nazionale la denominazione del principio attivo contenuto nel medicinale.

L’indicazione del principio attivo deve essere sempre accompagnata dagli altri elementi identificativi del medicinale: dosaggio, forma farmaceutica e, se necessaria, via di somministrazione.

Il medico può (*ha facoltà di*) indicare *altresì la denominazione di uno specifico medicinale a base dello stesso principio attivo*. Ove il medico si avvalga di tale facoltà, ma non inserisca anche la clausola di non sostituibilità, il farmacista, all'atto della dispensazione del farmaco, dopo aver informato il cliente e salvo diversa richiesta di quest'ultimo, è tenuto a fornire il medicinale prescritto quando nessun medicinale equivalente abbia prezzo più basso ovvero, in caso di esistenza in commercio di medicinali a minor prezzo rispetto a quello del medicinale prescritto, a fornire il medicinale avente prezzo più basso, in applicazione di quanto disposto dall'articolo 11, comma 12, del decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 marzo 2012, n. 27.

Qualora invece il medico, oltre all'indicazione del principio attivo, indichi *altresì la denominazione di uno specifico medicinale a base dello stesso principio attivo* e inserisca la clausola di non sostituibilità, deve obbligatoriamente corredare quest'ultima da una sintetica motivazione. In tale caso l'indicazione dello specifico medicinale è vincolante per il farmacista.

Si sottolinea come il legislatore, con la disposizione normativa in esame, in coerenza con la normativa già in vigore, voglia perseguire l'obiettivo di incrementare la prescrizione di farmaci a brevetto scaduto, tutte le volte che ciò sia possibile garantendo l'appropriatezza terapeutica.

In coerenza con tale obiettivo di contenimento della spesa farmaceutica, il Ministero della Salute, con proprio comunicato n. 170 del 9 agosto 2012, ha chiarito che *"in attesa che i sistemi informatici per la compilazione della ricetta on line e per la trasmissione dei relativi dati, vengano adeguati alle nuove norme con l'indicazione del principio attivo, i medici prescrittori dovranno ricorrere ad una compilazione, parzialmente o totalmente manuale, della ricetta, a seconda del software di cui dispongono"*.

Pare utile ricordare che da più di un anno la regione Emilia-Romagna cura l'aggiornamento mensile del prontuario dei farmaci a brevetto scaduto, disponibile all'indirizzo:

<http://www.saluter.it/servizi/farmaci/farmaci-equivalenti-o-generici>.

Il prontuario è stato pensato come uno strumento di semplice consultazione che può agevolare l'attività dei medici che prescrivono medicinali (medici e pediatri di famiglia, specialisti ospedalieri e del territorio): l'obiettivo è individuare i farmaci più vantaggiosi per i cittadini e per il Servizio sanitario regionale, secondo il principio di favorire il contenimento della spesa farmaceutica, garantendo qualità, sicurezza e appropriatezza della cura.

Vi segnaliamo inoltre la disponibilità dell'elenco dei farmaci equivalenti per principio attivo, reperibile sul sito dell'AIFA all'indirizzo:

http://www.agenziafarmaco.gov.it/sites/default/files/elenco_generici_x_principio_attivo_13.pdf dove è possibile consultare la totalità dei farmaci equivalenti con l'indicazione della differenza rispetto al prezzo di riferimento.

A valle di una prima fase di applicazione della nuova modalità prescrittiva, verranno valutate eventuali criticità e saranno forniti ulteriori chiarimenti, condivisi con i professionisti interessati, in particolare in ordine alla codifica delle sintetiche motivazioni riguardo alla clausola di non sostituibilità.

Formazione in medicina generale: approvato il documento finale dell'Osservatorio Nazionale

Nel mese di settembre è stato approvato all'unanimità il documento "definizione degli obiettivi, delle metodologie di insegnamento apprendimento e dei programmi delle attività del corso di formazione specifica in medicina generale ai sensi dell'art. 26 del D.L. 17 agosto 1999, n. 368" che sancisce la conclusione dei lavori che sono svolti a Roma da parte dell'Osservatorio Nazionale. Hanno partecipato rappresentanti della Medicina Generale, Dei Ministeri, della FNOMCeO e delle regioni.

Vista la corposità del documento, gli interessati lo potranno consultare sul sito www.ordinemedicimodena.it alla sezione news.



REGOLARIZZAZIONE CONTRIBUTIVA ONAO SI PER GLI ANNI DAL 2007 AL 2012 PER I SOGGETTI GIÀ ISCRITTI VOLONTARIAMENTE

In questi giorni sta arrivando a tutti i sanitari contribuenti ONAO SI già iscritti come volontari, che hanno diritto a mantenere l'iscrizione, una lettera raccomandata nella quale vengono stabilite le modalità di regolarizzazione delle rispettive morosità.

Nell'aprile scorso il CdA e il CdI ONAO SI avevano deliberato una modifica regolamentare che consente ai sanitari già iscritti all'ONAO SI di regolarizzare eventuali contributi mancanti nel periodo che va dal 2007 al 2012.

Il provvedimento, secondo quanto prevede la legge, è dovuto passare al vaglio dei Ministeri vigilanti (Lavoro ed Economia) che l'hanno approvato definitivamente nell'agosto scorso. Con questo atto si dà a tutti i sanitari interessati - che risultino non aver versato o versato solo in parte quote volontarie ONAO SI dal 2007 al 2012 - la possibilità di regolarizzare la propria posizione contributiva. Nelle lettere, oltre che sul sito www.onao.si, sono riportati tutti dettagli e le indicazioni per gli adempimenti necessari.

NOTA BENE: la regolarizzazione riguarda esclusivamente soggetti con iscrizione volontaria già deliberata dalla Fondazione, ma con contribuzione mancante o incompleta. Non è prevista quindi alcuna nuova iscrizione, ma appunto la regolarizzazione contributiva della iscrizione già esistente.

La facoltà di regolarizzazione riguarda i seguenti soggetti con relativi termini di scadenza:

- **Volontari viventi iscritti a partire dal 1/1/2007:** possono regolarizzare le quote pagate in modo incompleto per gli anni 2007, 2008, 2009, 2010 e 2011 **entro e non oltre il 5/10/2012**. Decorso tale termine, si applica l'art. 24, c. 4, dello Statuto con perdita definitiva dello status di contribuente e del diritto ad ogni prestazione, nonché l'impossibilità di nuova iscrizione.
- **attuali iscritti volontari (2012) che non hanno versato il contributo 2012:** possono versarlo **entro e non oltre il 30/09/2012**. Decorso tale termine, si applica l'art. 24, c. 4, dello Statuto con perdita definitiva dello status di contribuente e del diritto ad ogni prestazione, nonché l'impossibilità di nuova iscrizione.
- **attuali iscritti volontari (2012) che hanno versato in modo incompleto il contributo 2012:** possono versarlo **entro e non oltre il 30/09/2012**. Decorso tale termine, si applica l'art. 24, c. 4, dello Statuto con perdita definitiva dello status di contribuente e del diritto ad ogni prestazione, nonché l'impossibilità di nuova iscrizione.
- **attuali pubblici dipendenti che siano stati in precedenza contribuenti volontari** hanno la facoltà di regolarizzare periodi di contribuzione volontaria per gli anni 2007-2011 **entro e non oltre il 5/10/2012**. Ove non pervenga riscontro entro tale termine - fermo restando il permanere della condizione di dipendente pubblico che garantisce lo status di contribuente obbligatorio - non potranno essere conteggiati come anzianità contributiva i periodi senza contribuzione regolare.
- **sanitari con 67 anni di età compiuti al 31 dicembre 2009 e che abbiano maturato un'anzianità contributiva complessiva minima di 15 anni:** possono fare domanda e versare il previsto una tantum **entro e non oltre il 5/10/2012**. Decorso tale termine, non sono più ammesse iscrizioni vitalizie per i contribuenti con anzianità contributiva di quindici anni.

La richiesta di regolarizzazione non riguarderà, in ogni caso, debiti contributivi che risultino inferiori ad Euro 10,33.

Perché regolarizzare i contributi e/o iscriversi all'ONAOSI

La regolarità dei versamenti ONAOSI da parte del sanitario è indispensabile per non perdere definitivamente lo status di contribuente e per continuare a fruire delle prestazioni e servizi eventualmente già in godimento, ma anche per non interrompere quella essenziale continuità di contribuzione al fine dei benefici e vantaggi futuri. La Fondazione ONAOSI è l'ente dei professionisti sanitari dipendenti dalle pubbliche amministrazioni, cui volontariamente possono iscriversi anche i sanitari liberi professionisti e dipendenti di aziende private entro i primi cinque anni di iscrizione al rispettivo Albo Professionale. L'ONAOSI assiste direttamente nelle sue strutture di Perugia, Torino, Pavia, Padova, Bologna e Messina i figli dei colleghi scomparsi accompagnandoli e sostenendoli in ogni necessità, economica o pedagogica, sino al conseguimento del massimo livello di formazione specialistica universitaria. Tutti gli orfani dei sanitari contribuenti, anche quelli che non accedono nelle strutture dell'ONAOSI, ricevono l'assistenza in via indiretta mediante assistenti sociali di elevata professionalità e sono sostenuti economicamente dall'ONAOSI mediante assegni di studio, borse, premi al merito, assegni di conseguimento di progressi scolastici, contributi per studio all'estero, contributi per il conseguimento di titoli professionalizzanti, accesso gratuito a case vacanza. **L'iscrizione annuale all'ONAOSI** costa ai sanitari una quota minima di **2,09** euro al mese (25 euro annui) ad una quota massima di **13,81** euro al mese per 12 mensilità. Certamente l'iscrizione ONAOSI - **soprattutto per i giovani sanitari neolaureati, che si affacciano al mondo del lavoro** (costituisce una moderna, lungimirante e davvero vanaggiosa forma di tutela assicurativa prevido-assistenziale a favore dei figli dei Sanitari italiani e della loro famiglia fondata sulla solidarietà interprofessionale). **La copertura dell'ONAOSI opera immediatamente:** dal momento dell'iscrizione i figli dei sanitari, e gli stessi sanitari che affrontassero condizioni di disagio, sono assicurati e aiutati dall'ONAOSI.

*Il Presidente dell'ONAOSI
Dr. Serafino Zucchelli*



AMMI – ASSOCIAZIONE MOGLI MEDICI – SEZIONE DI MODENA

“L'AMMI sez. di Modena ha donato alla Struttura Complessa di Reumatologia del Policlinico, diretta dal Prof. Clodoveo Ferri, un monitor multifunzionale. Si tratta del monitor DASH 2.500 che permette di registrare e monitorare i parametri vitali dei pazienti (pressione arteriosa, frequenza cardiaca con tracciato ECG, saturazione dell'ossigeno), che sono curati al Day-hospital della Reumatologia e che vengono sottoposti a terapia infusionale.

L'apparecchio è stato consegnato ufficialmente dalla Pres. AMMI Antonella Candeli e dalla Past President Anna Maria Bolognani, alla presenza del Direttore Generale del Policlinico Dott.ssa Kyriakoula Petropulacos, del Direttore della Reumatologia Prof. Clodoveo Ferri e del Dott. Carlo Umberto Manzini, che ha seguito direttamente la donazione.

Con questa donazione l'AMMI ha voluto dimostrare ancora una volta la sua sensibilità e il suo impegno in campo sanitario a favore della collettività.”



Nella foto da sin: Prof Clodoveo Ferri, Direttore della Reumatologia, Dott.ssa Kyriakoula Petropulacos Direttore Generale Azienda Policlinico, Antonella Candeli Presidente AMMI sez. di Modena, Anna Maria Bolognani Past President AMMI Modena, Dott. Carlo Umberto Manzini Responsabile Ambulatorio Reumatologia.

AMMI sez. di Modena

2 Dicembre ore 15,30
Chiesa di San Francesco
P.le San Francesco

Ensemble per archi
"Dulce lignum"

Concerto di Natale

Ingresso Libero

Musiche di J. Bach, J.S. Bach, W. A. Mozart, R. Vivaldi, T. Albinoni, G. F. Handel, G. P. Telemann, A. Vivaldi

AMMI sez. di Modena P.le. San Francesco 8 - www.ammi.modena.it - ammi@ammi.modena.it

NECESSITA' DEL QUESITO DIAGNOSTICO

Viene segnalato che non infrequentemente l'impegnativa per la richiesta di visite specialistiche non è corredata dal quesito diagnostico.

Diverse sono le criticità che tale situazione comporta per lo specialista.

Prima fra tutte l'impossibilità di ottemperare a quell' "obbligo di rispondere al quesito diagnostico" come da indicazione dell'AUSL e dell'Ordine dei medici (Codice Deontologico).

A questo si aggiunge la frequente attenuazione del sintomo patologico iniziale, considerando l'intervallo tra la richiesta e l'effettuazione della visita stessa.

Ultimo, ma non per importanza, l'aumento di consulenze a pazienti extracomunitari, spesso in difficoltà a spiegare la loro situazione patologica per motivi linguistici.

Tutto ciò, oltre a creare problemi per una buona pratica clinica, risulta in contrasto con quel "corretto rapporto fra colleghi" auspicato dall'articolo 59 del nostro Codice Deontologico.

M. Cinque

NOTE TRISTI:

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

Al Dott. Vincenzo Malara per la scomparsa della moglie Dina;

Al Dott. Gianluca Abbati per il decesso del padre;

Alla Famiglia per il decesso del Dott. Cesare Mazzetti

Alla Famiglia per il decesso del Dott. Roberto Bertoli

Alla D.ssa Marcella Nordi per il decesso del padre.

Al Dott. Pietro Bertoncelli per il decesso della moglie D.ssa Lucia Busi

Struttura Complessa di Medicina Legale e Gestione del Rischio



Salvador Dalí - "La persistenza della memoria" (1931)
Museum of Modern Art – New York

*"La cecità degli umani nel fare e rifare le stesse cose mi sorprende.
Così come mi stupisco che un impiegato di banca non mangi mai un assegno, mi stupisco che prima di me
nessun pittore abbia pensato di dipingere un orologio molle"*
Salvador Dalí

L'attualità del consenso tra profili legislativi, deontologici, medico legali e di responsabilità professionale

Mercoledì 12 dicembre 2012

Sala Leonelli
Camera di Commercio di Modena
Via Ganaceto, 134

**Il programma per esteso e relative modalità di iscrizione sono consultabili sul sito
www.ordinemedicimodena.it sezione aggiornamento professionale**

A cura di Lodovico Arginelli

Ogni promessa è debito; nell'ultima rubrica avevo annunciato che il prossimo argomento sarebbe stato:

BEL=BELLO

"Al bèl al piès a tutt", (il bello piace a tutti).

"A-n-n'è ménga bèla Fiurèinza, l'è bèla Piazèinza", (non è bella Firenze, è bella Piacenza).

Come dire: "E' bello ciò che piace".

"Bèl come un sciàl, o un teàter, o un treno", (bello come uno scialle, o un teatro, o un treno).

Si dice di uno che è bellissimo, raggianti, ma anche di una gran faccia tosta.

Si dice anche il contrario: **"Bèl come un teàter smòrz"**, (bello come un teatro spento).

"Bèl sànghev", (bel sangue).

Si dice di un uomo o di una donna per lodarne il colorito sano.

"Bèl sturnèl", (espressione usata per indicare un uomo prestante e piccante).

"Bèla in vésta dèinter trésta", (bella in vista dentro triste).

Il modo di dire viene usato per chi sembra apparentemente serena, ma nasconde problemi interiori.

"Bèla péppa", (bella pippa).

Mai così attuale; alludo alla bella cognata del principe William.

L'espressione indica in maniera volgare, una donna avvenente.

"Fèrla bèla", (farla bella).

Compiere un'azione per certi aspetti discutibile.

"In bèla vétta", (in bella vita).

Vestito con abiti molto leggeri.

"L'éra bèl come al sól mo ésen come la luna", (era bello come il sole ma asino come la luna)

"Drée licéo, davanti muséo", (dietro liceo, davanti museo).

Si dice di colei che appare giovane vista da dietro, ma vecchia quando la si vede in volto).

La prossima pagina sarà interamente dedicata agli Odontoiatri.



L. Arginelli

A cura di Lodovico Arginelli

ENRICO PRAMPOLINI

Nacque a Modena il 20 Aprile 1894 e morì a Roma nel 1956.

Nel 1912 è all'Accademia delle Belle Arti di Roma, allievo di **Duilio Cambellotti**, vivace scenografo, rappresentativo esponente dell'attività teatrale romana.

Prampolini è il più fedele seguace della corrente futuristica e rappresentante del secondo periodo della corrente stessa.

Così come **Depero e Dottori**, proseguirà la sua ricerca di rinnovamento del linguaggio, attraverso una fitta rete di articoli, di esposizioni e di manifesti, non riservati solamente all'Italia, ma a città come: Praga, Berlino, Dusseldorf, Vienna, Bruxelles, New York, San Francisco e naturalmente Parigi.

Sempre nel 1912, frequenta lo studio di **Balla**, e nel 1913 è influenzato dal dinamismo compenetrativo di **Boccioni**.

Diceva Prampolini in "Artista moderno del 10 maggio del 1915": **"Esiste in noi una forza imponderabile di esplicitare i valori della nostra sensibilità nella loro totale espressione"**.

Questo desiderio di avvalorare in un'unica sintesi queste sensazioni plastiche, cromatiche, architettoniche, di moto, di rumore, di odore, ha trovato una base di sviluppo, un'espressione materiale con la creazione dei complessi plastici, o costruzioni assolute di moto-rumore che esprimono con equivalenti astratti la sensazione, l'emozione suscitata da un qualunque elemento realistico.

Questi sono già i presupposti della sua dinamica collegata ad esigenze di contingenza che lo renderanno attento alle proposte delle avanguardie, quali: **l'Jugendstjl, il Dadaismo, il Cubismo**, tra il '43 ed il '47.

Intorno al 1928, l'artista si rivolge ad una fantasia surrealista che chiama: **idealismo cosmico**, e che comprende quindi ogni attestazione evolutiva dell'arte.

E' l'esigenza di **spazialità**, che induce Prampolini, insieme con **Balla, Depero, Fillia, Marinetti, Tato, Somenzi, Dottori, e Benedetta**, a firmare nel 1929 il manifesto di aeropittura, termine assunto da Marinetti per un rilancio del principio: **"dinamismo-simultaneità"**, attraverso una visione aerea.

Infatti i due manifesti del 1913 e del 1915, del Teatro di Varietà e del teatro Sintetico, enunciano novità **"atecniche"**, **"dinamismo simultaneo"** e **"autonomia alogica-irreale"**.

Poiché il teatro è "rivelazione del mistero", o "tempo di astrazione spirituale", lo spazio diventa: "aureola metafisica dell'ambiente" e l'ambiente: **"proiezione spirituale delle azioni umane"**.

Anche se è impossibile abolire "l'attore-interprete", il quale da sempre interpreta "la finzione scenica", in quanto suggeritore di pensieri e concetti, sostituito dal frastuono, dal dinamismo d'immagini e colori, il principio di una scena "sintetico-plastico-dinamica", è stata di vitale importanza per un'apertura dei rapporti.

Per quanto riguarda i suoi rapporti internazionali e considerando che durante tutto l'arco della vita la ricerca pittorica si è allineata alla ricerca scenografica (nel 1955 diventa Ordinario di scenografia all'Accademia di Brera di Milano), si può dire che la sua presenza fu a Berlino, Amsterdam, Londra, Liverpool, Manchester, Vienna, Bruxelles, New York e ripetutamente a Parigi.

Alcune sue opere:

"Progetto per un teatro all'E42", 1941, tempera su cartone, cm. 31,5x23,5.

"Composizione cosmica", 1938, intarsio di pietre dure cm. 21x26.

"I prigionieri", bozzetto di scena, 1925, acquerello su carta, cm. 33,5x24,3

"Ritratto di F.T. Marinetti poeta parolibero", 1929, policromatico, su tavola, cm. 50x50 (in copertina).

"Beguinage", 1914, collage su cartone, cm. 22x18.

"Policromia spaziale-paese", 1917, tempera su cartoncino, cm. 46,3x33,5.



Scegli
la tua Salute

HESPERIA

Un nome affermato
nella realtà sanitaria nazionale.
Un grande Gruppo attento
ai minimi dettagli.
La più moderna forma
di tutela della salute.
Uomini e tecnologie di spicco
a Vostra disposizione.
Ospedale privato accreditato
polispecialistico di Alta Specialità.

Sede distaccata
della Scuola di Specializzazione
in Cardiocirurgia dell'Università degli
Studi di Bologna.

Sede europea dell'Arizona Heart Institute
altamente specializzato in Cardiocirurgia
Cardiovascolare ed Endoluminale.

Centro Diagnostico multidisciplinare
d'avanguardia.

Un dubbio pressante,
una esigenza immediata:
rivolgeti all'HESPERIA.
La soluzione esiste.



HESPERIA HOSPITAL
OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO
POLISPECIALISTICO DI ALTA SPECIALITÀ

Via Arquà, 80/A - 41100 Modena
Tel. 059.449.111 - Fax 059.39.48.40
Direttore Sanitario Dr. Stefano Reggiani
Medico Chirurgo Specialista in Cardiologia
ed Igiene e Medicina Preventiva
www.hesperia.it



SINCERT



EXACTA s.r.l.
POLIAMBULATORIO

Via Medaglie d'Oro 63 - 41124 Modena
Tel. 059 30 22 65 - Fax 059 44 16 88
e-mail: info@poliambulatorioexacta.it
www.poliambulatorioexacta.it

Visite Specialistiche

Ecografia
Ginecologia
Dermatologia
Allergologia
Ematologia
Endocrinologia
Medicina del Lavoro

Laboratorio di Analisi

Chimico-Cliniche / Microbiologiche
e Sezioni Speciali

Orario prelievi: 7.00 / 10.45
dal Lunedì al Sabato.

Listino Prezzi: Tariffario Minimo del S.S.N.
Esami Eseguiti in Sede.
Prelievi a Domicilio.

