

Im

bollettino di **modena**

2013

Ottobre - Novembre - Dicembre

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

**CONVEGNO DELL'ORDINE: "LA
COMUNICAZIONE IN SANITÀ:
IL RUOLO DI UNA RELAZIONE
EFFICACE" – MEDOLLA (MO) 30
NOVEMBRE 2013;**

**APPROPRIATEZZA, UN
PROBLEMA DI TUTTI E ANCHE
DELL'ORDINE (G. Feltri);**

**LA COMUNICAZIONE COL
PAZIENTE IN OSPEDALE
(G. Greco);**

**IL 10 SETTEMBRE GIORNATA
MONDIALE PER LA PREVENZIONE
DEL SUICIDIO.... (L. Rolando);**

**L'IMPORTANZA DEI MEDICI NELLA
TUTELA DELLA SALUTE PUBBLICA
(G. Romani)**



SOMMARIO

bollettino di *modena*

EDITORIALE	04
ATTIVITÀ DELL'ORDINE	06
DI PARTICOLARE INTERESSE	10
PARLIAMO DI BIOETICA	16
NORMATIVA	19
NEWS	21
L'INTERVISTA	25
ARTE E DINTORNI	29
DIALETTO IN PILLOLE	32

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. Michele Cinque

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 Provvisionato
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

Opera di copertina: Uber Coppelli - "Cesti e galline", olio su tela, collezione privata

COMUNICARE IN SANITÀ

Un impegno per una relazione efficace

Non è la prima volta che si affronta il tema della comunicazione nell'ambito sanitario, né sarà l'ultima. D'altro canto non può essere diversamente se è vero come è vero che l'aspetto relazionale costituisce da sempre il cardine di quel rapporto continuo medico / paziente così basilare per l'efficacia delle cure, tanto da essere considerato esso stesso una "terapia". D'altro canto bisogna avere l'onestà intellettuale di ammettere che a causa di numerosi aspetti interferenti sulla nostra attività professionale questo momento relazionale, così rilevante, viene non raramente trascurato o meglio viene sacrificato in nome di una maggiore attenzione per altri determinanti del percorso diagnostico-terapeutico: dalla sempre più prevalente medicina di laboratorio a quella delle c.d. immagini per finire con il ricorso ad una specialistica continuamente alla ricerca di ambiti superspecialistici.

In questo contesto, connotato dalla definizione di tempi sempre più ristretti per parlare con le persone, l'utilizzo di strumenti di comunicazione caratterizzati dalla loro efficacia rappresenta una garanzia di maggiore impatto professionale nel processo di cura e nel contempo può costituire un valido mezzo di contenimento del ricorso, sempre più consistente, al risarcimento in ambito penale e civile da parte dei pazienti che ricorrono alle nostre prestazioni.

Siamo pienamente consapevoli che non esiste comunicazione efficace che non sia fondata sulla fiducia reciproca e sul rispetto dei rispettivi ruoli, aspetto questo facile a definirsi ma non altrettanto a coniugarsi in termini di pratica quotidiana. Ma lo sforzo va perseguito perché mai come in questo frangente storico nel quale sta prevalendo una Medicina tecnologica e oggettivamente disumanizzante, occorre difendere e anzi valorizzare il principio del comunicare, inteso nel suo significato più semplice che è quello di parlarsi cercando di comprendere disagi e sintomi.

L'Ordine dei medici di Modena ha ritenuto in questa prospettiva di interpretare la proposta della commissione di Bioetica promuovendo una iniziativa che affronta il tema della comunicazione sotto molteplici aspetti, consapevole che non sarà certo esaustiva ma volendo iniziare un discorso con e per i professionisti.



N. D'Autilia

*Il presidente dell'Ordine
Nicolino D'Autilia*



LA COMUNICAZIONE IN SANITA': il ruolo di una relazione efficace

Sabato 30 novembre 2013

Medolla (Modena) - Hotel La Cantina—Via Statale , 175

Evento gratuito e accreditato ECM

Ore 8,15 Registrazione partecipanti

I SESSIONE—Moderatori:

Francesco Sala—MMG, Consigliere e Coordinatore Commissione Bioetica OMCeO Modena

Roberto Gozzi-Presidente CAO Modena

Ore 8,30

"Professione e relazione: nuovo ruolo di un Ordine professionale" Nicolino D'Autilia—Presidente OMCeO Modena

Ore 9,00

"Clinica, linguistica e relazione: un'analisi del discorso medico—paziente" Rosa Revellino-linguista, Vice-presidente del Gruppo di Ricerca REMEDIA Università Torino, Consulente area comunicazione OMCeO Torino

Ore 9,30

"Comunicazione efficace e sicurezza delle cure"

Mariella Martini-Direttore Generale - Azienda USL Modena

Ore 9,50

"Responsabilità derivanti da errata o incompleta comunicazione" Alessandro Sivelli-Avvocato penalista del Foro di Modena

Ore 10,20 Discussione e dibattito

Ore 10,50 Coffee break

II SESSIONE—Moderatori: Mara Bozzoli-Consigliere

OMCeO Modena

Nunzio Borelli-MMG-Componente Commissione Bioetica

OMCeO Modena

Ore 11,00

"Parole e verità: le nuove frontiere della comunicazione in medicina" Francesco Sala

Ore 11,20

"Lo sguardo del volontario nella relazione di aiuto" Chiara Rubbiani-Direttrice Centro di servizio per il volontariato Modena

Ore 11,40

"Comunicare l'Azienda Sanitaria come Pubblica amministrazione" Kiriakoula Petropulacos-Direttore Generale Azienda Ospedaliera Modena

Ore 12,00 Discussione e dibattito

Ore 12,40 Compilazione post test—Chiusura lavori



Iscrizione obbligatoria sul sito www.ordinemedicimodena.it

NUOVO CODICE DEONTOLOGICO: TANTE PROPOSTE E ALCUNE PROTESTE

Come era ampiamente prevedibile, la prima analisi della bozza di un nuovo Codice di Deontologia medica, inviata dal Comitato Centrale della Federazione nazionale a tutti gli Ordini d'Italia e divulgata anche dai mass media, ha costituito motivo di discussione e dibattito tra i professionisti alla ricerca di un modello di comportamento ideale e maggiormente rispondente alle esigenze di una Medicina moderna al passo con i tempi.

Si sono sottolineate con vari accenti le differenze di terminologia tra "paziente" e "persona" oltre alle forti perplessità sulla introduzione del concetto di "potenziamento in medicina" in un articolo specifico del nuovo testo. Non pochi poi hanno riscontrato un linguaggio ancora troppo arcaico e scarsamente confacente alla attualità di una terminologia che sempre più spesso si deve confrontare con le realtà europee.

Sulla base di queste osservazioni, pervenute peraltro da numerosi Ordini provinciali, e nella consapevolezza che è quanto mai opportuno elaborare un Codice condiviso dalla maggior parte possibile della Professione, data poi la sua cogenza erga omnes, il Comitato Centrale della FNOMCeO ha ritenuto necessario procrastinare i termini della analisi della bozza rimandando alla primavera del prossimo anno la definitiva approvazione del nuovo Codice Deontologico.

Il presidente

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO - lunedì 22 luglio 2013

Il giorno lunedì 22 luglio 2013 – 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
Consigliere Segretario	Dott. Paolo Martone
Tesoriere	Dott. Antonino Addamo

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

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

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

Assenti giustificati: Dott. Gianluca Abbati, Dott. Paolo Barani, D.ssa Mara Bozzoli, Dott. Stefano Reggiani.

per discutere il seguente ordine del giorno:

1. Approvazione verbale sedute di Consiglio del 08.07.2013;
2. Variazioni agli albi professionali;
3. Comunicazioni del presidente;
4. Consiglio Nazionale della FNOMCeO del 28.06.2013 (Lo Monaco);
5. Assicurazione obbligatoria per i professionisti: stato dell'arte;
6. Borse di studio agli specializzandi anni 1983 – 1991: eventuali iniziative dell'Ordine;
7. Pubblicità sanitaria (Reggiani);
8. Delibere personale dipendente;
9. Delibere amministrative (Addamo);
10. Varie ed eventuali.

ATTIVITÀ DELL'ORDINE

Albo Medici Chirurghi

Prima iscrizione		N. iscrizione
DEBICKA	KATARZYNA MAGDALENA	6815
OURSANA	AMAL	6816
ROLLI	MARCO	6817
SIPEUWO NZEUTEM	FRANCINE CLAUDELLE	6818
TCHANA MAGOMOU	LEONIE	6819
ZIPPO	MARIA GRAZIA	6820
Cancellazione		
BARBIERI	MARCO	4160
LORENZETTI	MANUELA	4556
MFEUKEU KWA	LILIANE CLAUDINE	5902

Albo Odontoiatri

Cancellazione		N. iscrizione
BARBIERI	MARCO	0223

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO - lunedì 2 settembre 2013

Il giorno lunedì 2 settembre 2013 – 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
Consigliere Segretario	Dott. Paolo Martone
Tesoriere	Dott. Antonino Addamo

Consiglieri: Dott. Gianluca Abbati, Dott. Lodovico Arginelli, Dott. Paolo Barani, D.ssa Mara Bozzoli, Dott. Raffaele Bruni, 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. Matteo D'Arienzo, Dott. Michele Cinque.

Assenti giustificati: D.ssa Loretta Boiani, Dott. Luca Carteri, Dott. Roberto Olivi Mocenigo.

per discutere il seguente ordine del giorno:

1. Approvazione verbale sedute di Consiglio del 22.7.2013;
2. Variazioni agli albi professionali;
3. Comunicazioni del presidente;
4. Analisi della bozza del nuovo Codice di Deontologia medica: proposte;
5. Pubblicità sanitaria (Reggiani);
6. Delibere personale dipendente;
7. Delibere amministrative (Addamo);
8. Varie ed eventuali.

Albo Medici Chirurghi

Prima iscrizione		N. iscrizione
LUPPI	GIULIA	6821

ATTIVITÀ DELL'ORDINE

CONTE	VITO DAVIDE	6822
SALA	ANITA	6823
<i>Iscrizione per trasferimento</i>		
VOLPE	MARCELLO	6825
GASPARI	ARIANNA	6824
<i>Cancellazione</i>		
GOZZI	FERDINANDO	1398
MARRI	LISA	5406
SABBATANI	PAOLO	5643
SETTI	STEFANO	3070
VANDELLI	ADOLFO	1172

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO - lunedì 23 settembre 2013

Il giorno lunedì 23 settembre 2013 – 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
Consigliere Segretario	Dott. Paolo Martone
Tesoriere	Dott. Antonino Addamo

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

Consiglieri odontoiatri: Dott. Roberto Gozzi.

Collegio revisori dei conti: Dott. Matteo D'Arienzo, Dott. Michele Cinque.

Assenti giustificati: Dott. Gianluca Abbati, Dott. Vincenzo Malara.

per discutere il seguente ordine del giorno:

1. Approvazione verbale sedute di Consiglio del 2.9.2013;
2. Variazioni agli albi professionali;
3. Comunicazioni del presidente;
4. FSE (fascicolo sanitario elettronico): stato dell'arte;
5. FRER Ordini del 12 ottobre – proposte per l'ordine del giorno;
6. Ipotesi di convegno nazionale della FNOMCeO a Modena nella primavera del 2014;
7. Rinnovo convenzione con Equitalia per riscossione quote di iscrizione 2014;
8. Pubblicità sanitaria (Reggiani);
9. Delibere personale dipendente;
10. Delibere amministrative (Addamo);
11. Varie ed eventuali.

Albo Medici Chirurghi

<i>Iscrizione per trasferimento</i>		<i>N. iscrizione</i>
COLUCCIO	VALERIA	6826
MARRAZZO	ALESSANDRA	6827
<i>Cancellazione</i>		
CARPIGIANI	DINO	1208

FALCHI	ANNA MARIA	2031
MICHELI	ANGELO	2587
RAMBALDI	MARCO	5340

Albo Odontoiatri

<i>Iscrizione</i>	<i>N. iscrizione</i>
TASSO MARIA ROSARIA	0770

SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO MEDICI - martedì 10 settembre 2013

Il giorno martedì 10 settembre 2013, alle ore 21 presso la sede di P.le Boschetti n. 8 - Modena - si è riunita la Commissione Albo Medici Chirurghi.

Sono presenti i componenti la Commissione:

Dott. Gianluca Abbati, Dott. Lodovico Arginelli, Dott. Antonino Addamo, Dott. Paolo Barani, Dott. Raffaele Bruni, Dott. Luca Carteri, Dott. Adriano Dallari, Dott. Nicolino D'Autilia, Dott. Beniamino Lo Monaco, Dott. Paolo Martone, Dott. Stefano Reggiani, Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala.

per discutere il seguente ordine del giorno:

1. Comunicazioni del presidente;
2. Giudizio procedimento disciplinare avverso il Dott. T.M.;
3. Valutazione di vicende disciplinari per eventuale apertura di procedimento.

SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI - lunedì 16 settembre 2013

Il giorno lunedì 16 settembre 2013 - ore 21.00 - presso la sede di P.le Boschetti n. 8 - Modena, si è riunita la Commissione Albo Odontoiatri.

Sono presenti:

Dott. Roberto Gozzi (Presidente), Dott. Mario Caliendo (Segretario - verbalizzante), Dott.ssa Francesca Braghiroli, Dott. Vincenzo Malara, Prof. Mario Provvigionato.

per discutere il seguente ordine del giorno:

1. Approvazione verbale CAO del 24.7.2013;
2. Comunicazioni del Presidente;
3. Programma culturale;
4. Bozza nuovo Codice Deontologico;
5. Valutazione eventuali procedimenti disciplinari;
6. Opinamento eventuali parcelle odontoiatriche;
7. Varie ed eventuali.

NOTE TRISTI:

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

Alla famiglia per il decesso della D.ssa Manuela Lorenzetti.
Alla famiglia per il decesso del Dott. Stefano Setti.
Alla famiglia per il decesso del Dott. Dino Carpigiani.
Alla famiglia per il decesso del Dott. Ferdinando Gozzi.
Al dott. Andrea Parenti per il decesso del padre.

APPROPRIATEZZA, UN PROBLEMA DI TUTTI E ANCHE DELL'ORDINE

APPROPRIATEZZA, Un problema anche di costi.

"Appropriatezza" è la parola magica che ci frulla in testa di continuo in questi mesi, quando ascoltiamo il mantra dei Direttori che lamentano risorse drammaticamente calanti ed il tormentone dei Coordinatori di Nucleo quando ci spiegano che con l'Intesa Regionale e l'Accordo Aziendale, abbiamo sì scongiurato tagli agli incentivi della Medicina Generale, ma a fronte di un impegno straordinario di recupero risorse mai visto prima. Poiché ripugna a tutti l'idea di una perdita di qualità, universalità ed equità del nostro sistema sanitario, **l'unica via di recupero di risorse è proprio l'APPROPRIATEZZA.**

E parliamone, dunque, di appropriatezza. Soprattutto per mettere alcuni punti fermi:

1. L'appropriatezza prescrittiva non è un optional e neppure una necessità dei tempi di crisi e non è un tema da Medici di Famiglia, ma è un **OBBLIGO DEONTOLOGICO DI TUTTI I MEDICI**. Il Codice Deontologico è chiarissimo in proposito dove all'Articolo 6 recita: "Il medico agisce secondo il principio di **efficacia delle cure** nel rispetto dell'**autonomia della persona** tenendo conto dell'**uso appropriato delle risorse**".
2. Ma il Codice Deontologico smentisce anche **una distorsione molto radicata nella classe medica**, ovvero che noi, sì, dobbiamo preoccuparci dell'efficacia, ad esempio, di un farmaco, ma il suo costo non è affar nostro. Già il citato articolo 6 mette tra gli obblighi l'uso appropriato delle risorse, ma ancora più esplicito in proposito è l'articolo 13 che recita: "**Le prescrizioni e i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche tenuto conto dell'uso appropriato delle risorse, sempre perseguendo il beneficio del paziente secondo criteri di equità**".
3. Il concetto di appropriatezza, dunque comprende al suo interno tutti e quattro questi fattori:
 - a. **Aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche**
 - b. **Uso appropriato delle risorse**
 - c. **Beneficio del paziente**
 - d. **Equità**
4. **Dunque: il criterio del costo non è 'aggiuntivo', non è 'esterno' ma è intrinseco al criterio di appropriatezza. La prescrizione del medico è quindi appropriata solo se:**
 - a. **Si preoccupa anche del costo**, che sia a carico del Servizio Sanitario o del paziente: ovvero, due farmaci che offrono lo stesso beneficio e analoghi effetti collaterali, ma hanno costi diversi NON SONO entrambi appropriati con il "dettaglio" che uno dei due è più costoso, bensì: **UNO DEI DUE E' INAPPROPRIATO PERCHE' UGUALE ALL'ALTRO MA PIU' COSTOSO**. Applicate voi questa regola alle "strane coppie" che vi vengono in mente e poi vedete cosa ne esce: due diversi farmaci per l'ipertrofia prostatica o due sartani simili, ma con costi di diverse volte uno superiore all'altro e altri numerosi esempi a vostra scelta, e avete già capito quale è il vostro **DOVERE DEONTOLOGICO**.
 - b. Ma c'è dell'altro: **Equità**, parola magica, fondante il nostro sistema sanitario. Un po' desueta, ultimamente, e per questo è bello ritrovarla nel nostro Codice. Significa che **manchiamo ai nostri doveri se la nostra scarsa attenzione ai costi si rifletterà in un futuro non troppo lontano nel non potere più garantire a tutti, ad esempio, le tecnologie e i farmaci innovativi**.

CONCLUSIONE: se curiamo bene i nostri pazienti **CI SENTIAMO** bravi medici. Ma solo se ci preoccupiamo anche dell'uso appropriato delle risorse **SIAMO** bravi medici.

POST SCRIPTUM:

DI PARTICOLARE INTERESSE

1. “Appropriatezza” significa, dunque, **mettere al centro le persone** e il loro bisogno di cura. E, a pari merito, **le conoscenze scientifiche più accreditate e indipendenti**. Entrambi questi valori trascendono il nostro ruolo professionale che, in qualsiasi settore e a qualsiasi livello gerarchico operiamo, è solo, ci piaccia o no, di servizio ad essi.
2. Se, allora, il “focus” non è né il nostro ruolo professionale né le nostre individuali convinzioni, **non c’è spazio per il rilancio reciproco di colpe** tra medici di famiglia e ospedalieri. Con le varianti del caso: colpa dei tagli, delle Aziende Sanitarie, dell’industria, dei pazienti esigenti e consumisti, della medicina difensiva (chi di voi è molto vecchio, come me, ricorderà il ’68, quando era sempre “colpa del sistema”). **Ma neppure per arroccamenti dietro un “sapere” fatto più di opinioni e abitudini che di evidenze.**
3. Poniamo dunque una pregiudiziale di **rispetto reciproco dei rispettivi ruoli professionali**, cassando una volta per tutte i luoghi comuni rispettivamente dei medici ospedalieri verso i medici di famiglia e viceversa; ruoli professionali differenti, ma ugualmente faticosi e impegnativi per tutti, a maggior ragione nel quotidiano fatto di “nozze con i fichi secchi”; ruoli differenti, dunque, fondati tutti però su **saperi sempre più accessibili e dunque condivisi** tra professionisti e, anche, tra professionisti, istituzioni e pazienti.
4. Si è tentato di recente nella nostra AUSL **un approccio promettente**, sulla base di un filone di letteratura che ha destato un certo scalpore negli ultimi anni. Il principio è semplice: disponiamo di linee guida in ogni settore, rifinite e perfette, redatte da super esperti ma che non si “sporcano le mani” con la pratica quotidiana, con il risultato di restare spesso lettera morta. **Choosing Wisely, scegliere saggiamente**, è il filone di letteratura a cui si sono liberamente ispirate due (per ora) iniziative che nella nostra AUSL hanno coinvolto **medici del territorio e dell’ospedale** (MMG Coordinatori dei Nuclei di Cure Primarie, Dipartimento di Psichiatria, Dipartimento Cardiovascolare, Dipartimento Aziendale Cure Primarie, Governo Clinico Aziendale). Non linee guida, dunque, ma **azioni semplici e brevi che si leggono in un minuto e possono essere messe in pratica subito** perché, pur ispirandosi a evidenze, nascono dalla pratica dei professionisti e tornano immediatamente alla stessa pratica.
5. **E l’Ordine?** Beh, potrebbe intanto fare **proprie e diffondere queste esperienze** per valorizzarne i contenuti ma anche come stimolo alla **diffusione di una metodologia di confronto** tra medici di medicina generale e specialisti, rigorosa, ma al tempo stesso semplice e centrata sulla pratica quotidiana. E, soprattutto, condivisa. **Potrebbe, l’Ordine, farsi promotore di uno spazio (telematico?) di confronto** che potrebbe raggiungere anche i liberi professionisti puri o accreditati, con i quali i circuiti di condivisione centrati sul sistema pubblico sono più difficili. Ma anche “stanare” quei tantissimi colleghi di buona volontà che hanno difficoltà a esprimere la loro genuina e creativa spinta al miglioramento.
6. Perché il futuro ci riserva solo due strade: **Choosing Wisely oppure Spending Review. E tu, da che parte stai?**

Gaetano Feltri
g.feltri@libero.it

10 SETTEMBRE: GIORNATA MONDIALE PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO....

.....**Contro lo stigma**, e quindi il non parlarne, il non affrontarlo, per poterlo prevenire.

Secondo l'OMS è fra le 10 principali cause di morte nella popolazione e tra le 3 principali cause di morte nei giovani, e rappresenterebbe il 2% di tutti gli anni di vita persi prematuramente a livello mondiale. A livello mondiale sarebbero 1 milione i morti all'anno per suicidio, il 14,5%/100.000 abitanti. Secondo comunicati Ansa in Italia a causa della crisi economica, negli ultimi 7 anni, l'incidenza sarebbe aumentata del 12% in più nella popolazione.

Nel maggio scorso il Servizio Sanitario della Regione Emilia Romagna ha affrontato il tema nell'ambito dei Servizi di Salute Mentale in un convegno a larga partecipazione, con presenza anche di operatori di servizi privati accreditati e del volontariato no profit. La regione avrebbe individuato tre contesti principali di prevenzione: l'ospedale, il territorio e il carcere.

Nell'ospedale il "suicidio o tentato suicidio (TS)" a livello nazionale dal 2005 al 2012 è il secondo evento sentinella segnalato nel 15,67%, dopo la "caduta del paziente" nel 22,26% dei casi, su un totale di 1442 casi. In Emilia R. sono stati 18 i casi segnalati in ospedale nello stesso periodo. Per la prevenzione è importante che tutto il personale e la struttura sanitaria privilegino l'attenzione verso la persona malata, per dare supporto nell'ambito di una relazione di alleanza terapeutica, e per individuare i casi a rischio. Il maggior rischio si corre nei primi giorni dopo l'ammissione al ricovero (con particolare attenzione a pazienti con sintomi psichiatrici, o con la comunicazione di una diagnosi grave, con una sindrome confusionale organica, con ideazione suicidaria in atto, ecc.), o nei primi giorni dalle dimissioni. In queste fasi è quindi particolarmente importante il coordinamento con il MMG.

DATI EPIDEMIOLOGICI IN EMILIA ROMAGNA

Più in generale secondo gli ultimi dati del 2011 la maggior incidenza di casi di suicidio in Emilia Romagna sono nelle città di Bologna, poi Modena, e al terzo posto Reggio E. La minor incidenza nelle città di Imola e Piacenza.

La maggiore incidenza per fascia di età, è negli anziani al di sopra dei 75 anni con 116 casi, e tra i 45-54 anni con 79 casi, tra i 35-44 anni con 51 casi, tra i 25-34 anni con 23 casi, tra 18-24 anni 9 casi. Nel 61% dei casi nella propria abitazione, e nel 9,1% dei casi in un Istituto di cura.



In maggioranza avevano avuto nell'anno precedente al suicidio un contatto con il sistema sanitario: Il 34% (131 persone su 386) avevano avuto un ricovero (reparti di dimissione più a rischio sono di Medicina Generale, Psichiatria, Oncologia, Ostetricia nel post-parto). Il 44% si sono rivolti al PS nell'anno del suicidio. Il 39% avevano avuto la prescrizione di Antidepressivi o Antipsicotici. Il 23% era in contatto con Centro di Salute Mentale. Se l'accesso è al Pronto Soccorso, e c'è una valutazione di rischio suicidale medio-alto, è importante richiedere la consulenza psichiatrica. In caso di dimissione affidare il paziente ad un familiare o altra persona significativa; contattare il MMG e invio ai Servizi di Salute Mentale del territorio.

Il Prof. Maurizio Pompili dell'Università La Sapienza di Roma (sito www.prevenireilsuicidio.it) evidenzia che se il numero di morti per incidenti sulle strade è di circa 3.860/anno, i morti per suicidi sono 3.900/anno, e poiché per ogni morto per suicidio sono almeno 6 le persone più vicine coinvolte affettivamente, sono quindi circa 23.400 le persone interessate da sentimenti di disperazione e di colpa nel lutto. Molti lavori confermano il rapporto epidemiologico fra crisi economica e disoccupazione, con il tasso di incidenza suicidale che aumenterebbe fino a quattro volte, con un aumento nel 2010 in Italia fino a 4.000 casi, secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità (i dati ISTAT sarebbero in difetto).

FATTORI DI RISCHIO

Fra i fattori di rischio di un evento suicidale vi sono: uso e abuso di sostanze, depressione e altri disturbi psichici (es. nel post partum), gravi malattie fisiche o sindromi dolorose, lutto recente, condizioni di isolamento, elevata conflittualità familiare, vulnerabilità rispetto a eventi suicidali enfatizzati dai media "effetto Weter" di contagio.

Fattori più specifici nei giovani: abuso fisico o sessuale recente o passato, essere vittime di bullismo, sensazione di isolamento sociale, aggressività, impulsività, conflitti genitoriali, insuccesso o abbandono scolastico, ecc. Negli anziani: problemi relazionali cronici, preoccupazione di essere di peso, cambio di alloggio, solitudine e problemi economici.

ASPETTI PSICODINAMICI NELLA PSICOPATOLOGIA DEL SUICIDIO

Nel complesso sono scatenanti possibili eventi di vita di perdita, che depauperano il Sé, svuotandolo di risorse per l'autostima, con sensazione di sconfitta, di umiliazione, disperazione, incapacità a vedere il futuro, ruminazioni, senso di intrappolamento, e "visione a tunnel" con un restringimento delle diverse alternative normalmente disponibili e talvolta la riduzione ad un pensiero dicotomico: o una soluzione unica, totale, quasi magica, oppure la morte. Nella maggior parte dei soggetti, il suicidio non è tanto un mettere fine alla esistenza biologica, ma è piuttosto visto come la risoluzione del dolore mentale "psychache" con emozioni, o angoscia insopportabili con talvolta disprezzo verso Sé e aspetti autodistruttivi, catastrofe dell'essere abbandonati, fuga da un Sé che impaurisce con senso di estraneamento, "perdere la testa" con perdita dei riferimenti abituali e perdita dell'esame di realtà.

SEGNI PREMONITORI

Alcuni segni premonitori come un dibattito interno insistente di vita-morte del soggetto con molta ambivalenza, e nuovi comportamenti come sistemare i propri affari, fare testamento, dare via oggetti personali come orologi, gioielli, fare scorta di farmaci o procurare armi, e l'insorgere di comportamenti a rischio come alcol, guida spericolata, trascuratezza di sé, ritiro sociale.

COLLOQUIO CLINICO MEDICO-PAZIENTE

A fronte del rischio suicidale si impone il passaggio da un modello "direttivo" medico-paziente con mera indagine clinica anamnestica su "insonnia, perdita di appetito, anedonia, terapia farmacologica", ad un colloquio medico-paziente più collaborativo con una particolare attenzione empatica. Quando si colgono riferimenti più o meno indiretti a pensieri suicidali come "vorrei essere morto", "che senso ha andare avanti", "sono stanco", "tutti starebbero meglio senza di me", non vanno lasciati cadere. Chiedere esplicitamente alla persona riguardo criticità suicidali è necessario e, secondo tutta la letteratura in merito, non induce affatto la persona al suicidio. Il colloquio medico-paziente può avere diversi gradi di strutturazione, dall'intervista con test strutturati che

vanno considerati in tale caso solo come eventuale integrazione ad un colloquio principalmente supportivo. Meglio un colloquio "semi-strutturato" con alcune domande a portata di mano che orientino il colloquio, che rimane così incentrato sul tema, nel contesto di una relazione in un clima favorevole. L'ordine di queste domande non è rigido, ma accompagnano piuttosto il dialogo, adattandosi, secondo aspetti di sensibilità e di esperienza personale del professionista. Sono domande aperte, che lasciano le risposte libere, come: "A volte le persone sentono che la vita non è degna di essere vissuta, lei cosa ne pensa?"..."Quali sono gli aspetti della sua vita che possono farle sembrare che essa è (o non è) degna di essere vissuta?" Ha mai pensato alla sua morte, o al morire?" "Oggi pensa, si sente in questo modo?" Spesso il paziente sembra ambivalente "non so, non ricordo, forse, non sono sicuro, a volte, ma non adesso". Vanno colti gli spunti forniti dal paziente e si può chiedere: "Ci sono eventi che hanno preceduto questi pensieri?" "Può distrarsi con altri pensieri o attività positivi?" "Ha mai agito sotto l'influenza di questi pensieri?" "Ha un piano per farsi del male?" "Ne ha parlato con qualcuno?" "Ha adottato preparativi (sistemare gli affari, ecc.)" Se vi sono già stati in passato dei TS, chiedere le circostanze. A fronte di accertamento di rischio clinico di un evento suicidale è, a mio avviso, indicato l'invio ad una consulenza medico specialistica psicoterapeutica. Lo specialista psicoterapeuta accompagna il paziente in processi di problem-solving, o strategie cognitive e sistemico-relazionali, sia per la ricerca di soluzione dei problemi, che per il miglioramento delle capacità adattative al contesto esistenziale, nella costante valutazione e bilancio clinico, e conseguente adattamento della modalità stessa di conduzione del colloquio psicoterapico, delle risorse e delle fragilità del paziente, compresa la valutazione di eventuale indicazione di terapia psicofarmacologica. Con il consenso del paziente, lo specialista tenderà quindi a coinvolgere le figure più significative per il paziente, e a lavorare con la famiglia.

Nella sua elaborazione sul tema, il Prof. Stefano Carracciolo di Psicologia Clinica dell'Università di Ferrara sottolinea l'importanza elettiva dell'ascolto del paziente a rischio suicidale, e dello sviluppo di una relazione significativa, con innanzitutto la disponibilità di tempo da parte dello specialista, e, secondo i sette pilastri da lui evidenziati nel rapporto medico-paziente di "gentilezza, sincerità, empatia, competenza, efficacia, fiducia, alleanza", fino ad approdare ad una relazione collaborativa di costruzione negoziata di un rapporto di fiducia nella relazione di cura.

*Lucia Rolando
Medico Psicoterapeuta*

L'IMPORTANZA DEI MEDICI NELLA TUTELA DELLA SALUTE PUBBLICA

Sabato 28 settembre si è svolto a Taranto un convegno organizzato dalla Federazione Nazionale degli ordini dei Medici e da ISDE-medici per l'ambiente, dal titolo "Salute, ambiente, lavoro, nella città dell'acciaio". Il nome del titolo non è assolutamente casuale, poiché nel corso dell'ultimo anno a Taranto è stato contrapposto, da parte della proprietà, il diritto al lavoro degli operai impiegati presso lo stabilimento siderurgico "ILVA" e il diritto alla salute dei cittadini residenti nella città di Taranto.

Purtroppo molte volte il "ricatto" occupazionale è utilizzato come pressione politica per continuare a operare nei contesti industriali in barba alle leggi vigenti sulla tutela ambientale.

A Taranto per troppi anni, la politica e una parte delle autorità competenti, hanno troppe volte trascurato il rischio sanitario-ambientale che i colleghi medici denunciavano da anni. Tutto ciò ha fatto sì che lo stabilimento siderurgico più grande d'Europa emettesse senza controllo tonnellate di sostanze tossiche causando "un forte inquinamento dell'aria, del suolo, delle acque di superficie e delle falde acquifere, sia sul sito dell'Ilva, sia nelle zone adiacenti della città di Taranto, in particolare per il quartiere cittadino di Tamburi (procedura di infrazione da parte dell'Unione Europea di settembre 2013).

Nel corso del convegno gremito da cittadini e da medici provenienti da tutta Italia, è stato ricordato che le attività inquinanti sono causa non solo di un aumento di tumori, ma anche causa di eventi cardiovascolari e respiratori. Nella perizia epidemiologica svolta per il G.I.P del tribunale di Taranto gli autori dichiarano: "nei quartieri Paolo VI e Tamburi (adiacenti all'impianto siderurgico) i livelli complessivi di mortalità e di ricovero ospedaliero sono più elevati rispetto agli altri quartieri di Taranto del 27-64% per Paolo VI e del 10-46% per Tamburi".

Causa di morte	Maschi			Femmine		
	Tamburi	Borgo	Paolo VI	Tamburi	Borgo	Paolo VI
	%	%	%	%	%	%
Tutte le cause	+12	+7	+27	+9	+1	+28
Cause naturali	+10	+3	+35	+5		+28
Tumori maligni	+11	0	+42			+23
Malattie cardiovascolari	+10	+2	+28	+15		
Malattie cardiache	+9	+3	+27	+24	+4	+22
Malattie ischemiche del cuore	+20	+4	+37	+46	+2	+15
Malattie apparato respiratorio	+8	+5	+64	+9	+9	+26

Forastiere, Biggeri, Triassi. Perizia per GIP

Ma nel convegno di Taranto importante è stata anche la relazione della ginecologa Raffaella De Palo che ha presentato i dati di uno studio effettuato dall'Università di Bari, che dimostra come le donne residenti nell'area di Taranto rispetto ad altre zone geografiche della Puglia abbiano un tasso di infertilità più alto, dovuto ad esposizione a sostanze inquinanti come le Diossine, sostanze persistenti nell'ambiente e in grado di accumularsi nella

catena alimentare, e considerate interferenti endocrini (sostanze esogene che interferiscono con la produzione, il rilascio, il trasporto, il metabolismo, il legame, l'azione o l'eliminazione degli ormoni naturali dell'organismo responsabili del mantenimento dell'omeostasi e della regolazione dei processi di sviluppo) .

Tale emergenza non è poi così lontana da noi, è bene ricordare, come si evince dallo studio epidemiologico nazionale "Sentieri", che ha preso in considerazione 44 dei 57 siti oggi compresi nel "Programma nazionale di bonifica", che in Italia abbiamo tante aree geografiche come quelle dell'ILVA. Solo per fare alcuni esempi per gli incrementi di mortalità per tumore polmonare e malattie respiratorie non tumorali, a Gela e Porto Torres è stato suggerito un ruolo delle emissioni di raffinerie e poli petrolchimici, a Taranto e nel Sulcis-Iglesiente-Guspinese un ruolo delle emissioni degli stabilimenti metallurgici. Negli eccessi di mortalità per malformazioni congenite e condizioni morbose perinatali è stato valutato possibile un ruolo eziologico dell'inquinamento ambientale a Massa Carrara, Falconara, Milazzo e Porto Torres. Per le patologie del sistema urinario, in particolare per le insufficienze renali, un ruolo causale di metalli pesanti, IPA e composti alogenati è stato ipotizzato a Massa Carrara, Piombino, Orbetello, nel Basso bacino del fiume Chienti e nel Sulcis-Iglesiente-Guspinese.

Un vero e proprio elenco di "emergenze" sanitarie che il presidente della Fnomceo Amedeo Bianco ha racchiuso in queste parole utilizzate in apertura del convegno, ma universalmente valide: " I medici di tutta Italia sono vicini alla città e i dati scientifici devono orientare le iniziative di tutela della salute".

Cosa possiamo fare noi medici? Come possiamo essere promotori di un cambio nelle politiche di sviluppo del nostro paese?

L'esempio viene da altri paesi, come il bacino della Ruhr, a Bilbao e a Pittsburgh, dove grazie ad una sensibilizzazione da parte della comunità scientifica, i decisori politici hanno optato per una riconversione di tali aree industriali. Tale riconversione, non solo ha avuto risvolti positivi dal punto di vista della salute dei cittadini, ma anche dal punto di vista economico, con fabbriche più efficienti, dove si è scelto di continuare con l'attività lavorativa o con un incremento nel turismo creando cultura e spazi riqualificati.

Noi medici dovremo essere sempre più promotori della salute dei nostri pazienti anche attraverso la nostra partecipazione nelle politiche di sviluppo dei territori in cui viviamo e lavoriamo.

Gabriele Romani ISDE Medici per l'Ambiente

Per approfondimenti e per ricevere materiale: www.isde.it

Gabriele Romani
gabriele_romani@hotmail.it



Continua in questo numero l'approfondimento relativo al tema della comunicazione in medicina. L'indiscutibile attualità dell'argomento, che si configura come momento fondante della relazione medico-paziente alla luce di una moderna visione deontologica, è stata alla base della decisione della Commissione di Bioetica dell'Ordine dei Medici di Modena di promuovere per il 30 novembre 2013 a Mirandola un evento formativo, nel quale avranno occasione di confrontarsi esperti qualificati operanti in vari ambiti professionali ed istituzionali. Il contributo pubblicato in questo numero del bollettino è firmato dal Dr. Gabriele Greco, primario neurologo presso l'ospedale di Carpi e già membro per anni del Comitato etico provinciale, nel cui ambito ha maturato una particolare competenza e sensibilità per le tematiche relative alla comunicazione e alla relazione medico-paziente.

A presto
F. Sala

LA COMUNICAZIONE COL PAZIENTE IN OSPEDALE

Anche stamattina, nel corso della visita ai pazienti ricoverati, un amico e collega, affetto da malattia neurologica invalidante a livello motorio, mi segnalava, con tono fra il divertito e l'irritato, una serie di risposte "inadeguate" ricevute da Medici e Infermieri, nel corso della degenza.

Pur con l'intenzione di prudente verifica, non ho intenzione di essere indifferente alle segnalazioni, anche se esasperate dalla "scomodità" del ricovero, e dalla preoccupazione per il futuro.

L'episodio rafforza una mia radicata convinzione, che le esperienze ospedaliere "da malato" o "da care-giver" degli Operatori sanitari sia una condizione che aiuta a comprendere meglio le criticità.

Tra queste, ruolo fondamentale riveste la comunicazione con i pazienti.

Molto interesse attrae il momento del **consenso informato**, in quanto trascina implicazioni medico-legali, ma non meno attenzione merita l'**informazione globale**, in particolare la **comunicazione**, termine che meglio dà il significato di bidirezionalità.

Se è vero l'aforisma che "le parole del medico sono già una cura", questo non si verifica se chi ascolta (paziente o familiare) non capisce e non risponde con una condizione ampia.

Per fortuna molto è cambiato dagli albori della medicina, quando si affermava "...tieni all'oscuro il paziente circa ogni evento futuro" (Corpus ippocraticum, V° sec. a.c.), anche se non è passato molto tempo dal prevalere

di una figura di "medico paternalista-benevolo", che, agendo "per il bene del paziente", sentiva di poter prendere decisioni unilaterali, talora non completamente condivise da un paziente docile ed osservante...

Il consenso informato è espressione di partecipazione dovuta, ma il deterrente medico-legale che gli si abbina apre la porta a comportamenti difensivisti da parte del medico. Non solo: la prassi del "foglio da firmare" rischia a volte di surrogare o sacrificare il colloquio.

L'asimmetria informativa con i pazienti, seppur ridotta, permane, e neppure il ruolo della rete, spesso costituita da cattiva e fuorviante informazione, riesce a riequilibrare il rapporto; troppo spesso, nella scala dei valori, il peso di internet supera erroneamente la credibilità del curante.

Continuando a usare le frasi che spesso abbiamo ascoltato dai nostri pazienti, stiamo lentamente passando dal "sono nelle sue mani", al "lei cosa mi consiglia?", sottintendendo la transizione dalla passività nella scelta all'alleanza fiduciosa, ma condizionata.

Perché questo si realizzi compiutamente è necessario che la comunicazione medico-paziente in Ospedale tenda ad essere partecipata, lenta (nel senso positivo del termine, in contrapposizione ad affrettata), che risenta non soltanto della Medicina basata sull'evidenza (EBM), ma anche sulla Medicina basata sulla narrazione (NBM).

Gli ostacoli che quotidianamente pregiudicano il nuovo corso comunicativo sono molti, cominciando dalla

contrazione dei tempi di degenza, passando poi alla frequente carenza di spazi dedicati ai colloqui, alla carenza di tempo del Medico, sempre più coinvolto in pur dovute incombenze.

Il timore preconconcetto della “malasanità”, da parte di pazienti e parenti, avvelena spesso un corretto rapporto comunicativo, conducendo il Medico, come ben noto, a comportamenti ispirati alla medicina difensiva, con ciò che ne deriva in termini di spesa e di rapporto fiduciario. Un contributo fondamentale, poi, è da attendere dalla Università, che, nella formazione del Medico, sempre più spazio dovrà dedicare a sviluppare capacità professionali che permettano di superare l'atteggiamento di considerare l'attività di comunicare col paziente “di non propria COMPETENZA”, quando invece rappresenta una qualità irrinunciabile del MESTIERE di medico.

Nell'interagire ospedaliero, si deve così venire a configurare il profilo del “**buon medico**”, ma anche quello del “**buon paziente**”.

Lo sforzo maggiore di miglioramento si può e si deve chiedere al Medico, che, in quanto professionista della salute, ha compiti più ampi e impegnativi nella comunicazione rispetto al paziente e al familiare : agevolare e governare gli incontri, condurli con obiettivi “di scopo” sui punti chiave del singolo caso, personalizzando sempre l'informazione sulla tipologia di chi ha di fronte, esprimendosi in modo chiaro, con termini comprensibili.

Altri elementi da ricercare sono la capacità di ascoltare con pazienza, verificando anche, con domande mirate, l'effettiva comprensione di quanto esposto, onde potere giungere a una autentica partecipazione da protagonista delle decisioni riguardanti la propria salute, assicurare l'aderenza alle terapie, oltre che assicurare la piena consapevolezza dell'andamento della malattia.

Nella comunicazione ospedaliera, anche la scelta dell'ambiente più adatto ha un peso rilevante : sforziamoci di evitare la camera di degenza condivisa con altri pazienti, se non per comunicazioni di routine. Ancora troppo spesso il corridoio ospedaliero, nuova agorà, ospita molti dei colloqui, anche delicati e personali.

Tutti conosciamo bene quanto il telefono ci perseguiti nella quotidianità in corsia, ma il colloquio veramente comunicativo deve essere protetto da chiamate, anche di servizio.

Potrà essere utile sapere che negli Stati Uniti alcune Com-

pagnie Assicuratrici legano l'entità del premio assicurativo della polizza professionale del Medico Ospedaliero alle sue capacità comunicative, definite da valutazioni su riprese video.

Dovremo sempre più valorizzare le capacità di comunicazione verbale, ma anche quelle paraverbali (tutto ciò che interessa la voce, tranne il contenuto) e non verbale (linguaggio del corpo). È tempo di non considerare una dote personale, quasi un talento naturale, il sapere rapportarsi col paziente.

Parallelamente, però, deve essere altrettanto perseguita la figura del “**buon paziente**”, i cui connotati principali prevedono che si proponga esplicitamente per un colloquio da programmare, che pure sappia ascoltare, che manifesti subito eventuali non comprensioni, che sappia sopire i frequenti preconconcetti (la già citata sopravvalutazione delle informazioni web, la sfiducia originata dallo spauracchio della “malasanità”, enfatizzata dai mezzi di informazione, che troppo spesso propongono modelli ideali o spettacolarizzati della medicina cinematografica....).

Il paziente va anche guidato a non identificare la figura del medico, e dell'Ospedale in genere, con la sua malattia.

Altro aspetto da considerare è che , in Ospedale, il riferimento del malato non è sempre e soltanto il Medico, ma che si realizza un vero e proprio “coro comunicativo”, costituito da tutti i componenti dell'equipe (l'Infermiere è più a lungo a contatto col paziente di noi, e induce, in genere, meno soggezione). E' quindi necessario che vengano fornite da tutti informazioni coerenti, anche nella forma, che ci sia una attenta condivisione verticale e trasversale delle informazioni sul paziente, con totale sintonia.

Infine, un altro buon motivo di ottimizzare la comunicazione col malato ricoverato deriva dalla constatazione dimostrata che , fra le tante cause di conflitto in ospedale, la scarsa abilità comunicativa degli operatori è la più comune; l'aggressività medico-legale di pazienti e famiglie è enormemente ridotta da una costante informazione che si ispiri alle pur sommarie note espresse in questo articolo.

Gabriele Greco

COMITATO ETICO

Pubblichiamo la nuova composizione del Comitato Etico provinciale alla cui presidenza è stato designato il prof. Giuseppe Torelli. Nell'augurare a tutti i colleghi un buon lavoro, non possiamo esimerci dal rilevare come per la prima volta da quando è stato costituito a Modena un Comitato Etico sia stato escluso dalla sua composizione un rappresentante dell'Ordine dei medici. Ricordando che l'Ordine è stato uno dei fondatori e ha sempre costituito punto di riferimento accreditato per l'azione dei vari Comitati succedutisi negli anni a Modena, il Consiglio esprime il forte auspicio che sia rivista la scelta di escluderlo dalla nuova composizione.

*A nome del Consiglio
Il presidente*

Componenti del Comitato Etico Provinciale di Modena Luglio 2013

Presidente PROF. TORELLI GIUSEPPE	Clinico Università degli Studi di Modena e R.E.	Interno
Vice-Presidente DR. LONGO GIUSEPPE	Clinico Az. Ospedaliero-Universitaria Modena	Interno
Responsabile Segreteria Tecnico- Scientifica DR. SANTACHIARA SAVERIO	Farmacista Az. Ospedaliero-Universitaria di Modena	Interno
Componenti		
DR.SSA BACCHELLI MARZIA	Dispositivi medici Az. USL Modena	Interno
DR. BERGOMI ANDREA	Pediatra di libera scelta	Esterno
DR. BONAZZI LUCIO	Clinico	Esterno
PROF. CALANDRA SEBASTIANO	Genetista Università degli Studi di Modena e R.E.	Interno
ING. CAMILLINI ROBERTO	Ingegnere clinico Az. USL Rimini	Esterno
DR. CAMPAGNA ANSELMO	Direttore Sanitario Az. Ospedaliero-Universitaria di Modena	Interno
DR.SSA CASOLARI LORETTA	Servizio Ricerca e Innovazione Az. USL di Modena	Interno
DR.SSA CASONI FEDERICA	Clinico Nuovo Ospedale S. Agostino -Estense	Interno
SIG.RA CLO' PATRIZIA	Professioni sanitarie Az. Ospedaliero-Universitaria Modena	Interno
DR.SSA FERRARI ANNA	Farmacologo Clinico Università degli Studi di Modena e R.E.	Interno
DR. LESI CARLO	Nutrizionista	Esterno
DR. LONGO GIUSEPPE	Clinico Az. Ospedaliero-Universitaria Modena	Interno
DR. MALAVASI PAOLO	Rappresentante medicina convenzionata sul territorio	Esterno
DR.SSA NANNI ORIANA	Direttore dell'Unità di Biostatistica e Sperimentazioni Cliniche IRST di Meldola (FC)	Esterno
SIG. POZZI SERGIO	Presidente Comitato Consultivo Misto USL di Modena	Esterno
DON SEMPREBON GABRIELE	Cappellano Nuovo Ospedale S. Agostino -Estense	Esterno
PROF. SILINGARDI ENRICO	Medicina Legale Università degli Studi di Modena e R.E.	Interno
PROF. TORELLI GIUSEPPE	Clinico Università degli Studi di Modena e R.E.	Interno
PROF. VELLANI CARLO	Giurista Università degli Studi di Modena e R.E.	Interno
PROF. ZENNARO ROMEO G.	Clinico	Interno
DR. ZINI VALERIANO	Professioni sanitarie Az. USL Modena	Interno

Certificati di malattia on line per tutti i PS della provincia di Modena dal 1 novembre 2013: un impegno per tutti

Come è noto la Legge Brunetta del 2010 ha imposto l'utilizzo della certificazione di malattia on line ai medici del SSN. I medici di famiglia hanno già attivato tramite i loro software tale procedura, mentre la Direzione Sanitaria dell'AUSL ha comunicato che dal **1° novembre 2013** tutti i PS della provincia di Modena sono in grado di emettere la certificazione senza uscire dall'applicativo in dotazione.

Poiché è nell'interesse di tutti, medici e non, adoperarsi per snellire l'iter burocratico a favore dei cittadini, l'Ordine dei medici richiama tutti i colleghi ad una corretta applicazione di tale adempimento previsto dalla legge. Impegnamoci tutti per un corretto comportamento professionale omogeneo.

VICENDA MEDICI FISCALI INPS

In relazione alla vicenda INPS, che ha visto coinvolti più di 1300 medici, lasciati praticamente senza lavoro dall'oggi al domani, si comunicano alcune novità intervenute ultimamente .

Dopo mesi ormai di trattative , incontri e riunioni sembra che qualche spiraglio comincia ad aprirsi.

La strada su cui si sta insistendo è quella tracciata dal Senatore e Presidente della Fnomceo A. Bianco, i cui punti qualificanti sono:

1. Polo unico fiscale attribuito all'INPS,
2. Inserimento di tutti i medici in lista dal 2007,
3. Contratto triennale rinnovabile con rapporto di lavoro ad ore e remunerazione fissa non più a visita.

Naturalmente questa volta con garanzie previdenziali e sindacali.

Alcuni emendamenti sono già stati accettati, si aspetta la conversione in legge.

Qualcosa alla fine potrà essere diversa , tutto dipende dalle trattative ancora in corso fra le tante parti interessate, però mi sembra di poter affermare che la strada ormai è aperta ..speriamo bene, questa volta davvero per tutti.

M. Cinque



POSTA CERTIFICATA: UN OBBLIGO DI LEGGE

Il ministero della Funzione Pubblica, con la Legge 2/2009, ha sancito l'obbligo di dotarsi di casella di posta elettronica certificata (PEC) per tutti i professionisti iscritti in 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).

ACQUISTA O RINNOVA LA TUA PEC CONVENZIONE ORDINE - ARUBA



Con riferimento al suddetto obbligo l'Ordine dei medici di Modena già dal 2010 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. La convenzione di Aruba con l'Ordine prevede un costo triennale di € 4,00 + IVA = € 4,88

Modalità di acquisto e/o rinnovo sono disponibili sul sito www.ordinemedicimodena.it.

ARUBA PEC comunica con cadenza settimanale all'Ordine 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)

Si precisa inoltre che:

- *gli indirizzi con dominio **postacertificata.gov.it** vengono scartati da parte di Infocamere in quanto la PEC gratuita introdotta con il DPCM del 6 maggio 2009 si configura come uno strumento rilasciato al cittadino esclusivamente ad uso personale e non quale professionista o titolare di impresa;*
- *le poste elettroniche fornite dalle Aziende Sanitarie non si configurano come caselle certificate.*

Nuovo Consiglio Superiore di Sanità : solo universitari senza alcuna attenzione per il Paese reale

E' stato costituito e si è insediato il nuovo Consiglio Superiore di Sanità. La FNOMCeO ha dovuto registrare non senza un certo stupore e disagio che nella sua composizione è prevalsa in forma quasi assoluta la rappresentanza del mondo universitario con la sostanziale esclusione di ogni altra istanza dell'ambito professionale ospedaliero e territoriale. Una scelta di indiscutibile valore simbolico che penalizza la assoluta maggioranza dei medici operanti nel nostro Paese.

N. D'Autilia

DOTT. BANDERALI GIUSEPPE (Docente presso la Scuola di specializzazione in Pediatria dell'Università degli Studi di Milano)

PROF. BELLANTONE ROCCO (Professore Ordinario di Chirurgia generale presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma; Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma)

PROF. BERNABEI ROBERTO (Professore Ordinario di Medicina interna presso l'Università Cattolica "Sacro Cuore" di Roma; Direttore del Dipartimento di Scienze Gerontologiche, Geriatriche e Fisiatriche, del Policlinico "A. Gemelli" di Roma)

PROF. BOVE FRANCESCO (Docente di Anatomia Umana e Clinica dell'Apparato Muscolo-Osteoarticolare presso la Sapienza -Università di Roma)

PROF. BRAMANTI PLACIDO (Professore Ordinario di Scienze Tecniche Mediche Applicate presso il Dipartimento di Scienze Biomediche e delle Immagini Morfologiche e Funzionali dell'Università degli Studi di Messina)

PROF. CANDIANI MASSIMO (Professore Associato di Ostetricia e Ginecologia presso Università Vita-Salute San Raffaele di Milano; Docente Coordinatore del Corso di Laurea in Ostetricia e Ginecologia)

PROF. CARDINALE ADELFO ELIO (Professore emerito di Radiologia)

PROF. CASTAGNARO MASSIMO (Professore Ordinario di Patologia generale Veterinaria e di Anatomia Patologica Veterinaria presso l'Università degli Studi di Padova)

PROF. CHIARELLO LUIGI (Professore Ordinario di Cardiocirurgia presso l'Università degli Studi di Roma Tor Vergata; Direttore della Cattedra di Cardiocirurgia e Scuola di Specializzazione in Cardiocirurgia, Università di Roma – Tor Vergata; Presidente Corso di Laurea in tecniche della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare, Università di Roma – Tor Vergata)

PROF. DALLAPICCOLA BRUNO (Direttore scientifico dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù – IRCSS)

PROF. FINI MASSIMO (Direttore Scientifico dell'IRCCS San Raffaele Pisana di Roma)

PROF. GARACI ENRICO (Professore di Microbiologia presso l'Università degli Studi di Roma Tor Vergata)

PROF. GARATTINI SILVIO (Direttore dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" di Milano)

PROF. GENSINI GIANFRANCO (Professore Ordinario di Medicina Interna presso l'Università degli Studi di Firenze; Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Firenze)

DOTT. IADICICCO ROBERTO (Giornalista professionista; Direttore Agenzia Giornalistica Italia)

PROF. LENZI ANDREA (Professore Ordinario di Endocrinologia presso la Sapienza - Università di Roma; Presidente del Consiglio Universitario Nazionale (CUN))

PROF. LEVI GABRIEL (Professore Ordinario di Neuropsichiatria infantile presso la Sapienza Università di Roma)

PROF. MAIRA GIULIO (Professore Ordinario di Neurochirurgia presso l'Università "Cattolica del Sacro Cuore" Roma)

PROF. MARCHIONNI MAURO (Professore Emerito di Ostetricia e Ginecologia)

PROF.SSA MESSA MARIA CRISTINA (Professore Ordinario di Diagnostica per Immagini presso l'Università "Bicocca" di Milano)

PROF. MUTO GIOVANNI (Direttore S.C. Urologia ASL TO2 -Ospedale San Giovanni Bosco di Torino)

PROF. MUZZIO PIER CARLO (Direttore Generale dell'IRCCS - Istituto Oncologico Veneto)

PROF. NOVELLI GIUSEPPE (Professore Ordinario di Genetica Medica presso l'Università Tor Vergata di Roma; Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Roma "Tor Vergata"; Direttore della Scuola di Specializzazione in Genetica Medica dell'Università di Roma "Tor Vergata" e delle Scuole Aggregate Sapienza, Chieti e Bari)

DOTT.SSA PALAMARA ANNA TERESA (Professore Ordinario di Microbiologia presso la "Sapienza" Università di Roma)

PROF. PAOLISSO GIUSEPPE (Professore Ordinario Medicina Interna e Geriatria presso la II Università degli Studi di Napoli; Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia della II Università degli Studi di Napoli)

PROF. PERRICONE CORRADO (Docente di Immunologia presso la Scuola di Specializzazione Biochimica Clinica della Università Federico II di Napoli)

PROF. PIGOZZI FABIO (Professore Ordinario Medicina Interna presso Università degli Studi di Roma "Foro Italico"; Docente presso le Scuole di Specializzazione in Medicina dello Sport delle Università di Roma "Tor Vergata" e de L'Aquila; Pro Rettore Vicario dell'Università degli Studi di Roma "Foro Italico")

DOTT.SSA PORCU ELEONORA (Docente di Fisiopatologia della Riproduzione Umana presso il Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche dell'Università degli Studi di Bologna –corso di Laurea in Medicina e chirurgia)

PROF. PROSDOCIMO GIOVANNI (Direttore UOC di Oculistica presso l'Ospedale De Gironcoli – ULSS 7 Veneto)

PROF. REDLER ADRIANO (Professore Ordinario di Chirurgia Generale presso La Sapienza -Università di Roma; Preside della Facoltà di Medicina e di Odontoiatria de La Sapienza, Università di Roma; Direttore della Scuola di Specializzazione in Chirurgia Vascolare I de La Sapienza, Università di Roma; Presidente del Corso di Laurea in Infermieristica sede di Bracciano de La Sapienza, Università di Roma)

PROF. RICCIARDI GUALTIERO WALTER (Professore Ordinario di Igiene presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma; Direttore Istituto di Igiene e della Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma)

PROF. ROMEO FRANCESCO (Professore Ordinario di Cardiologia presso l'Università degli Studi di Roma Tor Vergata; Direttore della Scuola di Specializzazione di Cardiologia dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata)

PROF. ROSSI FRANCESCO (Professore Ordinario di Farmacologia presso la II Università degli Studi di Napoli; Rettore della II Università degli Studi di Napoli)

PROF. SANTORO EUGENIO (Libero Docente di Patologia Clinica presso La Sapienza Università di Roma; Direttore Scientifico del Centro Trapianti Multiorgano – Azienda Ospedaliera Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma)

PROF. SCAMBIA GIOVANNI (Professore Ordinario di Ginecologia e Ostetricia presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma)

PROF. SCHITTULLI FRANCESCO (Presidente della Lega italiana per la lotta contro i tumori (LILT))

PROF. SEGRETO GIUSEPPE (Medico di Medicina Generale)

PROF. SIMONETTI GIOVANNI (Professore Ordinario di Radiologia e Direttore della Cattedra di Radiologia presso l'Università degli Studi di Roma Tor Vergata; Direttore del Dipartimento Diagnostica per Immagini e Radiologia Interventistica Policlinico Universitario Tor Vergata)

PROF. STIRPE MARIO (Presidente IRCCS "Fondazione G.B. Bietti" Roma per lo studio e la ricerca in Oftalmologia - Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico)

PROF. ZANGRILLO ALBERTO (Docente presso la Scuola di Specializzazione in Anestesia e Rianimazione dell'Università Vita e Salute San Raffaele di Milano; Direttore dell'UO di Anestesia e Rianimazione Cardio-Toraco-Vascolare presso l'Istituto Scientifico Universitario San Raffaele di Milano)

Riceviamo dal Dott. Gabriele Romani e volentieri pubblichiamo

6 ottobre 2013. Un comunicato della SIMM (società italiana medicina delle migrazioni) sulle morti di una "umanità coraggiosa".

Il nostro Mediterraneo continua ad accogliere grida di dolore e lacrime di morte dopo l'ultima "tragedia" che ci lascia sentimenti di grande sconforto ed una sola parola, quella di Papa Francesco: *Vergogna*. Siamo anche stanchi delle solite e vuote parole di circostanza perché quella che sembrava un'emergenza è diventata triste, tragica e macabra routine. Vogliamo soltanto esprimere sentimenti di vero cordoglio e di vicinanza nei confronti di questa umanità coraggiosa, speranzosa nel futuro, ma sfortunata ed emblematica delle contraddizioni del nostro tempo. Donne, bambini ed uomini che pagano in modo così violento le lacerazioni e l'egoismo di una umanità che non sa o non vuole sapere che *"in tutto il mondo c'è abbastanza per i bisogni di tutti ma non abbastanza per l'avidità di tutti"* (Gandhi) e che *"superare la povertà e la mancanza di dignità e di libertà non è un gesto di carità ma un atto di giustizia... è la tutela di un diritto umano fondamentale"* (N. Mandela). Siamo stanchi, delusi, colpiti da una società vile ed ipocrita che chiude le frontiere politiche mentre apre quelle economiche, costringendo al lavoro servile quanti riescono a farcela, che accumula immigrazione irregolare e clandestina - che poi diventerà regolare con le sanatorie - per carenza di canali d'ingresso regolari e di corridoi umanitari. Vediamo svaniti i nostri sforzi di fare integrazione a partire dalla salute, per la creazione di una società genuinamente interculturale e giusta. Ci sentiamo anche impotenti. Ma in nome di queste ultime vittime e di quelle che ancora verranno non cesseremo mai di combattere per la giustizia e la dignità di ogni uomo, sapendo che gli operatori della salute sono, come dice R. Virchow, *"gli avvocati naturali dei malati (...e morti) poveri"*.

Appello per l'apertura di un canale umanitario fino all'Europa per il diritto d'asilo europeo.

Ai Ministri della Repubblica, ai presidenti delle Camere, alle istituzioni europee, alle organizzazioni internazionali.

A cadenza ormai quotidiana la cronaca racconta la tragedia che continua a consumarsi nel mezzo del confine blu: il Mar Mediterraneo.

Proprio in queste ore arriva la notizia di centinaia di cadaveri raccolti in mare, ragazzi, donne e bambini rovesciati in acqua dopo l'incendio scoppiato a bordo di un barcone diretto verso l'Europa.

Si tratta di richiedenti asilo, donne e uomini in fuga da guerra e persecuzioni, così come gli altri inghiottiti dal mare nel corso di questi decenni: **oltre 20.000.**

Lo spettacolo della frontiera Sud ci ha abituato a guardare l'incessante susseguirsi di queste tragedie con gli occhi di chi, impotente, può solo sperare che ogni naufragio sia l'ultimo. Come se non vi fosse altro modo di guardare a chi fugge dalla guerra che con gli occhi di chi attende l'approdo di una barca, a volte per soccorrerla, altre per respingerla, altre ancora per recuperarne il relitto.

Per questo le lacrime e le parole dell'Europa che piange i morti del confine, faticano a non suonare come retoriche.

Perché l'Europa, capace di proiettare la sua sovranità fin all'interno del continente africano per esternalizzare le frontiere, finanziare centri di detenzione, pattugliare e respingere, **ha invece il dovere, a fronte di questa continua richiesta di aiuto, di far sì che chi fugge dalla morte per raggiungere l'Europa, non trovi la morte nel suo cammino.**

Si tratta invece oggi di mettere al centro i diritti. Di mettere al bando la legge Bossi-Fini e aprire invece, a livello europeo, **un canale umanitario affinché chi fugge dalla guerra possa chiedere asilo alle istituzioni euro-**

pee senza doversi imbarcare alimentando il traffico di essere umani e il bollettino dei naufragi.

Nessun appalto dei diritti, nessuna sollevazione di responsabilità ai governi europei, piuttosto la necessità che l'Europa cambi profondamente la sua politica di controllo delle frontiere, di gestione delle crisi umanitarie, la sua politica comune in materia di diritto d'asilo; convertendo le operazioni di pattugliamento in operazioni volte al soccorso delle imbarcazioni, gestendo in maniera condivisa le domande di protezione superando le gabbie del regolamento Dublino, aprendo canali umanitari che permettano di presentare le richieste di protezione direttamente alle istituzioni europee presenti nei Paesi Terzi per ottenere un permesso di ingresso nell'Unione, dove le domande vengano esaminate con le medesime garanzie previste dall'attuale normativa europea, senza per questo affievolire in alcun modo il diritto di accesso diretto al Vecchio continente e gli obblighi degli Stati Membri.

Alle Istituzioni italiane, ai Presidenti delle Camere, ai Ministri della Repubblica, chiediamo di farsi immediatamente carico di questa richiesta.

Alle Istituzioni europee di mettersi immediatamente al lavoro per rendere operativo un canale umanitario verso l'Europa.

Alle Associazioni tutte, alle organizzazioni umanitarie, ai collettivi ed ai comitati, rivolgiamo l'invito di mobilitarsi in queste prossime ore ed in futuro per affermare **IL DIRITTO D'ASILO EUROPEO**.

<http://www.meltingpot.org/Appello-per-l-apertura-di-un-canale-umanitario-fino-all>



LA MEDICINA E L'ASSISTENZA A MODENA

(UNIVERSITA', OSPEDALE, TERRITORIO, IN DIECI SECOLI DI STORIA)

Incontro con gli autori: Prof. Corrado Lavini – Prof. Massimo Saviano

Domanda: Sorprende la vostra dedica apposta al libro: Prof. Lavini "Alla moglie Angela, e a tutti coloro che credono ancora nella missione medica"; Prof. Saviano: "Alla moglie Magda, ed a coloro che con noi hanno "vissuto" tanti anni della loro esistenza al Policlinico, luogo di lavoro e dedizione al prossimo...". Non è certo consueto, che un dipendente distaccato dall'azienda, finito il rapporto di lavoro, abbia la passione di coinvolgersi in ricordi, con un lunghissimo lavoro archeologico di ricostruzione, e dedichi un'opera così monumentale alla memoria dell'azienda in cui ha lavorato?!



Risposta Prof. Saviano:

Innanzitutto, il libro andava in stampa al compimento dei 50 anni del Policlinico, proprio nel momento in cui Modena veniva colpita dal terremoto, e il Policlinico danneggiato, "gigante ferito, ma non abbattuto". Abbiamo quindi devoluto tutto il ricavato da parte nostra ai danni sismici. Teniamo a sottolineare che come Autori il nostro lavoro è del tutto gratuito. Per quanto mi riguarda, questo lavoro sicuramente testimonia un senso di appartenenza ad una struttura dove sono cresciuto. Iniziai i miei studi proprio quando fu inaugurato il Policlinico di Modena, giusto 50 anni fa. E' un modo di ritrovare le proprie radici, ripercorrere la storia di chi ci ha preceduto, fino ai nostri giorni. Ho voluto valorizzare l'opera dei miei colleghi in un momento difficile per tanti aspetti, i rapporti umani che ci sono stati fra colleghi e che si formano

in un'équipe di persone che hanno condiviso tante esperienze comuni, il rapporto diretto con gli ammalati, che supera tutte le resistenze della burocrazia e delle amministrazioni. Io ho scelto medicina con una certa convinzione e volevo fare il chirurgo. Mi ricordo che il Prof. Giorgio Mattioli, cardiologo, mi disse "Lei è sprecato per fare il chirurgo, dovrebbe fare l'internista" (ridendo il Prof. Saviano chiarisce "nella storia della medicina i chirurghi sono stati sempre considerati un po' come dei maniscalchi, una sorta di sottospecie"). Io risposi: "Guardi, io non sono un santo, ma sono un po' come S. Tommaso, quando c'è una malattia vorrei mettere un po' il dito nella piaga, e vedere "de visu" dove c'è il danno da riparare".

Domanda: Quale è stato il tempo di lavoro di quest'opera monumentale. Come vi siete organizzati?

Risposta Prof. Lavini: Nei primi 6 mesi è stata necessaria la ricerca delle fonti scandagliando tutti gli archivi, e le biblioteche della provincia di Modena (la Biblioteca della deputazione di storia patria per le antiche province modenesi, la Biblioteca Estense, gli Archivi di Stato, l'Archivio Storico del Comune di Modena, ecc) con documenti storici, materiale iconografico, foto, foto storiche, ecc. A seguire, la stesura in altri 6 mesi, a quattro mani: Il Prof. Saviano ha seguito la parte trattante l'Università e l'Insegnamento, e il Prof. Lavini l'Ospedale e l'Assistenza.

Domanda: In sintesi, quali sono gli snodi storici più cruciali nell'evoluzione dell'organizzazione del Servizio di Assistenza Sanitaria a Modena in questi 1.000 anni di storia?



Risposta Prof. Lavini: Sicuramente il primo snodo è stato alla fine del 1.200 con l'istituzione del primo grande ospedale nell'odierna via Ramazzini, "Ospedale Casa di Dio", che si specializzerà poi nell'accoglienza e cura dei bambini trovatelli e che rimarrà tale fino all'inizio

del '900. Fu il primo nucleo di quello che diventerà nel 1758 il Grande Ospedale degli Infermi, voluto dal Duca Francesco III, e che nell'Ottocento prenderà il nome di Ospedale Sant'Agostino.

Prof. Saviano: Secondo snodo è stato sull'altro versante, quello dell'Università, l'istituzione dello Studio Pubblico di Medicina a Modena nel 1327. Modena era già sede di Università nel 1175 con la Facoltà di Giurisprudenza, dopo Bologna sorta nel 1088. Quindi, Modena fu la seconda Università Europea (cioè mondiale all'epoca), laica, non gestita da religiosi. In realtà una Università ante litteram, priva per altro di una organizzazione e di un corpo professionale, fu la Scuola medica di Salerno, religiosa, sorta nel IX secolo, dove si incontrarono la medicina araba, ebraica, greca ippocratica, e latina.

Prof. Lavini: Altro snodo importante fu la riforma dell'assistenza del 1541, quando venne istituita la Santa Unione: da quel momento l'assistenza agli infermi ed alle categorie meno protette (poveri, invalidi, orfani, vedove, ragazze madri, pellegrini) sarà gestita in prima persona dagli amministratori della città. Un'altra tappa fondamentale fu la riforma di Francesco III, un Duca illuminato. Assieme alla riforma dell'Università, nel 1758 fondò il grande Ospedale degli Infermi, accorpando tanti piccoli ospedali che erano sparsi sul territorio e che erano sorti nei secoli come luoghi di accoglienza e di cura, Hospitales, con spirito cristiano-samaritano. I primi centri di accoglienza furono, infatti, le in-

fermerie monastiche, a cui seguirono gli xenodochia del VI secolo per i pellegrini, che spesso, durante viaggi lunghi e faticosi, si ammalavano. Del resto, l'assistenza nasce con il cristianesimo con una valenza fortemente religiosa, caritativo-misericordiosa. Precedentemente, nell'Antico Testamento, la malattia era considerata flagello di Dio. Il Duca Francesco III a distanza di due anni di fronte all'Ospedale di S. Agostino, fondò il Grande Albergo dei Poveri (attuale Palazzo dei Musei) dove si può ancora vedere la cornice di pietra del XVII secolo della ruota girevole degli esposti, per l'accoglienza dei bambini abbandonati. Ha quindi riformato anche lo stemma dell'assistenza di Modena, da "mano benedicente" di ispirazione religiosa, a "mano patente" dal palmo aperto che è rimasto in uso fino al 2004, quando fu sostituita dal logo unico del Servizio Sanitario Regionale. Tra le istituzioni storiche dell'assistenza cittadina merita di essere ricordato anche l'Ospedale S. Lazzaro di cui è rimasto solo la chiesetta di S. Lazzaro nella zona di Modena Est, "specializzato" per le malattie contagiose, dove fino al 1.400 venivano ricoverati i lebbrosi, poi nei secoli successivi gli appestati ed i sifilitici.

Prof. Saviano: Un ruolo importante nella pratica medica della nostra regione fu svolto dall'Abbazia di Nonantola, dove nel '700 c'erano i monaci che tenevano una spezieria. La spezieria dei monaci di S. Pietro nacque nel XI secolo, e durò quasi otto secoli, venendo chiusa con la riforma napoleonica. Attualmente è ancora presente il punto di vendita in S. Pietro, anche se i prodotti provengono da vari monasteri non solo benedettini.

Nell'anno Mille in ogni cattedrale i religiosi insegnavano oltre la teologia, la filosofia, l'astrologia, anche le materie mediche (a pag. 61 del manuale copia di un documento di preparazione di Theriaca del 1765 presso il chiostro dei benedettini di S. Pietro). Vi fu poi l'Editto papale di Alessandro III del 1179, che disponeva che in ogni sede e comunità bisognasse insegnare la religione e la medicina delle erbe. Una

sorta di educazione sanitaria insomma, tant'è che ancora oggi nei nostri paesi montani più sperduti, si possono ritrovare negli anziani pratiche di rimedi erboristici tramandati, talvolta frammisti a superstizioni popolari.

Domanda: Colpisce ancora la forte identificazione della medicina con il territorio di appartenenza. Al Capitolo II dello Statuto Del Collegio Dei Medici di Modena (allegato in copia nel CD Rom del manuale, l'originale con le sue eleganti miniature), praticamente il primo codice Deontologico, che rimarrà in vigore dal 1550 al 1770: "Nessun Medico può essere iscritto al Collegio della Città di Modena, goderne i privilegi, né esercitare la professione nell'intero Ducato se non è cittadino originario modenese e Dottore in Medicina...". Il Primo Statuto rimase in vigore ben 200 anni quasi a volere richiamarsi ai valori più radicali e costitutivi della professione medica e di cura, della quale afferma la assoluta autonomia al Capitolo XXVII dello stesso Statuto "GLI AMMINISTRATORI CITTADINI NIEN-TE POSSANO DELIBERARE CONTRO I MEDICI A LORO INSAPUTA: Se gli amministratori della Città di Modena decidessero qualche cosa non consona ai nostri statuti soprattutto se sembrasse che questi avocassero a sé cose di pertinenza medica, disponiamo che ciò sia non valido e inutile e che non sia da osservare se non deliberato col consenso del nostro Collegio..". Adesso dopo otto anni ci preoccupiamo di aggiornare il Codice Deontologico con sollecitazioni diffuse a mettere in discussione l'Obbiezione di Coscienza. E dall'altra parte della comunità locale, c'era un attribuzione di riconoscimento alle sue figure mediche più prestigiose, affidandole alla memoria storica della città stessa, nella designazione dei nomi di tante strade del centro-città che ancora oggi ritroviamo.

Prof. Lavini: L'eccessiva chiusura del Collegio Dei Medici della città di Modena del '500 fu anche motivo di scontro con l'Università. Nel Collegio vi erano solo 12 Medici. Solo loro potevano esercitare nel ducato

di Modena, e spesso interferivano con la nomina dei docenti. Con la sua riforma Francesco III stabilì che i docenti potessero provenire anche da Università esterne, e diede la dignità della laurea anche ai chirurghi.

Prof. Saviano: Certamente c'era una maggiore radicalizzazione al territorio di appartenenza. Allora tutto ruotava intorno ai feudi, le signorie, i ducati, i comuni, ben lontani dall'Unità d'Italia. Adesso gli ordinamenti degli studi hanno valenza nazionale, a cui si accompagna la rapida evoluzione delle conoscenze mediche e tecnologiche e nuovi modelli organizzativi. L'Università di Modena e Reggio Emilia, è stata la prima esperienza di Università in rete, così come per l'applicazione a titolo sperimentale della nuova riforma universitaria con numero chiuso, e semestralizzazione degli esami con una visione più orientata alla pratica clinica della medicina. A Modena si è sperimentato il primo Dipartimento misto Azienda-Università con integrazione di assistenza-didattica-ricerca da parte sia di figure mediche universitarie che ospedaliere. Tra i primi, l'Ateneo di Modena si è aperto al sostegno di risorse industriali, superando pregiudizi: vedi il "Quality Center Network" polo di aggregazione modenese per la produzione di presidi biomedicali in collaborazione con i Comuni della cosiddetta Biomedical Valley di Mirandola purtroppo colpita dal terremoto, nonché la "Holostem Terapie Avanzate" per la produzione e distribuzione di cellule epiteliali.

Domanda: In questo excursus storico fino ai nostri giorni assistiamo a cambiamenti epocali, dalle grandi scuole di medicina territoriali, a seguire i baronati, all'aziendalizzazione, i concorsi nazionali e l'informattizzazione...

Prof. Saviano: Non ha più ragione d'essere oggi la decaduta figura dei "baroni" nel senso di una egemonia di didattica e di ricerca, né le grandi scuole di medicina e di chirurgia facenti capo ad un'unica

L'INTERVISTA

figura. C'è stata con gli anni '80 una rivisitazione di tutto l'ordinamento universitario. Accanto al Professore Universitario Ordinario, sono stati introdotti i ruoli di Professore Associato, e di Ricercatore. Ogni figura ha una sua autonomia didattica, di ricerca, e di assistenza clinica. Adesso c'è la figura del Direttore che ha una funzione più gestionale di Governo Clinico. Lo sviluppo vertiginoso delle risorse mediche con le ultra specializzazioni nell'ambito delle specializzazioni stesse, impone di fare crescere delle competenze differenziate coordinabili, altrimenti si perde nella qualità dell'assistenza sanitaria.

Dall'altro lato si è verificata un'autonomia amministrativa fra Ospedale e Università, con spesso un antagonismo amministrativo ai vertici che è passato sopra le nostre teste. Noi operatori, nella clinica abbiamo sempre condiviso realtà pratiche, lavorando uno a fianco all'altro, collaborando in un'esperienza comune senza questi antagonismi.

Domanda: I vostri progetti futuri. Quali sollecitazioni e richieste provocate sul territorio con questa trattazione?

Prof. Lavini: La sanità è un ambito poco conosciuto dalla cittadinanza, cui arrivano solitamente le cronache di malasanità. Non sanno quale storia importante e profonda ci sia dietro la nostra attuale, acquisita, assistenza sanitaria. Siamo stati chiamati in conferenza presso il Comune, l'Accademia Militare, la Biblioteca Estense, i circoli culturali. Ci sono state proposte visite guidate di alcune strutture citate nel testo che fanno parte della memoria storica dell'assistenza modenese, l'ex ospedale di S. Agostino con la spezieria e la vecchia farmacia, i Musei Anatomici di Via Berengario, la Spezieria di S. Pietro, l'Orto Botanico iniziato con gli Estensi, ecc.

Modena ha una storia molto interessante e basterebbe poco sollecitare un interesse con il supporto organizzativo degli amministratori locali.

*Lucia Rolando
Medico Psicoterapeuta*





A cura di Lodovico Arginelli

UBER COPPELLI

Si dice che l'artista è colui che rivela la bellezza segreta delle cose, il loro essenziale mistero ed avvezza gli spettatori a guardare con occhi nuovi il creato. Coppelli allora è tale, perché è un autentico risuscitatore della grazia gentile, della squisitezza estetica e dell'armoniosa semplicità della realtà.

Nasce a Modena nell'ottobre del 1919 e si diploma all'Istituto d'Arte A. Venturi nel 1937.

Nel 1945, dopo la leva militare, lavora nello studio di **Alessio Quartieri**, scultore e restauratore modenese.

Nel 1946 espone in una collettiva un disegno che suscita l'interesse di Zelindo Bonacini, docente critico d'arte, pittore e scultore molto conosciuto, che sarà in quel momento e per anni il suo maestro.

Uomo appartato, casalingo, senza particolari ambizioni, appassionato della sua pittura e portato a pensare sempre con la sua testa.

Nel 1947 inizia una serie di soggiorni a scopo di studio a Parigi ed in seguito a Venezia, dove conosce i pittori **De Pisis** e **De Chirico**.

Nel 1949 riceve giudizi positivi per i suoi lavori da parte dei pittori **Paul Colin** e **Gino Severini** ed i complimenti del temuto critico d'arte **Waldemar Georges**.

Sempre nel 1949 il **Delfini** davanti alle pitture di Coppelli, sempre ben fatte, armoniose, impolpate e vibranti di trasparenza e di eleganza, rimase muto, confuso, come davanti ad una visione contornata di arcane armonie ultraterrene.

E' un artista che coglie con verità aritmetica la forma e la proporzione e sa dosare sapientemente il colore.

Abilissimo nelle nature morte e nei ritratti.

Non sono certo da meno le sue opere nel settore dell'Arte Sacra, ne sono un esempio: le Pale dell'Altare della Chiesa di San Giorgio ed in quella Parrocchiale di Albareto, le vetrate della Chiesa Parrocchiale di Zocca, una "Deposizione" nel Cimitero di San Giovanni in Persiceto, l'"Assunzione della Vergine", (soffitto), nella Parrocchia di Solara.

Nel 1952 sposa **Raffaella Bertani**, come lui diplomata all'Istituto d'Arte A. Venturi e si trasferisce a Stiolo dove continua una copiosa attività.

Dal 1958 al 1960 sarà docente della Libera Scuola di "Nudo" nell'Istituto A. Venturi.

Nel 1959 espone cinque opere alla "Terza Mostra Biennale d'Arte Sacra" di Modena.

Nel 1975 riceve dal Sindacato Belle Arti il "Diploma Fedeltà".

Nel 1979, in seguito alla vendita della villa di Stiolo, si trasferisce con la moglie a Modena e interrompe la propria attività.

Nel 1984 riacquista la villa e gradatamente la serenità, quindi ricomincia a lavorare.

Partecipa alla Mostra "Modena le sue Chiese, il senso Religioso", al Centro studi C. Mucchi, ed espone due acqueforti al Paradisino di Modena per L'Associazione "Diffusione dell'Arte".

Dal 1996 rallenta la sua attività dipingendo sempre meno e disegnando sempre di più.

Il 5 luglio del 2000 si spegne serenamente al Policlinico di Modena.

Per suo espresso desiderio viene sepolto nel prato del piccolo Cimitero di Stiolo.

Sue opere sono conservate al Gabinetto Disegni e Stampe degli Uffizi di Firenze, al Gabinetto Disegni e stampe dell'Università di Pisa, alla Galleria d'Arte Moderna di Bologna, al museo Civico di Modena, alla Pinacoteca Coppelli di San Martino in Rio, a Villa del sole a Modena, ed in moltissime collezioni private.

Da: "A regola d'arte", di Alberto Barbieri e "Vita del pittore Uber Coppelli (1919-2000)", di Luisa Barbieri Resca.

Alcune delle sue tante opere:

"Natura morta", olio su tela, cm. 47,5x57

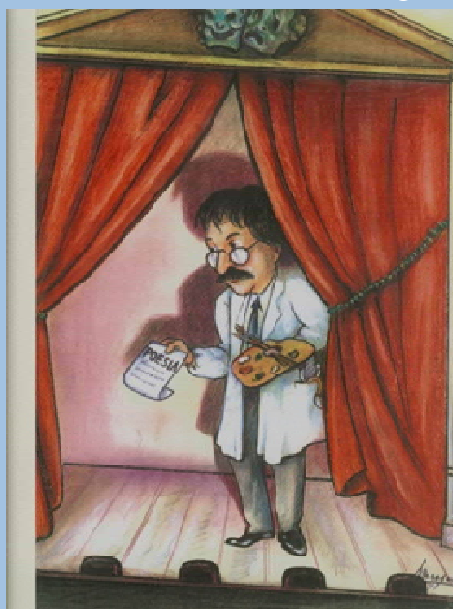
"San Marco", Venezia, olio su tela, cm. 141x107

"Nudo Femminile", olio su tela, cm. 61x65

"Marina Romea", olio su tela, cm. 50x100

"Gli esistenzialisti", 1953, olio su tela, cm 94x70

"Cesti e galline", olio su tela, cm 110x198, collezione privata.



AMESA
ASSOCIAZIONE MEDICI E SANITARI ARTISTI

**Arte...
non solo medica**

**21° mostra-spettacolo
dell'associazione me-
dici e sanitari artisti**

domenica 19 Gennaio 2014

*presso "Mammut club"
di Modena*



Care colleghe e cari colleghi
siete tutti invitati con parenti ed amici alla manifestazione artistica con mostra di pittura- scultura-fotografia e spettacolo d'Arte varia (musicisti, coro, cantanti, poeti, cabarettisti, ballerini ed illusionisti (non nascondiamocelo, un po' d'illusione non guasta...)

Modena è stata se non la prima, fra le primissime città ad ospitare questo tipo di manifestazioni.

Ricordo che abbiamo iniziato a Piandellagotti con l'amico Mascetti e continuato con me a metà degli anni 80, toccando le sedi più prestigiose di Modena e provincia: Foro Boario, Paradisino, Mammuto club, San Rocco a Carpi, Villa Boschetti, Castello di Vignola, Castello di San Felice sul Panaro, Villa Raisi-Ghirardini a Medolla, Palazzo Ducale di Pavullo.

Mi rivolgo ora ai protagonisti di questa giornata, che oltre al pubblico amico sono i pittori, ai quali dico: " preparare tele e pennelli", i fotografi, che invito a scovare le idee più nascoste, musicisti e cantanti, ai quali auguro di trovare sempre i giusti accordi ed i poeti, sempre pronti a far vibrar anima e cuore.

Vi comunico che in questa occasione nascerà un "sito internet di AMESA" e verrà richiesto un consenso generale per riprese e fotografie della manifestazione.

Inoltre ho pensato di fare una raccolta di offerte libere, anche attraverso libri e cd, da donare ad associazioni culturali-artistiche dei nostri Paesi colpiti dal sisma.

Note tecniche: le opere dovranno essere consegnate presso il Mammuto club, in via Ghiaroni 189, tel. 059-301050, almeno 10 giorni prima della manifestazione, (ovviamente con cornice, o comunque con la possibilità di essere appese), per poter allestire la mostra con calma.

Potete portare da 1 a 3 opere, che resteranno in sede almeno una settimana.

Verranno ritirate dai singoli artisti.

Per qualsiasi chiarimento il mio cellulare è 338-9368726.

P.S. si accettano volontari per l'allestimento della mostra, e se qualche ritardatario vuole partecipare in qualsiasi forma artistica può chiamarmi.

A presto
Lodovico Arginelli



DIALETTO IN PILLOLE

A cura di Lodovico Arginelli

Visto che qualcuno ha detto che siam quel che mangiam, credo che valga la pena insistere un po' sul termine magnèr, sperando che anche i detti di un tempo, (quii di nòster vècc'), servano a stimolare chi mangia troppo e male a migliorare un po' le proprie abitudini.

"Chèrna ech cràss magna spàss" (carne che cresce, mangia spesso). L'espressione indica la fame dei bambini nella fase dello sviluppo.

"Chi a-n màgna ha magnèe" (chi non mangia ha mangiato), si dice di chi fa lo schizzinoso a tavola.

"Chi g'ha paura a-n màgna taiadèl" (chi ha paura non mangia tagliatelle), penso voglia significare che questo meraviglioso piatto modenese per essere ben gustato ha bisogno di tranquillità e concentrazione, per assaporare tutti i gusti che lo compongono.

"Chi màgna di pàm la Vigilia ed Nadèl, al sta tòtt l'an cun la gàzza al nès" (chi mangia delle mele la Vigilia di Natale sta tutto l'anno con la goccia al naso). Avrà il raffreddore tutto l'anno.

Ammetto che alcuni proverbi o detti sono un po' volgari, ma sono così realistici che è più forte di me ricordarli; il prossimo ne è un esempio:

"Chi màgna la zivàlla còta agh pózza al cul come a 'na tòca" (a chi mangia la cipolla cotta gli puzza il culo come ad una tacchina).

"Chi vól magnèr quel ed boun al màgna un tòc gròs come un capòun" (chi vuol mangiar bene, mangia un tacchino grosso come un cappone).

"Chi gh'n'ha màgna, ch'i-n gh'n'ha sbadàcia", ammetto l'assonanza con il cinese....ma vuol sol dire: (chi ha soldi mangia, chi non ne ha sbadiglia)

"Dove i magne in dù, i màgnen anch in tri" (dove mangiano in due, mangiano anche in tre).



“Come cla galèina ed Vizèinz, cle màgna a cà só, e la fa l’óv a cà ed chi èter” (come quella gallina di Vincenzo, che mangia a casa sua, ma va a fare l’uovo a casa degli altri).

“Ésres magnèe anch la vàca mòra” (essersi mangiato anche la vacca mora), essersi mangiato tutto il patrimonio.

“L’è méi magnèr ‘na mérda da per sé o ‘na torta in cumpagnia???” (è meglio mangiare una merda da soli o una torta in compagnia???). So che molti penseranno che è senz’altro meglio una torta da soli.

E’ la replica scherzosa per confortare chi teme presunte infedeltà coniugali. Si racconta sia stata la lapidaria giustificazione di un nobile in età avanzata che aveva scelto una moglie molto più giovane di lui.

“Fèr la vétta ed Michilàz, magnèr, bàvver e andèr a spass”, (far la vita di Michelaccio, mangiare, bere ed andare a spasso).

....Michelaccio come vagabondo, fannullone, si trova in quasi tutti i dialetti italiani.

L’uso può essere stato suggerito, oltre che dalla frequenza del nome Michele, dal francese Miquelet, Micheletto, abitante di Mont-Saint- Michel, in Normandia, il cui nome venne assunto anche dai pellegrini che si recavano alla nota località, oppure dallo spagnolo Miquelito, che ricorda chi si recava in pellegrinaggio al Santuario di San Michele, sui Pirenei.

Il significato poi col tempo si è esteso a quello di “vagabondo”, “fannullone”.

“Pàmm còt t’in màgn un, t’in chègh òt”, (mele cotte ne mangi una, ne defechi otto).

E’ un detto popolare che sottolinea il potere altamente lassativo di questo frutto quando viene cotto







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;
rivolgetevi 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@poliambulatorioexakta.it
www.poliambulatorioexakta.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.

