

Im

bollettino di *modena*

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

**PROFESSIONE E POLITICA:
UN RAPPORTO SEMPRE PIÙ
SOFFERTO (IL PRESIDENTE);**

**LA VACCINO VIGILANZA IN ITALIA:
RUOLO E OBIETTIVI (AIFA);**

**ALLA RICERCA DEL VERO, TRA
PREGIUDIZI, CREDENZE, FALSI
RICORDI ... (SERGIO DELLA SALA)**

2017

Aprile - Maggio - Giugno



SOMMARIO

bollettino di modena

EDITORIALE	05
ATTIVITA' DELL'ORDINE	06
DI PARTICOLARE INTERESSE	13
NORMATIVA	26
ECM	32
L'INTERVISTA	33
ARTE E DINTORNI	41
DIALETTO IN PILLOLE	43

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente

Dr. Nicolino D'Autilia

Vice Presidente

Dr. Mauro Zennaro

Consigliere Segretario

Dr. Carlo Curatola

Consigliere Tesoriere

Dr. Antonino Addamo

Consiglieri

Dr. Lodovico Arginelli, Dr. Paolo Barani,

Dr.ssa Loretta Boiani, Dr. Luca Carteri,

Dr.ssa Maria Teresa Donini, Dr. Lauro

Ferrari, Dr.ssa Cristina Magnoni,

Dr. Mauro Manno, Dr. Paolo Martone,

Dr.ssa Marinella Nasi, Dr. Stefano Reggiani.

Consiglieri Odontoiatri

Dr. Mario Caliandro, Dr. Roberto Gozzi

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

Presidente

Dr. ssa Letizia Angeli

Componenti

Dr.ssa Giovanna Calzolari

COMMISSIONE ODONTOIATRI

Presidente

Dr. Roberto Gozzi

Segretario

Dr. Mario Caliandro

Componenti

Dr.ssa Francesca Braghiroli, Dr. Vincenzo

Malara, Prof. Mario Provvisionato

BOLLETTINO

Direzione e Amministrazione

Modena, p.le Boschetti, 8

Tel. 059/247711 Fax 059/247719

ippocrate@ordinemedicimodena.it

www.ordinemedicimodena.it

Direttore Responsabile

Dr. Lodovico Arginelli

Iscr. Trib. MO N° 83 del 28/6/52

Editore

Ordine dei Medici Chirurghi e

Odontoiatri di Modena

Comitato di Redazione

Dr. Lodovico Arginelli, Dr.ssa Loretta

Boiani, Dr. Michele Cinque, Dr. Nicolino

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

Olivi Mocenigo.

REALIZZAZIONE EDITORIALE

MC Offset

Via Capilupi, 31 - Modena

Tel. 059/364156 - Fax 059/3683978

Fotocomposizione

Fotoincisa Modenese 2 s.r.l.

Via G. Dalton, 37 - Modena

Tel. 059/250033 - Fax 059/250175

Grafica

KRHEO GRAPHIC DESIGN

info@krheodesign.it | Tel. 059/285398

PROFESSIONE E POLITICA: UN RAPPORTO SEMPRE PIU' SOFFERTO

Scriviamo questo editoriale mentre nelle Commissioni parlamentari si sta consumando l'ennesimo tentativo di mettere ordine nel già confuso panorama degli Ordini professionali sanitari. In Italia come si sa si vota ogni anno, e sul carro della ventilata riforma cercano di salire tutti, dal chiropratico all'osteopata, dall'odontotecnico all'odontoprotesista. Che sussista da tempo la assoluta necessità di inquadrare normativamente molte figure professionali è cosa nota, quello che non si comprende è perché si intende allargare a dismisura il già ampio scenario delle professioni sanitarie. E questo senza prevedere adeguate misure di verifica sulla formazione, sull'aggiornamento e sulla verifica della qualità del loro operato.

I maligni dicono sottovoce che il progetto di fondo è quello di "depotenziare"

l'area medica a favore di tutta un'altra area molto composita ma che coltiva un sogno neanche tanto nascosto: occupare progressivamente spazi di stretta pertinenza medica. Processo questo già in atto da tempo con la professione infermieristica e che ha condotto, in alcune realtà, a conflitti di competenze che sono finiti sulla stampa specializzata.

Noi preferiamo pensare che la classe politica non sia sufficientemente consapevole del ruolo centrale che ricopre il medico nella Società e che, depotenziandolo, si corrano seri rischi di parcellizzazione dell'intervento sanitario sul cittadino il quale si trova sempre più spesso a dover discernere ruoli e competenze tra le figure che si occupano della sua salute.

I cosiddetti Decreti omnibus non sono mai stati al centro delle nostre preferenze e prevedere tematiche di natura sanitaria affastellate in un mix che riguarda nel contempo nuovi Ordini professionali, modalità di voto rivoluzionarie (anche telematiche!) per il rinnovo degli organi di rappresentanza, accorpamento di vari Ordini non si sa bene con quali criteri e così via, costituisce più di una preoccupazione per chi da anni si spende in modo coerente e costante per una vera riforma strutturale degli Ordini dei medici.

In questo contesto si inserisce, ma con ben maggiore spessore intrinseco, la riforma elettorale che sta appassionando (!?) gli italiani da qualche mese. Non si conosce l'esito di questa autentica bagarre partitica ma non vorremmo che nel tritacarne della contesa politica finisse anche la annunciata riforma degli Ordini che già in altre occasioni ha subito uno stop proprio all'ultima curva prima della dirittura d'arrivo.

Chissà se la politica una volta tanto dimostrerà di saper fare la Politica pensando davvero alla Salute dei cittadini. Vedremo.



N. D'Autilia

*Il Presidente
Nicolino D'Autilia*

SCUOLA DI BIOETICA DELL'ORDINE DEI MEDICI DI MODENA: REPORT

Con l'ultimo incontro che ha avuto come tema gli scenari futuri della riflessione bioetica, si è concluso sabato 13 maggio il III anno di corso della **Scuola di Etica, bioetica e deontologia** promossa dall'Ordine dei Medici chirurghi e odontoiatri di Modena che si è svolto presso la sede del nostro Ordine nel periodo gennaio-maggio 2017. Dei 35 colleghi iscritti inizialmente (il corso è infatti a numero chiuso) ben 30 hanno completato l'intero programma e conseguito pertanto l'elevato numero di crediti assegnati a questa iniziativa (lo scorso anno 38,40).

Negli otto incontri previsti dal programma si sono alternati sedici relatori provenienti da tutta Italia prescelti dal Comitato Scientifico della Scuola tra le personalità più competenti sui vari temi oggetto della riflessione. Anche questa volta, come già verificatosi nei due anni precedenti, il gradimento complessivo del corso da parte dei colleghi partecipanti è stato molto elevato, come confermato dal questionario anonimo sottoposto al termine dell'iniziativa, nel quale è stato evidenziato apprezzamento per la scelta dei temi, il livello delle relazioni e delle conversazioni tenute e le modalità di svolgimento del corso, sempre animato da un vivace dibattito che fa fede dell'attualità ed interesse dei temi proposti alla discussione. Nel questionario inoltre sono state fornite dai partecipanti utili indicazioni e suggerimenti per la scelta dei temi da proporre in futuro al fine di rendere questa iniziativa sempre migliore e più rispondente alle effettive esigenze dei colleghi.

In qualità di direttore della scuola, mi sento di esprimere al presidente, al Consiglio dell'Ordine e a tutti i colleghi la mia piena soddisfazione per l'ottima riuscita dell'iniziativa, che si colloca ormai come un avvenimento atteso ed importante, capace di qualificare l'offerta formativa del nostro Ordine e soprattutto di fornire ai colleghi un'opportunità al passo coi tempi e con le nuove esigenze che emergono nella quotidianità della professione. Nonostante ciò e la piena soddisfazione dei partecipanti, ribadisco la necessità di un impegno sempre maggiore e puntuale per migliorare ancora l'iniziativa che deve sempre avere l'obiettivo di crescere e valorizzarsi.

Il 20 maggio si è inoltre già riunito il Comitato Scientifico della scuola previsto dallo statuto. Nell'incontro, oltre ad avere presentato in qualità di direttore della scuola il report sul corso appena concluso, i membri hanno iniziato la consueta discussione e confronto sul corso del prossimo anno, che sfocerà entro il mese di luglio nell'approvazione del programma per il IV anno di corso della scuola.

Francesco Sala

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

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

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

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

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

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

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

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

Con codice fiscale e password sarà possibile accedere all'area riservata.

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

*Per il Consiglio
Il presidente*

ATTIVITÀ DELL'ORDINE

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO - mercoledì 22 marzo 2017 – ore 21.00 presso la sede di P.le Boschetti, 8 - Modena

Il giorno mercoledì 22 marzo 2017 – ore 21,00- presso la sala delle adunanze di quest'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Sono presenti:

Presidente Dott. Nicolino D'Autilia
Consigliere Segretario Dott. Carlo Curatola
Tesoriere Dott. Antonino Addamo

Consiglieri: Dott. Lodovico Arginelli, D.ssa Loretta Boiani, D.ssa Maria Teresa Donini, Dott. Paolo Martone, Dott. Mauro Manno, Dott. Stefano Reggiani

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

Collegio revisori dei conti: D.ssa Letizia Angeli.

Assenti giustificati: Dott. Paolo Barani, Dott. Luca Carteri, Dott. Lauro Ferrari, D.ssa Marinella Nasi, Dott. Mauro Zennaro.

Assenti: Prof.ssa Cristina Magnoni.

per discutere il seguente ordine del giorno:

1. Approvazione verbali sedute di Consiglio del 22/2/2017, 28/2/2017, 5/3/2017;
2. Variazioni agli Albi professionali;
3. Comunicazioni del presidente;
4. Responsabilità professionale: approvata la Legge. Approfondimenti e proposte (D'Autilia, Donini, Manno, Reggiani, Zennaro);
5. Comitato Centrale e CEOM a Modena 22-23 giugno: prime valutazioni;
6. Certificazioni di malattia INPS dei medici di medicina generale: criticità;
7. FRER-Ordini: incontro con l'Assessore e iniziative future (D'Autilia, Reggiani);
8. Trasporto salma: report dall'incontro con il dott. Pelosi (Curatola);
9. Iniziative sulla contraccezione d'emergenza nelle adolescenti (Curatola);
10. CUP: modifiche allo statuto;
11. Delibere amministrative (Addamo);
12. Varie ed eventuali.

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO - mercoledì 26 aprile 2017 – ore 21.00 presso la sede di P.le Boschetti, 8 - Modena

Il giorno mercoledì 26 aprile 2017 – ore 21,00 - presso la sala delle adunanze di quest'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Sono presenti:

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

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

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

Collegio revisori dei conti: D.ssa Letizia Angeli, D.ssa Giovanna Calzolari.

Assenti giustificati: Dott. Paolo Barani, D.ssa Loretta Boiani, D.ssa Maria Teresa Donini, Dott. Mauro Manno.

Assente: Prof.ssa Cristina Magnoni.

per discutere il seguente ordine del giorno:

1. Approvazione verbali sedute di Consiglio del 22/3/2017;
2. Variazioni agli Albi professionali;
3. Comunicazioni del presidente;

4. Accordo quadro FNOMCeO MIUR per orientare gli studenti dei licei scientifici nella scelta della Facoltà di Medicina (D'Autilia);
5. FRER-Ordini: incontro con l'Assessorato del 3.4.2017 e successiva seduta della FRER: valutazioni politiche e prospettive programmatiche (D'Autilia);
6. Regolamento di amministrazione e contabilità dell'Ordine: modifiche allo luce della normativa sul nuovo Codice degli appalti (Addamo);
7. Comitato Centrale e CEOM a Modena 22-23 giugno;
8. Casa del professionista: valutazioni dopo la chiusura del contratto di affitto degli ingegneri (secondo piano);
9. CUP: modifiche allo statuto;
10. Delibere amministrative (Addamo);
11. Varie ed eventuali.

Albo Medici Chirurghi

<i>Prima iscrizione</i>		<i>N. iscrizione</i>
DALLARI	ANTONIO LORENZO	7266
RACHEDI	KARIM	7267
<i>Cancellazione</i>		
FONTANA	CESARE AUGUSTO SABINO	1787
SCIALPI	VALERIA	5925
TALLARICO	SALVATORE	6243

Albo Odontoiatri

<i>Iscrizione per trasferimento</i>		<i>N. iscrizione</i>
LAI	LORENZA (trasf. Ordine -BO)	0811

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO - martedì 16 maggio 2017 – ore 21.00 presso la sede di P.le Boschetti, 8 - Modena

Il giorno martedì 16 maggio 2017 – 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. Mauro Zennaro
Consigliere Segretario Dott. Carlo Curatola
Tesoriere Dott. Antonino Addamo

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

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

Collegio revisori dei conti: D.ssa Letizia Angeli.

Assenti giustificati: Dott. Paolo Barani, D.ssa Loretta Boiani, D.ssa Maria Teresa Donini, Prof.ssa Cristina Magnoni, D.ssa Giovanna Calzolari.

per discutere il seguente ordine del giorno:

1. Approvazione verbale seduta di Consiglio del 26/4/2017;
2. Variazioni agli Albi professionali;
3. Consiglio Nazionale ENPAM del 29 aprile u.s. (Addamo);
4. Iniziative antibufale: report dal Convegno di Dogliani;
5. Iniziative nazionali sul fabbisogno di MMG e PLS;
6. FNOMCeO: impugnazione delibera 241/2017 dell'ANAC e criticità sull'applicazione agli Ordini del nuovo Codice Appalti (dl.gs 50/2016);
7. Casa del professionista: report dall'Assemblea del 3.5.2017;

ATTIVITÀ DELL'ORDINE

8. Disegno di legge: novità sui professionisti;
9. Delibere amministrative (Addamo);
10. Varie ed eventuali.

Albo Medici Chirurghi

<i>Prima iscrizione</i>		<i>N. iscrizione</i>
BOUSSEDRA	SAFIA	7268
<i>Iscrizione per trasferimento</i>		
ANESI	ALEXANDRE	7269
CIANCI	FILIPPO	7270
SINISCALCHI	ANTONIO	7271
<i>Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale di cui all'art. 29, comma 3, dlgs 17/8/99 n. 368 e succ. modificazioni</i>		
MARCUCCI	LISA	6536
<i>Cancellazione</i>		
BALDINI	AUGUSTO	1892
BIGI	ANNA	1596
MANDOLINI	GIULIO	3270
NOTARI	ENRICO	5193

Albo Odontoiatri

<i>Cancellazione</i>		<i>N. iscrizione</i>
GUAZZI	PAOLO	0065

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO - lunedì 5 giugno 2017 – ore 21.15 presso la sede di P.le Boschetti, 8 - Modena

Il giorno lunedì 5 giugno 2017 – ore 21,00 - presso la sala delle adunanze di quest'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Sono presenti:

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

Consiglieri: Dott. Lodovico Arginelli, Dott. Luca Carteri, D.ssa Maria Teresa Donini, Dott. Lauro Ferrari, Dott. Paolo Martone, Dott. Stefano Reggiani.

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

Collegio revisori dei conti: D.ssa Giovanna Calzolari.

Assenti giustificati: Dott. Paolo Barani, D.ssa Loretta Boiani, D.ssa Marinella Nasi, D.ssa Letizia Angeli (revisore dei conti).

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

per discutere il seguente ordine del giorno:

1. Approvazione verbale seduta di Consiglio del 16/5/2017;
2. Variazioni agli Albi professionali;
3. Comunicazioni del presidente;
4. Report attività Scuola Bioetica anno 2017 (Sala);
5. Questione vaccini – situazione nazionale (D'Autilia);
6. Certificati di gravidanza telematici: puntualizzazione;
7. FNOMCeO: inserimento nell'Albo di titoli rilasciati da Università telematiche;
8. Delibere amministrative (Addamo);
9. Varie ed eventuali

SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO MEDICI - Seduta del 28.02.2017 – ore 21,00

Oggi 28.02.2017 alle ore 21,00 presso la sede di P.le Boschetti n. 8 - Modena - si è riunita la Commissione Albo Medici Chirurghi.
Sono presenti: Dott. Antonino Addamo, Dott. Lodovico Arginelli, Dott.ssa Loretta Boiani, Dott. Luca Carteri, Dott. Carlo Curatola, Dott. Nicolino D'Autilia (presente dalle ore 22,00), Dott. Lauro Ferrari, Dott. Paolo Martone, Dott. Stefano Reggiani, Dott. Mauro Zennaro.

Assenti giustificati: Dott. Paolo Barani, Dott.ssa Maria Teresa Donini, Dott. Mauro Manno, Dott.ssa Marinella Nasi.

Assente: Prof.ssa Maria Cristina Magnoni.

In assenza del Presidente Dott. D'Autilia che ha comunicato la impossibilità a partecipare alla seduta un impegno sopraggiunto improvvisamente, accertata l'esistenza del numero legale per la validità dell'adunanza, il Vice-Presidente Dott. Mauro Zennaro dichiara aperta la seduta.

Verbalizza il Consigliere Segretario, Dott. Carlo Curatola.

Si discute il seguente ordine del giorno:

1. Comunicazioni del presidente;
2. Giudizio disciplinare avverso il Dott.ssa PC;
3. Giudizio disciplinare avverso il Dott. SF;
4. Valutazione di vicende disciplinari per eventuale apertura di procedimento;
5. Opinamento parcelle sanitarie.

SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO MEDICI - Seduta del 03.04.2017 – ore 21,20

Oggi 03.04.2017 alle ore 21.20 presso la sede di P.le Boschetti n. 8 - Modena - si è riunita la Commissione Albo Medici Chirurghi.
Presenti: Dott. Lodovico Arginelli, Dott.ssa Loretta Boiani, Dott. Luca Carteri, Dott. Carlo Curatola, Dott. Nicolino D'Autilia, Dott. Lauro Ferrari, Dott. Mauro Manno, Dott. Paolo Martone, Dott.ssa Marinella Nasi, Mauro Zennaro, Dott.ssa Maria Teresa Donini, Dott. Nino Addamo.

Assente: Prof.ssa Maria Cristina Magnoni.

Accertata l'esistenza del numero legale per la validità dell'adunanza il Presidente dichiara aperta la seduta.

Verbalizza il Consigliere Segretario, Dott. Carlo Curatola.

Si discute il seguente ordine del giorno:

1. Comunicazioni del presidente;
2. Valutazione di vicende disciplinari per eventuale apertura di procedimento;
3. Opinamento parcelle sanitarie.

SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO MEDICI - Seduta del 08.05.2017 – ore 21,00

Oggi 08.05.2017 alle ore 21,00 presso la sede di P.le Boschetti n. 8 - Modena - si è riunita la Commissione Albo Medici Chirurghi.
Presenti: Dott. Antonino Addamo, Dott. Lodovico Arginelli, Dott.ssa Loretta Boiani, Dott. Carlo Curatola, Dott. Nicolino D'Autilia, Dott. Lauro Ferrari, Dott. Paolo Martone, Dott.ssa Marinella Nasi, Dott. Stefano Reggiani, Dott. Mauro Zennaro.

Accertata l'esistenza del numero legale per la validità dell'adunanza il Presidente dichiara aperta la seduta.

In assenza del Consigliere segretario verbalizza il più giovane presente in sala, Dott. Mauro Zennaro, vice-presidente.

Si discute il seguente ordine del giorno:

1. Comunicazioni del presidente;
2. Giudizio disciplinare avverso MM;
3. Valutazione di vicende disciplinari per eventuale apertura di procedimento;
4. Opinamento parcelle sanitarie.

ATTIVITÀ DELL'ORDINE

VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI - Seduta del 19.04.2017 – ore 21.00

Il giorno 19.04.2017 – ore 21,00 – presso la sala riunioni dell'Ordine dei medici di Modena – P.le Boschetti 8, si è riunita la Commissione Albo Odontoiatri.

Sono presenti:

Dott. Roberto Gozzi (Presidente)
Dott. Mario Caliandro (Segretario - verbalizzante)
Dott.ssa Francesca Braghiroli
Dott. Enzo Malara
Prof. Mario Provvigionato

Ordine del giorno:

1. Approvazione verbale CAO del 7.03.2017;
2. Comunicazioni del Presidente;
3. Eventuale apertura procedimenti disciplinari;
4. Iniziative culturali anno 2017;
5. Approvazione terne per gli Esami di Stato di odontoiatria;
6. Opinamento eventuali parcelle odontoiatriche;
7. Varie ed eventuali.

VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI - Seduta del 30.05.2017 – ore 21.00

Il giorno 30.05.2017 – ore 21,00 – presso la sala riunioni dell'Ordine dei medici di Modena – P.le Boschetti 8, si è riunita la Commissione Albo Odontoiatri.

Sono presenti:

Dott. Roberto Gozzi (Presidente)
Dott. Mario Caliandro (Segretario - verbalizzante)
Dott.ssa Francesca Braghiroli
Dott. Enzo Malara
Prof. Mario Provvigionato

Ordine del giorno:

1. Approvazione verbale CAO del 19.04.2017;
2. Comunicazioni del Presidente;
3. Eventuale apertura procedimenti disciplinari;
4. Iniziative culturali anno 2017;
5. Opinamento eventuali parcelle odontoiatriche;
6. Varie ed eventuali.

NOTE TRISTI:

*La Direzione del Bollettino, a nome di tutti i medici della provincia, formula le più sentite condoglianze:
Alla famiglia per il decesso del Dott. Augusto Baldini.
Alla famiglia per il decesso della D.ssa Anna Bigi
Alla famiglia per il decesso della D.ssa Wilma Piaggi*

VACCINI: MITI E REALTÀ LA VACCINOVIGILANZA

Nel prolungato dibattito che sta interessando da alcuni mesi l'opinione pubblica italiana e la nostra professione sul tema delle vaccinazioni spesso si è parlato, più o meno a proposito, di maggiore o minore attenzione agli effetti collaterali dei vaccini. Si ritiene opportuno a questo proposito pubblicare il report del gruppo dell'AIFA sulla vaccinovigilanza per una prima analisi del problema e con l'obiettivo di fornire ai colleghi uno strumento utile ai fini di una piena partecipazione consapevole al dibattito.

Il presidente



La vaccinovigilanza in Italia: ruolo e obiettivi

*a cura del gruppo di lavoro sulla Vaccinovigilanza**



* (la composizione del gruppo di lavoro sulla Vaccinovigilanza è indicata nella tabella in appendice)

DI PARTICOLARE INTERESSE



*La vaccinovigilanza in Italia:
ruolo e obiettivi*

1. INTRODUZIONE	3
2. VACCINOVIGILANZA	5
3. LA VALUTAZIONE DEL NESSO DI CAUSALITÀ (CAUSALITY ASSESSMENT)	8
4. CONCLUSIONI	10
REFERENZE	11
APPENDICE	12

1. INTRODUZIONE

I vaccini rappresentano una delle principali risorse in termini di salute pubblica ed individuale, per il loro rilevante impatto non solo sulla prevenzione di numerose malattie infettive, ma anche sullo stato di salute generale della popolazione. Nel corso del tempo, infatti, questi medicinali hanno contribuito alla notevole riduzione della morbosità e della mortalità, soprattutto in età infantile ed alla riduzione della diffusione (fino all'eradicazione, come nel caso del vaiolo) di malattie infettive trasmissibili potenzialmente letali o invalidanti, con conseguente marcata riduzione dei costi umani, economici e sociali.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), i vaccini possono essere considerati: un "gruppo eterogeneo di prodotti medicinali biologici destinati alla profilassi delle malattie infettive trasmissibili e non, contenenti antigeni selezionati in grado di indurre una risposta immunitaria specifica verso agenti patogeni o sostanze da essi prodotti, che risultano rilevanti nella patogenesi della malattia".

Il concetto di eterogeneità è riferito alla diversa composizione dei vaccini, sia per i costituenti in grado di provocare la risposta immunitaria, sia in base agli adiuvanti della risposta stessa ed agli eccipienti e conservanti necessari alla stabilità del vaccino.

In base alla loro composizione, i vaccini si distinguono in [1]:

- a. Vivi attenuati (virali o batterici)
- b. Inattivati
 - 1) A cellule intere (batteriche o virali)
 - 2) Frazionati
 - a. Proteici
 - i. tossoidi
 - ii. subunità
 - b. Polisaccaridici
 - i. puri
 - ii. coniugati
 - c. Vaccini ricombinanti (virali o batterici), prodotti attraverso tecnologia di ingegneria genetica.

La presenza di differenti adiuvanti e conservanti, invece, è strettamente dipendente dagli elementi antigenici e dalla loro capacità di determinare una risposta specifica nelle diverse età della vita, per cui si distinguono vaccini adiuvati, adsorbiti e coniugati.

L'attuale Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (2017-2019) [2], tenendo conto delle raccomandazioni dell'OMS, definisce il processo decisionale ed i criteri *evidence based* per l'introduzione di nuovi vaccini nel calendario nazionale. Il calendario delle vaccinazioni prevede dunque l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni (obbligatorie e raccomandate) e le vaccinazioni indicate per i soggetti ad alto rischio.

DI PARTICOLARE INTERESSE

*La vaccinovigilanza in Italia:
ruolo e obiettivi*

Poiché la popolazione target è rappresentata prevalentemente da soggetti sani, per la maggior parte di età pediatrica, il livello accettabile di rischio è inferiore a quello degli altri prodotti medicinali. Inoltre, le fasce di età maggiormente coinvolte nelle campagne di immunizzazione sono caratterizzate dall'insorgenza di specifiche patologie età correlate. Queste peculiarità dei vaccini rendono necessarie attività di farmacovigilanza post-marketing che vadano oltre quelle routinarie, al fine di monitorare e valutare adeguatamente gli eventuali rischi.

Pertanto, lo scopo di questo documento è di definire e sottolineare il ruolo, gli obiettivi e le attività della vaccinovigilanza in Italia, in previsione della prossima pubblicazione del quinto **Rapporto sulla sorveglianza postmarketing dei vaccini in Italia**, che analizzerà le segnalazioni spontanee di sospette reazioni avverse ricevute nel biennio 2014-2015.



2. VACCINOVIGILANZA

Per vaccinovigilanza si intende l'insieme delle attività di farmacovigilanza relative alla "raccolta, valutazione, analisi e comunicazione degli eventi avversi che seguono l'immunizzazione (*Adverse Event Following Immunization* o AEFI). In termini più ampi, la farmacovigilanza e la vaccinovigilanza rappresentano un insieme complesso di attività finalizzate a valutare in maniera continuativa tutte le informazioni relative alla sicurezza dei prodotti medicinali e ad accertare che il rapporto beneficio/rischio (B/R) si mantenga favorevole nel corso del tempo. La vaccinovigilanza rappresenta, pertanto, uno strumento utile per monitorare l'uso sicuro dei vaccini, in quanto permette, anche dopo l'approvazione e l'immissione in commercio del prodotto medicinale, di controllarne costantemente efficacia e tollerabilità.

L'attuale legislazione europea di Farmacovigilanza, oltre che su leggi e regolamenti [3], si fonda anche su una serie di misure elaborate per favorire le attività di farmacovigilanza: le *Good Pharmacovigilance Practices* (GVP). Le peculiarità dei vaccini hanno determinato l'elaborazione e la diffusione di una specifica GVP [4], che integra quanto riportato nelle altre GVP, focalizzando l'attenzione su aspetti specifici dei vaccini e sulle modalità di realizzazione di un'efficace attività di vaccinovigilanza.

Le GVP prevedono che le aziende produttrici di vaccini e di farmaci elaborino nel corso della "vita" del prodotto:

- il documento *Periodic Benefit Risk Evaluation Report* (PBRER) (da produrre con intervalli da 1 a 5 anni secondo il tipo di farmaco o vaccino), che racchiude la presentazione e la discussione dei dati relativi alla sicurezza (reazioni avverse, segnali e rischi) ed include la valutazione del beneficio basata sui dati di *efficacy* ed *effectiveness* [5];
- il documento *Risk Management Plan* (RMP), che descrive il *risk management system* adottato dall'azienda, ossia l'insieme delle attività di farmacovigilanza ed interventi atti a identificare, caratterizzare, prevenire e minimizzare i rischi relativi al prodotto [6]. Il documento è obbligatorio per le aziende che chiedono l'autorizzazione all'immissione in commercio (AIC) dal 2012 e per tutte gli altri produttori, se l'autorità regolatoria ritiene che siano emersi problemi di sicurezza, tali da modificare il rapporto B/R del prodotto;
- i *post-authorization safety studies* (PASS), studi interventistici o non-interventistici che hanno l'obiettivo di identificare, caratterizzare o quantificare un rischio di sicurezza, confermare il profilo di sicurezza o valutare l'efficacia delle misure di minimizzazione del rischio (*risk management measures* [7]) e che vengono condotti dalle aziende titolari dell'AIC, su base volontaria o per imposizione dell'autorità regolatoria.

La vaccinovigilanza dell'Autorità regolatoria viene effettuata attraverso la raccolta e l'analisi delle segnalazioni spontanee di AEFI, tramite le quali possono emergere segnali che necessitano di approfondimento per essere smentiti o confermati e quantificati in termini di rischio attraverso la conduzione di studi di farmacoepidemiologia. Gli AEFI sono segnalati spontaneamente da medici, operatori sanitari e pazienti e vengono raccolti nel database della Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNF), istituita nel 2001. La segnalazione di uno o più sospetti AEFI può essere effettuata online attraverso la piattaforma dell'Agenzia Italiana del Farmaco - AIFA (Vigifarmaco) o inviando il modulo cartaceo debitamente compilato via posta (o fax o e-mail) al Responsabile di Farmacovigilanza della struttura di appartenenza del segnalatore. Queste sono definite attività di sorveglianza passiva.

In Italia la RNF garantisce non solo la raccolta, la gestione e l'analisi delle segnalazioni spontanee, ma anche



la pronta e capillare diffusione delle informazioni diramate dall'AIFA sulla sicurezza dei farmaci, attraverso un network che coinvolge AIFA, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, Unità Sanitarie Locali, Ospedali, Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico e industrie farmaceutiche. Le attività di farmacovigilanza sono state potenziate attraverso il collegamento ad *Eudravigilance* [8], (che raccoglie le segnalazioni di sospette reazioni avverse a farmaci autorizzati nello Spazio Economico Europeo) dal 2006 ed a Vigibase [9], il database dell'OMS per il Monitoraggio Internazionale dei Farmaci di Uppsala creato nel 1978, che raccoglie le segnalazioni che provengono attualmente da 125 paesi di tutto il mondo. La disponibilità di tutti questi dati permette di evidenziare rapidamente problematiche specifiche che meritano ulteriori approfondimenti (analisi del segnale, procedure di rivalutazione del rapporto B/R, attività di farmacovigilanza attiva come studi osservazionali comparativi o descrittivi ed indagini cliniche mirate). Inoltre, la possibilità di analizzare i dati provenienti da varie nazioni aumenta le dimensioni delle popolazioni studiate e consente di valutare anche AEFI molto rari che non possono essere adeguatamente studiati usando i dati derivanti da un'area geografica limitata o da un campione selezionato.

I progetti di vaccinovigilanza attiva permettono la raccolta di sospetti AEFI, incoraggiando e facilitando le segnalazioni da parte degli operatori sanitari, in situazioni specifiche (per esempio per nuovi vaccini e per periodi limitati di tempo). Tali progetti includono per esempio la segnalazione on-line di eventi avversi tramite la piattaforma informatica denominata Vigifarmaco (www.vigifarmaco.it), che non è limitata attualmente a progetti di farmacovigilanza attiva ma è lo strumento di segnalazione on-line per tutti. La presenza di questi progetti può portare ad un aumento significativo del numero di segnalazioni inserite in RNF e può influenzare pertanto l'andamento temporale delle segnalazioni. Bisogna quindi considerare l'influenza di tali progetti sulle attività di monitoraggio delle segnalazioni spontanee.

Allo scopo di gestire in maniera ottimale questo insieme complesso di attività, l'AIFA ha istituito, con determina del 30 luglio 2014, un Gruppo di Lavoro per la Vaccinovigilanza [10], costituito da rappresentanti del Ministero della Salute, dell'Istituto Superiore di Sanità e dei Centri Regionali di Farmacovigilanza e di Prevenzione e con la partecipazione ad hoc di esperti nazionali. Gli obiettivi del gruppo sono la gestione e l'approfondimento di eventuali segnali provenienti dalle segnalazioni di sospetti AEFI inseriti nella RNF, l'approfondimento di argomenti rilevanti in ambito regolatorio o scientifico, la produzione e divulgazione di documenti utili per la gestione post-marketing dei vaccini (guide o linee di indirizzo).

Nell'ambito di queste attività il Gruppo di Lavoro per la Vaccinovigilanza ha elaborato nel 2016 una **Guida per la valutazione delle reazioni avverse osservabili dopo vaccinazione** [11] che si propone di:

- presentare le definizioni di caso per un elenco di eventi avversi, aggiornando ed integrando le definizioni riportate nel DM 12/12/2003, alla luce delle evidenze attualmente disponibili;
- fornire delle finestre temporali per tipo di reazione e di vaccino;
- indicare quando possibile, il background di incidenza per la specifica reazione/evento.

Il Gruppo di Lavoro ha curato, inoltre, la traduzione e l'adattamento per l'Italia del metodo per la valutazione del nesso di causalità (*causality assessment*) proposto dall'OMS per gli AEFIs. Una sintetica descrizione del metodo è presentata nel seguito di questo documento.

Un ulteriore documento elaborato dal Gruppo di Lavoro è rappresentato dal **Rapporto sulla sorveglianza postmarketing dei vaccini in Italia**, la cui pubblicazione è iniziata nel 2009 su iniziativa diretta di AIFA in collaborazione con il Gruppo Vaccinovigilanza e finora giunta alla quarta edizione (Anno 2013). Pur non essendo previsto dalla normativa vigente di Farmacovigilanza, questo rapporto ottempera alle indicazioni

La vaccinovigilanza in Italia: ruolo e obiettivi

in essa contenute, relative alla trasparenza ed alla accessibilità dei dati. In breve, questo documento contiene l'analisi delle sospette reazioni avverse ai vaccini inserite nella RNF in un periodo prestabilito (1 o 2 anni) e descrive l'attività di sorveglianza post-marketing dei vaccini condotta in Italia, illustrando i risultati complessivi delle analisi condotte per tipologia di vaccino.

Dopo una prima edizione relativa al biennio 2009-2010, il rapporto è stato pubblicato a cadenza annuale fino al 2013. A breve sarà pubblicato il rapporto biennale relativo al 2014-2015, mentre la pubblicazione del rapporto per i dati del 2016 è prevista entro la fine del 2017.



3. LA VALUTAZIONE DEL NESSO DI CAUSALITÀ (CAUSALITY ASSESSMENT)

Il *causality assessment* è la valutazione della relazione causale tra un evento avverso ed un trattamento farmacologico. Nei sistemi della segnalazione spontanea la valutazione di *causality assessment* può essere effettuata sia a livello della singola segnalazione, sia analizzando gruppi di segnalazioni che riportano lo stesso evento.

Va innanzitutto ricordato che nella segnalazione spontanea, anche quando si analizzano molte segnalazioni, soprattutto nel caso di sospette reazioni avverse costituite da patologie complesse per molte condizioni/fattori predisponenti e/o concomitanti, è spesso impossibile stabilire con assoluta certezza la presenza o l'assenza di una relazione causale con il trattamento. In questi casi solo studi accurati di farmacoepidemiologia, condotti sulla popolazione possono arrivare non solo a provare o ad escludere la relazione causale, ma anche a quantificare, se presente, il rischio collegato al trattamento.

La valutazione di *causality assessment* considera molti elementi: alcuni sono riferiti al caso segnalato, come l'intervallo tra l'inizio del trattamento e l'insorgenza della reazione, la presenza di fattori predisponenti o concomitanti, la presenza di altri trattamenti potenzialmente responsabili dell'evento, la plausibilità biologica e le informazioni relative al *dechallenge* (cosa succede quando il trattamento viene sospeso) e *rechallenge* (cosa succede quando il farmaco viene risomministrato). Altri elementi sono derivati dalla letteratura e da quello che già si conosce su quel farmaco (ad esempio quello che è riportato sul foglietto illustrativo sulla base di trial clinici o studi epidemiologici).

La valutazione di *causality assessment* per i vaccini è in generale più complicata rispetto agli altri farmaci. I vaccini, infatti, vengono spesso somministrati una sola volta e, quindi, le informazioni su *dechallenge* e *rechallenge* sono carenti. Inoltre l'alta percentuale di bambini vaccinati rende difficile il confronto con chi non è stato vaccinato soprattutto per patologie che insorgono proprio nell'età della vaccinazione e che, di conseguenza possono essere identificate casualmente proprio nel periodo successivo alla vaccinazione.

Nel corso degli anni sono stati sviluppati diversi algoritmi per l'attribuzione del *casuality assessment* che cercano di limitare la variabilità nell'interpretazione degli elementi sopra descritti.

Nel 2013 l'OMS ha pubblicato una guida alla valutazione del *causality assessment* degli AEFI ed è sulla base di questa guida che viene condotta l'analisi dei casi della Rete Nazionale di Farmacovigilanza. Il documento dell'OMS [12] guida la valutazione ed arriva ad una classificazione di *causality assessment* in quattro principali categorie:

- inclassificabile: la valutazione non può essere fatta in quanto mancano informazioni essenziali. Questo avviene ad esempio quando la diagnosi descritta come evento non è chiaramente definita o quando mancano informazioni cliniche importanti alla valutazione dei fattori concomitanti e/o predisponenti alla reazione. È evidente che una buona valutazione del *causality assessment* deve basarsi su casi ben documentati;
- correlabile: la valutazione delle informazioni relative al caso segnalato e a quanto conosciuto nella letteratura porta a stabilire l'evento correlabile alla vaccinazione (per la certezza ricordare quanto detto in precedenza);
- non correlabile: la valutazione delle informazioni relative al caso segnalato e a quanto conosciuto

nella letteratura porta a stabilire l'evento non correlabile alla vaccinazione (per la certezza ricordare quanto detto in precedenza);

- indeterminato: le informazioni riportate sulla segnalazione consentono una valutazione del caso ma la presenza di fattori confondenti e/o la mancanza di studi epidemiologici chiari non consentono di arrivare con sufficiente sicurezza a stabilire l'evento correlabile o non correlabile alla vaccinazione.

Il metodo dell'OMS è ormai uno standard a livello internazionale ed è utilizzato da molti centri di farmacovigilanza. Va ricordato peraltro che, sebbene nessun metodo di *causality assessment* riesca a evitare del tutto la variabilità della valutazione da un operatore a un altro, l'ultimo aggiornamento del *causality assessment* dell'OMS ha apportato significative migliorie al processo permettendo di ridurre in parte la possibile soggettività di giudizio.





4. CONCLUSIONI

I principali obiettivi delle attività di vaccinovigilanza sono: l'identificazione di AEFI non noti o rari, di cambiamenti di frequenza di AEFI noti e di fattori di rischio per particolari AEFI, la valutazione del nesso di causalità, la quantificazione dei rischi, l'adozione di misure di minimizzazione del rischio e l'adeguata comunicazione tra operatori sanitari e cittadini.

Il calo vaccinale registrato negli ultimi anni testimonia che l'insorgenza di problemi di sicurezza, veri o presunti, relativi ai vaccini, o anche la sola ipotesi di un rischio ad essi associati, abbia un impatto non trascurabile sui programmi di immunizzazione. In questo contesto, assumono un ruolo importante le attività di comunicazione indirizzate agli operatori sanitari e ai cittadini, quale la pubblicazione di rapporti sulla sorveglianza post-marketing dei vaccini, aventi come obiettivo principale quello di informare in maniera corretta e trasparente su nuove evidenze disponibili riguardanti gli aspetti di sicurezza, nonché di evidenziare e chiarire i benefici delle vaccinazioni, protezione da malattie anche gravi e dalle loro possibili complicanze, rispetto ai rischi, potenziali, o dichiaratamente falsi. Un elemento da non trascurare è, ovviamente, il linguaggio usato, affinché il messaggio sia comprensibile per tutti i possibili destinatari.



*La vaccinovigilanza in Italia:
ruolo e obiettivi*

REFERENZE

1. Pink Book – Principles of Vaccination – CDC
<https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/prinvac.html>
2. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2571_allegato.pdf
3. http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/special_topics/general/general_content_000491.jsp
4. Guideline on good pharmacovigilance practices. Product or population specific considerations. I: vaccines for prophylaxis against infectious diseases
http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2013/12/WC500157839.pdf
5. Periodic Benefit Risk Evaluation Report
http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Regulatory_and_procedural_guideline/2012/04/WC500125440.pdf
6. Guideline on good pharmacovigilance practices (GVP), module V Risk management systems
http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2012/06/WC500129134.pdf
7. Guideline on good pharmacovigilance practices (GVP) Module VIII – Post-authorisation safety studies (Rev 2),
http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2012/06/WC500129137.pdf
8. http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/regulation/general/general_content_000679.jsp&mid=WC0b01ac05800250b5
9. <https://www.who-umc.org/vigibase/vigibase/>
10. http://www.aifa.gov.it/sites/default/files/determina_vaccinovigilanza.pdf
11. Guida per la valutazione delle reazioni avverse osservabili dopo vaccinazione, Aifa, Febbraio 2016
http://www.aifa.gov.it/sites/default/files/Guida_valutazione_reazioni_avverse_osservabili_dopo_vaccinazione_1.pdf
12. Causality assessment of an adverse event following immunization (AEFI). User manual for the revised WHO classification, March 2013
http://www.who.int/vaccine_safety/publications/aevi_manual.pdf

DI PARTICOLARE INTERESSE

La vaccinovigilanza in Italia:
ruolo e obiettivi

APPENDICE

COMPOSIZIONE GRUPPO DI LAVORO SULLA VACCINOVIGILANZA (nelle precedenti pubblicazioni indicato come GRUPPO ANALISI SEGNALI VACCINI).

Oltre ad AIFA, fanno parte del Gruppo i referenti del Ministero della Salute, dell'Istituto Superiore di Sanità, dei Centri Regionali per la FV e della prevenzione nominati dalle Regioni di appartenenza.

Regione	Responsabile CRFV	Referente gruppo di lavoro indicato dal CRFV (se diverso dal responsabile del centro)	Referente gruppo di lavoro indicato dalla Prevenzione
ABRUZZO	Stefania Melena Centro Regionale Farmacovigilanza - Regione Abruzzo		
BASILICATA	Maria Rosaria Puzo Ufficio prestazioni Assistenziali e Farmaceutico Centro Regionale Farmacovigilanza - Regione Basilicata		Francesco Locuratolo Regione Basilicata-Dipartimento salute sicurezza e solidarietà sociale, servizi alla persona e alla comunità
CALABRIA	Maria Rosaria Maione Centro Regionale Farmacovigilanza - Regione Calabria		Sandro Giuffrida ASP Reggio Calabria, U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica
CAMPANIA	Francesco Rossi Dipartimento di medicina sperimentale- SUN		
E. ROMAGNA	Ester Sapigni Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, Regione Emilia-Romagna - Servizio Assistenza Territoriale	Mauro Melis Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche Università di Bologna	Maria Grazia Pascucci Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, Regione Emilia-Romagna - Servizio Prevenzione collettiva e Sanità Pubblica
FRIULI V. GIULIA	Paola Rossi Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, Area Servizi assistenza primaria - Servizio farmaceutico Regione Friuli Venezia Giulia		Tolinda Gallo Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine
LAZIO	Nadia Mores Gruppo Analisi dei Segnali, Farmacovigilanza, Lazio		
LIGURIA	Maria Caterina Merlano A.Li.Sa. Regione Liguria Centro Regionale Farmacovigilanza Regione Liguria		Cristiano Alicino Dipartimento di Scienze della Salute Università degli Studi di Genova
LOMBARDIA	Mirosa Della Giovanna Centro Regionale Farmacovigilanza Direzione generale WELFARE - Regione Lombardia	Olivia Leoni Centro Regionale Farmacovigilanza Direzione generale WELFARE - Regione Lombardia	Giuseppe Monaco Centro Regionale Farmacovigilanza Direzione generale WELFARE - Regione Lombardia
MARCHE	Stefano Sagratella Centro Regionale Farmacovigilanza Regione Marche		Augusto Liverani Asur AV1-Sisp di Urbino
MOLISE	Maurizio Tagliatela Università degli studi del Molise Dipartimento di Medicina e Scienze per la Salute		Michele Colitti Servizio Prevenzione, Veterinaria e Sicurezza alimentare
PA BOLZANO	Verena Moser Provincia Autonoma di Bolzano Ripartizione Salute		Monica Bevilacqua Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, Comprensorio Sanitario di Merano, Serv. igiene e sanità pubblica
PA TRENTO		Elisabetta Debastiani Servizio farmaceutico Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Trento	Silva Franchini Dipartimento Prevenzione U.O. Igiene e Sanità Pubblica Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia autonoma di Trento Centro per i servizi sanitari
PIEMONTE	Eleonora Marrazzo Centro Regionale di Documentazione sul Farmaco - ASL T02		Lorenza Ferrara SeREMI-ASL AL
PUGLIA	Maria Cristina Carbonara Centro Regionale Farmacovigilanza - Regione Puglia	Angela Chielli Area Farmaceutica Territoriale ASL Bari	Silvio Tafuri Dipartimento Scienze Biomediche ed Oncologia Umana Università degli Studi di Bari

DI PARTICOLARE INTERESSE

La vaccinovigilanza in Italia:
ruolo e obiettivi

Regione	Responsabile CRFV	Referente gruppo di lavoro indicato dal CRFV (se diverso dal responsabile del centro)	Referente gruppo di lavoro indicato dalla Prevenzione
SARDEGNA	Maria Erminia Stochino Centro Regionale di Farmacovigilanza - Regione Sardegna, Unità Complessa di Farmacologia Clinica Azienda Ospedaliero - Universitaria Cagliari		
SICILIA	Edoardo Spina Centro Referente per la segnalazione spontanea AOU Policlinico G.Martino, Messina	Claudia Minore Centro Regionale di Coordinamento di Farmacovigilanza e Vaccinovi-gilanza - Servizio Farmaceutico, Assessorato della Salute, Palermo	Franco Belbruno Azienda Sanitaria Provinciale di Enna Dipartimento di Prevenzione
TOSCANA	Maria Parrilli Centro Regionale Toscano di Farmacovigilanza III Livello - Settore Politiche del Farmaco, Innovazione e Appropriatazza - Regione Toscana		Emanuela Balocchini Responsabile Servizi di Prevenzione in Sanità Pubblica e Veterinaria
UMBRIA	Giampaolo Bucaneve Azienda Ospedaliera di Perugia	Rosalba Elisabetta Rocchi Centro Regionale di Farmacovigilanza presso Direzione Regionale Salute, Welfare Organizzazione e Risorse Umane - Regione Umbria	Anna Tosti Servizio Prevenzione Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare, Sezione Prevenzione Regione Umbria
VALLE D'AOSTA	Iacopo Luboz Centro Regionale Farmacovigilanza Regione Valle d'Aosta	Daniela Barrera Azienda Unità Sanitaria Locale Valle d'Aosta	Marina Verardo Azienda Unità Sanitaria Locale Valle d'Aosta
VENETO	Ugo Moretti Azienda Ospedaliera Universitaria integrata di Verona		Giovanna Zanoni Azienda Ospedaliera Universitaria integrata di Verona
MINSAL	Stefania Iannazzo Ufficio V- malattie infettive e profilassi internazionale direzione generale prevenzione sanitaria		
ISS	Francesca Menniti Ippolito - Unità di Farmacoepidemiologia Centro Nazionale per la ricerca e la valutazione preclinica e clinica dei farmaci Caterina Rizzo - Dipartimento Malattie Infettive		
AIFA	Antonella Biasiotta, Patrizia Felicetti, Pasquale Marchione Area Vigilanza Post-Marketing		

MEDICI COMPETENTI: ARRIVANO I CHIARIMENTI DI MINISTERO E FNOMCEO

Buone notizie per i medici competenti – quelli che collaborano alla valutazione dei rischi ed effettuano la sorveglianza sanitaria dei lavoratori – che, pur in regola con l'aggiornamento ECM, sono stati cancellati dall'apposito elenco nazionale a seguito di omessa comunicazione dei crediti conseguiti.

Ad affermarlo è una Circolare congiunta Ministero della Salute- Fnomceo che, tra gli altri punti, chiarisce che “per poter svolgere le funzioni di medico competente risulta necessario il possesso del titolo e del requisito dell'aggiornamento ECM, mentre non risulta parimenti indispensabile la presenza in elenco, stante la funzione riepilogativa e non abilitativa dello stesso”.

Si invitano i colleghi interessati a leggere attentamente la circolare ministeriale che affronta in particolare i seguenti aspetti:

- Natura dell'elenco nazionale medici competenti;
- Scadenza ECM triennio formativo 2014 – 2016;
- Controlli;
- Aggiornamento posizione ECM da parte del medico competente;
- Cancellazioni/reiscrizioni



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA
PREVENZIONE SANITARIA
Via Giorgio Ribotta, 5 – 00144 Roma



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri



Oggetto: Elenco medici competenti: chiarimenti e procedure

Il medico competente, secondo la definizione dell'articolo 2, comma 1, lettera h) del decreto legislativo n. 81 del 9 aprile 2008 e s.m., è un medico in possesso dei titoli professionali e dei requisiti previsti dall'articolo 38 del medesimo decreto, che collabora alla valutazione dei rischi ed effettua la sorveglianza sanitaria, a tutela dello stato di salute e della sicurezza dei lavoratori.

In particolare, il medico competente collabora con il datore di lavoro e con il servizio di prevenzione e protezione alla valutazione dei rischi per la salute e sicurezza dei lavoratori, alla redazione del documento della valutazione dei rischi, collabora all'attuazione di programmi di promozione della salute, effettua la sorveglianza sanitaria come misura di tutela della salute dei lavoratori.

All'articolo 38 del citato decreto legislativo n. 81 del 2008, vengono individuati, i titoli e i requisiti professionali obbligatori per poter svolgere le mansioni tipiche di un medico competente.

Come tutte le figure professionali, il medico che fornisce la consulenza di medico competente è obbligato a tenersi costantemente aggiornato, non solo per ciò che è strettamente legato alla professione medica ma anche rispetto ai principi derivanti dalla giurisprudenza che regola la sicurezza sul lavoro, materia questa sempre delicata e soggetta a continue modifiche.

Nello specifico, infatti, il comma 3 dell'articolo 38 del decreto legislativo 81 del 2008 dispone “ *per lo svolgimento delle funzioni di medico competente è altresì necessario partecipare al programma di educazione continua in medicina ai sensi del Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 e successive modificazioni e integrazioni,(...). I crediti previsti dal programma triennale dovranno essere conseguiti nella misura non inferiore al 70 per cento del totale nella disciplina “medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro”*”

Come noto, i medici in possesso dei titoli e requisiti previsti dalla normativa vigente, possono iscriversi all'elenco nazionale dei medici competenti di cui all'articolo 38, comma 4 del decreto

NORMATIVA

legislativo n. 81 del 2008, che è tenuto, ed aggiornato, sulla base del decreto ministeriale 4 marzo 2009 (G.U. serie generale n.146 del 26 giugno 2009), presso l'Ufficio II della Direzione Generale della prevenzione sanitaria del Ministero della salute, ufficio a cui gli stessi medici provvedono a trasmettere la certificazione o l'autocertificazione attestante il conseguimento dei crediti ECM previsti.

Sulla base della sopra descritta vigente normativa sono pervenuti numerosi quesiti circa la tematica in oggetto.

In particolare sui seguenti aspetti:

- a) **natura dell'elenco nazionale medici competenti;**
- b) **scadenza ECM triennio formativo 2014-2016;**
- c) **controlli;**
- d) **aggiornamento posizione ECM da parte del medico competente;**
- e) **cancellazioni/reinscrizioni;**

a) Natura dell'elenco nazionale medici competenti

In merito a ciò si ribadisce che, l'articolo 25, comma 1, lettera n) del decreto legislativo n. 81 del 2008, stabilisce, per il medico competente, l'obbligo di comunicare, mediante autocertificazione, al Ministero della salute, il possesso dei titoli e dei requisiti previsti dall'art. 38 del predetto decreto legislativo.

Tuttavia, ai fini dello svolgimento dell'attività rilevano esclusivamente le previsioni contenute al comma 1 e 3 dell'art. 38 dello stesso decreto, che disciplinano le condizioni abilitanti per poter svolgere la funzione.

Pertanto, per poter svolgere le funzioni di medico competente risulta necessario il possesso del titolo e del requisito dell'aggiornamento ECM, mentre non risulta parimenti indispensabile la presenza in elenco, stante la funzione riepilogativa e non abilitativa dello stesso elenco.

Alla luce delle soprarichiamate disposizioni, in caso di cancellazione dall'elenco, a seguito di omessa comunicazione, non risulta in alcun modo pregiudicata la possibilità dello svolgimento legittimo dell'attività, da parte del sanitario in possesso del titolo prescritto e del requisito dell'avvenuto aggiornamento ECM.

L'elenco ha quindi natura "riepilogativa e non abilitativa".

b) Scadenza ECM: il triennio formativo 2014-2016

Per i medici competenti, ai sensi dell'articolo 2, comma 2, del decreto ministeriale 4 marzo 2009, è previsto il pieno soddisfacimento dell'obbligo formativo individuale del programma triennale di educazione continua in medicina, con la possibilità di recupero dei crediti mancanti **entro l'anno**

successivo alla scadenza del medesimo programma triennale di educazione continua in medicina come previsto dall'articolo 38, comma 3, del decreto legislativo n. 81 del 9 aprile 2008, quale **requisito necessario per poter svolgere le funzioni di medico competente.**

Pertanto, l'interessato ha l'obbligo della comunicazione del possesso del necessario requisito formativo mediante l'invio di apposita autocertificazione da trasmettere all'ufficio competente a partire **dal 1 gennaio 2017** e fino al **15 gennaio 2018**; si ribadisce che, per il triennio formativo 2014-2016, il professionista ha tempo fino a tutto il 2017 per completare i crediti ECM.

In caso di mancato invio dell'autocertificazione l'ufficio competente provvede, senza ulteriori adempimenti, alla cancellazione dall'elenco nazionale .

La cancellazione dall'elenco del professionista, che non ha completato il suo percorso formativo, non consente di esercitare la funzione di medico competente poiché tutti gli atti posti in essere da medici competenti che non abbiano il richiesto requisito formativo di cui all'articolo 38, comma 3, sono illegittimi.

Si ricorda, inoltre, che il datore di lavoro che si avvalga di un medico competente senza titolo è punito ai sensi dell'art. 55, comma 5, lett. e), del decreto legislativo n. 81 del 2008.

Le partecipazioni ECM acquisite, a titolo di "recupero" dell'obbligo formativo individuale, possono venire conteggiate a valere sul triennio precedente solo su esplicita indicazione del professionista, che la deve esercitare tramite il proprio Ordine o tramite il portale Co.Ge.A.P.S. (www.cogeaps.it) al fine di aggiornare la propria posizione sul portale Co.Ge.A.P.S.

Si sottolinea che le partecipazioni portate a "recupero" del triennio precedente, non saranno successivamente conteggiate per il soddisfacimento dell'obbligo formativo, nel triennio di acquisizione.

e) Controlli

Nel corso del triennio formativo ECM, il Ministero della salute, effettuerà controlli a campione relativamente alla conformità della formazione ECM acquisita, nel rispetto della normativa relativa ai Medici Competenti, laddove, a fine triennio, i controlli saranno sistematici su tutti gli iscritti all'elenco.

La recente sottoscrizione del **"Protocollo d'intesa tra Ministero della salute e la FNOMCeO per lo scambio di dati finalizzati all'aggiornamento e revisione dell'elenco nazionale dei medici competenti istituito presso il Ministero, dell'Albo unico nazionale tenuto dalla FNOMCeO e degli elenchi provinciali dei medici competenti istituiti presso gli Ordini"** faciliterà la fase dei controlli e delle verifiche sulla formazione realmente conseguita dai professionisti.

La verifica sulla formazione ECM svolta dai Professionisti sarà effettuata sulla base dei dati trasmessi dai Provider a Co.Ge.A.P.S. Pertanto si invitano i professionisti iscritti all'elenco dei medici competenti a verificare sul portale del Co.Ge.A.P.S. eventuali difformità relative ai dati della

formazione ECM, trasmessi dai Provider, e ove necessario a segnalarlo al proprio Ordine o al BackOffice del Co.Ge.A.P.S. Si ricorda e si raccomanda a tutti i medici competenti che accedono al portale del Co.Ge.A.P.S. di “qualificarsi” come tali biffando sull’apposita casella. In tal modo il sistema fornirà automaticamente la situazione aggiornata e già calcolata non soltanto in relazione al totale dei crediti già pervenuti dai provider ma anche al calcolo del 70% nella specifica disciplina o equipollenti.

Ad oggi è possibile effettuare **verifiche sistematiche** in merito alla formazione ECM acquisita nel triennio ECM 2011-2013, poiché le banche dati sono in possesso di tutte le informazioni formative del professionista, comprese quelle relative alla formazione FAD.

Nel corso del triennio formativo 2014-2016, poiché come già ricordato, la norma prevede la possibilità di recupero dei crediti mancanti entro l’anno successivo alla scadenza del medesimo programma triennale, si procederà ad un **costante e puntuale monitoraggio** della formazione di ciascun professionista fino al 31 dicembre 2017.

Fatti salvi i tempi tecnici dell’aggiornamento delle banche dati con acquisizione anche della formazione FAD, si potrà procedere, anche per il triennio 2014-2016 a **verifiche sistematiche**.

d) Aggiornamento posizione ECM da parte del medico competente

Nell’interesse del medico stesso, al fine di agevolare il corretto interscambio dati tra il Ministero e la FNOMCeO, si consiglia ai medici competenti di comunicare, direttamente al proprio Ordine o tramite il portale Co.Ge.A.P.S., eventuali esenzioni e/o esoneri, crediti individuali (crediti esteri, tutoraggio individuale, pubblicazioni scientifiche, autoformazione, sperimentazioni cliniche) al fine di perfezionare la corretta posizione ECM del Professionista. (cfr. DETERMINA DELLA CNFC DEL 17 luglio 2013 e successive)

Il Professionista, accedendo al portale del Co.Ge.A.P.S., può avere in ogni momento il quadro del numero di crediti richiesti per il triennio formativo specifico, e l’indicazione dei crediti maturati, con l’indicazione della disciplina per cui sono stati acquisiti, fino a quel momento trasmessi dai Provider. I provider trasmettono i crediti delle partecipazioni ECM mediamente entro 90 giorni per la formazione residenziale, ma i crediti per le partecipazioni ECM acquisiti tramite Fad possono richiedere periodi sensibilmente più lunghi per essere trasmessi al Co.Ge.A.P.S.

Alla luce di quanto suindicato, anche se l’obbligo formativo standard per il triennio formativo è fissato a 150 crediti ECM, riduzioni, esenzioni, esoneri, possono ridurre **quantitativamente** il numero di crediti formativi necessari per il soddisfacimento dell’obbligo formativo del triennio.

Inoltre, la percentuale del 70% dei crediti ECM da acquisire nel triennio di riferimento che devono afferire alla disciplina “medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro” previsti tassativamente dal comma 3 dell’articolo 38 del decreto legislativo n. 81 del 2008, **non va calcolata sull’obbligo formativo standard di 150 crediti** ma rispetto all’obbligo formativo individuale del

professionista per il triennio. Il sistema informativo del Co.Ge.A.P.S. calcola automaticamente il soddisfacimento del 70% dei crediti acquisiti nella disciplina “medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro”, quando il professionista ha acquisito tra tutte le partecipazioni riconducibili al triennio formativo di riferimento, almeno il 70% dei crediti ECM nella disciplina ECM “medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro”.

e) Cancellazioni/Reinscrizioni

Per coloro i quali saranno cancellati dall’elenco per non aver assolto agli obblighi formativi in uno specifico triennio, è possibile la reinscrizione nel successivo triennio, solo al raggiungimento del **70% dell’obbligo formativo individuale nell’area della medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro.**

Fatte salve le disposizioni introdotte dal D.M. 26.11.2015 recante “modifiche al decreto 4 marzo 2009 di istituzione dell’elenco nazionale dei medici competenti in materia di tutela e sicurezza sui luoghi di lavoro”, relative al triennio formativo 2011-2013, pertanto, i professionisti cancellati dall’elenco per non aver assolto agli obblighi ECM 2014-2016 potranno essere reinscritti al conseguimento di crediti per il 70% dell’obbligo formativo nell’area della medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro per il triennio 2017-2019.

La volontà di essere reinscritti, avendo esercitato una azione formativa per il triennio successivo va comunicata al Ministero, poiché il 70% dei crediti può essere raggiunto dal professionista in qualunque periodo del triennio, dato che le norme ECM vigenti consentono il soddisfacimento dell’obbligo formativo individuale in maniera flessibile non essendo più previsto il limite minimo e massimo di crediti annuali conseguibili; se non si comunica il raggiungimento del 70% dell’obbligo formativo per una azione formativa nel successivo triennio, la reinscrizione potrà essere effettuata a scadenza naturale del triennio al raggiungimento del 100% dell’obbligo formativo individuale.

IL DIRETTORE GENERALE
(dott. Ranieri Guerra)

IL PRESIDENTE FNOMCeO
(dott.ssa Roberta Chersevani)

RUBRICA: ECM ECM MEDICINE NON CONVENZIONALI

La Commissione nazionale per la formazione continua, nella riunione del 4 novembre 2016, ha approvato il riconoscimento dell'esonero dall'obbligo formativo ECM ai chirurghi, odontoiatri, medici veterinari e farmacisti che frequentano corsi relativi all'esercizio dell'agopuntura, della fitoterapia, dell'omeopatia previsti dall'Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013.





Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Commissione nazionale per la formazione continua

LA COMMISSIONE NAZIONALE PER LA FORMAZIONE CONTINUA

VISTO il d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, e in particolare l'art. 16-ter istitutivo della Commissione nazionale per la formazione continua;

VISTO l'Accordo stipulato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano in data 01 agosto 2007, concernente il "*Riordino del sistema di formazione continua in medicina*" (Rep. Atti n. 168/CSR);

VISTO l'Accordo stipulato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano in data 05 novembre 2009, concernente "*Il nuovo sistema di formazione continua in medicina - Accredimento dei Provider ECM, formazione a distanza, obiettivi formativi, valutazione della qualità del sistema formativo sanitario, attività realizzate all'estero, liberi professionisti*" (Rep. Atti n. 192/CSR);

VISTO il D.P.C.M. 26 luglio 2010 – Recepimento dell'Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 05 novembre 2009;

VISTO l'Accordo stipulato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano in data 19 aprile 2012, concernente "*Il nuovo sistema di formazione continua in medicina - Linee guida per i manuali di accreditamento dei provider, albo nazionale dei provider, crediti formativi triennio 2011/2013, federazioni, ordini, collegi e associazioni professionali, sistema di verifiche, controlli e monitoraggio della qualità, liberi professionisti*" (Rep. Atti n. 101/CSR);

VISTO l'Accordo stipulato dalla Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano in data 07 febbraio 2013 concernente i "*Criteri e le modalità per la certificazione di qualità della formazione e dell'esercizio dell'agopuntura, della fitoterapia, dell'omeopatia, da parte di chirurghi, degli odontoiatri, dei medici veterinari e dei farmacisti*" (Rep. Atti n. 54/CSR);

VISTA la determina 17 luglio 2013 della Commissione nazionale per la formazione continua in materia di "*Esoneri, Esenzioni, Tutoraggio Individuale, Formazione all'estero, Autoapprendimento, Modalità di registrazione e Certificazione*";

VISTA la Risoluzione n. 75 del 29 maggio 1997 che evidenzia, fra l'altro, la necessità di «garantire ai pazienti la più ampia libertà possibile di scelta terapeutica – assicurando loro il più elevato livello di sicurezza e l'informazione più corretta sull'innocuità, la qualità, l'efficacia e il rischio eventuale delle cosiddette medicine non convenzionali – e, dell'altro, di proteggerli da persone non qualificate»;



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Commissione nazionale per la formazione continua

VISTA la nota della Direzione generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del servizio sanitario Nazionale del Ministero della Salute – DGPROF 0040978-P-24/07/2014

SENTITO il parere delle Sezioni III e IV della Commissione nazionale per la formazione continua;

CONSIDERATO che i corsi di formazione accreditati ai sensi dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano concernente i criteri e le modalità per la certificazione di qualità della formazione e dell'esercizio dell'agopuntura, della fitoterapia, dell'omeopatia, da parte di chirurghi, degli odontoiatri, dei medici veterinari e dei farmacisti, soddisfano i requisiti necessari per integrare le fattispecie di esonero di cui al paragrafo 1 della determina della Commissione nazionale per la formazione continua del 17 luglio 2013 in materia di esoneri, esenzioni, tutoraggio individuale, formazione all'estero, autoapprendimento;

DELIBERA

1) di riconoscere l'esonero dall'obbligo di formazione continua nella misura di 4 crediti per mese di frequenza¹ ai professionisti sanitari che partecipano a corsi di formazione in materia di Agopuntura, Fitoterapia e Omeopatia accreditati ai sensi dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano concernente i "Criteri e le modalità per la certificazione di qualità della formazione e dell'esercizio dell'agopuntura, della fitoterapia, dell'omeopatia, da parte di chirurghi, degli odontoiatri, dei medici veterinari e dei farmacisti" del 07 febbraio 2013;

2) di rinviare al paragrafo 6 della determina del 17 luglio 2013 della Commissione nazionale per la formazione continua per l'individuazione delle modalità di riconoscimento dell'attività svolta, di riconoscimento dei crediti e di registrazione degli stessi.

Il Segretario
(Marco Maccari)

Il Vice Presidente
(dott.ssa Roberta Chersevani)

¹ L'unità mese è un periodo non inferiore a 16 giorni e non superiore ai 31 giorni. I giorni di frequenza possono anche non continuativi e cumulabili nell'anno di riferimento. A titolo esemplificativo: 10 giorni di formazione a gennaio possono essere cumulati con 10 giorni di formazione a maggio.

Sergio Della Sala è docente di Human Cognitive Neuroscience alla Università di Edinburgo. Presidente del Cicap, da pochi mesi è anche autorevole componente del Tavolo "anti-bufale" istituito dal Comitato centrale della FNOMCeO, e in questa veste ha partecipato al Festival Tv e Nuovi Media 2017 che si è tenuto a Dogliani nel maggio scorso. La sua relazione centrata sulle cosiddette fake news (bufale) ha riscosso un notevole successo e il Bollettino dell'Ordine di Modena pubblica la sua intervista proprio su quel tema.

ALLA RICERCA DEL VERO, TRA PREGIUDIZI, CREDENZE, FALSI RICORDI...

1) Quali sono le principali strategie argomentative applicate per costruire le bufale?

Notizie infondate si forgiavano e diffondono attraverso molti meccanismi. Una parte importante la giocano i nostri pregiudizi, le nostre credenze, quello che crediamo di sapere, che ci fanno leggere la realtà in maniera selettiva. Se riteniamo credibili complotti intergalattici capitanati da una poco identificabile ma onnipotente Spectre, ci convinceremo che le scie bianche lasciate dagli aerei nei cieli non siano semplici manifestazioni di condensa, ma la prova che i templari ci vogliono avvelenare (chissà poi perché). Un po' come "sapere" che c'è molto ferro negli spinaci: ce n'è un po', poco, ma trangugiare quel fogliame viscido e verdastro non ci fa diventare forti come Popeye. La scienza procede per probabilità e falsificazioni. I suoi meccanismi sono lenti e rigidi, i risultati dopo lungo percorso sono spesso solidi, ma all'inizio sono inficiati da possibili errori di stima o di interpretazione. Questi possibili errori sono amplificati dalla tendenza di giornalisti, medici e scienziati a promulgare, spesso, ma non sempre in buona fede, ricette immediate e di facile comprensione.

La disinformazione da parte dei mass media può essere operata anche senza alcun intento di ingannare, per esempio in tutti quei casi in cui si susseguono rapidamente le correzioni delle notizie, che si disvelano inevitabilmente a poco a poco. Proprio come nella cronaca di una partita di calcio in cui il risultato cambia spesso; se ci fermassimo ad ogni dato punto avremmo un'informazione errata del risultato finale della partita. A titolo d'esempio, un'emittente televisiva riportò tempo fa che una famiglia di quattro persone venne ritrovata morta in casa, la sera stessa dopo aver mangiato in un ristorante cinese. Pochi giorni dopo, seguì una rettifica che precisava che le tragiche morti erano state provocate in realtà dal malfunzionamento di una caldaia. Dopo qualche tempo, lo sfortunato titolare del ristorante cinese fu costretto comunque a chiudere il locale, nel quale nessuno arrischiava di avventurarsi, perché "non si sa mai".

Gabriel García Márquez scriveva nel romanzo "Memoria delle mie puttane tristi": "...come i fatti reali si dimenticano, alcuni che non si sono mai prodotti possono anche inserirsi tra i ricordi come se fossero stati". Questi falsi ricordi possono essere causati da errori di memoria relativi al monitoraggio della fonte d'informazione, in quanto, dal momento che l'informazione e la sua fonte possono essere ricordate in maniera separata, ci si può ricordare della suddetta informazione ma non della fonte dalla quale l'abbiamo appresa, finendo per attribuir-la ad una fonte sbagliata (che ha trattato lo stesso tema, addirittura sostenendo il contrario); per esempio pos-



L'INTERVISTA

siamo credere erroneamente che sia l'Organizzazione Mondiale della Sanità ad allertare sui rischi dei vaccini. I social network e il web ci danno l'illusione di sapere. Per cui gli effetti "bufala" sono ora moltiplicati dal loro uso, in cui fonti d'informazioni affidabili si confondono con l'aneddotica. Il rumore di fondo che si fa certezza diventa difficile da incanalare in discussioni fattive. Per cui gruppi di persone ben intenzionate e di sani principi, ancora oggi sostengono metodi di cura improbabili per malattie anche gravi, come per esempio la Cura Di Bella per il cancro, sostenuta sul blog di Grillo, che è molto seguito. Questo si deve anche alla difficoltà che il pubblico ha oggi nel districarsi tra fonti scientifiche qualificate e la miriade di pubblicazioni pseudoscientifiche o interventi in convegni a pagamento volti solo a vellicare la vanità dei partecipanti, senza alcun valore scientifico. Io stesso posso vantare l'accettazione di una presentazione orale in cui avrei declamato la versione inglese della Vispa Teresa. Dopo aver accettato la mia proposta, gli organizzatori mi hanno comunicato che dato il prestigio della mia scoperta, ero anche invitato a presiedere un'intera sessione del convegno (a fronte di un modesto pagamento aggiuntivo). Non ho accettato. Ma molti accettano. E il pubblico, in buona fede, non sa che si tratta di truffe perché è molto difficile distinguere tra congressi veri e farlocchi.

Le post-verità però non le crea il web, ma chi vi scrive e le diffonde. Esattamente come i giornali o la televisione. Il web può essere fonte di conoscenza, di libertà, di emancipazione, è un mezzo, come tale si deve imparare ad usarlo ed a conoscerne limiti e prerogative.

La televisione è certamente un modo di diffusione delle affermazioni pseudoscientifiche. In particolare, per la tendenza a trasformare l'informazione in un'arena in cui si confrontano due opinioni, indipendentemente dal peso relativo e dalle basi evidenziali su cui queste opinioni poggiano. Se la stragrande maggioranza della comunità scientifica internazionale è favorevole alla vaccinazione di massa, gli organizzatori dei talk show televisivi vanno alla ricerca di una seconda opinione! Questa modalità di presentare informazione favorisce la personalizzazione della discussione, e la riduce ad un duello tipo Orazi e Curiazi scandito da tifo calcistico. Le bufale trovano terreno fertile ed acquisiscono dignità dibattimentale.

Spesso le bufale non si diffondono per mezzo di strategie. David Dunnig, commentando i risultati dei suoi esperimenti che dimostrano come siano proprio le persone incompetenti che ritengono di sapere più di quanto sappiano in effetti, afferma che ciò che stupisce è che, spesso, l'incompetenza non rende le persone disorientate o perplesse, o caute. Al contrario, gli incompetenti dimostrano un'inappropriata confidenza in se stessi, sostenuta da quello che pare loro conoscenza. E le notizie prive di fondamento si diffondono.

2) Come - e se - è possibile scardinare i meccanismi di persuasione?

Come dice la Regina di Cuori del Paese delle Meraviglie, tutti noi crediamo ad almeno sei cose improbabili prima di colazione. Tutti sono soggetti a false credenze, false memorie, anche gli scienziati, anch'io "Mud sticks" dicono gli inglesi per sottolineare come le persone continuino a prestare fede a qualcosa di sbagliato, nonostante siano consapevoli della sua infondatezza. È difficile cancellare qualcosa dalla memoria: le tracce di informazioni anche sbagliate che influenzano i nostri pensieri, nonché le nostre azioni, perdurano. Quindi, informazioni rivelatesi poi scorrette, benché riconosciute dalla persona in quanto tali, continuano ad influenzarne il ragionamento. In ragione di una persistenza così tenace, l'esposizione ai fatti, seppur con le migliori intenzioni, non rappresenta necessariamente un'efficace soluzione. Non solo i fatti non hanno sempre il potere di modificare la nostra posizione su un argomento, ma possono indurre paradossalmente le persone a trincerarsi ancor più nelle loro convinzioni.

In uno studio recente abbiamo dimostrato come persone esposte ad informazioni pro vaccinazioni ne comprendessero il contenuto, ma a distanza di una settimana le ricordassero distorte. Per esempio, le informazioni loro fornite spiegavano come non fosse vero che le vaccinazioni causassero l'autismo, e come questo fosse sostenuto da fonti autorevoli. A distanza di una settimana però le persone ricordavano la connessione tra vaccini ed autismo, e quindi il potenziale pericolo, ed addirittura ne attribuivano la fonte alle autorità sanitarie che affermavano il contrario!

L'unico meccanismo di difesa che abbiamo è quello di dotarci di regole esterne a noi, alla nostra percezione, al nostro sistema di credenza. Lo scetticismo deve promuovere una società che basa le sue scelte sulle evidenze, piuttosto che sulle opinioni. Che cosa sia definibile "evidenza" deve essere deciso a priori, e concordato. Questo sistema potrebbe permetterci di evitare di reagire emotivamente ad ogni aneddoto, e di operare, invece, scelte condivise.

Non è una battaglia. Dobbiamo però saper distinguere tra pubblicità e scienza, tra opinioni e fatti, tra vantaggi economici e principi ideali. C'è differenza tra linguaggio semplice e linguaggio semplicistico. Le persone devono essere messe in grado di apprezzare la complessità, sento spesso la frase "non sono un esperto però...", ecco il "però" è talvolta un problema. Il rimedio migliore è un percorso scolastico che insegni il senso critico, il ragionamento logico, l'approccio probabilistico; meno contenuti ma più profondi.

Matteo Renzi, durante le primarie del PD cortesemente accettò di rispondere alle nostre domande sul rapporto tra politica e scienza. Il suo atteggiamento ben rappresenta il sentire comune. Alla domanda "Qual è la sua posizione in merito alle medicine alternative, in particolare per quel che riguarda il rimborso di queste terapie da parte del SSN? Rispose "...sono quelle pratiche e tecniche naturali e bioenergetiche esercitate per favorire il raggiungimento, il miglioramento o la conservazione del benessere complessivo della persona." Lapalissiano come un'affermazione del compianto Massimo Catalano: è meglio star bene che star male! Purtroppo naturali sono anche i veleni, le malattie e le catastrofi, quindi "naturale" non è necessariamente sinonimo di "benessere". Cosa c'è di peggio del senso comune?

3) Secondo lei - nel contesto medico-paziente- che equilibrio c'è tra verità - credenza e mitigazione dal punto di vista cognitivo e linguistico?

Il concetto di Post-verità, mutuato dalle scienze politiche, ha fatto irruzione nel dibattito sulle pseudoscienze mediche. Ne è derivata una maggiore consapevolezza che noi medici dobbiamo farci carico di fornire una informazione sanitaria basata sulle evidenze e contrastare notizie infondate.

Ma un buon comunicatore sa che i suoi tentativi di correggere credenze profondamente radicate, per quanto ben intenzionati e formalmente corretti, sono destinati a fallire fin dall'inizio se inizia la sua informazione sottolineando come gli interlocutori siano in errore. La conseguenza più probabile di una simile condotta sarà un atteggiamento difensivo e di chiusura di fronte alle argomentazioni proposte. Una strategia più promettente nel far recedere qualcuno dalle sue convinzioni risiede invece nel presentare, ove possibile, il messaggio che si vuole trasmettere cercando di renderlo meno ostile rispetto alla visione del mondo degli interlocutori ed abbinandolo a momenti di cosiddetta auto-affermazione tenendo in considerazione le loro opinioni e preferenze. Uno studio di Cohen e colleghi ha dimostrato come la resistenza ad accettare visioni diverse dalle proprie possa essere allentata allorché si offre loro l'opportunità di spiegare perché una determinata caratteristica personale o comportamento è così importante per loro. Così, le persone non sentiranno la propria immagine

L'INTERVISTA

intaccata e saranno più ricettive verso contro-argomenti che altrimenti potrebbero minacciare e paradossalmente rafforzare le proprie credenze.

4) Cosa sbaglia a suo avviso la comunicazione istituzionale nel trattare questi temi?

E' un tema complesso, che non si può risolvere in pochi minuti e con poche parole; inoltre ci sono anche molte iniziative istituzionali ben pensate e fruttuose. Mi limiterò ad indicare alcuni possibili fonti di errori che la comunicazione istituzionale compie: accettare la dicotomia ufficiale/alternativo come base di discussione. Non risolvere le ambiguità tra comunicazione e fatti.

In uno studio che abbiamo appena concluso, abbiamo dimostrato come le persone prediligano l' affidabilità percepita delle fonti, considerate oneste, integre e fidate, piuttosto che la loro credibilità istituzionale, cioè dotate di conoscenze ufficiali, di abilità tecniche e di esperienza specifica. Il che spiega anche perchè molti si fidano di affermazioni fatte da celebrità che ammirano o da politici con le cui posizioni si trovano in sintonia. Quando Trump reiterò la connessione tra vaccini ed autismo, molti repubblicani si dissero d'accordo, i democratici lo sbeffeggiarono. L'opposto sarebbe successo a personaggi invertiti. Il miglior comunicatore quindi dovrebbe essere sia esperto che percepito come affidabile dalle persone cui si rivolge.

Molti ritengono le istituzioni al traino di grossi interessi. Anche se questa generalizzazione è sciatta e fallace, non dovremmo comunque fare l'errore di generalizzare al contrario. Casi di evidente disinformazione sono operati da multinazionali. Le grandi aziende produttrici di tabacco, hanno usato per anni la strategia di far credere che non vi fosse certezza sui danni da fumo, che questi fossero ancora fonte di dibattito, che gli scienziati e i clinici non avessero un'opinione univoca. Per suffragare l'idea che i rischi da fumo fossero ancora oggetto di studio, hanno ideato campagne pubblicitarie distraenti che hanno goduto di ampi spazi sui mezzi di comunicazione, nonché profumatamente finanziato ricerche che servissero da specchio per le allodole, con la complicità di scienziati consenzienti (e spesso prezzolati). Evidenti conflitti di interesse si riscontrano anche nel caso della Coca-Cola, che ha contribuito a finanziare delle ricerche sull'obesità e i problemi ad essa legati, con lo scopo di promuovere l'idea secondo cui l'obesità epidemica nelle popolazioni occidentali non sia dovuta all'eccessivo apporto calorico dell'alimentazione, quanto esclusivamente alla mancanza di attività fisica. L'indignazione degli ambienti medici rispetto a questo tentativo di plasmare la ricerca a proprio favore è ben sintetizzata dalle parole di Simon Capewell, che in un'intervista alla BBC ha affermato che: "affidare la ricerca sull'obesità alle industrie alimentari è come affidare a Dracula la banca del sangue".

Una questione di dati "massaggiati" per interessi privati si riscontra anche nel caso delle industrie di farmaci omeopatici, che fanno guadagni miliardari vendendo trattamenti il cui effetto è paragonabile al placebo. Lo stesso meccanismo si riscontra nel caso molti prodotti di non provata efficacia distribuiti da case farmaceutiche e talvolta acriticamente accettati e prescritti da noi medici. Non esiste una medicina ufficiale ed una alternativa o complementare. Esistono terapie suffragate da dati empirici solidi e replicati, ed altre basate sul marketing e la connivenza. La nostra scelta di campo dovrebbe sempre essere guidata dall'esistenza di dati affidabili.

Taluni di noi arrivano ad affermare che sarebbe necessario certificare quali fonti siano attendibili e quali no, aumentando i filtri, implicitamente riconoscendo le nostre come attendibili. Ritengo che il confine tra notizia errata e censura sia troppo sottile per essere evaso con provvedimenti draconiani. Abbiamo bisogno di più cultura, non di una cultura del sospetto.

Inoltre, questo atteggiamento colonizzante della "verità" ci espone alle critiche di chi non si fida: l'accademia e

la medicina sono state rappresentate ai vertici più alti anche da persone poco competenti, le carriere talvolta seguono il flusso di un familismo amorale che umilia il merito, esistono troppi conflitti d'interesse irrisolti, mostriamo troppe ambiguità.

Ci lamentiamo che la verità di cui ci immaginiamo detentori sia storpiata da giornalisti in cerca di sensazionalismi, ma è dimostrata la stretta correlazione tra il tono dei nostri comunicati stampa accademici e il modo in cui le notizie mediche vengono riportate dai media.

Basti considerare che l'Ordine dei Medici ammette la pratica di terapie di non provata efficacia, come l'Omeopatia. Con che autorità poi possiamo contrastare il mercato dei farmaci di non provata efficacia o confutare le pericolose affermazioni degli anti vaccinisti? Il controargomento che sento spesso afferma più o meno così: "Sì, all'Ordine sappiamo che si tratta di terapie di non provata efficacia, ma proprio per questo è preferibile che siano medici a prescriberle e quindi controllarne gli effetti piuttosto che praticoni senza laurea". Che è un po' come affermare che "Sì, rubare nei supermercati è da condannare, ma meglio che lo facciano persone per bene, piuttosto che ladri di professione".

Per essere visti come fonte affidabile di informazione dovremmo ridurre al minimo le nostre ambiguità fattuali.

5) Quali sono le caratteristiche del metodo antibufale e soprattutto le scelte di linguaggio? C'è qualcosa di sproporzionato- secondo lei- tra le aspettative e i bisogni dei cittadini e le risposte di chi si occupa di debunking?

E' importante capire non solo cosa la gente pensa, ma come pensa. In situazioni di scelta rischiosa, è stata osservata la tendenza sistematica ad operare scelte che implicano l'omissione piuttosto che l'azione concreta, anche quando l'omissione espone a rischi maggiori. Ritov e Barton, nel loro studio pubblicato nel 1990 sul Journal of Behavioral Decision Making, furono i primi ad osservare sperimentalmente questo fenomeno: i partecipanti dovevano decidere se vaccinare o meno i loro figli contro un'ipotetica epidemia che aveva effetti letali, sapendo che anche il supposto vaccino esponeva ad un rischio, ma nettamente inferiore. I partecipanti a questo esperimento tendevano a preferire l'omissione, decidendo quindi di non vaccinare il loro bambino, sebbene così facendo il rischio di morte fosse più elevato.

Spesso la comunicazione "anti-bufale" parte dal presupposto che esista una verità, e che noi ne siamo i detentori. Quindi ne diffondiamo il verbo e ci crogioliamo nel numero di persone che accedono ai nostri siti. E' possibile però che noi agiamo entro camere dell'eco, bolle mediatiche, in cui persone che la pensano già come noi, consolidano le loro credenze. Otteniamo così l'opposto di quanto ci prefiggiamo: alieniamo proprio quegli utenti, che invece sono molto scettici sulla medicina ufficiale, ed a cui vorremmo parlare.

Il modello del "Deficit di informazione", secondo i cui dettami gli errori terapeutici che le persone commettono sono dovuti a carenza di informazione (quindi forniamo corretta informazione e risolviamo il problema) ha fallito: anche in presenza di informazioni ritenute corrette le persone raramente modificano le loro credenze o i loro comportamenti. Quando una persona ottiene un'informazione ne costruisce un "modello mentale". Se noi le diciamo che parte di questo modello è falso, le risulterà difficile costruire un modello mentale che abbia un "buco". La gente preferisce un modello errato ad uno incompleto. C'è, paradossalmente, il rischio di rafforzare un mito semplicemente parlandone. Qualora la correzione sfidi delle credenze profondamente radicate, le persone possono reagire incrementando la propria fede nel concetto infondato. Per esempio, quando si dice a un Repubblicano che non sono state trovate armi di distruzione di massa in Iraq nel 2003, è molto probabile

L'INTERVISTA

che questi creda esattamente il contrario; allo stesso tempo la probabilità che una persona che teme effetti collaterali dei vaccini faccia vaccinare diminuisce più gli viene detto quanto siano innocui.

“Una persona con una convinzione è una persona difficile da cambiare. Ditele che siete in disaccordo con lei, e se ne andrà. Mostrategli fatti e numeri, e metterà in discussione le vostre fonti. Fate ricorso alla logica, e non sarà in grado di capire il vostro punto di vista”. Con queste parole, nel 1956, Leon Festinger propose il concetto di “dissonanza cognitiva”, un meccanismo di cui è dotata la nostra mente per cui la consapevolezza dell’incoerenza tra i nostri atteggiamenti e/o credenze darebbe origine, per l’appunto, ad una sensazione di dissonanza, di mancanza di armonia. Per ridurre tale dissonanza, le persone possono attivare diverse strategie cognitive, come quella di evitare o rifiutare le informazioni dissonanti. Nel caso dei vaccini, ad esempio, un genitore che non crede nei vaccini e non ha vaccinato i suoi figli, per proteggere le proprie radicate credenze e giustificare i suoi comportamenti, tenderà a rifiutare qualsiasi evidenza sull’utilità dei vaccini. Ragioniamo quindi sulla base di pregiudizi.

Per quanto ci dispiaccia ammetterlo, non siamo esseri razionali.

*Intervista a Sergio Della Sala
Docente di Human Cognitive Neuroscience,
University of Edinburgh, Presidente Cicap,
Componente Tavolo “anti-bufale” FNOMCeO
Su Torino Medica- Maggio
Festival Tv e Nuovi Media 2017*



A cura di Lodovico Arginelli

ERMANNIO VANNI

Nacque a Modena il 18 giugno 1930 e morì il 7 settembre 2011 a 81 anni nella sua casa studio di Maranello (Modena).

Diplomato all'Istituto d'Arte A. Venturi di Modena, frequenta giovanissimo studi di grandi maestri, quali **Sironi e Carrà**.

Sarà proprio Carrà a riporre in lui particolare stima e fiducia.

Ne 1954,55,56, è in evidenza, e selezionato in diversi premi, tra cui "Triennale Giovanile di Roma", "Marzotto", "F.P. Michetti", "Biennali Milanesi alla Permanente", "Avezzano", "Premio Cesenatico".

Nel 1957 vince 23 premi, in estemporanee provinciali, regionali e nazionali.

Approda a Milano dove tiene la sua prima importante personale alla "Galleria l'Annunciata", diretta da Bruno Grossetti, presentato da Mario Fin e tenuto a battesimo da Carrà.

Nel 1958 si lega alla Galleria "La Fontanella", diretta da Aedo Galvani a Roma, dove si stabilisce per quindici anni.

Nel 1964 la RAI gli dedica un ampio servizio nella prestigiosa trasmissione culturale televisiva "l'Approdo".

Nel 1965 gli viene conferita in Campidoglio la medaglia d'oro del Presidente del Consiglio, per la migliore esposizione in via Margutta.

Nel 1971, con la morte del suo esclusivista, si ritira a Levizzano Rangone (Modena), quasi in un volontario eremitaggio.

E' del 1991 una delle sue ultime esposizioni alla Sala del Paradisino di Modena.

Una sua opera raffigurante la "Crocifissione e via Crucis" è conservata nella Pinacoteca d'Arte Moderna del Vaticano.

Nel febbraio 2000 espone nella Chiesa San Paolo a Modena.

Nel 2008, i comuni di Maranello e Castelvetro di Modena gli dedicano una grande mostra retrospettiva antologica.

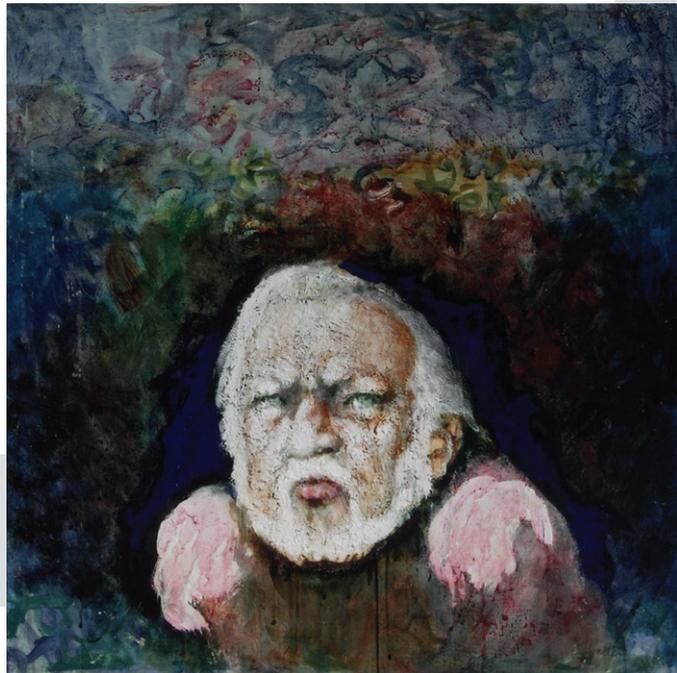
Dipinge quasi sempre su tela con olio e tecnica mista.

Noti i suoi "Monotipi".

Antonio Delfini, suo amico, ricorda le "Pupatole" volitive e sognanti e l'astrattismo dei suoi ultimi anni.

Delfini ricorda l'amico non solo perchè era pittore, ma soprattutto perchè era un divertentissimo compagno.

La sua compagnia era veramente spassosa, fatta di narrativa e recitazione, da far dimenticare in un primo tempo la pittura.



Autoritratto

ARTE E DINTORNI

Scrivo di Vanni **Giuliano della Casa**: "La visione è completa, dominata da una impalpabile cromia, che si accende sempre più, restringendo prima ed allargando dopo le palpebre degli occhi.

I colori vanno dagli azzurri turchesi, ai gialli cadmio, ai tocchi di rosso, blu cobalto, verde.

Vanni registra tutto con una grande voracità manuale, non dipinge con il pennello, ma con le mani, cioè con la mente, con frenesia del fare, con desiderio del fare e creare la dimensione del suo "Io" "Istintivo".

Un "Io" che percorre tutta la sua vita.

Questo è il mestiere del pittore, la conoscenza appartiene alla sua completa solitudine; s'impara solo da se stessi.

Altre sue opere:

"Ritratto di Antonio Delfini"

"Ritratto di Giancarlo Fusco"

"Opposti", 70x80 cm.

"Marione", 58x96 cm.

"Mia Madre", 90x107 cm.

"Lacerazione", 50x60 cm.

"Senza Titolo", 98x129 cm.

"Senza Titolo", 72x89 cm.

"Angelo", 100x100 cm.

"Ricordo di Carrà", 33x47 cm.

"Autoritratto", 123x143 cm.

"Vestito Azzurro", 90x132 cm.

"Senza titolo" (monotipo) collezione privata



Marione

A cura di Lodovico Arginelli

Bene, si continua con i Vècc' "Vecchi", anche in questa rubrica la geriatria fa da padrona.

VÈCC' = VECCHI

"Fèr la vècia" (fare la vecchia), fare lo "gnòrri", far finta di niente.

L'espressione si rivolge alle persone che pur essendo a conoscenza di una situazione fingono di ignorarla. Secondo il Neri, il modo di dire si riferisce anche alle anziane accompagnatrici delle ragazze che andavano a ballare e che spesso, per non vedere ciò che accadeva in pista, dovevano chiudere entrambi gli occhi. C'è un'altra versione "fèr la vècia", ricorderebbe la "gibbigiana", il gioco che facevano i bambini, quando, con uno specchio riflettevano i raggi del sole sulle facce di chi volevano abbagliare. Oggi, purtroppo, ci sono i laser.....

"Galèina vècia la fà boun bròd" (gallina vecchia fa buon brodo).

La scherzosa e diffusissima metafora di ispirazione gastronomica, indica che molto spesso una donna già matura, ma ancora dotata di carica sessuale, supplisce all'avvenenza un po' sfiorita, con indubbi vantaggi dell'esperienza.

"Gàta vècia" (gatta vecchia), persona piena d'astuzia.

"L'a-s fà vècia" (si fa vecchia), è un replica stizzita, che significa: basta! Mi sono stancato!

"La gàta vècia la péla la zónna", (la gatta vecchia pela quella giovane).

L'espressione significa che la persona anziana è più scaltra di quella giovane.

"La ròba vècia a cà di caiòun", (la roba vecchia a casa degli stupidi)

"Quand a pióv e a gh'è al sól, tótti él vèci él fàn l'amór", (quando piove mentre c'è il sole tutte le vecchie fanno l'amore).

Decisamente poco frequente, ma qualche volta.....

"Màza la vècia (scarafaggio), col FLIT", (ammazza la vecchia col flit).

L'espressione scherzosa, risale quando il flit era la marca di un notissimo insetticida.

Non c'era famiglia che non avesse in casa la mitica pompetta con l'insetticida. Puzzolente....e chissà quanto tossico.....

