

EM

bollettino di *modena*

2016

Aprile - Maggio - Giugno

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

**IL RUOLO DELL'ORDINE NELLA
PROFESSIONE E NELLA SOCIETÀ
(N. D'Autilia);**

**RIFLESSIONI SULL'EVOLUZIONE
DELLA FIGURA DEL MEDICO IN
ITALIA (FNOMCeO);**

**PROGETTO ODONTOIATRIA
SOLIDALE, APPROPRIATEZZA,
PREVENZIONE (R. Gozzi).**



SOMMARIO

bollettino di modena

EDITORIALE	04
ATTIVITA' DELL'ORDINE	06
NORMATIVA	12
FNOMCeO	13
LA PAGINA DELL'ODONTOIATRA	24
BIBLIOTECA	26
ARTE E DINTORNI	28
DIALETTO IN PILLOLE	30

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente

Dr. Nicolino D'Autilia

Vice Presidente

Dr. Mauro Zennaro

Consigliere Segretario

Dr. Paolo Martone

Consigliere Tesoriere

Dr. Antonino Addamo

Consiglieri

Dr. Lodovico Arginelli, Dr. Paolo Barani,

Dr.ssa Loretta Boiani, Dr. Luca Carteri,

Dr. Carlo Curatola, Dr.ssa Maria Teresa

Donini, Dr. Lauro Ferrari, Dr.ssa Cristina

Magnoni, Dr. Mauro Manno,

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

Revisore dei conti supplente

Dr.ssa Nadia Lugli

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

Fotocinca Modenese 2 s.r.l.

Via G. Dalton, 37 - Modena

Tel. 059/250033 - Fax 059/250175

Grafica

KRHEO GRAPHIC DESIGN

info@krheodesign.it | Tel. 059/285398

in copertina: "Monte Cimone", 1994, olio su faesite, cm. 100x80.

IL RUOLO DELL'ORDINE NELLA PROFESSIONE E NELLA SOCIETÀ

Alcune recenti vicende accadute nella nostra realtà provinciale inducono necessariamente a una riflessione sul ruolo dell'Ordine dei medici.

Se vogliamo infatti soffermarci in prima istanza sulla questione "visite neurochirurgiche" dobbiamo registrare un fatto nuovo: si era impedito di fatto ai medici di medicina generale di richiedere le visite neurochirurgiche per i propri pazienti adducendo alcune motivazioni, la più rilevante delle quali era che i tempi di attesa erano particolarmente lunghi, diciamo "biblici", dell'ordine di parecchi mesi. Dato, questo, storico e ormai accettato o meglio subito dai colleghi che infatti si rivolgevano spesso in altre sedi. Naturalmente non mancava un accenno alla non appropriatezza delle richieste oltre ad altre quisquiglie meno rilevanti.

In realtà da una semplice osservazione delle richieste effettuate dai MMG emergeva che le stesse erano davvero in numero esiguo per medico e sussiste semplicemente una carenza di risposta della clinica di Neurochirurgia. Cosa già nota da anni e mai risolta. Ma il vero problema era e resta il tema della **appropriatezza**, termine scarsamente utilizzato in passato ed entrato in un uso comune, forse anche un abuso, non ultimo nel definire il recente decreto legge che tanto ha fatto discutere i medici (e i cittadini) italiani. Sotto l'ombrello della "appropriatezza" stanno infatti crescendo come funghi iniziative di ogni genere ma tutte con lo stesso obiettivo: risparmiare sulla Sanità, o, come si usa dire in gergo politico, razionalizzare la spesa ottimizzando le risorse. Principio sacrosanto che nessuno di noi ritiene di negare anche perché ogni giorno nei nostri studi, nelle corsie ospedaliere e a domicilio dei pazienti abbiamo sempre cercato di curare i pazienti utilizzando i criteri di un buon

rapporto tra obiettivi clinici e mezzi a disposizione. Ma negli ultimi decenni, è inutile negarlo, è intervenuto un terzo soggetto che possiamo genericamente chiamare come il "convitato di pietra",



N. D'Autilia

e cioè il rischio professionale, con la conseguenza che i medici si sono attrezzati a ricercare la miglior tutela possibile nei confronti dei cittadini/pazienti attuando quella che ormai comunemente viene definita la Medicina difensiva. Ebbene nel caso delle richieste di visite neurochirurgiche qualche mente benpensante ha ritenuto che la soluzione della cosiddetta inappropriata fosse risolvibile semplicemente vietando al medico di famiglia di richiederle e obbligandolo ad inviare il paziente ad altri specialisti immettendolo di fatto in un circolo perverso di visite, accertamenti e pagamento di ticket a gogò. Lasciamo perdere la valutazione sulla lunga serie delle specializzazioni indicate nelle quali mancava solo la psichiatria e forse la genetica, ma il succo della questione era che si innescava un percorso a ostacoli per il cittadino ben più lungo e certamente costoso vanificando nei fatti l'obiettivo di fondo, cioè ottimizzare i tempi di attesa. Perché, è bene dirlo ad alta voce, il mantra delle Direzioni nelle USL è utilizzare tutti gli strumenti possibili per far rientrare nei parametri dettati dalla Regione le proprie prestazioni. A tutti i costi, vietando per esempio ai medici di famiglia di prescrivere le visite neurochirurgiche.

Ma questa non è la strada corretta, in primo luogo perché non risolve il problema – le liste d'attesa – ma

lo aggrava, in secondo luogo perché porta i cittadini a ulteriori giri di visite e accertamenti attingendo ai loro portafogli già provati dalla crisi economica e infine perché non considera l'aspetto più rilevante della questione, e cioè che in un sistema complesso come quello del Servizio sanitario non si può intervenire su un singolo attore del sistema, ma occorre creare le condizioni per condividere scelte importanti per la salute delle persone attivando tavoli di confronto e di programmazione tra tutti gli attori della filiera di cura. E questo abbiamo richiesto e suggerito alla USL di Modena come Ordine professionale ottenendo una risposta positiva.

Troppe volte abbiamo sentito levarsi alte le richieste di intervento dell'Ordine per questioni che attingono invece alle esclusive competenze delle rappresentanze sindacali.

Il ruolo dell'Ordine è vigilare e intervenire nelle problematiche che sono inerenti la Professione e i rapporti tra colleghi i quali sono sempre più consapevoli che, senza un supporto da parte del loro Ordine professionale, vicende come quelle delle visite neurochirurgiche rischiano di diventare più frequenti. L'intervento dell'Ordine sulla questione "infermieri e 118" ne è stato un altro esempio e la nostra motivata e decisa presa di posizione a livello regionale ha prodotto alcuni miglioramenti anche se perfettibili. Non siamo in questo senso particolarmente entusiasti del clima di chiusura dell'Assessorato regionale nei confronti degli Ordini dei medici anche se registriamo il recente incontro di Venturi con il nostro presidente regionale Pagani. Vedremo gli sviluppi futuri.

*Il presidente dell'Ordine
N. G. D'Autilia*

ATTIVITÀ DELL'ORDINE

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO - domenica 06 marzo 2016 – ore 12.30 presso UNA HOTEL – Via Giardini, 1361 –Baggiovara (MO)

Il giorno domenica 06 marzo 2016 – ore 12.30 - presso l'UNA HOTEL di Baggiovara (MO) si è riunito il Consiglio Direttivo.

Sono presenti:

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

Consiglieri: Dott. Lodovico Arginelli, D.ssa Loretta Boiani, Dott. Paolo Barani, Dott. Luca Carteri, Dott. Carlo Curatola, D.ssa Maria Teresa Donini, Dott. Mauro Manno, D.ssa Marinella Nasi, Dott. Stefano Reggiani.

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

Collegio revisori dei conti: D.ssa Letizia Angeli.

Assenti giustificati: D.ssa Giovanna Calzolari, Dott. Lauro Ferrari, Prof.ssa Cristina Magnoni, D.ssa Nadia Lugli.

per discutere il seguente ordine del giorno:

1. Variazioni agli albi professionali;
2. Delibere amministrative (Addamo);
3. Varie ed eventuali.

Variazioni agli albi Albo Medici Chirurghi

Prima iscrizione		N. iscrizione
FOGUE BWOPDA	FABRICE INNOCENT	7141
GUIFFO	NARCISSE BRICE	7142
KEYANFE TUWA	PATRICK	7143
KIANPI FEUPI	JUDITH	7144
NDOUMO KOUAMO	CHRISTIANE MICHELE	7145
Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale di cui all'art. 29, comma 3, dlgs 17/8/99 n. 368 e succ. modificazioni		
MARINO	MARIA	5958
PACE	MARIA INCORONATA	5327
Cancellazioni Albo Medici		
DELLA CASA	LUCIANO	1414
URBINI	CARLO	0691
Modifica dati anagrafici (cognome)		
KHAIRALLAH	ILIAS YOUSSEF	5928
Modificato		
KHAIRALLAH	ILIAS	
Modifica dati anagrafici (cognome) - OTTENIMENTO CITTADINANZA ITALIANA		
ABU FARAH	ALI KHALIL SABER	
Modificato		
ABU FARAH	ALI	6374

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO - martedì 22 marzo 2016 – ore 21.15 presso la sede di P.le Boschetti, 8 - Modena

Il giorno martedì 22 marzo 2016 – ore 21,15 - presso la sala delle adunanze di quest'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Sono presenti:

Presidente Dott. Nicolino D'Autilia

Consigliere Segretario Dott. Paolo Martone

Tesoriere Dott. Antonino Addamo

Consiglieri: Dott. Lodovico Arginelli, D.ssa Loretta Boiani, Dott. Paolo Barani, Dott. Luca Carteri, Dott. Carlo Curatola, D.ssa Maria Teresa Donini, Dott. Lauro Ferrari, Dott. Mauro Manno, D.ssa Marinella Nasi.

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

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

Assenti giustificati: Prof.ssa Cristina Magnoni, D.ssa Nadia Lugli, Dott. Stefano Reggiani, Dott. Mauro Zennaro.

per discutere il seguente ordine del giorno:

1. Approvazione verbali sedute di Consiglio del 22.2.2016 e del 6.03.2016;
2. Variazioni agli Albi;
3. Comunicazioni del presidente;
4. Protocolli infermieristici 118 (risposta dell'AIFA): stato dell'arte e prospettive;
5. Programma per l'attività ordinistica 2016: proposte dell'esecutivo;
6. Decreto appropriatezza: news da Azienda, Regione e Roma;
7. Pubblicità sanitaria;
8. Delibere amministrative (Addamo);
9. Delibere del personale (Martone);
10. Varie ed eventuali.

**Variazioni agli albi
Albo Medici Chirurghi**

Prima iscrizione	N. iscrizione
RAZZABONI ELISA	7146
Cancellazione per trasferimento	
AL JALBOUT SAMER (trasf. 14/03/2016– Ordine RA)	6372
MORINELLO VINCENZA (trasf. 07/03/2016– Ordine PR)	5121
SERIO SALVATORE (trasf. 09/11/2015 – Ordine GO)	7008

ATTIVITÀ DELL'ORDINE

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO - lunedì 18 aprile 2016 – ore 21.15 presso la sede di P.le Boschetti, 8 - Modena

Il giorno lunedì 18 aprile 2016 – ore 21,15 - presso la sala delle adunanze di quest'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Sono presenti:

Presidente Dott. Nicolino D'Autilia

Consigliere Segretario Dott. Paolo Martone

Tesoriere Dott. Antonino Addamo

Consiglieri: Dott. Lodovico Arginelli, D.ssa Loretta Boiani, Dott. Paolo Barani, Dott. Luca Carteri, Dott. Carlo Curatola, D.ssa Maria Teresa Donini, Dott. Mauro Manno, D.ssa Marinella Nasi, Dott. Stefano Reggiani, Dott. Mauro Zennaro.

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

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

Assenti giustificati: Dott. Lauro Ferrari, D.ssa Nadia Lugli (revisore)

Assenti: Prof.ssa Cristina Magnoni.

per discutere il seguente ordine del giorno:

1. Approvazione verbale seduta di Consiglio del 22.3.2016;
2. Variazioni agli Albi;
3. Comunicazioni del presidente;
4. Report dal convegno regionale sulle cure palliative (Nasi);
5. Revisione del Regolamento di Pubblicità sanitaria: prime valutazioni (Reggiani, Gozzi);
6. FRER-Ordini: riunione del 27 aprile. Linea politica dell'Ordine di Modena (D'Autilia, Reggiani);
7. Delibere di pubblicità sanitaria (Reggiani);
8. Delibere amministrative (Addamo);
9. Varie ed eventuali.

**Variazioni agli albi
Albo Medici Chirurghi**

<i>Prima iscrizione</i>	<i>N. iscrizione</i>
FIADONE GIULIA	7147
<i>Iscrizione per trasferimento</i>	
CAVAZZA CHIARA	7148
<i>Cancellazione</i>	
MANGIALAVORI MASSIMO (trasf. 18/03/2016 – Ordine- BO)	3702
PADULA DE OLIVEIRA LUIZ MANOEL DONATO (deceduto il 17/03/2016)	1751

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO - giovedì 5 maggio 2016 – ore 20.30 presso l'Acetaia Sereni Villabianca, Via Villabianca 5631 – 41054 Marano (MO)

Il giorno giovedì 5 maggio 2016 – ore 20,30 - presso l'Acetaia Sereni Villabianca Via Villabianca 5631 – 41054 Marano (MO)

Sono presenti:

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

Consiglieri: Dott. Lodovico Arginelli, D.ssa Loretta Boiani, Dott. Paolo Barani, Dott. Luca Carteri, Dott. Carlo Curatola, D.ssa Maria Teresa Donini, Dott. Lauro Ferrari, 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: Prof.ssa Cristina Magnoni, D.ssa Giovanna Calzolari, D.ssa Nadia Lugli.

per discutere il seguente ordine del giorno:

1. Variazioni agli Albi Professionali;
2. Comunicazioni del presidente;
3. Delibere amministrative (Addamo);
4. Varie ed eventuali.

SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI - Seduta del 23.2.2016 – ore 8,45

Il giorno 23.2.2016 – ore 8,45 – 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 Braghioli
Dott. Enzo Malara

Assenti giustificati: Prof. Mario Provvisionato.

ordine del giorno:

1. Approvazione verbale CAO del 26.01.2016;
2. Comunicazioni del Presidente;
3. Eventuale apertura procedimenti disciplinari;
4. Programma definitivo evento aprile 2016;
5. Pubblicità sanitaria – ultime direttive;
6. Opinamento eventuali parcelle odontoiatriche;
7. Varie ed eventuali.

ATTIVITÀ DELL'ORDINE

SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI - Seduta del 12.4.2016 – ore 21,00

Il giorno 12.4.2016 – 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 23.02.2016;
2. Comunicazioni del Presidente;
3. Giudizio disciplinare avverso dott. B. P.;
4. Eventuale apertura procedimenti disciplinari;
5. Opinamento eventuali parcelle odontoiatriche;
6. Varie ed eventuali.

SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI - Seduta del 24.5.2016 – ore 21,30

Il giorno 24.5.2016 – ore 21,30 – 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 12.04.2016;
2. Comunicazioni del Presidente;
3. Opinamento eventuali parcelle odontoiatriche;
4. 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. Pierluigi Pedrazzi

Alla famiglia per il decesso del Dott. Gabriele Silingardi

SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO MEDICI CHIRURGHI - Tenutasi il 14.3.2016 - ore 21

Oggi 14.3.2016, alle ore 21,15 presso la sede di P.le Boschetti n. 8 - Modena - si è riunita la Commissione Albo Medici Chirurghi.

Sono presenti i componenti la Commissione:

Dott. Antonino Addamo, Dott. Lodovico Arginelli, Dott. Paolo Barani, Dr.ssa Loretta Boiani, Dott. Carlo Curatola, Dott. Nicolino d'Autilia, Dott. ssa Maria Teresa Donini, Dott. Lauro Ferrari, Dott. Mauro Manno, Dott. Paolo Martone, Dott.ssa Marinella Nasi, Dott. Stefano Reggiani, Dott. Mauro Zennaro.

Assenti giustificati: Dott. Luca Carteri

Assenti: 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. Paolo Martone. La seduta ha inizio alle ore 21,15.

Si discute il seguente ordine del giorno:

1. Comunicazioni del presidente;
2. Giudizio disciplinare avverso il Dott. C. A.;
3. Giudizio disciplinare avverso il Dott. F. B.
4. Valutazione di vicende disciplinari per eventuale apertura di procedimento;
5. Opinamento parcelle sanitarie.

SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO MEDICI CHIRURGHI - Tenutasi il 4.4.2016 - ore 21

Oggi 4.4.2016, alle ore 21,00 presso la sede di P.le Boschetti n. 8 - Modena - si è riunita la Commissione Albo Medici Chirurghi.

Sono presenti i componenti la Commissione:

Dott. Lodovico Arginelli, Dott. Paolo Barani, Dr.ssa Loretta Boiani, Dott. Luca Carteri, Dott. Carlo Curatola, Dott. Nicolino d'Autilia, Dott. ssa Maria Teresa Donini, Dott. Lauro Ferrari, Dott. Mauro Manno, Dott. Paolo Martone, Dott.ssa Marinella Nasi, Dott. Stefano Reggiani, Dott. Mauro Zennaro.

Assenti giustificati: Dott. Antonino 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. Paolo Martone. La seduta ha inizio alle ore 21,15.

Si discute il seguente ordine del giorno:

1. Comunicazioni del presidente;
2. Giudizio disciplinare avverso il Dott. H. R.;
3. Giudizio disciplinare avverso il Dott. F. B.;
4. Giudizio disciplinare avverso il Dott. B. P.;
5. Valutazione di vicende disciplinari per eventuale apertura di procedimento;
6. Opinamento parcelle sanitarie.

COLPA MEDICA NELL'ATTIVITÀ DI EQUIPE

Cassazione Penale Sentenza n. 20125/16 – **Colpa medica nell'attività di equipe** – Nella colpa medica nell'attività di equipe ciascuno dei soggetti che si dividono il lavoro risponde dell'evento illecito, non solo per non aver osservato le regole di diligenza, prudenza e perizia connesse alle specifiche ed effettive mansioni svolte, ma altresì per non essersi fatto carico dei rischi connessi agli errori riconoscibili commessi nelle fasi antecedenti o contestuali al suo specifico intervento.

FATTO: Il S. era stato tratto a giudizio e condannato alla pena ritenuta di giustizia (ed al risarcimento del danno in favore delle costituite parti civili) per rispondere del reato di cui agli artt. 113 e 589 c.p., per aver cagionato per colpa la morte di C.W.A.. Colpa consistita in imperizia perché, quale dirigente medico in servizio il (OMISSIS) ed il (OMISSIS), dovendo conoscere la TAC effettuata all'ingresso (OMISSIS) che evidenziava un quadro occlusivo determinato da un "ispessimento di natura neoplastica delle pareti del tratto sigma-retto e la RX addome della medesima data, che mostrava colon con grossolani livelli idroarei, in corrispondenza del traverso e della fessura sx ed ingombro da feci nell'ascensore e discendente come per occlusione del sigma, visitando la paziente il (OMISSIS) e rilevando che la stessa presentava un quadro conclamato di occlusione intestinale (addome disteso, peristalsi scarsa, rumori di timbro metallico e di filtrazione, assenza di feci in ampolla rettale, nausea persistente) che imponeva un intervento chirurgico non più procrastinabile, omettendo di valutare correttamente il suddetto quadro clinico, non effettuava l'intervento chirurgico necessario; imperizia perché il S. (e gli altri sanitari coimputati) nonostante al momento della richiesta della colonoscopia non vi fossero elementi che controindicassero né "la sua esecuzione né la sua preparazione prevista

per il giorno (OMISSIS), quando la modificazione clinica si modificò e ciò avvenne già il giorno (OMISSIS) con la presenza di nausea e vomito, non mutarono la loro decisione in merito alla preparazione cd. "dall'alto" (mentre sarebbe stata più opportuna una preparazione dal basso o che l'esame venisse eseguito in tempi più rapidi) facendo somministrare alla paziente elevate quantità d'acqua e di lassativi osmotici che, non venendo eliminate se non in minimissima parte, aumentavano il contenuto intestinale a monte dell'ostruzione con un peggioramento del quadro clinico.

DIRITTO: Nella colpa medica nell'attività di equipe ciascuno dei soggetti che si dividono il lavoro risponde dell'evento illecito, non solo per non aver osservato le regole di diligenza, prudenza e perizia connesse alle specifiche ed effettive mansioni svolte, ma altresì per non essersi fatto carico dei rischi connessi agli errori riconoscibili commessi nelle fasi antecedenti o contestuali al suo specifico intervento. La Corte ha affermato il principio secondo cui ogni sanitario, oltre che il rispetto dei canoni di diligenza e prudenza connessi alle specifiche mansioni svolte, sarà anche astretto dagli obblighi ad ognuno derivanti dalla convergenza di tutte le attività verso il fine comune unico. In virtù di tali obblighi il sanitario non potrà esimersi dal valutare l'attività precedente o contestuale svolta da altro collega sia pure specialista in altra disciplina, e dal controllarne la correttezza ponendo se del caso rimedio ad errori altrui che siano evidenti e non settoriali, e come tali rimediabili ed emendabili con l'ausilio delle comuni conoscenze scientifiche del professionista medio.



FNOMCeO

RIFLESSIONI SULL'EVOLUZIONE DELLA FIGURA DEL MEDICO IN ITALIA

“ Alza gli occhi al cielo:
non troverai mai arcobaleni se continui a guardare in basso.”

Charlie Chaplin,
Swing High Little Girl, 1969

19-21 Maggio 2016

PREMESSA

Il medico è un protagonista centrale nel processo di cambiamento in atto del nostro sistema sanitario e la riflessione sull'evoluzione nei prossimi anni della sua figura è un momento essenziale per permettere a questo professionista di giocare un ruolo strategico nel servizio alla società.

All'interno dei nuovi scenari, il medico è oggi chiamato, in modo consapevole e proattivo, a:

- essere regista del proprio percorso professionale, cogliendo i momenti chiave di ogni fase (ad esempio quando specializzando, *leader* professionale, mentore per i colleghi più giovani, ecc.);
- approfondire le proprie competenze, tecniche e non-tecniche, utilizzando al meglio gli strumenti del *Continuous Professional Development*;
- agire come attore competente nella dimensione economica, sociale e politica della propria comunità;
- adattarsi allo sviluppo e contribuire a determinare i mutamenti delle organizzazioni sanitarie e del loro governo, cogliendo le opportunità offerte dal cambiamento e valorizzando la centralità del paziente in ogni attività.

Il dibattito sull'evoluzione della figura del medico deve giovare del coinvolgimento del mondo accademico e di quello professionale, nonché dei contributi di tutti i soggetti che si rivolgono al medico. Particolare attenzione deve essere rivolta alle motivazioni che conducono all'intrapresa della professione medica.

La FNOMCeO ha ritenuto utile operare una rigorosa riflessione sull'evoluzione della figura del medico in Italia nei prossimi anni.

Le considerazioni proposte mirano a:

- sensibilizzare sulla molteplicità e la complessità delle variabili che possono influenzare le decisioni relative alla sanità e alla professione medica;
- promuovere la figura di un medico che sia consapevolmente radicato nella propria storia e nella propria "*mission*" di promuovere e garantire la salute individuale e collettiva, e allo stesso tempo sia protagonista nel governare l'evoluzione dei sistemi socio-sanitari, contribuendo attivamente a orientarne le politiche e le scelte in materia, anche identificando possibili linee di azione per intervenire proattivamente.

1. LO SCENARIO OPERATIVO

1.1 Una sanità in cambiamento

In Italia, come in generale nel mondo occidentale, i sistemi sociali e sanitari sono notevolmente cambiati negli ultimi anni. I fenomeni che hanno alimentato i tanti mutamenti intervenuti sono molteplici e coinvolgono anche attori fino a oggi "esterni" ai sistemi sanitari. Per tale ragione, è necessario, in modo proattivo, procedere all'individuazione dei principali elementi che hanno condotto all'evoluzione del nostro sistema socio-sanitario.

1. **L'evoluzione del quadro demografico e sociale**, nel quale spiccano alcuni fenomeni, quali [1]:
 - a. l'invecchiamento della popolazione;
 - b. l'urbanizzazione;
 - c. la riduzione della numerosità dei nuclei familiari o conviventi;
 - d. la crescita in Italia della multietnicità, che determina in modo significativo nuove variabili relativamente a:
 - stili di vita;
 - pratiche tradizionali;
 - religiosità;
 - diverse interpretazioni dei concetti di "salute" e "benessere";

- e. i determinanti sociali con l'incremento di una popolazione italiana vicina alla soglia di povertà, con ipotizzabili significativi impatti anche a breve termine sulla salute e sui costi dell'assistenza;
 - f. le problematiche ambientali e il loro influsso sulla salute;
 - g. la recente regressione dell'indice di attesa di vita media per maschi e femmine
2. **L'evoluzione del quadro epidemiologico nella popolazione** caratterizzato da [2, 3, 4, 5]:
 - a. prevalenza di malattie cronic-degenerative;
 - b. incremento di quadri polipatologici;
 - c. incremento del disagio e delle patologie mentali;
 - d. le problematiche ambientali e il loro influsso sulla salute.
 3. **L'evidenza di una grande variabilità all'interno dei sistemi** (europei, nazionali e regionali) negli indicatori relativi all'aspettativa di vita, al benessere soggettivo e alla garanzia di equità nell'accesso ai servizi socio-sanitari [6].
 4. **L'evoluzione dell'attesa di salute** con molte e articolate componenti [7]:
 - a. evoluzione del concetto di "salute" anche nella percezione dei professionisti sanitari;
 - b. elevate aspettative da parte dei singoli e della società in rapporto alle risposte possibili da parte dei sistemi sanitari;
 - c. difficoltà a riconoscere che la scienza e la tecnologia hanno dei limiti oltre i quali entrano in gioco altre e altrettanto importanti componenti, che hanno a che fare con tutte le dimensioni della persona umana;
 5. **La personalizzazione delle cure** legata [8]:
 - a. alle esigenze del paziente;
 - b. all'evoluzione scientifica e tecnologica con la possibilità o la necessità di tarare la risposta sul profilo specifico (genetico, enzimatico, ecc.) della singola persona.

Le organizzazioni sanitarie e le modalità organizzative attraverso le quali rispondere alla domanda di salute richiedono un cambiamento, in particolare rispetto ai seguenti modelli.

1. Modelli organizzativi, che attualmente risentono di un'impostazione basata su [9]:
 - a. un'organizzazione "a canne d'organo";
 - b. una scarsa integrazione attorno al "percorso paziente";
 - c. un dimensionamento delle *équipe* professionali mediche, soprattutto negli ospedali, fortemente orientato alla copertura "h24" piuttosto che ai volumi minimi di attività.
2. Modelli di finanziamento, ancora fortemente basati su un insieme di spesa storica e di pagamento per prestazione («otteniamo quello per cui paghiamo»), anche se si stanno lentamente sperimentando forme che incentivano il "percorso paziente", la *performance* e gli esiti [10].

L'impegno finalizzato all'elaborazione di nuovi modelli organizzativi tende a seguire alcune tendenze a livello internazionale, quali:

1. l'integrazione tra "sociale" e "sanitario";
2. l'integrazione tra le varie fasi del "percorso paziente";
3. l'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare;
4. l'intensità di cura;
5. la continuità delle cure;
6. la garanzia di *standard* di sicurezza;
7. l'efficienza e la riduzione dei costi [11].

Tutti gli sforzi tesi a sviluppare i nuovi modelli devono tenere conto del fatto che i sistemi socio-sanitari sono sistemi complessi, ossia un insieme di agenti individuali che hanno la libertà di agire in modi non sempre totalmente prevedibili, dove le azioni di un agente cambiano il contesto per altri agenti.

Alcuni altri fenomeni rendono irreversibile il cambiamento anche nel sistema sanitario italiano.

1. **La quantità di risorse che rimarrà limitata** rispetto alla crescente domanda di salute. In questo senso ci sono evidenze che:
 - a. un modello di evoluzione è quello di incrementare “valore” (inteso come miglioramento degli esiti di salute per ogni euro investito dal sistema) [15];
 - b. si possono raggiungere migliori risultati investendo in programmi di miglioramento continuo della qualità, anche a risorse invariate (“iso-risorse”) [16];
 - c. la sostenibilità dei sistemi è un problema che riguarda anche la professione medica: il medico ricopre un ruolo centrale poiché contribuisce con le sue scelte a determinare la sostenibilità dei sistemi.
2. **Gli investimenti e l’innovazione nel settore biomedico sono in crescita.** Nuovi strumenti e modalità di interazione tra persona e professionisti sanitari, che rivoluzionano i modelli tradizionali di cura e assistenza, vengono messi a disposizione seguendo tre principi generali [17]:
 - a. cogliere i bisogni e le aspettative della collettività (pazienti-consumatori);
 - b. integrare e rendere accessibili i dati;
 - c. rendere l’assistenza, almeno per un certo livello di domanda di salute, facile e accessibile (ad esempio attraverso l’acquisto *on line* di alcuni servizi).
3. **L’Information and Communication Technology (ICT)** trasforma significativamente le organizzazioni sanitarie e il ruolo dei professionisti.
 - a. L’utilizzo dei sensori (portabili, impiantabili, ingeribili, ecc.) genera grandi quantità di dati.
 - b. Da una crescente mole di dati potranno/dovranno essere estratte informazioni rilevanti sulla persona, sulla collettività e sui sistemi sociali.
 - c. Ogni fase del “percorso paziente” sarà riconducibile ai dati e al monitoraggio digitale, che impatterà:
 - sui percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali del paziente;
 - sulla possibilità di monitoraggio da remoto (ad esempio la telemedicina);
 - sulla valutazione delle *performance*;
 - sui sistemi di investimento;
 - sui meccanismi di “premio-sanzione”;
 - sulla *privacy*.
 - d. La disponibilità o meno a connettersi alle “autostrade” digitali potrebbe diventare un problema rispetto alla possibilità di garantire *standard* di qualità e di equità.
4. **Il ruolo del cittadino e dei pazienti sarà diverso e più rilevante.**
5. **Il declinare la centralità del cittadino e del paziente** richiede e richiederà il riconoscere che:
 - a. persone e pazienti sono pronti (circa il 50%) ad affrontare nuovi modelli di assistenza basati sul digitale e sul “fai da te” [17];
 - b. persone e pazienti non sono una categoria unica, ma al loro interno esistono profili diversi in relazione a:
 - domanda di salute (ad esempio percepita e non, espressa e non, ecc.);
 - domanda di servizi (ad esempio appropriatezza della domanda, percezione del suo valore anche economico, ecc.);
 - capacità di comprensione e utilizzo delle informazioni dalla persona non acculturate dal punto di vista sanitario sino al paziente che può essere anche un professionista sanitario [18], e a livello di partecipazione e coinvolgimento nella scelta;
 - capacità di utilizzo della tecnologia;
 - c. persone, comunità, *stakeholders* e decisori politici richiedono una valutazione della qualità e delle *performance* dei sistemi sanitari.

1.2 Alcune rivoluzioni in atto nella professione medica

Alcune trasformazioni in corso nei sistemi sanitari hanno degli impatti significativi anche nel modo in cui il medico esercita la sua professione. Tra le più rilevanti troviamo:

1. il dover **“rendere conto” (accountability)**, come singolo o come équipe, rispetto alle *performance* e agli esiti delle cure;
2. lo sforzo di modificare gli esiti di politiche pubbliche o di decisioni allocative che hanno un impatto diretto sulla vita delle persone (*advocacy*);
3. **l’adesione (compliance) a regole e raccomandazioni**, sostenute da evidenze scientifiche, spesso innovative rispetto ai comportamenti tradizionali;
4. **la necessità di lavorare in team per rispondere alla domanda di salute**;
5. **l’evoluzione delle relazioni con le persone e la comunità**, che assumono progressivamente un maggior protagonismo;
6. **la disponibilità di più dati e di un maggiore numero di contatti**, anche grazie alle nuove tecnologie, che tuttavia non necessariamente genera più informazioni e migliore conoscenza dei fenomeni e che anzi non facilita le scelte;
7. **l’elevato numero di evidenze scientifiche disponibili non immediatamente traslabili nella pratica quotidiana**;
8. **la responsabilizzazione rispetto al valore economico nelle scelte clinico assistenziali**;
9. il dover **“rivoluzionare”** il proprio modo di operare tecnico (secondo l’evoluzione scientifica e tecnologica) e il proprio modo di operare dentro le organizzazioni, che sempre più si articolano in reti attraverso diverse procedure.

2. IL MEDICO E LE POLITICHE PER LE RISORSE UMANE IN SANITÀ

2.1 La politica per le risorse umane in sanità

Declinare una politica per le risorse umane nei sistemi sanitari richiede la presenza di scenari condivisi di medio e lungo termine, evitando azioni episodiche che potrebbero generare instabilità e non sarebbero in grado di influenzare significativamente lo scenario.

Prospettive e azioni che includano le fasi del ciclo lavorativo dei professionisti sono di seguito elencate.

1. Pianificazione del fabbisogno.
2. Preparazione e inserimento (comprendenti reclutamento e formazione).
3. Mantenimento e miglioramento continuo (ad esempio motivazione, supporto, autovalutazione, soddisfazione, formazione continua, salute e sicurezza).
4. Valutazione delle *performance* (ad esempio disponibilità, competenza, produttività, ecc.).
5. Gestione degli attriti e dell’uscita (ad esempio migrazione, evoluzione di carriera, pensionamento).

Nei sistemi sanitari le politiche delle risorse umane sono determinate da alcuni elementi, quali:

1. le politiche europee, nazionali e regionali;
2. l’evoluzione demografica dei professionisti e degli operatori (tendenze di genere e lunghezza della vita lavorativa);
3. il cambiamento demografico della popolazione e il conseguente impatto in termini di fabbisogno di salute;
4. l’evoluzione delle aspettative della popolazione, che richiedono *standard* qualitativi più elevati;
5. i sistemi regolatori rispetto al reclutamento, la gestione dello sviluppo della carriera e l’uscita dei professionisti;
6. i modelli organizzativi adottati, che influenzano qualità e quantità delle risorse professionali necessarie;

7. la cultura interna alle organizzazioni, che influisce sulle modalità operative, l'attrattività e la capacità di fidelizzazione dei professionisti;
8. la dinamica delle risorse umane in altri settori, che può rendere più o meno attrattivo lo sbocco nei sistemi sanitari.

Particolari importanti sono le evoluzioni demografiche del sistema sanitario, che riguardano la sempre maggiore presenza delle donne medico, che sono oggi in media più del 40% del numero totale di professionisti e più del 60% dei medici con meno di 30 anni di età. Questo dato, ormai stabile, dovrà necessariamente prevedere nella politica per le risorse umane in sanità delle azioni rivolte a favorire una maggiore conciliabilità tra i tempi di lavoro e di carriera con i tempi della cura parentale (figli, genitori, familiari diversamente abili). Ciò potrà essere attuato sia attraverso flessibilità adeguate dell'orario di lavoro e accesso al *part-time*, che mediante la previsione di asili nido aziendali, oggi assenti nella maggioranza delle strutture ospedaliere italiane.

A questi particolari vanno aggiunti alcuni tratti caratteristici della realtà italiana, tra i quali le rigidità normative in materia di mobilità, modifica e trasformazione dei ruoli, e le difficoltà nel programmare le attività dei professionisti sanitari nelle diverse articolazioni del sistema.

2.2 Il fabbisogno di medici nei sistemi sanitari europei

Vari studi evidenziano l'esistenza di una criticità nelle proiezioni sul fabbisogno e sulla disponibilità di medici nell'Unione Europea, mostrando in particolare diversi scenari caratterizzati da [20, 21]:

1. carenza di medici in alcuni settori disciplinari;
2. disomogenea distribuzione per territorio a favore dei contesti urbani, per settore a favore degli ospedali;
3. mobilità dei medici tra i paesi membri dell'Unione Europea a favore di quelli con sistemi più avanzati e meglio retribuiti.

Gli stessi dati segnalano come la vita lavorativa si stia allungando e come questo impatti in modo particolare sulla figura del medico.

Nella realtà italiana negli ultimi 50 anni le varie dinamiche di formazione e reclutamento dei medici, in assenza di una programmazione organica, hanno creato coorti non omogenee di professionisti, particolarmente numerose in alcune fasce di età. [22].

3. UN MEDICO LEADER IN UNA SANITÀ COMPLESSA

Il medico è chiamato a sfide future in un sistema di collaborazione con altre figure professionali, maturando caratteristiche diverse in particolare per fronteggiare le innovazioni tecnologiche che connoteranno il futuro assetto della medicina. Dovrà ricoprire il ruolo di garante e artefice della salute, gestendo la propria *leadership* in un sistema sempre più complesso e di fronte a una crescente richiesta di salute e di risultati.

3.1 Caratteristiche del professionista medico

Il medico, come persona e come professionista, ricerca continuamente un equilibrio tra le richieste e la realtà (o tra la cosiddetta "medicina dei desideri" e la "medicina dei bisogni"), cercando di armonizzare tre principali istanze:

1. la risposta professionale al bisogno di salute delle persone che gli sono affidate e che chiedono il suo aiuto, e quello della comunità in cui sono inserite;
2. la risposta alle sue motivazioni personali profonde;
3. le esigenze del servizio.

Non è facile distinguere nella realtà la componente professionale da quella personale, in quanto molto spesso esse sono strettamente connesse.

Una sintesi efficace dei molteplici aspetti inclusi nella competenza professionale di un medico è quella in cui si uniscono [24]:

1. la capacità di integrazione delle diverse conoscenze con le mutevoli condizioni della realtà;
2. le competenze tecniche specifiche delle discipline;
3. le abilità di relazione (ad esempio la gestione dei conflitti, le abilità comunicative, il lavoro di gruppo, ecc.);
4. la capacità di adattarsi al contesto organizzativo (ad esempio in funzione della tipologia di organizzazione in cui ognuno è chiamato a operare);
5. la capacità di affrontare la complessità delle situazioni (ad esempio la gestione dell'ansia, la tolleranza dell'ambiguità, l'intelligenza emotiva, la disponibilità verso i pazienti e la società, ecc.);
6. le abitudini mentali (ad esempio osservare i propri pensieri ed emozioni, riconoscere e gestire i *bias* cognitivi ed emotivi, la disponibilità a riconoscere gli errori, ecc.).

Ogni medico è chiamato a essere nel contempo anche formatore, secondo modalità, professionalità e impegno diversi a seconda dei ruoli ricoperti. Si evidenzino i seguenti importanti elementi:

- Le *Non Technical Skills* (NOTTS);
- l'operare nelle organizzazioni;
- la *leadership*;
- la comunicazione.

Un'ulteriore caratteristica richiesta al medico è l'esercizio della *leadership* [29]. Sebbene il termine "*leadership*" possa talora non essere interpretato in modo univoco, appare evidente la sua importanza tra gli elementi essenziali della professionalità del medico.

Il *leader* si caratterizza per l'abilità di indirizzare efficacemente coloro che lo seguono, offrendo una visione chiara, attraente e concreta degli obiettivi da raggiungere. La *leadership* deve essere esercitata in modo diffuso in un sistema di lavoro, in *équipe* o in *team*. Il lavoro in *team*, infatti, costituisce la dimensione ordinaria dell'agire medico e significa interagire con colleghi, con gli altri professionisti sanitari, come anche con i pazienti, i familiari e le comunità, che spesso richiedono di essere orientate e guidate verso scelte operative.

3.2 La formazione del medico

La formazione del medico, anche in relazione a quanto previsto dal Legislatore, è un processo molto lungo (oltre 10 anni), che richiede un importante investimento da parte della società per ogni professionista formato.

Il processo è dinamico: non si esaurisce con la sola formazione di base e specialistica, bensì accompagna il medico nei diversi momenti della sua vita professionale in funzione dei ruoli e degli incarichi assunti.

Una formazione efficace necessita di requisiti, che le istituzioni deputate hanno il compito di soddisfare [30].

3.3 Il medico e il *Continuous Professional Development*

La formazione deve essere finalizzata alla figura di un medico quale protagonista attivo nelle scelte, nella definizione del fabbisogno, nonché nella definizione delle stesse modalità di formazione.

L'allungamento della vita lavorativa, associato a una veloce evoluzione dei bisogni di salute, delle conoscenze tecnico-scientifiche e degli strumenti disponibili, richiede, oltre a investimenti sui nuovi professionisti, anche significative capacità di adattamento e di trasformazione per quanti già sono occupati.

I processi formativi per i medici si caratterizzano per:

1. la crescente rilevanza del *"Continuous Professional Development"* [32];
2. il ruolo attivo del singolo operatore nel disegnare il proprio percorso professionale e i bisogni formativi;
3. l'attenzione al proprio *"benessere"*;
4. la misurazione e il confronto delle *performance* tra pari.

La formazione continua dei professionisti ha un ruolo centrale nell'utilizzare al meglio le potenzialità esistenti, mirando tra l'altro a [33]:

1. allineare le qualificazioni acquisite, spesso generali, con le esigenze specifiche delle organizzazioni;
2. trovare il corretto bilanciamento tra le abilità richieste e quelle disponibili da parte del professionista, così da evitare, o quantomeno ridurre, i fenomeni di:
 - a. *"Over-skilling"* (il professionista è qualificato più di quanto richiesto da quella specifica posizione);
 - b. *"Under-skilling"* (il professionista necessita di ulteriore formazione per poter garantire quanto richiesto dalla posizione);
3. evitare il verificarsi di *"vuoti"* in alcuni settori per carenza di investimenti specifici nella formazione o per scarsa attrattività degli stessi;
4. mantenere e sviluppare le professionalità esistenti in linea con l'evoluzione scientifico-tecnologica.

Infatti, esiste consenso sul fatto che vengano erogati servizi migliori da coloro che mantengono le competenze attraverso un apprendimento continuo sistematicamente valutato.

4. VALUTAZIONE DEI PROFILI E DELLE PECULIARITÀ DEL MEDICO IN ITALIA

Nell'avviare un processo di riflessione sulla figura del medico è doveroso tenere presente che non esistono risposte semplici a problemi complessi, e che il tempo necessario per valutare l'impatto delle azioni intraprese in questo settore è medio-lungo (maggiore di 3-5 anni).

Inoltre, per orientare i sistemi complessi come la sanità, è importante individuare e diffondere alcune regole che fungano da motore e collante nel sistema.

4.1 Elementi di un profilo

Il medico in Italia nei prossimi anni dovrà essere:

1. *proattivo nell'affrontare l'innovazione, partendo dalle proprie radici;*
2. *detentore di competenze professionali che continuamente sviluppa e mantiene aggiornate;*
3. *detentore di un metodo scientifico e attento alla produzione di nuove conoscenze;*
4. *capace di ascoltare e comunicare con la persona nel bisogno;*
5. *capace di tenere conto della dialettica tra risposta alla singola persona e quella alla comunità;*
6. *attento alla dimensione etica quotidiana della professione, partendo dall'adesione alle pratiche raccomandate e sostenute da evidenze scientifiche;*

7. *capace di esercitare una leadership professionale rispetto a colleghi, professionisti, pazienti e persone assistite;*
8. *cosciente del proprio ruolo sociale e politico: il fatto di poter intervenire sulla salute e sulla vita conferisce un "potere" di advocacy;*
9. *cosciente di essere un attore economico: determina e gestisce risorse economiche ingenti;*
10. *attento a perseguire il miglioramento continuo proprio e dell'organizzazione in cui è inserito, oltreché a dimostrarlo.*

4.2 Possibili aree di intervento

Le aree di intervento e le possibili azioni rispetto all'evoluzione della figura del medico in Italia sono molteplici. Di seguito vengono presentate alcune proposte collegate alle riflessioni sino a qui sviluppate.

Rispetto alla fase del reclutamento, si possono considerare almeno due livelli di azione:

1. uno centrato sul rendere attrattiva la figura del medico valorizzandone gli aspetti vocazionali e la possibilità di realizzazione personale esercitando la professione;
2. l'altro centrato sull'identificazione degli investimenti strategici dell'Italia rispetto alla formazione di base e specialistica per i medici in Italia (ad esempio formare o acquisire professionisti già formati, ecc.).

Rispetto al percorso professionale, le azioni possono riguardare:

1. l'introduzione di una maggiore flessibilità nei diversi momenti o stadi del percorso professionale (facilitazione di riconversione di carriera);
2. la valorizzazione dell'allungamento della vita professionale come, ad esempio, promuovendo il "Mentoring" (recuperare le preziose esperienze di colleghi più anziani a supporto dei più giovani), delle differenze di genere e del coinvolgimento nell'alfabetizzazione sanitaria dei cittadini;
3. l'individuazione e la sperimentazione di nuovi modelli per valorizzare le differenze di genere, che potrebbero ad esempio contare sulla particolare attitudine al lavoro di gruppo del genere femminile, come sulla competenza e la qualità comunicativa e relazionale del rapporto con il paziente delle donne medico [33 bis].

Nell'ambito della competenza professionale del medico, le azioni potrebbero includere:

1. l'adozione di nuovi approcci legati all'evoluzione della domanda di salute (ad esempio la polipatologia, l'evoluzione delle patologie prevalenti, la personalizzazione degli approcci e delle terapie, la sicurezza delle cure ,ecc.);
2. l'investimento su aspetti quali l'etica professionale, i NOTTS, la *leadership*, l'operare nelle organizzazioni, la comunicazione;
3. l'utilizzo critico degli strumenti dell'*Information and Communication Technology* nella consapevolezza di come questi contribuiscano a definire la professionalità e il modo di essere del medico;
4. l'attenzione alla relazione con la persona nelle sue molteplici dimensioni (capacità di proporre solo quanto necessario e sicuro per il paziente, saper ascoltare e condividere, rispettare la sofferenza fino eventualmente al riconoscimento della dimensione spirituale);
5. la relazione costante con la propria comunità di riferimento.

Le **azioni per la formazione del medico** possono includere, oltre alle tematiche già citate in precedenza:

1. lo studio e l'adozione delle migliori modalità di apprendimento e di *training* con particolare attenzione alla *Continuous Professional Development* (CPD);

2. saper operare nel “percorso paziente” superando i silos dei singoli episodi di cura e sapendo leggere e sintetizzare le diverse e molteplici informazioni;
3. saper apprendere nella prospettiva del *Continuous Professional Development* (CPD), progettando un proprio percorso formativo strategico;
4. saper gestire il profilo di carriera nell’arco di 40-50 anni, includendo anche la qualità della propria vita (ad esempio i tempi personali, la maternità, ecc.).

Le possibili azioni richiedono anche di intervenire **ripensando le organizzazioni sanitarie e le loro articolazioni**, provando a ipotizzare di:

1. rendere attrattive per i professionisti le cosiddette “periferie”, facendo in modo che vi sia una equo accesso ai servizi per tutti le persone;
2. sviluppare modelli che facilitino le relazioni e l’integrazione tra sistemi e professionisti, favorendo una lettura complessiva dei fenomeni;
3. porre una maggiore attenzione all’utilizzo degli strumenti ICT e la richiesta di un’adeguata accessibilità ai sistemi per garantire adeguati *standard* qualitativi e di equità;
4. valutare una ridefinizione delle aree di responsabilità e di interfaccia tra i professionisti della salute;
5. studiare modelli che favoriscano una maggiore permeabilità tra le diverse articolazioni delle organizzazioni sanitarie;
6. rendere la sicurezza per pazienti e operatori una garanzia di sistema;
7. promuovere l’adozione sistematica di strumenti quali il profilo di ruolo (*Job Description*) per favorire lo sviluppo professionale e migliorare la qualità e la sicurezza delle cure;
8. favorire lo sviluppo di sistemi di confronto su *performance* ed esiti in una dimensione sia nazionale che internazionale, per favorire l’*“accountability”* delle organizzazioni e dei professionisti (la sistematica applicazione di programmi di verifica e revisione dei processi e degli esiti);
9. favorire un ruolo attivo dei pazienti nei percorsi di cura e di assistenza.

CONCLUSIONI

Il percorso per orientare e accompagnare l’evoluzione della figura del medico in Italia richiede una prospettiva temporale di medio-lunga durata, un’azione continua caratterizzata da flessibilità e creatività nel cogliere e sviluppare di volta in volta innovazioni e opportunità, una verifica periodica dello stato dell’arte che diventi poi *feed back* e punto di ripartenza per tutti i protagonisti coinvolti.

Alla luce dei dati disponibili, gli ambiti nei quali è necessario investire possono essere individuati nella:

1. rivisitazione e consolidamento degli elementi che caratterizzano la professionalità del medico, da quelli più tecnici a quelli legati alla capacità di lettura e di intervento nel contesto;
2. promozione e supporto delle attività di formazione continua negli ambiti clinico assistenziali di interesse;
3. promozione e supporto della formazione in settori strategici per il miglior esercizio della professione, in particolare:
 - a. nei NOTTS, con particolare enfasi in merito al tema della capacità di lavorare in gruppi (multispecialistici e multiprofessionali), da cui non può essere estranea una specifica formazione etico-deontologica;
 - b. nella capacità di comunicare professionalmente in modo efficace con i colleghi, con i pazienti (anche tenendo conto del loro ruolo sempre più attivo, nonché della loro alfabetizzazione sanitaria), con le altre professioni sanitarie e con la società;

- c. nella capacità di leggere e inserire il singolo evento clinico nel contesto più ampio della storia del paziente e del sistema sociale in cui è inserito;
 - d. nella capacità di gestire il proprio sviluppo professionale e lo stress che può accompagnarne alcune fasi;
 - e. nell'esercizio della *leadership* professionale, modulata in funzione dei livelli di azione cui il professionista è chiamato;
 - f. nella conoscenza e comprensione dei meccanismi che regolano la dinamica dei sistemi complessi, che influenzano l'agire quotidiano nei più diversi livelli;
 - g. nella *governance* in sanità;
 - h. nella capacità di contribuire a determinare e a governare i cambiamenti delle organizzazioni.
- Inoltre, l'accompagnamento e l'orientamento dell'evoluzione della figura del medico in Italia trae giovamento da un dibattito generale che coinvolga tutti i professionisti interessati, il mondo accademico e l'intera società, tenendo conto delle attese e delle esigenze dei soggetti con i quali il medico si relaziona.

**FNOMCeO**

Pubblichiamo il contributo che il Dott. Roberto Gozzi, in qualità di coordinatore del workshop sull'odontoiatria sociale a Rimini, ha illustrato durante il Consiglio Nazionale della FNOMCeO

PROGETTO ODONTOIATRIA SOLIDALE APPROPRIATEZZA PREVENZIONE

La CAO FNOMCeO è garante dei valori etici e deontologici della professione odontoiatrica nei confronti dei cittadini. Deve vigilare affinché gli assessorati alla Sanità delle singole Regioni stabiliscano gli ambiti minimi assistenziali e definiscano i criteri di assistenza odontoiatrica a livello di vulnerabilità sanitaria e socio economica, a partire dall'analisi di quanto viene erogato attualmente dai singoli sistemi regionali.

Si ritiene opportuno che le Regioni, pur con diversità socio economiche e assistenza pubblica sanitaria odontoiatrica diversa, definiscano livelli chiari e omogenei di assistenza.

L'importanza della definizione dei livelli di assistenza odontoiatrica deve necessariamente prevedere il coinvolgimento di un tavolo tecnico con le professionalità del SSR, le Università, CAO FNOMCeO.

È evidente che la diversa rappresentazione delle professionalità del servizio pubblico regionale in odontoiatria dà in alcune realtà delle eccellenze assistenziali, ma pur tuttavia non sufficienti a coprire i fabbisogni della popolazione fragile, tipico di una copertura a macchie di leopardo.

Livelli di assistenza odontoiatrica non possono che prevedere il ruolo centrale della visita, diagnosi e piano di trattamento come competenza esclusiva del medico odontoiatra.

La società civile sta attraversando un momento di crisi e la realtà del diffuso impoverimento di ampie fasce della popolazione ci pone nuove problematiche

che non possono non toccare la coscienza di ognuno di noi. Già molti medici ed odontoiatri prestano la loro opera in vari progetti di volontariato, ma riteniamo che l'intera categoria medica, la cui attività, più di ogni altra, si riconduce a principi di eticità, solidarietà e benessere del cittadino (è questa la **Missione del Medico e dell'Odontoiatra**) e risponde anche ad esigenze di giustizia sociale, può ulteriormente contribuire con ulteriori e fattive testimonianze.

Si segnala, inoltre, il rischio incombente di un depotenziamento dell'offerta di trattamenti odontoiatrici nel SSN con una crescente difficoltà di accesso alle cure per fasce sempre più ampie della popolazione. Gli Odontoiatri auspicano, invece, che il Ministero della Salute incentivi tutte le iniziative rivolte alla prevenzione e alla tutela delle fasce deboli.

Dal dibattito sono emerse diverse aree di intervento possibile, ma è sicuramente prioritaria una efficace risposta (che non può prescindere dal rafforzamento delle strutture pubbliche del SSN per garantire i livelli minimi assistenziali) ai bisogni dei cittadini che si trovano in una situazione di vulnerabilità sanitaria e sociale. L'accesso alle cure deve essere garantito a tutti i pazienti in condizioni di fragilità, soprattutto se in età evolutiva o con patologie croniche che necessitano cure odontoiatriche in ambiente protetto. Deve essere garantita l'assistenza odontoiatrica a tutti i cittadini affetti da patologie che ne pregiudicano la mobilità e che hanno difficoltà a raggiungere le strutture di cura, come ad esempio gli allettati domiciliari.

Le **Commissioni Odontoiatriche degli OMCEO**, rappresentanti istituzionali di tutta l'odontoiatria, e

LA PAGINA DELL'ODONTOIATRA

Le diverse istituzioni che operano in ambito odontoiatrico, stanno elaborando un intervento mirato all'odontoiatria che integri le varie iniziative regionali già attivate e coordini la rete di assistenza territoriale nelle sue diverse articolazioni, nel rispetto di competenze e compiti, evitando inutili sovrapposizioni, sprechi di risorse o pretese dirigistiche, puntando principalmente su progetti di prevenzione primaria della salute orale. Va sottolineato come i progetti di prevenzione primaria abbiano ricaduta immediata, a medio e a lungo termine, sia sui costi biologici che socio economici che la società e il cittadino dovrebbero altrimenti sostenere.

La prevenzione non è una scommessa, ma una certezza!

La prevenzione in odontoiatria è il più efficace mezzo di contrasto alla diffusione delle malattie del cavo orale e non solo...

La prevenzione odontoiatrica abbatta i costi del sistema sanitario e l'impatto sociale delle diverse patologie.

Pertanto la CAO continuerà a sostenere i progetti degli odontoiatri sentinella nella prevenzione del tumore del cavo orale e nel controllo delle osteonecrosi indotte da farmaci.

La malattia cariosa e quella parodontale sono direttamente correlate all'igiene orale e agli stili di vita. La CAO Nazionale, in sinergia con le Società Scientifiche, promuove programmi di formazione rivolti all'educazione alla salute orale. Per raggiungere una effettiva compliance del paziente per ridurre l'incidenza della patologia sarà opportuno introdurre un meccanismo premiante per coloro che aderiscono ad un programma di visite periodiche e di igiene orale domiciliare e professionale.

Questo sistema assicura una tutela e un miglioramento della salute individuale e pubblica, un risparmio economico sia della sanità pubblica che di tipo privatistico e una migliore distribuzione delle risorse per tutti.

Questa impostazione dovrebbe essere estesa anche nell'ambito dell'appropriatezza prescrittiva.

Si auspica che la CAO nazionale approvi e promuova un progetto nazionale (magari attraverso dei progetti pilota provinciali che possano essere estesi e migliorati in seguito) che coinvolga in modo volontario gli iscritti per permettere anche alla classe dei cosiddetti "nuovi poveri" di poter fare prevenzione, ridurre la necessità di cure e fornire quelle di base.

DUE PALMI DI TERRA COLOR OCRA

DI FRANCESCO SALA



A qualcuno potrebbe venire il dubbio che il dr. Sala abbia cambiato mestiere visto che negli ultimi anni ha dato alle stampe ben tre libri e tutti di assoluto rilievo. E invece i suoi pazienti continuano a dire che resta un bravo medico per di più attento alle relazioni interpersonali.

Una cosa è certa: la narrazione degli eventi che ogni volta egli mette in campo lo appassionano e a volte si ha l'impressione che lo trascinino con loro nel profondo di quelle umane vicende delle quali si ha la sensazione che rischi di diventarne egli stesso protagonista. Come nel caso del commissario Eleuterio Dallari che impronta insieme a quella di Armando Manfredini, l'artista suicida, la narrazione di questa storia, anzi di queste storie, visto che si intrecciano e si dipanano mille piccole vicende personali che fanno da sfondo a quella più significativa della giovane Emma.

La verità però è un'altra e Sala non fa nulla per nasconderla, anzi se ne compiace quando immerge la sua storia nella sua città, Modena. Ancora una volta egli "approfitta" delle umane vicende per descrivere Modena soffermandosi sulle strade, sui vicoli, sui portici, sui locali, ma soprattutto sulle

atmosfera che si respirano in una città provinciale della pianura padana nei primi anni del Novecento. E tutti i suoi personaggi si muovono come in un'atmosfera ovattata che finisce per valorizzare proprio l'ambiente sullo sfondo.

Un altro bel libro insomma del collega Sala da leggere o meglio da centellinare assaporando ambienti che purtroppo non ci sono più e che rivediamo nelle tele e negli acquarelli dei pittori modenesi di quell'epoca.

N. D'Autilia

L'AQUILA CONTINUERÀ A VOLARE

DI ROBERTO DE GESU



Con piacere scrivo due righe per un libro che mi ha emozionato per tre motivi:

- 1) perchè scritto dall'amico e collega Roberto, che ho sempre stimato,
- 2) perchè l'autore, oltre ad essere un emergente scrittore, è un bravo fotografo ed un illusionista e fa parte di AMESA (Associazione medici e Sanitari Artisti), che ho l'onore di presiedere.
- 3) perchè il libro mi ha dato tre emozioni diverse, visto che raccoglie tre racconti, che si sviluppano attraverso parallelismi tra il presente ed il passato, in particolare il Medioevo.

Nel primo racconto (Strano modo di morire), in dodici capitoli più un altro "ultimo", il sipario si apre in uno studio di un medico, il dr. Fabio Valerio de Marco, che riceve la visita di un misterioso ingegnere Manfredro.

Inizia così una storia fantastica, intrecciata con la medicina, che si svolge ad intervalli nel presente e nel passato.

Vi dirò, che se fossi un regista cinematografico, (sento già mia moglie che dice: sè! Agh mancarévv anch quàst...), qualche idea per un film ce l'avrei.

Il secondo racconto, (L'aquila continuerà a volare), è un inno all'amicizia, alla fedeltà, al coraggio ed all'amore.

Il terzo ed ultimo racconto, (La bambina e la stella), parla di una bambina, Maria, di quattro-cinque anni che riceve in dono da suo padre, in partenza per andare a combattere i Turchi, una stella ad otto punte, creata da un abile orafo per lei.

Poi l'abile Roberto dà vita ad una storia commovente ed avventurosa.

Leggendo questi racconti, mi sono ancor più convinto della grande sensibilità dell'autore, della sua versatilità artistica, dove oltre all'Arte Medica trionfa l'Arte Narrativa.

Quindi, "CARO AMICO", come ci additava un vecchio amico comune, ti dico: "continua, perchè stai percorrendo la giusta carreggiata".

L. Arginelli



A cura di Lodovico Arginelli

CLAUDIO SPATTINI

Nacque a Modena il 18 luglio 1922 e morì a Parma il 3 agosto 2010.

È una carriera lunga ottantacinque anni quella di Claudio Spattini, tra le più avvincenti nel panorama dell'arte Emiliana.

Ha frequentato il Regio Istituto d'Arte "Adolfo Venturi", di Modena, sotto la guida dei professori Arcangelo Salvarani e Renzo Ghiozzi.

Nel 1939 arriva il 1° riconoscimento nazionale: il "Premio giovani espongono", nella Mostra allestita a palazzo Strozzi di Firenze.

Terminati gli studi viene nominato assistente del prof. Ghiozzi presso l'Istituto Venturi.

Dopo la parentesi della guerra e della prigionia in Germania nel 1946 si iscrive all'Accademia delle Belle Arti di Bologna, dove avrà per insegnanti: Virgilio Guidi e Giorgio Morandi, continuando contemporaneamente ad insegnare ai corsi serali dell'Istituto d'Arte Venturi.

Nel dopoguerra sarà protagonista di varie esposizioni d'Arte Nazionali e cittadine nelle più accreditate Gallerie d'Arte di Modena ed i prestigiosi spazi espositivi della "Saletta", nello storico Caffè Nazionale della sua città, divenuto ritrovo abituale degli "Amici dell'Arte".

Qui, assieme a Enzo Trevisi e Mario Venturelli (erano chiamati i tre Moschettieri), trova spazio per farsi conoscere dai critici e dalla stampa.

Negli anni '50 è attratto dalla "Pittura Astratta", perchè gli consentiva di concentrare i suoi interessi sui valori legati al colore.

Esperienza di breve durata; torna infatti dentro ai confini della "Figurazione", da cui inconsciamente non si era mai staccato.

Nel 1954 si trasferisce a Parma, dove gli è stata assegnata una Cattedra per l'insegnamento del disegno.

Qui Carlo Mattioli, artista di nascita modenese, lo introduce nei circoli culturali parmensi, dove ritroverà l'amico Amerigo Gabba, con il quale inizierà un lungo e proficuo cammino artistico.

Da allora il Maestro Claudio Spattini, partecipa a numerose mostre personali e collettive all'estero, nelle città di Colonia e Bielefeld in Germania, ed in Italia: tra le altre, la Quadriennale di Roma, le Biennali di Milano, Nuoro e Cremona, i Premi Scipione, Michetti e Roncaglia.

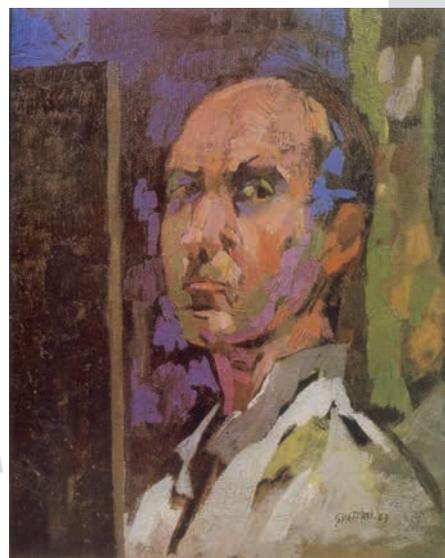
Dal 1994 è Membro Effettivo dell'Accademia Nazionale delle Belle Arti di Parma.

Nel 2009, mostra presso la galleria "Amici dell'Arte" a Parma, dal titolo "**Settant'anni di colore**".

Una carriera lunga 85 anni.

Definito un pittore intellettualmente "aperto" ad accogliere i fermenti che agitano l'ambiente dell'Arte contemporanea.

Inizialmente aveva stupito l'ambiente artistico con i suoi paesaggi alla Cézanne, dal finissimo gusto tonale, poi in seguito si proiettò verso una "Pittura di stampo materico".



Autoritratto (1940, olio su tela, cm. 80x60)



Modella nello studio (1986, olio su tela, cm. 100x140)

Splendide sono risultate le sue nature morte fatte di bottiglie, barattoli, frutta, fiori di cardi, conchiglie e caffettiere, dove esprime un'umanità quotidiana.

Partito dallo studio diretto dal vero, a poco a poco se n'è distaccato, per costringere la realtà visiva ad una sorta di sintesi, puntando a privilegiare al segno ed al volume, la ricerca del colore (materia-colore), delle tonalità eleganti, ma a volte anche esplosive, quasi violente.

Ricordiamo dell'artista anche il periodo dei **"Mono-tipi"** su carta in copia unica rappresentanti soggetti figurativi, magari a volte un po' aiutati dal caso, ma sempre controllati dall'abile mano dell'Artista.

Alcune sue opere:

"Autoritratto", 1940, olio su tela, cm. 80x60. (1° Premio alla Mostra regionale di pittura per Giovani Artisti, 1941).

"Composizione", 1951, olio su tela, cm. 70x50, esposto alla IV Quadriennale di Roma nel 1951.

"Natura morta", (omaggio a Morandi). 1955, olio su tela, cm. 50x40.

"Tramonto", olio su tela, cm. 44x53. Raccolta d'Arte della Provincia di Modena. Premio acquisto alla seconda esposizione d'Arte "Settimane modenesi", 1957.

"Autoritratto", 1963, olio su faesite, cm. 50x40.

"Fiume Enza", 1964, olio su tela, cm. 55x100, esposto alla mostra omaggio degli Artisti Spattini, Trevisi e Venturilli (i 3 Moschettieri), Istituto d'Arte Venturi di Modena, 1996.

"Modelle nello studio", 1968, olio su tela, cm. 50x60, due opere, esposte alle personali nella Galleria del Quadrato, Parma, 1969.

"Modelle e cavalletto", olio su tela, cm. 50x60, 1968.

"Modella nello studio", 1986, olio su tela, cm. 100x140.

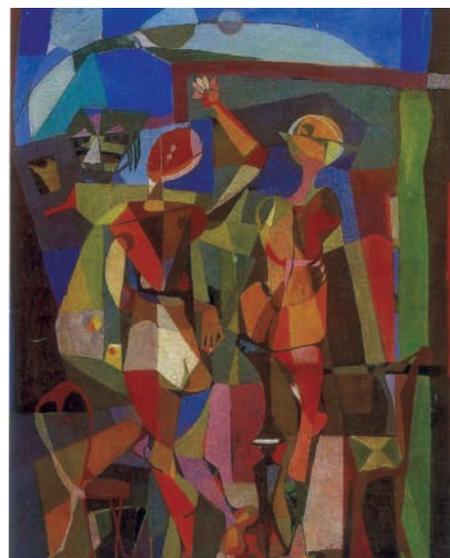
"Oggetti sul tavolo dello studio", 1992, olio su faesite, cm. 70x100.

"Monte Cimone", 1994, olio su faesite, cm. 100x80.

"Il Po a Piacenza", 1999, olio su tela, cm. 70x100.

"Paesaggio a Colestano", olio su tavola, cm. 50x60, 2003.

"Castello di Compiano", olio su tavola, cm. 40x50, 2007.



Composizione (1951, olio su tela, cm. 70x50)

DIALETTO IN PILLOLE

A cura di Lodovico Arginelli

Cari colleghi termino con qualche proverbio sull'ACQUA, che era rimasto in fondo ai cassetti, per iniziare con l'ARIA.

"Sguàz d'aqua" (scroscio d'acqua).

"Un stàmmegh d'aqua" (uno stomaco d'acqua), si dice quando l'acqua arriva all'altezza della cintola.

"Al gran fràdd éd znèr, al brott tèimp éd fervèr, al vèint éd mèrz, la gran aqua d'avril, él guàz éd màz e al bèl sol éd zogn, al bàter éd loi, él tré aquì d'agàst, cun la bòuna stagiòun i vèlen piò dal tròun éd Salomòun" (il gran freddo di gennaio, il brutto tempo di febbraio, il vento di marzo, la gran acqua d'aprile, le rugiade di maggio e il bel sole di giugno, il trebbiare di luglio, le tre acque d'agosto "la poca pioggia", con la buona stagione, valgono di più del trono di Salomone).

"L'acqua éd San Belarmèin per la vida l'è un velèin" (l'acqua di San Bellarmino, 17 settembre, per la vite è un veleno).

"L'acqua éd Sant'Ana l'è méi che la màna" (l'acqua di Sant'Anna 26 luglio è meglio della manna).

ARIA

"Andèr a gàmbi a l'aria" (andare con le gambe in aria), cadere a gambe levate, rovesciarsi, può voler significare in senso metaforico, rovinarsi economicamente.

"Andèr a l'aria avérta" (andate all'aperto), spesso consigliato in soggetti con difficoltà respiratorie.

"Aria srèda" (aria che sa di chiuso)

"Arivèr a la càmbra d'aria" (arrivare alla camera d'aria), essere a terra, soprattutto in senso figurato.

"Campèr d'aria" (campare d'aria), mangiare poco e niente, non avere pretese.

"Ciapèr 'na buchèda (un pòch) d'aria" (prendere una boccata, unpo' d'aria), soprattutto per quei soggetti che lavorano costantemente dentro quattro mura

"Ciapèr un colp d'aria" (prendere un colpo d'aria), ritenuto causa di numerosi disturbi articolari di natura reumatica e di disturbi da raffreddamento; spesso si sentiva dire dalle nostre mamme e dalle nostre nonne.

"Dèr aria a 'na càmbra" (rinnovare aria in una stanza)

"Descors in aria" (discorsi in aria), concetti privi di fondamento.

"Fièl (fil) d'aria" (filo, soffio d'aria), si dice in quelle giornate afose quando anche un sol soffio d'aria ristora corpo e mente.

"Péssa a l'aria" (urina all'aria), chi cammina col bacino più avanti delle spalle, voce gergale.

"Stèr in pée, perchè a tira quàter arii" (stare in piedi, perchè tirano quattro arie), perchè tirano quattro correnti d'aria, reggersi in piedi a malapena, si dice di chi è troppo magro e fragile.

"Tirèr per aria al capèl" (tirare in aria "in alto", il cappello), affidarsi alla sorte.

"Aria ai monti", l'espressione in lingua italiana era usata nel dialetto, quando accadeva che per un motivo occasionale (colpo di vento, movimento maldestro, caduta), una donna mostrasse involontariamente le nudità sotto la gonna. La battuta è entrata in disuso, da quando la moda ha cominciato ad esibire, anzichè nascondere le grazie femminili.

"Aria éd culèina", voce gergale, (aria di collina), modo di dire per indicare il peto, che gioca sull'assonanza dialettale tra le parole "culo" e "collina".

"Aria ràssa, o cla péssa o cla soppia", (cielo rosso, o che piove o che tira vento).

"Aria setembrèina", fràsca la sira e fràsca la matèina" (aria settembrina fresca la sera e fresca la mattina).

... SPALANCIAMO LE FINESTRE E
RESPIRIAMO A PIENI POLMONI ...



.. APPENNINO ...



... PIANURA ...



... BASSA ...

Lungheo 2016

