





Elenco dei periti presso l'Ordine di Modena

Cosa cambia con il nuovo sistema ECM (F. Ferrari)

Etica medica e autonomia del paziente (A. Addamo, L. Melini, P. Vacondio)

Assemblea Ordinaria - Modena 21 marzo 2010

L'utilizzo contemporaneo della digossina nel trattamento della insufficienza cardiaca (autori vari)

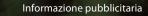
PEC: la proposta dell'Ordine di Modena

Aggiornamenti in odontoiatria (P. Vescovi, M.S. Rini, G. Borea)

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI

E DEGLI ODONTOIATRI DI MODENA





IA SERENITA
SI COSTRUISCE
GIORNO PER GIORNO
con MODENASSISTENZA

MODENASSISTENZA

SERVIZI PRIVATI DI ASSISTENZA DOMICILIARE A CASA E IN STRUTTURE OSPEDALIERE

PER ANZIANI, HANDICAPPATI, MALATI, DISABILI E PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI MODENA - VIALE V. REITER 38 - 059.221122 - CARPI - 059.654688

SOMMAR

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente

Dr. Nicolino D'Autilia

Vice Presidente

Dr. Beniamino Lo Monaco

Consigliere Segretario

Dr. Stefano Reggiani

Consigliere Tesoriere

Dr. Antonino Addamo

Dr. Gianluca Abbati, Dr. Lodovico Arginelli,

D.ssa Mara Bozzoli, Dr. Francesco Cimino,

Dr. Carlo Curatola, Dr. Adriano Dallari

Dr. Paolo Martone, Prof. Francesco Rivasi,

Dr. Francesco Sala, D.ssa Elisabetta Turchi,

Dr. Pasquale Venneri.

Consiglieri Odontoiatri

Dr. Roberto Gozzi, Dr. Vincenzo Malara

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

Presidente

Dr. Roberto Olivi Mocenigo

Componenti

Dr. Giovanni Bertoldi

Dr. Marcello Bianchini Revisore dei conti supplente

Dr. Luigi Bertani

COMMISSIONE ODONTOIATRI

Presidente

Dr. Roberto Gozzi

Segretario Dr. Mario Caliandro

Componenti

D.ssa Francesca Braghiroli, Dr. Vincenzo

Malara, Prof. Mario Provvisionato Direzione e Amministrazione

Modena, p.le Boschetti, 8

Tel. 059/247711 Fax 059/247719

ippocrate@ordinemedicimodena.it

www.ordinemedicimodena.it

Direttore Responsabile

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

Editore

Ordine dei Medici Chirurghi e

Odontoiatri di Modena Comitato di Redazione

Dr. Gianluca Abbati, Dr. Lodovico Arginelli,

Dr. Marcello Bianchini, Dr. Michele Cinque,

Dr. Raffaele Lucà, Dr. Paolo Martone,

Dr. Roberto Olivi Mocenigo, Dr. Giovanni Palazzi, Prof. Francesco Rivasi, Dr. Pasquale

Venneri

REALIZZAZIONE EDITORIALE

Poligrafico Mucchi

Via Emilia Est, 1525 - Modena

Tel. 059/374096 - Fax 059/281977 **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 | www.krheodesign.it

ASSEMBLEA ORDINARIA	06
ATTIVITÀ DELL'ORDINE	07
LA PAGINA DELL'ODONTOIATRA	12
FNOMCEO	15
DISCUTIAMO DI ETICA	18
FORUM	21
L'OPINIONE	22
DALLE NOVITÀ SCIENTIFICHE ALLA PRATICA CLINICA	23
ECM	26
NORMATIVA	28
ENPAM	32
BIBLIOTECA	34
DIALETTO IN PILLOLE	35
ARTE E DINTORNI	37
TACCUINO	38

IN COPERTINA: "Composizione di dolci e limoni" – olio su tela, cm. 54x35, datato 1901 Opera di Eugenio De Giacomi

L'IMPEGNO DELL'ORDINE DEI MEDICI DI MODENA PER UNA CONSULENZA QUALIFICATA DEI PERITI A TUTELA DI CITTADINI E PROFESSIONISTI

Questo il significato più profondo della delibera che istituisce, prima forse in Italia, l'Elenco dei periti tenuto dall'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Modena. È stata una scelta meditata, condivisa con chi rappresenta la Medicina Legale nella nostra provincia, soppesata con particolare attenzione dal Consiglio, portata all'esame della Federazione nazionale. Ci siamo mossi sulla traccia di quanto era stato discusso ed analizzato nel convegno della FNOMCeO a Cagliari laddove, nell'ambito del più generale discorso sul rischio clinico, si era affrontato il tema della qualificazione della perizia soprattutto quando è in gioco la responsabilità professionale del medico. Troppo spesso, è nozione comune, le perizie sono affidate a professionisti con scarsa o nulla competenza medico legale e/o addirittura specialistica della disciplina oggetto della consulenza. L'Ordine di Modena si pone come garante di un processo progressivo di qualificazione dei colleghi che intendono esercitare questa funzione così rilevante per la Società. È un primo passo, altri sequiranno di non minore entità.

Il presidente

DELIBERA N.5/A DEL 28.9.2009 ELENCO DEI PERITI PRESSO IL TRIBUNALE DI MODENA

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena nella seduta del 28 settembre 2009

UDITA

la relazione del Presidente sull'incontro avvenuto il giorno 1.4.2009 presso la sede dell'Ordine con i rappresentanti della Medicina Legale modenese: Prof. G. Beduschi (Medicina Legale Università di Modena e Reggio Emilia), Dr.ssa A. De Palma (Medicina Legale AUSL di Modena), Dr.ssa L. Tornotti (Associazione Medico Legale Estense), Prof. M. Provvisionato (libero professionista odontoiatra medico legale) nel corso del quale si sono affrontati i temi del rischio clinico e del crescente contenzioso legale in ambito professionale, ed è stato espresso da tutti i partecipanti un sostanziale accordo sulla istituzione di un Elenco dei Periti iscritti all'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri di Modena

RITENUTO

che il riferimento deontologico per definire correttamente il profilo istituzionale della figura del perito, nominato dal Giudice, è costituito dall'art. 62 del Codice Deontologico laddove individua le peculiarità di tale figura

VALUTATO

positivamente il documento conclusivo approvato all'unanimità dal Consiglio Nazionale della F.N.O.M.C.e O. il 21 aprile 2007 a Cagliari "Errori umani ed errori dei sistemi – le responsabilità del medico" nel quale si ritiene utile la ".. istituzione di apposito <u>Elenco dei periti certificati dagli Ordini professionali</u> al quale dovrebbero afferire coloro che lo richiedono, avendone titolo, e al quale le autorità possono attingere per le loro esigenze "

FERMO RESTANDO

il vincolo costituzionale della assoluta discrezionalità e libertà del Giudice nella designazione del perito

CONSIDERATO

che è obiettivo precipuo di un Ordine professionale garantire la massima qualificazione possibile dei propri iscritti specie qualora sia necessaria una valutazione della eventuale responsabilità professionale di un collega sia in sede stragiudiziale che in corso di procedimento giudiziario, penale e/o civile

RITENUTO

pertanto che è interesse dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri fare riferimento a professionisti con acclarata competenza ed esperienza professionale, attestati da curriculum e/o da specifica anzianità nell'ambito di competenza

RITENUTO ALTRESI'

che vadano previsti idonei strumenti di valutazione periodica dei requisiti di tali periti anche attraverso l'acquisizione di crediti formativi nel contesto del sistema ECM (nazionale o regionale)

DELIBERA

di istituire presso l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena l'**Elenco dei Periti** iscritti all'Ordine professionale, in possesso dei requisiti di cui al seguente paragrafo:

- 1. medici specialisti in Medicina Legale e delle Assicurazioni
- 2. medici in formazione specialistica in Medicina Legale e delle Assicurazioni sotto responsabilità tutoriale
- 3. medici con specifica e non soltanto occasionale attività d'ufficio documentabile al proprio Ordine
- 4. medici specialisti in altre discipline, nell'ambito del proprio specifico settore professionale, e con almeno 10 anni di attività specialistica.

Il Consiglio dell'Ordine ritiene che, nell'ambito di procedimenti per l'accertamento di responsabilità professionale, si faccia ricorso a perizia collegiale prevedendo la collaborazione di consulenti clinici competenti nello specifico settore oggetto di perizia.

L'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri procederà ad una verifica triennale dei requisiti in possesso dei professionisti iscritti all'Elenco di cui al precedente paragrafo per il tramite di una Commissione nominata dal Consiglio Direttivo e costituita dai seguenti membri:

- ✓ il Presidente dell'Ordine o suo delegato
- ✓ uno specialista in medicina legale
- ✓ un odontoiatra libero professionista
- ✓ uno specialista della disciplina oggetto della richiesta di iscrizione

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, nel prendere atto che esiste presso il Tribunale di Modena l'Albo dei consulenti tecnici e periti al quale sono iscritti colleghi specialisti in medicina legale e non, ritiene di approvare una norma transitoria che consente l'inserimento di tali colleghi nell'istituendo Elenco presso il nostro Ordine e questo fino alla data di approvazione della presente delibera.

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri si impegna a dare la massima diffusione possibile a tale Elenco sia ai propri iscritti sia a quanti, in ambito pubblico e privato, sono interessati. Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri provvede a emanare apposito regolamento per la definizione sia dei requisiti di accesso all'Elenco (punti 3 e 4) sia delle verifiche periodiche entro 90 giorni.

L'istituzione dell'Elenco dei Periti presso l'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Modena non comporta oneri aggiuntivi per l'Ente.

Approvato il 28 settembre 2009 in Modena

Nota integrativa

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Modena, considerato che tale iniziativa rappresenta una sostanziale innovazione nella definizione di un nuovo e più qualificato ruolo professionale del perito, delibera di promuovere un incontro con il Presidente del Tribunale, il Procuratore della Repubblica e l'Ordine degli Avvocati per presentare l'Elenco ed illustrare gli obiettivi dello stesso.

Segue regolamento attuativo.



Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odomoiatri di Modena

p le Boschetti. 8 - 41100 Modena - CP 700 Modena Camo ud. 155 247711 - das 160 247710 o-mail: appostateit ordinantalismodena it

ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE

L'Assemblea annuale degli iscritti agli albi si terrà in prima convocazione sabato 20 marzo 2010 alle ore 23.00, in seconda convocazione

DOMENICA 21 MARZO 2010 - ALLE ORE 10.00

presso l'aula Cavani del Centro Famiglia di Nazareth Via Formigina, 319 - Modena

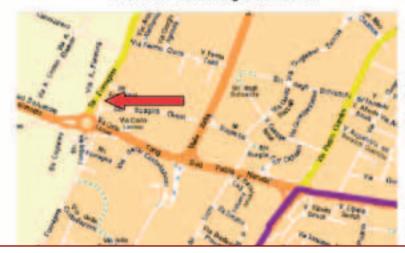
con il seguente ordine del giorno:

- Relazione annuale del Presidente;
- Relazione finanziaria (conto consuntivo 2009 e bilancio preventivo 2010):
- 3. Consegna medaglie per il 50° e 60° anno di laurea;
- Varie ed eventuali.

Il Consiglio Direttivo confida vivamente nella partecipazione di tutti i Colleghi

Sono ammesse al massimo due deleghe per ogni iscritto. La delega deve essere apposta in calce all'avviso di convocazione rimesso al delegato.

Sede del Centro Famiglia di Nazareth



Il giorno lunedì 2 novembre 2009 - ore 21,00 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Consiglieri: Dott. Gianluca Abbati, Dott. Antonino Addamo, Dott. Lodovico Arginelli, D.ssa Mara Bozzoli, Dott. Adriano Dallari, Dott. Nicolino D'Autilia, Dott. Beniamino Lo Monaco, Dott. Paolo Martone, Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala, D.ssa Elisabetta Turchi

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

per discutere il seguente ordine del giorno:

- 1. Approvazione verbale seduta di Consiglio Direttivo del 28.9.2009;
- 2. Variazioni agli Albi professionali;
- 3. Comunicazioni del presidente;
- 4. Convegno FNOMCeO di Padova "Pensare per la professione" (Lo Monaco, Gozzi);
- 5. Corso Tutor per gli esami di Stato in Medicina e Chirurgia (D'Autilia, Lo Monaco);
- 6. Prime ipotesi di lavoro per il 2010;
- 7. Delibere amministrative (Addamo);
- 8. Pubblicità sanitaria (Reggiani);
- 9. Varie ed eventuali.

ALBO MEDIC	I CHIRURGHI			
Iscrizione per trasferiment	0	N. iscrizione		
BERETTA	GIACOMO ANDREA	6358		
ESPOSITO	PATRIZIA GINA	6359		
TUPLER	ROSSELLA	6360		
Cancellazione per trasferimento				
COCCONI	PAOLA	5234		
NGUIADEM KUETCHE	PAULINE MARGOT	6100		
Cancellazione				
CORRADINI	DANII O	0894		
MISELLI	LAMBERTO	0257		
Cancellazione dall'eleni	co dei Docenti Universitari a Tempo Pieno -DPR 382/80 - Dimissionari - 1ª FASCIA	1		
BAGGIO	GIOSUF' GABRIFI F	2719		
DE GAETANI	CARMELA	1495		
GUARALDI	GIAN PAOLO	1364		
PORTOLANI	MARINELLA	4739		
SALVIOLI	GIANFRANCO	1469		
VIVOLI	GIANFRANCO	1511		
ZENEROLI	MARIA LUISA	1621		

ALBO MEI	DICI CHIRURGHI				
Iscrizione elenco Doc	enti Universitari a Tempo Pieno -DPR 382/80 - 2ª FASCIA	N. iscrizione			
GALLIANI	IVAN	2062			
		2002			
	Iscrizione elenco Docenti Universitari a Tempo Pieno -DPR 382/80 - RICERCATORI				
FERRARI	SILVIA	5251			
SANTUNIONE	ANNA LAURA	5350			
Medici Competenti Prot.78252 del 01.4.	AUTORIZZATI ai sensi dell'art.38 DLgs 81/2008 – comunicazione Regi 2009	ione Emilia Romagna -			
ANDREOLI	ALBERTO	3122			
ATTINO	MARCO CARMINE	5364			
BIANCHINI	GIUSEPPE	2622			
BONETTI	DANIELA	4727			
CARAVAGLIOS	DIEGO	3574			
DE DONNO	ANTONIO	4907			
DI NINNO	EUGENIO	4432			
KAHFIAN	ZAYNALABEDIN	4908			
MARTINELLI	TIZIANO	2179			
NARDELLA	NICOLA	5017			
PELLEGRINO	MATTEO	1914			
PONTIROLI	MAURIZIO	3596			
REGGIANI	STEFANO	3820			
SACCO	ROSINA	4261			
SCAPINELLI	GIACOMO	1040			
SEGRE	LORENZO	5163			
TALAMONTI	SILVIA	3220			
TAMBURI	MARIO	3073			
TESTA	FRANCESCO ANTONIO TOMMASO	2351			
UGHETTI	CLAUDIO	2311			
VIVI	MARIANGELA	5482			
VIVOLI	ROBERTO	4703			
Cancellazione dall'elenco Medici Competenti NON abilitati a svolgere le funzioni di medico competente per mancanza del requisito previsto dall'art. 38, comma 2, del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, come da comunicazione della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia Romagna, con prot. n. 78252 del 01.04.2009					
MARINO	VITO MANLIO	5660			
MELCHIONDA	DOMENICO	4927			

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO MARTEDÌ 24 NOVEMBRE 2009

Il giorno martedì 24 novembre 2009 - ore 21,15 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo. Consiglieri: Dott. Antonino Addamo, Dott. Lodovico Arginelli, D.ssa Mara Bozzoli, Dott, Carlo Curatola, Dott, Adriano Dallari, Dott, Nicolino D'Autilia, Dott, Beniamino Lo Monaco, Dott, Paolo Martone, Dott. Stefano Reggiani, Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala, D.ssa Elisabetta Turchi, Dott. Pasquale Venneri. Consiglieri Odontoiatri: Dott. Roberto Gozzi, Dott. Vincenzo Malara.

- Approvazione verbale seduta di Consiglio del 02.11.2009; 1.
- Variazioni agli albi professionali; 2.
- Assestamento di bilancio anno 2009 (Addamo):
- Esercizio provvisorio di bilancio anno 2010 (Addamo); 4.
- 5. Definizione quota di iscrizione anno 2010 (Addamo);
- 6. Delibere amministrative (Addamo);
- Regolamento interno per la riscossione coattiva delle quote; 7.
- 8. PEC: iniziative della FNOMCeO e dell'Ordine di Modena;
- Comunicazioni del Presidente: 9.
- 10. Delibere personale dipendente (Lo Monaco);
- 11. Pubblicità sanitaria;
- 12. Varie ed eventuali.

ALBO MEDICI CHIRURGHI Iscrizione per trasferimento N. iscrizione ANDREANI **ALESSANDRO** 6361 **BORTOLOTTI MONICA** 6367 **CAPPIELLO GAIA FRANCESCA** 6362 CANTATORE **SANTE LUCIO** 6363 CONTU **GIANNINA** 6364 GRITTI **GAFTANO** 6365 **MAGISTRO ROCCO** 6366 Inserimento elenco speciale Psicoterapeuti ai sensi della L. 56/89 **BIANCHINI** MARCO 6024 DISAVOIA **ALESSANDRA** 5940 **FIORINI FIORENZA** 5887 Cancellazione **BARALDI MARCO** 2240 **CARLO** BERTELLI 1333 CASOLARI **CHIARA** 2132 COLABATTISTA **GUGLIELMO** 2117 **DE FAZIO** FRANCESCO ANTONIO 1210 DE PIETRI TONELLI **GFRMANO** 0882 **GIANAROLI VALTER** 1909 **GIORDANO GIUSEPPINA LAURA** 6103 **MAZZAMURRO** VITO ANTONIO 2241 **NIKDEL FATEMEH** 5098 **PORTOLANI MARINELLA** 4739 **VENTURELLI** ALDO 0702

ALTIVITÀ DELL'ORDINE

ATTIVITÀ DELL'ORDINE

ALBO ODONTOIATRI

CancellazioneN. iscrizioneGALANTINIANNA PAOLA0175GIBERTIMARIKA0697MONTORSIPAOLO0390

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO | GIOVEDÌ 3 DICEMBRE 2009

Il giorno giovedì 3 dicembre 2009 - ore 13,00 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Consiglieri: Dott. Gianluca Abbati, Dott. Antonino Addamo, Dott. Lodovico Arginelli, Dott. Carlo Curatola, Dott. Adriano Dallari, Dott. Nicolino D'Autilia, Dott. Beniamino Lo Monaco, Dott. Stefano Reggiani, Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala.

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

1. Delibere amministrative (Addamo);

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO | LUNEDÌ 21 DICEMBRE 2009

Il giorno lunedì 21 dicembre 2009 - ore 21,00 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Consiglieri: Dott. Antonino Addamo, Dott. Lodovico Arginelli, D.ssa Mara Bozzoli, Dott. Francesco Cimino, Dott. Carlo Curatola, Dott. Nicolino D'Autilia, Dott. Paolo Martone, Dott. Stefano Reggiani, Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala, Dott. Pasquale Venneri.

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

- 1. Approvazione verbale seduta di Consiglio Direttivo del 24.11.2009;
- 2. Variazioni agli Albi professionali;
- 3. Comunicazioni del Presidente;
- 4. Consiglio Nazionale ENPAM (Addamo);
- 5. Consiglio Nazionale FNOMCeO dell'11 e 12 dicembre 2009 (D'Autilia);
- 6. PEC: ultime novità (D'Autilia);
- 7. Crediti Ecm per tutoraggio: adesione dell'Ordine di Modena alla fase sperimentale;
- 8. Casa del Professionista e dell'Artista: stato dei lavori e disponibilità dei locali;
- 9. Delibere amministrative (Addamo);
- 10. Delibere del Personale (Lo Monaco):
- 11. Pubblicità sanitaria (Reggiani):
- 12. Varie ed eventuali.

ALBO MEI	DICI CHIRURGHI			
Iscrizione per trasferir	mento	N. iscrizione		
IABOLI	LUCA	368		
PELUSO	GIUSEPPE	6369		
ROMAGNOLI	DANTE	6370		
TORELLI	PAOLA	6371		
Inserimento elenco sp	Inserimento elenco speciale Psicoterapeuti ai sensi della L. 56/89			
GIUBBARELLI	CINZIA	5987		
Cancellazione				
BAROZZI	FERNANDO	1420		
FOLLONI	STEFANIA	6277		
SERRI	GRAZIELLA	1971		
Cancellazione Albo Medici per cessata attività				
FAVA	FRANCESCA	0931		
MARTINELLI	ALDO	0971		
MONZALI	GIUSTINO	1395		
PICCIONE	GIOVANVITO	2578		
Inserimento elenco speciale Medici Competenti in Medicina del Lavoro ai sensi Dl.vo 277/91				
PILUSO	GABRIELLA	5854		
Cancellazione elenco	Cancellazione elenco speciale Medici Competenti in Medicina del Lavoro ai sensi Dl.vo 277/91			
ARTONI	PAOLA	5418		

SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI | MARTEDÌ 27 OTTOBRE 2009

Il giorno martedì 27 ottobre 2009 - ore 21,00 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunita la Commissione Albo Odontoiatri.

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

- 1. Approvazione verbale seduta di Commissione del 16-9-2009;
- 2. Comunicazioni del Presidente;
- 3. Giudizio disciplinare avverso il Dott. V. S.;
- 4. Giudizio disciplinare avverso il Dott. C. B.;
- 5. Eventuale opinamento parcelle odontoiatriche;
- 6. Varie ed eventuali

L'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e la Commissione Albo Odontoiatri hanno proposto due serate di aggiornamento incentrate su un argomento di attualità e di sicuro interesse per la professione odontoiatrica: i bifosfonati e le problematiche medico-legali legate ai farmaci. Le tematiche legate ai bifosfonati, nonostante si siano affacciate solo di recente nel panorama medico, si sono prepotentemente imposte all'attenzione dei sanitari per le rilevanti complicanze che si possono verificare in campo odontoiatrico e maxillo-facciale e per le possibili implicazioni medico-legali che possono ingenerare.

La prima serata, eminentemente clinica, è stata dedicata esclusivamente ai bifosfonati e all'osteonecrosi dei mascellari; in questo ambito sono stati discussi gli orientamenti correnti, le linee quida attuali e i protocolli operativi di intervento.

Nella seconda serata si sono presi in considerazione gli aspetti medico-legali intesi come responsabilità che ricadono e competono all'odontoiatra in riferimento alla gestione del paziente sottoposto a terapia farmacologica, sia per le terapie prescritte dai sanitari di altre specialità con particolare riferimento ai bifosfonati sia per i farmaci somministrati dall'odontoiatra stesso. Si ritiene di fare cosa utile e gradita riportando di seguito le relazioni degli autorevoli docenti intervenuti.

A. Addamo – R. Gozzi

AGGIORNAMENTO IN TEMA DI OSTEONECROSI MASCELLARI E BISFOSFONATI

'aspetto clinico delle osteonecrosi delle ossa mascellari losservate nei pazienti in terapia con bisfosfonati (BF) ricorda un quadro clinico osservato nella prima metà del 19° secolo nei lavoratori di fabbriche di fiammiferi londinesi a contatto con i fumi tossici di fosforo giallo o bianco. In particolare veniva osservata la comparsa di strane manifestazioni flogistiche ed infettive a carico della bocca e delle ossa mascellari con esposizioni ossee, seguestri e mortalità nel 50% dei casi. Nel settembre 2003 in una lettera all' Editore del Journal of Oral Maxilofacial Surgery, vengono segnalati ben 35 casi di osteonecrosi mascellari o mandibolari (ONJ), non responsive alle terapie mediche e chirurgiche in pazienti oncologici ed un caso in una paziente osteoporotica in terapia con bisfosfonati (BF).

L'identificazione delle lesioni iniziali può dunque essere casuale, nel corso di un controllo odontoiatrico di routine in quanto possono rimanere asintomatiche anche per lunghi periodi di tempo (settimane, mesi, anni) ed il paziente può avvertirne la presenza solo percependo una certa ruvidità o irregolarità. Solo successivamente insorgono dolori riferiti all'area interessata spesso per la comparsa di infezioni secondarie con tumefazione, pus, fistole intra ed extra orali. Possono comparire parestesie nel territorio di innervazione del nervo mentoniero e le lesioni avanzate possono coinvolgere il seno mascellare, il margine orbitario e portare a frattura spontanea la mandibola.

E' anche possibile che il paziente possa lamentare sintomatologia dolorosa prima di sviluppare segni clinici evidenti o segni radiografici compatibili con diagnosi di ONJ. Attualmente i pazienti in terapia con i BF possono essere suddivisi in due gruppi a seconda della patologia di base:

a) pazienti oncologici in terapia endovenosa

b) pazienti non oncologici in terapia orale o endovenosa

Questa suddivisione risulta utile dal punto di vista pratico poiché rispecchia due categorie esposte ad un rischio di sviluppo di ONJ nettamente diverso.

Circa il 90% dei casi di ONJ associata a BF sono stati riportati in pazienti oncologici. Tale gruppo è pertanto da considerare a "rischio elevato" (3-12%) in contrapposizione ai pazienti non oncologici per i quali si può parlare di "basso rischio" di sviluppo di ONJ (0,001%).

L'approccio odontostomatologico e dunque la prevenzione delle ONJ si divide in due momenti distinti: prima che il paziente intraprenda la terapia con BF oppure quando il paziente sta già assumendo i farmaci.

Circa il 60% dei casi di ONJ ripor-

A PAGINA DELL'ODONTOIATRA P. Vescovi

tati in letteratura si sono sviluppati a seguito di estrazioni dentarie o di altre procedure di chirurgia dento-alveolare (posizionamento di impianti, chirurgia parodontale ed endodontica etc.). Nei restanti casi vi è probabilmente una correlazione con eventi micro o macrotraumatici quali la compressione meccanica esercitata da protesi amovibili incongrue o la presenza di strutture anatomiche facilmente traumatizzabili (esostosi, tori mandibolari o mascellari). Specifici case report segnalano l'insorgenza di ONJ in aree di decubito protesico specialmente a livello dei margini alveolari, al centro del palato e sulla linea obliqua interna della mandibola. In una percentuale di pazienti, tuttavia, le lesioni ossee non sembrano associate ad alcun apparente fattore di rischio né locale né sistemico.

Dall'analisi di questi dati, appare razionale un approccio odontoiatrico basato sulla prevenzione dell'insorgenza delle lesioni ossee prima dell'inizio del trattamento e sulla limitazione della manovre invasive durante la terapia con BF. L'equipe odontoiatrica occupa un ruolo centrale nel management dei pazienti a rischio di sviluppo di (ONJ) associata a terapia con BF. Un corretto approccio odontostomatologico, sia prima dell'inizio della terapia che durante la stessa, può contribuire a ridurre le probabilità d'insorgenza della necrosi ossea migliorando sensibilmente la qualità di vita del paziente.

La revisione sistematica della letteratura sul management dei pazienti con ONJ associata a BF evidenzia un'assenza di trials clinici randomizzati e di dati sul follow-up a lungo termine. Non esistono pertanto evidenze scientifiche che dimostrino quale sia il migliore approccio profilattico e/o terapeutico. Alcuni Autori hanno proposto delle linee quida (principalmente basate sull'esperienza clinica personale associata all'analisi dei casi riportati in letteratura), ma l'assenza di criteri standardizzati e di "uniform reporting" rende difficile il confronto e la valutazione dell'efficacia di tali protocolli.

Università degli Studi di Parma

FARMACI IN ODONTOIATRIA: RESPONSABILITÀ E PROBLEMATICHE **MEDICO-LEGALI**

econdo la FDA (Food and Drug Administation) con il termine di farmaco si intende "qualsiasi sostanza utilizzata a scopo diagnostico, terapeutico o preventivo". Le normative Nazionali e Comunitarie prevedono che ciascun farmaco sia conforme a specifiche regole di commercializzazione ed impiego, che, in Italia, a tutela del bene salute, risultano piuttosto rigide e fanno seguito ad un iter autorizzativo piuttosto lungo e complesso. Lo Stato, recependo specifiche norme di riferimento CEE e facendosi carico di un iter di verifiche e controlli piuttosto rigido, si fa garante e vigila sui i parametri di efficacia, di qualità, di innocuità, standard di sicurezza minimi, di vendita, di stoccaggio, di conservazione, di prescrivibilità e di immissione sul mercato. Anche da un punto di vista formale esistono controlli sulle indicazioni relative alle informazioni da fornire al prescrittore ed al paziente

che ne usufruisce. Non si possono, così, porre in vendita, acquistare e somministrare farmaci il cui utilizzo o commercializzazione non sia stata specificamente autorizzata dallo Stato. La somministrazione/ utilizzo di prodotti farmaceutici o Dispositivi Medici non commercializzati e/o commercializzabili nel nostro Paese, rappresenta una condotta negligente e inadeguata, in violazione di specifiche norme dello Stato, con riconoscimento di colpa grave per il sanitario in caso di danno o complicanza. Risulterebbe, invece, lecito l'utilizzo, a fini terapeutici, profilattici o diagnostici, di alcune sostanze particolarmente "delicate", legittimamente commercializzate ed acquistate. La natura di tali sostanze farmacologiche e le note e indicate possibilità di effetti collaterali ed indesiderati, impongono particolari cautele a chi le utilizza, prescrive o somministra, con rigida ed assoluta applicazione delle indicazioni/modalità d'uso. A tal riguardo si ricorda come, in ambito odontoiatrico, ad esempio, sia a tutt'oggi possibile acquistare ed utilizzare paste arsenicali, nitrato d'argento ecc..., benché risultino noti alcuni effetti tossici degli stessi prodotti.. In caso di danno o complicanza colposo risulterebbe un non adequato utilizzo o un errata valutazione del rapporto costi/benefici. Ancora più grave risulterebbe, in tal caso, l'assenza di indicazioni all'utilizzo. L'avv. D. Morelli, dell'Associazione di Promozione Sociale - Diritto e Salute, sostiene che "La prescrizione di un farmaco deve essere preceduta ed accompagnata da idonei accertamenti e cautele, l'omissione delle quali configura responsabilità per colpa del medico, sia sotto il profilo della negligenza e imprudenza, sia sotto il profilo dell'imperizia.". Giuridicamente è un rifiuto debito quello del professionista che si oppone alla somministrazione o prescri-

LA PAGINA DELL'ODONTOIATRA

zione di un farmaco, per il quale è obbligatoria la ricetta, su richiesta del paziente, non avendo alcuna conoscenza anamnestica o clinica del soggetto. I farmaci, secondo Fulgraft, sono in grado di "influenzare la salute ed il benessere" di chi li assume, pertanto la prescrizione o la somministrazione degli stessi è fonte di grosse responsabilità, sia per chi li prescrive, sia per chi, nell'esercizio della propria attività medico-odontoiatrica, non può ignorare tali prescrizioni. Attualmente molto dibattuta è la recente problematica Bifosfonati/ terapie odontoiatriche/osteonecrosi dei mascellari. Già nel 2200 a .C. il Codice di Hammurabi sosteneva che "...un trattamento medico può essere più nocivo che benefico", proponendo, se si vuole, per la prima volta nella storia, le basi per un dibattito in materia di ponderato bilanciamento tra dosi terapeutiche ed effetti indesiderati, reazioni avverse ecc... La farmaco vigilanza e la segnalazione di ADR o ADE (atto, per altro obbligatorio per legge. In caso di omissione è addirittura prevista una sanzione) diviene così un dovere etico e deontologico, prima che legale. "La scelta di un farmaco altamente tossico senza un'attenta valutazione e comparazione deali effetti positivi del medesimo rispetto ai possibili effetti negativi gravi certamente costituisce colpa medica, dovendo questa somministrazione essere utilizzata solo in casi particolari e previo controllo delle condizioni del paziente; controllo da ripetersi nel corso della cura. La colpa, nel caso specifico si configura con una duplice connotazione: commissiva per l'errata scelta del farmaco, aqgravata dall'aspetto omissivo dovuto al mancato controllo deali effetti negativi della cura alla fine del primo ciclo" (24/06/08 Cass. Pen. Sez. IV nº 17499 del30/04/08). Nell'ambito della valutazione della colpa medica e/o odontoiatrica iniziano

a delinearsi profili di colpa legati ad obblighi solo apparentemente accessori, quali le indicazioni specifiche/assolute/di opportunità al trattamento, il controllo in fase di trattamento, la gestione dell'evento avverso, l'informativa offerta al paziente ed il relativo consenso prestato dallo stesso. Nasce, così, una condivisione dei rischi, che, tuttavia, non giustifica e non deresponsabilizza una condotta inidonea e/o colposa. Importanti elementi di censura e di responsabilità sono l'assenza e/o l'acquisizione di errate o incomplete note anamnestiche, malamente giustificate dai reciproci "non ha chiesto" /"non ha detto", anche laddove risultino relative a sostanze "Naturali", "Omeopatiche" e perfino Alimenti. Non rara risulta, infatti, "l'autoprescrizione" di farmaci e sostanze da parte dei pazienti, sulla base di valutazioni personali o libere interpretazioni di nozioni generiche o di consigli di amici/ conoscenti. Anche se "Non vale escludere l'omeopatia dalle professioni mediche la circostanza per la quale questa attività non sia oggetto di disciplina universitaria o di successiva professione per la quale è necessaria l'acquisizione di un titolo di Stato, esplicandosi comunaue la detta metodologia in un campo – la cura delle malattie- corrispondente appunto a quello della medicina, per così dire ufficiale. Lo stesso oggetto dell'omeopatia, di fatto, non appare così diverso da quello della medicina tradizionale, poiché, pur se attuato con metodi e tecniche da questa non riconosciuti, è finalizzata alla diagnosi e alla cura delle malattie dell'uomo. L'esercizio di tale attività, pertanto, deve essere subordinato al controllo, di natura pubblicistica, dell'esame di abilitazione e dell'iscrizione all'albo professionale e, prima ancora, al conseguimento del titolo accademico della laurea in medicina, ciò, a maggior ragione, considerando

l'intrinseca eccentricità della omeopatia" (12/09/07 Cass.Pen Sez IV n° 34200 del 06/09/07).

Condizioni para-fisiologiche quali stato di gravidanza, età pediatrica o geriatrica e la sussistenza di specifici stati patologici comportano una più attenta valutazione delle prescrizioni terapeutiche e della somministrazione di farmaci, legate, di freguente, alla conoscenza/consultazione delle evidenze scientifico/cliniche (Indicazioni AIFA). Particolarmente grave risulterebbe in tali circostanze l'omissione della relativa annotazione in cartella o sul diario clinico (note anamnestiche e relative scelte terapeutiche).

Il potere discrezionale della scelta della cura spetta solo al medico o all'odontoiatra, per quel che risulta necessario alla professione odontoiatrica. Il farmacista può controllare che le eventuali prescrizioni risultino formalmente corrette (secondo prescrizioni di legge), senza potere di individuare o indicare il farmaco, i tempi, le modalità e la quantità di somministrazione. Qualora la ricetta dovesse risultare formalmente imperfetta deve rifiutare la vendita o la consegna del farmaco. fatta salva una indiscutibile individuazione della sostanza farmacologica, delle indicazioni e delle modalità di somministrazione. Particolarmente grave risulterebbe una prescrizione illeggibile o poco chiara per erronee abitudini ortografiche del sanitario.

Fonte di responsabilità è, infine, la conservazione e/o, ancor peggio, l'utilizzo di farmaci "guasti" o "scaduti" o tecnicamente "imperfetti", anche la' dove non tossici o pericolosi, ma semplicemente inefficaci in maniera totale o parziale. L'art. 443 c p ne stabilisce una presunzione iuris et de iure di pericolosità.

M. S. Rini - G. Borea Università degli Studi di Bologna





L'INTERVENTO DELLA FNOMCeO SUI CERTIFICATI DI INABILITÀ TEMPORANEA PER I DIPENDENTI PUBBLICI

on una lettera indirizzata ai ministri Sacconi e Brunetta e al viceministro Fazio il presidente della Federazione nazionale degli Ordini dr. Bianco ha invitato i responsabili dei dicasteri interessati all'attuazione del D.L. 150 (27/10/2009) a prevedere una proroga dei termini di passaggio delle competenze all'INPS. Questo con l'obiettivo di mettere a punto le necessarie verifiche di natura strutturale e gestionale che comportano le nuove procedure di invio telematico e per chiarire tutte le ricadute sul piano medico legale delle nuove modalità di attestazione dello stato di malattia. Particolarmente impegnativo, in questo senso, il passaggio della lettera nel quale si adombra la possibilità che, "in assenza di disposizioni in merito, la scrivente Federazione non potrebbe che consigliare i medici italiani di astenersi dal rilasciare certificazioni in tali fattispecie, con le gravi conseguenze che ne potrebbero derivare."

On.le Maurizio SACCONI

Ministro del Lavoro, Salute e Politiche Sociali ROMA E-mail: segreteriaministrosacconi@lavoro.gov.it

On.le Prof. Ferruccio FAZIO

Sottosegretario di Stato Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali ROMA E-mail: <u>segreteriafazio@sanita.it</u>

On.le Renato BRUNETTA

Ministro della Funzione Pubblica ROMA E-mail: <u>r.brunetta@governo.it</u>

Oggetto: Attuazione delle nuove modalità di certificazione di invalidità temporanea per i pubblici dipendenti, di cui all'art. 69 del DL 27 ottobre 2009 n. 150.

Illustre Ministro,

la scrivente Federazione ha già, in precedenti occasioni, segnalato le proprie preoccupazioni nel merito delle disposizioni della normativa citata in oggetto, in ragione delle incertezze applicative che rendono ancora più iniquo e sproporzionato il regime sanzionatorio correlato alle violazioni.

Questo rileva con più forza un contesto di collaborazione che abbiamo sempre offerto e più volte richiesto ed anche in questa occasione, per quanto attiene alla certificazione telematica, la scrivente Federazione riconferma la propria volontà di piena cooperazione per la realizzazione di un' importante ed utile innovazione tecnologica. Ovviamente la sua totale attuazione è correlata alla piena disponibilità ed accessibilità delle necessarie infrastrutture gestionali e delle tecnologie informatiche e per il tramite di un' adeguata fase sperimentale, in coerenza con quanto concordato nel recente incontro del 12 novembre 09.

Da più parti, comprese alcune Pubbliche Amministrazioni dello Stato e degli Enti Locali, riceviamo richieste interpretative della norma di cui alla modifica comma 3 dell' art 55 quinquies, che dispone che le certificazioni non possano riferirsi a "dati clinici non direttamente constatati né oggettivamente documentati".

Nel merito vanno identificate le seguenti problematiche:

1. il caso del lavoratore che si presenta al medico per giustificare un' assenza relativa alla stessa giornata, descrivendo una sintomatologia clinica verosimile e coerente con una patologia transitoria, tutt'altro che infrequente nella pratica medica, ma al momento non più in atto (ad esempio, la cefalea, la dispepsia acuta, la colica addominale, l'insonnia in lavoratore con mansioni a rischio, ecc...). Tali evenienze possono complicarsi laddove il fatto si è verificato , ad esempio per i turnisti, in un prefestivo o festivo, ovvero in una situazione di indisponibilità di un medico certificatore, salvo prevedere che



ciò debba costituire motivo di ricorso ai servizi territoriali o ospedalieri di urgenza. Non sembra che tali situazioni rientrino nelle possibilità di certificazione in coerenza con il disposto legislativo né che possano predeterminare occasioni per il medico di falso ideologico in atto pubblico.

Il caso del lavoratore che presenta una sintomatologia soggettiva in atto, ma per la quale non esiste un dato obiettivo clinico né le indicazioni appropriate per procedere immediatamente ad accertamenti specialistici e strumentali (ad esempio l'emicrania, una crisi di panico, una lombalgia senza interessamento radicolare, ecc...). Anche tale fattispecie non sembra rientrare nei sopra richiamati ambiti di liceità, per quanto la sintomatologia soggettiva sia da annoverare tra i dati clinici fondamentali.

Sul piano più generale è inoltre opportuno sottolineare come, senza ulteriori chiarimenti, l'applicazione della norma possa tradursi in una forte sollecitazione verso i professionisti ad autotutelarsi con prescrizioni di consulenze ed indagini inappropriate, in altre parole mettendo in campo costosi ed inutili comportamenti difensivi.

Al presente, le sopra richiamate problematiche potrebbero essere "eluse", in quanto non vigendo l'obbligo di riportare la diagnosi sul certificato che, al momento, viene esclusivamente consegnato dal lavoratore all' amministrazione da cui dipende, non viene effettuata di fatto una valutazione di merito dei contenuti della certificazione.

Con il previsto passaggio delle competenze all'INPS, tuttavia, la certificazione, sia essa telematica o cartacea, dovrà essere inviata corredata della relativa diagnosi all'Istituto Assicuratore e sottoposta a formale valutazione di merito.

In assenza di disposizioni in merito, la scrivente Federazione non potrebbe che consigliare i medici italiani di astenersi dal rilasciare certificazioni in tali fattispecie, con le gravi conseguenze che ne potrebbero derivare.

La scrivente Federazione è pienamente disponibile a collaborare per un chiarimento della complessa situazione ed evitare gravi disagi agli assistiti, disservizi amministrativi ed eventuali comportamenti opportunistici da parte dei medici.

In attesa di una puntuale ed efficace regolamentazione applicativa della materia che chiediamo avvenga per gli aspetti tecnico-professionali e deontologici con il pieno coinvolgimento della FNOMCeO, si sollecita una proroga per l'attuazione del trasferimento delle competenze all'INPS.

Si resta pertanto in attesa di un sollecito riscontro e si porgono i migliori saluti

A. Bianco

Informazione pubblicitaria







PEC E RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE: NETTA PRESA DI POSIZIONE DELLA FNOMCeO

l Consiglio nazionale della Federazione nazionale riunito a Roma ha accolto l'invito di molti presidenti di Ordine a prendere posizione in merito alla introduzione "obbligatoria" della PEC per tutti gli iscritti agli Ordini e ai Collegi professionali.

Pur nella oggettiva convinzione che essa rappresenti uno strumento di progresso tecnologico che favorisce la trasmissione dei dati e accelera i processi di comunicazione tra privati e tra privati e istituzioni, non vi è dubbio che esistono nella nostra professione elementi peculiari di tutela della privacy, di rilevanza medico legale e di responsabilità professionale che solo una approfondita disamina della normativa può consentire di risolvere. Troppi infatti e troppo importanti appaiono le criticità della legge per la quale i medici italiani chiedono una proroga dell'entrata in vigore.

Per questo il Consiglio nazionale ha approvato un ordine del giorno redatto dal presidente di Modena che si riporta integralmente.

Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO, riunito a Roma l'11 dicembre 2009;

VISTO quanto disposto dalla L. n. 2 del 28 gennaio 2009 che obbliga gli Ordini a tenere un elenco delle caselle di PEC di cui devono dotarsi tutti i professionisti iscritti ad Ordini e Collegi professionali e metterlo a disposizione, su richiesta, delle pubbliche amministrazioni;

RILEVATO che la PEC consente a soggetti terzi, non solo enti, di agevolarsi di una asimmetria comunicativa (infatti ogni messaggio ricevuto nella casella di posta certificata si intende pervenuto al Titolare della casella stessa art. 14 DPR 445/2000) e che questa situazione crea gravi problemi ai medici sia sotto l'aspetto meramente gestionale che sotto quello, ben più rischioso, del profilo medico legale (si pensi ad esempio al malfunzionamenti del sistema di trasmissione dati), essendo il professionista costretto a subire incondizionatamente la ricezione di dati sensibili con valore legale al di là della propria volontà;

CHIEDE

al Comitato Centrale di mettere in atto tutto quanto in suo potere affinché il Governo apporti le necessarie modifiche alla citata L. n. 2/2009 che rendano meno problematica e più sicura per i cittadini l'applicazione e la gestione della posta elettronica certificata per i professionisti medici ed odontoiatri e si sospendano le decorrenze previste in attesa delle richieste modifiche.

Roma 11 dicembre 2009

MEDICINE E PRATICHE NON CONVENZIONALI: EMENDATA LA BOZZA DELLA CONFERENZA STATO-REGIONI

I Consiglio nazionale della Federazione nazionale ha approvato a maggioranza gli emendamenti proposti dalla apposita commissione costituita presso la FNOMCeO per introdurre elementi correttivi alla bozza delle Linee Guida per la formazione nelle medicine non convenzionali riservate ai medici chirurghi e odontoiatri della Commissione salute – Conferenza Stato Regioni.

Il dibattito è stato come sempre acceso a testimonianza delle differenti posizioni e sensibilità su un argomento che tocca i temi della sicurezza dei pazienti, della responsabilità professionale, della formazione degli operatori sanitari e quant'altro.

A cura della Commissione di Bioetica dell'Ordine dei medici di Modena

ETICA MEDICA E AUTONOMIA DEL PAZIENTE

IL CASO

R. ha 65 anni, da tre è ammalato di Sclerosi laterale amiotrofica, che gli ha progressivamente compromesso ogni capacità motoria. Adesso è immobile a letto, non riesce più a parlare e comunica solo attraverso il movimento degli occhi, è nutrito tramite PEG e per molte ore al giorno necessita dell'aiuto di un respiratore. Entro un lasso di tempo relativamente breve, la sua condizione potrebbe rendere necessaria la tracheostomia. Il medico che lo ha in cura affronta con lui il problema, chiedendogli quali siano le sue volontà....

1° COMMENTO

Il caso clinico proposto è tanto drammatico quanto semplice e lineare nel commento se ci si attiene a quei grandi principi etici che sono contenuti nel Codice di Deontologia Medica pertanto: il medico affianca il paziente gli parla, lo informa, lo ascolta e quando è il momento mette in atto quel percorso terapeutico concordato insieme ovvero si astiene dall'intervenire o attua le terapie scelte dal paziente e condivise dall'operatore.

Tutto qui, lineare e semplice nella sua drammaticità ma nel rispetto assoluto della volontà e dignità della persona, dell'autonomia e della coscienza del medico.

In questo contesto è opportuno ribadire che se quel medico è lì

accanto a quel paziente e con lui sta affrontando quella malattia devastante, significa che vi è una piena condivisione delle scelte terapeutiche e che queste seppur dolorose sono la natura-le conseguenza di quell'alleanza terapeutica che ha come basi il rispetto assoluto della volontà della persona in cura e la libertà di coscienza del sanitario.

Per far sì che vi sia questa reciproca accettazione è necessario però che l'informazione comprenda non solo quello che è possibile fare ma anche quello che quel medico può fare sia tecnicamente che eticamente per consentire al paziente di scegliere se avvalersi o meno dell'opera di un altro professionista.

Il medico informa, ascolta, mette in atto la terapia cercando con tutti i mezzi messi a disposizione dalla scienza di curare, alleviare le sofferenze ma sempre con il consenso del paziente ovvero nel rispetto assoluto della sua volontà. Tale concetto per nulla astratto pone il rispetto della persona come limite assoluto inviolabile di qualunque terapia. L'autodeterminazione è un diritto fondamentale del cittadino e in questo caso si concretizza nella facoltà del paziente di poter scegliere se attuare o sospendere le terapie in corso. Nessun atto medico può essere intrapreso o perpetuato senza un pieno consenso da parte della persona che ne è destinataria, nessuno in tale materia può arrogarsi il diritto di decidere per una altro in nome di un bene assoluto o di una morale non condivisa e la passività fisica o psichica di una persona non giustifica in nessun modo la violazione della volontà espressa come chiaramente enunciato nel Codice Deontologico.

Allo stesso modo nessuno può costringere il medico a fare delle scelte terapeutiche seppur corrette tecnicamente se queste confliggono con la propria etica, con la propria religione, con la deontologia o con le leggi dello stato. Pertanto il secondo cardine dell'alleanza terapeutica, l'autonomia professionale, la libertà di scelta del medico consente all'operatore di astenersi dall'intraprendere atti non condivisi per motivi di scienza o di coscienza.

In conclusione, nell'ambito della sua autonomia il medico non decide per il bene del paziente ma con il paziente per il suo bene avendo come limiti la libertà decisionale della persona assistita, le proprie convinzioni etiche e scientifiche e le norme di legge.

A. Addamo Componente la Commissione di Bioetica dell'Ordine dei medici di Modena

19

2° COMMENTO

nico non vengono riferite notizie anamnestiche famigliari per cui si ignora quale fosse il grado di assistenza fornito al malato. Nel decorso delle malattie, particolarmente delle croniche ed invalidanti come la Sla,riveste notevole importanza il sostegno fisico e psicologico fami-

gliare e del vicinato per affron-

tare con maggiore serenità il

penoso decorso.

Nella presentazione del caso cli-

Risulta comunque determinante la presenza del medico che gli è vicino ed in clima di alleanza terapeutica ("affronta con lui")gli avrà prospettato le conseguenze di ogni scelta.

La tracheostomia prolunga sicuramente la vita e riduce le infezioni derivanti dalla ventilazione artificiale alla quale è sottoposto per molte ore al giorno; è quindi usuale proposta dei medici curanti per evitare crisi di insufficienza respiratoria acuta. D'altra parte vivere con una tracheostomia vuol dire prolungare la vita al prezzo di una ulteriore menomazione tenuto conto dello stato già avanzato di malattia (immobilità, impossibilità a parlare, comunicazione solamente attraverso i movimenti degli occhi, nutrizione tramite" peg" ecc.)

In base alle informazioni dettagliate ricevute dal medico, il paziente potrà scegliere l'accettazione o il rifiuto della tracheostomia per il principio dell'autodeterminazione (art.32 della Costituzione). Qualora non fosse in grado di esprimere una scelta potrebbe in tal caso intervenire il giudice tutelare designato precedentemente dal paziente attraverso direttive anticipate oppure il medico curante dovrebbe coinvolgere anche i familiari più stretti con responsabilità in scienza e coscienza esprimendo il proprio parere.

Il dovere del medico è sancito dall'art.3 del codice deontologico:

("dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana, senza distinzione di età, di sesso, di etnia, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia.....) Il medico non può curare ad ogni costo, nè può essere accondiscendente alla rassegnazione del malato. Nel rispetto della persona e delle sue scelte è chiamato a personalizzare ed umanizzare le cure sino a riconoscere anche il diritto di mo-

Il malato sceglierà in base alle sue condizioni fisiche, alla sua speranza di vita, alla sua formazione, all'aiuto dall'ambiente circostante. Anche la sua fede religiosa può incidere sulla sua decisione in quanto il cristiano ritiene che la vita sia un dono di cui non siamo noi gli artefici e che quindi deve essere sempre difesa anche quando la sua qualità è scadente. Non possiamo nemmeno giudicare chi rifiuta

la tracheostomia scegliendo la sospensione di ulteriori cure invasive, con uno sguardo disincantato sulla esistenza presente che volge al termine ed un occhio orientato verso l'aldilà.

L. Melini Presidente Associazione Medici Cattolici di Modena

3° COMMENTO

Siamo di fronte ad un uomo che nella sua maturità, ancora dotato di buone performance fisiche, ha assistito all'inesorabile e progressiva perdita di tutte le sue capacità motorie. Ha perso l'uso delle gambe, delle braccia, delle mani, della bocca per mangiare e parlare e ultimamente sta perdendo il respiro. Non ha perso nessuna delle sue capacità cognitive, i suoi pensieri scorrono con la stessa velocità e se viene dotato di strumenti adatti può comunicare. Le scelte di cura circa la tracheotomia e la ventilazione meccanica invasiva, capaci di modificare l'aspettativa di vita di R. anche di alcuni anni rappresentano un tema, seppur drammatico, di grande interesse bioetico. C'è una persona ammalata capace di esprimere una propria volontà ed un medico, o meglio una equipe domiciliare di cura, di fronte al dilemma etico di instaurare o no un trattamento di supporto vitale, la ventilazione meccanica invasiva (I.V.). Si sceglie di prolungare la vita instaurando la I.V., si sceglie

DISCUTIAMO DI ETICA

DISCUTIAMO DI ETICA

di non prolungarla oltre il limite dato dal decorso della malattia rinunciandovi. Si ritiene la I.V. una terapia appropriata oppure la si giudica come una forma di accanimento o di futilità medica.

Ricordo i volti ed i nomi delle persone affette da SLA a cui ho raccontato come la malattia avrebbe ridotto la loro capacità di respirare sino alla completa insufficienza respiratoria. Non posso dimenticare l'intensità dei loro squardi quando descrivevo loro la possibilità della I.V. e le consequenze del rifiuto di instaurarla. Spesso ritornavo in ripetuti collogui sull'argomento e il processo di scelta si sviluppava nell'arco di svariati mesi. In questo camminare accanto di medico e paziente trovo le riposte più adeguate ad un dilemma etico che se posto nei termini di si alla vita o di no alla vita mi pare quasi

insostenibile. Se il dilemma etico viene calato nella storia personale del paziente, e lo si immerge nel contesto famigliare, sociale, culturale e spirituale della persona affetta da SLA esso non appare più come una torre d'avorio ma mostra tutti i suoi aspetti di concreta e calda umanità che consentono di individuare soluzioni coerenti con la nostra limitata natura creaturale. Con guesta complessa interlocuzione intendo introdurre l'ipotesi di privilegiare l'etica del processo rispetto all'etica del risultato. Quale è la differenza tra le due? Secondo l'etica del risultato la I.V. o è buona sempre e non lo è mai. Secondo l'etica del processo esiste un cammino, un percorso, appunto un processo vissuto insieme da medico e paziente ed è questo che deve essere giudicato come buono o cattivo non l'esito a cui giun-

ge. Ci potrà dunque essere una scelta fatta da un paziente da solo perché abbandonato o una scelta fatta dal medico in modo prevaricante e, in questi casi, il processo può essere giudicato cattivo. Ci potrà essere un cammino condiviso con dialoghi chiarificatori con tempi e modi adequati alla persona ammalata e in questo caso il processo può essere giudicato come sufficientemente buono qualsiasi sia l'esito della scelta. L'etica del processo implica la fiducia tra le persone e la fiducia nell'uomo. lo vedo in questa nuova prospettiva etica una grande umanità ed una grande accoglienza per la nostra natura imperfetta e limitata.

> P. Vacondio Consulente per l'assistenza Domiciliare ai malati di SLA

ALTRO CHE SASSO NELLO STAGNO.... STORIA DI UNA PROVOCAZIONE RACCOLTA A METÀ

uando nell'estate dello scorso anno scrissi l'editoriale sulla integrazione tra pubblico e privato per garantire una più qualificata assistenza di qualità ai cittadini ed un migliore utilizzo delle risorse non mi aspettavo certo che avvenissero eventi incredibili ma un dibattito sì, quello sì. Ed in realtà colleghi interessati all'argomento si sono fatti avanti e hanno prodotto documenti approfonditi e interessanti; non solo ma ha scritto un bell'articolo anche un futuro collega, uno studente in

fonditi e interessanti; non solo ma ha scritto un bell'articolo anche un futuro collega, uno studente in medicina. Segno quest'ultimo da non sottovalutare ed anzi da salutare con piacere perché dimostra che i problemi sollevati dal sottoscritto riguardano anche, e forse soprattutto, il futuro della Professione.

E allora, direte voi, che problema c'è? Il problema c'è e non è neppure piccolo. I colleghi infatti che hanno ritenuto di partecipare al dibattito appartengono tutti al territorio e non vi è traccia sia dei medici ospedalieri sia dei colleghi privati in senso stretto. Dimenticanza? Opportunità? Carenza di risposte efficaci? Non saprei, ma certo questa condizione è un vulnus di non poco conto. Occorrerà rifletterci sopra e individuare le cause di un mancato riscontro per una problematica che investe la Professione in maniera totalizzante.

Forse molti colleghi non si sono accorti del ruolo sempre più pregnante che stanno assumendo i LEA e della nostra assenza nei momenti decisionali quando le scelte di programmazione sanitaria impongono (o imporrebbero) riscontri attendibili da parte dei professionisti. E in quegli ambiti strategici sarebbe importante, per non dire fondamentale, avere idee condivise indipendentemente dalle nostre appartenenze.

Chi oggi non ha inteso partecipare a un dibattito che riguarda la Professione e i suoi sviluppi nel Paese non può lamentarsi dopo di una mancata presenza.

Il presidente

Informazione pubblicitaria



LIBERI PROFESSIONISTI CERCANO DI RESISTERE

rmai è chiaro, il giro di affari di tutte le ditte individuali si è particolarmente abbassato, il mondo dei titolari della partita IVA ha paura.

Per i liberi professionisti che operano nella sanità la crisi si è rivelata un calvario. Gli odontoiatri e gran parte degli studi professionali hanno cominciato a lasciare a casa i propri collaboratori. Molti hanno licenziato una dipendente, cercato di limitare le spese all'osso, il numero di pazienti si è contratto, le lunghe attese per un appuntamento sono sparite, è molto avere la giornata piena di appuntamenti senza vuoti.

In un momento economico come questo è evidente una forte riduzione della liquidità; il ceto medio sta soffrendo pesantemente ed è frequente avere pazienti che chiedono dilazioni (a volte esagerate) di pagamento che difficilmente si possono negare. Purtroppo le spese sono aumentate in modo vertiginoso e spesso ci sono parcelle inevase.

Modena sta subendo probabilmente la crisi economica in modo marcato a causa di grossi problemi territoriali; nella zona di Sassuolo, da sempre capitale della ceramica c'è una contrazione di ordini vuoi legati alla crisi immobiliare e alla concorrenza di mercati come quello cinese.

Si parla di esuberi in campo ceramico di 10.000 dipendenti, un calo di fatturato e di ricavo vicino al 25%.

Carpi e il suo settore della maglieria e delle confezioni hanno segnalato forti contrazioni nell'export dove esiste anche un sottobosco di laboratori gestiti da cinesi che piano piano sostituiscono gli artigiani locali mandando in crisi il comparto.

I confronti sulle evoluzioni degli indici della produzione e del fatturato hanno segnato il persistere di un quadro congiunturale an-

cora fortemente negativo anche per la meccanica. Unici indicatori più incoraggianti sono pervenuti dall'industria alimentare e dal biomedicale.

In tutti questi casi di crisi si va palesando un eccesso di capacità produttiva e gli ammortizzatori sociali non sono eterni. È questo purtroppo il nostro poco edificante panorama.

Nel 2007 il volume dei redditi da lavoro autonomo dei soli iscritti agli Ordini professionali, era pari a 20 miliardi di euro; nel 2009 quella cifra sarà decurtata almeno del 30%. È urgente dare risposte, i professionisti iscritti agli Ordini tutti restano una risorsa decisiva per il futuro di una società a capitalismo avanzato come la nostra.

È con preoccupazione che ascolto parole come liberalizzazione e riforme, comunque la coperta oggi si presenta corta in una preoccupante fase di recessione.

A breve dovrebbe essere ultimata l'indagine conoscitiva per la riforma delle professioni e successivamente si dovrà elaborare una sintesi politica. Il CUP, l'organismo nazionale che rappresenta gran parte degli Ordini (anche noi col nostro Ordine siamo rappresentati a Modena) chiede una legge la più snella possibile, fatta di pochi cardini generali (deontologia, tariffe, esami, tirocinio ecc) che poi venga completata da deleghe per affrontare le specifiche caratteristiche di ogni professione. Il punto più importante per noi medici e dentisti riquarda la nostra natura: siamo assimilabili alle imprese oppure no? D'impeto e con forza dico di no.

È la stessa risposta che tutti noi diamo quando sono da confutare le critiche dell'antitrust sempre poco tenera con noi liberi professionisti: gli studi non sono imprese.

Ma quando ci sono in ballo incentivi pubblici i vertici delle professioni e i nostri sindacati che ci rappresentano si uniscono al coro per lamentare l'esclusione.

Sicuramente gli attuali modelli organizzativi tipici dell'impresa non sono confacenti alla nostra professione; forse (non è facile) bisognerebbe individuare un veicolo ad hoc per i liberi professionisti, una forma societaria che sancisca in modo chiaro come il capitale nelle professioni sia di tipo intellettuale e non finanziario (pazienti e non clienti).

Rimangono sempre i problemi non risolti dell'abusivismo e della mancata correlazione tra numero programmato (matricole) e bisogno (uguale a zero) del territorio. Su questo il nostro Ordine e la Federazione Nazionale sono attivissimi. Piccoli passi ma volti certamente nella direzione giusta.

La libera professione, i professionisti in generale hanno bisogno dalla politica di risposte chiare. Ora!

Ridurre le aliquote IRPEF e introdurre incentivi per rilanciare i consumi e sostenere la ripresa. Le tasse devono diminuire attraverso una riqualificazione e ristrutturazione della enorme spesa pubblica e un contrasto e recupero di evasione (pagare tutti per pagare meno) è probabile che con il processo ormai ineludibile del federalismo fiscale venga colta un'occasione irripetibile di maggior responsabilità su come impiegare la spesa pubblica.

Non ultimo il meccanismo degli studi di settore: i parametri vanno aggiornati al momento storico successivo.

La libera professione deve essere ascoltata, i professionisti devono rappresentare l'acceleratore, il volano della società, non trovarsi nella invisibilità.

> R. Gozzi Presidente Commissione Albo Odontoiatri

Questa rubrica si propone di commentare brevemente articoli tratti dalle più importanti riviste internazionali che abbiano una ricaduta importante nella pratica clinica

A cura di G. Abbati e M. Bianchini





L'UTILIZZO CONTEMPORANEO DELLA DIGOSSINA NEL TRATTAMENTO DELLA INSUFFICIENZA CARDIACA

'utilizzo della digitale è stato oggetto di dibattito fin dal suo primo utilizzo datato 1775 da parte di Withering. Ora i dati a disposizione sono maggiori, ma deve essere ricordato che il trial "Digitalis Investigator Group" venne effettuato quando i β-bloccanti non erano ancora così ampiamente utilizzati nel trattamento della insufficienza cardiaca. Esistono ancora molti interrogativi sull'utilizzo della digitale. In particolare, quando è indicato aggiungere la digossina alla terapia medica già ottimizzata nel paziente sintomatico per insufficienza cardiaca? Un'altro quesito che emerge frequentemente è quando sospendere la digossina nel paziente con insufficienza cardiaca cronica stabile. Brevemente tratteremo i due scenari separatamente.

Dobbiamo aggiungere la digossina al regime terapeutico in pazienti con insufficienza cardiaca? Quando ci imbattiamo in un paziente che dimostra un peggioramento dei sintomi di insufficienza cardiaca siamo abituati a ricercare le cause del peggioramento dello stato clinico del paziente. A volte troviamo la risposta, altre volte no. Quando il paziente dimostra un peggioramento dei segni e dei sintomi

di insufficienza cardiaca, se ne dovrebbe ricercare la causa e correggerla quando possibile. Un regime alimentare non idoneo, la mancata aderenza terapeutica, le comorbidità e istruzioni poco chiare o equivoche in merito a come autogestire il proprio stato clinico, sono le cause più frequenti. Tuttavia, possono verificarsi anche complicanze direttamente correlate al cuore, come ischemia e infarto miocardico acuto o aritmie. La fibrillazione atriale (FA) parossistica o permanente si verifica in una percentuale significativa di pazienti con insufficienza cardiaca durante il corso della malattia, probabilmente nella percentuale del 20-30%. La FA dovrebbe sempre essere presa in considerazione come causa potenziale di peggioramento della insufficienza cardiaca. Salvo nel caso di una emergenza clinica (ad esempio edema polmonare acuto), rallentare la freguenza ventricolare piuttosto che correggere il disturbo del ritmo sottostante è l'opzione terapeutica preferibile. In questa tipologia di pazienti, l'utilizzo di basse dosi di digitale controlla la frequenza cardiaca. Sebbene tale opzione terapeutica derivi primariamente da convinzioni locali piuttosto che da indagini scientifiche, singole dosi di digossina endovena sequite da un dosaggio di mantenimento (0.125 mg/ die) per via orale riducono la freguenza cardiaca e quindi i segni e i sintomi di insufficienza cardiaca. E' preferibile l'utilizzo di digossina endovena rispetto ai β-bloccanti e al diltiazem, in quanto non si determina un effetto inotropo negativo nè una eccessiva risposta vasodilatatoria o ipotensiva. In assenza di controindicazioni, l'utilizzo della digossina va considerata nel controllo della FA del paziente con insufficienza cardiaca e funzione renale conservata o lievemente compromessa. Rimane incerto se il ripristino del ritmo sinusale risulti vantaggioso nel paziente che non dimostri peggioramento dei sintomi; ciò ridurrebbe nel tempo l'indicazione all'utilizzo della digossina per il controllo del ritmo rispetto alla cardioversione nei pazienti con insufficienza cardiaca e FA. L'utilizzo della digossina dovrebbe essere limitato al rallentamento della freguenza cardiaca in corso di FA e insufficienza cardiaca in considerazione del fatto che la maggior parte dei pazienti è già trattata con β-bloccanti e che una freguenza cardiaca di 60-80 bpm è ragionevole. Seppur in assenza di FA si dovrebbe considerare l'utilizzo di digossina nel paziente in ritmo sinusale e insufficienza cardiaca in classe funzionale II-III NYHA (Figura 1). L'incidenza di morte e ospedalizzazione secondaria a riacutizzazione della insufficienza cardiaca si riduce quando la digossina è associata ai diuretici e agli ACE-inibitori 1. L'efficacia della terapia con digossina negli uomini con insufficienza cardiaca e frazione di eiezione <45% è ottimale quando la concentrazione plasmatica di digossina è compresa fra 0.5 e 0.8 ng/mL²; ciò suggerisce che il basso dosaggio è più sicuro. Al contrario la digossina risulta meno sicura nelle donne³, anche se esistono opinioni contrastanti⁴, e le preoccupazioni collegate al genere appaiano esagerate. In aggiunta al noto effetto inotropo positivo, la digossina riduce la disfunzione autonomica e induce un effetto favorevole sui meccanismi neuro-ormonali. E' possibile che i benefici indotti dalla digossina siano correlati alla presenza di una ridotta frazione di eiezione. Non è chiaro se la digossina si dimostri utile nella insufficienza cardiaca diastolica. Riassumendo, si è favorevoli ad associare la digossina alla terapia convenzionale della insufficienza cardiaca nel controllo della freguenza cardiaca in presenza di FA. Inoltre risulta utile aggiungere digossina a basso dosaggio di mantenimento (0.125mg/die) in pazienti in classe funzionale II-III NYHA e ritmo sinusale, particolarmente nel caso di refrattarietà alla terapia medica convenzionale "evidence-based". L'importanza della digossinemia è nota. Concentrazioni plasmatiche di digossina comprese fra 0.5 e 0.8 ng/mL sono ideali e non dovrebbero superare i 1.0 ng/mL.

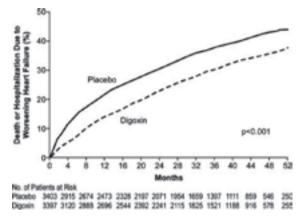


Figura 1. Incidenza di morte o riospedalizzazione secondaria a riacutizzazione di insufficienza cardiaca nel gruppo digossina e placebo. Il numero di pazienti a rischio è descritto sotto la figura. Riprodotto dal N Engl Med 1997;336:525-533

Dobbiamo sospendere la digossina nel paziente con insufficienza cardiaca cronica stabile?

La terapia farmacologia nel paziente clinicamente stabile non dovrebbe mai essere modificata in modo avventato, al punto che si tende evitare di arruolare tale tipologia di pazienti nei trials clinici. Nella realtà clinica sono molti i pazienti in terapia cronica con digossina e persistentemente stabili. Il dosaggio di digossina va modificato in relazione alla digossinemia, ma non deve essere abitualmente sospesa nel paziente cronico e clinicamente stabile. Sospendere la digossina comporta rischi considerevoli nel paziente con insufficienza cardiaca cronica stabile e disfunzione sistolica in trattamento con ace-inibitori (Figura 2)5. La digossina non va sospesa nel paziente clinicamente stabile. Tuttavia, in particolari circostanze si deve sospendere o ridurre il dosaggio, ad esempio in caso di elevate concentrazioni plasmatiche di digossina. Basandosi sulle conoscenze attualmente disponibili, si ritiene che il rapporto rischio/beneficio dell'utilizzo della digossina sia inferiore a

quanto prima ritenuto. La misurazione della concentrazione plasmatica di digossina è prontamente disponibile e dovrebbe essere eseguita soprattutto in presenza di insufficienza renale cronica. Livelli ≥1.2 ng/mL sono dannosi, e la riduzione del dosaggio, o in alcuni casi di sospetta intossicazione, la sospensione del farmaco risulta appropriata. Un elenco pratico di indicazioni può essere utile come guida generale nei pazienti con insufficienza cardiaca (Tabella).

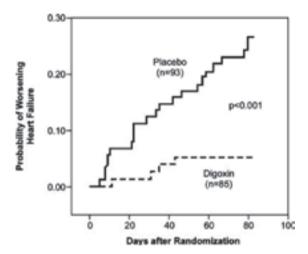


Figura 2. Analisi di Kaplan-Meier sulla probabilità cumulativa di insufficienza cardiaca riacutizzata nei pazienti che continuano ad assumere digossina e quelli che la sospendono (placebo). I pazienti nel gruppo placebo hanno un rischio maggiore di peggioramento della insufficienza cardiaca durante tutte le 12 settimane dello studio (rischio relativo, 5.9; 95% intervallo di confidenza, 2.1 a 17.2; P<0.001). Riprodotto da N Engl J Med 1993;329:1-7.

Tabella. Linee Guida Generali: utilizzo della digossina nell'insufficienza cardiaca

La digossina è ancora il farmaco di scelta nel controllo del ritmo in pazienti con insufficienza cardiaca, fibrillazione atriale ad elevata frequenza cardiaca media.

Esiste ancora l'indicazione ad un prudente utilizzo della digossina a basso dosaggio nei pazienti in ritmo sinusale, evidenza di disfunzione sistolica ed in classe funzionale NYHA II-III nonostante terapia farmacologica ottimizzata con ACE-inibitori e β -bloccanti. In questi pazienti l'utilizzo della digossina è ancor più giustificato in caso di refrattarietà dei sintomi.

La digossina può ridurre la necessità di ospedalizzazione e la probabilità di sviluppare peggioramento della insufficienza cardiaca nei pazienti con disfunzione sistolica.

La concentrazione plasmatica di digossina dovrebbe essere

monitorata e i valori ottimali sono nel range di 0.5-0.8 ng/mL. Livelli inferiori a 1.0 ng/mL sono più sicuri e più efficaci.

La digossina non influenza la mortalità, sebbene si possa verificare un aumento di mortalità in pazienti con concentrazioni di digossinemia ≥1.2 ng/mL. La mortalità può essere ridotta mantenendo le concentrazioni plasmatiche di digossina a livelli inferiori (analisi post hoc; Digitalis Investigator Group trial).

Nei pazienti con insufficienza cardiaca e ridotta frazione di eiezione che sono clinicamente stabili non si dovrebbe considerare la sospensione della digossina.

Riassumendo, esiste ancora un ruolo della digossina nel trattamento della insufficienza cardiaca in pazienti selezionati. Certamente, tale ruolo non è più così ampio come una volta. Le ragioni che sottendono all'utilizzo della digossina sono molteplici, alcune non scientificamente dimostrate. Sappiamo che le concentrazioni plasmatiche di digossina sono utili, che basse dosi di digossina sono più sicure ed efficaci, e che alcuni pazienti dimostrano un miglioramento clinico. La sospensione routinaria della digossina nel paziente con insufficienza cardiaca cronica stabile non è consigliata.

References

- 1. The Digitalis Investigation Group. The effect of digoxin on mortality andmorbidity in patients with heart failure. *N Engl J of Med.* 1997;336:525–533.
- 2. Rathore SS, Curtis JP, Wang Y, Bristow MR, Krumholz HM. Association of serum digoxin concentration and outcomes in patients with heart

failure. JAMA. 2003;289:871-878.

- 3. Rathore SS, Wang Y, Krumholz HM. Sex-based differences in the effect of digoxin for the treatment of heart failure. *N Engl J Med*. 2002;347: 1403–1411.
- 4. Adams KF, Patterson JH, Gattis WA, O'Connor CM, Lee CR, Schwartz
- TA, Gheorghiade M. Relationship of serum digoxin concentration to mortality and morbidity in women in the Digitalis Investigation Group trial: a retrospective analysis. *J Am Coll Cardiol*. 2005;46:497–504.
- 5. Packer M, Gheorghiade M, Young JB, Costantini PJ, Adams KF, Cody RJ, Smith LK, Van Voorhees L, Gourley LA, Jolly MK. Withdrawal of digoxin from patients with chronic heart failure treated with angiotensin convertingenzyme inhibitors. *N Engl J Med.* 1993;329:1–7.

Ambulatorio dedicato dell'insufficienza cardiaca Policlinico di Modena A. Barbieri, B. Veronesi, L. Reggianini, C. Manicardi, C. Leuzzi, M. G. Modena <u>E NOVITA SCIENTIFICHE ALLA PRATICA (</u>

UNA PRIMA VALUTAZIONE

Con il nuovo sistema ECM molti professionisti noteranno forse poche novità, soprattutto in quelle realtà come la modenese, dove l'offerta di corsi e convegni accreditati dalle Aziende sanitarie è stato ed è tuttora molto cospicua. In effetti le novità ci sono e sono rilevanti. La prima, forse la più significativa, è che sono **accreditati i provider** e non gli eventi. Saranno i provider pertanto i veri artefici della formazione e da questo consegue una serie di scelte che si preoccupano di garantire la qualità degli stessi a garanzia di un'offerta formativa per gli operatori sanitari di livello ottimale. Viene valorizzata la **FAD** (formazione a distanza) che è stata finora la vera Cenerentola della Formazione. Viene infine indicato un percorso di massima per il riconoscimento della **formazione all'estero** che tanti colleghi, soprattutto i più giovani, stanno svolgendo e che molti interrogativi aveva sollevato anche in ambito ordinistico. Viene infine maggiormente sottolineato il **ruolo dell'Ordine** sia per quanto riguarda i liberi professionisti sia per quanto attiene alla valutazione dell'autoformazione.

È un processo che, partito alcuni anni fa, ha proseguito il suo percorso tra iniziali tentennamenti e improvvise accelerazioni ma che, soprattutto nelle nostre realtà territoriali, ha certamente retto pur con qualche inevitabile sbavatura. L'Ordine di Modena che si è sempre mostrato sensibile ai temi della Formazione promuovendo tra l'altro molte iniziative accreditate sui temi "caldi" della professione, approfondirà quanto prima il nuovo accordo nazionale ECM per poter fornire ai propri iscritti le migliori informazioni possibili sugli sviluppi futuri di un capitolo così importante.

Il presidente

COSA CAMBIA CON IL NUOVO SISTEMA ECM

a Conferenza Stato – Regioni il 5 novembre 2009 ha approvato "Il nuovo sistema di formazione continua in medicina – Accreditamento dei Provider ECM, formazione a distanza, obiettivi formativi, valutazione della qualità del sistema formativo sanitario, attività formative realizzate all'estero, i liberi professionisti".

I due elementi fondamentali della nuova ECM sono rappresentati dall'accreditamento dei provider e dalla valorizzazione della formazione a distanza.

PROVIDER - Il sistema prevede che l'accreditamento sia rivolto non più ai singoli eventi, ma agli organizzatori (provider), con possibilità per questi ultimi di assegnazione diretta dei crediti formativi. L'accreditamento

dei provider sarà affidato alla Commissione Nazionale per la Formazione Continua (CNFC) oppure alle Regioni e Province Autonome, a seconda dell'ambito di attività del provider stesso. I requisiti per ottenere l'accreditamento saranno previsti dal "MA-NUALE DI ACCREDITAMENTO DEI PROVIDER". L'Ente accreditante ha anche il compito di verificare che i requisiti di accreditamento perdurino, in particolare per quanto riguarda la qualità della formazione proposta. Non possono essere accreditati produttori di farmaci o presidi medici, che possono però sponsorizzare la formazione, secondo precise regole di trasparenza.

CREDITI FORMATIVI - Per il triennio 2008-2010 si riconferma la misura di 150 crediti annui suddivisi in 50 per ogni anno (minimo 25 max 75). I crediti ECM vengono assegnati dal provider ad ogni programma educazionale sulla base di criteri uniformi indicati dalla CNFC sulla base del tempo, tipologia formativa e caratteristiche del programma. Per questo triennio possono essere considerati nel calcolo dei 150 crediti anche 60 crediti già acquisiti negli anni precedenti. I crediti formativi attestati ai professionisti da un provider accreditato a livello regionale, hanno valore nazionale. Il provider si occuperà della trasmissione al **COGEAPS (Consorzio Gestione** Anagrafica delle Professioni Sanitarie) dei crediti assegnati ad ogni partecipante.

COMITATO DI GARANZIA – A tutela della trasparenza del sistema è il 'Comitato di Garanzia per l'indipendenza dell'ECM dal

ECM

sistema di sponsorizzazione'. Particolare attenzione sarà riservata alla verifica di qualità e indipendenza dei provider anche mediante visite annue in loco presso i provider. Qualora il Comitato riscontri violazioni, in funzione della loro gravità, potrà sanzionare fino alla revoca dell'accreditamento in via temporanea o definitiva.

ALBO NAZIONALE - Sarà predisposto dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua, di concerto con gli altri Enti accreditanti a livello regionale, l'Albo nazionale dei provider ECM, che include tutti i provider accreditati. La Commissione ne cura anche l'aggiornamento sistematico, rendendolo pubblicamente consultabile e mettendo in rilievo eventuali sanzioni ricevute

RAPPORTO ANNUALE - Ogni Ente che accredita produce un Rapporto annuale sulle attività ECM, che include, tra l'altro, i risultati delle verifiche effettuate. La Commissione nazionale, sulla base dei Rapporti e sulla scorta dei dati dell'Osservatorio nazionale e del COGEAPS produce un Rapporto annuale sulle attività ECM in Italia che analizza anche i punti critici del sistema complessivo.

OBIETTIVI FORMATIVI – l'Accordo individua gli obiettivi formativi che possono essere nazionali e regionali e rappresentano gli strumenti per orientare i programmi di formazione continua rivolti agli operatori sanitari. Sono individuati in coerenza con i Piani Sanitari Nazionali e Regionali e

su di essi si definiscono i <u>Piani</u> <u>di Formazione</u> dei singoli provider.

FORMAZIONE A DISTANZA -Novità anche per la Formazione a distanza (FAD) che viene valorizzata e regolata introducendo garanzie e requisiti tecnologici per i provider accreditati FAD.

FORMAZIONE ALL'ESTERO - Si realizza mediante:

- partecipazione ad eventi formativi all'estero organizzati da:
 - provider accreditati a livello nazionale che erogano prestazioni sanitarie:
 - provider accreditati dalle Regioni purchè vi sia l'"accreditamento dell'evento specifico";
 - provider accreditati non erogatori di prestazioni sanitarie, qualora sia stato approvato l'intero <u>Piano</u> <u>Formativo</u> (comprensivo dell'evento organizzato all'estero).
- 2. attività del professionista svolta all'estero secondo le seguenti tipologie:
 - ✓ formazione residenziale:
 - ✓ formazione residenziale interattiva;
 - ✓ stage presso strutture ospedaliere, università, strutture di ricerca (istituzioni riconosciute);
 - ✓ attività di ricerca;
 - ✓ docenza in ECM;
 - ✓ tutoring.

Le <u>pubblicazioni su riviste</u> estere o pubblicate da editori comunitari o extracomunitari saranno oggetto di <u>apposita valutazione da parte dell'Ordine</u>. Saranno riconosciuti crediti

ECM agli autori delle pubblicazioni citate su ISI (Institute for Scientific Information), Impact Factor e su Pubmed.

Le pubblicazioni sono annoverate nell'ambito dell'autoformazione e, in quanto tali, i crediti formativi acquisiti non possono superare il 10% del debito formativo annuale. Per il riconoscimento la documentazione dovrà essere consegnata all'Ordine.

Vi sono casi di <u>esonero agli obblighi ECM</u> per la frequenza di attività svolte all'estero:

- ✓ dottorato di ricerca presso Università, strutture ospedaliere, centri di ricerca, per un periodo di svolgimento minimo di 150 ore;
- master, corso di perfezionamento, comunque denominato, presso Università, strutture ospedaliere, centri di ricerca, per un periodo di svolgimento minimo di 150 ore.

LIBERI PROFESSIONISTI - Attestato che l'obbligo ECM riguarda tutti i liberi professionisti a garanzia delle prestazioni erogate e a tutela dei pazienti, apposite Commissioni degli Ordini studieranno possibili interventi a favore dei liberi professionisti riguardo a:

costi supportati,

<u>debito formativo diversamente</u> <u>individuato</u>

definizione di obiettivi formativi dove è presente un coinvolgimento diretto delle Federazioni Nazionali e degli Ordini, e/o la partecipazione ad eventi formativi aziendali e/o regionali attraverso specifici accordi con gli Ordini.

F. Ferrari

NORMATIVA

I medici italiani non saranno obbligati a segnalare i clandestini che si rivolgono a loro per essere curati. Sussiste il divieto di segnalazione da parte dei medici e di tutto il personale del Servizio sanitario nazionale degli stranieri non in regola con le norme sul soggiorno che si rivolgono alle strutture sanitarie. Con questo chiarimento giunto dal Ministero dell'Interno con una circolare del 27 novembre u.s., che si riporta integralmente, si è scritta la parola fine su una vicenda a cui l'intera categoria dei medici del SSN ha dedicato mesi di proteste.

Ministero dell'Interno Dipartimento per le libertà civili e l'immigrazione

Prot. 780/A7 Roma, 2

CIRCOLARE n.12/09

Roma, 27 novembre 2009

AI SIGNORI PREFETTI

AL SIGNOR COMMISSARIO DEL GOVERNO PER LA

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

AL SIGNOR COMMISSARIO DEL GOVERNO PER LA

PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO

AL SIGNOR PRESIDENTE DELLA GIUNTA

REGIONALE DELLA VALLE D'AOSTA

AL DIPARTIMENTO DELLA PUBBLICA SICUREZZA

LORO SEDI

Oggetto: Assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al Servizio sanitario nazionale, Divieto di segnalazione degli stranieri non in regola con le norme sul soggiorno. Sussistenza.

E' stato chiesto a questo Dipartimento di fornire un chiarimento sulla attualità del divieto di segnalazione all'autorità degli stranieri non in regola con le norme sul soggiorno che chiedono assistenza presso le strutture del Servizio sanitario nazionale, in seguito all'entrata in vigore della legge 15 luglio 2009, n. 94, che ha introdotto una serie di modifiche alla disciplina sull'immigrazione.

Il divieto di segnalazione è previsto dal comma 5 dell'articolo 35 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286. Questa disposizione non è stata abrogata, né modificata dalla legge 15 luglio 2009, n. 94; conserva, quindi, piena vigenza.

Conseguentemente continua a trovare applicazione, per i medici e per il personale che opera presso le strutture sanitarie, il divieto di segnalare alle autorità lo straniero irregolarmente presente nel territorio dello Stato che chiede accesso alle prestazioni sanitarie, salvo il caso, espressamente previsto dal comma 5, dell'articolo 35 cit., in cui il personale medesimo sia tenuto all'obbligo del referto, ai sensi dell'articolo 365 dei codice penale, a parità di condizioni con il cittadino italiano.

L'obbligo di referto, com'è noto, è disciplinato in base all'articolo 365 del c.p. e sussiste in presenza di delitti per i quali si deve procedere d'ufficio. Tale obbligo, in particolare, non sussiste per il reato di in-

gresso e soggiorno illegale nel territorio dello Stato, introdotto dall'articolo 1, comma 16 della legge n. 94, cit., attesa la sua natura di contravvenzione e non di delitto. Inoltre, il comma 2 dello stesso articolo 365 espressamente esclude l'obbligo di referto nel caso in cui il referto stesso esporrebbe l'assistito a procedimento penale.

Occorre infine chiarire, anche alla luce delle modifiche introdotte dall'articolo 1, comma 22, lettera g) della legge n. 94, cit, relative alla esibizione dei documenti inerenti al soggiorno per l'accesso a prestazioni della pubblica amministrazione, che non è richiesta l'esibizione di tali documenti per le prestazioni di cui all'art. 35 cit, come espressamente previsto dall'articolo 6, comma 2, del decreto legislativo n, 286/1998, cit, e successive modificazioni.

Si prega di voler assumere ogni opportuna iniziativa nell'ambito dei Consigli territoriali per l'immigrazione al fine di risolvere eventuali dubbi interpretativi sulla disciplina applicabile in materia.

IL CAPO DIPARTIMENTO

(Morcone)

CERTIFICATI DI INVALIDITÀ CIVILE: SEDI PERIFERICHE INPS AUTORIZZATE AD ACCETTARE TEMPORANEAMENTE E IN VIA ECCEZIONALE CERTIFICATI IN FORMA CARTACEA

Certificati di invalidità civile: sedi periferiche INPS autorizzate ad accettare temporaneamente e in via eccezionale certificati in forma cartacea

In seguito ad un colloquio diretto con il Presidente e Commissario straordinario dell'INPS, dott. Antonio Mastrapasqua, richiesto ed ottenuto con urgenza dalla Fimmg, confermiamo che l'INPS nazionale ha inviato alle sedi periferiche una circolare che le autorizza ad accettare in forma cartacea i certificati di invalidità in casi eccezionali, quali vanno sicuramente considerati il mancato funzionamento del sito INPS o i lunghi tempi necessari per l'acquisizione del PIN da parte dei medici interessati.

G. Milillo

TRIBUNALE DI MODENA

Pubblichiamo la notizia pervenuta dal Tribunale di Modena che interessa i consulenti medici.

Avvio del nuovo programma delle spese anticipate dall'Erario SIAMM – Modalità di deposito delle istanze di liquidazione

A partire dall'inizio del nuovo anno questo Ufficio adotterà l'applicativo ministeriale SIAMM per la ricezione delle istanze di liquidazione di spese anticipate dall'Erario, la loro liquidazione ed il successivo pagamento. L'applicativo SIAMM ARSPG permette l'importazione di istanze informatiche prodotte dai consulenti, ausiliari, custodi ed altri beneficiari (avvocati, interpreti, ecc) tramite la funzionalità "importa istanza". Tale possibilità tuttavia è legata ad una preventiva registrazione ed autenticazione sul sito del programma SIAMM. Affinchè il beneficiario possa generare l'istanza di liquidazione informatica è necessario che questi installi sul proprio pc un applicativo denominato "istanza standalone", registrando i propri dati anagrafici, i dati del procedimento per il quale ha svolto la sua presentazione e le richieste economiche circa le spese sostenute e i compensi richiesti.

Al termine della registrazione il programma produrrà in file che il beneficiario dovrà consegnare in segreteria – contestualmente ed unitamente al deposito della richiesta cartacea e della documentazione giustificativa - affinchè possa essere caricato sull'applicativo SIAMM ARSPG. È possibile scaricare l'applicativo "standalone" ad una guida al suo utilizzo dall'area download del portale SIAMM. È indubbio il notevole vantaggio che il programma è destinato a produrre: risparmio di tempo, maggior certezza e celerità di risposta. Si fa presente che l'ufficio liquiderà con precedenza, le richieste giunte in tele modalità e formato.

Il Dirigente Amministrativo I. Pavignani

RIAPERTI I TERMINI PER LA PROVA ATTITUDINALE DI ODONTOIATRIA

na sentenza del Consiglio di Stato ha ordinato ai Ministeri competenti la riapertura delle prove attitudinali di odontoiatra. <u>Il decreto</u> (decreto interministeriale del 10.12.2009 pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 12.1.2010) <u>riguarda i laureati in medicina e chirurgia immatricolati negli anni accademici che vanno **dal 1980 al 1985**, in possesso di abilitazione all'esercizio professionale, che intendono sostenere la prova attitudinale per l'iscrizione all'albo degli odontoiatri.</u>

La domanda di partecipazione deve essere inoltrata all'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri presso il quale i candidati sono iscritti. Il termine per la presentazione della domanda è il 13 marzo 2010 (60 giorni a decorrere dal giorno successivo alla pubblicazione del decreto nella Gazzetta Ufficiale). La prova attitudinale consisterà in un corso di formazione che si concluderà con una verifica finale. Il corso si svolgerà presso le Facoltà di medicina e chirurgia. Al fine di garantire l'uniformità della prova su tutto il territorio nazionale, le Facoltà concorderanno preventivamente l'organizzazione, la programmazione e i contenuti della formazione. La frequenza del corso è obbligatoria, e prevede un minimo di 360 ore così suddivise: 180 ore di teoria e 180 di pratica. La valutazione finale consisterà nella presentazione e discussione di un caso clinico e in un successivo colloquio su elementi di deontologia professionale. I candidati che non abbiano superato la prova finale, saranno ammessi a ripeterla una sola volta presso la medesima Facoltà.

Il testo integrale del decreto è consultabile sul sito <u>www.ordinemedicimodena.it</u> sezione ultime notizie.

AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO

'Agenzia Italiana del Farmaco, in accordo con le Autorità europee, ha disposto con decorrenza immediata, di tutti i medicinali a base di Sibutramina (nomi commerciali:Ectiva e Reductil) incluse le preparazioni magistrali approntate in farmacia per eventi avversi cardiovascolari.

L'Agenzia Italiana del Farmaco, dopo un lungo iter che l'ha vista impegnata al fianco delle Autorità europee, ha disposto a scopo cautelativo il divieto di vendita e di utilizzo, con decorrenza immediata, di tutti i medicinali a base di Sibutramina (nomi commerciali: Ectiva e Reductil) incluse le preparazioni magistrali approntate in farmacia.

Si tratta di una molecola indicata per favorire la perdita di peso nei pazienti obesi e in quelli sovrappeso con altri fattori di rischio concomitanti come diabete di tipo II o dislipidemia. Il provvedimento si è reso necessario a seguito della valutazione del Comitato per i medicinali per uso umano (CHMP), afferente all'Autorità europea dei farmaci EMA, che ha riscontato un rapporto rischio-beneficio sfavorevole per tali farmaci.

I pazienti attualmente in cura con medicinali contenenti Sibutramina sono invitati a contattare il proprio medico per valutare la possibilità di una terapia alternativa. Coloro che invece intendano interrompere il trattamento immediatamente, prima di consultare il medico, possono farlo tranquillamente

Informazione pubblicitaria





Scegli anche tu Fineco, la banca nº 1 per soddisfazione dei Clienti.....

In Fineco tutto è più semplice e comodo, perché è una banca progettata da persone che non vogliono perdere tempo ma semplificarsi la vita per dedicarsi a quello che amano.

In Fineco hai un consulente di fiducia sempre al tuo fianco, Il Personal Financial Adviser è un professionista libero e indipendente che fa sempre il tuo interesse.

I tuoi soldi valgono di più:

- Interessi garantiti, sempre allineati con i tassi della BCE
- Prelievi gratuiti da qualunque sportello bancomat in Italia
- Carta di credito gratis per sempre

E se vuoi investire, Fineco ti offre:

- Extra rendimento garantito con Supersave
- Azioni, obbligazioni, ETF e titoli di Stato
- Oltre 3400 Fondi delle migliori case

Zero spese:

Il conto Fineco è gratis per sempre grazie alla Convenzione istituita con l'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Modena riservata a tutti i Medici iscritti all'ordine stesso. Tutto compreso:

Un unico conto, semplice da usare e con tutti i servizi che ti servono. Hai sempre tutto sotto controllo: online, dal cellulare, al bancomat o con il tuo Personal Financial Adviser.

- Oltre 2000 sportelli bancomat evoluti Unicredit, per versare banconote e assegni
- Maxi prelievo bancomat, aumenti il tuo plafond e prelevi fino a 2000 euro al giorno
- Bonifici, assegni, ricariche telefoniche, pagamento online di F24, MAV-RAV, Pagamento online anche di Bollettini. Postali, evitando così inutili e noiose file allo sportello.
- Con un solo click puoi spostare le tue utenze da una qualsiasi Banca a Fineco

N°1 anche nel trading

Fineco è la Banca più usata dagli italiani per fare trading. Ogni giorno migliaia di clienti investono con Fineco nei mercati di tutto il mondo. In tempo reale, da un'unica piattaforma.

> Per tutti i dettagli e per aprire il conto rivolgiti subito a Carlo Dallari Via Emilia Est 903 - Direzionale Toscanini 41122 Modena Tel 059.371426 - 059.367721 - Cell 338.8506306 carlo.dallari@pfafineco.it

> > Informazione pubblicitaria

PIANTA PIANO TERRA

AFFITTASI

Ambulatorio medico Zona Vignolese (Via La Spezia, 142) Modena

> Per informazioni telefonare al numero 338 1592352

I FONDI PENSIONE

Riceviamo dal Dott. Testuzza, esperto di previdenza nell'ambito della dipendenza il contributo che volentieri pubblichiamo. Il collega, che collabora anche con il Sole 24 ore, è stato un ospite in alcuni convegni e ha messo a nostra disposizione le sue competenze

fondi pensione sono particolari fondi comuni che il legislatore ha destinato alla pensione complementare, che dovrà integrare quella erogata dagli enti pensionistici obbligatori (Inps, Inpdap...). Si distinguono dai normali fondi comuni non solo per la loro finalità previdenziale, ma anche perché hanno un'autorità di vigilanza ad hoc (la <u>Covip</u> - Commissione di vigilanza sui fondi pensione); sono meno tassati: il Fisco preleva l'11% sui guadagni, anziché il 12,5% dei fondi comuni; ci sono limiti al disinvestimento, che può avvenire solo al momento del pensionamento e, nella maggior parte dei casi, sotto forma di rendita integrativa alla pensione.

- Fondi pensione chiusi. Sono destinati ad alcune particolari categorie di lavoratori distinte per contratto lavorativo (se dipendenti) o attività svolta (se lavoratori autonomi) o azienda (Fondo quadri e capi della Fiat...) o su base territoriale (Laborfonds per i lavoratori del Trentino Alto Adige). Per esempio, il fondo Cometa è accessibile solo ai dipendenti metalmeccanici, il fondo Fonchim ai dipendenti dell'industria chimica, l'Espero ai dipendenti della scuola e in futuro il Perseo per i dipendenti del sistema sanitario nazionale. Nella maggior parte dei casi sono le parti sociali (Sindacati e Confindustria) a istituire questi fondi, la cui gestione è poi appaltata a società di gestione esterne, assicurazioni... Nel caso di lavoratori dipendenti l'adesione al proprio fondo di categoria dà diritto automaticamente al contributo del datore di lavoro (in genere, l'1% della retribuzione lorda) previsto dai contratti nazionali. Non avviene in automatico, ma solo su accordo tra le parti, nel caso in cui un lavoratore dipendente aderisca a un fondo diverso da quello legato al suo contratto di lavoro.
- **Fondi pensione aperti**. Sono istituiti da banche e assicurazioni. Nascono come fondi pensione destinati ai lavoratori autonomi, là dove i fondi chiusi erano destinati ai lavoratori dipendenti.
- Fondi pensione preesistenti. Sono nati prima della grande riforma pensionistica degli anni novanta. Sono vecchi fondi pensione solitamente del tutto gratuiti per il lavoratore, in pratica un benefit dell'azienda, che si è fatta carico di versare contributi volontari.
- **Pip (o Fip)**. I piani individuali pensionistici tecnicamente non sono fondi pensione, ma hanno finalità analoghe perché sono prodotti assicurativi finalizzati all'accumulo pensionistico. Richiedono commissioni più alte rispetto agli altri fondi.

Per scegliere il fondo pensione bisogna distinguere il caso di un lavoratore dipendente da uno autonomo:

- al dipendente conviene sempre aderire almeno per il minimo contributivo richiesto per ottenere il <u>contributo</u> del datore di lavoro (in genere, l'1% della retribuzione lorda), che è una parte importante del guadagno ottenibile dai fondi pensione;
- per tutti gli altri lavoratori la scelta dovrà basarsi su un attento esame dei rendimenti offerti in passato dai fondi e dei costi che questi comportano.

Per quanto riguarda i costi, di norma i fondi chiusi sono i prodotti meno cari, mentre i Pip sono in assoluto i prodotti più cari.

La scelta di un fondo comporta (nel caso dei lavoratori dipendenti) la perdita del <u>Tfr</u>. Inoltre quando investite in un fondo pensione lo fate per garantirvi una rendita futura. Oggi la rendita (lorda) si aggira, a seconda delle tabelle di calcolo, tra i 5 e i 6 euro ogni 100 euro di capitale accumulato (nell'ipotesi di pensionamento a 65 anni). Queste somme con l'allungarsi delle aspettative di vita sono destinate ad abbassarsi.

Una volta entrati in un fondo pensione è possibile cambiare, ma con alcuni limiti: a meno che non si cambi lavoro (o contratto collettivo per un fondo di categoria) potete andarvene solo dopo due anni. Se siete lavoratori dipendenti il contributo del datore di lavoro vi segue, ma solo se ci sono accordi in tal senso. Tenete conto, però, che riavere indietro i vostri soldi prima della pensione non è così facile (vedi tabella qui sotto). Anche al momento del pensionamento, la liquidazione che vi spetta, nella maggior parte dei casi, non va oltre la metà del vostro denaro, il resto è erogato sotto forma di rendita.

QUANDO E QUANTO SI PUÒ PRELEVARE DAL FONDO PENSIONE?

Motivazione	Entità del prelievo	Quando		
DURANTE LA VITA LAVORATIVA				
Spese mediche	75%	Sempre		
Acquisto e ristrutturazione prima casa	75%	Dopo 8 anni		
Altre esigenze (libera scelta del lavoratore)	30%	Dopo 8 anni		
Mobilità e cassa integrazione	50%	Sempre		
Disoccupazione	50%	Dopo 1 anno		
Disoccupazione	100%	Dopo 4 anni		
Invalidità permanente (1)	100%	Sempre		
Morte del lavoratore	100%	Sempre		
Perdita dei requisiti di partecipazione (2)	100%	Sempre		
AL PENSIONAMENTO				
Su richiesta (facoltativa) del pensionato	50%	Sempre		
Su richiesta (facoltativa) del pensionato	100%	Pensione esigua (3)		

- (1) Con riduzione della capacità lavorativa a meno di 1/3
- (2) Solo nelle "forme collettive", sulla base regolamenti, con tassazione sfavorevole rispetto agli altri casi
- (3) Se il 70% del capitale accumulato una volta convertito in rendita offre una pensione inferiore al 50% dell'assegno sociale.

FONDO SANITA'

Il FondoSanità, approvato dalla Covip il 26 giugno 2007, è un'associazione senza fini di lucro il cui obiettivo è quello di offrire uno strumento di previdenza complementare agli esercenti le professioni sanitarie. Nasce dalla trasformazione del preesistente Fondo Dentisti che ha già assicurato la previdenza integrativa agli odontoiatri italiani dal 1999. Possono aderirvi tutti i medici e gli odontoiatri iscritti all'Enpam, i farmacisti iscritti all'Enpaf, gli infermieri iscritti all'Enpap e gli iscritti ai Collegi Ipasvi, nonché i soggetti fiscalmente a carico degli aderenti.

Recensione del volume di Corrado Lavini "Medicina ed arti figurative, due mondi affascinanti, un rapporto profondo e complesso", pubblicato da "Athena s.r.l."

on molto piacere e con rispetto artistico ho deciso di parlare dell'opera di Corrado Lavini: Medicina ed Arti figurative.

Probabilmente sarebbe stato meglio interpellare un bravo critico d'arte, ma l'Ordine questo passa, e con umiltà e nel limite delle mie capacità ho cercato di fare del mio meglio. Opera, quella di Corrado, studiata, ricercata, meditata e rivista fin nelle più piccole particelle dell'arte pittorica.

Quando un medico, un chirurgo, si avvicina, poi si addentra in questo affascinante mondo, tutto gli è più facile, nulla o poco lo turba e viene così a rinforzarsi la professione ed il rapporto con la gente.

Quattordici capitoli interessantissimi dove ognuno, con un titolo appropriato ed invitante, soddisfa appieno l'interesse del lettore. Dal primo capitolo: "Medicina ed Arti figurative due mondi lontani?", all'ultimo: "ed in futuro?", si assiste ad un susseguirsi di opere pittoriche e di argomenti, con un'iconografia veramente degna di nota, che stuzzicano e stimolano continuamente la curiosità di chi legge. Dal testo, emerge che l'occhio clinico del Medico, è molto vicino all'occhio artistico del Pittore, perchè entrambi cercano di vedere oltre la realtà delle cose, facendo ricorso alla sensibilità, all'intuizione ed alla fantasia.

Da questa relazione emergono due aspetti: "La Medicina nell'Arte" e "L'Arte nella Medicina".

Due capitoli mi hanno particolarmente attratto: "La visita medica", con opere di Picasso, Sir Luke Fildes, Jan Steen, Carel Weight, Manuel Jmenez Prieto ed altri ancora, e "Quando l'artista si ammala", con opere di De Chirico, Louis Wain, Renoir, Paul Klee, Monet, Degas, Van Gogh e tanti altri.

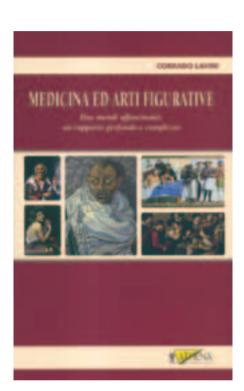
In questo volume s'incontra la trasformazione delle arti figurative, dalla loro iniziale ed esclusiva visione celeste a quella rappresentata dal concetto del bello esteso a tutta la natura, quindi anche il male, il brutto ed il deforme sono racchiusi nella bellezza del creato.

Vediamo rappresentati: la malattia, il dolore, il malato, i guaritori (dai Medici ai ciarlatani, dai Re taumaturghi ai Santi della salute), la visita medica, l'intervento curativo, la lezione accademica, magnificamente rappresentata nella "Lezione di Anatomia del dottor Tulp" da Rembradt van Rijn.

Direi proprio che l'amico Lavini nulla ha trascurato in questa raccolta, dai malati illustri, alla malattia dell'artista, fino alla figura del Medico Artista, dove l'occhio clinico e quello artistico si fagocitano vicendevolmente a volte in tempi diversi, donando appassionanti collage artistici che rendono le loro opere doppiamente interessanti.

Ringrazio Corrado di aver ricordato la figura del Medico Artista, qui rappresentata dai grandi: Charles Bell, Henry Tonks, Sir Roy Calne, George Chicotot, Carlo Levi, Alberto Burri, e quella delle Associazioni dei Medici Artisti, sparse in tutto il mondo e degnamente rappresentate anche a Modena.

Bravo Corrado, ora nel tuo già abbondante curriculum vitae dovrai aggiungere quest'opera che son sicuro rimarrà nel tempo.



quall ch'av count"... "sinti bein quall ch'av count"...

"SINTÌ BÈIN QUÀLL CH'A-V DÈGH"...

Eccoci di nuovo al lavoro.

Le feste del Santo Natale, il veglione di fine anno, l'Epifania, (che tótti él fèsti l'a-s pòrta via....), l'influèinza A, quàlla stagionèl, la néva, al giàz, la fumàna (la nebbia), al cambiamèint dal chèld al fràdd, insomma tutto ha contribuito a lasciare a qualcuno il ricordino della:

A cura di Paolo Martone

TÀSS=TOSSE

MODI DI DIRE:

"Anch él pólghi él g'han la tàss", (anche le pulci hanno la tosse). Si dice rivolgendosi a persone da poco, che vogliono ad ogni costo esprimere la propria opinione.

"La tàss la va tusùda", (la tosse vuole tossita). Perifrasi scherzosa, per dire che le tasse vanno pagate.

"Se la tàss la-n s'chèva, la fòsa la schèva" (se la tosse non si toglie scava la fossa).

"Se la tàss la-n s'cura, zèint dè la dura e s'la s'cura, zèint e un", (se la tosse non si cura dura cento giorni, e se si cura cento e uno). Cosa fare dunque?

Pare quasi che il proverbio suggerisca di non far nulla, perchè la tosse così com'è venuta così se ne andrà. In questo caso emergono le contraddizioni dei proverbi, che spesso sono stati proposti in modo empirico, valutati da persone e situazioni diverse.

"Fin ch'a dura la tàss?!", (fin che dura la tosse?!).

E' chiaro che questa esclamazione debba terminare con l'ovvia conclusione: L'AMMALATO NON MUORE.

"La tàss l'è al tambórr dla mòrt", (la tosse è il tamburo della morte).

Ovviamente questa osservazione esaspera il concetto, ma a volte, tuttavia, coglie nel segno.

"La tàss l'è sana, i én i palmòun chi én mèrz", (la tosse è sana, sono i polmoni che sono marci....."in gergo", per dire ammalati),

L'espressione scherzosa, sottolinea le cattive condizioni di salute di chi è afflitto da una tosse molto fastidiosa.

"L'è méi sudèr che tàsser!", (è meglio sudare che tossire!).

Si riferisce a persona che pur lavorando e sudando, gode buona salute.

"A-n t'voi gnanch sintìr tàsser!", (non voglio neanche sentirti tossire) si dice a chi si vuole tener lontano.

"A-n vlér gnànch sèinter tàsser un", (non voler nemmeno che uno apra bocca).

Modo autoritario per dire di tacere.

"Tàss cativa", (tosse cattiva), pertosse.

"Tàss fànda", (tosse cavernosa).

"Tàss plèinta", (tosse stizzosa),





P. Martone



acque a Modena nel 1855 e vi morì nel 1917. Fu insegnante di disegno, di figura, d'ornato e di paesaggio per 17 anni presso il Collegio San Carlo, per 2 anni presso la scuola femminile Tarquinio Molza e presso le scuole serali San Filippo Neri, (dal catalogo curato da Gabriella Guandalini).

De Giacomi fu uomo mite, riservato gentiluomo e stimato insegnante. Fu ospite gradito di ricche famiglie, nelle residenze estive di campagna, dove si alternava la cura delle terre al piacere della caccia ed alle lunghe conversazioni nelle stanze patriarcali.

Partecipe di quel mondo, adornò le case degli amici con nature morte, composte in sapienti equilibri e giustamente rapportate a toni di luce e colore. Restano di lui numerose opere di caccia, numerose opere di frutta, di frutta L. Arginelli e fiori, di frutta e dolci, a volte dipinte su tele di notevole vastità compositiva,



ma sempre perseguite da una dignità che supera la maniera e con un indiscusso sensibile trasporto. Oltre alle nature morte occorre ricordare anche l'attività ritrattistica, che non tradisce la genuina impostazione di un ottocento vissuto all'esterno dei suoi turbamenti con timida intonazione impressionistica.

Alcune sue opere:

"Natura morta di frutta", olio su tela, cm. 60x44, datato 1905;

"Uva", olio su tela, cm. 40x100, datato 1898;

"Composizione di fiori", olio su tela, cm. 36x66, datato 1899;

"Composizione di dolci e limoni", olio su tela, cm. 54x35, datato 1901, (in copertina);

"Selvaggina", olio su tela, cm. 40x100, datato 1898.

A CURA DI ROBERTO OLIVI MOCENIGO **LE STORIELLE**

Dio è buono; sono i suoi concessionari che a volte lasciano a desiderare. G. Monduzzi

Se mantieni la calma quando introno a te tutti gli altri perdono la testa, può anche darsi che tu non abbia afferrato bene la situazione.

J. Kerr

Due sono le cose che mi colmano di felicità: il cielo stellato sopra di me e la legge morale dentro di me. Kant



R. Olivi Mocenigo

Promettete, promettete a lungo, perché la speranza è più viva della riconoscenza.

Abbe De La Roch

Due eccessi da evitare: escludere la ragione, ammettere solo la ragione. Pascal ARTE E DINTORN

PREMIO DI LAUREA IGEA

I Premio, unico ed indivisibile, del valore di 3.000 Euro possono concorrere i laureati presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia nell'Anno Accademico 2008-2009.

Per concorrere al Premio i candidati dovranno, entro il 31 Maggio 2010, fare pervenire:

- 1. Un riassunto di 2000 parole max. contenente: obiettivi, materiali e metodi, risultati, conclusioni.
- 2. Copia del frontespizio della tesi.
- 3. Approvazione firmata dal docente relatore.
- 4. Indirizzo completo con telefono ed eventuale posta elettronica.

I riassunti saranno esaminati da una commissione formata dal Presidente del Circolo Medico J. Berengario di Carpi e da due docenti universitari della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia. La commissione potrà richiedere copia della Tesi di Laurea.

Il risultato del concorso verrà comunicato a mezzo lettera o e-mail al vincitore e ai partecipanti. Il Premio verrà consegnato nel corso della cerimonia per l'inizio

della attività del Circolo Medico J. Berengario nell'ottobre 2010. In tale occasione il vincitore si impegna a tenere una relazione ai soci del Circolo. Per ulteriori chiarimenti contattare tcadiol@tin.it oppure g.scuotri@ igeamedical.com.

I riassunti dovranno essere inviati:

PREMIO DI LAUREA IGEA

IGEA S.p.a. Via Parmenide 10/A 41012 Carpi (MO) - C.A. Dr.ssa Giuditta Scuotri oppure q.scuotri@igeamedical.com

Grande successo e partecipazione per il Concerto di Natale, che, anche quest'anno, l'AMMI ha organizzato e offerto alle socie e a tutta la cittadinanza. Questo tradizionale appuntamento del panorama musicale modenese, giunto alla sua guarta edizione, ha avuto luogo Domenica 29 Novembre nella prestigiosa cornice della



Associazione Mogli Medici Italiani Sezione di Modena

Chiesa di San Carlo. Sulle armoniose melodie dei brani di Vivaldi, Bach e Berlioz, affidate al trio Davide Burani all'arpa, Matteo Malagoli al violoncello e Giovanni Mareggini al flauto, abbiamo apprezzato la



maestria esecutiva e l'ottima scelta delle composizioni ispirate al Natale. Particolarmente gradita la presenza della Presidente della Sez. AMMI di Ferrara Sig. ra Anna Grillo e marito Dott. Renato, e, da Parma, la Fiduciaria per l'Emilia Romagna, Sig.ra Nella Dardani e marito Prof. Giorgio. Un ringraziamento particolare a Banca Mediolanum che ci ha sostenuto nell'organizzazione dell'evento.

> La Presidente Antonella Candeli

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. Fernando Barozzi.

Alla famiglia per il decesso del dott. Delkhosh Magsoud.

Alla famiglia per il decesso del dott. Pericle Di Pietro.

Alla famiglia per il decesso del dott. Nazzareno Freni.





VIA PAUL HARRIS,123 41122 - MODENA TEL e FAX 059/284628

www.poliambulatoriomega.it

e-mail: poliambulatoriomega@libero.it

Direttore Sanitario: Dott. Paolo Galetti



al Centro ci sei

Cari Colleghi,

negli ultimi 50 anni la fisioterapia ha subito una incredibile evoluzione soprattutto grazie agli studi ed alle esperienze di diversi terapisti manuali quali Ciriax, Mc Kenzie, Maitland, Buttler, Katelborn ed altri. Si è così trasformata da pratica empirica basata su terapie strumentali a metodica terapeutica costruita sulle evidenze scientifiche.

La valutazione del profilo diagnostico di salute, del carico e della capacità di carico hanno portato al superamento del concetto di fisioterapia come cura della patologia.







Dott.ssa Alessandra Galetti (fisiatra) e Massimo Meani (fisioterapista)

Al centro del nostro progetto terapeutico poniamo infatti la PERSONA che viene analizzata nelle sue 3 sfere biologica, psicologica e sociale. Dopo questo tipo di valutazione è possibile effettuare un trattamento personalizzato e fornire al paziente le informazioni e gli strumenti necessari per l'autotrattamento e la corretta gestione della sua patologia.

A tal fine il poliambulatorio si è datato di personale altamente qualificato e cortese, di ambienti accoglienti e confortevoli, che rendono meno percepibile alla persona la propria condizione di temporanea inabilità.

Ringraziamo per la cortese attenzione e rimaniamo a disposizione per eventuali chiarimenti.